

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

ACTA NUMERO 39.

Sesión del día 29 de Julio de 1896. —Presidencia del Sr. Dr. D. Rafael Lavista.

Lectura por el Sr. Dr. Núñez referente á un hecho de curación de herida penetrante de vientre por arma de fuego, sin intervención operatoria. —Discusión acerca de este caso clínico y, en general, del tratamiento de esa especie de heridas.

El Sr. Núñez leyó su trabajo de turno intitulado: "Herida penetrante de vientre con herida del intestino, curación sin laparotomía."

Puesto á discusión, el Sr. Noriega tomó la palabra y refirió, que el sugeto de la observación que se acababa de leer, algunos meses después de ser dado de alta en el Hospital "Juárez," había ingresado al Hospital de Jesús presentando en la región glútea, en el lugar de salida del proyectil, una fístula por la cual salía un líquido de olor y apariencia fecales, y en el vientre, en el orificio de entrada otra fístula cuyos bordes parecían estar revestidos por una membrana mucosa. Su diagnóstico fué igual al del Sr. Núñez: herida del intestino por arma de fuego, fístula estercoral consecutiva. Sometida la abertura del vientre á la cauterización primero y después á la excisión de los bordes seguida de la cauterización, una y otra vez sin éxito, se procedió á abrir el abdomen para desprender el intestino y suturarlo. Al hacer la operación les llamó mucho la atención lo deleznable del tejido que creían mucoso, no obstante lo cual lo reunieron por medio de puntos de sutura así como la piel. Algunas horas después, el paciente tuvo fuertes calosfríos seguidos de una intensa calentura. El día siguiente se debridó ampliamente la fístula y se encontraron gangrenados los músculos. No obstante los cuidados que se tuvieron, el operado su-

cumbió encontrándose á la autopsia que los intestinos estaban sanos y que el proyectil había pasado detrás del pubis, por la cavidad de Retzius, interesando después la rama ascendente del isquión y saliendo por la nalga. La S íliaca y el colon descendente estaban envueltos en un tejido duro de nueva formación. La herida pues, aunque penetrante, no había lesionado el intestino y por eso había podido curar sin laparotomía. En las heridas penetrantes de vientre, sobre todo en las que interesan las vísceras, terminó diciendo el Sr. Noriega, en general es indispensable la laparotomía y si hay casos en que los heridos han sanado sin ella, hay otros en que han sucumbido y muy probablemente se hubieran salvado si se les opera.

El Sr. Lavista tomó la palabra y después de recordar que el tratamiento de las heridas de vientre por armas de fuego ha sido objeto de numerosas é importantísimas discusiones en los Congresos y en las Academias de cirugía, dijo: La naturaleza hace esfuerzos admirables y ya Hipócrates había dicho que el mejor médico es la naturaleza; pero el cirujano debe ayudarla. Las heridas del vientre se acompañan de hemorragia interna, de choque nervioso ó de peritonitis; los dos primeros accidentes son inmediatos, el tercero se presenta después ó un poco antes de transcurridas las primeras 24 horas. Algunas veces, la lesión de los vasos no es bastante para producir una verdadera hemorragia, el choque ó la peritonitis no sobrevienen, ó los accidentes todos son conjurados por la naturaleza; pero lo común es que todos ó algunos de ellos se desarrollen. El diagnóstico es difícil; pero no imposible y se hace en el mayor número de los casos. Recuerda algunos que se han referido en el seno de esta Corporación en los que accidentes de oclusión intestinal consecutivos á una herida de las regiones superiores del abdomen, han dado la clave del diagnóstico y han permitido reconocer una hernia diafragmática. En uno de esos casos, hecha la laparotomía y habiendo introducido la mano por la abertura del diafragma para tratar de reducir la hernia, sentía chocar contra ella el corazón y observó que había tan estrechas adherencias de la hernia con el pericardio, que las tracciones ejercidas sobre el paquete intestinal provocaban perturbaciones en los latidos del corazón. En presencia de los graves peligros de una herida penetrante del abdomen ¿puede el médico cruzarse de brazos y abandonar al herido á su suerte? El Sr. Núñez dice que ha visto sanar á muchos sin operación; pero tales hechos no prueban que ésta sea inútil ó nociva. Semejante prueba sólo pudiera darse cuando comparando un cierto número de casos en que no se hubiera hecho la operación con otros iguales en que se la hubiere practicado;

