

Una vez que se extrajo el instrumento, se curó la pequeña herida cutánea, antisépticamente, se hicieron amplios lavados con solución de bicloruro en las fosas nasales, se llenaron éstas en su parte superior de polvo fino de ácido bórico. El enfermo tuvo esa tarde una pequeña reacción de $38^{\circ}4$, para no volver á elevarse después la temperatura de una manera considerable, como se puede ver por la curva adjunta. El pulso nunca tuvo una lentitud exagerada, oscilando entre 66 y 80 por minuto. Salvo, pues, los fenómenos de parálisis del motor ocular común y la soñolencia de los primeros momentos, el enfermo no ha presentado ningún signo que llame la atención.

Esta herida me ha parecido digna de describirse, por la magnitud del cuerpo vulnerante, por lo singular del trayecto seguido, por la falta de conmoción cerebral, así como también por la falta de perturbaciones funcionales.

La parálisis del motor ocular común no ha presentado modificación favorable durante tres semanas que llevo de observar al paciente; pero quizá en un plazo breve se pueda decidir si las perturbaciones desaparecerán ó no. Juzgo difícil que se restablezcan las funciones, porque los cabos nerviosos deben flotar en el líquido subaracnoideo, circunstancia que no me parece adecuada para su reunión. Mas dada la importancia de la lesión, debe considerarse Ramírez como muy feliz de haber escapado, á tan poca costa, de una lesión de tal manera importante.

México, Abril 29 de 1896.

F. ZÁRRAGA.

CIRUGIA ABDOMINAL.

Dos laparotomías interesantes.



A cirugía abdominal ha llegado á una estabilidad tal en la ciencia, que sólo importa conocer de ella los pormenores que pueda ofrecer á los cirujanos para el adelanto de tan importante ramo. Los hechos que tengo el honor de referir esta noche encierran algunos pormenores que por su importancia me obligan á darlos á conocer, aunque sea someramente, venciendo el silencio en que, á causa de mis atenciones, conservo muchos de mis trabajos.

El primero se refiere á la historia siguiente:

A. R. me fué enviada por un compañero el día 17 de Mayo del año próximo pasado para operarse de un quiste del ovario. A su entrada á mi enfermería particular recogí los datos siguientes: La enferma es natural de Tezontepec, de 44 años de edad, casada, y molendera de oficio. Tuvo su primera regla á los 15 años, sin dolor, durando 8 días, algo abundante. Sus reglas siguientes fueron lo mismo, hasta hace 4 años en que vienen durando 4 días, sin dolor, en cantidad regular. Se casó á los 17 años y ha tenido 12 partos, el último hace 6 años; un aborto hace 8 años. Ha sido siempre sana. Hace 5 años empezó á sentir en el bajo vientre un tumor blando, indoloro, que no le impedía trabajar, y que fué creciendo hasta la fecha. Después de trabajos penosos que tuvo que ejecutar, sintió dolores en el vientre, acompañados de náuseas y calentura, y que le impidieron trabajar, obligándole á solicitar los auxilios profesionales.

Por la exploración directa, encontré el vientre voluminoso, sobre todo hacia la línea media, con el color de la piel normal, ofrecía á la palpación una sensibilidad exagerada á los lados de la línea media, y un tumor cuya fluctuación era típica en el centro, y de consistencia pastosa hacia los lados y fosas ilíacas, perdiéndose insensiblemente hacia los flancos; de forma ovoide, con su mayor diámetro en el sentido de la línea media, bien limitado en su parte superior, llegaba á la mitad de la zona epigástrica, y su parte baja se perdía en el fondo de la pelvis sin pediculización. La movilidad del tumor era nula en toda su extensión y formaba un solo cuerpo con la pared abdominal. El útero se sentía perfectamente separado del tumor y ninguno de los anexos daba señales bien claras de conexión con él (este detalle siempre ha sido de comprobación insegura). La punción capilar en el centro dió un líquido opaco que se coagulaba por el calor. Toda la porción de la cavidad abdominal ocupada por el supuesto neoplasma era uniformemente mate á la percusión. Las funciones intestinales se verificaban bien, pero había náuseas y anorexia. La temperatura axilar vespertina era de 38°8, pulso frecuente y demacración.

