

Concluyo manifestando, que por la atenta comparacion de los diversos tratamientos usados para combatir y dominar el tabardillo ó tifo de México, y por la uniformidad con que hasta hace poco tiempo los médicos mexicanos y aún los extranjeros que han ejercido aqui, lo han curado por medio de un tratamiento francamente sintomático y suavemente evacuante ó laxante, empleando el anti-flogístico en los casos de congestion ú otra complicacion; el tónico en la adinamia, y el antiespasmódico en la ataxia puramente nerviosa, he apreciado esta terapéutica como la de mejor éxito, y es la que he seguido y me atrevo á recomendar.

México, Mayo 22 de 1878.

S. LABASTIDA.

---

## CIRUGÍA.

---

**MAL VERTEBRAL DE POTT** por osteitis central de los cuerpos de las vértebras dorsales.—Absceso por congestion, de enormes dimensiones.—Abertura amplia.—Canalizacion.—Curacion.

La enfermedad que acabo de anunciar se presenta por desgracia con harta frecuencia; ha sido muy bien estudiada, y la relacion de un hecho nuevo pareceria desprovista de interés si no hubiera siquiera una circunstancia que la hiciera diferir de las de su especie. Tal es el caso que ahora tendré la honra de relataros, y que nos ofrecerá la ocasion de discutir un punto de práctica que reclama la mayor solicitud. Si logro fijar un solo grupo de hechos en los cuales se pueda seguir la conducta que voy á recomendar, me sentiré vivamente satisfecho. Si por el contrario; las observaciones de mis ilustrados compañeros me convencen de que no debo volver á emprender una operacion en circunstancias semejantes á las que voy á presentar, habré adquirido una enseñanza que no olvidaré.

Se refiere el hecho á un jóven de 17 años, alto, delgado, pálido, anémico desde su infancia; de salud delicada, pero sin graves padecimientos anteriores. Los únicos que merecen atencion se refieren á obstrucciones pasajeras del intestino por atonia intestinal, acompañados de dolores muy intensos en el lado derecho y hácia abajo de la cicatriz umbilical, con el cortejo de accidentes que acompañan aquel padecimiento. La obstruccion se repitió varias veces ántes de que se hiciera aparente la enfermedad actual. Ésta comenzó el 13 de Agosto del año pa-

sado, por un dolor de carácter neurálgico al nivel del noveno espacio intercostal derecho. El estado anémico, la aparición de otras neuralgias y la falta absoluta de otros síntomas hacían probable ese juicio. Mas como el dolor se hizo continuo, á pesar de la aplicación de vejigatorios y de otros medios apropiados, comencé á temer que alguna lesión local fuera la causa del dolor. Una ligera reacción febril, el aumento en la palidez del enfermo, la pérdida del apetito, el malestar general, el aumento del dolor por los movimientos, y la aparición de una elevación blanda, difusa, sensible en el noveno espacio intercostal, inclinaban á la existencia de un trabajo inflamatorio. El 20 de Agosto, estos caracteres eran más marcados, y el Sr. Barragan corroboró mis temores de que se formaba un absceso. Ningun traumatismo, ningun padecimiento visceral lo explicaban. La inflamación del cuerpo de las vértebras, tan oscura en su origen, tan insidiosa en su marcha, tan intempestiva en su manifestación exterior, era la única que podía dar razón de lo que palpábamos ya, y la idea de un absceso osifluente acompañado del cortejo de síntomas que acabo de bosquejar, hacía temer una marcha muy rápida y una terminación funesta. La creciente intensidad de los dolores, la anorexia, la sed, el insomnio, el incremento de la calentura, la abundancia de los sudores, la alteración de las funciones nutritivas y el progreso del tumor que fluctuaba ya bajo el dedo que le oprimía, me inclinaban á practicar una punción subcutánea, pero me hacía vacilar la reprobación de esta práctica por los autores clásicos. Consulté con mi ilustrado compañero el Sr. Lavista, el 25 de ese mes, y oído su parecer, que cuadraba tanto con el mio, puncionamos el tumor con la aguja del aspirador de Potain. El pus que extrajimos era abundante, sanguinolento y fetidísimo. Pusimos colodion sobre el tumor, empacamos con algodón y aconsejamos la quietud.