los resultados obtenidos en éstos fueran inferiores á los obtenidos en aquellos. Y no es esto lo que se desprende de las estadísticas publicadas. Las de Legouest de la guerra franco-rusa y las de la guerra americana de sucesión comprueban una mortalidad verdaderamente espantosa para las heridas de vientre tratadas sin operación. Si la intervención quirúrgica no da siempre buenos resultados es porque á veces se efectúa fuera de tiempo, como cuando ya hay una peritonitis infecciosa; pero lo mismo sucede con otras operaciones cuya eficacia es indiscutible: con las amputaciones, por ejemplo, que raras veces han sanado á un herido cuando ya es víctima del edema purulento de Pirogoff. Los heridos de vientre operados oportunamente se salvan en gran número como puede verse en las modernas estadísticas. El caso del Sr. Noriega fué un error de diagnóstico que nos ha referido con laudable honradez, y que nos enseña que no había verdadera fístula estercoral. Tratándose de las heridas penetrantes de vientre el diagnóstico es ciertamente difícil. Hay una regla que es esta: se puede sospechar que hay una lesión profunda del peritoneo cuando los accidentes nerviosos son muy pronunciados, porque entonces es muy probable la lesión de los ramos nerviosos del simpático, del cerebro del vientre. No puede haber lesión seria ó profunda del abdomen sin peritonismo, el cual falta cuando la lesión es superficial. Si observamos pues el choque nervioso propio de las lesiones profundas, con los caracteres que le han valido ese nombre de peritonismo, debemos abrir el vientre para ligar los vasos si hay hemorragia y para lavar convenientemente la cavidad. Si hay lesión del intestino debemos remediarla; pero sin recurrir á las grandes resecciones cuyos resultados suelen ser desastrosos; es preferible hacer un ano artificial. Antes, en casos análogos, sacaba el intestino y lo examinaba por todos lados para buscar el sitio de la lesión y morían los operados; ahora tiene varios casos de enfermos á los que ha salvado haciéndoles el ano artificial. Suelen ser difíciles en tales casos el conocimiento de las lesiones y la aplicación del tratamiento; pero precisamente esta es una razón para intervenir, porque las situaciones graves son las que necesitan del cirujano. En la actualidad tenemos mejores elementos para curar esta especie de heridas y más nos irá dando el estudio que se hace de ellas en el terreno experimental.

En resumen, en los casos de herida del intestino se debe intervenir abriendo el vientre para aislar el intestino y establecer una fístula, ó para cerrar la herida por medio de una sutura. Chaput, especialista en el ramo, confiesa que no se aventuró á hacer suturas intestinales en

el hombre hasta después de haberlas hecho mucho en el perro cuyos intestinos tienen una capa muscular más gruesa, y es que la sutura intestinal bien hecha presenta serias dificultades. Hay casos, sin embargo, en que no se debe intervenir, ya porque la gravedad del estado general haga temeraria toda intervención quirúrgica, ya porque la existencia de un estado septicémico ó de cualquiera otra complicación superior á nuestros recursos, nos quite toda esperanza de éxito.

Fuera de los casos de este género, la laparotomía en las heridas penetrantes de vientre es de rigor y su inocuidad relativa, cuando se practica debidamente, nos la han enseñado los ginecólogos quienes abren el abdomen hasta en casos de peritonitis, la cual muchas veces se cura por medio de esta operación.

