

enormemente desarrollada, siendo común en estos casos que no sean las paredes de la vejiga las que resistan una distensión patológica tan grande, sino que los fenómenos de para-cistitis traigan la formación de un nuevo saco con elementos de los órganos inmediatos; también suele encontrarse una especie de ligamento peritoneal (tres veces según mis observaciones) que fija la vesícula al colon transverso; lo que me ha llamado la atención es haberla encontrado dos veces una cubierta peritoneal doble é independientes, habiendo entre las dos un espacio de más de un centímetro. Cuando se explora la yatus de Winslow se siente un pequeño inflamamiento que pertenece á la primera porción del duodeno, y cuya naturaleza se identifica dirigiendo el dedo hacia la columna vertebral para sentir primeramente la aorta y abajo á la derecha un anillo fibroso que pertenece al píloro. En este sitio y después de exploración anterior pueden practicarse las operaciones pilóricas lo mismo que las gastro-enterostomias, teniendo presente que el duodeno está fijo y que las maniobras que tiendan á librarlo comprometen su vitalidad y pueden desgarrar elementos vasculares. En este mismo sitio llevando el dedo hacia abajo se explora la cabeza del páncreas y las porciones retro-duodenal y pancreática del colédoco; las extremidades del canal corresponden según mis propias investigaciones la superior móvil al borde superior de la 1ª vértebra lombar o'03 á la derecha de la línea media y la inferior á la 3ª lombar o'02 á la derecha de la línea media. Para explorar los canales por el cateterismo vascular creo que es una operación peligrosa y difícil y muchas veces imposible debido en gran parte á la disposición de los valvales de Lhister. Cuando quiera explorarse el hipocondrio izquierdo, se lleva el índice derecho sobre el borde superior del ligamento suspensor del hígado, se avanza hasta sentir la cara convexa del lóbulo izquierdo, se recorre el borde filoso de la víscera, se llega á la columna vertebral, se siente el lóbulo de Espigelio hacia atrás; en seguida la aorta que en el cadáver desliza y en el vivo late, se dirige el índice hacia arriba y se siente una feseta donde está la terminación del esófago y el cardia, si se toman los tejidos colocados entre el pulgar y el índice se tendrá asegurado el estómago en el punto que más conviene para la gastrostomia; puede ex-

plorarse toda la gran curvatura del estómago siguiéndola con la mano, en seguida dirigiéndola hacia el ángulo costo cobio se reconocerá el bazo, el ligamento esplenico cólico y la cabeza del riñón en la prolongación de la línea que pasa por la articulación del 9º cartílago costal.

En otro trabajo reglamentario describiré las dos zonas restantes.

México, febrero 26 de 1903.

A. URRUTIA.

CLÍNICA INTERNA.

UN CASO INTERESANTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL.

El día 22 de noviembre próximo pasado fui á visitar por primera vez á una señora que me dijo estar atacada desde la víspera, de un cólico intestinal. El día que la observé se quejaba todavía del cólico, el cual consistía en un dolor agudo situado en el flanco derecho, y que se irradiaba á casi todo el vientre; además, había vómitos, falta absoluta de evacuaciones intestinales y de salida de gases. Examinando el vientre, pude notar que el dolor se exacerbaba algo á la presión, aunque no de una manera muy intensa, y que el resto del vientre casi no estaba doloroso, aunque sí algo meteorizado. La enferma me refirió que con alguna frecuencia le venían estos cólicos y que se le quitaban con lavativas de aceite de ricino y azafétida y tomando una píldora de masa azul inglesa y de belladona. Le prescribí, en efecto, las medicinas referidas, y al día siguiente ya pudo arrojar gases con libertad y tener dos ó tres evacuaciones abundantes, de consistencia blanda.

El día siguiente me encontré á la enferma en un estado convulsivo clónico, casi continuo y me manifestó que sentía convulsiones interiores en los intestinos y el estómago y que era seguro que el cólico le iba á repetir, pues así le comenzaba generalmente. Al examinar el abdomen, luego que comprimí las regiones ováricas, estalló un ataque de histeria franca, que duró más de media hora, quedando después la enferma en un estado de sobreexcitación nerviosa muy exagerado y con algunas convulsiones. Los otros ataques de cólico que había tenido anteriormen-

te habían coincidido de ordinario con la época del período menstrual; casi siempre eran precedidos de ataques de histeria, acompañados con las mismas convulsiones interiores que ahora sentía, disipándose todo cuando se presentaban las reglas. Como el estado de exaltación nerviosa era considerable, prescribí bromuro de potasio en dosis alta, quietud en la cama y dieta de leche.

