

completo del zapote, en el Instituto Médico; que el Sr. Farmacéutico Río de la Loza ha encontrado un alcaloide, y el Dr. Armendáriz ha comenzado ya á experimentarlo.

El Sr. Dr. GAVIÑO.—Toda recomendación terapéutica debe ser basada en la fisiología. Hay hipnóticos que á primera vista pueden parecer inocentes y son realmente perjudiciales; así pasa con el sulfonal que administrado por mucho tiempo ocasiona arterio-esclerosis, como lo he observado en tres enfermos de mi clientela. Esto lo he visto también señalado en un artículo de "Le Progres Médical." Los hipnóticos suelen causar hipoglóbulia.

A propósito del sulfonal, creo útil referir que á una señora de 60 años próximamente, que padecía diarrea crónica é insomnio, le receté unos papelititos contra su diarrea, y obleas de á 1 grano de sulfonal para que durmiese tomando una en la noche; pero equivocadamente tomó las obleas en vez de los papeles, una cada hora hasta 7, quedando sumergida en un sueño tan profundo, que fué imposible despertarla con piquetes, agua fría en el rostro, etc. Cerca de 48 horas estuvo así, pero despertó contenta y curada de su diarrea.

Volviendo al zapote blanco, diré que he oído que los niños de pecho tienen accidentes cerebrales cuando toma zapote la nodriza.

El Sr. Dr. BANDERA.—No niego que el extracto de zapote favorece el sueño, pero afirmo que lo produce, y sabido es que algunas personas se duermen comiendo el fruto. Olvidé decir hace un momento que en dos enfermos no dió resultado el extracto.

El Sr. Dr. RAMOS.—Felicito al Instituto Médico Nacional por haber emprendido el estudio del zapote blanco. Es un hecho que el fruto puede ocasionar accidentes cerebrales á los que lo comen, y es común que cause jaqueca, la que á veces toma la forma oftálmica.

El Sr. Dr. LÓPEZ HERMOSA.—Como yo siempre he observado buenos efectos obtenidos por el extracto de zapote, ruego al Dr. Orvañanos que si lo tiene á bien, haga observaciones en el hospital de mujeres dementes que dirijo.

J. R. ICAZA.

CLÍNICA EXTERNA.

Un caso de curación operatoria de hernia inguinal.—Algunas reflexiones acerca de esta operación.

La historia del tratamiento de las hernias nos revela los esfuerzos que en todo tiempo han hecho los cirujanos para curarlas radicalmente.

En nuestros libros leemos que fueron empleadas las inyecciones más ó menos irritantes hechas en el saco herniario; las suturas ó las agujas puestas con el objeto de unir é inflamar las paredes de ese saco; los instrumentos como el de Wurtzer ideados con el fin de mantener fija en el trayecto de la hernia la piel invaginada, y por último, la cauterización y la extirpación del saco, sacrificando ó no el testículo.

Pero estos medios no daban generalmente el resultado apetecido, y sí ocasionaban muchas veces accidentes graves y la muerte, lo que se explica hoy muy bien, porque ni los hilos, ni las agujas, ni los instrumentos, etc., eran desinfectados, y porque algunos de esos procedimientos eran en realidad muy bárbaros.

En la nueva era de la Cirugía, la antiséptica, aun se han recomendado las inyecciones irritantes peri-herniarias (Luton, Schwalbe, Heaton y Warren) y las suturas subcutáneas del saco (John Wood); mas puede decirse que el método que consiste en abrir el saco, aislarlo y resecarlo y cerrar después el punto de salida de las vísceras, es el adoptado hoy casi universalmente, y el que es conocido con el nombre de curación radical ú operatoria de las hernias.

Esta intervención franca, tan peligrosa antes, ha entrado de lleno en la práctica, amparada con el beneficio inmenso de las curaciones antisépticas y perfeccionada notablemente en los procedimientos operatorios.

El entusiasmo que ha despertado esta operación es verdaderamente extraordinario.

