Las tres últimas familias por mencionar se hallan representadas en nuestra flora por un corto número de especies cuyas virtudes curativas me son casi desconocidas; de entre ellas señalaré el *Gymnogramme calomelanos*, Raulf., del Norte y Occidente de México, así como de la Polinesia y África tropical, que es algo astringente. La *Osmunda regalis*, L. llamada Helecho real ó acuático, cuyas frondes y rizomas las emplea el vulgo para curar el raquitismo. La *Aneimia tomentosa*, Sw., de olor de mirra es usada como nervino. La *Marattia alata*, Sm., de las islas Sandwich y de México, lo mismo que el *Ophioglossum bulbosum*, Mich., del Real del Monte y la Carolina, tienen sus rizomas comestibles.

Al emprender la modesta labor que me he impuesto de recopilar en una serie de artículos los datos y noticias más ó menos sucintas que se hallan diseminados en escritos antiguos y modernos, ó bien de mi propia cosecha y que personalmente he inquirido en mis excursiones botánicas, no he tenido otra mira que la de ayudar en algo á las personas que deseen investigar más ampliamente la acción terapéutica de nuestras plantas; pero quizá habría vacilado en este propósito si el deber que me impone el Reglamento no me lo hubiera exigido.

México, Febrero 13 de 1895.

MANUEL M. VILLADA.

CIRUGIA ABDOMINAL.

Fibro-mixoma epiploico adherido á la pared abdominal.—Laparotomía.—Curación.

DE los últimos hechos quirúrgicos pertenecientes á la práctica civil de nuestro Cirujano el Profesor Lavista, he escogido el que tengo el honor de presentaros, y se refiere á la Cirugía abdominal, por ser en mi concepto, bastante interesante, así por la naturaleza del padecimiento y su sitio, como y principalmente por la intervención y sus resultados. Un triunfo más para la Cirugía, y un lauro más para sus dignos representantes en nuestro país.

La Sra. C. L. de A., dama de nuestra buena sociedad, de 24 años,

Tomo XXXII.—51.

casada y madre de dos hijos que han nacido á término y viven sanos, sin manifestación alguna hereditaria.

La Sra. A., habitualmente sana, aunque en su niñez tuvo ciertos achaques propios de los temperamentos linfáticos, tales como una faringitis granulosa con propagación á la laringe, enronquecimiento prolongado que desapareció al fin totalmente. Menstruación siempre buena y regular.

El padre, sano, vigoroso, perfectamente constituido, con 64 años. La madre, nerviosa, delicada, pero generalmente sana. La abuela materna murió de un cisto-fibroma periuterino, á la edad de sesenta y algunos años. Ningún otro antecedente neoplásico en el resto de la familia.

La señora objeto de esta observación, se apercibió poco después de su último parto, que tuvo lugar á principios del año próximo pasado (94), de un pequeño tumor como del tamaño y forma de un huevo, situado profundamente en la cavidad del vientre, y á la altura de la parte izquierda de la región peri-umbilical; llamando la atención de su médico sobre el particular, éste encontró que aquel tumor era poco móvil, difícilmente limitable, duro y de superficie regular. La piel sana, sin vascularización. Nunca fué doloroso, ni provocó jamás perturbaciones abdominales; conservándose siempre la integridad más completa de los órganos así de la grande como de la pequeña cavidad abdominal. Tales eran sus caracteres en el mes de Junio de 94, que fué consultado por primera vez el Profesor Lavista, formulando así su diagnóstico: tumor intra-cavitario, de naturaleza probablemente fibrosa y operable.

Como no se aceptara el sólo medio propuesto por el Sr. Lavista, la intervención quirúrgica, la enferma consultó á varios reputados prácticos aceptando sólo las indicaciones de aquellos que no le hablaban de la horrorosa cirugía, y así fué sujeta á diversos tratamientos médicos por cerca de 6 meses, figurando entre otros, la electroterapia y de ella la electrolisis yódica, colocando sobre el tumor ya el polo positivo ya el negativo.

