

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 1º DE MARZO DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 5.

CLINICA QUIRURGICA.

Algunos apuntes para la historia de las laparatomías. Fracasos inesperados. — Errores de diagnóstico.

Memoria presentada á la Academia Nacional de Medicina, en la sesión del 22 de febrero de 1905, por su autor

PROFESOR DOCTOR D. MEJIA.

Quizá no se justifican del todo estos dos títulos, porque bien analizados, los mismos fracasos por inesperados que sean, hallarán la última palabra de su explicación, la última nota, el postter considerando, en un error de diagnóstico. Pero entremos en materia: la relación de los hechos, justificará más ó menos esta opinión.

No son los casos comunes, habituales, de éxito completo en el orden quirúrgico y aun en el orden médico, los que más instrucción nos proporcionan. No, ciertamente. Recibimos la mejor enseñanza, de fracasos inesperados, sea cual fuere su origen, ó de errores de diagnóstico que obligan á fijar toda nuestra atención, inquirendo con positivo afán el por qué de los unos y la explicación satisfactoria de los otros. De estos dos puntos capitales, tan íntimamente ligados entre sí, pretendo ocuparme.

En una serie ya larga de laparatomías, practicadas durante diez años, habíamos obtenido un resultado tan completamente halagador, que la mortalidad la veíamos reducida al minimum: pasábamos ya de la segunda decena, sin contar un solo hecho desgraciado; y aunque es verdad que entre ese número, tocaba la mayor parte á la extracción de quistes del ovario, uniloculares de los más simples, desprovistos de grandes adherencias, que por lo menos influyen para prolongar la duración de la intervención; contábamos también algunas extracciones de fibro-miomas uterinos requiriendo histerectomía, que en los casos aludidos, se hizo por el procedimiento americano de Kelly, con ligeras modificaciones. Ni estos últimos hechos, ni un

quiste dermoides, poco adecuado para la intervención, mancharon nuestra favorable estadística. ¿En dónde estaba la clave del buen éxito? Indudablemente en la cuidadosa selección de los casos: en el estudio minucioso y prolijo de las enfermas, cuyo diagnóstico se investigaba con todo detenimiento para ponernos, hasta donde es posible, al abrigo de errores, contando aún con la advertencia previa á las interesadas y citadas ya para la operación, que si una vez abierto el vientre, podíamos comprender que la extracción del tumor ó quiste que motivaba aquella intervención, se presentaba erizada de dificultades; procederíamos á cerrar la herida sin llevar á cabo la intervención?

En agosto del 98, se nos presentó una señora de cerca de 48 años de edad, mujer del pueblo, que llevaba un tumor de vientre, habiendo principiado por desarrollarse á la derecha, según ella decía: pero que, por el momento, ocupaba casi el medio del vientre, llegando su fondo hasta muy cerca de la cicatriz umbilical. Algo de ascitis se notaba, acompañando á este tumor. Citada para operarse en aquellos días, en la casa número 1 de la calle de Revillagigedo, donde, por entonces, operábamos á nuestras enfermas, le recomendé fuese cuando menos con cuatro días de anticipación, para prepararla y disponerla convenientemente. No obedeció mis indicaciones, pues tres días antes del fijado para su operación, la ví casualmente bebiendo pulque á las 11 de la mañana, en un expendio situado en la esquina de la segunda de Santo Domingo. La obligué á salir de la pulquería y en la puerta del establecimiento la reclamé, haciéndola ver que era una preparación muy imprudente para una laparatomía ya tan próxima, estar abusando de esa bebida. Pude lograr que esa misma tarde se pasase á la casa citada de Revillagigedo y cuatro días después, previamente bañada y purgada la enferma, procedimos á la operación, teniendo por ayudantes á los Dres. D. Porfirio Beristáin y D.

Manuel González de la Vega, más el Dr. D. José León Martínez, que tuvo á su cargo la anestesia. La operación no pudo ser más simple: al dividir el peritoneo escurrieron aproximadamente, dos ó tres litros de serosidad ascítica, permitiendo reconocer fácilmente el quiste, que libre del todo y bien pediculado no requirió más de 5 minutos para su completa extracción: no se había perdido literalmente, ni la cantidad de un dedal de sangre: la herida del vientre era pequeñísima, pues la facilidad de extracción nos evitó ensanchar la herida. Juzgábamos que al quinto día esta mujer se hallaría del todo sana y quizá en posibilidad de levantarse. Corrieron los tres primeros días sin el menor accidente, reclamando con urgencia la interesada que se le diese de comer. El cuarto día, la enferma, sin tener calentura, ofrecía mal semblante, pulso algo frecuente y diarrea. El quinto día se acentuaron más estas síntomas, sin alterar la temperatura: la herida cicatrizada, con su aspecto normal. El sexto día sucumbió la enferma.