Al día siguiente encontré á la enferma de nuevo con el cólico; me refirió que se había puesto doce ó catorce lavativas de distintas sustancias y en diversas cantidades, y que, sin embargo, no había cedido el cólico en lo más mínimo. Procedí á hacer un examen todavía más detenido del vientre y no encontré tumor alguno á que poder referir la causa de la oclusión; el dolor estaba situado, como la primera vez, en el flanco derecho, era bastante intenso y se irradiaba más particularmente hacia las regiones lómbar y sacra, del mismo lado. El meteorismo, aunque marcado, no era excesivo; el estado general me causó alguna inquietud, pues el pulso era muy rápido, había algún sudor frío, la temperatura era de 35°5 y las facciones estaban descompuestas. Prescribí valerianato de amoníaco en dosis altas, lavativas con valerianato de amoníaco y bromuro de potasio en alta dosis.

Al otro día el dolor había disminuído algo; había tenido dos á tres evacuaciones pequeñas y podía arrojar algunos gases. Sin embargo, la excitación nerviosa era muy grande, los ataques de histeria se repetían varias veces en el día, el insomnio, más completo, que se había presentado desde al principio de la enfermedad, continuaba todavía. Le prescribí un centigramo de opio cada dos horas y la misma dieta láctea.

Al otro día encontré á la enferma algo tranquila; había dormido dos ó tres horas; el estado convulsivo y la excitación nerviosa habían disminuído; el dolor casi había desaparecido y tenía algún apetito. Le prescribí veinte gramos de sulfato de sosa, una sopa aguada y leche.

Cuando la volví á ver, el día siguiente, me refirió que había tenido tres evacuaciones abundantes; que el vientre lo sentía mejor; que no había podido dormir; los ataques de histeria le habían estado dando con frecuencia, y que sentía de nuevo las convulsiones que ella refería al estómago y á los intestinos, lo cual le indicaba que

el cólico se iba á presentar otra vez. En efecto, se presentó ese mismo día, de una manera más intensa que las anteriores, acompañado de mucha frecuente, sudor frío, algidez y descomposición de las facciones. Como la enferma estaba en Tacubaya y yo no podía hacer las visitas tan frecuentes como el caso tan grave requería, supliqué al Sr. Dr. Rosas, radicado en esa población, se sirviera concurrir á una junta conmigo, para que estudiáramos el caso juntamente, nos pusieramos de acuerdo respecto del plan curativo y le pudiera hacer el Sr. Rosas todas las visitas que fueran necesarias, dada la urgencia del caso. Convenimos, después de examinar á la enferma muy detenidamente, que se trataba de una oclusión intestinal de origen nervioso, ó á lo menos de causa desconocida para nosotros. Le prescribimos un centigramo de calomel y un cuarto de centigramo de belladona cada hora, una lavativa con valerianato de amoníaco y que continuara el bromuro de potasio.

En nuestra próxima visita observamos que el meteorismo era muy considerable; el vientre moderadamente doloroso á la presión y que continuaban muy acentuados todos los síntomas generales que se presentan en las oclusiones completas del intestino. Quisimos continuar el mismo tratamiento durante algunas horas, y pudimos ver en la noche que éste había producido resultado, pues la enferma había tenido varias evacuaciones verdosas, abundantes y acompañadas de gases. No obstante esto, el estado general no se mejoraba: el pulso era casi imperceptible y la algidez de la piel muy marcada. Desde este momento nos dedicamos á levantar las fuerzas de la enferma por medio de inyecciones de estricnina (dos inyecciones con intervalo de dos horas, de á dos miligramos cada una); fricciones secas y excitantes, y después una inyección de suero artificial.

Continuamos todavía durante algunas horas el uso de abrigos calientes y las fricciones, pero no obstante esto, el pulso desapareció completamente y, por último, vino la muerte á las 6 y media de la mañana.

