

que una pequeña explicacion bastará para disipar ese error. Como iniciador y propagador de esta nueva práctica en México, naturalmente me encontraba yo señalado para aplicarla: por otra parte, era tambien natural que tomara á pechos el estudio de una materia que creia de sumo interés práctico, aprovechando con ese objeto muchas ocasiones que me presentaban las menorraicas pobres que otros médicos desechaban: por fin, muchas de mis operadas han sido esposas de médicos, ó enfermas que otros facultativos, que con una delicadeza de conciencia que les hace honra, me han confiado para ser operadas: por último, haré presente á la Academia, que estos casos abundan mucho, y que la sala que actualmente dirijo en el hospital de San Pablo, consagrada exclusivamente á enfermedades de mujeres, es otro teatro que me obliga á practicar la raspa con frecuencia en el cumplimiento de mi deber. Si se consideran estas razones, y, sobre todo, el hecho capital de no haber operado una sola vez sin extraer mayor ó menor cantidad de fungosidades, y siempre en presencia de otros médicos, no dudo que por su propio peso caerá ese falso concepto.

México, Julio 17 de 1878.

DR. MARTINEZ DEL RIO.



CIRUGÍA.



ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS HERIDAS PENETRANTES DE VIENTRE.

Una de las cuestiones al parecer más explotadas en Cirugía es la de las heridas penetrantes de vientre, y sin embargo, nuestra metrópoli nos presenta desgraciadamente un vasto teatro en donde podemos estudiar con fruto esta clase de lesiones. Al salir de las aulas, y aún durante todo el tiempo de ejercer nuestra profesion, acostumbrados á hacer nuestros estudios en autores extranjeros, aplicamos los conocimientos teóricos, que de estas fuentes hemos adquirido, á la Clínica. La mayor parte de las enfermedades comunes á todos los países se encuentran ya bien explotadas por los maestros extranjeros, y sin embargo, se presentan algunas con ciertas modalidades en sus formas, segun el país donde se les observa; pero hay otras, las que ya sea porque son endémicas, es decir, peculiares á ciertos países, ó bien porque se observan con más frecuencia en tal ó cual localidad, hacen que los médicos de esos puntos puedan con el estudio y la observacion poseer conocimientos más profundos sobre ellas. La cuestion de que voy á ocuparme es una de aquellas que á pesar de estar bien explotada,

por la frecuencia con que se presentan las heridas penetrantes de vientre, puede permitírnos sacar nuevos datos que nos sean útiles, tanto para el diagnóstico como para el pronóstico y el tratamiento de esta clase de lesiones.

Desgraciadamente, repito, es difícil encontrar un teatro más vasto que nuestro país para estudiar toda clase de heridas; nuestras guerras intestinas ofrecen á los médicos militares, la ocasion de estudiar sobre todo las heridas por armas de fuego, y la poca ó ninguna moralidad de nuestro pueblo bajo, nos presenta á los médicos que practicamos en el hospital Juarez, la ocasion de estudiar, sobre todo, las heridas por instrumentos cortantes y punzantes. Yo, sin pretender decir algo nuevo, quiero fijar la atencion sobre algunos signos que creo de algun valor para hacer el diagnóstico y fijar el pronóstico aproximativo de las diversas heridas penetrantes de vientre, y decir algo sobre su tratamiento.