El Sr. García pidió la palabra; declaró que él era intervencionista y que esta escuela iba aumentando sus adeptos mientras que la abstencionista los iba perdiendo; que el caso del Sr. Núñez con la aclaración del Sr. Noriega es negativo, pues que no hubo herida del intestino, y para intervenir deben tenerse en cuenta la distancia á que estaba el heridor, el sitio de la herida, los órganos que interesó, la calidad del arma empleada, el volumen y forma del proyectil, etc. Entró después en algunas consideraciones acerca de los efectos de los proyectiles modernos y de los antiguos. En seguida mencionó las estadísticas de Otis que abogan á favor de la intervención; hizo notar que en la ciudad las heridas casi siempre provienen de disparos hechos á corta distancia y las lesiones viscerales son múltiples; citó los experimentos que ha hecho y que le han demostrado la multiplicidad de las heridas causadas en el intestino por un sólo disparo; refirió que en estos experimentos hechos en el perro ha podido observar que este animal es muy propenso al peritonismo y que sin embargo se le hacen fácilmente las suturas intestinales y tienen éxito aun después de resecciones de 19 centímetros de intestino, y concluyó sosteniendo la necesidad de la intervención la cual tiene mejores éxitos en la práctica civil que en el hospital "Juárez," porque los heridos llegan á éste en malas condiciones y después de haber perdido un tiempo precioso, que es el que transcurre entre el momento en que han recibido la lesión y aquel en que se les presenta en el Hospital.

El Sr. Núñez sostuvo su diagnóstico apoyándose en la dirección que siguió y en las regiones que atravesó el proyectil; en los síntomas y signos que el herido presentó en el Hospital y en lo tardío y deficiente de la observación del Sr. Noriega. Dice este señor que el proyectil penetró en la

cavidad de Retzius; pero un proyectil que entra por la región iliaca izquierda y sale por la nalga derecha, no pudo seguir este trayecto sin herir el intestino. Por la abertura de salida se escapaban gases y materias fecales signos que no podían dejar lugar á la duda. Sana el herido quedándole una pequeña fístula que se iba á curar por medio de una sencilla operación, y después de algunos meses entra al Hospital de Jesús, sucumbe allí de resultas de una operación y á la autopsia no se encuentra herida en los intestinos; pero se encuentra un grueso tejido de nueva formación que envolvía la S ilíaca. Transcurrido el tiempo necesario para que sólo pudieran verse las cicatrices con un examen atento, ni siquiera se nos dice cómo estaba la mucosa intestinal. Muchas veces las autopsias no se hacen con el debido cuidado, y tal vez por eso no encontró el Sr. Noriega las cicatrices. Por lo mismo el diagnóstico: herida del intestino no fué erróneo.

Respecto de la laparotomía manifestó el mismo Sr. Núñez, que conviene en que hay casos de heridas por arma de fuego en que se debe practicar; pero agregó que él nunca la ha visto tener éxito.

J. R. ICAZA.

Sesión extraordinaria del 5 de Agosto de 1896.—Presidencia del Sr. Dr. D. Rafael Lavista.

Lectura de una comunicación del Ayuntamiento de México, relativa al saneamiento de esta ciudad.—Lecturas extraordinarias de los Sres. Dres. Licéaga y Vázquez Gómez, y del dictamen de la Comisión del premio "Andrade."

Se dió cuenta con una comunicación de la Secretaría del Ayuntamiento de la Capital, en que comunica que en vista de la opinión de esta Academia y de la iniciativa del Consejo Superior de Salubridad, la Comisión de Higiene rindió un dictamen cuya parte resolutive contiene estas dos proposiciones:

Primera. El drenaje del suelo de la Capital es indispensable para el saneamiento de ésta.

Segunda. La Junta de Saneamiento determinará sobre la conveniencia de ejecutarlo á la vez que se establezcan las nuevas atarjeas.

El Dr. Vázquez Gómez leyó un trabajo extraordinario intitulado: "Algunas aclaraciones á la Memoria presentada para optar á la plaza vacante en la Sección de Anatomía Normal y Patológica."