Debo confesar que no me explicaba aquella muerte: allí no había infección, no había peritonitis; no tenía los caracteres del choque. ¿Qué era, pues, lo que había determinado su muerte? La razón la hallamos en un estado al que no habíamos dado importancia, pero que hoy, con documentos de prueba más valiosos, hemos adquirido completa certidumbre: esta mujer murió por cirrosis del hígado agravada bruscamente por una intervención quirúrgica.

Y no sólo lesiones orgánicas del hígado; las del corazón, riñones, etc., etc., contraindican y deben de hecho contraindicar, una abertura de vientre.

Intencionalmente he elegido un hecho en que la intervención total, apenas llegó á media hora, que no tuvo complicación alguna, que no se pulsó la menor dificultad: operación, en suma, que el más novicio en las intervenciones de vientre habría podido llevar á cabo sin vacilación alguna.

Por esto en noviembre de 1903, operando fuera de México, á una señora doncella, acompañado de los Dres. Beristáin, González, más los de la población, Dres. D. Pedro Hernández y D. Andrés Ortega, al concluir la extracción de un quiste bastante complicado, pero que pudimos terminar sin contratiempo grave, ligando

si hasta venas flexuosas tan gruesas como el dedo pequeño, declaré á mis compañeros que la enferma moriría brevemente por lo que aquellas venas significaban y que nos fué dable comprobar durante la operación: la existencia de avanzada cirrosis del hígado. Así fué, en efecto: la enferma sucumbió sin ofrecer caracteres infecciosos ni síntomas de hemorragia interna ó cualquier otro accidente de los ligados íntimamente á la intervención.

No me cabe la menor duda: es un precedente funesto para intervenir por laparatomía la existencia de cualquier lesión orgánica. No pongo en tela de juicio que algunas enfermas resistan la intervención, siendo portadoras de lesiones de esta clase; es posible; mas yo, por mi parte, á menos de circunstancias muy especiales, niego ya mi voto para esas intervenciones, si puedo de antemano cerciorarme que existe alguna de las expresadas lesiones.

Cabría aquí perfectamente la investigación y las digresiones sobre estos hechos. ¿Por qué ese término casi necesariamente fatal cuya razón de ser no está directamente ligada á una operación en que la técnica ha sido correcta y no ha ofrecido durante su práctica ningún contratiempo? No es achacable á la prolongación, pues en los casos citados ni han estado expuestos los intestinos al aire, ni la operación se ha prolongado arriba de media hora. Intencionalmente paso por alto consideraciones de orden teórico que me llevarían fuera de mi programa; solamente haré notar, que la defensa continua del organismo contra los múltiples ataques que le hace toda lesión orgánica, se debilita al máximo con una intervención de este género, y constituye un factor importante, si no el primero, que puede ser la clave de una explicación satisfactoria.

Al lado de estos hechos de resultado fatal, debo señalar otros, que si no han originado siempre un desenlace funesto, merced á haberles podido corregir convenientemente, exponen siempre, por la circunstancia de que su corrección implica una prolongación ineludible en la duración total de la intervención.

En agosto de 1896, operábamos, al costado de la calle de San Pablo, á una señora que me había consultado, por enorme dilatación del vientre. Había yo hecho reconocimientos detallados en esta enferma y abrigaba la convicción de que era