Las heridas penetrantes de vientre son aquellas que interesan la serosa abdominal ó ciertas vísceras abdominales por su porcion extra-peritoneal, tales como los riñones, el cólon, la vejiga, etc. Se les ha dividido en *simples*, cuando no se acompañan de lesion alguna de los órganos importantes de la cavidad abdominal; *complicadas*, cuando un órgano importante es interesado al mismo tiempo que la lesion del peritonéo. Desde luego creo que se puede obtener un signo diagnóstico de gran valor en la extension de la herida, para saber si es penetrante simple ó complicada. De una manera general se puede decir que las heridas estrechas, generalmente interesan algun órgano importante, pues son hechas con instrumentos de corta latitud, pero bastante largos, tales como puñales, navajas de hoja larga, etc., ó por instrumentos que aún cuando no tengan una longitud considerable, la herida ha sido hecha penetrando el instrumento perpendicularmente á las paredes del vientre. Las heridas extensas, por el contrario, en lo general son hechas, bien por instrumentos de poca longitud, ó por instrumentos que, aunque tengan una longitud suficiente para interesar los órganos contenidos en el vientre, obran de una manera oblicua limitando su accion á las paredes del abdómen, y aún interesan el peritonéo, pero respetan los demás órganos contenidos en esta cavidad. En esta clase de heridas tenemos como una consecuencia natural la hernia del epiploon, siendo ésta tanto más frecuente á medida que la extension de la herida es mayor: esta consecuencia no puede considerarse como agravante para el pronóstico. Esto se verifica, hablando de un modo general, pero sin que por esto se quiera decir que heridas bastante amplias, que han producido la salida del epiploon y de los intestinos, no deban considerarse como complicadas; pues generalmente en este caso, tanto el epiploon como el intestino se hallan interesados, y á pesar de la sutura del intestino y de todos los cuidados que se pongan en la curacion de estas heridas, los individuos casi en su totalidad sucumben.

La hernia simple del epiploon por una herida, creo que más bien debería considerarse como un signo favorable, siempre que la hernia sea poco voluminosa

y no venga acompañada de la salida del intestino. La práctica que se sigue en nuestra Capital de ligar el epiplon, ya sea por una ó varias ligaduras, dejándolo fuera hasta que la mortificación lo desprenda espontáneamente, es una buena práctica sancionada por la experiencia, y que por sí misma no expone á accidente alguno. La mayor parte de los autores extranjeros recomiendan, cuando el epiplon está sano y no estrangulado, reducirlo; cuando está sano y estrangulado, desbridar la herida y reducirlo, pues temen que dejándolo hacia fuera, el pedículo contraiga adherencias y produzca más tarde atirantamientos. Otros prácticos opinan porque en estos casos debe dejarse el epiplon sin reducirlo, pues la desbridación aumentando la extensión de la herida, predispondría más á las hernias consecutivas. La razón que dan los primeros, para desbridar y reducir, parece que la práctica no la confirma, pues en el hospital Juárez nada es tan frecuente como esta clase de lesiones, y sin embargo, los heridos que han curado en estas condiciones, no se quejan después de estos atirantamientos señalados por algunos autores. En el caso de que estos atirantamientos existan tendrían lugar solamente poco después de la curación de la herida; más tarde el epiplon cedería á los movimientos del estómago producidos por los estados alternativos de vacuidad y repleción, y el epiplon, alargándose, no daría lugar á esta sensación de atirantamiento. Por el contrario, las hernias que se presentan después de la curación de las heridas, sin ser frecuentes, se observan algunas veces, y yo he tenido ocasión de ver hernias, no solamente consecutivas á antiguas heridas penetrantes del vientre, sino aún del pecho. Los hechos vienen, pues, hasta ahora, autorizando nuestra práctica nacional de *no reducir el epiplon en ningún caso*, y si ligar su pedículo por una ó varias ligaduras.

Se nos dice que cuando el epiplon esté sano, y no estrangulado por la herida, debe reducirse. Yo preguntaría: ¿qué signos físicos nos pueden asegurar que el epiplon esté sano? ¿Qué durante el tiempo que ha transcurrido desde el momento en que el individuo ha sido herido hasta que se le practica la primera curación, el contacto del aire, el de los cuerpos extraños, aún cuando éstos hayan sido quitados cuidadosamente, no han sido suficientes para producir en el epiplon, cuando ménos, un ligero estado congestivo, preludio quizá de una inflamación que puede propagarse al resto de la serosa si la parte herniada se reduce? Contra estos preceptos podríamos presentar los resultados obtenidos en nuestra Capital: léase el copiadore de esencias y autopsias del hospital Juárez, visitense sus salas y se convencerá cualquiera de la verdad de lo que vengo asentando.

