
GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.

OBSERVACIONES

Que comprueban la ventaja de sustituir la práctica seguida entre nosotros para la curación de las heridas penetrantes de vientre complicadas de hernia por la reducción epiploica del epiplón sano, recogidas por el Dr. Ricardo Egea y Galindo; y consideraciones que justifican la modificación propuesta, redactadas por el que suscribe.

SEÑORES:

MI buen amigo é ilustre compañero el Sr. Dr. Egea, me ha hecho el honor de ofrecerme para su estudio las interesantes observaciones que vais á escuchar y que comprueban, como vereis, la aplicación del método que en ellas se recomienda, para la curación de las hernias epiploicas de origen traumático. Os daré cuenta á la vez con algunas otras que me son personales, que vienen en apoyo de la práctica que deseáramos se generalizara en nuestro país. A eso tiende el estudio que tenemos la honra de presentar esta noche.

OBSERVACION PRIMERA.

Ricardo Dubó fué herido el día 12 de Noviembre de 1888 por instrumento punzante y cortante, recibiendo una lesión en el lado izquierdo de la región umbilical como á tres centímetros de su cicatriz. Medía la herida seis centímetros de extensión; penetró el arma á la cavidad abdominal y salieron un metro cincuenta centímetros de intestino delgado y doce centímetros de epiplón. Dicho Dubó permaneció en el suelo del lugar donde acaeció el accidente como una media hora que tardó la camilla de la 4.^a

Demarcación de Policía en recogerlo, habiéndose llenado de tierra toda la parte del paquete intestinal que estaba fuera.

Conducido á la Comisaría, fué curado por el practicante de guardia, C. Alejandro Santibañez, quien previo lavado minucioso del intestino y epiplón con esponjas desinfectadas y una solución félica al 2½ por ciento, redujo la hernia del intestino, ligó el epiplón con catgut, á nivel de la pared abdominal, cortándolo después y reduciéndolo; puso una sutura profunda con catgut, otra superficial con seda fenicada y por último, una curación Listeriana rigurosa. Toda la operación fué ejecutada bajo una pulverización constante de bi-cloruro de mercurio al 1 por 1,000 que duró veinte minutos, y terminada se remitió en el acto al hospital "Juárez" colocándose en la Sala núm. 2, que es á mi cargo, y en la cama núm. 10.

El tratamiento que se siguió fué el siguiente: *dieta absoluta*, vejiga con hielo al vientre, 0.02 centigramos de extracto de opio cada hora y trocitos de hielo para calmar la sed.

Al día siguiente de su entrada al hospital se desarrolló una peritonitis sobreaguda que cedió al quinto día, habiéndose elevado el termómetro á 39°9. Se empezó á alimentar al enfermo con mucha prudencia, dándole, al tercer día de su entrada, leche por cucharadas, aumentándola muy poco á poco hasta que su estado permitió alimentarlo con leche y huevos tibios. La curación se levantó al sexto día y se encontró la herida completamente cicatrizada.

Al décimo día de su entrada se presentaron fenómenos peritoneales sordos, que continuaron de una manera lenta hasta terminar con el enfermo á los veintisiete días.

Al practicar la autopsia se encontraron en el vientre los signos de la peritonitis observada durante la vida, y un gran derrame de materias fecales y alimenticias, resultado de varias heridas en las asas intestinales y otra en la gran curvatura del estómago.

OBSERVACION SEGUNDA.

El día 18 de Noviembre de 1888 fué conducido á la 6ª Demarcación de Policía Andrés Castillo, en estado de ebriedad y con una herida hecha por instrumento cortante y punzante en la región epigástrica; transversal, de ocho centímetros de longitud y por la que salían dos metros de intestino delgado y en los ángulos de la lesión dos porciones de epiplón como de cuatro centímetros cada una. Allí fué curado por el practicante de

guardia, C. Julio Acuña, quien después de haber aseado minuciosamente la hernia del intestino y epiplón con una solución fenicada al $2\frac{1}{2}$ por ciento sujetándose en todo á la asepsia más perfecta, y de reconocer que el intestino no presentaba en lugar visible ninguna lesión, lo redujo á la cavidad abdominal, ligó las dos porciones de epiplón con catgut, cortó con tijeras lo excedente y lo introdujo en el vientre dejándole perdido. Cerró la herida con tres puntos de sutura profunda hecha con catgut y cinco de sutura superficial entrecortada hecha con seda fenicada. Se colocó una curación Listeriana completa remitiéndosele al hospital "Juárez." Allí ocupó la cama núm. 38 de la Sala núm. 2 que es á mi cargo.

