

curado por el cloral que congestiona; pero será absurdo dar cloral para atacar el insomnio congestivo. Entonces, precisamente entonces, será muy racional administrar cafeína contra el insomnio. Que el cloral congestiona y agrava el malestar sin curar el insomnio, esto lo saben muchos enfermos.

Exacta ó no exacta esta interpretación farmacodinámica siempre quedarán en pie los hechos observados. Yo ruego á mis señores consocios que tomen nota de ellos y ojalá que en su valiosa y sensata práctica puedan comprobar la mía.

SECUNDINO E. SOSA.

---

## ACADEMIA N. DE MEDICINA.

---

Sesión del día 22 de Mayo de 1895. — Acta núm. 33. — Aprobada el 29 del mismo mes y año.

Presidencia del Sr. Dr. D. Francisco de P. Chacón.

Lectura de Reglamento por el Dr. J. E. Icaza. — Comunicación del Dr. Hurtado referente á un caso de atascamiento estercoral. — Discusión acerca de las obstrucciones intestinales.

El suscrito leyó su trabajo reglamentario titulándolo: “Dos casos de obstrucción intestinal por estrangulación de hernias diafragmáticas adherentes é irreductibles.”

El Sr. Dr. Hurtado dijo: que aprovechaba la oportunidad de hablar sobre un caso que tiene relación con la Memoria leída.

Se trata de una enferma de 48 años de edad que le fué remitida del Hospital del Salvador, por los médicos de este establecimiento, los Sres. Sosa y Morales Pereira, quienes avisaban que dicha enferma tenía una oclusión intestinal la que había resistido á todos los medios empleados por dichos señores; pero no pudo saber el Sr. Hurtado cuáles habían sido esos medios, y tampoco pudo adquirir antecedentes acerca del estado mental de la paciente: al parecer era lipemaniaca. Tenía el vientre abultado, algo menos en la parte superior, sonoridad á la percusión, excepto en una parte

limitada del colon descendente en donde le pareció encontrar submacidez, el ombligo extendido y borrado, facies tranquila, las pupilas dilatadas, la lengua húmeda con tendencia á secarse, los miembros flojos; hizo la exploración vaginal y sólo notó dilatados los fondos vaginales por la presión de los intestinos.

No quiso insistir en el tratamiento médico, ni aun recurrir á las duchas intestinales por el recto, porque no tiene confianza en ellas; así es que procedió á operar á su enferma practicando la laparotomía que fué primero exploradora: hizo una incisión pequeña como de tres centímetros abajo del ombligo, y se presentó la hoja peritoneal transparente y delgada, la que dividió con precaución y aparecieron los intestinos dilatados é inyectados: prolongó la incisión hacia abajo y sacó como seis metros de intestino y con la mano exploró bien la cavidad, no encontrando brida ni otra causa de obstrucción; se dirigió al ciego y pudo observar una placa gangrenosa en su cara anterior. Comprendiendo que se trataba de una oclusión por atascamiento estercoral, creyó oportuno puncionar el intestino delgado para dar salida á los gases, é hizo una punción cada diez centímetros con la cánula más delgada del aspirador de Dieulafoy: lo redujo, lavó el peritoneo con la solución débil de bicloruro de mercurio, 1 por 2,000, y fijó el ciego á la pared abdominal por muchos puntos de sutura submucosa: entonces lo dividió y dió salida á un torrente de materias fecales que llenaron dos cubas, habiendo tenido necesidad de emplear hasta 16 irrigadores llenos con soluciones antisépticas para lavar el intestino. Después de haber curado á su enferma cubriendo el ano artificial con una gruesa capa de algodón, se ha mejorado notablemente; no ha habido vómitos; la temperatura es de 36.7, y el pulso es lento, mas como todavía hay un poco de meteorismo le administró un purgante de 40 gramos de citrato de magnesia.

El Sr. Dr. Lavista dijo que las interesantes observaciones que leyó el suscrito son el tipo de la oclusión interna grave; la del Sr. Hurtado es el tipo benigno, ó lo que es lo mismo la parálisis que se llama ileus parálítico. Los casos de las primeras eran gravísimos, irremediables, los enfermos se encontraban en el período de cólera herniario, colapsus nervioso y accidentes de peritonitis; cuando se interviene á tiempo reclaman la laparotomía. En el del Sr. Hurtado no había esos accidentes gravísimos y el simpático se conservaba bien, es de los que muchas veces curan con sólo los medios médicos. Considerando la cuestión de una manera general puede decirse que los cirujanos no están de acuerdo en la conducta que

debe seguirse, opinando unos que el ano contra natura es lo mejor y otros que no.

