

ACADEMIA DE MEDICINA.

SESIÓN DEL 25 DE MAYO DE 1887.—ACTA NÚM. 31, APROBADA EL 1.º DE JUNIO.

Presidencia del Sr. Dr. Bandera.

(CONCLUYE).

Invitados los socios á que hicieran uso de la palabra, el Sr. Núñez dijo: que iba á comunicar á la Academia algunas conclusiones importantes relativas á las heridas penetrantes de vientre, consideradas desde el punto de vista de la clasificación médico-legal, del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento de dichos traumatismos: las proposiciones que asentará, sin tener el carácter de absolutas, se encuentran perfectamente justificadas en la generalidad de los casos, y son el resultado de la observación clínica de numerosos hechos durante su práctica en los hospitales de «Instrucción Militar» y «Juárez.»

Sucede generalmente que algunos médicos poco prácticos en el estudio de esta clase de lesiones, creen que toda herida, por el simple hecho de abrir la cavidad peritoneal, debe ser considerada como de suma gravedad; pero la práctica demuestra precisamente lo contrario, y se observa que las heridas penetrantes de vientre, sin lesión del intestino ó de los gruesos vasos, pueden ser clasificadas como de las que curan en la inmensa mayoría de los casos, sin presentar accidentes de peritonitis ni aun siquiera circunscrita. La dificultad consiste en precisar el diagnóstico, lo cual se consigue en la mayoría de casos atendiendo á las circunstancias que acompañan ó siguen al traumatismo: si la herida ha sido causada con un instrumento cortante de lámina ancha y pequeña, como los tranchetes, las chavetas y otros usados con frecuencia por los artesanos, se puede presumir que no será penetrante, y esto principalmente, por el modo con que dichos instrumentos obran para causar la lesión, que en la mayoría de los casos es extensa. Si la herida es estrecha, el diagnóstico no puede ser formulado cuando haya salida del epiplón ó del intestino; es claro que la herida será penetrante, mas nada se podrá asegurar respecto á su profundidad, ni será fácil decir si interesó ó no el intestino ó algún grueso vaso; mucho más incierto tiene que ser, cuando no hay hernia de ninguno de los órganos abdominales y apenas es necesario decir que toda investigación con el estilete debe ser severamente proscrita.

En cuanto á que los vasos ó el canal intestinal estén interesados, es fácil saberlo, atendiendo á la marcha de los fenómenos que se presentan; en el primer caso, no tardan en presentarse los signos de una hemorragia interna; en el segundo, muy pronto una peritonitis sobreaguda y generalizada se declara; estos casos son necesariamente mortales, y hasta hoy jamás ha visto desmentido este pronóstico en los casos en que una perforación del intestino ó una sección de un

vaso grueso era evidente: por otra parte, siempre que ha visto desenvolverse una peritonitis difusa, que ha causado la muerte del individuo, ha deducido que el intestino debía estar interesado, y la autopsia ha venido á confirmar siempre sus previsiones.

Resulta, pues, que el pronóstico tiene que ser en gran número de casos, cuando no se conoce la extensión del traumatismo, reservado: que siempre que la cavidad abdominal sea abierta, pero que no haya lesión del intestino ó de los vasos, se puede considerar la herida como siendo de aquellas que de ordinario no comprometen la vida; esta conclusión es importante desde el punto de vista de la clasificación médico-legal, porque hay médicos que clasifican estas lesiones entre las que ordinariamente causan la muerte, lo que pugna con la práctica y la experiencia. Finalmente, desearía conocer la opinión de los socios sobre este punto; en las heridas penetrantes de vientre, y cuando existe ya la peritonitis generalizada, hasta qué punto sería racional hacer la laparotomía, buscar la asa del intestino herida, suturar la solución de continuidad, y cerrar la abertura hecha al vientre después de asear la cavidad, rodeándose de todas las precauciones que la cirugía moderna aconseja para las operaciones de este género.

El Sr. LUGO expone: que difiere del parecer del Sr. Núñez respecto del pronóstico de las heridas penetrantes de vientre, pues aunque los accidentes inmediatos no sean peligrosos para la vida, suelen dejar consecuencias que siempre son un origen de peligro. Recuerda que un soldado de zapadores fué herido en el vientre con una bayoneta por uno de sus compañeros: el epiplón salió cosa de dos centímetros, fué ligado y el enfermo curó sin accidentes. El Sr. Montes de Oca, que dirigió la curación, hizo observar la posibilidad de que sobrevinieran accidentes tardíos: efectivamente, algunos meses después el mismo individuo se presentó con síntomas de oclusión intestinal, y la autopsia enseñó que al nivel de la herida existía una brida que fué el agente de la estrangulación. En cuanto á la operación de la laparotomía y la sutura del intestino que el Sr. Núñez propone cuando la peritonitis se ha declarado ya, para evitar el derrame dentro de la cavidad abdominal de los materiales fecaloides, cree que esa conducta es muy arriesgada y que el traumatismo, añadido á la flegmasia peritoneal, bastaría para producir la muerte.

El Sr. NÚÑEZ manifiesta: que el peligro de que habla el Sr. Lugo puede existir para lo sucesivo, como se ha hecho observar en alguna comunicación hecha por él mismo á la Academia en otra ocasión y en la que se hizo referencia al mismo caso que ahora se cita: en la mayoría de los casos las bridas se forman cuando la impericia de los que hacen la primera curación les impide poner suturas profundas, que son las que están indicadas cuando la herida es penetrante; generalmente los practicantes de las comisarias se conforman con poner suturas superficiales, con las que es imposible obtener el afrontamiento de los planos profundos de la pared abdominal; resulta de ahí que cuando la cicatriza-

ción se produce, se establecen adherencias entre el epiplón ó cualquier otro órgano y la pared abdominal y se forman las bridas de que ha hablado el Sr. Lugo; pero cuando la primera curación es hecha con las reglas del arte, las bridas no se forman. Sin embargo, como trata de afirmar sus ideas á este respecto, por eso desea oír la autorizada opinión de los miembros de la Academia.