Se le impuso el tratamiento que acostumbro seguir: dieta absoluta, vejiga con hielo al vientre, dos centigramos de extracto de opio cada hora y trozos de hielo para calmar la sed.

Al tercer día de su entrada se le empezó á dar una cucharada de leche cada hora, la que proporcionalmente se fué aumentando.

El día 23, quinto de su entrada, se quitó la vejiga con hielo, y el día 24, esto es, al sexto día, se levantó la primera curación encontrándose la herida completamente cicatrizada, salvo los puntos de sutura que supuraban.

El termómetro, que el día de su entrada, marcaba $37^{\circ}7$ se mantuvo en $37^{\circ}5$ los cinco primeros días y al sexto bajó á la normal para no volver á subir. El paciente fué dado de alta á los catorce días de su entrada.

OBSERVACION TERCERA.

El día 25 de Diciembre de 1888 fué conducido á la 6ª Demarcación de Policía Carlos Ferreira, con dos heridas por arma blanca: la primera en la región infra-umbilical, como á tres centímetros á la derecha y abajo de la cicatriz; irregular, oblicua abajo y adentro, como de veinticinco milímetros de longitud; penetró á la cavidad abdominal dando salida á una hernia de epiplón como de cuatro centímetros: la segunda en el hipocondrio izquierdo, como de un centímetro de extensión y también penetrante. Fué curado por el practicante de guardia, C. Julio Acuña, quien bajo rigurosa asepsia y antisepsia ligó el epiplón al nivel de la herida cortándolo y reduciéndolo al vientre. Se empleó para curar la herida la sutura profunda hecha con catgut y la superficial con seda fenicada, colocando una curación Listeriana. Se remitió al hospital en donde ocupó la cama

16 de la Sala 2 que es á mi cargo. Se le ordenó el tratamiento que acostumbro seguir en las heridas penetrantes de vientre y ya descrito en las observaciones anteriores. Al tercer día de su entrada se elevó el termómetro á 40°, al sexto se levantó la curación encontrándose la herida cicatrizada por primera intención, y á los catorce días se dió de alta en perfecto estado de salud.

OBSERVACION CUARTA.

El día 16 de Diciembre de 1888 fué conducido á la 2ª Demarcación José Santos Francisco con dos heridas hechas por instrumento punzante y cortante: la primera de tres centímetros de extensión situada en el flanco izquierdo y dando salida á una hernia del epiplón como de ocho centímetros; la segunda en la mejilla derecha, como de once centímetros de longitud. Fué curado por el practicante de guardia Rodrigo López, sujetándose á las reglas de antisepsia rigurosa; ligó el epiplón al nivel de la herida cortando el excedente que medía ocho centímetros y reduciendo el pedículo al vientre. Se empleó la doble sutura profunda y superficial, la primera con catgut y la segunda con seda. Se hizo una curación delicada y minuciosa en la herida de la cara usando en ambas del apósito Listeriano. El herido fué remitido al hospital "Juárez" y colocado en la Sala núm. 1 dedicada á la Clínica externa y que está á cargo del Sr. Dr. Núñez, quien le ordenó dieta absoluta los tres primeros días, vejiga con hielo al vientre y opio al interior.

El día 20, quinto de su herida, empezó á tomar leche y se levantaron ambas curaciones encontrándose la herida del vientre cicatrizada por primera intención y la de la cara en su mayor parte. A los 16 días el enfermo estaba completamente curado.

OBSERVACION QUINTA.

