

Últimamente pude al fin modificar á satisfacción el proceder en una 5ª observación. Atendiendo á las transformaciones que inconcusamente determina en los cánceres la inyección de suero de animales preparados con jugo carcinomatoso, y á la exagerada variedad de esas neoplasias, que hace presumir será más útil aquél si se inoculó, en cada caso, tumor de idéntica naturaleza, el 18 de Junio último quité á un ranchero otro cáncer del labio inferior, por el procedimiento de Dieffenbach, é inmediatamente inyecté por 3ª vez á la que me restaba de mis dos víctimas primitivas, de la cual obtuve 50 gramos de suero el 30 de Julio, y 36 el 5 de Agosto, que fueron en masa aplicados al operado, con éxito completo, al menos desde hace tres meses.

En resumen: *ninguna curación supe obtener igual á las de Richet, con sólo el suero anticanceroso; pero sí la demostración de que esta es una secuela de investigaciones que se debe continuar; y la posibilidad de que la inoculación de LIQUOR de animales preparados con los propios tumores de los operados, contribuya poderosamente á mantener los éxitos.*

Hospital Infantil de San Luis Potosí, Octubre 26 de 1896.

MIGUEL OTERO.

CLÍNICA EXTERNA.

Herida penetrante de vientre, con lesión del intestino. Curación sin laparotomía.

M. C., de 21 años de edad, de oficio mecánico, natural del pueblo de San Jerónimo (Distrito Federal), entró al Hospital Juárez el día 25 de Mayo de 1895, á curarse de una herida penetrante de vientre, hecha por arma de fuego. Este individuo nos refirió: que la noche del día 10 de Mayo le dispararon un balazo con una pistola de mediano calibre, encontrándose él como á seis pasos de distancia de su heridor; que inmediatamente se fué para su casa, que distaría como unos treinta pasos del lugar en que fué herido, y allí permaneció hasta el siguiente día que fué llevado en camilla al Hospital de Tlalpan. Que en su casa se estuvo poniendo en las heridas lienzos empapados en agua fría, y en el hospital lo curaban haciéndole lavados antisépticos por encima, y lo tuvieron á dieta de atole y después de leche. Los lavados que le hacían, dice que eran para limpiarle la piel que se le ensuciaba con la supuración y con las materias fecales que le salían por las heridas. En este hospital permaneció hasta el día 25

que lo sacaron para llevarlo al Hospital Juárez. El paciente, á preguntas que le hicimos, nos contestó: que solamente los primeros días tuvo una poca de calentura, pero no nos dijo que hubiera tenido ninguno de los síntomas que pudieran referirse al desarrollo de una peritonitis; solamente nos dijo que se había enflaquecido bastante.

Pasando al examen del enfermo, nos encontramos con un joven cuya facies, coloración de la piel y enflaquecimiento, indicaban que la lesión había deteriorado su organismo, encontrándose en un estado de anemia y de agotamiento bien marcados. Su pulso pequeño y regular daba 76 pulsaciones por minuto; su temperatura al tacto, parecía normal, y aplicado el termómetro marcó 36 grados 5 décimos. La víspera, el practicante de guardia le había aplicado una inyección de alcohol, para combatir el síncope que le amenazaba, pues nos dijo que había entrado al hospital en un estado de postración grande.

Quitados los apósitos que llevaba, se vieron dos heridas que parecían ser las aberturas de entrada y salida del proyectil. La primera estaba situada en la región ilíaca izquierda, inmediatamente arriba del arco crural y como un centímetro hacia dentro de su parte media. Esta herida tenía una forma elíptica, estando su diámetro mayor dirigido hacia abajo y hacia dentro, midiendo como un centímetro; en el centro esta herida presentaba una pérdida de substancia limitada á la piel. La segunda herida estaba situada en el pliegue que forma la nalga al unirse con el muslo derecho, y al nivel de la escotadura ciática. Esta herida de forma muy irregular, tenía sus bordes como se presentan en la herida por desgarradura, midiendo en su mayor extensión como trece milímetros. Por ambas aberturas salían las materias fecaloides mezcladas con pus, predominando un color verdoso, y el olor propio de estas materias, que era más marcado cuando comprimiendo la pared del vientre se hacían salir los gases del intestino. Las materias fecaloides salían en regular cantidad, así como los gases, saliendo por las dos heridas y aumentando cuando se comprimía la pared del vientre, como he dicho, ó cuando exoneraba.

Exploradas cuidadosamente las cavidades abdominal y pelviana para formarnos un juicio sobre el estado de los órganos que pudiera haber interesado el proyectil, se vió que la vejiga había sido respetada, así como el cordón, y no parecía que vaso sanguíneo de importancia hubiera sido interesado, ni fracturado el hueso ilíaco; el paciente, como he dicho, exoneraba por el recto.