Dos días después (el 27), el tumor no solamente se había llenado de nuevo sino que había aumentado, y se hacía necesaria nueva punción, que practiqué en unión de mi distinguido amigo el Sr. Icaza. Colocamos al enfermo en el aparato de Bonnet, para satisfacer la primera indicación que reclama la caries vertebral: la quietud. El descanso que este aparato proporciona, la evacuación del pus, y el sueño de esa noche me hicieron encontrar á mi enfermo muy alentado y contento.

Como sucede, por desgracia, en estos casos, cada punción aumenta la actividad de producción, y el tumor crece y reclama nueva evacuación. Así sucedió en efecto, y la operación se repitió el 1.º de Setiembre, y cuando nos disponíamos á puncionar por cuarta vez, encontramos ulcerados los piquetes y saltando por ellos la supuración.

El 7 de aquel mes la situación era esta: el absceso se extendía de la espina del omoplato á las últimas vértebras lombares y transversalmente desde el lado izquierdo de la columna vertebral hasta cerca de la línea axilar del lado derecho; el pus que escurría por las aberturas era heterogéneo, sanguinolento y de

una fetidez insoportable; la calentura muy alta, profusos los sudores, descompuesto el semblante, perdidas las fuerzas y presa ya el enfermo de la infección pútrida. ¿Qué hacer en semejante situación? ¿Cruzar los brazos y contemplar como simple espectador la ruina indudable de aquel joven inteligente y bueno, orgullo y esperanza de su familia, ó abrir ampliamente el absceso, lavar el foco, modificar su superficie, canalizar el trayecto intratorácico y hacer cesar el envenenamiento séptico? A seguir el primer camino se resiste el que tiene la costumbre de la lucha con las enfermedades. El segundo está reprobado por los cirujanos de más experiencia y reputación, y sin embargo, deja alguna esperanza; pues si es cierto que una primera punción hecha á un absceso por congestión, hace crecer la colección y exige nueva punción que á su vez aumenta el foco; si es verdad que la funesta actividad que se despierta abre las puertas al envenenamiento, y que la comunicación con el aire exterior acaba con el enfermo, no es ménos cierto que hay indicaciones precisas, perentorias, de evacuar el pus, y tanto más pronto cuanto más descompuesto está; que es preciso modificar sus paredes, aplicarlas; canalizar los trayectos que no se pueden adherir, despertar su dormida actividad; procurar descubrir las alteraciones huesosas; si están al alcance modificarlas, rasparlas, cauterizarlas aún; si á estos medios se agregan la quietud y la posición supina en la excelente canal de Bonnet, la buena alimentación y todos los buenos medios higiénicos, el aceite de bacalao, el yoduro de potasio y el fosfato de cal, se habrán puesto las bases de un tratamiento racional.

Por lisonjero que fuera para mí este plan, no podía ejecutarlo si para ello no contaba con el asentimiento de compañeros ilustrados: llamé á los Sres. Carmona y Valle, Lavista é Icaza, les consulté mis dudas, desvanecieron mis escrúpulos, me recordaron los excelentes medios de curación que ahora poseemos y la necesidad de obrar, y decidimos la operación para el día siguiente.

Presenté á la familia del enfermo la cuestión en estos términos: si el joven continúa así no vivirá ni cinco días (y era mucho extenderse); si le operamos corre un gran peligro de muerte, pero deja alguna esperanza. La familia confió en nuestra solicitud y al día siguiente (8) hicimos la operación.

