

frases de elogio que han tenido para su trabajo y persona, y se manifestó de acuerdo con las ideas del Sr. Dr. Ramos, en que las causas de la corea tienen que ser múltiples.

El Sr. Dr. Joaquín Vertiz, á quien se concedió la palabra para leer su trabajo reglamentario, manifestó: que atendiendo á la súplica de algunos compañeros, desearía se le permitiese leer dicho trabajo en la próxima sesión, por ser ya hora avanzada; y la Academia acordó de conformidad esta petición.

Se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión, habiendo asistido los Sres. Altamirano, Aragón, Chávez, Hurtado, Icaza, González Urueña, Gutiérrez, Macouzet, Mendizábal, Olvera, Ramos, Suárez Gamboa, Urrutia, Villarreal, el socio correspondiente Ricardo Ortega y el suscrito secretario.

J. P. GAYÓN.

SECCION DE CIRUGIA.

Dictamen que presenta la comisión nombrada por la Academia de Medicina, para juzgar el trabajo que se presentó al Concurso de Cirujía de 1900, cuyo tema era: Ileus, su diagnóstico y tratamiento.

Señores:

Honrado con el cargo de relator, vengo á dar lectura al dictámen que formó la comisión nombrada por Vdes. sobre un trabajo titulado: «Ileus,» diagnóstico y tratamiento por el cual su autor opta al premio del concurso anual que abrió esta H. Academia.

Mucho agradece la Comisión que se le haya concedido una prórroga, y al mismo tiempo se excusa de no haber cumplido en el plazo fijado, en atención á trastornos de salud que sufrió su Presidente el Sr. Dr. Chacón y á que el Sr. Dr. Toussaint tuvo grandes cuidados de familia que por unos días trastornaron sus numerosas ocupaciones.

Antes de iniciar la crítica del trabajo sometido á juicio, cree conveniente la comisión manifestar cuáles son las exigencias, que en su concepto, debe llenar un trabajo para corresponder á la intención que indica el tema propuesto.

La oclusión intestinal figura en lugar bastante prominente entre aquellas enfermedades cuyo estudio se ha transformado más por las nuevas teorías y por los manuales de asepsia

y antisepsia. Hace poco tiempo aún, los médicos se afanaban ensayando recursos más ó menos científicos que pudieran salvar á los pacientes de las terribles consecuencias de la oclusión. Los cirujanos, por su parte, comprendían la utilidad de abrir el vientre y algunos avanzaron un tanto en ese camino, pero la mortalidad de la época pre-antiséptica tenía cualquier impulso en las intervenciones abdominales.

Bajo el amparo de la antisepsia que tantos y tan vastos horizontes abrió, la cirugía cree que el tratamiento de la oclusión ha entrado en sus dominios y se lanza á practicar intervenciones cuya escala se inicia con la antigua y modesta operación del ano artificial, para terminar con las modernas y atrevidas resecciones y anastomosis intestinales. Pero á pesar de la antisepsia, aun hay mortalidad crecida y es este el momento en que se juzgan inútiles los recursos quirúrgicos, y más aún, se les hace el reproche de que apresuran el fin fatal de los enfermos; entonces se inicia la discusión entre el tratamiento médico y el quirúrgico. Seguramente que la Academia hubiera escuchado con gusto un estudio sobre esta cuestión en el que se dieran, de una manera fundada las indicaciones de uno y otro tratamiento.

Analizando las estadísticas de mortalidad del tratamiento quirúrgico de la oclusión, se encuentran, al lado de algunos casos de técnica incorrecta, otros muchos en que los fracasos han dependido de que no se trataba ya solamente de la oclusión, sino de alguna otra complicación ó consecuencia de esta enfermedad. Unas veces ha sido la peritonitis generalizada, otras la vasta gangrena intestinal, otras la infección general avanzada, la causa de que el tratamiento quirúrgico haya sido ineficaz. La consideración de estos hechos revela que se impuso tardíamente el tratamiento, sea porque el diagnóstico no se estableció pronto, sea porque se contemporizó demasiado por no conocer el momento preciso en que el cirujano debe intervenir. Hay, pues, cuestiones importantísimas para la clínica en el estudio de la oclusión intestinal, que aun no están resueltas y para las cuales se necesitan una serie de discusiones fundadas en observaciones cuidadosamente recogidas en las que se estudien con minuciosidad los hechos, se estu-

dien los resultados en relación con el tratamiento y se procure sacar conclusiones que sean un nuevo apoyo en el difícil camino de la clínica.

Decíamos hace un momento, que al lado de los magníficos éxitos que había tenido la cirugía atacando con mano armada á la oclusión, había tenido también fracasos bastantes para infundir dudas entre sus partidarios y censuras entre sus enemigos, iniciando al mismo tiempo como causas probables de estos fracasos, dos principales: O un diagnóstico establecido tardíamente, ó un desconocimiento de las indicaciones precisas para establecer con oportunidad el tratamiento quirúrgico.