portadora de un quiste complicado y probablemente muy adherido, pues había sufrido repetidas veces peritonitis parciales. La enferma estaba posesionada de que iba á sufrir una laparatomía exploradora, pues yo no creía en la posibilidad de extracción de aquel tumor y cedi sólo á instancias de la enferma. Me acompañaban, como siempre, los Dres. Beristáin y González. El Dr. Altamira se hallaba en esta ocasión con nosotros. Abierto el vientre, vimos palpablemente las divisiones que limitaban, señalándose en la superficie, los diversos lóculos del quiste. La herida de la pared comprendía de abajo del ombligo á cerca de 3 centímetros arriba del pubis; pero dada la distensión del vientre por el quiste, ofrecía suficiente extensión. Estudiando con detalle y sin producir desórdenes me cercioré de las malas condiciones del tumor. Las adherencias eran múltiples, algunas muy resistentes, otras más flojas, pero vascularizadas. No creí debido proceder á la extracción juzgando que requería sobre serias dificultades, una prolongación inevitable, circunstancia que, como es bien sabido, agrava esta clase de intervenciones. Antes de cerrar el vientre y con el objeto de que la enferma conservase, vuelta á su cama, la mayor quietud posible, nos ocurrió sondearla. La sonda de plata, introducida por el Dr. González, pasó toda fácilmente, sin dejar escapar una gota de orina. Me llamó la atención sobre esto: tomé la sonda con el pulgar é índice izquierdos pretendiendo buscar con el índice y medio derechos, introducidos en el ángulo inferior de la herida, el extremo de la sonda. ¿Cuál no sería mi sorpresa al notar, ó mejor dicho, al tocar buena parte de la sonda del todo desnuda, como si hubiese entrado en un canal, sin llegar al receptáculo? ¿Cómo era posible esto? No habíamos hecho más de la incisión de la pared abdominal y el peritoneo sin despegar adherencias, sin introducir instrumento cortante alguno en la cavidad. Esto era absolutamente cierto; pero no lo era menos que la sonda estaba allí, desnuda: para quitar hasta la más leve sombra de duda, pudimos verla, abatiendo el ángulo inferior de la herida. Ya no cabía vacilación alguna: era preciso buscar la vejiga y suturarla luego. No fué difícil hallar el receptáculo, que estaba cortado casi á la mitad exactamente. Practicamos una fina sutura de catgut, venciendo algunas dificultades; pero la cerramos al fin,

hasta convencernos de haberse restablecido por completo la integridad de la cavidad vesical. Hasta ahí habríamos detenido la intervención; pero desgraciadamente al asear la superficie visible y desigual del quiste, quizá por presión inadvertida de alguno de los ayudantes, se le hundió el dedo índice en uno de los lóculos, escurrendo en abundancia un líquido espeso, semejante al puré de chícharos. Esto hizo absolutamente indispensable la operación completa, que fué tan difícil como prolongada. Aquel quiste contenía cabellos, restos huesosos, una variedad tal en su contenido, que no vacilo al considerarlo típico, entre los de su especie. Al depositar á la enferma en su cama, recomendamos, de un modo especial, la importancia de guardar en basinilla muy limpia, toda la orina que emitiese. ¿Con cuánta satisfacción pude notar al siguiente día, que el estado de la enferma era regular agregándose la halagadora circunstancia de haber podido evacuar por dos veces la orina! Examiné este líquido con todo interés, sin notar cosa extraña, ni señales de sangre, al menos á la simple vista. Se quejaba de gran cansancio, el pulso era frecuente, la temperatura normal. Así pasó también el segundo día, sin elevación de temperatura; pero muy acentuada la postración, que me hizo temer un fin próximo. Así fué, en efecto: sucumbió al tercer día, sin haber presentado el cuadro de la infección. No podría dudarse; su muerte era expresión del choque nacido en las tres horas que el vientre se mantuvo abierto. Esta pobre enferma nos enseñó, con el terrible accidente de que fué víctima, la importancia del reconocimiento prolijo de la vejiga antes de emprender una laparatomía por tumores del vientre. La sonda metálica, bien desinfectada y llevada cuidadosamente en todos sentidos, da cuenta exacta, pudiendo definirse de este modo, si está libre ó ha sido arrastrada con el tumor, al cual no es extraño que se adhiera. Esta precaución es del todo indispensable, para evitar la herida de este órgano, que puede hacerse como en el caso presente, desde que se divide la pared abdominal, si soldada al tumor ha sido arrastrada hacia arriba por él.

Hasta aquí lo referente á esos fracasos inesperados y accidentes cuya interpretación nos hace vacilar. Veamos ahora otro género de hechos que caben en capítulo aparte, referente á errores de diagnóstico. Acerca de esto, creo po-

der insistir en que la primera causa de error, para el diagnóstico, en general, estriba en la poca atención ó cuidado por parte del observador. Ciertamente que el asunto de por sí entraña dificultades, á veces insuperables; mas esas dificultades se agregan á la falta dicha y á la cual, por una ó por otra razón, todos estamos sujetos, no diré de un modo permanente, mas sí de cuando en cuando, quizá por condiciones tan especiales como eventuales.