(Tomada por el joven A. Estrada, practicante adjunto á la Sección Médica de la 4ª Demarcación de Policía).

El día 10 de Marzo de 1889 se recibió en la 4ª Demarcación á José Morales, quien tenía tres heridas hechas por instrumento punzante y cortante situadas: la primera en el flanco izquierdo y parte de la región umbilical, de doce centímetros de extensión, penetrando al vientre y produciendo hernia del colón transverso y del epiplón; la segunda situada en la

cara postero-externa de la articulación del codo izquierdo, oblicua abajo y afuera, media como seis centímetros y descubría la parte superior del radio; la tercera en el octavo espacio intercostal derecho interesando piel y tejido celular.

Hecha la asepsia y antisepsia de la primera herida se redujo la hernia intestinal, se ligó y cortó el epiplón que también se redujo y se colocó una curación Listeriana habiéndose antes cerrado la herida con puntos de sutura profundos y superficiales. La segunda herida se cerró con puntos de sutura y se cubrió con curación de Lister. La tercera se curó por oclusión.

En el hospital "Juárez" ocupó la cama 13 de la Sala 1ª a cargo del Sr. Dr. Núñez (Sala de Clínica). El termómetro, salvo el primer día que subió un poco, no indicó ascenso de temperatura y permaneció en la normal. A los seis días se levantaron los apósitos y se vió que la primera lesión estaba cicatrizada en una extensión como de nueve centímetros, la segunda en vía de cicatrización y la tercera completamente cicatrizada.

El día 27 de Abril se dió de alta al referido Morales habiendo permanecido en el hospital no por la lesión del vientre de la que estaba perfectamente sano á los quince días, sino por la del codo que fué muy rebelde para cicatrizar, tal vez debido á los movimientos de la articulación y á la profundidad de la herida.

OBSERVACION SEXTA.

(El herido á quien se refiere la presente observación con la solitaria que se le extrajo, fué presentado por mí á la Academia de Medicina el día 29 de Mayo del presente año).

Porfirio González fué conducido á la 8ª Demarcación de Policía el 29 de Marzo del presente año con una herida hecha al pareoer por instrumento cortante situada en el borde de las falsas costillas del lado izquierdo, dirigida hacia atrás y abajo, como de nueve centímetros de extensión y que interesó toda la pared abdominal en una longitud como de tres centímetros penetrando á la cavidad. Dicha herida produjo la hernia del epiplón y del intestino delgado; éste presentaba una herida de dirección transversal á su eje, como de siete milímetros y que interesó todas las capas. Por esta herida salía la extremidad de una tenia que por haberse roto no pudo ser extraída en su totalidad por el practicante de guardia Francisco Ballesteros, que asistía al herido. La parte de tenia extraída media ocho

metros. Dicho practicante puso en el intestino, con catgut, una sutura entrecortada; ligó al nivel de la herida, también con catgut, la parte de epiplón que hacía hernia cortando el excedente y reduciendo el pedículo al interior del vientre; en la herida de la pared abdominal se pusieron puntos de sutura profunda con catgut y superficiales con seda fenicada y se le puso por fin una curación Listeriana perfecta. Toda esta operación fué ejecutada bajo una pulverización constante de bicloruro de mercurio al 1 por 1,000. El herido fué conducido al hospital "Juárez" donde ocupó la cama núm. 21 de la Sala 2 que es á mi cargo; se le impuso el tratamiento que ya he indicado: opio al interior, dieta absoluta, vejiga con hielo al vientre y trozos de hielo para calmar la sed. La temperatura máxima fué de 39° el quinto día de su entrada, época en que se levantó el apósito. Se encontró la herida cicatrizada por primera intención y supurados los puntos de sutura. Diez días después del ingreso del herido al hospital, estando casi aliviado de su lesión y ya alimentándose, se presentó en la región parotídea izquierda un gran flemón que lo hizo sufrir mucho comprometiéndolo su existencia y prolongando su curación, pues no pudo darse de alta por esta causa sino hasta el 30 de Mayo, esto es, dos meses después de su entrada.

