

El Sr. Zárraga pidió la palabra y manifestó que ciertamente es á veces imposible la sutura indicada, que así le pasó hace poco al Sr. Noriega en una enferma á la que le sobrevino una septicemia y murió; que respecto de la ligadura preventiva de los vasos, ha leído observaciones que le hacen creerla posible, tales son las de Mr. Durand, quien por trasfixión hace en los ligamentos anchos ligaduras parciales que entre todas comprenden la mayor parte de los vasos que van al tumor; dijo, por último, que en Europa vió aplicar las pinzas de Jacobson que aquí no se usan y que la extirpación por las dos vías la suelen hacer comenzándola por el vientre y extrayendo el resto del tumor por la vagina.

El Sr. Hurtado replicó que la ligadura por trasfixión es un mal procedimiento que ya está juzgado: da lugar á la esfacela y á la supuración de los tejidos ligados, cada ligadura es como un pequeño pedículo que queda libre y si Terrillon es tan atrevido que deja libres hasta grandes pedículos ligados con lazos elásticos tal práctica da lugar á accidentes gravísimos.

El Sr. Dr. Orvañanos leyó su trabajo de turno titulado: "Algunas observaciones sobre la higiene de los carros dormitorios "Pullman."

J. R. ICAZA.

CLINICA EXTERNA.

Dos casos de obstrucción intestinal por estrangulación de hernias diafragmáticas adherentes é irreductibles.

SIEN conocidas son de todos vdes., señores académicos, las diversas causas que pueden ocasionar las obstrucciones del intestino; los síntomas que se señalan como propios á cada una de ellas y los diversos tratamientos médicos y quirúrgicos que se recomiendan para estos casos; pero saben también por experiencia propia las grandes dificultades que se tienen en la práctica para hacer un diagnóstico preciso, y como dicen Forgue y Reclus en su Tratado de Terapéutica Quirúrgica: "La obscuridad del diagnóstico en las obstrucciones intestinales, es lo que trae la incertidumbre en el tratamiento."

Y efectivamente, en esta clase de accidentes son muy frecuentes las excepciones á las reglas clínicas.

Se establece, por ejemplo, como un principio que en las obstrucciones por estancamiento estercoral, los síntomas son primero lijeros y van aumentando poco á poco de intensidad, y que en los casos de estrangulación sucede al contrario, que los síntomas son muy agudos desde la invasión del mal, porque entonces no es tanto la retención de materias la que los ocasiona, sino el pellizcamiento de las paredes del intestino y su acción sobre los nervios que allí se encuentran.

Pues bien, son muchas, como lo acabo de decir, las excepciones á este y otros preceptos, y por esto es que los médicos más prácticos é ilustrados hablan de sus errores, de lo difícil que es el evitarlos y de las sorpresas que frecuentemente se tienen en las autopsias.

Y como el tratamiento está subordinado al juicio que se forme de la enfermedad, de aquí es que se tengan tantas vacilaciones y que muchas veces se establezca un método inconveniente y hasta perjudicial, ó que por lo menos se pierda un tiempo que debería ser aprovechado para hacer una operación oportuna y por lo mismo eficaz.

Como una prueba de estas verdades voy á referir dos casos que observé últimamente en el Hospital "Concepción Béistegui," no guiándome otra mira que el bien intencionado deseo de que sean aprovechadas en bien de la humanidad, las útiles lecciones que encierran.

No me detendré en muchos detalles; pues mi ánimo es señalar tan sólo los puntos más importantes de su historia.

Son dos hechos desgraciados de aquellos que dejan al médico triste y con la pena de que tal vez no siguió el camino que debía.

El primero se refiere á un hombre adulto, el cual fué llevado al referido Hospital por mi muy apreciable compañero el Dr. D. Lorenzo Chávez en el mes de Febrero del presente año.

Daba por antecedentes que era estreñido generalmente, que hacía 8 días había comido y bebido abundantemente y que desde entonces se había puesto malo, porque no había evacuado el vientre ni aun arrojado gases; que tenía vómitos los que primero habían sido alimenticios, después verdes y al último de sabor y olor estercoral; que los cólicos suaves en los primeros días se habían hecho muy intensos después, y que el vientre se le había abultado notoriamente.

Examinándolo, se encontraban como accidentes generales, enfriamiento de las extremidades, pulso muy débil, filiforme, sudor frío y la cara descompuesta, y como locales meteorismo abdominal generalizado y alguna obscuridad á la percusión en el ciego y colon ascendente.

Se encontró además una pequeña cicatriz lineal al nivel de la línea axilar en el quinto espacio intercostal izquierdo, y preguntando sobre esta lesión se nos dijo que era la consecuencia de una herida que recibió hacía cosa de un año, sin precisar si había salido algo más que sangre; pero asegurando que sanó, sin padecer después de las vías respiratorias ni digestivas.

