GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLINICA INTERNA.

Un caso de herida penetrante de vientre, con lesión del intestino; hemorragia consecutiva. — Curación dentro de los quince días. — Unas cuantas palabras sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esas lesiones.

SEÑORES:

EL día 1.º del presente, fué llevado al hospital "Juárez" y colocado en la Sala de Clínica, cama núm. 6, un individuo, que nos dijo llamarse Celso S. A., tener 25 años de edad, y ser carpintero de oficio; es de buena constitución. Este hombre nos refirió: que la víspera, como á las cinco y media p. m., había recibido con un cuchillo una herida en el vientre, habiéndole salido por ella, una parte del resaca y alguna sangre. Que inmediatamente se apercibió de esto el genearme, dando parte á la 1.ª Inspección de Policía; mandó ésta una camilla para conducirlo á dicha Inspección. Una vez allí, el practicante de guardia le hizo la primera curación, que consistió: en lavar la herida y el epiplón herniado con una solución de ácido fénico al 5 por ciento, ligar el epiplón con catgut resecaándolo y reduciendo el pedículo, reuniendo después los labios de la herida por medio de dos puntos de sutura entrecortada, aplicando después una curación antiséptica. Una vez hecha esta curación se remitió al herido en una camilla al hospital.

El día 2 tomamos á este paciente, para estudiarlo en la Clínica, encargándose de asistirlo el alumno Sr. Mendizábal, de cuya historia he tomado varios datos, para hacer la presente.

Por el conmemorativo directo, así como por el indirecto, suministrado tanto por el parte de la 1.^a Inspección de Policía, como por lo que nos dijo el alumno de tercer año, Sr. Saloma, que es el practicante de la Sala de Clínica y fué el que le hizo la primera curación á este herido en la 1.^a Inspección de Policía, obtuvimos datos suficientes para hacer un diagnóstico, más que de presunción y poder juzgar que se trataba de una herida penetrante de vientre, que se acompañó de la hernia de una porción del grande epiplón. Obtenido este conmemorativo pasamos á hacer el examen del paciente.

Descubrimos la herida encontrando las piezas de la curación perfectamente limpias. En los límites del hipocondrio derecho y del flanco del mismo lado, vimos una herida que presentaba los caracteres de una herida hecha por instrumento cortante y punzante, teniendo sus bordes muy regulares una dirección oblicua de arriba á abajo y de dentro á afuera, midiendo una extensión como de 4 centímetros.

Los bordes de la piel se encontraban perfectamente unidos por medio de los puntos de sutura ya señalados y la cicatrización parecía haber comenzado. El herido estaba en el decúbito supino, tenía su facies normal y sólo acusaba un dolor en la herida que se irradiaba al epigastrio; no había reacción ni local, ni general, ni síntoma alguno que indicara una complicación de la herida. Estando indicado el favorecer el procesus cicatricial, que parecía haber comenzado, nos limitamos á aplicar una curación antiséptica húmeda, cubriendo con algodón laminado, no sólo la región, en la que estaba la herida, sino una gran extensión de la pared anterior del vientre.

Al concluir este examen el paciente nos dijo: que acababa de exonerar y que había arrojado sangre; estando el vaso aún bajo la cama, pudimos ver que en efecto había evacuado sangre de un color negruzco y coagulada, en cantidad como de 260 á 280 gramos, estando esta sangre mezclada con las materias fecales. A pregunta que le hicimos el paciente nos contestó: que jamás había tenido padecimiento alguno que le hubiera hecho arrojar sangre por el ano antes de haber sido herido; que era la primera vez que la arrojaba. Teniendo en cuenta esto, así como el sitio de la herida, venimos á la conclusión de que el instrumento vulnérante penetrando á la cavidad abdominal, había producido la lesión del grueso intestino, estableciendo por consiguiente nuestro diagnóstico de la manera siguiente: *Herida penetrante de vientre, acompañada de hernia de una porción del gran epiplón, con lesión del intestino grueso (colón transversal).*

Establecido este diagnóstico y consecuentes con él, el pronóstico tenía que ser reservado, y en cuanto al tratamiento, creímos deber llenar una sola indicación y esta era: mantener en quietud el intestino, lo que procuramos conseguir sometiendo al paciente á una dieta absoluta y prescribiéndole opio á la dosis de 3 centigramos al día, en tres píldoras, por mañana, tarde y noche, y sólo le permitimos que tomara agua en cucharadas de tiempo en tiempo.