OBSERVACION SEPTIMA.

El enfermo de quien me voy á ocupar — Blas Mendoza — entró al hospital "Juárez" el día 8 de Abril del presente año de 1889 y ocupó en la Sala 2 que es á mi cargo, la cama núm. 38. Tenía tres heridas: la primera en la axila izquierda, de tres centímetros de extensión y que interesó la piel y el tejido celular; la segunda, en la región esternal, medía cuatro centímetros é interesó también la piel y el tejido celular; la última, situada en el hipocondrio izquierdo, medía dos centímetros y aparentemente interesó sólo la piel y el tejido celular, puesto que el plano muscular se veía íntegro.

Por considerar leves las heridas no se sometió al enfermo á ningún tratamiento especial y sólo se le prescribió la curación con yodoformo poniendo al enfermo á ración. Las heridas estaban suturadas con catgut.

Al pasar la visita en la mañana del día 11 se me hizo saber que el enfermo había tosido en la noche anterior y que por la herida del hipocondrio salían doce centímetros de epiplón que aun permanecían haciendo hernia. Reconocido el enfermo pude ver que el epiplón estaba bastante con-

gestionado y con signos de adherencia en algunos puntos; ligué *en cadena* la parte que formaba pedículo después de haberla lavado con una solución de bicloruro al 1 por 2,000; corté el excedente á raíz de la ligadura, puse un poco de yodoformo en el lugar que se había cortado y procedí á la reducción del pedículo que fué difícil y que exigió el desbridamiento de la herida de la piel, pues la lesión abdominal no estaba en el mismo paralelismo que la lesión externa, encontrándose desviada como tres centímetros hacia arriba. Esto explica porqué se creyó al principio en la Comisaría que la herida no había sido penetrante. Se hizo la sutura profunda con catgut, la superficial con seda fenicada, se le puso una curación por oclusión y se le dejó la alimentación que ya tenía prescrita. El día 17 que se levantó el apósito se encontró la lesión completamente curada, habiéndose dado de alta al enfermo el día 20, sin que el termómetro *durante toda su estancia* en el hospital se hubiera elevado un milímetro.

OBSERVACION OCTAVA.

José de la Luz Guzmán, de 14 años de edad, soltero, de oficio carnicero, recibió el 13 de Junio de 1889 una herida por instrumento punzante y cortante en el epigastrio. Medía dicha herida cinco milímetros y penetró á la cavidad abdominal produciendo una hernia de epiplón de cuatro centímetros. Además de esta herida tenía otra en vía de cicatrización situada en la cara externa del codo izquierdo; medía tres milímetros é interesó la piel y el tejido celular.

La primera lesión fué curada asépticamente por el practicante de guardia, Julio Acuña, quien ligó el excedente de epiplón, lo cortó y lo redujo, cerrando la herida, previa sutura, por oclusión y le colocó un empaque algodonado. Fué conducido al hospital "Juárez" y colocado en la Sala núm. 5, cama núm. 1. Allí fué sometido por el Dr. Zúñiga á un tratamiento opiado, nieve á pasto y dieta absoluta. El 15 se cambió el apósito que estaba limpio y se curó de nuevo por oclusión; el 16 subió la temperatura á 37°9; fué alimentándose gradualmente y el 23 estaba ya fuera de peligro.

Matías Hernández, de 56 años de edad, entró á curarse al servicio de la clínica externa en el hospital de San Andrés, de voluminosa hernia en rosario, en Abril de 1889. Vigoroso, bien constituido, decía llevar su padecimiento hacía 20 años: gradualmente su hernia fué alcanzando tales proporciones que llegó á obtener el volumen de la cabeza de un feto á término: jamás aplicó vendaje ó braguero contentivo y nunca á pesar de la gran