Dadas estas condiciones, se sujetó á la enferma á un tratamiento apropiado, aplazándose la intervención operatoria. Con pocas alternativas fué restableciéndose la enferma muy poco á poco, hasta llegar á desaparecer el aparato febril, mejorar el estado general, y sobre todo, circunscribirse mejor los límites laterales del tumor, presentando una notable movilidad en el fondo de la pelvis, pero sin dejar de formar cuerpo con la pared abdominal anterior.

Dado este nuevo cuadro de signos, se determinó intervenir por la laparotomía, sin haber podido fijar el diagnóstico con la precisión que siempre hemos procurado hacerlo antes de penetrar á la cavidad abdominal.

La operación se practicó el día 19 de Noviembre. La incisión abdominal nos comprobó la existencia de un neoplasma con adherencias tan planas, tan firmes, y tan íntimas á toda la pared abdominal anterior, que por el momento creímos impracticable su separación; pero insistiendo con perseverancia, como lo hemos ejecutado otras veces, logramos al fin separar el tumor, tanto de la pared abdominal como del gran epiplón que hubo necesidad de resecar en grandes porciones, hasta dejarlo unido solamente con el colon ascendente y sobre todo con el descendente, además de una adherencia á la fosa ilíaca derecha, plana, y tan resistente como un tejido cartilaginoso. Las adherencias á las porciones del intestino grueso mencionadas, representaban verdaderas láminas aponeuróticas, más gruesas y resistentes que las aponeurosis de los rectos del abdomen, y de una extensión tal en su altura, como lo era el diámetro mayor del neoplasma. Llegado este momento, vacié con el trócar el contenido del neoplasma, obteniendo cerca de 4 litros de líquido citrino algo espeso y con grumos. En seguida continuamos la disección. Es inútil enumerar las dificultades que se tuvieron para dominar este tiempo de la operación: baste decir que después de aplicadas las innumerables ligaduras á la gran cantidad de vasos que las cruzaban, la sección de dichas láminas con la tijera daba un sonido enteramente igual al que produce la sección de los fibrocartílagos.

No debo pasar en silencio que los puntos más resistentes á la separación, fueron la implantación á la fosa ilíaca derecha, y la que procedía de la S ilíaca, cuya porción fibrosa medía una anchura equivalente á la de tres ó cuatro tendones de Aquiles. Apenas podía darme cuenta de los detalles tan complicados que tuve que tratar para concluir este tiempo de la operación, pasado el cual, pude extraer por completo todo el tumor no sin hacer algunas ligaduras de importancia en vasos que viniendo del mesenterio se perdían en su cara profunda. Observada la cavidad abdominal cuidadosamente, y sobre todo, los genitales internos, no encontramos en éstos ningún punto que hubiera dado origen al neoplasma ni tuviera conexión de algún género con él. Preciso era, pues, buscar su procedencia, la cual no nos fué imposible encontrar, examinando las principales conexiones que tenía con los órganos abdominales. En efecto, el gran pedículo fibroso de que hablé hace un momento, y que partía de la S ilíaca, estaba formado por la fusión y condensación de varios apéndices grasosos de esa porción

del intestino, á los cuales sucedían nuevos neoplasmitas en vía de formación, y que seguían el mismo orden de implantación que los apéndices grasosos de dicho intestino, y que en número de 5 ó 6, y en disminución de tamaño hacia arriba, representaban pequeños quistes parásitos, pendientes de las paredes de la última porción del colon descendente. Todos estos fueron ligados y resecaados, el mayor de ellos, que tendría el tamaño y forma de una pera pequeña, se conservó, y estaba lleno como los más pequeños de un líquido citrino algo espeso. Con este detalle y la limpieza de la cavidad abdominal, terminó la parte más esencial de la operación, que acabo de relatar, y sobre la cual haré después algunas observaciones. La marcha de la operada fué del todo regular: su temperatura máxima no pasó de $37^{\circ}8$, y sus funciones intestinales se verificaron con la regularidad apetecible en estos casos. El peso del tumor, incluido el líquido, fué de 9 libras y la enferma salió restablecida por completo el día 14 de Diciembre.