Existe en la educación intelectual de cualquier médico, con una convicción científica, la idea de que en la clínica no hay dos casos iguales, de que el éxito de un medicamento ó de un recurso quirúrgico depende de que se aplique en el momento justo de su indicación para lo que es preciso establecer un diagnóstico tan precoz y completo como sea necesario; de aquí que tratándose de cualquier enfermedad se aplique la actividad del médico á buscar nuevos síntomas, á analizar y organizar los ya conocidos y á seguir cuidadosamente la marcha de ella, para conocer en qué momento se necesita determinado recurso terapéutico. Pues bien, la oclusión intestinal, por la multiplicidad de sus causas, por la dificultad de sus síntomas y de un modo importante, por la novedad de los recursos quirúrgicos con que se ha empezado á atacarla, necesita que los clínicos se excedan á sí mismos para analizar detenidamente la sintomatología de esta afección, para estudiar á conciencia los resultados de las autopsias y al final de este trabajo, poder dar luces nuevas que, superando lo que hasta hoy es conocido, sean capaces de ayudar al práctico, cuando lleno de vacilaciones, se encuentra frente á un caso de oclusión intestinal.

En el concepto de la comisión, este ha sido y no otro el ánimo de la Academia cuando puso á concurso el interesante asunto de la oclusión intestinal, concedora del cambio radical que ha sufrido el estudio de la oclusión en estos últimos años.

La convocatoria de la Academia encierra aun más deseos; quiere la discusión entre la importancia que tienen los recursos mera-

mente quirúrgicos usados contra la oclusión. Se sabe por todos cuáles son estos recursos; pero aun se habla de ellos sin precisar claramente sus indicaciones; aun se discute sobre la oportunidad para usar cada uno de ellos y por eso la Academia ha convocado á todos los médicos, para escuchar la discusión que ellos hicieran sobre esta parte importantísima del estudio de la oclusión intestinal.

La comisión de la que tengo la honra de ser relator, crec poder señalar muchos puntos más dignos de preferente atención en los límites que señala el tema de concurso; pero para no fatigar demasiado la atención de los señores académicos, se limita á señalar en forma de preguntas, algunos puntos que en su sentir debían haber sido tratados y discutidos ampliamente en cualquier trabajo que pretendiese el premio del concurso.

¿Cuáles son los medios de establecer el diagnóstico precoz de la oclusión intestinal? ¿Cuáles son las indicaciones del tratamiento médico y cuáles las del quirúrgico? ¿cuáles son las indicaciones de los diversos recursos quirúrgicos?

He indicado ligeramente cuál es el criterio con que la comisión ha juzgado el único trabajo que se ha presentado á concurso para informar en seguida de una manera detallada sobre dicho trabajo y sobre la opinión unánime que ha formado la comisión. Pero antes de proceder á esto, es justo declarar que la cuestión propuesta es muy difícil, que varios que han emprendido su estudio han llegado á producir trabajos interesantes, pero llenos de numerosos huecos y que por esto debe reconocerse mérito en el autor del trabajo en juicio, por haber emprendido una tarea árdua, manifestando su amor al estudio al atender á la convocatoria de la Academia, cuyo tema de concurso era el siguiente: diagnóstico y tratamiento de la oclusión intestinal.

El trabajo está dividido por su autor en cinco partes tituladas respectivamente Sinonimia historia y definición, anatomía y fisiología patológica, descripción, diagnóstico diferencial y tratamiento.

La primera parte no detendrá nuestra atención, porque consta de ligeros apuntes históricos que seguramente el autor puso sólo para iniciar su estudio.

La segunda, titulada «Anatomía y fisiología

patológicas, sí será objeto de mayor estudio, tanto porque en ella se encuentra quizá la mejor parte, como porque hay allí omisiones y defectos de trascendencia. Parece un poco impropio el título que tiene, porque verdaderamente el autor estudia más en ella los datos autóxicos y fisiológicos normales que pueden dar lugar á determinada oclusión que las lesiones y alteraciones funcionales que se desarrollan á consecuencia de cualquiera forma de oclusión.