En todas las Asociaciones de Medicina se citan con frecuencia nuevos hechos felices; se repite de todos modos lo inofensivo de ese tratamiento, y se estimula á intervenir activamente para librar á los enfermos de las molestias del braquero y de los peligros de la estrangulación ú otros á que viven expuestos.

Es tan grande la confianza que muchos cirujanos tienen en la benignidad de la operación, que tal parece consideran que deben ser operadas todas las hernias.

La circunstancia de haberse presentado en Octubre del año último de 95, una persona en buena salud, sin más achaques que una hernia inguinal, y solicitando que se la curara radicalmente, me hizo pensar en serio acerca de la cuestión de los peligros y resultados de la curación quirúrgica de las hernias.

Las reflexiones que entonces hice, son las que voy á tener la honra de comunicar á mis ilustrados consocios, refiriendo antes los puntos principales de la historia clínica de mi enfermo.

El Sr. D. F. S. A., español, es un hombre de 40 y tantos años de edad; ha sido siempre sano y su ocupación es la venta de sombreros en una de las sombrererías del Portal de Mercaderes, en esta ciudad.

A consecuencia de un movimiento brusco que hizo bajando una escalera, le apareció hace poco más de dos años una hernia inguinal en el lado izquierdo, la que, no estando bien contenida con los diversos bragueros que se puso, fué aumentando gradualmente hasta adquirir el tamaño como de una naranja mediana.

De cuando en cuando se saltan las vísceras; pero él sabía reducirlas, y nunca tuvo necesidad de recurrir á un médico por dificultad de la reducción. No tenía perturbaciones digestivas.

La hernia sin dolerle realmente, le molestaba mucho, y como iba creciendo y le habían dicho que el día menos pensado no podría reducirla y acaso le vendrían complicaciones graves, resolvió que se le operara.

Después de reconocerlo y cerciorarme de que se trataba de una hernia inguinal con los caracteres del enterocele, reductible y en cuyo orificio penetraban fácilmente dos dedos, le manifesté que acaso con un braguero bien construído quedaría satisfactoriamente contenida y así se evitaba los peligros de la operación; pero insistió en que no quería hacer más pruebas respecto de bragueros, y que su deseo era quitarse de una vez de sus molestias y del temor de la estrangulación.

Le expuse entonces con claridad que aun cuando, dadas las buenas condiciones de su estado general y del local, era de esperarse un buen éxito de la operación, no podía asegurarle que no vendrían accidentes y hasta había algún riesgo de perder la vida.

Se conoce que estaba bien resuelto, porque no titubeó y sólo quiso que le dijera el tiempo aproximado por el que debía pedir licencia, en su destino, y le fijara el día de la operación.

Este fué el 18 de Octubre del año próximo pasado. Me acompañaron mis buenos amigos los Sres. Dres. D. Ricardo Cueva y D. Felipe Esparza: el primero se encargó del cloroformo, y el segundo me ayudó muy eficazmente á operar.

Con especial cuidado desinfectamos la región, nuestras manos y los instrumentos.

Reduje la hernia, é hice una incisión como de 10 centímetros en dirección paralela al canal inguinal y cuya parte media correspondía al orificio inferior de este trayecto; descubrí y aislé cuidadosamente el cordón; dividí la pared anterior del canal; abrí el saco herniario; puse unas pinzas de Pean en los bordes de la abertura y reconocí con la vista y con el dedo que estaba vacío.

Disequé, como lo ví hacer muchas veces á Lucas Championnier, ese saco seroso; tiré de él para hacer salir el peritoneo vecino al cuello; pasé por el medio

del pedículo que había formado dos hilos de *catgut*, y entrelazándolos en cadena los apreté con fuerza; corté entonces un poco abajo de la ligadura, y el pedículo se perdió en la cavidad abdominal, y el saco de la hernia se quedó en mis manos; ligué los vasitos que habían sido cortados, limpié á satisfacción la herida y procedí á la colocación de las suturas: puse tres profundas con *catgut* grueso, de las llamadas de colchonero, que abrazaron todos los planos músculo-aponeuróticos divididos y cerraron muy bien el canal inguinal dejando un paso limitado al cordón, y suturé después la piel con seda, con la sutura entrecortada.