Día 3. El estado del paciente era el mismo que el día anterior, salvo el dolor que había disminuído. No se creyó prudente tocar la curación que se había puesto la víspera. Se le dejó el mismo tratamiento.

Día 4. Se cambió la curación, quitándose previamente los puntos de sutura. La herida había cicatrizado en la mayor parte de su extensión, saliendo solamente unas gotas de pus; los labios de la herida estaban separados en una extensión como de 5 milímetros. Se lavó esta solución de continuidad con solución de ácido carbólico al 5 por ciento, se volvieron á unir los labios de la herida por medio de unas tiras de diaquilón, volviéndose á aplicar una curación antiséptica. El estado del paciente siendo el mismo que el día anterior se dejó el mismo tratamiento.

Días 5, 6 y 7. El paciente estaba en el mismo estado que los días anteriores, habiendo desaparecido el día 7 el ligero dolor que quedaba en la herida. Se dejó el mismo método de tratamiento.

Día 8. Encontrándose el enfermo en un estado muy satisfactorio y con su herida supurando solamente en una extensión como de cinco milímetros, se disminuyó el opio, dejándole solamente una píldora de á un centígramo por la noche. Se comenzó á darle alimento, prescribiéndole una taza de leche en cucharadas para todo el día.

Días 9, 10, 11, 12 y 13. Se fué aumentando progresivamente la alimentación en estos días, dejándole solamente las píldoras de opio por la noche. En estos días se le hicieron dos curaciones.

Día 14. Encontrándose bien el herido, y con su lesión ya cicatrizada, se le puso alimentación completa. (Ración). Se le hubiera podido dar de alta al siguiente día, pero por precaución quise tenerlo unos días más en el hospital para tenerlo en observación y asegurarme de que no se presentaba complicación alguna.

El día 19 del presente Mayo fué dado de alta este individuo, clasificando su lesión: *entre las que ordinariamente ponen en peligro la vida, pero que por circunstancias especiales no la puso en el presente caso.* Art. 528 del Código Penal.

Referida la historia de este paciente, paso á hacer algunas reflexiones sobre el diagnóstico y sobre el pronóstico de estas lesiones, así como sobre la conducta que creo debe seguirse en estos casos. Permítaseme que desde luego y sin tratar de hablar en general sobre todas las heridas penetrantes de vientre, asiente esta proposición, fundada en lo que la experiencia clínica de algunos años me ha enseñado: *toda herida penetrante de vientre en la que no está interesado órgano alguno, ó vaso sanguíneo de alguna importancia de los contenidos en la cavidad, son lesiones que ordinariamente no ponen en peligro la vida, curando en el mayor número de casos.* Podría yo aún asentar que curan todas estas heridas, pues esto es lo que he observado; pero el temor de establecer una proposición absoluta me retrae de externar el juicio que tengo formado sobre el pronóstico de estas lesiones, juicio que hasta hoy no he visto desmentido. Como profesor de Clínica Quirúrgica de segundo año, en cada curso, al estudiar las heridas penetrantes de vientre, externo á los alumnos este juicio, procurando que ellos mismos vean si se confirma, haciéndoles presenciar las autopsias de todos los pacientes que mueren en la clínica á consecuencia de estas lesiones. En cada caso les digo y les repito con frecuencia: que cuando un individuo muere á consecuencia de una herida penetrante de vientre, es porque ó bien el intestino (y generalmente es el delgado) ha sido interesado y esto da lugar á una peritonitis de marcha sobreaguda y que se generaliza violentamente, ó bien ha sido interesado algún vaso sanguíneo de cierto calibre produciéndose hemorragia interna abundante, trayendo una ú otra complicación ó ambas unidas la muerte del paciente. Hasta hoy no ha sido desmentida, repito, esta aserción, que siempre he visto comprobada en la autopsia; estas dos complicaciones son las que generalmente traen la muerte de los heridos de vientre.

Durante la vida nada es tan fácil como establecer el diagnóstico diferencial entre estas dos complicaciones, pues el cuadro clínico de los fenómenos que corresponden á una ú otra es muy diverso, siendo la marcha de ambas complicaciones sobreaguda, aunque siempre es más corta la marcha de la hemorragia interna.

La peritonitis que se desarrolla á consecuencia de la lesión del intestino es una peritonitis séptica, que se generaliza violentamente, trayendo la muerte antes de los siete días. La hemorragia interna, consecutiva á la lesión de un vaso sanguíneo, trae la muerte antes de lo que la produce la peritonitis.