En esta descripción anatómica el autor ha estado bastante feliz en el resumen que hace de diversas descripciones y sólo se extraña en ella que no haga mención del fondo de saco de Douglas, que en algunos casos ha sido sitio y causa de aclusiones intestinales. En lo que se refiere á la fisiología, el autor estudia separadamente la acción nerviosa y vascular del intestino y parece que con deliberada intención huye de la palabra peristaltismo lo cual es poco clínico, pues si es cierto que el peristaltismo intestinal está poderosamente influido por la circulación é inervación del intestino; es también un hecho que en repetidas ocasiones no se puede decir cuál de estos factores perturba los movimientos peristálticos, siendo entonces más práctico expresar el fenómeno en conjunto. Pudiera explicarse esta conducta por el deseo que tiene el autor en detenerse á explicar los fenómenos que se verifican en la invaginación, pero aun así parece más clínico mencionar primero el fenómeno para analizarlo en un caso determinado. A propósito de la descripción detallada de la invaginación que hay en esta parte del trabajo, debemos marcar un defecto de que adolece todo él: la falta de orden. No está justificado describir detalladamente la anatomía y fisiología patológicas de la invaginación, si no se hace lo mismo con las demás formas de oclusión; por esto parece impropio el título de esta parte del trabajo porque no se hace ordenadamente el estudio anatómico-patológico de la oclusión sino solamente en párrafos aislados se mencionan algunas lesiones. Refiriéndose á los casos de oclusión intestinal en los ancianos, se aceptan, como causa, las perturbaciones circulatorias del bulbo, originadas por la arterio-esclerosis senil y también se explica la acción favorable de la atropina por su acción sobre los vasos sanguíneos. Estas explicaciones son más ó menos

discutibles; pero indudablemente son más rebuscadas, que las que aceptan el peristaltismo y mencionan la atonía intestinal como causa, atonía que depende unas veces de razón circulatoria y otras nó.

En el mismo capítulo titulado «anatomía y fisiología patológicas,» dice el autor las siguientes palabras: *La patología señala innumerables afecciones que pueden concluir en ó favorecer el brote del síndrome que estudiamos, sea por vías indirectas, sea por camino indirecto* y en seguida enumera algunas de las causas de oclusión. Me parece necesario señalar la claridad con que aparece aquí la confusión que el autor ha hecho entre la anatomía patológica y la etiología, pues en lugar de describir, como lo promete el título de su capítulo, las lesiones patológicas que se desarrollan en el intestino y demás órganos por el hecho de la oclusión, enumera las causas patológicas que producen la oclusión, lo cual corresponde al capítulo de etiología que no figura de una manera especial en el trabajo. Esto produce un desorden que hace difícil seguir al autor en su exposición dando también por resultado que deje muchos huecos importantes.

Al hacer la enumeración de las causas patológicas de la oclusión pone entre las afecciones ulcerosas del peritoneo, la tuberculosis, que como se sabe nunca afecta dicha forma en este órgano. En esta misma enumeración es demasiado ligero, pues no insiste bastante en algunas causas refiriéndose á su sitio, á su frecuencia y otros detalles que son muy importantes para el diagnóstico y que como veremos hacen falta en el capítulo correspondiente á esta parte del estudio de la oclusión.

Para terminar esta parte, pone el autor un cuadro de clasificación que no está bastante fundado por exposición anterior y que es incompleto para la clínica, por ejemplo, en la primera parte del cuadro pone. *Afecciones intestinales. Obstrucción por estrechamiento.* Como se ve, es un grupo demasiado vasto, pues no divide los estrechamientos de causa parietal y los de causa cavitaria y tampoco menciona los nudos y pliegues del intestino que si unas veces son de causa peritoneal, otras los son de causa intestinal.

Hay, que hacer notar una omisión que tiene el autor en este capítulo y en todo el trabajo al no mencionar las oclusiones intestina-

les de causa congénita. pues haciendo á un lado las imperforaciones del ano, hay obstrucciones más altas como son las que Leichtens-ten señala en el cólon y el intestino delgado.

La tercera parte del trabajo á juicio, se titula: *Descripción*. Y aquí tenemos que hacer el mismo reproche respecto á la falta de orden, haciendo notar que en el momento tiene más trascendencia este defecto. Para dar una idea de este desorden diremos que empieza el capítulo con una descripción general del cuadro sintomático, en seguida se inicia el estudio de cada uno de los síntomas y cuando se acaba de hacer el estudio del síntoma dolor, se ocupa de la palpación del vientre, para volver, en seguida, al estudio del síntoma vómito. Este desorden da por resultado que el autor se divague y no haga un estudio detallado de cada síntoma, indicando su importancia de una manera general, ni según las diversas circunstancias, estudio que, tratándose de la oclusión intestinal, tiene gran importancia pues es sabido el esfuerzo clínico que muchas veces tiene que hacerse para establecer un diagnóstico que indique un tratamiento. Más aún, el estudio ordenado de cada uno de los síntomas, es necesario, porque apreciando la marcha del conjunto sintomático es como muchas veces se aprecian las transformaciones que va sufriendo la enfermedad y el cambio que conviene en el tratamiento.

Hay casos en que el enfermo se agota rápidamente y el dolor disminuye muy pronto ó desaparece, siendo causa de error para dar un pronóstico benigno; en algunos casos puede haber elevación de temperatura sin que haya aún peritonitis, como sucede en algunas obstrucciones de origen fecal; en fin, son múltiples las variedades que pueden tomar los síntomas, y por esto se debe hacer un cuidadoso estudio de ellos y no puede declararse completo un trabajo que simplemente los enumera, porque nada útil da al clínico que pueda ser su ayuda en las frecuentes vacilaciones que tenga en un caso dado. En ninguna enfermedad debe establecerse diagnóstico por un solo síntoma, pero en la oclusión, esto es más difícil, ahí debe hacerse un estudio detallado de cada uno de los síntomas y una ordenada consideración de su conjunto para suplir con el trabajo clínico las dificultades innumerables que presenta la sintomatología de esta enfermedad.