Anestesiado el enfermo, introduje por una de las aberturitas la sonda acanalada y corté con tijeras la inmensa bolsa que contenía el pus: dos incisiones que se cruzaban perpendicularmente, y que se extendieron en los dos sentidos hasta los límites del tumor, formaron cuatro colgajos que separé con pinzas, y dejaron descubierta una ancha superficie gangrenosa bañada por un pus fetidísimo. Lavamos la cavidad con una solución félica que apenas modificó su aspecto; buscamos la fuente de la supuración, y encontramos una abertura que admitía en su entrada el dedo pequeño, pero que se estrechaba y se hacía sinuosa, dirigiéndose hacia arriba y hacia dentro; le seguimos con la sonda y con el estilete, que penetraban á 9 centímetros en dirección de la línea media, pero sin encontrar superficie huesosa descubierta, pero si felizmente, yemas carno-

sas exuberantes que nos hicieron concebir esperanzas. Introdujimos en esa cavidad el extremo de un grueso tubo de canalizacion, debiendo penetrar el otro cabo en una vasija que contuviera una solucion de ácido fénico; llenamos la vasta cavidad con bolitas de algodón impregnadas de alcohol fénico y cubrimos la superficie con numerosas capas de algodón finamente escarmenado, colocando encima compresas y un vendaje de cuerpo, y depositamos al enfermo en su aparato.

El resultado inmediato fué excelente: volvió el apetito, el sueño fué reparador, la calentura bajó, cesaron los sudores, cambió el aspecto de la fisonomía, y entró la lesion huesosa en una vía franca de reparacion. Levantaba yo el aparato cada vez que la supuracion impregnando el apósito, dejaba percibir mal olor.

Desde la tercera curacion la herida estaba cubierta de yemas carnosas y rosadas, el pus flegmoso bañaba toda la superficie; el que venia por el tubo apénas estaba sanguinolento; el estado general era muy bueno.

No quiero fatigar la atencion de las personas que me escuchan refiriendo con detalle las peripecias de la reparacion cutánea y huesosa; solo diré que apresuré la cicatrizacion por medio de los inertos epidémicos que puse en número de 12, de los cuales prendieron 8; que las curaciones se repetian cada cuatro, cada seis, cada ocho dias; que se hicieron cuarenta y nueve, durante la anestesia, en el periodo transcurrido del 8 de Setiembre de 77 al 16 de Marzo de 78; que la herida cutánea cicatrizó definitivamente el 16 de Enero; que desde el 4 de Abril comenzó á enderezarse el tronco sobre un plano inclinado que se abria más y más cada dia; que el 28 de Abril se ajustó el tórax con un corsé que lo mantuviera en la rectitud por medio de dos varillas laterales que descansando en la cresta iliaca sostenian las muletilas en donde descansa la axila, y que se le permitió sentarse francamente hasta el 2 de Mayo.

Quiero tambien mencionar un accidente: cuando se introducía demasiado el tubo de canalizacion, ó cuando se inyectaba con fuerza una solucion de tintura de yodo en el trayecto intra-torácico, venia una tos convulsiva que desaparecia espontáneamente poco despues. Ésta se ha repetido posteriormente cuando se comprime por cualquier mecanismo el trayecto fistuloso; éste apénas deja penetrar ahora 1 ó 2 centímetros de una mecha que sustituyó al tubo de Chassaignac; actualmente no produce en 24 horas mas que algunas manchas de pus.

El estado general ha mejorado dia á dia; el apetito es bueno lo mismo que las digestiones; duerme bien el paciente; á pesar de haber permanecido durante siete meses sin interrupcion, en el aparato de Bonnet, no solamente no se adelgazó, sino que aumentó notablemente su volúmen y la consistencia de sus tejidos.

La cicatriz del absceso, sólida y completa, media ayer (4 de Junio) 27  $\frac{1}{2}$  centímetros en la direccion de la incision vertical, y 18  $\frac{1}{2}$  en la trasversa. Existe una ligera incurvacion lateral de concavidad izquierda. Para permitirle la mar-

cha voy á ponerle un aparato que impida que el peso del tronco y de la cabeza sea sustentado no solamente por la columna vertebral, sino que descansando en las crestas ilíacas por medio de un cinturón de acero bien acojinado, sostenga dos muletas que levanten las axilas y mantengan la rectitud de la espina. La marcha se verificará, cuando se juzgue oportuno, por medio de muletas, para dar lugar á que la reparacion huesosa sea completa y sólida.