Inútiles fueron los esfuerzos que se hicieron con los pobres recursos médicos; el neoplasma siguió su marcha, y aun parece que fustigado por lo que se le hacía, su volumen aumentó rápida y considerablemente, llegando á un desarrollo tres ó cuatro veces mayor que el que alcanzó en los primeros meses.

La enferma reclamaba ya la intervención. El examen entonces demostró lo siguiente: el tumor ocupaba el hipocondrio izquierdo, parecía que partía de las falsas costillas, llegando hasta la zona umbilical, y desbordando la línea media; era globuloso, duro, renitente, elástico, indolen-

te, de contornos limitables y de superficie lisa; era movable, y su movilidad era más franca en el sentido transversal, poco en el vertical, media en su mayor diámetro como 15 cms., y muy poco menos en el menor. No provocaba desórdenes de ningún género, y sólo era molesto por su volumen y peso. La piel estaba íntegra y sana.

Con estos datos se creyó estar autorizado para confirmar el primer juicio, agregándose que el tumor intra-cavitario era epiploico, ocupando el epiplón gastro-cólico, y pudiéndose tratar de un fibroma sub-peritoneal, con adherencias íntimas á la pared abdominal.

Este diagnóstico era, por supuesto, más bien de presunción que de certidumbre; pues como dice muy bien Tillaux, el solo signo diferencial entre un tumor parietal y cavitario, es la *movilidad*; si el tumor sufre movimientos de locomoción en relación con el acto respiratorio, si se le desaloja fácilmente con la mano llevándolo en todos sentidos, es muy probable que sea cavitario; pero supongamos, dice, un tumor del grande epiplón adherido á la pared, el diagnóstico diferencial es imposible.¹

En la enferma de nuestra observación había signos que correspondían tanto á los de los tumores fibrosos parietales, y de las variedades intra-musculares y sub-musculares, como á los cavitarios, sub-peritoneales y epiploicos.

En efecto, con relación al sitio, todos los de la primera especie ocupan la zona supra-umbilical, abajo de las falsas costillas, aunque son más frecuentes en la zona sub-umbilical, y sobre el ligamento de Falopio ó la cresta ilíaca; y en cuanto á sus caracteres, todos son más ó menos ovoides, elipsoides, globulosos, irregularmente esféricos, indolentes, más ó menos móviles, según sus adherencias, limitables, de bordes bien apreciables, y pudiendo levantarlos más ó menos fácilmente con las manos ó con los dedos, duros, elásticos, renitentes, lentos en su aparición y marcha, sin causar grandes molestias, excepto los casos en que por compresión determinan dolor, ó por frotamientos llegan á inflamarse.

Respecto á los tumores epiploicos, si es verdad que de una manera general y en relación con los detalles anatómicos que le corresponden á este órgano, se les encuentra habitualmente abajo del epigastrio, hacia la línea media, es decir, en la vecindad del ombligo; también es cierto, y no hay que olvidarlo, que si esto es la regla, ciertas condiciones pueden modificarla y muchas causas pueden favorecer el desalojamiento de estos tumores. La principal es su volumen. Ciertamente, se concibe que un tu-

1 Tillaux.—Cirugía Clínica, II v., pág. 156-57.

mor pequeño, de muy poco peso, á pesar de las débiles inserciones que lo mantienen, permanezca siempre fijo en el punto en donde se ha desarrollado; conservando sus relaciones con el órgano que le ha dado origen; pero no sucederá lo mismo cuando aquel es grande, voluminoso, y por consiguiente de gran peso. En estas condiciones tanto la acción de la pesantez como la necesidad de acomodarse mejor en la región que lo contiene, favorecerán su desalojamiento. Y así sucede en efecto. Supongamos, pues, un tumor en estas condiciones, y veremos que su desalojamiento no podrá verificarse hacia atrás, porque se lo impedirá la columna vertebral, en tanto que hacia los flancos, y sobre todo al izquierdo, le será más fácil, pues si á la derecha se opondría un poco el hígado, ni el estómago ni el bazo se opondrán al lado opuesto, y de hecho es ahí en donde se les encuentra.