* * *

El caso que acabo de referir se presta á numerosas consideraciones; sin embargo, nos fija-

remos solamente en aquellas más importantes y que son de más utilidad práctica.

¿Se habrá tratado, en efecto, de una oclusión intestinal de causa nerviosa? Los antecedentes de la enferma, los síntomas que se observaron, la marcha que siguió la enfermedad, el resultado del tratamiento y los cólicos análogos que anteriormente había tenido la enferma, creo que autorizan suficientemente para formular el diagnóstico que formulamos el Dr. Rosas y yo.

La oclusión intestinal es una de las enfermedades cuya anatomía patológica es mejor conocida, cuyos síntomas son perfectamente definidos y varios de ellos característicos, cuya etiología se ha estudiado perfectamente, y, sin embargo, cuando se presenta un caso en la práctica, los médicos más experimentados vacilan frecuentemente tanto respecto de la existencia de una verdadera oclusión, como, sobre todo, y muy particularmente, sobre las causas que la producen. Esta situación que se presenta de ordinario, contraría tanto más, cuanto que el tratamiento, que debe ser enérgico, no se puede emprender con resolución si no está fundado en indicaciones claras y terminantes. ¿Cuántas ocasiones no hemos visto que después de estar observando á algún enfermo varios días, consultar con algunos compañeros, examinar al enfermo cuidadosamente y repetidas veces, no podemos llegar á un diagnóstico seguro, y adoptando un tratamiento indeciso, vemos con sorpresa que los síntomas graves se acentúan repentinamente y, por último, sobreviene la muerte! ¿El tratamiento quirúrgico hubiera salvado al enfermo? Es posible. ¿Pero cómo hemos de emprender un tratamiento quirúrgico cuando caminamos sin indicaciones precisas, sin luz alguna que nos guíe? Sucede otras veces, y no muy raras, que después de haber instituido un tratamiento médico, que no da resultado, nos decidimos por la cirugía; avisamos á la familia; disponemos todo lo necesario rápidamente, y antes de concluir los preparativos oímos con sorpresa que el enfermo ha evecuado abundantemente y que la tormenta se ha disipado.

Yo creo que de ordinario al tratar un caso de oclusión intestinal, la última causa que debe tenerse presente es la de origen nervioso, pues son tan frecuentes y tan variadas las causas de orden mecánico, que, ciertamente, deben ser las

que de preferencia se tomen en consideración. No creo tampoco que el resultado del tratamiento con el uso de la belladona, el valerianato de amoníaco, el cloroformo y otros medios análogos, puedan autorizar para concluir que se trataba de una oclusión netamente nerviosa, pues es bien sabido que las causas mecánicas pueden ejercer su acción en ciertos momentos y cesar en otros; sin embargo, no cabe duda que algunas ocasiones el elemento nervioso parece ser la única causa de una oclusión intestinal perfectamente marcada.

En marzo de 1900 entró un enfermo á la cama núm. 1 de la sala de clínica de quinto año; llevaba varios días de una oclusión intestinal perfectamente marcada. Hicimos un examen muy minucioso el Dr. Cosío y yo, y no pudiendo encontrar la causa, consultamos con el Dr. Regino González; este señor se llevó al enfermo á su sala; lo examinó con mucho cuidado; le aplicó una gran lavativa con una sonda, y no pudiendo formarse todavía un juicio completo sobre la naturaleza de la enfermedad, se propuso observarla hasta el día siguiente. Al otro día se encontró al enfermo en un estado preagónico y, por último, murió á las pocas horas. Hecha la autopsia, no se encontró nada, absolutamente nada que pudiera explicar la oclusión intestinal que se había observado durante la vida. ¿Se trataría de una parálisis completa de alguna porción del intestino? Es muy posible, pero tampoco lo podemos asegurar.

Recorriendo los diversos tratados de patología interna, no encontramos en varios de ellos ni que se haga mención siquiera de la oclusión intestinal de origen nervioso. En otros encontramos el asunto tratado de una manera tan vaga, que no puede servir de guía cuando se presente un caso práctico.