Tal es el hecho que someto á la discusion en la parte que se refiere á la amplia abertura del absceso por congestion. Deseo llamar la atencion de mis compañeros sobre ciertos detalles: el tumor estaba situado en la region dorsal, y por tanto era de suponerse que no tenia un trayecto muy largo; estuvo el absceso, como todos los de su clase, latente probablemente por mucho tiempo, pero tan pronto como atravesó los espacios intercostales se desarrolló con mucha rapidez y adquirió un carácter gangrenoso y destructor, áun ántes de la primera puncion. Si conformándonos á los preceptos clásicos hubiéramos esperado la abertura espontánea, habria sucumbido el enfermo ántes de llegar á ese resultado, ó al ménos la perforacion habria sido insuficiente para dar salida á aquellos productos en plena descomposicion, y éstos habrian causado de todos modos la infeccion séptica. ¿Por qué, pues, los cirujanos se han abstenido de intervenir?

Para contestar, examinemos las condiciones que requiere un absceso que ha de llegar á la curacion: se necesita evacuar el pus, dejarle salida amplia y fácil, y aplicar sus paredes para que se adhieran.

Apliquemos estas reglas al estudio de cualquiera coleccion purulenta, y encontraremos los tipos que necesitamos: un absceso subcutáneo ó intermuscular se abre, el pus sale, la cavidad vegeta, las paredes opuestas se aplican y el absceso cura. El hígado se inflama, crece, y en su crecimiento va á encontrar la pared del vientre, se adhiere allí su borde ó una parte de su cara convexa, mientras que otra adhiere al diafragma; el pus se abre paso al exterior, el foco supura, pero no se adhieren sus paredes atraídas respectivamente en el acto respiratorio por los órganos á que están pegadas. Aquel absceso no tiende á la curacion, ni tenderá, se hace necesario y el enfermo muere envenenado. Vaya un caso más acentuado y más aparente: un absceso de la pleura ha replegado el pulmon á la canaladura vertebral, lo ha sujetado á ella y á la tercera costilla, en su parte anterior, por adherencias sólidas: se evacua el pus; el pulmon cede hasta donde lo permiten sus adherencias y su estado de carnificacion; las costillas se aplanan y áun se hunden, pero queda un espacio que separará siempre la pleura visceral de la torácica; ese espacio que no puede quedar nunca vacío, estará siempre ocupado por pus ó por cualquier otro liquido; existe lo que con tanta propiedad

llamó el Sr. Jimenez foco necesario, y por consiguiente incurable. Hé aquí el tipo opuesto al del absceso subcutáneo: en éste las paredes se aplican y la curacion se obtiene, en aquel tal aplicacion es imposible y lo es la curacion.

Con este criterio juzguemos los abscesos por congestion. En éstos hay dos elementos: la coleccion purulenta y la causa que la sostiene. La osteitis, la caries y la necrosis dan origen á la supuracion por el mecanismo que vdes. conocen; el pus atraviesa la envoltura perióstica, se extiende en el tejido celular, se propaga en la direccion que le permiten la laxitud de los tejidos y su propio peso; recorre distancias más ó ménos largas, aparece un tumor en un punto, aumenta en extension, ulcera interiormente las paredes que lo limitan, y despues de un tiempo, algunas veces muy largo, se abre el exterior. La abertura es pequeña, permite apénas la evacuacion del contenido, pero ella en si misma en nada modifica la marcha de la lesion huesosa. Esta última endereza su marcha hácia la curacion por dos caminos, ó por la reparacion de la constitucion —en todo lo dicho me refiero á la escrofulosis— ó por los medios quirúrgicos aplicados localmente. La intervencion del cirujano está bien definida; en los padecimientos escrofulosos de los huesos es y debe ser activa: ha de convertir las superficies atónicas ó tórpidas, como se les llamaba antiguamente, en superficies vivas, vegetantes, y esto se consigue raspando con la legra, quemando con el cauterio actual, extrayendo un secuestro ó resecaando un hueso. Este es el tratamiento dirigido contra la causa, contra la osteopatía; mas ¿cómo llegar á ella si los abscesos no se pueden abrir sin exponer los dias del enfermo? He ahí una primera necesidad de abrir los abscesos por congestion, y abrirlos ampliamente.