En la enseñanza de Clínica Médica que hace años está á mi cargo, constantemente insisto con los alumnos: el diagnóstico no requiere ciencia infusa, ni inspiración, ni el llamado en otros tiempos "ojo médico." No: el diagnóstico requiere buenos conocimientos en patología: hábito de observación clínica y examen completo del enfermo: estos son los requisitos para saber diagnosticar y su falta parcial engendra los errores.

Me permito compendiar en pocas palabras un ejemplo que año por año cito en mi clínica, por ser del todo demostrativo. Jefe de Clínica, al lado del Sr. Profesor Carmona, recibí un enfermo con una afección aguda, que por la calentura, tos con esputo rubiginoso, dolor vivo de costado, ansiedad, etc., etc., se revelaba claramente como pleuro-neumonía franca izquierda. Estudié minuciosamente el estado del aparato respiratorio, por medio de las exploraciones conducentes: inspección, palpación, percusión y auscultación; me cercioré del estado del corazón y su envoltura, más propensa á complicaciones en neumonías izquierdas. Inquirí del enfermo el estado de su aparato digestivo; le pregunté también si la orina se hallaba en corriente y á sus afirmativas respuestas, asentí, perdonando el rápido examen físico de los aparatos correspondientes. La neumonía siguió una marcha favorable; al sexto día de su estancia en el hospital, llegué á percibir el estertor crepitante de vuelta, siendo la mejor garantía de la completa resolución: pero... el estado general no correspondía, en lo absoluto, con aquel estado local, tan satisfactorio: continuaba la fiebre: el semblante con el estigma marcadísimo de gravedad: el pulso extraordinariamente frecuente. Reduplicué mi atención en el examen de los pulmones. Tenía á la sazón sentado al enfermo en medio de su cama: apoyaba mi cabeza en su pecho, percibiendo claramente la respiración

más sana, aunque frecuente; pero á la vez, hería mi olfato una fetidez gangrenosa, que me mareaba y que parecía subir como del vientre del enfermo. Le hice acostar y no ateniéndome ya á preguntas, bajé las sábanas, alzándole la camisa: sorprendido contemplé el cuadro que se ofreció á mi vista: placas enormes negras ó color de sepia obscura, se extendían sobre el abdomen: por el lado interno de los muslos, en las envolturas testiculares, aún en el pene, etc. Era aquello una terrible infiltración de orina que había gangrenado las diversas regiones adonde alcanzaba. En el acto hablé al Sr. Dr. Lavista compendiando la historia del enfermo y mi error por falta de examen. Anhelaba que este enfermo se curase: influí cerca del Sr. Lavista para que interviniese desde luego. Ya por requerirlo así su estado, ya por mis instancias, ese mismo día se le puso en condiciones de alcanzar una verdadera curación, pues se le practicó el ojal perineal con las debridaciones indispensables para la curación y reparación de los tejidos gangrenados. Afortunadamente, llegué á ver sano á este hombre, calmándose así las inquietudes que me originaba el descuido de no haber hecho un examen completo desde el principio, conformándome con la existencia de la neumonía, que por de pronto me había parecido explicar su situación. Un elemento de otro orden suele entrar como factor de cierta importancia, en algunos errores de diagnóstico: es una especie de sugestión por opiniones ajenas. Queda, sin embargo, en pie como factor principal, lo incompleto ó lo imperfecto del examen, á lo que está uno más expuesto si se ha dejado influenciar, como decíamos, por otras opiniones. Aún en este caso, un buen examen, completo, bien dirigido, tiene por fuerza que ratificar ó modificar la opinión que se haya recibido. Queda, por consecuencia, en pie, no nos cansaremos de repetirlo, ese principio que debe ser ineludible: "nada hay que justifique el examen imperfecto de los enfermos."

En septiembre de 1903, se me presentó una señora de más de 50 años de edad: de buena constitución, gruesa. Al hablarme puso en mis manos una amplia recomendación escrita por un personaje que figura actualmente en el orden político y con quien me ligan lazos de antigua y sincera amistad. La recomendación se refería á que me prestase á operar á la señora, conside-

