

una descamacion completa, desprendiéndose aun las gruesas capas epidérmicas de la planta del pié. El tumor aneurismal fué disminuyendo de volúmen y endureciéndose, hasta reducirse á la mitad de los diámetros que presentaba en la época de la operacion.

Es digno de llamar la atencion en este caso la época en que amenazó la gangrena, y que indica que los enfermos sometidos á esta clase de operaciones quedan por largo tiempo expuestos á ella, y deben velar constantemente y tal vez siempre sobre el abrigo y el calor de su miembro, para evitar ese accidente que no es raro en nuestro país sin motivo de ligadura. Por lo demas, no sé que se haya presentado entre nosotros la gangrena á consecuencia de la ligadura de arterias voluminosas, tales como la femoral, de cuya operacion han llegado á mi noticia varios casos: y en cuanto á la de la iliaca externa, otras dos operaciones de que tengo conocimiento, practicadas una por el Sr. Armijo y otra por el Sr. Muñoz, han tenido igualmente un feliz éxito.

México, 26 de Octubre de 1870.

FRANCISCO ORTEGA.

MEDICINA PRÁCTICA.

Invaginacion intestinal terminada por la mortificacion de la parte invaginada.

Una señora, de cincuenta y siete años, fué atacada de una fiebre intermitente diurna, que traté algunos dias por el sulfato de quinina asociado al ópio, como correctivo. Esta señora, sujeta á un régimen alimenticio insuficiente á consecuencia de su miseria, ya en convalescencia de la afeccion intermitente, amaneció un dia con una hemiplejia del lado derecho, que habiéndole sobrevenido de repente, sin prodromos; no siendo acompañada de calentura, de dolor en ninguna parte de la cabeza, sin delirio ni pérdida de conocimiento, sin afectar las funciones de los órganos de los sentidos, interesando solamente el uso de la palabra, pues tartamudeaba algo, me hicieron creer en la existencia de una hemorragia cerebral. En consecuencia, establecí un método curativo que se basaba en los derivados gastro-intestinales, pues la pequeñez del pulso y la debilidad de la señora alejaban la idea de emplear las emisiones sanguíneas. Usé por espacio de tres dias purgantes drásticos, lavativas y el acetato de amoniaco como estimulante difusible.

En estas circunstancias se presentó una nueva complicacion. Apareció un dolor agudo en el vientre, en el flanco derecho, que aumentaba considerablemente á la presion; habia meteorismo; la enferma no habia evacuado; volvía los alimentos, no con verdaderos esfuerzos de vómito, sino por una regurgitacion lenta que le hacia escupir bocanadas de atole ó de los líquidos que bebia; la lengua estaba seca; habia calentura, siendo la frecuencia del pulso de ciento treinta pulsaciones por minuto, á la vez pequeño é irregular; habia inquietud y descomposicion en las facciones. Me pareció evidente que se trataba de una peritonitis, y creí que podia haber influido en su desarrollo el uso de los purgantes drásticos, calomel con jalapa, goma gutta y acíbar que habia yo empleado los dias anteriores.

Me atreví á ordenarle una emision sanguínea local con sanguijuelas al lugar del dolor, y le prescribí al interior calomel á dosis refractas, lavativas purgantes con aceite de ricino, fricciones al vientre cada cuatro horas con unguento mercurial doble con atropina, y dieta de atole.

Al dia siguiente la encontré en el mismo estado, é insistí en el mismo método curativo: no habia evacuado, y seguia volviendo el atole y el agua que bebia. Al tercer dia seguia lo mismo, y entonces agregué á los medios curativos ya empleados un gran vejigatorio al lugar del dolor, y que tomara trozos de hielo, pues se quejaba mucho de sed.

La aplicacion del vejigatorio fué seguida de un alivio gradual en todos los síntomas, comenzando por la disminucion del dolor y de la calentura; pero la constipacion absoluta, el meteorismo y la regurgitacion de todo cuanto tomaba continuaba y se sostuvo por cinco dias mas, sin que las lavativas produjeran ninguna evacuacion alvina. Esta constipacion tenaz, con el dolor agudo que existió al principio en un espacio circunscrito, y la peritonitis concomitante, me hacian sospechar ya la existencia de un vólvulus ó cualesquier otro obstáculo al curso de las materias fecales, cuya sospecha se confirmó del todo, despues. Insistiendo en las lavativas oleosas y el calomel, la enferma llegó á evacuar, primero excrementos negruzcos mezclados con una sustancia pulverulenta, como asientos de café, y despues sangre venosa pura, en cantidad alarmante para la constitucion y estado en que se encontraba la enferma.

Al dia siguiente, décimo desde el principio de la complicacion intestinal, me enseñaron una evacuacion los de la familia de la enferma, haciéndome notar que habia arrojado una como tripa, segun su propia espresion, y me aseguré de que en efecto era una vara del intestino delgado ó ileon, mezclada con sangre y excremento. Mande recogerla y les recomendé que tuvieran cuidado en buscar todo lo que arrojara en las siguientes evacuaciones.