Este último dato era importantísimo: hacía suponer la existencia de una hernia diafragmática que se hubiese estrangulado; pero se alejaba esta idea y venía la de estancamiento de materias estercorales, pensando en el estreñimiento habitual del enfermo, en que había quedado sano después de la herida que recibió, en la causa inmediata de los accidentes, en su marcha gradualmente progresiva, y finalmente en que, percutiendo se encontraba la obscuridad en la fosa iliaca y en el flanco derechos, de que ya hice mención.

Casi es inútil decir que el pobre enfermo había sufrido todos los tratamientos que se acostumbran emplear para estos casos: purgantes repetidos, lavativas de todas clases, fricciones, etc., etc.; estaba materialmente agotado y por lo mismo en condiciones poco, muy poco favorables para intervenir, más á pesar de todo era el único remedio, la única esperanza de salvarlo; sin embargo, todavía quisimos ensayar y ensayamos el lavado amplio del intestino grueso por medio de una sonda esofagiana llevada hasta el colon descendente, teniendo el desconsuelo de que no diera resultado alguno. Era preciso pues operar; pero ¿qué debía hacerse? un ano artificial ó abrir el vientre. Creyendo yo, por las razones expuestas, que era probable que se tratara de un estancamiento y temiendo que el enfermo no pudiera soportar la laparotomía, opiné porque se hiciera el ano en la fosa ilíaca derecha y los Sres. Dres. Chávez y Prieto aceptaron mi juicio.

Se dispuso, en consecuencia, lo necesario para hacer esa operación: Se cloroformó al paciente, se desinfectó la región, etc., etc., y el citado Sr. Chávez hizo una incisión en la pared del vientre, arriba y paralelamente al arco de Falopio, un poco afuera del punto medio y en la extensión de 6 ú 8 centímetros: al llegar á la serosa se le encontró tan engrosada que parecía ser el intestino, y al dividirla escurrió un líquido sero-purulento que desde luego nos indicó que había peritonitis: entonces resolvimos ampliar la abertura abdominal para lavar fácilmente el peritoneo y al mismo tiempo explorar las asas intestinales y con unas tijeras se prolongó la incisión hacia arriba siguiendo el flanco é inclinándola en la parte superior á la línea media.

Nuestro distinguido compañero el Sr. Chacón Francisco, que llegó á la sala de operaciones cuando ya estábamos operando, exploró, lo mismo que nosotros introduciendo la mano en el vientre por la abertura practicada, y no pudimos darnos cuenta del obstáculo, adquiriendo tan sólo la certeza de que debía de estar en la porción izquierda del colon trasverso ó en el descendente porque todas las asas que tocábamos estaban distendidas por gases: la verdad es que el lugar en que habíamos hecho la incisión no era á propósito para examinar el sitio en donde pudiera estar la hernia diafragmática posible por la antigua herida del tórax: podíamos haberla prolongado todavía más hacia la izquierda ó haber hecho otra, pero esto era aumentar el traumatismo y prolongar el tiempo de la operación, cosa que queríamos evitar por el mal estado general del enfermo; así es que después de limpiar bien el peritoneo con agua ascéptica y lijeramente salada, se cerró por planos la mayor parte de la herida; se fijó la pared del ciego á la piel por multiplicados puntos de sutura y se abrió el intestino dándose salida á algunas materias líquidas: se puso un apósito conveniente con gasa yodoformada y algodón y se dejó despertar á nuestro operado.

Esta operación fué hecha en la mañana; en la tarde lo ví y estaba tranquilo; no había tenido basca ni dolores, el pulso era un poco menos débil y la temperatura marcada en el termómetro era de 36 grados, pero este ligero alivio no fué más que aparente porque el hombre se fué agotando y murió al fin 18 horas después de la operación.

En la autopsia nos encontramos, además de la peritonitis con su derrame y exudados que ya habíamos visto, con que sí había hernia diafragmática constituida por una gran parte del epiplón y por una asa del intestino grueso: estaba éste de tal manera adherido á los bordes de la abertura anormal del diafragma que no se le pudo separar sino por medio del bisturí y haciendo una disección cuidadosísima.

Se comprende que era punto menos que imposible haber dado libertad á ese intestino aprisionado, y que era irremediable la peritonitis generalizada que existía.

Nuestro enfermo había llegado pues al hospital en condiciones fatalísimas, sin remedio alguno; pero pensamos en que si hubiera entrado pocos días antes, acaso se hubiera salvado, y que lo que deberíamos de haber hecho era la laparotomía en la línea media para poder explorar bien la cavidad del diafragma, sospechando como sospechábamos la existencia de la hernia.