Más valor podrían tener los caracteres físicos del tumor, y sin embargo, ninguno de ellos aisladamente es patognomónico. Así por ejemplo, se dice que rara vez los tumores epiploicos son únicos cualquiera que sea su naturaleza, sino que son varios, aglomerados, pero también sucede que uno de ellos predomina en forma y volumen sobre los demás, y los otros á su lado formen nudosidades pequeñas difíciles de apreciar. Su volumen y forma, tampoco tienen gran significación; pues el primero es tan variable como para todos los neoplasmas, y el segundo pierde mucho de su importancia desde el momento en que, aunque formado por ejemplo por varias nudosidades que le darían el aspecto de desigual, abollado é irregular, una de ellas se hubiera desarrollado considerablemente, pues en tal caso, siendo único sería regular y liso. Por iguales consideraciones se admitirá que su consistencia variará mucho, porque cuando sea múltiple, será ya duro ó ya blando y aun fluctuante, pero si es único podría ser homogéneo y uniforme. Por esto dice Pean, en su obra sobre el diagnóstico de los tumores del vientre: "Sería un grave error creer que un tumor no ha podido nacer del epiplón, por el solo hecho que su superficie es regular, igual, sin abolladuras y de consistencia uniforme."

En resumen, puede decirse, que el solo signo de verdadero valor caracterizando los tumores epiploicos, es, su gran movilidad, así en el sentido transversal como en el vertical, principalmente de abajo á arriba más que de arriba á abajo; pero esto á condición de que el tumor sea libre, pues en el caso de adherencias con la pared abdominal pierde casi totalmente su importancia.

Ahora bien, en nuestra enferma concurrían como lo hemos dicho ya, caracteres comunes á todos los tumores de esta región, pues era superfi-

cial, uniforme y liso, móvil en todos sentidos, aunque no tan ampliamente como corresponde á los tumores cavitarios. No era doloroso, ni provocó jamás desórdenes de vecindad, ni menos aún lejanos sobre el organismo; y por eso el diagnóstico no podía ser sino probable. La certidumbre dependía de la intervención y ella por fortuna vino á darla.

Decidida por la enferma la operación, ésta se practicó el día 26 de Enero próximo pasado, observándose estricta y fielmente los preceptos hoy reglamentarios de la asepsia y antisepsia, así en el personal como en los útiles y piezas de curación.

La pieza fué elegida juiciosamente, despojada de su mobiliario y calentada convenientemente. Los instrumentos hervidos á la sosa cáustica y esterilizados al calor seco. Los lienzos eran todos nuevos. La enferma envuelta en franela, los miembros con vendajes, y el todo con bata de la misma tela.

La cloroformización estuvo encomendada al Sr. Profesor Bandera, y operó el Profesor Lavista, ayudado del Profesor Licéaga, el Dr. González, Martínez del Campo y el que habla.

Una incisión como de 12 centímetros, á la izquierda de la línea blanca, paralela á ésta, respetando la cicatriz umbilical y sirviéndole como punto medio aquella, fué hecha en un sólo tiempo hasta la aponeurosis, se dividió ésta y el primer plano muscular y el tumor apareció dando la idea de un corazón en la cavidad del vientre. En este momento se reconoció su situación y pudo verse que adhería íntimamente á la pared abdominal formando cuerpo con ella, y que era necesaria una disección laboriosísima para separarlo. Así se hizo, teniendo que sacrificar una buena parte del recto anterior y del grande oblicuo. Siguiéndolo en sus contornos, se llegó al epiplón, y pudo verse entonces que estaba ahí su implantación; aquel era su domicilio; el diagnóstico estaba confirmado.