Al otro dia me enseñaron otro fragmento de intestino, que reconocí ser del cie-

(1)
corri
Escu

go, y otros dos fragmentos mas chicos. (1) Desde que la enferma comenzó á tener evacuaciones sanguíneas, suspendí el uso de las preparaciones mercuriales, de temor de que la liquidacion de la sangre por este agente predispusiera á hemorragias mayores. La enferma siguió sujeta á un régimen severo y á bebidas mucilaginosas y opiadas combinadas con absorbentes, por espacio de varios dias, hasta que la diarrea cesó. Llegó á tomar leche, sopas y carne al medio dia, haciéndose la digestion perfectamente. Evacuaba diariamente, y las materias fecales eran normales. Ha sobrevivido á la expulsion de los fragmentos de intestino cosa de cuatro semanas, al cabo de las cuales sucumbió de una enteritis aguda, á consecuencia de haber tomado en la comida una copita de vino rojo, que me pidió licencia de tomar y que se lo concedí, atendiendo á la costumbre que tenia de tomarlo diariamente en la comida y á que se encontraba muy débil.

Tres dias antes de morir le apareció un algodoncillo muy abundante en toda la mucosa buco-faríngea. Se entiende que continuó hemipléjica hasta su muerte. Me fué imposible hacer la autopsia, por las dificultades que se encuentran para ello generalmente en la práctica civil, lo que sentí mucho, pues hubiera sido muy importante haber estudiado la cicatriz intestinal correspondiente al lugar en que se separaron los fragmentos del intestino.

Reflexionando sobre la sucesion de los accidentes observados en esta enferma; intermitente, hemiplejia é invaginacion intestinal, vemos una proximidad tal entre ellos, que luego viene la idea de investigar si existe alguna relacion de causalidad que los una.

Si tenemos en cuenta que la enferma se hallaba en malas condiciones higiénicas de malos alimentos, en un cuarto bajo y húmedo de una casa de vecindad situada en una calle que generalmente está inundada por falta de corriente en las aguas de los caños, bien se comprende que fué afectada por estas influencias predisponentes á contraer una fiebre intermitente diurna, que fué curada con el sulfato de quinina, y que estas calenturas que yo observaba no tenian ninguna significacion sintomatológica relativa á lo que sobrevino despues.

La hemiplejia que apareció me parece que no puede referirse mas que á una apoplejía hemorrágica, pues solo la autopsia hubiera podido aclarar si era de las clasificadas entre las nerviosas, ó sin lesion material apreciable de los centros nerviosos; mas siendo estas últimas tan raras, me atengo á creerla mas bien hemorrágica. ¿Acaso el ópio que tomó algunos dias con el sulfato de quinina influyó congestionando el cerebro y fué causa predisponente de la apoplejía?

En estas circunstancias sobrevino la invaginacion intestinal. Yo creo que la en-

(1) La pieza anatómica á que se hace referencia, se exhibió en la sesion del dia 19 del corriente, y luego fué entregada al conservador del Museo de Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina, D. Juan María Rodriguez.

fermedad del cerebro puede haber tenido influencia en la invaginacion intestinal. Se sabe que los movimientos peristálticos de los intestinos son movimientos reflejos que en las afecciones cerebrales languidecen y llegan á producir una especie de pereza intestinal, que es causa de la constipacion que se observa en dichas afecciones.

Los intestinos, privados del influjo nervioso que reciben indirectamente del eje cerebro espinal por intermedio del sistema nervioso de la vida orgánica, pierden la tonicidad de su fibra muscular. Se sabe que la tonicidad es aquel estado permanente de los músculos, en virtud del cual, en tanto que están en comunicacion con el eje nervioso por medio de los nervios, su influencia se equilibra. Así es que en los músculos de la vida de relacion, supongamos de un miembro, si esta pérdida de tonicidad afecta á algunos, mientras que los músculos antagonistas la conservan, esta propiedad en accion produce una desviacion; si afectara á todos, produciria la resolucion del miembro. Pues bien, la pérdida de tonicidad en las fibras musculosas intestinales debe producir un estado semejante á la resolucion, y una inercia que favorezca la invaginacion.

Se objetará á esto que los movimientos peristálticos exagerados son la causa mas comun de las invaginaciones: no lo niego; pero tambien creo que el estado opuesto puede determinarlas, y en lo general, siempre que el equilibrio dinámico sea turbado por exceso de contraccion ó por defecto de tonicidad. Entonces el intestino convertido en un tubo inerte, fláxido, resbaladizo en su interior, como lo está en el estado fisiológico, fácilmente se invierte dentro de él mismo. En esta suposicion, para expresar mi idea mas claramente, llamaria yo esta invaginacion *pasiva*, en oposicion á la por aumento de las contracciones peristálticas, que llamaria yo *activa*.

Este modo de terminacion de las invaginaciones, señalado ya varias veces en los libros, nunca lo habia yo observado prácticamente, ni á mi noticia ha llegado aquí alguna observacion semejante. ¿Acaso la paciente, sugeto de esta observacion, hubiera sanado si no le hubiera yo concedido el vino en la comida? ¿ó aun sin ese incidente le hubiera sobrevenido la enteritis á que sucumbió?

Como se comprueba con las piezas anatomo-patológicas adjuntas, el ileon volteado al revés, por decirlo así, y pasando la válvula de Bauhin, arrastró consigo al ciego, y separado por mortificacion salió en cuatro fragmentos, dos mayores y dos menores. Los dos menores no tienen una forma particular digna de notarse; los dos mayores están constituidos el uno por el ileon; tiene una vara de largo, y se percibe perfectamente la línea de insercion del mesentereo: el otro es el ciego con un pequeño fragmento del ileon, la válvula ileocecal, una perforacion correspondiente al lugar en que debe haber estado el apéndice cecal que se perdió, y una abertura en el lugar en que se continuaba con el resto del intestino grueso.

México, 19 de Octubre de 1870.—LÁZARO ORTEGA.