Por exceso de precaución, coloqué dos tubitos de canalización en los extremos de la herida entre las suturas superficiales y las profundas, y curamos con polvo de yodoformo, gasa yodoformada y algodón salicilado, manteniendo la curación y comprimiendo con un vendaje en espica.

Las consecuencias de esta operación no pudieron ser mejores: no hubo ca-
lentura un solo día, y se obtuvo la cicatrización por primera intención.

A los 15 días sólo quedaba algún abultamiento al nivel de la herida; á los 22, le permití á mi enfermo que anduviera, y al mes pudo volver á su trabajo.

Atendiendo á que tiene precisión de estar parado todo el día, me pareció prudente ponerle un braguero suave cuya pelota comprimía arriba de la cicatriz: pero el Sr. S. me dice que sintiéndose bueno, no lo tuvo más que dos semanas y desde entonces ya no lo usa.

El 18 del presente, hace 8 meses que fué operado, y como ha tenido la amabilidad de venir para ser reconocido por los señores Académicos que lo deseen, Udes. podrán juzgar por sí mismos del resultado que se obtuvo.

En mi concepto, es de lo más halagador, y me felicito de haber tenido la buena fortuna de hacer un positivo bien á una persona que de una manera tan valiente se sujetó á la operación; mas debo confesaros que me atormentaba la idea de que iba á poner en peligro la vida de un hombre que en esos momentos, con excepción de la hernia, estaba sano y fuerte, y podía trabajar, y era el sostén de su familia.

Cuando intentamos la curación radical de una hernia estrangulada después de practicar la kelo-tomía, puede decirse que aprovechamos la ocasión que se nos presenta para beneficiar á nuestro operado sin agravar su situación, y con la misma tranquilidad de conciencia emprendemos también muchas operaciones de importancia, cuando creemos que éstas son el único medio de salvar la vida; pero cuando ésta no corre actual peligro y la operación sí lo tiene, entonces vacilamos antes de resolvernos á intervenir quirúrgicamente.

No quiero exagerar la cuestión del peligro de las operaciones; pues debemos

pensar que en casi todos los oficios de que vive el hombre, y en los viajes y aun en las mismas diversiones, hay siempre riesgos para la vida.

Y si comprometemos todos los días nuestra existencia por las exigencias de nuestro modo de vivir y hasta por sólo satisfacer un deseo ó tener un gusto, con cuánta más razón no deberemos exponernos, si llevamos por fin quitarnos molestias y dolores y peligros reales.

Estas consideraciones justifican á mi modo de ver nuestra conducta como cirujanos, si en cada caso particular, en cada operación, comparamos las ventajas con los inconvenientes y hacemos comprender bien claramente al enfermo ó á su familia cuál es la verdadera situación.

Fijándome en la cuestión especial del tratamiento de las hernias, me encuentro, consultando á varios autores y evocando mis recuerdos, con estos hechos: 1º, que muchas hernias curan con sólo la aplicación conveniente de un braguero; 2º, que otras muchas, aun cuando no curen, permanecen inofensivas si están bien contenidas, y 3º, que, relativamente al número de herniarios, son pocos los accidentes graves de las hernias.

Por otra parte, es innegable que por hábil y práctico que sea un cirujano y buenas las condiciones en que opere, no son tan raros los accidentes en la curación operatoria.

Leisrink en un grupo de 202 operaciones ha contado 15 muertes: Anderegg dice que en las hernias de tamaño mediano la mortalidad por la operación es de 6 por ciento, subiendo hasta 30 por ciento cuando son muy voluminosas: Forge y Reclus señalan en los niños un 10 por ciento de casos desgraciados, y admiten una media de mortalidad de 3 por ciento por lo menos: Leon Le Fort hace notar que conoce algunos casos de muerte que no figuran en las estadísticas: Tillaux nos habla en sus Lecciones de Clínica recién publicadas, de un caso en el que vino supuración, originada probablemente por la septicidad del hilo que estrangulaba el muñón del saco, y he leído, además, hechos de hemorragias por haberse desprendido las ligaduras del epiplón, de septicemias y de otros accidentes.