rándola lo más que me fuese posible, por vivir ella con el corto producto de un empleo municipal, en la capital del Estado de donde venía. Me dijo ella, y también constaba en la carta, que por opinión unánime de cinco ó seis médicos, necesitaba con urgencia de una laparatomía, para hacer la extirpación de un fibro-mioma que le originaba muchas molestias y la tenía profundamente preocupada. Esta consulta ocurría en momentos en que me esperaba otra persona para llevarme á ver una enferma grave, á quien había asistido antes en la consulta, hallándose á la sazón con metrorragia. Brevemente reconocí á la recomendada, palpando el vientre mientras tomaba algunos otros antecedentes: supe por ella que era viuda; pero que durante la época de su matrimonio había tenido familia, siempre con felicidad: supe, además, que después de estar algunos meses con marcadas irregularidades en el período, como si fuese á retirarse, le había desaparecido definitivamente, sin volver para nada hacia seis meses. Violentamente palpé el vientre y no sin dejar de experimentar ciertas dificultades por ser gruesa la enferma, pude cerciorarme de que existía en el vientre una dureza esférica, representando un tumor que apenas alcanzaba á la cicatriz umbilical. Urgido por la persona que esperaba, dí una recomendación á la interesada, para que se presentase en la casa de la calle de Zaragoza, esquina á la Violeta, encareciendo á nuestra enfermera, Sra. Trinidad Miranda, recibiese á la enferma dándole cama y disponiéndola para operarla el domingo próximo. Ocurría esto el jueves: el viernes encargué al Dr. Beristáin que estudiase á la enferma, pues yo la había examinado muy ligeramente: que á la vez dispusiese lo conveniente para intervenir el domingo inmediato á las 10 de la mañana. Ese día, en efecto, tuvimos todo dispuesto á la hora citada. El Dr. J. León Martínez se encargó de la anestesia. Nos ayudó también el Dr. Jacinto García, teniendo á su cargo la desinfección.

Ni el Dr. Beristáin, ni el Dr. González de la Vega, que directamente me ayudaban, estudiaron detenidamente á la operada, ó si lo hicieron fué bajo la sugestión de la existencia de un fibro-mioma. Anestesiada ya, se hizo la desinfección de la vagina y aún del cuello del útero; pero afortunadamente sin penetrar á la cavidad, pues me había propuesto conservar en lo posible el

útero, si de algún modo el tumor se prestase á la enucleación. Procedí á la abertura del vientre por una incisión pequeña. Descubierta un segmento del llamado tumor, me sorprendió, desde luego, su perfecta uniformidad y lisura, así como su coloración medio violada. Introduje mi mano derecha con toda precaución pudiendo reconocer aquel esferoide, ó más propiamente, aquella esfera en toda su extensión, delante y detrás. No había ni la más insignificante adherencia; más aún, entre lo que llamó mucho mi atención y lo hice notar, fué la sensación quística del tumor. Por buena suerte no me ocurrió introducir el tirabuzón, para tirar de él y facilitar la salida del vientre de aquella uniforme esfera. Hice algunos esfuerzos con la mano derecha y ayudado por fuera, se verificó la salida después de unos momentos. Confieso que al ver aquel llamado fibroma sobre el vientre, presentándonos, en verdad, como una esfera perfecta, absolutamente lisa y pulida, ligeramente violada, con sus dos ovarios colgados á los lados como aretes, perfectamente sanos, confieso, repito, que en el acto comprendí el terrible error! Un dato me faltaba y éste lo adquirí luego: tomé el útero entre ambas manos y con terror sentí las desigualdades fetales y lo que era más expresivo aún: los movimientos evidentes del feto. No había que vacilar: era indispensable reparar en el acto aquel desorden, que pudiera ser tan funesto al hijo como á la madre. Pretendí volver el útero á la cavidad. ¡Imposible! Si trabajoso había sido extraerlo, su introducción al vientre se negaba en lo absoluto. Desbridar arriba, me propuso Beristáin: no acepté, ya no quería agregar una sola línea más al traumatismo; pero los esfuerzos y las compresiones también traumatizaban el útero: cierto que sí. Entonces me ocurrió un medio tan simple como eficaz: enganchar los labios de la herida abdominal, con los índices bien introducidos y doblados, como quien engancha la boca de una bolsa para hacer entrar abundante contenido. El medio fué soberbiamente eficaz: después de dos ó tres ligeras sacudidas, la matriz recobró su sitio, subsistiendo la herida abdominal sin haber modificado afortunadamente sus pequeñas dimensiones. Procedimos entonces á la más cuidadosa sutura que pueda imaginarse, hasta cerrar, de la manera más perfecta posible, los diversos planos, depositando á la enferma en su cama, previamente calentada,

pocos momentos después de haber principiado la operación.