porción de intestino desalojado, sufrió accidentes intestinales serios. Por la primera vez aparecieron aquellos como resultado de un violento esfuerzo, obligándole á venir al Establecimiento. El cuadro clínico que nos ofreció la primera vez que le estudiamos, correspondía al del hernioso en el período de estrangulación, debiéndose señalar para nuestro intento, que el osqueocele que teníamos á la vista era indudablemente entero-epiploico. La circunstancia especial de fijeza del contenido herniario y la imposibilidad absoluta de imprimirle algún desalojamiento del lado de la cavidad abdominal, dada la antigüedad de la hernia, nos hizo sospechar la existencia de la irreductibilidad como complicación de la estrangulación. Imposible por el momento definir las condiciones especiales de la hernia que estaba envuelta en un inmenso derrame, resultado de la peritonitis herniaria. Dadas esas condiciones resolvimos practicar la herniotomía inmediata, la que sólo ofreció un detalle digno de mencionarse: nos referimos á la enorme extensión que fué preciso dar á la incisión en la pared abdominal para hacer fácil la vuelta del intestino á la cavidad, visto el enorme volumen del pedículo herniario constituido por el mesenterio. La porción del intestino herniada medía unos 60 centímetros; pero la porción epiploica que la envolvía, no era menos importante; estaba de tal modo adherida á la pared del saco en sus diversos lóculos, que era imposible su separación sino después de una disección muy minuciosa: cada uno de ellos estrangulaba á su vez, la porción epiploica correspondiente, haciéndose necesaria su desbridación. Este fué el momento en que nos dimos cuenta de la existencia de la hernia en rosario complicada de irreductibilidad.

Como debeis suponer, la porción epiploica herniada, había sufrido modificaciones de estructura tales que era imposible su reducción, debiéndose en consecuencia separar. Así se hizo, haciendo ligaduras múltiples en el pedículo epiploico, con catgut, en atención á su gran volumen y abandonando el epiplón ligado dentro de la cavidad abdominal. La excisión del saco en la cintura consecutiva completaron la curación.

Recordareis que tuve el honor de presentaros este enfermo curado no sólo de los accidentes herniarios, sino de la hernia misma, cuya curación radical se alcanzó.

Esta observación interesante bajo muchos puntos de vista, prueban en favor del método aconsejado por el Sr. Egea, pues que cortando el epiplón y abandonado dentro de la cavidad, pudo obtenerse la curación sin contratiempo alguno.

Muy en extracto os referiré otro hecho que no es menos probante que el anterior.

Entraba al hospital de San Andrés Ledesgario Escamilla, de 34 años de edad, para curarse de una hernia entero-epiploica estrangulada en viva arista contra el ligamento de Gimbernat. El intestino había sido propiamente pellizcado contra este ligamento á pesar del espeso cojín epiploico interpuesto entre el anillo que estrangulaba y el ligamento mencionado. La hernia se había producido repentinamente y habían pasado muchas horas antes de que fuera socorrido: comenzaban á aparecer los accidentes del cólera herniario. En tales circunstancias procedí á la herniotomía inmediata acompañado de mi Jefe de Clínica el inteligente Dr. Regino González. Abierto el saco herniario encontré inmediatamente el epiplón fuertemente hiperemiado y debajo de él, una pequeña asa intestinal pellizcada contra el ligamento de Gimbernat; desbridé el cuello del saco é hice deslizar el asa del intestino al exterior para cerciorarme de los desórdenes producidos en su pared antes de hacer su reducción. Como su consistencia era buena á pesar de la fuerte infiltración equimótica que se observaba en sus paredes, pensé que podría reducirse sin inconveniente. Así lo hice cortando después la porción epiploica que encontré alterada, previa ligadura de un doble pedículo que hice sobre la porción sana; hice la excisión del saco y ensayé la curación radical de la hernia.

Los tres primeros días que siguieron á la operación, fueron bien felices para nuestro operado; pero al cuarto se desarrolló una peritonitis fulminante por perforación que ocasionó su muerte en el mismo día.

La autopsia nos enseñó que sobre el borde adherente del intestino se había éste perforado; pero nos enseñó también que el epiplón ligado se encontraba en las mejores condiciones; de manera que pronto habría cicatrizado reabsorbiéndose las ligaduras.

