

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLINICA EXTERNA.

Hernia del Yeyuno.—Punción.—Reducción de la hernia.—Muerte de la enferma.

Observación recogida por el Dr. Eduardo Licéaga.

**N**A Sra. X. . . . . de 65 años de edad, era una persona de pequeña estatura, delgada, enjuta de carnes y que llevaba en su semblante el sello de la miseria fisiológica. Comía poco, digería difícilmente, padecía catarro seco del intestino. Con frecuencia se dislocaba el riñón derecho. Había sufrido mucho moralmente y en los últimos tiempos con la pérdida de uno de sus hijos y de su marido.

El día 29 de Enero comió alguna sustancia que digería mal la señora y tuvo en la noche signos de indigestión ligera. A las cuatro de la mañana despertó sintiendo un dolor muy vivo en el lado derecho del vientre y que atribuyó á la dislocación del riñón. A las 8 de la mañana la vió el Doctor Barreiro, quien encontró un tumor pequeñito en el lugar donde solía hallar la dislocación del riñón y le puso una inyección de morfina, recurso al que apelaba siempre, antes de volver el riñón á su lugar.

El dolor no se calmó, y muy al contrario, se fué exacerbando rápidamente, de modo de hacerse intolerable entre las 6 y 8 de la noche de ese día, durante el cual, vomitó las tres veces que tomó alimento y otras siete más.

A las 8 de la noche ví á la enferma en el siguiente estado: en el de-

cúbito dorsal, descompuesto el semblante, apagada la voz, concentrado, pequeño y casi imperceptible el pulso. No pude hacer la exploración local hasta mucho después de haber puesto una inyección de un cuarto de milígramo de sulfato de atropina que hizo levantar el pulso y que me permitió hacer la anestesia por el cloroformo.

Comprobé entonces lo siguiente: el vientre apenas elevado, excepto al nivel del punto en donde el colon ascendente se dobla para hacerse transverso, ahí había un tumor de forma ovoidea que hacía un relieve muy marcado y que se asemejaba por su aspecto al riñón, en el cual el borde externo se hubiera volteado hacia dentro y hacia adelante; la renitencia era considerable y se le hubiera tomado por un tumor sólido, si la percusión no hubiera revelado que estaba lleno de gases. Las tentativas que hice para reducirlo fueron infructuosas y me resolví á hacer aplicaciones de hielo, recomendé que se le dieran trocitos de esta sustancia para contener los vómitos; que se le administraran lavativas pequeñas con valerianato de amoníaco y bromuros alcalinos, con el objeto de disminuir el espasmo intestinal. El dolor había calmado después de la administración del cloroformo, y recomendé que si volvía, se combatiera con inyecciones de una mezcla de morfina y atropina; y si fuera preciso, se volviera á poner el cloroformo.

El Sr. Dr. Barreiro, que acababa de llegar á ver á la enferma, convino conmigo en el diagnóstico de la obstrucción intestinal, y en el método que se acaba de indicar.

Día 31.—La noche fué inquieta, los dolores obligaron á recurrir á la inyección, los vómitos se habían repetido solamente dos veces. Persistía la constipación, y la enferma no arrojaba gases. Se pusieron grandes lavativas que no produjeron resultado, se continuó la aplicación del hielo, la atropina con morfina al interior y se administraron pequeños tragos de leche helada. Durante el día cesaron los vómitos, se calmó algo el dolor y el tumor se hizo menos renitente; pero á las 3 de la tarde, los síntomas se exacerbaron; la enferma cayó en gran postración y con todos los signos que revelan el sufrimiento del simpático abdominal: dolor agudísimo que la hacía revolverse sin cesar en la cama; sensibilidad excesiva del tumor; inquietud, delirio, descompuesto el semblante, casi imperceptible el pulso y secas las mucosas.

Para resolver la conveniencia de una intervención quirúrgica, se había citado en consulta á los Sres. Dres. Carmona y Lavista, pero como no llegaban y la enferma estaba en una situación alarmantísima, el Sr. Barreiro y yo nos resolvimos á hacer una punción.

Cloroformamos á la enferma con mucho cuidado, después de haberle puesto una inyección de atropina para levantar la acción del corazón. El Sr. Barreiro limitó el tumor entre sus dos manos, comprimiendo su base y yo introduje la aguja más gruesa del aspirador Potain en la parte más prominente del tumor. Instantáneamente saltó por la cánula un líquido de color verdioso semejante á la bilis y el tumor se hundió en el acto. Hice presiones para ver si se podía exprimir mayor cantidad de líquido y no lo conseguí. Saqué la cánula y cerré la abertura que había dejado en la piel, por medio de un emplasto adhesivo.

La agitación siguió todavía por algún tiempo, pero pasada media hora y después de una inyección de estriquina, se calmó el dolor, se levantó el pulso, mejoró la expresión del semblante, pero la enferma quedó en una especie de estupor que después fué desapareciendo. En esta situación la encontraron los Sres. Dres. Carmona y Lavista. Los signos de extranguación habían cesado, casi no existía meteorismo, el vientre se dejaba deprimir por todas partes y solo revelaba sensibilidad en el lugar donde se había hecho la obstrucción.

Me indicaron la conveniencia de hacer un lavado intestinal y efectivamente lo hicimos así, pasando por el ano á lo largo de un grueso tubo de cautchouc una abundante corriente de agua alcoholizada, la que arrastró algunos gases y un líquido descolorido.