Pasemos ahora á hablar sobre las lesiones del peritonéo. Las heridas que interesan esta serosa, estando sana, no son en lo general graves; raro es el individuo que sucumbe solo á causa de la peritonitis traumática; comunmente se encuentra á la autopsia la lesión de un órgano ó de algun vaso de los contenidos en la cavidad abdominal. Las contusiones fuertes del peritonéo creo que

deben considerarse más graves que las heridas, y sin embargo, estas contusiones, no solo producen la peritonitis, sino que, casi siempre, se acompañan de la ruptura de una ó varias asas intestinales ó de la lesion de alguna otra entraña, que contribuye principalmente á causar la muerte. Siendo médico-militar he asistido á dos trenistas que habian recibido unas patadas de mula sobre el vientre; los dos murieron violentamente. Practicada la autopsia, en ambos se encontraron rotas unas asas intestinales, desgarradas por la misma violencia exterior. En mi práctica civil tuve ocasion de asistir á un cochero que murió de la misma manera; no se practicó la autopsia. En estos casos, como he dicho ántes, creo que la principal causa de la muerte es la lesion de alguna entraña, sobre todo la del intestino; pero áun aquí la lesion aislada del peritonéo, no es generalmente la que por sí sola causa la muerte. Ya que hago mencion de estas violencias, permitaseme decir algo respecto á su diagnóstico y pronóstico. Los individuos que reciben estas contusiones, comunmente se hallan en estado de embriaguez, lo que puede hacer que el médico no dé todo el valor que debe á los sintomas que se presentan, dependientes de la contusion, atribuyéndolos más bien al estado en que se encontraba el individuo.

El médico debe, por lo mismo, ser muy reservado en su pronóstico, y no limitarse á la expectacion, sino emplear un tratamiento activo para prevenir ó combatir la peritonitis, una vez que ésta se haya desarrollado. En los casos que yo he asistido, los individuos han estado despues de su accidente en una postracion completa, casi ajenos al mundo exterior; sus respuestas eran dificiles; á la presion del vientre revelaban por la expresion de su fisonomía una sensacion de dolor que no estaba en relacion con la peritonitis sobreaguda que se habia desarrollado. Su pulso era frecuente, concentrado y algo irregular; su respiracion lenta. Vómitos al principio de materias alimenticias ó de los liquidos del estómago, mezclados á los restos de bebidas alcohólicas ingeridas, despues vómitos verdosos y constipacion completaban el cuadro de sintomas. Estos individuos, como he dicho ántes, sucumbieron violentamente, así es que el médico debe estar muy prevenido, teniendo en cuenta la gravedad de estas lesiones.

Hecha esta corta digresion sobre esta clase de lesiones del vientre, que están muy en relacion con las heridas penetrantes de esta cavidad, paso ahora á hablar sobre las heridas penetrantes del abdómen, hechas por instrumentos punzantes. Estas heridas son consideradas como benignas, siempre que no interesan alguno de los órganos contenidos en esta cavidad; en comprobacion de este aserto se citan las heridas que con el trócart practica el médico para dar salida á la serosidad acumulada en el peritonéo (paracentésis). De una manera general, esto es cierto, pero como una excepcion, en efecto, muy rara, he visto á la paracentésis causar la muerte del enfermo. Se trataba de un individuo atacado de cirrosis en su tercer periodo que habia dado lugar á un vasto derrame en el

peritonéo; este derrame, unido al edema pulmonar, contribuía á producir un estado de asfixia muy apreciable. La persona que asistía á este enfermo era un práctico muy distinguido; juzgó indicada la operacion de la paracentésis, y en efecto, la practicó dando salida á un vasto derrame de serosidad, que por el momento hizo cesar este estado de asfixia. El enfermo murió á las cuarenta y dos horas de hecha la operacion. La autopsia nos hizo ver que una porcion del epiplon estaba como pellizcada entre el orificio interno de la herida, encontrándose ahí adherida; la inflamacion que habia desarrolládose en la herida se propagó de allí á todo el peritonéo, lo que vino á abreviar la muerte de este enfermo. Hechos de esta naturaleza son excesivamente raros; pero lo cito para demostrar que en Cirugía, como en todos los conocimientos humanos, nada se puede asentar de una manera absoluta, pues las excepciones son numerosas.

