

propone, lo que es muy necesario, porque no todas las personas dedicadas al estudio de la Medicina han visto esa epidemia y se rigen únicamente por las descripciones que dan los autores extranjeros.

El Sr. PRESIDENTE dice que atendiendo á la reflexión hecha por el Sr. Altamirano, sería conveniente nombrar desde luego la comisión compuesta de siete miembros á fin de que ella misma propusiera en la próxima sesión el programa bajo el cual emprenderá sus estudios sobre el cólera.

El que suscribe preguntó si se aprobaba la moción del Sr. Presidente.

Habiendo contestado la Academia en votación económica por la afirmativa, el Sr. Presidente, en uso de la facultad que le concede la fracción 4.^a del art. 12, nombró para presidente de esa comisión al Dr. D. Manuel Carmona y Valle, y para miembros á los Dres. D. Eduardo Licéaga, D. Fernando Altamirano, D. Luis E. Ruiz, D. Antonio Peñafiel, D. Federico Semeleder y D. Miguel Cordero, encargando á la Secretaría les hiciese saber su nombramiento.

Por haber dado la hora de reglamento, el Sr. Presidente ordenó al suscrito, preguntara á la Academia si se prolongaba la sesión para tratar de la base 5.^a del reglamento de la comisión encargada del estudio de las aguas minerales.

En votación económica contestó por la negativa.

El secretario segundo recordó los turnos de lectura para la próxima sesión.

Se levantó la sesión á las nueve y treinta minutos de la noche. Asistieron á ella los Sres. Altamirano, Bandera, Caréaga, Cordero, Dominguez, Olvera, Ortega Reyes, Peñafiel, Sánchez, Semeleder, Soriano, Villada, Villalobos y el primer secretario que suscribe.

J. R. ICAZA.

SESIÓN DEL 16 DE FEBRERO DE 1887.—ACTA NÚM. 19, APROBADA EL 23 DEL MISMO.

Presidencia del Sr. Dr. Domínguez.

A las siete y veinticinco minutos de la noche se abrió la sesión, y después de haber sido leída el acta de la anterior, se puso á discusión y sin ella se aprobó.

La Secretaría dió cuenta con las publicaciones nacionales y extranjeras recibidas en la semana.

El Sr. LAVISTA, de turno para la lectura reglamentaria de esta noche, manifiesta que no habiendo podido terminar el trabajo que estaba preparando y no queriendo dejar de cumplir con la prescripción reglamentaria, hará una comunicación oral á la Academia, tomando como tema las piezas anatomo-patológicas que presenta.

Pertenece á un individuo que entró hace algunos días al servicio de cirugía mayor del Hospital de San Andrés y que dió origen á consideraciones muy im-

portantes acerca de las dificultades que presenta el diagnóstico de la naturaleza y del sitio de las obstrucciones intestinales. En la observación que va á referir se trata de un joven como de unos veinte á veinticinco años de edad, muy bien constituido y que refería muy pocos datos conmemorativos, lo cual se explica si se tiene en cuenta el estado de angustia en que se encuentran los enfermos afectados de oclusión del intestino; esta escasez de datos explica suficientemente el error gravísimo cometido al hacer el diagnóstico, no porque él hubiera obrado como factor para conducir al desenlace fatal, puesto que éste era inevitable, sino porque pone de relieve los inconvenientes que resultan de la falta de un conmemorativo regular y metódico.

Este enfermo refería que siempre había sido de buenas costumbres, sano desde niño, y que hacía cinco días había experimentado una emoción moral fuerte á consecuencia de la cual sintió un dolor intenso, que localizado primero á la región umbilical, se generalizó en seguida á todo el vientre, acompañándose de basca y suspensión completa de las evacuaciones intestinales. Después de su entrada al hospital, los vómitos disminuyeron al grado de que en los días que estuvo en el establecimiento no vomitó mas que una ó dos veces y al mismo tiempo el dolor se mitigó, permitiendo hacer las exploraciones convenientes sobre el vientre sin que el enfermo se quejara mas que de ansiedad respiratoria ocasionada por la limitación de los movimientos del diafragma impelido hacia la cavidad torácica por el meteorismo abdominal. No se observaba ese estado al cual se da el nombre de cólera herniario, acentuándose tan solo el cansancio del enfermo por la situación en que se hallaba: la emisión de la orina era frecuente, pues la vejiga, imposibilitada para distenderse por la dilatación de los intestinos, tenía que evacuar su contenido tan luego como le llegaba del riñón. Interrogado el enfermo acerca de los traumatismos que pudieran haber tenido alguna influencia en el desarrollo de los accidentes, contestó que hacía algunos años, sirviendo como conductor de un wagón, al dar garrote, éste se le escapó, y en la revolución retrógrada que hacía, animado de cierta velocidad, le alcanzó el mango en el costado causándole una contusión; pero ésta no determinó ningún accidente consecutivo, como el dolor, la inflamación ú otro que pudiera hacer pensar en un procesus peritoneal capaz de determinar la oclusión cuya explicación se trataba de obtener.