Guenau de Mussy, en su Clínica médica, dice de este modo: «Hay una especie de obstrucción que se debe á la acumulación de materiales en una porción de intestino cuya contractilidad está debilitada: puede dar lugar á síntomas semejantes á los de la estrangulación, sin que ésta exista, hablando con propiedad, y sin que los materiales tengan un volumen y una consistencia que los convierta en verdaderos cuerpos ex-

traños. En tales casos es la parálisis de las fibras intestinales la que causa el obstáculo; y aun que esta obstrucción sea menos peligrosa y ceda más fácilmente que la debida á una constricción ó á una invaginación del intestino, puede sin embargo, si no se la opone un tratamiento oportuno, producir una congestión inflamatoria que se extienda al peritoneo y terminarse por la gangrena y por la muerte.»

Bulteau, ocupándose de este mismo asunto ¹, dice que en las pseudoestrangulaciones todos los síntomas de la oclusión se deben á un *desorden de la inervación simpática abdominal*, cuya causa escapa las más de las veces. Lo cual, como se ve, no es sino una concepción enigmática que oscurece más bien que aclarar, la causa de las oclusiones de origen nervioso.

Jaccoud, ² en su tratado de Patología interna refiere una observación de un caso de oclusión nerviosa, que pudo observar en sus servicios del hospital san Antonio. Se trataba de una joven que padecía de histeria convulsiva y que tuvo los accidentes de oclusión intestinal hasta con vómitos de materias fecales, y en la que se pudo observar, después de este accidente, del que sanó, un mes después, que murió de fiebre tifoidea, que no había nada en el intestino que pudiera explicar los accidentes que se habían observado un mes antes. Y más adelante dice: «Yo no creo que la oclusión espasmódica haya sido observada en el hombre; el sexo femenino, el temperamento nervioso, la histeria, son elementos diagnósticos de primer orden para distinguir esta variedad extremadamente rara: se puede añadir además la marcha más lenta de los accidentes, el desarrollo más tardío de los síntomas graves, sobre todo de los vómitos fecales, y la ausencia de todas las condiciones patogénicas que pueden producir la oclusión común.»

Después de leer lo anterior, no puede uno menos que convenir que los medios que tenemos para diagnosticar la presencia de una obstrucción intestinal de origen nervioso, son todavía muy deficientes. Por eso he querido dar cuenta á la Academia con la observación que acabo de referir, y ojalá que alguno de los señores socios presentes pudiera darnos algunas luces sobre el

punto que he tratado, que es á la vez de los más importantes y de los más oscuros de la clínica médica.

México, diciembre 30 de 1903.

D. ORVAÑANOS.

REVISTA EXTRANJERA.

Tratamiento de la uña encarnada por el nitrato de plomo.

Según el Dr. Blanc, las aplicaciones de nitrato de plomo están indicadas en los casos habituales de onixis lateral externo con rodete grueso y exuberante.

El tratamiento dura ocho días por término medio, es indoloro y presenta la ventaja de no inmovilizar al enfermo.

Debe emplearse el nitrato de plomo muy seco y finamente pulverizado. La primera aplicación debe ir precedida de baños de pies; después se desliza la substancia medicamentosa, con una espátula plana, entre la uña y el rodete fungoso, recubriendo con una delgada capa de algodón la parte sana de la uña.

La cura se mantendrá por medio de gasa húmeda, renovándose todos los días hasta que las partes fungosas hayan desaparecido.—(*Théráp. et Pharmacologie.*)

Medicamentos nuevos.—Mirmol.

Líquido acuoso, claro, trasparente, de reacción neutra, que contiene un 3 por 100 de fenol y 10 por 100 de formol. Se recomienda en las afecciones neoplasmáticas de todo el cuerpo, en las de la vagina, útero, lengua, etc., pues deja todos los tejidos como momificados, desecándolos completamente. También tiene acciones desodorantes, hemostáticas, analgésicas y antisépticas.

Triberano.

Polvo laxante del que se administra una cucharadita pequeña y produce una ó dos evacuaciones sin irritación intestinal. Su preparación es sencilla; pulverícense y tamícense las sustancias siguientes: hojas de sen lavadas con alcohol 20, azufre precipitado 10, vainilla 0.20, regaliz en polvo 20 y azúcar en polvo 70, mézclense perfectamente todos los medicamentos y consérvense en frascos de cristal previamente desecados.

¹ Bulteau. De la oclusión intestinal, París, 1878.

² Jaccoud. Pathologie interne, París, 1861, tomo II, pag. 353.