Más laboriosa aún fué la disección de su implantación, y para llevarla á cabo cuidando de operar á seco, se hacían los cortes entre pinzas, que á la vez que servían de hemostáticos preventivos, limitaban los puentes que lo envolvían por todas partes; casi era una verdadera cápsula.

Hecha la enucleación, quedó una especie de concha que cubría la gran curvatura del estómago, caía sobre el colon transversal y dejaba ver abajo el grande epiplón flotando en la cavidad peritoneal abierta pero sana. El intestino delgado presentábase en la parte inferior de la herida, pero ni un momento sufrió la acción del aire, pues estuvo cubierto con toallas bien asépticas y bien calientes. Lo mismo se hizo para limitar el campo operatorio.

Poca sangre cayó á la cavidad, y la que pudo escurrirse fué recogida cuidadosamente con algodones hasta quedar satisfechos del completo aseo de ella.

Se procedió después á la restauración de la pared abdominal, suturando antes el peritoneo con catgut apropiado, y se colocaron suturas con seda transversales para restablecer la continuidad de los músculos divididos; con la misma substancia se hicieron las horizontales y por planos hasta la piel, no sin dejar una canalización profunda con gasa yodoformada empapada en glicerina debajo de aquella.

Apósito: el usual, empacando espesamente el vientre.

Duración de la operación, sin la anestesia y curación: 80 á 90 minutos.

La marcha no pudo haber sido más feliz. Las primeras 24 horas sufrió la enferma las molestias naturales de un traumatismo semejante. La temperatura subió á 38 para descender inmediatamente á la normal en la que se mantuvo hasta el fin. Nada de alimento.

El segundo día, estado general mejor, temperatura normal. Alimentación moderada, caldos. A partir del tercero día todo fué satisfactorio, excepto ciertas molestias causadas por la constipación que habitualmente sufre la enferma.

El apósito fué cambiado el quinto día, encontrándose que la cicatriz se había hecho de primer intento en toda su extensión, menos en los extremos: arriba por una ligera irregularidad en su afrontamiento, y abajo por la canalización. El apósito estaba manchado ligeramente por serosidad sanguinolenta. Se desalojó un poco la canalización.

Las curaciones siguieron haciéndose cada tres días, y retirándose prudencialmente las suturas de los extremos, primero, conservando las del ombligo, que fueron las últimas.

La enferma dejó la cama á los 17 días, y hoy, 25 días después de la operación, se encuentra perfectamente sana.

EXAMEN DEL TUMOR.

Debo á la benevolencia de nuestro distinguido micrografista, el Profesor Toussaint, el estudio histológico de la pieza describiéndolo como sigue: tumor arredondado, bastante regular, deprimido por un lado, casi hemisférico y mide su circunferencia con relación á tres diámetros perpendiculares, respectivamente 43, 28 y 32 centímetros. Su peso es de 405

gramos. Su superficie, de color blanquecino amarillento con manchas rojas, es en lo general lisa, teniendo en varios lugares porciones y fragmentos membranosos íntimamente adheridos á ella. La consistencia es uniforme en todas las partes de la superficie, siendo bastante resistente á la presión.

Haciendo una serie de secciones paralelas que no dividan completamente á la pieza, pero que permitan separar sus partes á la manera de las hojas de un libro, se nota lo siguiente: de la parte superficial, que forma una especie de cápsula de tejido muy denso, parten gruesos haces semejantes en su aspecto, lisos, algo nacarados y brillantes, haces que en algunos lugares forman porciones arredondadas, y en otras tienen una disposición enteramente irregular. En las porciones situadas en los huecos que dejan los referidos haces el tejido tiene un aspecto uniforme, liso y blanquecino. Toda la masa del tumor cruje más ó menos en los puntos en que se le corta.