Hablando de lo que pueda ser expulsado por el ano, de materias fecales y de gases, el autor dice que generalmente hay estreñimiento, y que algunas veces hay diarrea. No hace sobre esto un estudio detenido; no menciona los diferentes casos en que hay diarrea, y hablando de la diarrea que hay en la invaginación, dice que es disenteriforme, pero sin señalar antes, si esta diarrea es frecuente ó no lo es en la invaginación.

Hablando de la temperatura dice, que antes se hacía hincapié y se tomaba como de valor absoluto el carácter de la temperatura para el diagnóstico diferencial, y que hoy esto ha venido por tierra desde que han sido mejor estudiadas las infecciones del peritoneo, y cita las experiencias de Klecki para probar la posibilidad de peritonitis sin perforación y sin elevación de temperatura, desarrolla un poco el cuadro de la peritonitis sobreaguda, para terminar quitándole toda importancia á la observación de la temperatura en la oclusión intestinal. Sin negar la importancia de las experiencias de Klecki ni la posibilidad de la peritonitis sobreaguda, puede ponerse frente á estos hechos otros en los que la elevación de temperatura ha servido para un diagnóstico diferencial entre la peritonitis aguda y la oclusión, otros en los que la observación de la temperatura ha indicado cuando la oclusión ha dado lugar á la perforación del intestino, y otros en los que se ha observado la muerte por oclusión sin peritonitis sobre aguda. El simple recuerdo de estos hechos revela el grave error clínico que ha cometido el autor, al declarar que está echada por tierra la importancia de la observación termométrica. No porque un síntoma (en el caso, la hipotermia) sea común á dos enfermedades debe despreciarse su estudio, por el contrario, esto impone mayor atención y cuidado.

Después del estudio de los síntomas pasa el autor á la exploración, mencionando con bastante felicidad la inspección y la palpación del vientre. Al hablar de los tactos rectal y vaginal dice, que no son de despreciarse, siendo quizá más propio decir que deben practicarse, pues que en algunos casos tiene su importancia. Hubiera sido feliz el autor si hablando del tacto rectal, mencionara el método de Simon aun cuando fuera para deshecharlo, pues si es cierto que la escuela francesa lo hace así, algunos

lo sostienen aun como recurso de diagnóstico en la oclusión.

El capítulo de *Descripción* termina haciendo una descripción muy ligera de la forma crónica de la oclusión en la que no se menciona ningún detalle de la oclusión por materias fecales, ni se dice nada sobre tumores del intestino, ni sobre la influencia que los otros órganos abdominales en su estado normal ó patológico tienen en algunos cuadros de obstrucción crónica. Apreciando en conjunto este capítulo, puede decirse que hay en él una enumeración incompleta y desordenada de los síntomas, y que no se estudia con bastante cuidado los caracteres de ellos, ni mucho menos sus modificaciones en el curso de la enfermedad, privándose por esto del recurso de establecer indicaciones de tratamiento, según las modificaciones de los síntomas. Por ejemplo, nada se dice de las modificaciones del pulso; se desprecia la observación de la temperatura, no se habla de la gravedad que en algunos casos indica la desaparición del dolor, y sin embargo, son estos síntomas y su estudio minucioso, lo que nos puede decir qué tratamiento es el indicado; sólo por ellos podremos saber si debe esperarse buen éxito del tratamiento médico, si por el contrario, urge imponer el quirúrgico, ó si debe prescindirse de él para no aumentar irracionalmente su estadística de mortalidad.

La cuarta parte de este trabajo se titula *Diagnóstico diferencial*; en ella el autor corrige, aunque de un modo incompleto, las omisiones que tuvo al hacer la descripción de la enfermedad, pero justamente, por no hacer el estudio de los síntomas en la descripción, le resulta esta parte un poco insuficiente y desordenada. Desde luego se lee en sus primeros renglones una inconsecuencia consigo mismo, pues, al decir cuales son los síntomas por los que se puede afirmar que hay oclusión, menciona entre otros á la hipotermia, cuando acaba de decir en páginas anteriores, que la importancia de este síntoma está por tierra.

Es justificado llamar la atención sobre este detalle, que pudiera llamarse insignificante, porque este trabajo es un trabajo de consulta, y debe, en consecuencia, ser claro y uniforme en toda su exposición, para no despertar dudas en quien lo lea y se encuentre, como en el caso, un mismo síntoma desechado y tomado en cuenta alternativamente.