Ahora bien, siendo en el mayor número de casos, mortales las heridas

penetrantes de vientre, bien sea cuando está interesado el intestino, por la peritonitis que produce el derrame de materias fecaloideas sobre el peritoneo, ó bien por la lesión de uno ó varios vasos sanguíneos de alguna importancia que da lugar á una hemorragia interna inmediata incompatible con la vida, se presentan desde luego estas dos cuestiones que resolver:

1.^a ¿Cómo diagnosticar la lesión del intestino, y cómo la de un vaso sanguíneo?

2.^a Diagnosticada la lesión del intestino ó la de uno ó varios vasos ¿qué conducta deberá seguir el cirujano, para salvar al paciente?

La cuestión de diagnóstico, tratándose de una lesión del intestino, es más difícil de lo que teóricamente parece, y solo el que está acostumbrado á tratar estas lesiones puede conocer las dificultades á veces insuperables que se presentan, no solamente para diagnosticar la lesión del intestino, pero aun para saber si la herida es ó no penetrante, presentándose casos, y no raras veces, en los que por falta absoluta de síntomas y la cicatrización violenta de la herida, queda el cirujano en la duda sobre la penetración, no pudiendo fundar un diagnóstico, teniendo que inclinarse por la no penetración en vista de la marcha de la herida, clasificándolas de la manera más benigna para no agravar la condición del ofensor.

Esta dificultad en el diagnóstico proviene de que para poder decir que se trata de una herida penetrante es necesario ó bien que la herida sea bastante extensa, para poder apreciar de *visu* ó por el tacto la penetración, acompañándose las más veces, cuando la herida es un poco extensa de la hernia del epiplón, lo que no deja duda sobre la penetración, ó bien en las heridas de corta extensión, que son las más comunes, que se presenten durante su marcha los síntomas de una complicación de estas heridas. En el primer supuesto diremos: que las heridas penetrantes de vientre, raras veces son bastante extensas, para que se pueda reconocer la penetración por el examen físico, pues estas heridas comunmente son estrechas, porque en lo general son hechas con instrumentos de hoja poco ancha y bastante larga. Si no se presentan síntomas subjetivos en estas heridas, como es lo común cuando el instrumento vulnerante no interesa órgano ó vaso sanguíneo de alguna importancia, el diagnóstico sobre la penetración no puede establecerse. En el segundo supuesto, son los síntomas de las complicaciones que se presentan en las heridas penetrantes de vientre las que sirven para fundar el diagnóstico. Cuando uno ó varios vasos sanguíneos han sido interesados, dando lugar á una hemorragia interna abundante, el diagnóstico puede establecerse desde luego por el cuadro de síntomas que presenta toda hemorragia interna de alguna importancia.

Cuando el intestino ha sido interesado y por la corta extensión de la herida no sea posible reconocer que ha sido herido, son los síntomas de la peritonitis, que forzosamente se desarrolla en estas lesiones, los que sirven para establecer el diagnóstico. Cuando la herida ó heridas del intestino no han sido suturadas, las materias fecaloides (pues generalmente es el intestino delgado el interesado) se derraman en el peritoneo, produciendo la inflamación séptica de esta serosa, inflamación que se traduce por los síntomas ya conocidos, pero presentando estas peritonitis la particularidad de generalizarse rápidamente á toda la serosa, teniendo estas inflamaciones una marcha sobreaguda que termina por la muerte en casi todos los casos.

Senn recomienda, como medio de diagnóstico de las lesiones intestinales, introducir una sonda por el recto para hacer pasar por ella al intestino, hidrógeno; si hay lesión de este órgano el gas pasa al través de la herida de las paredes del vientre, lo que se reconoce inflamando este gas por medio de la flama de una cerilla. A mi juicio este medio de diagnóstico no es práctico, pues sólo en el caso de herida del grueso intestino (que son las más raras) podría por medio del hidrógeno reconocerse esta lesión, y aun para esto sería necesario que no se perdiera el paralelismo entre la herida del intestino y la de la piel, y que no se interpusiera ningún obstáculo al paso de este gas, entre la herida intestinal y la de la pared del vientre, condiciones favorables que en la práctica no se presentan. Por otra parte, las heridas del grueso intestino se acompañan casi siempre de una hemorragia por el recto, lo que hace su diagnóstico menos difícil, siendo de un pronóstico menos grave que las lesiones del intestino delgado, pues la menor movilidad del grueso intestino impide la salida de las materias fecales por las heridas favoreciendo la cicatrización, como lo comprueba el caso del herido cuya historia acabo de referir. Cuando es el intestino delgado el interesado, y la lesión de este intestino es la que con más frecuencia se observa en la práctica, el gas no puede franquear la válvula ileo-cecal, salvo que se introdujera bajo una presión tal que antes produjese la rotura del intestino. Repito que según mi opinión, el medio del diagnóstico propuesto por Senn, podrá *talvez* dar resultado en casos excepcionales. Es como he dicho la aparición de los síntomas de una peritonitis que se desarrolla poco tiempo después de hecha la lesión, el mejor ó el único medio de diagnóstico de la lesión intestinal.