Quedamos desconsolados, y con el ánimo de utilizar esta lección si se nos ofrecía algún otro caso semejante.

Y parece increíble no había trascurrido ni un mes cuando la tarde del 18 de Marzo fui llamado por el mismo compañero Sr. Chávez, porque había hecho llevar al Hospital un enfermo tan parecido al anterior que no podía serlo más.

Los accidentes de obstrucción intestinal databan de ocho días, habían sido causados por una indigestión; había vómitos fecaloides; el meteorismo era considerable, se notaba también alguna obscuridad, percutiendo en las regiones de la fosa ilíaca y flanco derechos, indicando que el ciego y colon ascendente estaban llenos de materias sólidas ó líquidas. El estado general era malísimo; las extremidades frías, el pulso muy débil, la temperatura $38^{\circ}3$ y descompuesta la expresión de la fisonomía; pero lo curioso, lo extraordinario, lo que contado parece inverosímil, es que tenía una cicatriz en la parte posterior del tercio medio del quinto espacio intercostal izquierdo, huella de una herida que el enfermo había recibido en este punto hacía dos años y por la que, según decía, había salido parte del resacaño.

El cuadro clínico era pues idéntico al del primer caso, y queriendo sacar partido de la experiencia adquirida con él, opinamos los Sres. Dres. Chacón Francisco de P., Prieto, Chávez y yo hacer desde luego la laparotomía en la línea media para poder explorar, buscar la hernia diafragmática que presumíamos existía y obrar según las circunstancias. Así lo hicimos, tomando, se entiende, las precauciones de asepsia y antisepsia que son de rigor.

El Sr. Dr. Chávez hizo la incisión de la pared abdominal, desde cosa de ocho centímetros arriba del ombligo hasta otros ocho abajo de este punto y puestos los intestinos á la vista los encontramos muy congestionados y llenos de gases; introduciendo la mano y dirigiéndola al ciego como punto de partida, sentimos que él y el colon ascendente estaban dilatados; dato importantísimo que nos indicó que el obstáculo al curso de las materias intestinales debía estar más lejos en el intestino grueso: continuando la exploración hacia la concavidad del diafragma tuvimos la evidencia de que en su parte posterior é izquierda el epiplón en masa y el colon cerca del ángulo que forman las porciones trasversa y descendente se introducían por una abertura de ese músculo en la cavidad torácica. Con el dedo procuramos ampliar esa abertura y destruir las adherencias á ella del epiplón y del intestino con el fin de hacer su reducción; pero nada conseguimos.

Cuando trataba de hacerlo pensaba y lo decía que en los casos recientes debe de ser fácil realizar ese pensamiento; mas en nuestro enfermo era tan fuerte, tan estrecha la unión de las partes herniadas con el orificio anormal del diafragma, que con la mano era imposible separarlos.

Para ver y obrar mejor se hizo una pequeña incisión trasversal en el lado izquierdo de la pared del vientre, perpendicular á la de la línea blanca y al nivel de la undécima costilla. Realmente se tocaba más bien pero no se veía, y no fué posible hacer una debridación del orificio herniario.

Era preciso tomar en esos momentos alguna resolución, y los médicos allí presentes entre los que además de los ya enumerados, se encontraban los Dres. Noriega y Garay decidimos poner dos ligaduras en el pedículo y cortar entre ellas; de esta manera tendríamos el colon á la vista y podríamos cerrar su herida con el botón de Murphy que al efecto teníamos preparado y luego con más calma y facilidad extraer la parte herniada.

El Sr. Chávez quiso que yo ejecutara esta difícil maniobra, y cediendo á su instancias puse y apreté una 1.^a ligadura; cuando iba á poner la 2.^a se me avisó que el enfermo perdía el pulso, se enfriaba más todavía y la respiración era muy débil; entonces para obrar con más rapidez tomé el pedículo abajo de la ligadura con una fuerte pinza de presión y corté razando sobre sus ramas con unas tijeras.

Desgraciadamente y sin duda por la precipitación con que tuve que proceder, dividí el hilo de dicha ligadura é inmediatamente escurrió en el peritoneo, de la porción de intestino que quedó unida al diafragma, un líquido de color amarillo.

Sin perder tiempo puse allí otra pinza que suspendió la salida de materias y usando el irrigador de Esmark, lavé muy ampliamente el peritoneo con una solución bórica caliente, hasta dejarlo limpio.

Ibamos á suturar el intestino según el plan propuesto, pero se puso el enfermo tan sumamente malo que perdida ya toda esperanza, suturamos violentamente las paredes abdominales, dejando las pinzas puestas, y con el sólo objeto de que los parientes del operado pudieran verlo todavía con vida.

De este modo tristísimo dimos por terminada nuestra tarea, y un cuarto de hora ó veinte minutos después murió nuestro hombre.