Una nota cómica, en medio de asunto tan serio: en la pieza inmediata á la de la operación, se hallaba un señor, pariente de la operada, á quien yo tomé por su esposo, y le dije: "no ha sido poco el peligro á que su esposa se ha sujetado, produciendo en nosotros un desagrado profundo: está embarazada al sexto mes próximamente y bajo ningún concepto necesitaba de operación." El señor aquel no contestó mi reproche, viéndome con semblante que pintaba terror ó sorpresa. Momentos después recordé que la señora era viuda y la enfermera me hizo notar que á quien había yo hablado, era al hijo mayor de la enferma.

Como puede presumirse, no excusamos la más prolija atención á la operada, turnándonos ese día para observarla todos los que habíamos intervenido. En las primeras veinte horas no se pudo notar el más leve accidente, ni dolor. Cumplidas las 24 horas, es decir, el lunes á las 11 de la mañana próximamente, tocó al Dr. González de la Vega observar á la enferma en momentos que principiaban dolores evidentemente de contracciones uterinas. En el acto hizo el Dr. González que nuestra enfermera aplicara una lavativa grande de agua tibia esterilizada, que una vez devuelta se reemplazó por una lavativita pequeña con 12 gotas de láudano de Sydenham. González se retiró pasadas las 12 del día: yo estuve á la una, cerciorándome entonces de que el dolor no había repetido, haciendo inútil, por entonces, insistir en el mismo medio. Esto fué todo lo que hubo de anormal desde aquel día, hasta el séptimo; no volvió á presentarse contratiempo alguno. La enferma instaba por levantarse del octavo al noveno día. Mi afán de retenerla en cama, no obstante hallarse la herida perfectamente cicatrizada, era por evitarle todo pretexto á la repetición de los dolores. Mas no fué posible ya detenerla y consentí que se levantara. No volvió á haber accidente alguno. Veinte días después de operada, regresaba á ocupar de nuevo su puesto, llevando una carta mía para la persona que me la había recomendado, en la cual le hacía notar que emprendida la extirpación del tumor, no había sido posible extraerlo, por haber tropezado con dificultades que, á pretender vencerlas, hubieran determinado la pérdida de la enferma: que la habíamos estudiado

por laparatomía exploradora, creyendo poder completar su operación para el mes de diciembre siguiente, á cuya época, le suplicaba, le concediese nueva licencia de un mes para terminar definitivamente dicha operación. La enferma quedó muy satisfecha con esta carta que entregó; pero llegó diciembre y terminó el mes, sin que volviera á presentarse por esta ciudad. Guardaba yo aún serias inquietudes deseando informarme hasta con la misma persona que la había recomendado, toda vez que ignoraba yo la dirección de la interesada. Por el recuerdo de las dimensiones y altura del útero, calculaba que en diciembre debería haberse verificado el parto. Tocábamos ya al fin de enero, sin que tuviese noticias de ella. Del todo resuelto á informarme directamente con su protector, pensaba escribirle uno de aquellos días, cuando se me presentó una tarde, conservando su mismo buen estado general, el mismo aspecto, menos el abultamiento del vientre. Supe entonces por ella, que á mediados de diciembre se había verificado el parto con toda felicidad, no obstante encontrarse profundamente acobardada; mas, como todo vino enteramente natural, se fué tranquilizando y adquiriendo la convicción de que no tendría contratiempo alguno. Desde que se fué de México, recién operada, había insistido mucho con ella en la necesidad de que cuidase perfectamente su cicatriz, sin dejar para nada la faja. Aunque creí que el parto lo pasaría aquí bajo nuestro cuidado, siempre le recomendé muchísimo que si por cualquier evento, era asistida por personas extrañas, las enterase de la necesidad de cuidar su cicatriz, durante las contracciones uterinas. Me contó con cuánto empeño se había ceñido á esta recomendación y procediendo á reconocer su vientre, pude cerciorarme del buen estado de la pared abdominal, así como de la misma pequeña cicatriz. Este final reconocimiento puso término á la justificada inquietud, engendrada en un descuido punible. Duramente pagué mi falta de atención, resuelto á no pecar otra vez en igual sentido.

Aquí, como puede juzgarse, el error era perfectamente evitable: no requería más de estudio completo de la enferma rectificando los hechos por medio de exploraciones bien guiadas.