Concluído el examen de este enfermo, se pudo establecer el siguiente diagnóstico: *Herida por arma de fuego penetrando el proyectil á la cavidad abdominal de delante hacia atrás, saliendo por la escotadura ciática, é interesando varias asas del intestino delgado (íleon).*

Los datos que obtuvimos del conmemorativo sobre la marcha que había seguido esta lesión, nos dieron casi la seguridad de que no se había complicado de peritonitis, confirmando este juicio el mismo examen físico del vientre.

Establecido este diagnóstico y teniendo en cuenta los días que habían transcurrido desde el en que recibió la herida, así como la marcha que había seguido y el estado del paciente, se dió un pronóstico reservado, pero con grandes probabilidades de que este enfermo curara, quedándole como consecuencia unas fistulas estereorales. Como tratamiento se procuró hacer la curación de sus heridas con todas las precauciones de una antisepsia la más rigurosa, empacando el vientre y la nalga lesionada, y se le prescribió dieta láctea y el reposo.

Desde el día 25 de Mayo de 1895 que lo vimos en la Clínica por primera vez, hasta el día 26 de Septiembre que se dió de alta y salió del Establecimiento, la marcha de estas lesiones no fué interrumpida por ningún accidente. La fiebre no se presentó ni un solo día; las dos aberturas de entrada y salida del proyectil se fueron estrechando cada día más y más hasta conseguirse la cicatrización definitiva de la herida de la nalga, quedando la abertura de entrada convertida en un trayecto fistuloso, que más tarde, cuando se repusiera un poco más este individuo, pensaba operar. Se puso en práctica la antisepsia más rigurosa al hacer cada curación y se atendió al estado general del enfermo, reparando su organismo por medio de una alimentación conveniente, á la que se añadió el vino de quina, la nuez vónica en tintura, etc. Se consiguió la cicatrización definitiva de la abertura de salida del proyectil, practicando unas incisiones en esta abertura, y haciendo la raspa del trayecto, manteniendo después aplicadas sus paredes por medio de la compresión hecha con el empaque de Guerin. No se pudo obtener la cicatrización completa de la abertura de entrada, y como el enfermo deseaba salir del hospital, se le dió de alta llevando aún su trayecto fistuloso, esperando que una vez repuesto completamente, volviera al hospital para acabarlo de curar. Antes de que este individuo se fuera á su pueblo, lo traje á la Academia para presentarlo; pero no lo pudicron ver los señores Académicos, debido á que en esas sesiones se estaba tratando de un asunto de importancia, como fué el presentado por el Sr. Gaviño sobre el "Sancamiento de la Capital." Espero que este individuo me vea antes de terminar el presente año, y tan luego como esto sea, tendré el gusto de presentarlo á esta Academia.

El caso que acabo de referir viene comprobando la proposición que he sostenido en el trabajo que tuve la honra de presentar al Congreso Nacional, que tuvo sus sesiones en la Capital del Estado de San Luis Potosí el mes de Noviembre de 1894: "que más son los casos de heridas penetrantes de vientre con lesiones del intestino que se salvan por los esfuerzos del organismo, ayu-

dados por un tratamiento, como el que se empleó en este caso, que por la laparotomía." Puedo decir que he visto, aunque no con frecuencia, salvarse á individuos en condiciones como las del enfermo cuya historia he referido, y aun con heridas complicadas de peritonitis, mientras que aun no he visto un solo enfermo que se haya salvado practicando la laparotomía.¹

La cuestión de oportunidad es la condición principal para que una operación sea seguida de éxito. Cuando se emprende una operación en tiempo inoportuno, el mal resultado tiene que venir.

Ahora bien, esto pasa con la laparotomía: tiene que practicarse en todos los casos, en condiciones muy desfavorables, es decir, cuando ya la peritonitis séptica se ha desarrollado y se ha extendido á casi toda la serosa, ó bien cuando se han presentado los síntomas de una hemorragia interna abundante, puesto que su diagnóstico se hace por el cuadro sintomático que la caracteriza. En ambos casos al estado de choque traumático en que está el paciente, se añade el choque quirúrgico, razón por la que estos enfermos mueren á las pocas horas de practicadas estas operaciones.