El examen histológico del tumor ha tenido la bondad de hacerlo nuestro distinguido histologista, el Sr. Dr. M. Toussaint, quien nos lo ha comunicado en la siguiente forma:

Resultado del examen microscópico practicado en el tumor enviado al que suscribe, por el Sr. Dr. D. Nicolás San Juan.

Al seccionar el tumor para tomar fragmentos pequeños se nota muy desigual consistencia, siendo algunos puntos tan duros, que es imposible seccionarlos con el escalpelo, mientras que en otros la blandura es tal que parecen colecciones líquidas. Los primeros son verdaderas placas calcáreas, que ocupan preferentemente las capas inmediatas á la superficie; en los segundos, la superficie de sección permite ver que el tejido tiene un aspecto gelatinoso, pudiendo exprimirse líquido espeso, mucoso, que en algunos lugares parece estar contenido en huecos bien circunscritos; pero que en otros se confunde gradualmente con el resto del tejido, el cual es duro y de apariencia fibrosa.

Tomados varios fragmentos y tratados por los métodos habituales de endurecimiento, sección, coloración, etc., se encontró en ellos la siguiente estructura, que corresponde á las diversas porciones del tumor.

Las capas superficiales están formadas por tejido conjuntivo fasciculado, muy denso y escaso en celdillas. En las porciones calcificadas se nota que las concreciones ocupan los huecos entre los haces. Las partes pro-

fundas, duras, están igualmente formadas por tejido fasciculado. Este tejido parece irse desagregando, sus haces se van separando conforme se examinan porciones inmediatas á aquellas que tienen aspecto gelatinoso. En estas últimas, los haces son escasísimos y muy separados; entre ellos quedan grandes intersticios llenos por el líquido ya citado, y, sea libres, sea adheridas á los haces, celdillas irregulares en cantidad no abundante. Hacia los puntos en que el líquido parece estar enquistado, se ve el tejido conjuntivo detenerse bruscamente; pero ni sobre él ni en el líquido se encuentra formación celular alguna correspondiente á tapiz epitelial ó cosa semejante. La mayor parte del tejido es muy pobre en vasos sanguíneos; la superficie, por el contrario, está bastante vascularizada.

En vista de los datos anteriores el tumor parece un fibro-mixoma.

México, Mayo 11 de 1896.—DR. TOUSSAINT.

Observaciones á esta historia: 1ª El neoplasma de que se ha tratado en esta historia, ha procedido evidentemente de los apéndices grasos que corresponden á la unión del colon descendente con la Siliaca, y, á juzgar por el examen histológico del Sr. Dr. Toussaint, se ha tratado de un fibro-mixoma.

2ª Este caso es el único que conozco y no he podido encontrar hechos análogos en las obras que tengo á mi alcance, ni los han encontrado tampoco los amigos que me han ayudado á buscarlos. Por éstas razones lo he creído digno de especial mención ante esta ilustre Academia.

3ª La operación en sí presentó dificultades, que, por lo mismo que pudieron vencerse, deben alentar á los cirujanos para que procediendo con método y seguridad no retrocedan ante ellas.

Segunda Observación.