El plan que sigue el autor en este capítulo es el de responder á estas tres preguntas: ¿Hay oclusión? ¿Cuál es su causa? ¿Cuál es su sitio?

Para resolver la primera pregunta enumera rápidamente los síntomas y signos de la oclusión, diciendo que la obscuridad de este cuadro impone muchas veces la tarea de diferenciarlo de el del cólico nefrítico, del hepático, del apendicular, de la peritonitis por perforación, de los envenenamientos, de las hernias internas ó externas.

Para el diagnóstico diferencial entre la oclusión intestinal y los cólicos nefrítico, hepático y apendicular estudia los caracteres del dolor en una y otras enfermedades; pero nada dice de la importancia que tienen los antecedentes y sobre todo, la marcha de la enfermedad en las primeras horas. No recomienda para ilustrar el diagnóstico de cólico nefrítico el examen químico y microscópico de la orina; tampoco menciona para el diagnóstico del cólico hepático la inspección, palpación y percusión de la región del hígado y la vesícula y tratando del cólico apendicular nada habla de los tres síntomas que Mc. Burney recomienda para el diagnóstico de esta enfermedad; por último, para ninguno de ellos recomienda la exploración bajo la anestesia clorofórmica. Para el diagnóstico diferencial de los envenenamientos y hernias da consejos prácticos. En la última parte del diagnóstico diferencial entre la oclusión y otras afecciones es verdaderamente difícil seguir al autor por el gran desorden que hay en ella. Primeramente intenta la distinción entre la forma aguda y crónica de la oclusión sin establecer las reglas para ello; en seguida habla de la oclusión verdadera y de la pseudo-oclusión y se divaga tratando de explicar el mecanismo de curación de la pseudo-oclusión por la laparatomía, estableciendo después el diagnóstico con la peritonitis. Repitiendo que es verdaderamente difícil seguir al autor en esta parte de su trabajo, debemos señalar un buen consejo clínico que da, insistiendo en la importancia del interrogatorio para el diagnóstico entre la oclusión y la pseudo-oclusión, y entre la oclusión aguda y la crónica.

Al pretender el autor diagnosticar el sitio de la lesión, comienza su párrafo diciendo, que, el interrogatorio no nos ilustrará mucho, lo que no es posible aceptar, pues por el interrogatorio podemos saber si el enfermo padecía ante-

riormente un tumor intestinal, si era constipado habitual, si era portador de un tumor en otro órgano abdominal, y en caso de ser mujer la paciente, si había padecido alguna afección ginecológica, datos que pueden indicar algo respecto al sitio, sobre todo, si se les relaciona metódicamente con el resto de síntomas y signos.

El autor declara, que el carácter de los vómitos no tiene importancia, lo que es cierto cuando se le considera aisladamente, pero no lo es, cuando se les une al resto de los síntomas, por ejemplo, si por el interrogatorio y otros medios de exploración, se ha pensado que el obstáculo está en el intestino grueso ¿no vendrá á reforzar esta idea el hecho de que los vómitos hallan sido tardíos? Si en un enfermo sin antecedentes patológicos, se inician los accidentes de oclusión por dolores intensísimos, alteración profunda del facies, pulso filiforme ¿no es la precocidad de los vómitos un síntoma que nos ayude á radicar en el intestino delgado la causa? ¿No estamos obligados á tomarlo en consideración con el resto de los síntomas? Con esta oportunidad, debemos señalar la tendencia del autor á declarar inútiles con demasiada facilidad diversos síntomas. En nuestra opinión, lejos de eso, debía proponerse estudiar con detenimiento cada uno de los síntomas ó signos, y referirlos al conjunto, para sostener en todo su trabajo que no se satisface á las exigencias del diagnóstico de oclusión intestinal, sino por el estudio minucioso y detallado de los síntomas y signos considerados aisladamente y en conjunto.

A la gravedad del estado general del enfermo, le da la importancia que se merece, aunque un poco después se la disminuye en atención á que puede ser producida por la peritonitis.

Menciona la regla de Villaux, de examinar las evacuaciones cuando existen, para ver si son sólidas ó líquidas y diagnosticar por esto el sitio de la oclusión, pero nada habla de la importancia que tiene saber si las evacuaciones son espontáneas ó provocadas, si han sido poco después del principio de los accidentes ó pasado algún tiempo y no estudia algunos caracteres que pueden tener importancia, como son la dureza excesiva de las evacuaciones, la presencia de sangre, la presencia de abundantes membranas.

Para pasar á la exploración del enfermo, dice, que debe usarse la anestesia, cuando esta exploración es algo tardía, por que entonces el dolor impide cualquier examen. Más correcto parece aconsejar esta anestesia, aun cuando la exploración sea temprana, porque es indudable que, por ejemplo, la palpación se practicará con más perfección. Da en seguida los datos que pueden recogerse por la inspección, palpación, percusión; así como de la auscultación del cólon durante la inyección de agua por el ano.