Las inyecciones de estriquina y los demás recursos que se emplearon, lograron volver á la enferma á su inteligencia, pero no consiguieron levantar las fuerzas, ni sobreponerse al colapsus producido por la extranguación y la enferma se fué extinguiendo lentamente hasta expirar en la mañana del 1º de Febrero.

Hice la autopsia dos horas y media después del fallecimiento. Una incisión longitudinal como de 10 centímetros de largo y que tuvo por centro el lugar por donde hice la punción, hecha lentamente, como si se operara en el vivo, me permitió llegar al interior de la cavidad del vientre. Correspondiendo al punto en donde hice la punción encontré una abertura del grande epiplón, que era, á no dudarlo, la que había servido para dejar salir la asa del intestino que se extranguló. Para saber cual era esta asa, le vanté cuidadosamente el epiplón y encontré el intestino grueso en el punto en donde el colon ascendente se hace transverso, pero no había allí torcedura ni invaginación, y por otra parte, las tunicas intestinales estaban enteramente sanas: no era pues el intestino grueso el que había salido. Inmediatamente, hacia abajo y hacia adentro del lugar indicado, se

presentó una asa de intestino delgado: estaba amoratada y la hice salir suavemente. Siguiendo el consejo de Smith, la hice salir, la seguí del lado donde la congestión era mayor, y á los doce ó quince centímetros la encontré ya sana; la deslicé entre mis dedos en dirección opuesta y la encontré congestionada también en una extensión como de 20 centímetros. La porción que primero se presentó, era justamente la que forma la curvatura natural del intestino y para saber qué porción era de ésta, fuí caminando hacia arriba hasta encontrarme con el duodeno. Abrí el intestino que había quedado vacío después de la punción de la víspera; le puse una ligadura y lo coloqué dentro del vientre.

Con el objeto de resolver una duda que había expresado el Sr. Doctor Lavista de que hubiera yo picado la vesícula biliar enormemente extendida, hice la exploración de esta manera: introduje dos dedos en la parte superior de la herida; busqué el borde delgado del hígado, pasé detrás de él y sentí la vesícula en su sitio ordinario y medio llena; aparté con ganchos los bordes de la herida y con mi dedo el borde del hígado y entonces pudimos ver el Sr. Dr. Barreiro y yo, que la vesícula estaba intacta, y este señor se cercioró además del hecho, recorriéndola con su dedo en todas direcciones.

Esta observación hecha me ha parecido de interés y por eso he venido á presentarla á la Academia. El sitio en donde apareció el tumor es ya una rareza; la limitación de éste lo hacía confundir con un tumor sólido y en el caso particular, con el riñón que en esta enferma se dislocaba frecuentemente. No existía el meteorismo, pues la única parte prominente del vientre era el tumor mismo. La sonoridad de este tumor nos demostró que era formado por el intestino, y además, cuando la enferma estuvo en la anestesia pude cerciorarme de que el riñón derecho ocupaba su lugar. La tensión que se sentía en el mesocolon y que se propaga por el flanco hacia atrás y hacia arriba nos inducía á pensar en la torción del colon, pero en contra de esta suposición estaba la falta de meteorismo de los dos intestinos. Tampoco podría referirse la obstrucción al fin del intestino delgado por el sitio que ocupaba el tumor y por la falta del meteorismo característico que ocupa sólo el centro del abdomen. La oclusión de una parte cercana del principio del intestino delgado era la mas probable por el sitio del tumor, la falta de meteorismo y la precocidad de los vómitos.

Si era posible llegar á precisar el sitio de la lesión, carecíamos de datos para saber cual era el agente de la oclusión: la señora no había padecido peritonitis que suelen dejar adherencias en forma de bridas que permiten

muchas veces al intestino extrangularse en una de ellas: no padecía tampoco de estrecheces crónicas del intestino, ni de tumores del vientre que lo comprimen; es cierto que en ella solía dislocarse el riñón, pero en esta vez lo habíamos encontrado en su lugar, y sólo la autopsia pudo convencernos de que se había hecho en una abertura natural del epiplón; ella nos demostró también que la porción de intestino extrangulada era la que sigue inmediatamente al duodeno, y por último, nos convenció de que la punción evacuando el asa intestinal de su contenido quitó la extrangulación y permitió la vuelta del asa de intestino á su lugar. La enferma murió á consecuencia del choque violentísimo producido por la extrangulación en un punto elevado del intestino y por el compromiso del sistema abdominal del simpático que agotó las escasas fuerzas de que la enferma podía disponer.

México, Febrero 16 de 1895.

E. LICÉAGA.

---

## OFTALMOLOGIA

---

Indicación del sub-acetato de plomo en determinadas Oftalmías, por el Dr. J. Santos Fernández (de la Habana).

**S**A manera de apreciar la conjuntivitis ha sufrido alguna variación desde que la etiología de las enfermedades recibió profundo cambio con los progresos de la bacteriología. No llegaremos á negar por ésto que la clínica y los síntomas que ellas suministra dejen de tener siempre su justo valor, pero es lo cierto, que ellas reciben su confirmación en el Laboratorio. Son palpables ejemplos de lo que dejamos dicho ciertas conjuntivitis clínicamente purulentas que después de algunos días de tratamiento inspiran dudas respecto de su verdadera naturaleza. En efecto, un enfermo que se presenta á la consulta con los párpados infartados y abultados hasta el punto de dificultar abrirlos para explorar el globo del ojo; con secreción blanca abundante que no es flujo mucoso del catarro conjuntival y con edema de la conjuntiva bulbar, aunque no al grado de quemosis, hay derecho para diagnosticarla de oftalmía purulenta