Respecto al tratamiento de las heridas penetrantes de vientre, todos los prácticos siguen una misma conducta: al principio, cuando se duda si la herida es ó no penetrante, la prudencia aconseja obrar como si lo fuera, y siempre que no haya otra indicacion que llenar, se somete al herido á una dieta absoluta y se le administra el hielo para calmar la sed. Si más tarde no se despierta sintoma alguno que indique que la herida es penetrante, sino que sigue una marcha favorable, se puede dar alimento, leche por ejemplo, y aumentarlo progresivamente, pero siempre con precaucion. Cuando desde el principio se tiene la seguridad de que se trata de una herida penetrante de vientre, y que se presentan los sintomas de una peritonitis, se somete al individuo á una completa abstinencia de alimentos y bebidas, administrándole solo trocitos de hielo, que liquida en su boca para calmar la sed. Se administra al interior el extracto de opio en píldoras de á cuarto de grano ó de á medio grano, repartidas en el dia, para tomar una cada media hora ó cada hora. Al exterior se emplean las fricciones de ungüento doble, repetidas varias veces en el dia. Algunas veces se administra tambien el calomel al interior á dosis refractas, para violentar la absorcion del mercurio en los casos de peritonitis sobreaguda. Éste, podemos decir, es el tratamiento clásico, el que se sigue generalmente; en los casos curables es el que da mejores resultados. Quiero permitirme solamente el decir algunas palabras sobre las ventajas que resultan de sustituir al extracto tebaico administrado en píldoras, las inyecciones subcutáneas de hidro-clorato de morfina. Sabemos que el opio empleado para curar la peritonitis, la úlcera del estómago, las heridas intestinales, y en general, para combatir toda inflamacion ó favorecer la marcha de cualquiera lesion del aparato digestivo, tiene dos indicaciones que llenar: la primera paralizar los movimientos, favoreciendo así la cicatrizacion de la úlcera ó herida, é impidiendo el derrame de las materias ahí contenidas, que darian lugar á una peritonitis sobreaguda: si esta inflamacion se ha desarrollado, impedir que los intestinos, por sus movimientos, aumenten la inflamacion de la serosa abdominal. La segunda indicacion tiene por objeto combatir

el elemento dolor. Ahora bien, creo que la morfina en inyecciones subcutáneas es de más fácil empleo y más segura para satisfacer á las indicaciones del opio. Esta sustitucion la juzgo sobre todo ventajosa en nuestros hospitales, donde es bien sabida la dificultad que hay para ministrar con la regularidad y frecuencia debida esta clase de medicinas, pues desde el momento en que el médico las prescribe, hasta el momento en que el enfermo las toma, pasan por varias personas, lo que impide sean administradas como se necesita. El empleo de las inyecciones de morfina, es por el contrario sumamente sencillo; el médico al hacer su visita puede practicar la primera inyeccion y recomendar al practicante de guardia siga haciendo otras, sirviéndole de guia, para emplearlas con más ó menos frecuencia, el dolor más ó ménos fuerte que revele el enfermo. Con el opio empleado en píldoras no sucede lo mismo; éstas son prescritas á intervalos frecuentes y regulares y á una dosis fija en veinticuatro horas; generalmente en nuestros hospitales la medicina no se administra tal como se prescribe. Otra de las ventajas de las inyecciones subcutáneas es la instantaneidad con que calman el dolor: á principios de este año entró á la sala Juárez (actualmente de Clínica), un individuo con dos heridas, de las cuales una estaba situada en el hipocondrio izquierdo; esta herida hecha al parecer por instrumento punzante y cortante, habia penetrado al vientre interesando el estómago. A las treinta y seis horas de haber entrado al hospital el herido, presentaba los síntomas de una peritonitis sobreaguda, haciéndose notar sobre todo un dolor intensísimo; las quejas del herido eran tales que no podia uno permanecer indiferente. Le puse una inyeccion conteniendo dos centigramos de hidrociorato de morfina, y seguí viendo á los demás heridos; pocos momentos despues las quejas del enfermo se fueron escuchando ménos, y entró en tal calma, que al salir yo del hospital, preguntándole por su dolor, me dijo sentirse muy aliviado. Viendo este efecto, recomendé al practicante de guardia vigilara al herido para ponerle otras inyecciones á medida que se despertara el dolor. Estas inyecciones, unidas á las fricciones con ungüento doble sobre el vientre, al calomel al interior á dosis refractas, á la abstinencia completa de alimentos y bebidas y al hielo, dieron por resultado la curacion del herido, á pesar de que como ya he dicho, el estómago habia sido interesado.