También en México he visto y he sabido de fracasos más ó menos graves al operar las hernias.

Luego debemos sacar esta inmediata deducción: "No todos los herniosos deben ser operados."

Ahora bien: ¿en qué casos nos es lícito operar y en cuáles no?

Sin pretender resolver esta cuestión, comenzaré por estudiar en qué condiciones puede curar una hernia por sólo los esfuerzos de la naturaleza, auxiliada con la contención por medio del braguero.

Aquí debemos atender principalmente á la edad del enfermo y á la variedad de la hernia.

Es bien sabido que las hernias que más comunmente se observan en los niños son las umbilicales y las inguinales, siendo sumamente raras las crurales.

Si consideramos ahora, que el orificio umbilical tiende espontáneamente á errarse, y que el canal inguino-peritoneal, el saco de las hernias inguinales, tiende también naturalmente á desaparecer, resulta que en los niños, salvo en casos muy excepcionales, lo prudente es esperar y no operar hasta cerciorarnos de que son impotentes los esfuerzos del organismo, y esto con tanta más razón cuanto que sabemos que en los extremos de la vida, en la primera infancia y en la decrepitud, el tratamiento operatorio de las hernias tiene una gravedad mucho mayor.

En los adolescentes las hernias más frecuentes son las inguinales, y en ellos todavía es posible conseguir la curación por sólo el uso del braguero, porque en esta variedad de hernias hay un canal cuyas paredes se ponen en contacto con la presión de la pelota, y puede provocarse una irritación y hasta una inflamación adhesiva del cuello del saco; pero este resultado no podrá obtenerse más que en las hernias pequeñas y recientes, mientras el trayecto inguinal no se ha convertido en un anillo, y aun debemos agregar que es necesario para el éxito que el braguero contenga muy bien las vísceras herniadas y que sea llevado constantemente de día y de noche y por un tiempo muy largo, porque sucede á veces que las curaciones son aparentes y la hernia se reproduce con gran facilidad.

En los adultos, y sobre todo en los ancianos, y si se trata de hernias antiguas y voluminosas, es un sueño, como dice Segond, el pretender curarlas con bragueros.

Quedan, pues, muchas hernias incurables por esta especie de vendajes. ¿Cuáles de éstas son las que debemos operar?

Varias son las fórmulas que se han dado resolviendo este punto: una de las más aceptadas es la de Trelat, que dice: "Está justificado el tratamiento operatorio en toda hernia que no es completa, fácil y constantemente contenida por un braguero."

Ya se entiende, por supuesto, si no hay contraindicación por edad muy avanzada, enfermedades graves de otra especie, etc., etc.

Según esta regla, las hernias irreductibles y las incoercibles, que son una amenaza constante de complicaciones, deben operarse, siendo de advertir que no se ha de contentar el cirujano con el dicho del enfermo, sino que debe ver por sí mismo si en realidad la hernia no puede reducirse ni ser contenida debidamente.

Los herniosos que padecen del aparato urinario, ó tienen hemorroides, ó son asmáticos, ó en general, diremos, tienen alguna enfermedad que los obliga á hacer frecuentes esfuerzos, que los exponen á la salida y estrangulación de las vísceras á pesar del uso del braguero, están, sin duda, en las condiciones requeridas para ser operados.

Pero además de estas indicaciones que parecen claras, y están comprendidas en el principio de Trelat, tenemos las de las hernias dolorosas por sí ó porque el braguero no es tolerado, y las que resultan de ciertas conveniencias sociales como el oficio ó trabajo especial de los enfermos, en los que se necesite de algunos esfuerzos.