Considerémos ahora el absceso mismo: ya vimos cómo se combate ó se puede combatir la causa, y nos queda que estudiar el absceso como coleccion purulenta. ¿Su largo trayecto, sus sinuosidades, la lentitud de su desarrollo lo sustraerán acaso de las leyes que rigen á los otros abscesos? No, indudablemente; luego debemos procurar su apertura, facilitar la salida del pus, lavar su cavidad, aplicar sus paredes para conseguir su adhesion, buscando si qué circunstancias anatómicas nos harán modificar la manera de llenar esas indicaciones. Luego siempre que la abertura de un absceso por congestion nos permita llegar á la lesion huesosa para modificarla, ya sea canalizándola, como en el caso que he referido con detalles, ya por los otros medios que mencioné al principio; cuando, como en el hecho que analizo, el trayecto es corto, la evacuacion del pus fácil y la aplicacion de las paredes posible dicha abertura debe hacerse.

No quiero olvidar otra circunstancia que se ha dejado de tener en cuenta, y es esta: los abscesos por congestion suelen revestir una forma gangrenosa y tener una marcha rapidísima y causar la septicemia áun ántes de ser abiertos. ¿En estos abscesos qué podria detener la mano?

Yo deseo que con este motivo, estudiemos si en todos los casos de la natura-

leza del que me ocupo, debemos seguir el mismo procedimiento, fijando de una vez la regla á que nos hayamos de sujetar. Creyendo ver en este hecho un punto de estudio práctico, lo he citado; pero como pudiera estar preocupado, lo mismo que las personas que me acompañaron, quiero darlo al estudio de la Academia, haciéndolo el asunto de la discusion.

México, Junio 5 de 1878.

EDUARDO LICÉAGA.

---

## ACADEMIA DE MEDICINA.

---

ACTA DE LA SESION DEL DIA 15 DE MAYO DE 1878.

Presidencia del Sr. Licéaga.

Se abrió la sesion á las siete ménos diez minutos de la noche, comenzando por la presentacion de una jóven operada por el Sr. Fénelon y la de la pieza patológica correspondiente.

Se trata de la extirpacion de un secuestro constituido por la extremidad superior de la diáfisis del húmero izquierdo; la epifisis quedó en su lugar, y se halla tunida al fragmento inferior por medio del tejido fibroso. La jóven, completamente curada, goza de movimientos que le permiten admirablemente el uso de su miembro, y aún hace notar el Sr. Fénelon, que posee algunos, imposibles de ejecutar en el estado fisiológico.

El Sr. Licéaga presenta tambien á uno de sus operados: un niño á quien practicó la reseccion de la tibia derecha en la mayor parte de su diáfisis. Se le hizo andar y solo se notó una ligera claudicacion.

El Sr. Licéaga se reserva dar cuenta de este caso.

El Sr. Lugo es nombrado Secretario interino.

Leída el acta anterior, es aprobada sin discusion.

El Sr. Lugo presentó su trabajo de reglamento, por la seccion de Veterinaria.

Poco despues llegó el Secretario que suscribe, y ocupó su lugar.

El Sr. Licéaga desea que el Sr. Lugo se sirva aclarar varios puntos de su trabajo.

El Sr. Lugo accedió á los deseos del Señor Presidente, y respondió á las interpelaciones que en el mismo sentido le dirigió el Sr. Lavista.

El Sr. Licéaga dió lectura á la interesante historia del niño que presentó. La observacion fué recogida por el Sr. Buiza en el hospital de Infancia. \* El Sr.

\* Esta observacion será publicada próximamente.