Permítaseme añadir, antes de concluir con lo relativo al diagnóstico de estas heridas, que á veces, aun tratándose de heridas que no son pene-

trantes, se presentan algunos síntomas que pueden referirse á una peritonitis incipiente, cuando la persona encargada de la asistencia del paciente no tiene práctica en el tratamiento de estas lesiones, y por lo mismo no sabe interpretar estos síntomas para referirlos á su verdadera causa; estos síntomas son: dolor que se despierta á la presión del vientre, y meteorismo, precedidos estos síntomas algunas veces de vómitos y acompañados de una calentura ligera. El meteorismo y la calentura, se presentan como consecuencia de la retención de las materias fecales. El dolor, que se despierta á la presión, también depende de esta retención, y en caso de herida, se acentúa más por el estado de hiperestesia en que están los individuos al día siguiente de haber recibido la lesión, debida esta hiperestesia, principalmente, á las copiosas libaciones de bebidas alcohólicas, á las que se entregan estos individuos antes de recibir sus lesiones; este estado puede prolongarse dos ó tres días. Los vómitos que presenta el herido son producidos por esta misma causa, así como por la calidad de los alimentos que han tomado; estos alimentos unidos al pulque que en exceso beben estas personas, ocasionan una perturbación en la digestión, que se acompaña de vómitos. Ahora bien, si estos síntomas son referidos á una peritonitis, por la persona que atiende al herido, con mayor razón prescribirá el opio, temiendo que la supuesta peritonitis sea consecuencia de una lesión del intestino, y en este caso el tratamiento viene á empeorar la situación del paciente, pues sábase que el opio paraliza al intestino, favoreciendo la retención de las materias fecales, trayendo como consecuencia la exacerbación de la calentura y del meteorismo, y por consiguiente creándose mayores dificultades para el diagnóstico.

Como consecuencia de lo expuesto, creo conveniente no administrar desde luego el opio, cuando se sospeche que la herida puede ser penetrante y con mayor razón si se acompaña de los síntomas ya indicados, sin explorar el grueso intestino para reconocer si hay ó no retención de materias fecales, para facilitar la evacuación de estas materias si existe la retención, por medio de lavativas, con lo que se consigue la desaparición de los síntomas consecutivos á la retención de las materias fecales, facilitándose el diagnóstico una vez que ha desaparecido esta causa de error.

He creído conveniente fijarme en estos síntomas por haber visto que es muy común emplear un tratamiento uniforme para combatir estos síntomas, sin atender al estado del intestino, y por consiguiente, sin que exista la peritonitis, consistiendo este tratamiento: en calomel á dosis refractas, opio y hielo.

No siendo mi objeto hablar sobre el tratamiento de las heridas penetrantes de vientre de un modo general, paso á ocuparme de las heridas acompañadas de lesión del intestino. Es en esta variedad de heridas en las que se palpan en la práctica las dificultades para tratarlas convenientemente. Desde luego se ve en la historia que acabo de referir, la conducta que creo debe seguirse en casos de lesión del intestino, siempre que no se presenten síntomas que indiquen una peritonitis por derrame de materias fecaloides en el peritoneo. Desgraciadamente las lesiones del intestino, cuando no ha sido suturado y aun suturado, no presentan una marcha tan favorable, como en el caso referido, pues las más veces estas lesiones se acompañan de los síntomas de peritonitis generalizada á toda la extensión de la serosa, teniendo una marcha sobreaguda. Cuando se trata una herida que se sospecha sea penetrante, si á las pocas horas se presentan los síntomas de una peritonitis con los caracteres ya señalados, no cabe la menor duda de que el intestino está interesado, siendo estos síntomas los únicos que pueden fijar el diagnóstico de la lesión intestinal cuando la herida penetrante de vientre no se acompaña de la hernia de una porción del intestino. Es en estos casos en los que el cirujano encuentra serias dificultades para trazarse una línea de conducta que dé por resultado la salvación del paciente.