Voy ahora, para concluir, á señalar otro error nacido, no de falta de estudio, sino más bien de las dificultades inherentes al asunto, ayudadas

en cierto modo por una circunstancia, á que antes hice referencia: la sugestión, ineludible á veces.

El Dr. López, de San Luis de la Paz, me escribió en los primeros días de enero de 1903, consultándome acerca de una enferma, persona de toda su estimación, la cual, me decía, fué operada por el Sr. Dr. Gutiérrez, de León, cuatro años antes, de un enorme quiste del ovario; pero, agregaba el Dr. López, no terminó Gutiérrez la operación por haber encontrado extraordinariamente adherida la bolsa quística, limitándose á vaciar el contenido, cerrando luego el vientre. Hoy, agregaba, mi enferma se halla en tal estado, que la vida se le hace insufrible: no se puede alimentar: respira difícilmente: se cree amagada de asfixia, y por último, no tiene ni el descanso de la noche, porque no puede dormir, ni aún acostarse bien á bien. Terminaba preguntándome si me decidiría á operarla. Después de tratar el asunto en varias cartas, convenimos viniese la señora para que la estudiásemos aquí, decidiendo entonces á su vista, si era prudente ó no, emprender la operación. En principios de febrero de 1903 la reconocí por primera vez y confieso con verdad que la impresión que me dió y así lo platicué con mis médicos amigos y ayudantes, fué la de tratarse de una gran ascitis: no era posible reconocer bien el hígado: sus órganos todos estaban rechazados y fuertemente comprimidos; sobre las paredes del abdomen se notaban algunas venas gruesas y flexuosas. Yo no podía prescindir de la impresión que me causara desde el primer momento; sin embargo, parecía temerario discutir y poner enteladejuicio un diagnóstico formulado por un médico de la competencia del Dr. Gutiérrez de León. Por otra parte, la enferma se agotaba y destruía brevemente: la asfixia parecía inminente, haciéndose necesario intervenir. Arreglado todo convenientemente, procedimos á operarla resecaando desde luego la cicatriz de la primera abertura, por ser enorme la pared desarrollada del vientre: dividiendo capa por capa, llegamos á lo que parecía pared del quiste: despegamos sin mucha dificultad una parte; para facilitar el despegamiento, extrajimos un poco de líquido con el trokart de Nelaton y prolongamos hacia arriba la incisión pasando á un lado del ombligo. Me proponía, dado el caso de no poder completar el despegamiento, resecaar una parte,

haciendo la marsupialización de la bolsa. El poco líquido extraído apareció cetrino, como el de las ascitis; pero ya no se pensó en esto y continuamos despegando: ya alcanzaba mi mano muy hacia atrás por la izquierda y absolutamente sentía el intestino grueso que debía evidentemente tocar: á la derecha tampoco: había hecho ya un despegamiento considerable: había tirado de la llamada bolsa que, algo floja por el despegamiento y por el líquido extraído, se prestaba á llevar una parte afuera; mas la razón anatómica de no hallar el intestino, me decidió á hacer una incisión sobre la reputada pared quística, precipitándose una gran ola de líquido. Salido éste, con profunda sorpresa ví todos los órganos del vientre encerrados allí, en esa cavidad que acababa de abrir, que era nada menos que la cavidad peritoneal. Así, pues, era el peritoneo el que habíamos despegado en considerable extensión: que habíamos tirado de él, como de una bolsa quística, y que ahora, á través de la gran abertura, nos dejaba ver su contenido, intestinos, útero, ovarios, todos los órganos, en fin, pero con el aspecto del jamón, con apariencia cancerosa. Bien pronto pudimos cerciorarnos de que aquello era tuberculoso y creímos prudente lavar abundantemente con la solución normal de suero y cerrar.

No quiero alargar más esta relación, ya bastante extensa, y sólo diré que los tres primeros días siguientes la enferma luchó entre la vida y la muerte, manteniéndola nosotros en fuerza de inyecciones repetidas de suero, estricnina, cafeína, etc., etc. Brevemente, al tercer día, empezó de nuevo á abultarse el vientre y decidimos quitar los puntos inferiores, canalizando ahí su cavidad, primero con un tubo perfectamente aséptico. A los dos días, substituímos el tubo, que molestaba á la enferma, por gasa esterilizada, y como tres días después el vientre se había deprimido al parecer, definitivamente, retiramos la gasa dejando venir la cicatriz. Desde entonces, la enferma siguió mejorando palpablemente hasta declararse sana en los primeros días de marzo, época en la cual volvió á su antigua residencia en San Luis de la Paz. A esa época, ya se alimentaba convenientemente, habiendo desaparecido todas sus antiguas molestias.