En cuanto á la consulta que ha hecho á la Academia, no se le oculta lo arriesgado de la conducta que propone, pero no le parece irracional si se atiende á que el individuo que tiene perforada una asa del intestino, está condenado á morir por la peritonitis sobreaguda y generalizada que el derrame de las materias fecales produce sobre la serosa: quizá hubiera alguna probabilidad de salvación haciendo la laparotomía, la sutura del intestino, el aseo de la cavidad y la curación aséptica de la herida.

El Sr. CARÉAGA hace presente que, en su concepto, no se puede considerar como herida que no puede poner en peligro la vida, aquella que penetra al vientre y determina la salida del epiplón, porque éste puede sufrir por el contacto de cuerpos extraños, escoriaciones y traumatismos diversos que lo inflaman, y la flegmasia así producida puede comunicarse al interior del vientre y ser el origen de una peritonitis mortal.

El Sr. NÚÑEZ dice que desde un principio advirtió que las proposiciones que iba á establecer no eran absolutas, y es natural que tengan sus excepciones, sin que por esto dejen de revestir el carácter de generalidad con que la práctica le ha enseñado á considerarlas.

El Sr. PRESIDENTE manifiesta: que según las ideas emitidas por el Sr. Núñez, sacadas de su práctica, las heridas penetrantes simples del vientre deberían clasificarse entre las que no ponen ni pueden poner en peligro la vida: que las razones en que se funda para no estar de acuerdo con esta aserción las manifestó ya al discutirse el trabajo del Sr. Parra, referente á clasificación de heridas. Que en cuanto á la cuestión propuesta por el Sr. Núñez, de practicar la laparotomía en las heridas penetrantes de vientre con lesión del intestino, aunque ha sido emprendida en Europa por algunos cirujanos, la gravedad y rapidez con que se desarrolla la peritonitis en esta clase de lesiones, según lo observado por el Sr. Núñez, inspira el temor de ejecutarla en las heridas hechas por instrumento punzante ó cortante.

El Sr. NÚÑEZ manifiesta: que la experiencia le ha enseñado que toda herida penetrante de vientre producida por arma de fuego, es mortal, aun cuando el calibre del proyectil sea pequeño: esto es conocido desde la época de Napoleón el Grande, entre los soldados del cual se consideraban como destinados seguramente á morir, aquellos que recibían una herida de bala en el vientre. Las condiciones son diferentes en las heridas por instrumento cortante, y en los registros de las comisarias y del hospital Juárez fácilmente puede comprarse que casi

todos los heridos con esa clase de armas, que han abierto la cavidad peritoneal, curan sin accidentes.

Él no clasifica estas heridas como leves, porque la lenidad de la lesión depende en buena parte de las primeras curaciones, y los defensores de oficio podían imputar al cirujano los inéxitos que tuvieran.

El Secretario segundo recordó los turnos de lectura próximos.

Se levantó la sesión á las nueve y diez minutos de la noche. Asistieron á ella los Sres. Bandera, Caréaga, Labadie, Lugo, Núñez, Ortega Reyes, Olvera, Orvañanos, Ruiz Luis, Semeleder, Soriano, Villada y el segundo secretario que suscribe.

MIGUEL CORDERO.

SESIÓN DEL 1º DE JUNIO DE 1887.—ACTA NÚM. 32, APROBADA EL 8 DEL MISMO.

Presidencia del Sr. Dr. Bandera.

A las siete y treinta minutos de la noche se abrió la sesión, y después de haber sido leída el acta de la anterior, fué puesta al debate, habiéndose aprobado con algunas aclaraciones hechas por los Sres. Lugo y Cordero.

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

El Sr. ORTEGA REYES, de turno como socio corresponsal para la lectura reglamentaria de esta noche, manifiesta que ha comisionado al Sr. Secretario segundo para que lea el trabajo que presenta sobre «Oclusión del tubo digestivo,» porque no puede hacerlo personalmente, por causa de sus enfermedades.

El Sr. Secretario segundo verificó la lectura de dicho escrito.

El Sr. PRESIDENTE manifiesta: que sería de desearse que el Sr. Ortega Reyes hiciera una Memoria especial de la observación teratológica cuyo dibujo presenta, y que en la que ha leído aparece entre casos de oclusión intestinal. Efectivamente, el hecho que consigna es una anomalía de tal manera extraordinaria, que parece increíble que haya podido existir. Cita varios casos conocidos en la ciencia, de anomalías en la colocación del estómago, y no encuentra ninguno parecido al que presenta el Sr. Ortega Reyes. Quizá irregularidades en la observación necroscópica, falsearon la interpretación de los hechos y condujeron al Sr. Ortega Reyes al error, porque no se puede explicar cómo pudo vivir el individuo á que la observación se refiere, sin presentar perturbaciones de parte de la digestión y de la respiración; aun la circulación misma debió encontrarse comprometida, supuesta la relación que la aorta guarda en el esófago.

El Sr. ORTEGA REYES dice: que lo que consigna en la figura es lo que realmente se observó en la autopsia del individuo; que siempre ha procedido con