Este hecho desgraciado es precioso para apoyar la práctica que aconsejamos, así como pudiera utilizarse para recomendar el empleo del método del Profesor Senn de Millwaukec en los casos dudosos de constricción intestinal, que ofreciendo todas las apariencias de vitalidad para la reducción del intestino herniado, comprometen sin embargo el éxito de una operación que se habría logrado si la insuflación de hidrógeno en el intestino enseñara al cirujano el verdadero estado vital de éste.

Pero al punto de vista de la ligadura epiploica el hecho demuestra satisfactoriamente la inocuidad del procedimiento.

* * *

La enseñanza que ofrecen los hechos clínicos con que os acabo de dar cuenta, define la conducta que observar deba el práctico en el tratamien-

to de las heridas penetrantes del vientre complicadas de hernia epiploica, como lo ensayaremos demostrar.

Habíase establecido como regla una técnica para la curación de esta especie de heridas, que hubiérase creído censurable cualquiera otro procedimiento que no fuera la fijación del epiplón á la porción abdominal. Se procuraba, después de fijarle, hacer la excisión de la pared epiploica que se había expuesto al contacto del aire ó de cuerpos extraños cualesquiera. Se daba como razón de este modo de hacer, el peligro á que se exponía á los heridos reduciendo el epiplón, que más ó menos alterado, debería provocar flegmasías peritoneales frecuentemente sépticas. La experiencia parecía haber sancionado este *modus faciendi*, ofreciendo frecuentes casos favorables á esta práctica y á nadie le ocurría pensar que pudiera hacerse nada mejor. No bastó para modificar la regla la inducción quirúrgica que, como sabemos, es uno de nuestros mejores criterios y se olvidó casi completamente la conducta seguida por prácticos eminentes que diariamente hacen la cirugía abdominal dejando pedículos perdidos previa desinfección. Y esto tratándose de adherencias viscerales múltiples ó de la enucleación de tumores ováricos ó de otra especie. Apenas se comprende porqué no se encontraba peligroso el abandono de ligaduras múltiples en los casos mencionados, sea ligando vasos, cortando adherencias ó pediculizando tumores y se temía tanto la ligadura epiploica después de la separación necesaria de una porción sospechosa de lesión, sea por la exposición del epiplón al aire ó por estrangulación entre los bordes de una herida.

Existe tal paridad en los casos que comparamos, que no llegamos á entender la razón que autorize el procedimiento seguido hasta hoy á pesar de la antisepsia y nos parece á todas luces ilógico é inconveniente el empleo de métodos diferentes para casos cuasi semejantes.

Censurable sería á no dudarlo la conservación de esta práctica si solo se atiende á la comparación establecida; pero sube de punto lo vicioso del procedimiento cuando se reflexiona que la conservación del epiplón interpuesto entre los labios de la herida abdominal, se opone á su fácil y natural afrontamiento y despierta un trabajo flemonoso á pesar del que puede obtenerse en los casos felices una curación que deja el repliegue epiploico naturalmente libre dentro de la cavidad, fijo á la pared. Por solo el hecho de fijarle ligándole, se produce la mortificación del pedículo extraperitoneal que puede eliminarse sin accidentes si la asepsia rigurosa interviene, pero que puede provocar los de carácter flemático difuso. El menor inconveniente que ofrece la práctica que criticamos, es el retardo

de la curación que en la práctica hospitalaria y delante de la ley es de tenerse en seria cuenta.

Pero no es ciertamente éste el sólo reproche que señalamos, otros de gran importancia deben anotarse. La adherencia epiploica á la pared abdominal, entorpece la libertad funcional del intestino grueso en su porción transversa, que se mantiene á su vez más ó menos fijo, por la fijeza artificialmente producida sobre el gran repliegue epiploico. El intestino delgado á su vez deja de estar suficientemente protegido por el cojín epiploico, y esta situación anormal, puede producir perturbaciones nutritivas y funcionales del tubo digestivo, como las que encontramos ordinariamente en los enfermos que llevan hernias epiploicas intersticiales que á veces obligan á los enfermos á mantenerse encorvados.