Se me podría objetar que se puede operar oportunamente emprendiendo la laparotomía antes de que se presente la peritonitis, á lo que yo contestaría: que en el mayor número de heridas penetrantes de vientre, la penetración solamente puede diagnosticarse por las complicaciones que se presentan en algunas de

1 En este mismo año entró al Hospital Juárez una mujer con una herida penetrante de vientre, con lesión del intestino y que se complicó de peritonitis, curando sin laparotomía; el certificado de *esencia y clasificación* que se expidió al darla de alta, fué el siguiente:

"Sala núm. 11.—Cama 3.— Los Médicos Cirujanos del Hospital Juárez que subscriben, certifican: que M. Cañas entró á este Hospital el día 28 de Octubre del presente año, á curarse de dos heridas hechas al parecer por instrumento punzo-cortante. La primera situada en la región inguinal izquierda, como un centímetro arriba de la unión del tercio medio con el externo del arco de Falopio; regular, oblicua hacia bajo y hacia dentro, como de 25 milímetros de extensión, é interesó todas las partes blandas penetrando á la cavidad abdominal y produciendo una herida del intestino delgado. La segunda herida, situada en el dorso de la mano derecha, inmediatamente arriba de la 3ª articulación metacarpo-falangiana; regular, casi vertical, como de 2 centímetros, interesó piel y tejido celular. La primera herida se complicó de una peritonitis séptica, generalizada. Actualmente se da de alta por estar sana. La segunda herida no puso ni pudo poner en peligro la vida, habiendo tardado en su curación menos de quince días. La primera herida es de las que por su naturaleza ordinariamente ponen en peligro la vida, no habiéndola puesto en el presente caso, por circunstancias especiales, y tardando en su curación más de quince días.—México, Diciembre diez y siete de mil ochocientos noventa y cinco.—Gregorio Mendizábal.—Una rúbrica.—T. Núñez.—Una rúbrica."

estas heridas, pues siendo estas lesiones en lo general de corta extensión, y raros los casos en los que estando interesado el intestino hace hernia, no es fácil por el examen físico diagnosticar la penetración ni mucho menos la lesión del intestino. Por eso es que el cirujano muchas veces queda en la duda sobre si la herida fué penetrante ó no, cuando la herida cura sin que se presente accidente alguno durante su marcha. Además, aun cuando se diagnosticara la penetración, nada se adelantaría para la práctica de la laparotomía, puesto que las heridas penetrantes, sin lesión del intestino ó de un vaso sanguíneo, curan todas, siendo, por consiguiente, su pronóstico benigno. El diagnóstico que importaría hacer para practicar con oportunidad la laparotomía, sería el de la lesión del intestino, y este diagnóstico, repito, en el mayor número de casos, solamente puede establecerse por los síntomas que caracterizan la peritonitis, peritonitis que presenta la particularidad de extenderse rápidamente á toda la serosa y tener una marcha sobreaguda; la operación tiene que practicarse cuando ya se presentó la peritonitis, razón por la que la laparotomía es seguida de la muerte del paciente. Excepcionalmente se presentan casos en los que el diagnóstico de la lesión del intestino pueda establecerse desde luego, como en el caso que acabo de referir, y sin embargo, vemos que estas lesiones curan sin la operación cuando no se presentan las complicaciones ya señaladas, y aunque excepcionalmente, aun en los casos en los que se ha presentado la peritonitis ó una hemorragia interna que no era por su cantidad incompatible con la vida.

Si nos fijamos bien en el hecho que he referido, veremos que este individuo debió muy probablemente su salvación á que no se presentó la peritonitis, que es generalmente el accidente que complica á estas heridas. Es casi seguro que las asas del intestino lesionado (ileon) quedaron adheridas las unas á las otras, de modo que las aberturas hechas por el proyectil no perdieron su paralelismo, lo que permitió que las materias fecaloides pasaran de una asa á otra, ó de unas asas á las otras, evitándose el derrame de estas materias en la cavidad peritoneal; más tarde, la neoplasia cicatricial fijó estas asas de una manera definitiva, quedando establecida una comunicación anormal entre las asas heridas, no solamente compatible con la vida, pero aun sin que esta comunicación perturbara en manera alguna la función del intestino.

La laparotomía bien se hace como preventiva de la peritonitis, comprometiendo la vida del paciente, ó bien se practica cuando la peritonitis se ha desarrollado, ó hay una hemorragia interna, trayendo la operación la muerte del enfermo si la hemorragia ó la peritonitis son incompatibles con la vida. Si la lesión puede curar como en el caso que he referido y el que cito en la nota, la operación trae como consecuencia la muerte del operado, atribuyéndose el mal éxito, con lógica