Hace dos meses ha vuelto á México y la he reconocido de nuevo en mi consultorio; su estado general, mucho mejor que un año antes,

cuando vino á la operación; pero, palpando cuidadosamente el vientre, existe, al parecer un ligero derrame, que no estorba, para hallar, sobre todo hacia abajo y como en la excavación, masas durísimas de formas irregulares, algunas movibles. En verdad, los sufrimientos no son exagerados, pues aunque dice que siente dolores en aquellas regiones, no son muy persistentes ni muy vivos; tiene desarreglos menstruales y sus digestiones no son enteramente correctas; pero si en condiciones más favorables que antes, toda vez que le han permitido mantener bastante variada su alimentación.

Como puede juzgarse por esto, la intervención le fué muy favorable y yo habría quedado del todo satisfecho, si esa intervención no hubiera sido fruto de un error.

No debo alargar ya más esta relación. Como puede notarse, no he venido á gloriarme con la historia de triunfos que en mayor ó menor escala, todos alcanzamos; por el contrario: he hecho una exposición sincera de errores cometidos, que pueden servir para evitar iguales percances, no diré á los entendidos profesores que me escuchan, sino á los neófitos que nos siguen y que por razón natural deben reemplazarnos.

Si algo debiera deducir de este escrito, resumiría todo ello en las dos conclusiones siguientes:

I. Bien analizados los fracasos no previstos, inesperados, como les titulo, se deben en su última expresión á un error de diagnóstico.

II. Los errores de diagnóstico, llenadas las condiciones de buenos conocimientos en patología y hábito de observación clínica, hallan su principal fuente en lo imperfecto ó incompleto del examen de los enfermos.

México, febrero de 1905.

PROF. DR. D. MEJÍA.

CLINICA EXTERNA.

El cáncer del píloro desde el punto de vista de la terapéutica quirúrgica.

Las indicaciones operatorias de la cirugía del estómago están dominadas por la impermeabilidad del píloro; la perturbación de la cir-

culación de las materias que por allí pasan, da en Terapéutica, lo mismo que en Patogenia, el papel preeminente. El cáncer localizado en este esfínter del estómago, obstruye el paso de las materias alimenticias, provoca dolores exagerados y espasmos en el esófago. El paso de los alimentos, traumatizando esta parte del órgano, exacerba el proceso, provoca hemorragias y la infección neoplásica y lleva pronto al enfermo á la inanición ó á la caquexia. Esta secuela de síntomas, establece con la categoría de ley, un precepto que cada día domina más el espíritu de los médicos y disminuye la cifra de la mortalidad en estos padecimientos. La cirugía del cáncer tiene por base la precocidad en la intervención, y el cirujano debe intervenir empleando los recursos de que dispone con objeto de que su intervención sea radical. Desgraciadamente, unas veces por el enfermo, otras por la naturaleza del mal y otras por el sitio en que éste se desarrolla, no es posible atacar la enfermedad en el momento en que se inicia y el cirujano se ve obligado á buscar un camino que mejore la situación del enfermo, aunque no tenga una cura radical.

En el cáncer del píloro llega á hacerse el diagnóstico, cuando los órganos inmediatos están envueltos con adherencias, cuando los ganglios mesentéricos han sufrido una infección y otras veces cuando el enfermo, gravemente atacado en su resistencia orgánica, se presenta con los caracteres de la caquexia. Esto hace que el cirujano, dotado de buena voluntad y con los conocimientos necesarios, no intente curación que tenga por mira la extirpación del mal. Sin embargo, es necesario oponerse al desarrollo de un padecimiento que amenaza la vida y hace insoportable la existencia. Por fortuna, la clínica ha comprobado con la severidad de las cifras, que en los casos de cáncer de un canal, basta con poner en reposo el órgano enfermo para detener el curso del padecimiento; en el esófago canceroso impedir la alimentación por la boca; en el caso de cáncer rectal, suprimir la defecación por las vías naturales. La gastrotomía en el primer caso, el ano ilíaco en el segundo, son recursos heroicos que obran suprimiendo el dolor, evitando infecciones y suspendiendo la marcha invasora del proceso canceroso. En el píloro obstruído por cáncer, la terapéutica, después de los desencantos obtenidos con las grandes extirpaciones de píloro y