En la autopsia que se hizo al día siguiente y presenciarnos los médicos todos del Hospital, vimos, además de lo ya señalado y que nos reveló

la laparotomía, que había peritonitis generalizada con gruesas natas fibrinosas en diversos puntos: que en el intestino delgado había una perforación y tanto en él como en el grueso placas como gangrenosas en algunos lugares.

En medio, pues, del desconsuelo que nos dejó una operación tan desgraciada, mitigó algún tanto nuestra pena la certidumbre que adquirimos por la inspección cadavérica, de que el pobre 2º enfermo estaba como el 1º, fuera de todos los recursos de nuestro arte y que de todas maneras operándolo ó no hubiera sucumbido.

¿Cuál es la enseñanza que debemos sacar de estos interesantes hechos clínicos?

Supongamos para circunscribir la cuestión, que se nos presenta un 3º caso semejante á los relatados ¿qué conducta deberíamos seguir?

Desde luego diré que si fuéramos llamados al principio de los accidentes, deberíamos intentar prudentemente la acción de los recursos médicos, como dar un purgante de aceite de ricino, el calomel y la belladona, cloroformar al enfermo según la práctica de nuestro inolvidable maestro el Dr. D. Miguel Jiménez; lavar con amplitud el intestino con una gruesa sonda esofagiana, y aún emplear la electricidad con la técnica que hoy se recomienda: pero si estos medios no daban resultado, no insistir en ellos, y ni emplearlos si la marcha muy aguda de la enfermedad indicaba que más bien que obstáculo al curso de las materias, lo que había era verdadera extrangulación.

En uno ú otro supuesto habría que apelar á la cirugía; pero en el momento favorable, cuando el enfermo conservara todavía sus fuerzas y no se hubiera inflamado la serosa peritoneal, porque entonces disminuyen mucho, sino es que desaparecen todas las probabilidades de éxito.

En estos casos, como en las hernias exteriores extranguladas, mientras más pronto se interviene mejores resultados se obtienen.

Ahora bien, ¿debíamos hacer un ano artificial (enterotomía?) ¿ó abrir el vientre (laparotomía?)

Lo primero es mucho más fácil; pero no va directamente á remediar el mal; mientras que la laparotomía sí permite buscar, reconocer el obstáculo y algunas veces suprimirlo.

Así es que yo haría lo que se hizo en el segundo enfermo; abrir la cavidad abdominal y si después de una prudente exploración adquiría el convencimiento de que era difícil y aún imposible llevar á buen término la intervención ampliando ó debridando el cuello herniario, lo prudente

sería contentarse con fijar una asa dilatada del intestino á la pared del vientre y abrirla después para dar salida á las materias.

Se obtendría un alivio obrando de este modo, como se obtuvo en el primer enfermo, y acaso la naturaleza secundando nuestros esfuerzos haría la reducción ó remediaría el atascamiento herniario como algunas veces aunque raras, rarísimas, ha sucedido.

Lo que intentamos, es decir, cortar el pedículo entre dos ligaduras ó dos grandes pinzas de presión para hacer después la entero-anastomosis, es un recurso análogo al que ya se ha empleado y algunas ocasiones con éxito, en oclusiones debidas á estrechamientos simples ó neoplásicos que ocupan una porción más ó menos grande del intestino: mas es preciso convenir en que para que se obtenga un buen resultado se necesita que el paciente tenga algún vigor y en suma que el estado general y local no sea tan malo como lo era en nuestros enfermos. Cuando es así, cuando el tiempo oportuno se ha pasado y la gravedad es extremada, casi puede decirse que todos los recursos son vanos, y si no se quiere comprometer á la cirugía, ni al crédito personal, déjese morir tranquilamente á los enfermos; pero la verdad es que no se puede seguir esta conducta porque la conciencia impulsa y obliga á luchar hasta el último extremo por muy pocas que sean las probabilidades de salvación.

Considero, pues, como un deber apelar en estos casos á un último recurso: hacer un ano artificial, operación sencilla é inocente que puede practicarse aún sin el auxilio del cloroformo.

México, Mayo 22 de 1895.

J. R. ICAZA.

PATOLOGIA.

Algunas consideraciones acerca de las perturbaciones nerviosas del corazón.

RECORRIENDO en la actualidad la historia patológica de las afecciones del corazón, parece irreproachable su cuadro. Descripciones magistrales en la mayor parte de las lesiones cardíacas; diagnóstico seguro; pronóstico más que probable; indicaciones terapéuticas, en fin, eficaces la inmensa mayoría de veces. Y sin embargo, fuera de las alteraciones que hieren de un modo sensible y palpable, los orificios ó sus válvulas, el endocardio, la parte muscular ó el pericar-