De lo expuesto creo poder sacar las siguientes conclusiones:

- 1.^a En las heridas penetrantes de vientre, la extension de la herida tiene su valor diagnóstico para saber si se trata de una herida simple ó complicada.
- 2.^a La lesion del peritonéo, anteriormente sano, rara vez causa la muerte; cuando ésta viene, en lo general es ocasionada por haber sido interesado algun órgano ó vaso contenido en la cavidad del vientre.
- 3.^a La salida del epiplon por la herida, cuando no es una parte considerable, no agrava el pronóstico.

4.^a La regla general consiste en ligarlo y abstenerse casi siempre de reducirlo.

5.^a Las inyecciones subcutáneas de hidrociorato de morfina deben sustituir al opio; unidas á las fricciones con ungüento doble, al calomel, la abstinencia completa de alimentos y bebidas y el hielo para calmar la sed, constituyen el tratamiento de las heridas penetrantes de vientre.

México, Julio 10 de 1878.

TOBIAS NÚÑEZ.

QUÍMICA MÉDICA.

DEL ACIDO SALICILICO Y SUS REACCIONES.

Por no haber concluido un trabajo que tenia dispuesto para presentarlo á esta ilustrada Academia, y deseando cubrir el turno de lectura, diré unas cuantas palabras sobre la preparacion del ácido salicilico y sus reacciones.

Algun autor ha dicho: «Si existen medicamentos nuevos, que en el momento de su aparicion hayan sido usados con entusiasmo para caer bien pronto en la oscuridad y en el olvido, no creo que suceda lo mismo con el ácido salicilico.»

Aun cuando no se haya dicho la última palabra sobre la utilidad de este ácido, los multiplicados servicios que ha prestado, ha hecho que ocupe un lugar importante en la terapéutica, las artes y aun en la economia doméstica.

El ácido salicilico fué obtenido la primera vez en 1839 por M. Péria, fundiendo el hidruro de salicila ó aceite esencial de *spirea ulmaria* (Reyna de los prados, familia Rosacéas) con la potasa cáustica.

Posteriormente se han recomendado muchos procedimientos más ó menos dispendiosos para extraerlo, pero parece que el más adaptable es el de los Sres. Kolve y Lanteman, haciendo pasar una corriente de ácido carbónico sobre fenol sodado de la manera siguiente: se disuelve el fenol en su equivalente de sosa cáustica concentrada; se evapora la solucion en una caldera hasta que quede pulverulenta, se introduce aún caliente en una retorta, y se calienta al principio á 100°, haciendo pasar una corriente de ácido carbónico seco: despues se eleva gradualmente la temperatura á 180°, y de 220° á 250° al fin: cuando ha cesado la destilacion del fenol, se disuelve la masa en el agua, y se precipita el ácido salicilico por el ácido clorhidrico: se exprime y se purifica por repetidas cristalizaciones: conserva, sin embargo, una coloracion amarilla.

Para purificarlo, M. Thresh, ha propuesto disolverlo en cuatro veces su peso de glicerina y verter la solucion en un exceso de agua fria: la materia colorante queda disuelta en la glicerina y el ácido salicilico se precipita.