Es indispensable buscar la razón patógena de la estrangulación, y es de suma importancia también precisar su sitio, el que puede fijarse al principio de los accidentes por el lugar del dolor y sospecharse aún después por qué sabemos, por ejemplo, que la torsión ó vólvulos en el 90 por ciento de los casos se hace en la S íliaca, en las personas estreñidas, cuando hay alargamiento del mesocolon, y algunas veces en el ángulo del colon ascendente y transversal. Las invaginaciones más frecuentes son las ileo-cólicas aunque se observan también en el yeyuno y hasta cerca del duodeno. Las verdaderas estrangulaciones por bridas ó por aberturas en el epiplón, como en el caso cuya observación presentó hace poco el Sr. Licéaga, y las de hernias diafragmáticas, consecutivas á heridas del tórax, son más comúnmente formadas por el intestino delgado. Volviendo á la cuestión de práctica dijo: que antes del período coleriforme, la laparotomía da buen resultado, después nó.

Se detuvo en hacer manifiestas las grandes dificultades que hay para encontrar, una vez abierto el vientre, la causa de la obstrucción; y recordó la diferencia que hay entre operar á un enfermo y experimentar en los laboratorios con los animales; y así refirió que estando en París le preguntó á Chaput, qué se debía hacer para explorar el intestino, y le contestó que sacarlo; esto es fácil é inocente en los perros, pero en los enfermos el intestino está muchas veces con lesiones tan avanzadas que hay riesgo de abrirlo al explorar. Recordó que es conveniente en la laparotomía exploradora dirigirse desde luego al ciego, para saber si el obstáculo está en el intestino delgado ó en el grueso. En los enfermos de hernia diafragmática la laparotomía está perfectamente indicada. Cuando hay necrobiosis intestinal, la resección del intestino es lo racional; pero esto sólo puede hacerse como lo ha repetido, antes del período de agotamiento. En cuanto al botón de Murphy, aun cuando este cirujano lo aplica en siete ú ocho minutos y pretende que es un recurso para muchas lesiones del intestino, es difícil manejarlo bien, y como no es bastante ligero puede ocasionar flexiones y oclusiones. Dijo: que el tiempo empleado en las investigaciones y operaciones cuando se abre la cavidad abdominal, hace gravísima la situación del paciente, así es que últimamente ha seguido la práctica de contentarse con hacer la enterotomía en los enfermos que están en el período de cólera herniario, y ha salvado como el 50 por ciento de sus operados. El lugar que prefiere para el ano artificial es el ciego: hace una in-

cisión oblicua á 3 ó 4 centímetros del arco de Falopio semejante á la que recomienda Mac Burn para la apendicitis. Refirió que tiene en su servicio del Hospital de San Andrés tres enfermos que se salvaron por medio del ano artificial, uno de ellos con los signos de una tuberculosis del ciego; diagnóstico que cree será comprobado cuando se concluya el examen bacteriológico que ha mandado hacer.

Dirigiéndose al Sr. Hurtado manifestó que le parecían peligrosas las punciones que había practicado, pues pudiera haberse hecho un derrame en la cavidad.

En cuanto al proceder que empleó el suscrito en el segundo enfermo le parece habría sido conveniente usar las pinzas especiales de Hopkins que con su vaina de hule defienden bien la pared intestinal.

Asistieron los Sres. Aragón, Altamirano, Chacón F. de P., Chacón A., Gayón, Gaviño, Hurtado, Lavista, Noriega, Núñez, Olvera, Parra, Prieto, Ramos, Reyes, Ruiz, Toussaint, Troconis, Villada y el secretario que suscribe.

J. R. ICAZA.

---

Sesión del día 29 de Mayo de 1895. — Acta núm. 34. — Aprobada el día 5 de Junio de 1895.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Villada.

Se leyeron las comunicaciones recibidas, y se levantó la sesión en señal de duelo por el fallecimiento del Sr. Dr. D. Antonio Caréaga, socio titular de esta Academia, acaecido el 25 del presente Mayo.

J. R. ICAZA.

---