Por otra parte, las bridas intra-abdominales son una amenaza eterna para la libertad funcional del intestino delgado, que flotante en la cavidad peritoneal, queda expuesto á pellizcos ó estrangulaciones de suma gravedad.

De esta complicación se afectan con suma frecuencia los heridos de vientre que han sufrido peritonitis parciales con adherencias consecutivas; y no pocas veces se encuentra la explicación de la oclusión intestinal en la constricción producida por bridas.

Crearlas so pretexto de accidentes que se juzgan propios á las heridas de vientre complicadas de hernia epiploica á pesar de estas consideraciones, y de lo que enseña la observación clínica, que se deduce de los hechos que tenemos la honra de presentaros, es ciertamente un error lamentable que nos hace responsables de accidentes que hubiéramos podido evitar con una poca de previsión.

Si pues el estudio comparativo con que os damos cuenta, permite deducir que cortando el epiplón previamente desinfectado y ligándole cuidadosamente se le puede reducir y abandonar en el vientre obteniendo curaciones de primera intención en un período de tiempo muy corto, y si por otra parte el procedimiento antiguo generalmente usado, por lo menos retarda la curación, engendra una situación anormal para los órganos intra-abdominales y expone á complicaciones inmediatas ó consecutivas; creemos tener razón para aconsejar el olvido de la antigua práctica y recomendar la nueva como tratamiento de las heridas penetrantes de vientre complicadas de hernia epiploica.

Una última palabra sobre el asunto, que creemos servirá para confirmar nuestras ideas. Nos referimos á los hechos mismos con que os damos

cuenta y á sus circunstancias especiales. Ocho son las observaciones que acabáis de oír pero suben ya á cuarenta las registradas por el Dr. Egea; dos me son personales. Todas ellas se refieren á heridos de nuestra última clase social, naturalmente descuidados y viciados por el alcohol, producidas en la calle pública y en consecuencia socorridos con la oportunidad posible, generalmente con mucho retardo, asistidos en las comisarías que si bien es cierto, cuentan con bastantes elementos, carecen de muchos de los más importantes para hacer inocentes esta clase de traumatismos. En último término cuidados por personas, bien honorables por su aplicación y celo por el cumplimiento de su deber, pero desprovistos aún de la experiencia y práctica que sólo se alcanzan con los años y los reveses; y á mayor abundamiento, los hechos que os presentamos, no pertenecen á un solo práctico, sino á varios, que por ilustrados que les supongamos, obedecen á sus propias inspiraciones; pues bien, con esos elementos el resultado ha sido siempre satisfactorio y alguna vez brillante, lo que en nuestra opinión, se debe á la excelencia del método que tiene, como todo lo realmente bueno y útil la condición especial de su fácil generalización.— Lejos de nosotros la idea de amenguar el mérito de las personas que han intervenido en las curaciones; por el contrario, muy grato nos es tributarles un homanaje de justicia por su acierto y dedicación; pero hemos querido señalar las condiciones en que se han alcanzado resultados tan satisfactorios para deducir los que se obtendrían observando rigurosamente el método aséptico y rodeando á los heridos de las buenas condiciones que una práctica extensa y juiciosa aconseja siempre.

Fundándonos en estas consideraciones, nos creemos autorizados para proponer la sustitución de la antigua práctica por la que aconsejamos.

Antes de terminar, señores, permitidme que tribute un justo homenaje de elogio á mi ilustrado compañero el Dr. Egea, que una vez más contribuye con un precioso contingente á mejorar la práctica nacional.

Conclusiones:

1ª Las heridas penetrantes de vientre complicadas de hernia epiploica, deben tratarse por la reducción del epiplón sano ó la excisión del que parezca enfermo, prévia ligadura y á pedículo perdido.

2ª Para asegurar el éxito de la curación, debe hacerse la desinfección de la herida exterior y del órgano herniado, suturas profunda y superficial y curación Listeriana.

3ª El tratamiento ulterior debe sujetarse á las reglas de la curación de las heridas penetrantes de vientre.

México, Diciembre 11 de 1889.—R. LAVISTA.