Colocado el enfermo en la posición supina, se procedió á la exploración, siendo de notar que á la inspección no se descubrió ninguna huella de traumatismo anterior sobre la pared del vientre; buscando entonces en todos los orificios normales al nivel de los cuales se producen frecuentemente las hernias, no se encontró ningún signo de que este accidente se hubiera producido; no podía suponerse que este enfermo llevaba un vicio de conformación, ni tampoco un estrechamiento de esos que son el resultado de inflamaciones crónicas que tan frecuentemente producen en la S iliaca desórdenes como la disminución del diáme-

tro ú otros y que hacen al enfermo constantemente estreñado y lo sujetan de tiempo en tiempo á cólicos; pues el enfermó aseguró que sus digestiones se habían hecho hasta aquí con entera regularidad y que no padecía ni diarrea ni constipación. Se pudo entonces creer que el enfermo tenía lo que se ha llamado el *ileus paralyticus*, pero semejante suposición no se encontró de acuerdo con el hecho de que ese estado era persistente á pesar de haber transcurrido ya desde el principio de los accidentes más de cinco días, y de habersele administrado algunos purgantes para despertar la contractilidad del intestino. Como antes ha expuesto, era imposible pensar en que se trataba de un atascamiento fecal, porque este individuo siempre había tenido sus funciones digestivas en perfecta regularidad. Por otra parte y para terminar con todo lo relativo á la exploración, se hizo la del recto y del cólon descendente, casi hasta el transverso, no encontrándose ningún signo de estrechez ni de desviación en la S iliaca, y hallándose el esfínter anal completamente relajado, lo que se explica, en los casos en que el intestino se encuentra pellizado anormalmente, por la parálisis refleja de los esfínteres. Eliminadas ya estas causas de la oclusión intestinal, no quedaba por analizar más que dos, la invaginación y la torsión, porque no había tampoco ningún dato que permitiera sospechar que era debida á alguna degeneración orgánica de la pared, ni producida por la compresión que ejerciera algún órgano desalojado ó hipertrofiado. La circunstancia de encontrar por la percusión una pequeña zona de submacidez hacia la región inguinal derecha, es decir, en el punto del intestino en que más frecuentemente se produce la *intussuscepcion*, que en la mayoría de los casos es ileo-cólica, así como la consideración de que la S iliaca es el lugar en que las más veces se produce la torsión por consecuencia de la laxitud del mesocólon en este punto, hizo inclinár el diagnóstico hacia la idea de que muy probablemente se trataba de una invaginación.

Para utilizar todos los datos no faltaba ya más que recurrir á la exploración del enfermo bajo la influencia de la anestesia, á fin de relajar convenientemente los músculos de las paredes abdominales; en este estado fué dable sentir la fluctuación hidroaérica en la parte distendida del tubo digestivo, y rectificar la existencia de la submacidez al nivel de la fosa iliaca derecha, que parecía ser el sitio del padecimiento. El vientre continuaba enormemente distendido, el enfermo no había evacuado desde su entrada al establecimiento ni aun siquiera los gases intestinales, y á pesar de esto los vómitos habían cesado y el dolor estaba calmado: si se trataba de una invaginación, era fácil explicar la sucesión de estos fenómenos, una vez que el dolor debió haber existido únicamente mientras la estrangulación se producía y antes de que ésta hubiera sido bastante para determinar la gangrena que luego que llega á producirse calma aparentemente el estado de gravedad del enfermo, como sucede en las hernias estranguladas, en que la intensidad del dolor deja de hacerse sentir luego que el intestino herniado