Para fijar la causa de la oclusión, inicia el autor un buen método, cual es el de dividir en forma aguda y forma crónica la oclusión para agrupar en cada una de estas divisiones, las causa que dan lugar á una y otra forma, y se puede decir que es bastante completo en su enumeración. Pero todo esto adolece de un defecto causado por las omisiones numerosas que se hicieron en capítulos anteriores. No habiendo dado cuadros sintomáticos bien detallados de las formas aguda y crónica en el capítulo de descripción, no puede ser útil la división que establece para investigar la causa. Esta parte del trabajo se resiente mucho de todas las omisiones anteriores, y aun cuando el autor hubiera podido enmendarlas un poco en este momento, no lo hace así, pues pasa sobre este asunto bastante rápidamente para poner un cuadro sinóptico de las causas de la oclusión, que está bastante completo, pero que tiene el gran defecto de no estar explicado y fundado en la exposición anterior á el.

Haciendo una apreciación, en resumen del capítulo de diagnóstico diferencial, puede decirse que son bastante incompletas las reglas que da para el diagnóstico entre la oclusión y los cólicos nefríticos y biliares y apendicitis, y que, en el diagnóstico diferencial con la peritonitis, siembra bastantes dudas al tratar con poco interés los escalofríos iniciales, la elevación de temperatura, la expulsión de gases por intestino y otros síntomas de la peritonitis, dando, por el contrario, demasiado interés á las peritonitis sobreagudas, en las cuales, quizá insiste demasiado. En la parte referente al diagnóstico de sitio y causa, se notan muchas insuficiencias explicadas por las omisiones hechas en capítulos anteriores, y además, no se ve en todo este capítulo un esfuerzo para dar un método clínico de diagnósti-

co, sino por el contrario, demasiada ligereza para declarar síntomas inútiles, por lo que resultan aumentadas, lejos de estar disminuidas las dificultades reales que presenta el diagnóstico de la oclusión.

Hay aún otra omisión de trascendencia por señalar: esta es la de no hablar nada del diagnóstico de las complicaciones, á que da lugar la marcha de la enfermedad. No se da ninguna regla para saber cuándo empieza una peritonitis, consecuencia de la oclusión; nada se dice para poder sospechar la gangrena intestinal y no se da ninguna regla para apreciar el grado de infección ó de agotamiento y, sin embargo, son tan importantes estas cuestiones para el tratamiento, que puede asegurarse que es uno de los puntos que el clínico debe conocer de preferencia.

Pasamos al estudio del último capítulo, titulado «Tratamiento,» y desde luego declaramos que no estamos de acuerdo por parecernos muy poco clínicos los dos primeros renglones de este capítulo. Dice el autor: *Puede ser dividido el tratamiento en médico y quirúrgico, siendo este el orden en que debe usarse frente á un caso clínico.* Nos parece que, aun cuando sea así generalmente no sucede siempre, y que en un trabajo de esta índole debe huírse de cualquiera expresión que no sea conforme con la clínica; hay casos, como por ejemplo, una hernia reducida en masa, en los que no hay que pensar en el tratamiento médico.

En seguida dice el autor, que deja á un lado el lavado del estómago, el masaje y otros procedimientos de tratamiento por inútiles y por tener sólo un interés histórico. Contra esta afirmación podemos citar, entre otros, un caso del Sr. Dr. Chacón, en el que el masaje dió muy buen resultado, y otro del Dr. Icaza, en el que el lavado estomacal tuvo feliz éxito; pero aun cuando no tuviéramos estos hechos, no veríamos justificado el que el autor los rechazara sin exponer sus fundamentos, pues no sólo no es despreciado por todos los autores, sino que algunos, Morris, Reclus y otros la mencionan. Si el autor no guarda buena impresión de estos recursos puede mencionarlo así, pero también debe enumerarlos en la lista de los medios terapéuticos.

Hablando de la morfina tiene el autor buena exposición y se declara partidario de ella unida con la atropina, citando al Dr. Egea y á Ja-

laguier para afirmar más sus ideas. Aconseja también el uso de lienzos calientes y húmedos, sin emitir ninguna opinión á este respecto. Se extraña, que hablando de la morfina y de los otros agentes contra el dolor, no mencione la anestesia clorofórmica que es un recurso tan usado. Ya en la parte de diagnóstico encontramos este mismo olvido, que nos parece muy desentirse, pues es reconocida por todos, la utilidad del cloroformo para practicar maniobras de diagnóstico, calmar el dolor y emprender algunos otros tratamientos, como el masaje y los grandes lavados del intestino.