Tomada una pequeña parte cerca del centro y otra algo más lejos, endurecidas, seccionadas, y teñidos los cortes, se observa que la estructura es como sigue: La parte principal está constituida por tejido conjuntivo fasciculado en perfecto estado de desarrollo. Este tejido está en algunos lugares pequeños un poco desagregado, con algo de aspecto mixomatoso. Por otras partes se ven en corta cantidad fibras celulares con su núcleo baciliforme (en forma de bastones) bien caracterizado. En muy escasos puntos se encuentran pequeñas aglomeraciones de celdillas que tienen algo de aspecto epitelial. Dichas aglomeraciones forman especies de delgados cordones semejantes á los que se han visto en ciertos fibromas de la matriz. El tejido es excesivamente pobre en vasos en las partes centrales, encontrándose de preferencia hacia la superficie.

El tumor es, según las anteriores observaciones, un fibroma con ligeras degeneraciones mixomatosas y miomatosas.—*Dr. Toussaint.*

De lo expuesto, dos grandes reflexiones se desprenden muy naturalmente, y sobre las cuales me permito llamar seriamente la atención. Se refiere la primera, al tratamiento médico impuesto por algunos á esta clase de padecimientos, inducidos ó por un exceso de confianza en la terapéutica médica, verdaderos utopistas, ó lo que es peor, por una galante complacencia, reprochable por lo menos. Pero hay más. La terapéutica médica hasta hoy impotente para destruir los neoplasmas, acelera por el contrario, en muchos casos su marcha como en el nuestro; modifica su naturaleza, provoca accidentes de inflamación y supuración, contraindicando

no pocas veces la intervención, ó cuando menos haciendo aquella extremadamente laboriosa y no menos peligrosa. Abundan en la literatura médica hechos de esta especie, en los que la electroterapia, por ejemplo, además de las modificaciones que suele producir en la estructura del tumor mismo, ha provocado con su insistencia accidentes graves de irritación, llegando hasta la flemasía peritoneal y la muerte. ¡Enfermos que jamás habrían sucumbido, y que quizá habrían salvado con la intervención!

Por otra parte, muy natural es, que quien lleva un neoplasma, cualquiera que sea su naturaleza, si por una parte se le amenaza con el cuchillo y se le exponen lealmente los peligros, y por la otra se le ofrece que con las píldoras, las pócimas, las mixturas y aun las repugnantes pomadas curará de su padecimiento, natural es, repetimos, que acepte lo segundo, huyendo horrorizado de lo primero. Desgraciadamente su ilusión termina pronto, y, al fin, temblando, llega á implorar la Cirugía. Es ya tarde.....

En cuanto á la segunda, no necesitamos esforzarnos mucho para demostrar todo su valor; por sí sola se impone, como se impone siempre la verdad y la justicia.

Quién podría negar hoy los asombrosos triunfos conquistados por la Cirugía, acometiendo empresas que no ha muchos años eran inaceptables? ¿No la vemos todos los días abriendo las cavidades y ejerciendo su benéfica influencia en lo que parecía inaccesible? Los hechos diarios nos enseñan que aquellas son hoy para la Cirugía moderna, como el resto del organismo, á condición, sin embargo, de que llenemos y cumplamos los preceptos que ella impone; que no le exijamos más de lo que puede darnos; que no hagamos la *charcuterie*, y, que como dice el Profesor Lavista, que no nos domine el furor operatorio, convirtiéndonos en aventureros quirúrgicos.

Concretándonos al hecho que nos ocupa, podemos decir, que como espécimen de Cirugía abdominal ha sido un éxito completo; y que á pesar de las circunstancias que lo complicaban y lo mucho que se aplazó su beneficio, la Cirugía ha dado una vez más, todo lo que *à priori* se tenía derecho de esperar.

México, Febrero 20 de 1895.

DR. E. R. GARCÍA.