se gangrena, ó bien pudiera explicarse por esa especie de costumbre que el intestino llega á adquirir para algunos estados patológicos. Se procuró despertar la contractilidad del intestino por inyecciones de agua fria. Para esto, colocado el enfermo en la posición que recomienda Simon de Heidelberg, se hizo el caterismo rectal, con una sonda suficientemente elástica y aplicando sobre el orificio anal el dorso de la mano para impedir que el agua inyectada se escurrese al exterior: se inyectó una gran cantidad de liquido sin que con esto se obtuviera mas ventaja que reconocer que el cólon descendente en casi toda su extensión, estaba completamente libre; un ayudante se encargó de hacer la percusión sobre el vientre á medida que se inyectaba el agua, y se pudieron percibir con toda precisión los cambios de sonoridad que se producian en la parte terminal del cólon conforme ascendía el nivel del liquido. Se pensó entonces en hacer la paracentesis del intestino, para que dando salida á los gases se aflojara la tensión abdominal, lo que en muchos casos produce un resultado satisfactorio deshaciendo la invaginación antes de que las adherencias hayan tenido tiempo de producirse entre la parte invaginada y el cilindro envainante. La enterocentesis fué hecha en el lugar en que se sentía la fluctuación hidroaérea en la fosa iliaca derecha, obteniendo la salida de una gran cantidad de gases y cerca de 200 gramos de materias fecaloideas, lo que dió lugar á un estado de calma y de alivio en las veinticuatro horas siguientes á la punción. Sin embargo, la oclusión seguía, y agotados ya todos los recursos médicos, se presentaba la cuestión de si la intervención quirúrgica estaba indicada. Conocidas son las discusiones que con este motivo se han suscitado, y también se sabe que en estos últimos años los adelantos de la cirugía permiten hacer en los casos en que, como el presente, el diagnóstico es dudoso, incisiones exploradoras sobre el vientre, á fin de darse cuenta sobre el sitio mismo del mal, de la naturaleza de éste. Mas en el enfermo á que se refiere no era de esperarse que esta conducta fuera seguida de resultados benéficos, porque estaba agotado por el dolor, por la insuficiencia del acto respiratorio y por la inanición, y era muy difícil que resistiera el choque quirúrgico. Más racional era, puesto que era preciso intervenir porque el envenenamiento fecaloide comenzaba á caracterizarse, hacerlo de modo que no se exigiera á aquel organismo ya gastado, un desperdicio mayor de fuerzas. Estas consideraciones lo determinaron á practicar un ano contranatura, no por el método clásico, sino de una manera especial; no hizo la colotomía lumbar, porque hubiera sido inútil, supuesto que la causa de la oclusión se suponía que estaba al nivel de la embocadura del intestino delgado sobre el grueso ó en la parte terminal del ileon; abriendo en este punto, creaba una vía de derivación para los gases y las materias intestinales, podía alimentar al enfermo y se ganaba el tiempo necesario para que la parte gangrenada del intestino fuera eliminada al exterior si la estrangulación era producida por la intussuscepción y si se habían producido adherencias entre las asas intestinales.

viciosamente colocadas. La incisión hecha cayó en el ileon muy cerca de su extremidad cólica; después de haber fijado la pared intestinal á la abdominal, penetró al intestino por una abertura como de un centímetro poco más ó menos, de suerte que obtuvo, no un ano artificial, sino propiamente hablando una fistula estercorácea. Las ventajas de esta práctica son fáciles de precisar; evita la hernia de la mucosa, puesto que se coloca en la abertura del intestino un tubo que evita también el contacto de las materias irritantes del intestino con la piel y por lo mismo las escoriaciones, ulceraciones, erisipelas y los demás accidentes ocasionados por ese contacto; además, la curación ulterior de la fistula, si es que debe desaparecer, es mucho más fácil que la del ano artificial, pues en aquel caso no se forma el espolón que resulta de la falta de continuidad en la dirección del tubo intestinal, cuyos cabos se colocan á la manera de dos cañones de fusil cuando se ha hecho el ano contra natura. Durante las primeras veinticuatro horas siguientes á la operación, el estado del enfermo mejoró, el tubo colocado en la fistula funcionaba con regularidad y dejó escapar una buena cantidad de gases y materias fecaloides, lo que produjo no poco alivio en la respiración: al día siguiente el enfermo contaba que algunos gases se habían escapado por el ano; á pesar de esto el estado general decaía, el pulso era pequeño y depresible y todo auguraba que el envenenamiento fecal se acentuaba. Hizo entonces el lavado del intestino con una inyección de agua á 38° por la fistula estercorácea, y durante todo el tiempo que duró la irrigación el enfermo no acusó la menor molestia y por el contrario, decía que la sensación que experimentaba era agradable. La basca no había vuelto á presentarse como tampoco el dolor, y sin embargo el agotamiento iba siendo cada vez más y más grande, hasta que el enfermo sucumbió en medio de síntomas depresivos á las doce de la mañana del octavo día de su entrada al hospital.