Hablando de la manera de luchar contra el obstáculo, menciona la enteroclisia, y de una manera absoluta prescribe no administrar nunca un purgante. Encontramos demasiado absoluta esta proposición. Si la causa de la oclusión es una acumulación de materias fecales ¿no estará indicado un purgante? Aquí señalamos de nuevo que el autor ha escrito sin tener en cuenta la clínica; del mismo modo que no describió con exactitud los síntomas de oclusión por materias fecales, lo mismo que en el diagnóstico de sitio y causa no tuvo en cuenta los antecedentes y otros síntomas, hoy aconseja que no se dé un purgante para combatir una acumulación de materias fecales. Creemos injustificada esta conducta y nos parece que estaría obligado el autor á sostener ampliamente la proposición absoluta que asienta.

En la descripción de la técnica de los lavativas eléctricas y de los grandes lavados intestinales, el autor está perfectamente dando una idea clara respecto á la manera como deben hacerse.

Después de la descripción de estos métodos pone en resumen el tratamiento, indicando ahí, en una nota, que algunos aconsejan el uso del cloroformo contra el extrangulamiento interno y diciendo en seguida que el tiempo nada significa en medicina, que sólo es una medida relativa para la exposición clara de una idea, que lo que se necesita es la oportunidad. Es este justamente un hueco grande que vemos en un trabajo de concurso; seguramente es interesante la enumeración de los medios médicos ya conocidos, pero lo que importa, lo que más se busca en los escritos sobre el asunto porque es lo que más ilustra, es el estudio de las indicaciones, y no creemos que sea tal el párrafo que pone el autor en el que dice que

el tratamiento quirúrgico no debe emplearse sino hasta haber usado todos los recursos médicos, á menos de que la gravedad del enfermo fuese muy grande. En primer lugar hay casos en que por usar todos los recursos médicos se deja llegar la enfermedad á un grado en que ya nada es aplicable, en segundo lugar, el autor no señala cuales son los síntomas de gravedad suma. Creemos que es obligación de un trabajo de concurso elegir de los diversos puntos que abarca un tema dado, aquellos que sean más interesantes y cuyo estudio sea más difícil, pues debe tenerse en cuenta que un trabajo de esta clase es documento de consulta no sólo para alumnos sino también para médicos. En el caso actual creemos que el autor ha hecho bien, en recordar los medios médicos contra la oclusión que están consignados en cualquier libro elemental sobre la materia pero también notamos que no se ha elevado á la altura debida por no haber procurado estudiar los síntomas en relación con la indicación del tratamiento médico ó quirúrgico, que lo repetimos, es para nosotros un punto muy importante de la clínica de esta enfermedad para buscar con mayor seguridad los beneficios que la cirugía puede proporcionar.

Entrando de lleno al tratamiento quirúrgico, dice, que el ano artificial y la laparatomía son las intervenciones que pueden practicarse, que aun hay diversas opiniones y que las cavilaciones dependen: de quien debe operar ó del medio en que debe intervenir ó de la naturaleza del diagnóstico. Aun cuando no estamos de acuerdo con estos puntos de indicación que da el autor para resolverse por una ú otra operación, hubiéramos deseado que desarrollara un poco su plan, porque esto lo hubiera llevado á estudios más prácticos, pero desgraciadamente no lo hace así, pues después de dos ó tres palabras, entra á la descripción del manual operatorio del ano artificial y la laparatomía; descripción que hace con bastante exactitud y que puede considerarse como correcta.

Volvemos sobre los elementos de juicio que da el autor para fundar nuestra inconformidad. Primeramente, no creemos que la aptitud del médico sirva para indicar una ú otra operación, creemos muy justo que se digan las dificultades de una intervención, pero no para deducir de aquí que no se practique, sino para aconsejar que se haga practicar por alguna persona

hábil; la mención que hace el autor de los médicos de aldea, creo que no lo justifica, porque este trabajo no ha sido hecho tomando de una manera importante la clínica del campo. Nos parece que el autor abulta demasiado la influencia del medio, pues tenemos hospitales y casas de salud en donde pueden practicarse estas operaciones, y si es cierto que las gentes se resisten en general á ir á ellas, esto no lo hacen con tanta frecuencia cuando se trata de una vida que puede perderse en unas horas. Además, en la actualidad no es tan difícil improvisar un medio antiséptico y aséptico, como lo demuestran las varias intervenciones abdominales que muchos hemos practicado en casas particulares. Hablando del diagnóstico dice el autor que desde este punto de vista cada operación tiene su punto bien definido, con lo cual tampoco estamos de acuerdo, pues en nuestra opinión, son necesarias otras circunstancias para tomar una resolución; creemos que un mismo enfermo puede presentar indicaciones para una laparatomía ó un ano artificial, según el tiempo que haya transcurrido, según el estado de agotamiento y otras condiciones que forzosamente tienen que estudiarse.