Mucho se ha escrito sobre el tratamiento de estas lesiones y se refieren casos en los que se han obtenido brillantes resultados después de haber practicado la laparotomía y hecho la sutura de las heridas intestinales, ó la resección de la porción de intestino lastimado, cuando no se ha tenido confianza en las suturas, como se ha practicado en las heridas del intestino hechas por arma de fuego, haciendo estas operaciones con las precauciones de la más rigurosa antisepsia.

Yo solo tengo conocimiento de dos casos, en los que se practicó la laparotomía con este objeto por heridas hechas con armas de fuego; en ambas la muerte fué el resultado final, que se siguió á las pocas horas después de haberse practicado estas operaciones, y si mal no recuerdo, en uno de estos casos hubo error de diagnóstico, pues no se trataba de una herida penetrante, dando lugar á este error, tanto el sitio de la herida, como el haberse observado los síntomas de los que acabo de hablar y que se presentaron después de una retención de materias fecales y después del estado de alcoholismo en que se encontraba el paciente. Estos síntomas fueron referidos á una peritonitis incipiente, por lo que se apresuraron á practicar la laparotomía antes de que la supuesta peritonitis tomara mayor desarrollo.

Como se ve, yo no me considero capaz de emitir un juicio sobre la laparotomía en los casos de lesión del intestino, por no conocer hechos bastantes para fundar sobre ellos una opinión. Sí diré: que aun sin el apoyo de estas operaciones, en vista de que son excepcionales los casos de heridas penetrantes de vientre con lesión del intestino que curen, sobre todo cuando estas lesiones han sido hechas por armas de fuego, creo que debería practicarse la laparotomía en el momento que se presentaran los síntomas de una peritonitis (bien diagnosticada), pues más tarde sería enteramente inútil la operación, por la generalización de la inflamación séptica á toda la serosa; la operación en estas condiciones no haría más que abreviar la vida del paciente.

Sin embargo de lo que acabo de decir, debo manifestar: que hasta hoy me he abstenido de practicar la laparotomía á pesar de tener con mucha frecuencia casos de heridas penetrantes de vientre con lesión del intestino que por su gravedad suman terminan por la muerte. Las razones que tengo para abstenerme de emprender esta operación son las siguientes: *A.* A pesar de lo que digan los partidarios de esta operación, sus resultados tienen que ser en el mayor número de casos muy desfavorables, pues como he dicho, solo los síntomas de una peritonitis que se desarrolla pocas horas después de recibida la lesión y que se generaliza violentamente, son los únicos que con seguridad pueden indicar la lesión del intestino. Cuando estos síntomas no se presentan, no hay otros signos en qué fundar, no solo el diagnóstico de la lesión intestinal, pero ni aun el de la penetración. Ahora bien; practicándose la operación cuando ya existe una peritonitis séptica, como tiene que practicarse, las condiciones no pueden ser peores, y por eso los resultados son tan desfavorables. *B.* Siendo en el mayor número de casos la muerte el resultado no diré de la operación, pero sí que sobreviene después de la operación, y teniendo á mi cargo la enseñanza de jóvenes que comienzan á dar sus primeros pasos en el terreno clínico y que por lo mismo no tienen aún formado criterio científico para poder juzgar de estas operaciones, se impresionarían de una manera muy desfavorable al ver que los primeros casos que se operaran fueran seguidos todos de la muerte de los pacientes, lo que no sería conveniente. *C.* De estas lesiones hay en casi todas ellas un responsable, el ofensor que está bajo la acción de la justicia, dependiendo su sentencia del resultado que tenga la herida. Si la muerte se siguiera á la operación, como era lo más probable, el defensor tendría un pretexto, muy plausible en apariencia, si no para salvar á su defenso de la pena, sí para que ésta fuera lige-

ra, atribuyendo la muerte á la operación, con tanta más razón cuanto que entre nosotros, que se obra con más prudencia, no se ha generalizado la laparotomía. Por último, no es fácil el poder disponer de todos los elementos necesarios para poder hacer en el hospital esta operación conforme á las prácticas de la más rigurosa antisepsia, precauciones absolutamente indispensables para practicar la laparotomía en estas condiciones, y si esperara uno reunir las para practicarla, la peritonitis camina con tal rapidez en estas heridas, que ya más tarde se practicaría la operación con más remotas probabilidades de éxito.