Interesado en reconocer las causas que habían determinado la oclusión intestinal, se hizo la autopsia, no encontrándose en el peritoneo huellas de trabajo adhesivo alguno ni reciente ni antiguo: las paredes intestinales estaban á consecuencia de la distensión á que habían estado sometidas, de tal manera adelgazadas, que se desgarraron bajo la influencia de la tracción que uno de los asistentes hizo para ayudar á desprender el intestino del mesenterio; la fistula había caído en el intestino delgado á 20 ó 25 centímetros de distancia de la válvula ileo-cecal, no habiéndose hallado nada hasta allí que pudiera ser considerado como la razón generadora del padecimiento. Se desprendió en seguida el intestino grueso comenzando por la S iliaca y siguiendo hacia arriba sin encontrar nada anormal en el cólon descendente; pero al llegar al codo que forma con el transversal cambiando de dirección, se notaron adherencias tan íntimas entre esa parte del intestino, el estómago y el diafragma, que fué imposible continuar el aislamiento del cólon; se decidió entonces sacarlo con las partes á las cuales estaba adherido, para lo cual se abrió el tórax y se cortó el diafragma, entonces

se vió que la cavidad torácica en la parte correspondiente á las adherencias del intestino estaba ocupada no ya por una neoformación, sino por lo que Velpeau llamaría un tumor fibrinógeno, Virchow un hematoma y el Sr. Lavista una hemorragia intercelular. El intestino se había herniado á través de una perforación del diafragma y el coágulo sanguíneo de que habla lo envolvía; la parte del diafragma cubierta por el tumor presentaba una inyección vascular marcadísima; el pulmón estaba repelido al tercio superior de la cavidad y su cara inferior perfectamente amoldada sobre el derrame sanguíneo sin ofrecer ninguna adherencia, pues éste era subpleural y en su contorno no parecía haberse producido ningún trabajo flemático: las paredes torácicas vecinas al coágulo presentaban una coloración equimótica como si se tratara de un traumatismo recibido la víspera; este color era probablemente debido no á una infiltración de sangre sino de hematina, pues los otros caracteres de la lesión indicaban que era bastante antigua.

Como se ve, semejantes desórdenes no podían haber sido sospechados con los únicos datos que antes ha señalado: quizá si hubiera sido posible ampliar los informes, tomándolos de la familia, se habría sospechado la naturaleza de la lesión, pues hubieran dicho, como refirieron *post mortem*, que el enfermo dos años antes tuvo una riña en que sufrió varias heridas, entre otras una situada en la espalda al nivel del octavo espacio intercostal, cuya cicatriz se pudo comprobar sobre el cadáver y que por su forma parece haber sido hecha con un tranchete; esa herida sangró mucho según refieren y tardó seis meses en curar; así si se comprende que cuando el enfermo sufrió la herida, el diafragma haya sido lesionado, un derrame sanguíneo que más tarde se coaguló debe haberse producido y consecutivamente al debilitamiento del diafragma por la cicatriz, el intestino se hernió, dando lugar al estrangulamiento. Este hecho le recuerda uno muy parecido en el cual sí conocía todos los antecedentes: una mujer había sido herida hacia algunos años casi en el mismo lugar; más tarde el intestino hizo hernia por las cicatrices diafragmáticas y recuerda que cuando hizo la laparotomía para tratar de remediar la estrangulación, se encontró con que el intestino estaba adherido al pericardio y cuando ejercía sobre aquél una tracción para reducirlo, se producían graves desórdenes cardíacos.

Se ve, pues, que el caso que ha referido es muy importante, porque se trata de una herida de pecho que interesó el diafragma, se acompañó de un derrame abundante de sangre subpleural, que desalojó el pulmón circunscribiéndolo al tercio superior de la cavidad torácica, y que todo esto no estuvo acompañado de perturbaciones respiratorias; más tarde se produjo la hernia que hubiera sido imposible remediar aun cuando practicara la incisión exploradora, pues ésta no le habría enseñado, sino que era imposible remediar los accidentes sin abrir la cavidad torácica por el diafragma. Enseña también que el examen de los enfermos debe ser sumamente minucioso y prolijo, supuesto que si en este caso se

hubiera explorado la parte posterior del tronco, aunque esto hubiera parecido sumamente nimio y hasta ridículo, se habrían encontrado las cicatrices que tal vez hubieran conducido al diagnóstico de la naturaleza de la lesión. Por último, en el caso que nos ocupa se trataba, dados los antecedentes que el enfermo ministró, más bien de adivinar que de diagnosticar.