Creo además, con la mayoría de los cirujanos, que, dados los adelantos de nuestra época, podemos atrevernos á operar, si el estado general es bueno, aun á aquellos individuos que no están obligados á trabajos fuertes, pero que teniendo una hernia, viven tristes y contrariados por no poder usar con libertad de sus movimientos.

Cuando después de examinar al Sr. S., consultaba con mis libros, me encontré en el Tratado de Terapéutica Quirúrgica de Forgue y Reclus esta proposición: "Un hernioso bien advertido y bien decidido, es operable sin remordimientos, si el cirujano es instruido, prudente y aséptico," y debo decir que esta frase me resolvió á operar á mi enfermo, porque estaba muy resuelto y muy advertido. Es cierto que á mí me falta la primera y acaso la segunda de las condiciones que se exigen del cirujano, pero me propuse compensarlas tomando el mayor empeño en no pecar contra las reglas de la asepsia.

Otro punto interesante que se refiere al tratamiento quirúrgico de las hernias, es que no siempre se consigue la curación radical propiamente dicha, pudiendo asentarse conforme á la escrupulosa estadística de Anderegg, que reinciden hasta un 40 por ciento de los operados, y debiendo anotarse que se obtienen mejores resultados cuando se hace la operación en hernias estranguladas.

En los ancianos cuyos músculos han perdido su tonicidad y en las hernias antiguas, las reincidencias son mucho más frecuentes.

Por lo demás, aun en los casos en que se reproducen las hernias, la operación es casi siempre útil, porque transforma en coercibles las que no lo eran, y los enfermos, con un braguero apropiado, se encuentran en condiciones mucho más favorables.

Resumiendo lo dicho, creo que podemos asentar estas reglas generales que, como todas en Clínica, están sujetas á excepciones:

1ª No deben operarse las hernias de los niños.

2ª En los jóvenes y cuando se trate de hernias inguinales, debe intentarse la curación por el uso constante y prolongado de un braguero conveniente.

3ª En los jóvenes y en los adultos deben operarse las hernias que no pueden estar debidamente contenidas, ó sean dolorosas.

4ª En los mismos, podrán ser operadas las hernias que están por lo común bien contenidas, si son llevadas por personas cuyas enfermedades ú ocupaciones los obliguen á hacer frecuentes esfuerzos, y aun sin mediar estos motivos, si el enfermo lo solicita y está en buenas condiciones para la operación.

5ª En los ancianos, cuyo estado general sea satisfactorio, podrán ser operadas las hernias irreductibles ó incoercibles, aun cuando sea con el fin de que se reduzcan de tamaño y pueda hacerse la aplicación eficaz de un buen braguero, y

6ª Siempre debe advertirse claramente á los enfermos ó á sus familias el mayor ó menor peligro de la operación, según las circunstancias del caso.

México, Junio 10 de 1896.

J. R. ICAZA.

OFTALMOLOGÍA.

Breves consideraciones sobre la agudez visual fisiológica y su determinación por las escalas presentadas en esta H. Academia por el Dr. J. Ramos.

He leído con atención el interesante trabajo del Dr. Ramos publicado recientemente, y con sinceridad felicito al autor por haber dado á conocer las nuevas ideas del distinguido oculista Dr. Nicati, y más aún, por presentarnos un nuevo modelo de escalas que, basadas en la progresión de Nicati, nos permiten determinar la agudez visual fisiológica, á la distancia de 5 metros, que es la generalmente aceptada por estar más de acuerdo con la fisiología.

Sin embargo, con pena tengo que señalar algunos errores contenidos en dicho trabajo, que, en mi concepto, deben corregirse, pues de lo contrario obtendríamos resultados falsos en nuestras determinaciones.

Estudia el Dr. Ramos el triángulo rectangular, formado por el ángulo visual de cinco minutos que limita las dimensiones de un objeto colocado perpendicularmente al eje óptico á la distancia de cinco metros del centro óptico del ojo, y nos dice que por un cálculo trigonométrico del que hace gracia á la Aca-