Agosto de 1895. La Srita. M. G., española, de 53 años de edad, doncella, tuvo su primera regla á los 19 años, sin dolor, durante tres días, en cantidad regular. A los 29 años de edad se suspendió el período, y á los 31, apareció un tumor en el vientre, que ha ido creciendo de día en día. De 4 años á la fecha, se han presentado flujos de sangre variables en cantidad y duración. Acusa la enferma fatiga grande para andar, estitiquez rebelde y enflaquecimiento.

Por el examen directo formulé este diagnóstico: Cisto-fibroma antiguo del ovario izquierdo con ancha base de implantación, pero sin adherencias perceptibles á la pared abdominal anterior. Estenosis exagerada del cervix.

El día 25 de Febrero del corriente año, previos los cuidados que acostumbro, procedimos á la operación, concurriendo á ella, como ayudantes, mis habituales asistentes, los Sres. Dres. J. M. Bandera y M. Gallegos, y los jóvenes estudiantes, F. Rivera y P. Rivas, como invitados á presenciaria. Después de hecha una insición del púbis al ombligo, viéndola insuficiente para maniobrar sobre el tumor, que encontré libre de toda adherencia en su cara anterior, pero adherido por su cara profunda á las vísceras móviles del abdomen, prolongué la insición unos 7 centímetros del límite superior. Después de ésto, vacié del tumor la parte quística que estaba á la izquierda, obteniendo más de 6 botellas de líquido melicérico. Terminado esto, traté de extraer el neoplasma fuera de la herida, y aunque esta maniobra fué ejecutada con la mayor suavidad posible, se determinaron fenómenos intensísimos sobre los órganos encefálicos, y que el Sr. Bandera atribuyó á congestión cerebral. Estos fenómenos se repitieron con alguna frecuencia durante los primeros tiempos de la operación, al grado de hacer temer seriamente por la vida de la enferma. Continuando el trabajo, comencé por desprender y reseca grandes porciones del gran epiplón que estaba literalmente confundido con el tumor, después de lo cual, en la busca y examen de las adherencias profundas, ví que una porción del intestino yeyuno estaba tan adherido al tumor, que casi se perdía de vista, y parecía penetrar en el espesor de la porción dura del neoplasma. Con grandes dificultades y muy cuidadosa observación, pudimos ver que el trayecto de esa porción del intestino se dirigía á la cara profunda é izquierda del neoplasma, colocándose después entre los grandes lóbulos que lo constituían, hasta venir á terminar en la parte baja é izquierda del mismo. Pero como quiera que toda la porción del mesenterio, correspondiente á ese intestino, fijaba toda la cara profunda del tumor, y estaba provisto de una vascularización extraordinaria por número y volumen de los vasos, y teniendo en cuenta, además, que las proporciones del tumor hacían insuficiente la herida abdominal, aun por más que se hubiera prolongado para hacer posible el trabajo de despegamiento, vacilé en decidir el camino que me pudiera facilitar tan difícil tiempo de la operación. Nunca pensé en reseca con el tumor toda la porción de intestino incrustado, y que medía cerca de 30 centímetros, en atención al número y volumen de

los vasos mesentéricos. Fué para mí una buena idea el recurrir al procedimiento siguiente: Recogí cuanto fué posible el gran pedículo del neoplasma; lo cerqué con el clamp de Billroth, y una vez asegurada la posición de este instrumento, hice la forcipresura múltiple sobre los vasos superficiales del tumor, tanto venosos como arteriales, realizado lo cual, seccioné todo el pedículo sobre el clamp, é invertí el tumor sobre el pecho de la enferma. Solo hasta entonces pude tener sobre el campo operatorio la posibilidad de esculpir (y así debe llamarse) el intestino dentro del neoplasma. Era tal la fusión que había entre estos dos cuerpos, que no me guiaba para verificar el trabajo otra cosa que el índice de mi mano izquierda, introducido en la cavidad intestinal, que fué imposible conservar íntegra al comenzar la disección. Siguiendo así, pudimos al fin desprender toda esa porción del intestino, incrustada, hasta dejar libre por completo todo el fibro-quiste.