El Sr. Lavista presentó en seguida las piezas anatómicas pertenecientes al caso que ha referido.

El Sr. PRESIDENTE invitó á los socios á que hicieran uso de la palabra si tenían que hacer alguna observación á lo dicho por el Sr. Lavista.

El Sr. ALTAMIBANO ofreció presentar á la Academia una historia parecida á la que el Sr. Lavista acaba de referir, y que puede dar lugar á algunas consideraciones de Medicina legal.

El Sr. SAN JUAN hace presente que va á dar cuenta de un caso de laparotomía con resultado feliz por quiste doble de los ovarios: hará un extracto muy reducido de la observación. Es una mujer de treinta y seis años, que estaba sometida á su cuidado por quistes que llevaba en ambos ovarios; el de la izquierda era del tamaño de un embarazo de cinco meses; el de la derecha del de una naranja; el primero estaba pediculizado y libre, el segundo encasquillado; aquél era de pared delgada y contenido claro. La enferma había sido operada por estenosis del cuello.

El primero del año la enferma se decidió á hacerse la laparotomía; la incisión fué de doce centímetros: los dos ovarios fueron extirpados, presentando el derecho á consecuencia de la profundidad de su situación y de las adherencias que había contraído, más dificultades que el izquierdo. La operación fué rodeada de la antiseptia más rigurosa, como en otra de que dió cuenta á la Academia; las trompas fueron también extirpadas. El útero ha quedado en una posición casi fisiológica sostenido por los ligamentos útero-sacros. La menstruación quedó suspendida por la resección de los oviductos. No hubo accidentes después de la operación y el resultado ha sido feliz, como pueden convencerse los socios si lo desean, pues la enferma se ha prestado voluntariamente á venir y espera afuera del salón. Presentó también las piezas anatomo-patológicas.

El Sr. PRESIDENTE nombró á los Sres. Villalobos y Parra para que examinen á la enferma y den cuenta á la Academia del resultado de sus exploraciones, suspendiéndose la sesión mientras verifican éstas.

Al cabo de un cuarto de hora continuó la sesión.

El Sr. PARRA dijo que examinada la enferma por él y el Sr. Villalobos, encontraron una cicatriz lineal en la parte media y á los lados las huellas de los puntos de sutura. No hicieron el tacto vaginal por no molestar á la enferma.

El Sr. PRESIDENTE dice que si alguno de los socios quiere hacer observaciones á la comunicación del Sr. San Juan, puede hacer uso de la palabra.

No habiendo quien manifestara deseos de tomarla, la concedió al Sr. Olvera

para que leyese el dictamen sobre el trabajo del Dr. Parra intitulado: «Clasificación médico-legal de las lesiones traumáticas que no causen la muerte.»

El Sr. OLVERA, presidente de la sección de Medicina legal, verificó la lectura de dicho dictamen.

Cuando concluyó, el Sr. Presidente dijo que quedaba de primera lectura, y por ser la hora avanzada dispuso que en la sesión próxima se diera cuenta con el programa de los trabajos que propone la comisión encargada del estudio del cólera.

El secretario segundo recordó los turnos de lectura próximos.

Se levantó la sesión á las nueve y treinta y cinco minutos de la noche. Asistieron los Sres. Altamirano, Cordero, Domínguez, Lavista, Martínez Vargas, Mejía, Olvera, Ortega Reyes, Parra, Peñafiel, Sánchez, San Juan, Villada, Villalobos, Zúñiga y el primer secretario que suscribe.

J. R. ICAZA.

NECROLOGIA.

El 26 de Febrero de 1887, falleció en San Miguel de Allende, á las cinco A. M., el Dr. D. *Manuel Trejo Fortanell*.

El 27 de Febrero del mismo año, falleció en Querétaro, á consecuencia del tifo contraído en el ejercicio de su profesión, á las nueve A. M., el Dr. D. *Enrique Mac-Gregor*.

Médicos honrados y caballeros completos, la sociedad deplora su pérdida.

El 21 de Marzo ha fallecido en la Villa de Tianguistengo, á las 7 ½ A. M., el farmacéutico D. Manuel R. Zúñiga.