Después de la descripción que se hace de las operaciones, que como dijimos es bastante buena porque menciona los detalles necesarios, habla de la manera de buscar y tratar el obstáculo y considera aunque ligeramente, la importante cuestión de resección intestinal por gangrena. Hace una discusión muy incompleta entre la laparatomía y el ano artificial, terminando por aceptar que la laparatomía es el tratamiento de la forma aguda y el ano artificial de la forma crónica. Justamente por lo incompleto de la discusión llega el autor á esa división que no nos parece exacta, pues está el grupo de los estrechamientos del intestino por causa parietal y los producidos por compresión que generalmente dan lugar á la forma crónica de oclusión y que muchas veces deben tratarse mejor por la laparatomía que por el ano artificial.

Si la discusión hubiera sido más vasta hubiéramos tenido algunas consideraciones acerca de la laparatomía exploradora y su indicación para practicarla, y quizá entonces hubiera sacado como indicaciones del ano artificial, las oclusiones del intestino grueso de causa cavitaria, y los casos en que no se puede hacer la

laparotomía por el estado muy grave del enfermo ó aquellos en que la laparotomía exploradora nos ha revelado la imposibilidad de quitar el obstáculo.

Termina el trabajo con un cuadro del tratamiento que no es de aceptarse, porque toma como base la habilidad ó torpeza del cirujano y la suficiencia ó insuficiencia del medio, descuidando indicaciones de carácter verdaderamente clínico.

Para terminar nuestro dictamen, presentamos en resumen las cualidades buenas y los defectos que hemos creído encontrar en el trabajo á juicio: Manifiesta el autor laboriosidad, y en su trabajo se leen datos importantes. Desgraciadamente no ha usado de método para exponerlos y de aquí que haya tenido omisiones notables, encontrándose también en la exposición afirmaciones inexactas unas, y poco fundadas otras; por último, lamentamos que el autor no haya tratado con la debida amplitud cuestiones que pueden considerarse como las más importantes en el estudio del diagnóstico y tratamiento de la oclusión intestinal.

Fundándonos en esto y sujetándonos á las facultades que nos da el reglamento, tenemos la honra de someter á la aprobación de esta H. Academia las proposiciones resolutivas que el estudio de este trabajo nos ha sugerido.

1ª No debe concederse el premio al autor del único trabajo que obsequió la convocatoria de la Academia, para el concurso de Cirugía del año de 1900 á 1901.

2ª Es de publicarse este trabajo juntamente con el dictamen en el periódico de la Academia.

3ª En atención al estudio y dedicación que manifiesta el autor del trabajo, es de concedérsele, á título de estímulo, la cantidad de doscientos pesos.—México, enero 8 de 1902.—*F. de P. Chacón.*—*J. R. Icaza.*—*M. Toussaint.*—*F. Hurtado.*—*Germán Díaz Lombardo.*

ACADEMIA N. DE MEDICINA

CONVOCATORIA

La Academia Nacional de Medicina saca á concurso, para el año económico de 1902 á 1903 las siguientes cuestiones:

Primera. *Morbosidad y mortalidad del tifo en*

México, su distribución en las casas y calles de la Capital, sus relaciones con el desaseo, miseria y hacinamiento de habitantes en cada localidad. Premio \$ 500.

Segunda. *Estudio comparativo de los modernos tratamientos de las úlceras de las piernas, basado en la experimentación clínica del autor de la memoria, y en la de otros cirujanos mexicanos.* Premio \$500.

Las bases prescritas por el Reglamento son las siguientes:

I. Las Memorias relativas deberán remitirse al primer Secretario de la Academia, antes del primero de Octubre de 1903, escritas en español, sin firma y acompañadas de un pliego cerrado que contenga el nombre del autor y en cuya cubierta se vea repetido el tema ó contraseña que encabeza la Memoria.

II. Serán admitidos todos los trabajos que se presenten conducentes al objeto, y sólo se tendrán por no presentadas las que se hallen en el caso previsto en la base VI.

III. Los datos en que se apoye el autor deberán ser originales, pudiendo utilizar los extraños y siendo ambos debidamente apreciados y rigurosamente comprobados.

IV. En la primera sesión ordinaria del mes de Octubre correspondiente, dará cuenta el primer Secretario de las Memorias que hubiese recibido acerca de las cuestiones, y, en el acto, procederá la Academia á nombrar, por escrutinio secreto, de entre sus miembros, cinco propietarios que formarán cada jurado de calificación y dos suplentes relativos para integrarlos en caso necesario. El Secretario entregará al Jurado todas las Memorias numeradas en el orden de su presentación, reservando en su poder los pliegos cerrados. Cualquiera excusa para pertenecer al Jurado, se tendrá sin discusión alguna por suficiente para hacer en el acto otra elección ó después para llamar al suplente respectivo.

V. Ocho días después de haber sido nombrados los jurados calificadores, fijarán el tiempo que necesitan para presentar su dictamen. Analizarán las Memorias presentadas, y fundados en ese análisis señalarán la que á su juicio merezca el premio, si debe dividirse, en qué proporción, ó declararán que ninguna es acreedora á él. Si el Jurado cree que el autor de alguna Memoria es digno de recompensa á título de estímulo, aun cuando no haya resuel-