Al reconocer el intestino, ya mencionado, encontramos que las dificultades de la disección habían originado dos ojales, uno de 7 centímetros, al comenzar, y otro de 2 y medio, más delante. Además, pudimos ver con toda precisión—y sobre ésto llamo la atención de mis oyentes—que toda la cara profunda del intestino, que estaba en conexión con la canaladura del fibroma, en que se había alojado, carecía por completo, al menos á la vista, de capa serosa, la cual estaba substituida por una lámina de tejido, aparentemente erectil, y sumamente deleznable. En vista de esta situación, y con las dificultades consiguientes, desdoblé la hoja derecha del mesenterio para revestir al intestino, con particularidad, en la extensión de los ojales, que produjo la disección, dejando el resto abandonado á sus propios esfuerzos.

Al practicar la sutura de los ojales del intestino, debo decirlo de paso, no seguí ningún procedimiento de los que especialmente se usan en estos casos; sino que me limité á hacer la sutura en dos planos con seda muy delgada y por puntos entrecortados, los primeros, sobre la mucosa, con los nudos hacia la cavidad intestinal, y los segundos, sobre los restos de la hoja serosa y la nueva capa que obtuve del desdoblamiento del mesenterio, también con seda, y los nudos hacia la cavidad abdominal. Terminado esto, concluimos la operación con la ligadura y tratamiento del pedículo, y la ligadura de multitud de vasos mesentéricos y epiploicos, que á pesar de tantos cuidados, quedaban aun sangrantes.

La operación duró en su totalidad tres y media horas, tiempo que felizmente jamás habíamos empleado en ninguna de nuestras laparotomías. Pesó el tumor con el líquido 29 y media libras.

No obstante las pérdidas de sangre, que tuvimos en esta operación, lo prolongado de ella, y los peligros incesantes que durante todo el tiempo tuvimos para la vida de la enferma, su temperatura axilar en los momentos de terminado el trabajo, no bajó de 35°7. El choque operatorio fué pasajero, reaccionándose la enferma á las tres horas de la operación, y siguiendo después una marcha tan feliz tanto en su estado general como en sus funciones intestinales, que más no puede ambicionarse después de un trabajo de esta naturaleza. La temperatura máxima no pasó de 38°1, y á los ocho días, que la enferma fué visitada por los señores que concurrieron á la operación, se encontraba en vía franca de convalecencia, y su herida, completamente cicatrizada.

En esta operación he creído de mucho interés las relaciones que una porción del intestino guardaba con la porción fibrosa del tumor, las dificultades operatorias que esto presentó, el recurso extraordinario de que tuvimos que hechar mano para vencerlas, y por último, y á pesar de todo ello, la marcha feliz y el restablecimiento completo de la operada.

Las piezas patológicas y las enfermas están á disposición de los señores socios que tengan interés en conocerlas.

Las dos laparotomías mencionadas son las 48ª y 49ª de las que he practicado. Desde mi último trabajo sobre laparotomías, no he vuelto á tener ningún caso desgraciado.

No terminaré mi relato de esta noche sin encarecer la pericia de mis ayudantes, los Sres. Bandera y Gallegos, que tan eficazmente contribuyeron á la ejecución y buen término de estas dos operaciones, quizá las más difíciles de mi práctica de cirugía abdominal.

México, 13 de Mayo de 1896.—NICOLÁS SAN JUAN.

HIGIENE PUBLICA.

SEÑORES ACADÉMICOS:

PLAMADO por la Secretaría de esta Academia para dar cumplimiento á una disposición reglamentaria, vengo á cumplir, aunque apenado por no poder presentar un trabajo digno de esta Corporación; limitándome á relatar solamente algunas indicaciones de Higiene pública sobre puntos, que á mi juicio deben atenderse con esmero, y que quizá esta Academia, valorizando su importancia, si es que la tienen, y ratificán-