aparente, no á la operación sino á la herida. Yo preguntaría: ¿qué busca el cirujano al emprender la laparotomía, cuando la herida se ha complicado de una hemorragia interna, ó bien de la peritonitis? La respuesta no puede ser otra que: ligar en el primer supuesto el vaso ó vasos divididos, para evitar que se repita la hemorragia, salvando así al enfermo. En el caso de que se haya desarrollado la peritonitis, se practica la laparotomía para suturar el intestino herido, evitando que las materias fecaloideas se sigan derramando, y desinfectar el peritoneo por las prácticas más seguras de la antisepsia. Esta respuesta, que parece muy satisfactoria en teoría, no lo es conforme á lo que nos enseña la práctica: los enfermos mueren no porque se reproduzca la hemorragia ó continúen derramándose en el peritoneo las materias que salen del intestino al través de la herida ó heridas, esto no pasa generalmente: los enfermos mueren porque la pérdida de sangre primitiva, al revelarse por el cuadro de síntomas que caracteriza á una hemorragia, ha sido abundante y, por consiguiente, las más veces incompatible con la vida. Lo mismo puede decirse de la peritonitis, pues en las autopsias vemos casi siempre la asa ó asas del intestino lesionado adheridas á las asas contiguas por el exudado inflamatorio, estando obstruídas las aberturas del intestino, evitándose por estas adherencias el que las materias contenidas en el intestino, puedan volver á salir, para derramarse en la cavidad peritoneal. La laparotomía, practicada cuando ya se desarrollaron las complicaciones señaladas, no llena indicación alguna, y sí por el choque quirúrgico que produce, abrevia la vida del paciente.

El caso que acabo de referir, me parece sumamente interesante é instructivo, pues cuando menos nos demuestra la importancia de que el cirujano camine con prudencia cuando se trata, sobre todo, de esta clase de lesiones, evitándose al seguir una conducta prudente, no solamente el que contribuya la operación á causar la muerte del enfermo, sino también el que se prostituya la Cirugía, como sucede cuando se emprenden operaciones que no han de dar sino resultados fatales.

Para los partidarios de la laparotomía, el caso que acabo de referir era indudablemente un caso en el que estaba perfectamente indicada la operación, y de los más propicios para practicarla, pues en él se tenía hecho el diagnóstico de la lesión del intestino, antes de que se presentara la peritonitis que con tanta frecuencia complica á estas lesiones, haciéndolas mortales; por consiguiente, este caso se presentaba en las condiciones más favorables para practicar la operación, y sin embargo, hemos visto que contra toda previsión y sin emprender una cirugía activa, curó este enfermo. Si á este enfermo se le hubiera practicado la laparotomía, el éxito favorable se hubiera atribuído á la operación; pero si el

paciente hubiera muerto después de operado, es indudable que la muerte se hubiera atribuido á la lesión.

Hechos como el referido nos vienen demostrando las grandes ventajas que se obtienen de seguir una conducta prudente, sobre todo en estos casos de pronóstico muy grave, y sirven también para recordar que no impunemente abandona el cirujano los preceptos que han sobrevivido al través de los siglos, debiendo tener el práctico siempre presente el *primum non nocere*.

México, Julio 29 de 1896.

TOBIÁS NÚÑEZ.

FISIOLOGÍA

Las teorías de la acomodación.

En el año de 1871 nuestro eminente y sabio colega el Sr. Profesor Carmona y Valle presentó á esta Ilustre Academia, una Memoria notable acerca del mecanismo por medio del cual el ojo puede adaptarse á diversas distancias. En este trabajo, con la sagacidad y talento que caracterizan á su autor, son examinadas todas las teorías de la acomodación, inclusa la del inmortal Helmholtz; demostrando sus deficiencias, y fundándose en preciosos datos anatómicos, el Sr. Carmona nos dió á conocer una nueva teoría que no sólo explica satisfactoriamente los fenómenos observados durante el acto de la acomodación del ojo, sino también sus perturbaciones patológicas.

Hace veinte años que en la cátedra de Fisiología, de que estoy encargado en nuestra Escuela de Medicina, enseñé á mis discípulos las excelencias de esta teoría, lamentando que no sea conocida por los fisiólogos europeos, quizás por el poco aprecio con que entonces eran vistos los trabajos escritos en lengua española, menosprecio que hasta á nuestros días ha alcanzado.

Si recorremos las obras más notables de Fisiología escritas recientemente, veremos que todas adoptan la teoría de Helmholtz. Lo único nuevo que hallamos, son los trabajos de Morat y Doyon haciéndonos conocer que hay fibras del simpático cuya excitación produce la relajación del músculo ciliar, desarrollando una acción inhibitoria en las células ganglionares del plexus ciliar. Mas en los últimos libros de Oftalmología publicados en el año corriente, escritos por Nismier y d'Espagnet el uno y el otro por Truc y Valude, he encontrado una nueva