Estas razones, repito, me han hecho abstenerme de emprender la laparotomía, cuyos resultados en la mayoría de casos son muy desfavorables por las malísimas condiciones en que forzosamente tiene que practicarse, pues ya he dicho que solamente el desarrollo de la peritonitis puede servir para fijar el diagnóstico de la lesión intestinal.

Para terminar este imperfecto trabajo, réstame decir que la laparotomía practicada en los casos de hemorragia interna, con objeto de ligar el vaso ó vasos divididos por el instrumento vulnerante, creo que rarísimas veces tiene que ser seguida de resultado favorable, pues la hemorragia interna solo puede diagnosticarse por los síntomas que corresponden á estas pérdidas de sangre cuando son abundantes. En estos casos no solo es la hemorragia, sino también la peritonitis que la acompaña, lo que coadyuva á producir la muerte, pues la hemorragia se detiene por sí sola, comprimiendo las vísceras los vasos divididos. Aun en el supuesto de que la hemorragia por sí sola fuese la causa de la muerte, repito que cuando ésta se reconoce, es porque la pérdida ha sido tan abundante que el paciente está próximo á ser atacado de un síncope, que es la causa inmediata de la muerte. En estos casos la operación apresuraría la muerte, pues el choque traumático consecutivo á ella, favorecería el síncope al que está muy predispuesto el paciente; la anestesia por sí sola podría producirlo. Como no he visto practicar una sola operación de laparotomía á consecuencia de las hemorragias internas que acompañan á algunas heridas penetrantes de vientre, no puedo dar una opinión fundada en los resultados de estas operaciones. Creo que esta operación, si es que pueda estar indicada, lo ha de ser de una manera muy excepcional.

Todo lo expuesto en el presente trabajo, puede resumirse en las siguientes conclusiones:

PRIMERA. — Las lesiones accidentales del intestino delgado, que es el que generalmente se encuentra interesado en las heridas penetrantes de

vientre, solo puede diagnosticarse, si el intestino no ha hecho hernia al través de la herida de las paredes del vientre, por los síntomas de la peritonitis, que en estas lesiones se desarrolla á las pocas horas de recibida la lesión, extendiéndose á toda la serosa con rapidez.

SEGUNDA.—Muriendo el mayor número de heridos, que son atacados de la peritonitis séptica, consecutiva á la lesión del intestino, la laparotomía en caso de practicarse, debe ser tan pronto como aparezcan los síntomas de esta complicación, pues más tarde se operaría en condiciones tales, que no habría la menor probabilidad de éxito.

TERCERA.—Las hemorragias internas por lesión accidental de uno ó varios vasos, solamente pueden ser diagnosticadas por el cuadro de síntomas que corresponden á las pérdidas de sangre abundantes.

CUARTA.—En las heridas penetrantes de vientre acompañadas de hemorragias internas, por la lesión de uno ó varios vasos sanguíneos, la laparotomía practicada con el objeto de ligar estos vasos, no me parece que esté indicada, pues la hemorragia se detiene por sí sola, favoreciendo á la hemostasis la compresión que ejercen sobre el vaso ó vasos divididos las vísceras contenidas en esta cavidad. En el mayor número de casos, la muerte viene no solo por la hemorragia, pero aun por la peritonitis séptica consecutiva á la lesión del intestino, lesión que comunmente acompaña á la de los vasos sanguíneos. Aun cuando la muerte venga solamente por la hemorragia, no es porque ésta se reproduzca, sino porque la pérdida de sangre ha sido tan abundante, que es incompatible con la vida, añadiendo á esta pérdida, el estado de choque traumático en que se encuentran estos heridos; por lo mismo la laparotomía no me parece estar indicada en estas lesiones de los vasos sanguíneos seguidas de hemorragias abundantes.

México, Mayo 25 de 1892.—TOBIÁS NÚÑEZ.

LA CREMACION.

CONFORME al Reglamento me toca representar en esta noche la sección á que tengo la honra de pertenecer; y ya que no me es dado presentar á mis ilustrados consocios un asunto nuevo y bueno de la valiosa Higiene, solicito su benévola atención para un punto que es tan importante como trascendental: LA CREMACIÓN.

A dos medios generales se reduce el procedimiento de sepultura en la