

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 comò 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 sí 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 insostenible 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 obstruido por cáncer, la terapéutica, después de los desencantos obtenidos con las grandes extirpaciones de píloro y

estómago, ha encontrado como camino seguro y de resultados satisfactorios el establecimiento de una vía nueva, que produzca la derivación del curso de las materias, respetando la parte enferma, suprimiéndole al tejido neoplásico toda irritación y asegurando la permeabilidad gástrica como profilaxis segura de la inanición. Con los perfeccionamientos de la técnica y la precocidad de la intervención, nadie vacila; la superioridad de la gastro-enterostomía cada día se consolida. Wollferd en 1881 dió la técnica y aunque es asunto bien conocido nos vamos á permitir algunos detalles: el estómago debe abocarse en la primera asa del yeyuno y para conseguirlo después de abierta la cavidad abdominal, se reconoce el gran epiplón, se sigue su cara superior hasta sentir el colon transverso, el cual se reconoce por la disposición de las aboyaduras que presenta. Siguiendo la cara inferior del colon con el índice izquierdo colocado profundamente, se siente la columna vertebral y la aorta. Se hace un movimiento de izquierda á derecha y el dedo tropieza con una cuerda formada por el ligamento de Freix. Si con el pulgar y el índice se toman los tejidos colocados hacia la derecha, éstos corresponden al ángulo yeyuno-duodenal. Se llevan al exterior y se colocan en condiciones de practicar la sutura. Respecto al estómago, debe buscarse el punto más declive, para que los líquidos, sin trabajo para el órgano y por sólo la acción de la gravedad, puedan pasar al intestino. Para conseguir esto se utiliza de preferencia la cara posterior del estómago. Esta cara debe ser extraída haciendo una abertura en el mesocolon transverso. Aunque se hayan presentado varias objeciones á la operación hecha por este camino, convienen casi todos los operadores en que debe ser la vía de elección, por ser la que da más seguridad al éxito. Habiendo fijado las porciones de intestino que deben suturarse, se hace la coprostasis con dos tiras de gasa esterilizada á uno y otro lado del punto escogido para abrir el intestino. El estómago, en las veces que hemos operado, se ha fijado con dos pinzas curvas largas, cuyas ramas se revisten de un tubo de cauchuc. Se hace la sutura con hilos de seda colocando puntos serocerosos á la Lambert. Se abren el intestino y el estómago respectivamente según el método de Wollferd y se

coloca una línea de puntos hemostáticos en surtete á la Reverdin. Sólo es indispensable tomar la precaución de intervenir el asa intestinal para formar una C é impedir con esta estratagema el peligro tan temido de que los alimentos, después de salir del estómago por la vía artificial, regresen por el píloro y el enfermo perezca de inanición. Los operados experimentan una sensación de bienestar que se revela pocos momentos después de la operación, llamándoles la atención la facilidad que tienen para expeler gases. El resultado inmediato de la operación es satisfactorio y sólo queda por saber cuál es el resultado á "posteriori." Como hace poco tiempo que se practica esta operación, no se puede dar un fallo definitivo; sin embargo, en 1903, operamos al Sr. J. C. Serrano, de Guadalajara, practicándole la gastro-enterostomía por la vía transmerocólica. El enfermo abandonó el Sanatorio 20 días después de la operación y en la actualidad ha aumentado en fuerzas y peso. Se ha suprimido el malestar, la sensación de plenitud y una diarrea que lo aniquilaba, destruyéndolo diariamente. Aunque no puede sacarse una conclusión de casos aislados, sin embargo, no cabe duda que á la inocencia de la operación debe asociarse el hecho de que los enfermos mejoran hasta el extremo de considerarse curados, no obstante que el mal continúa en su organismo, aunque sin dar manifestaciones de su existencia.

A. URRUTIA.

CLINICA INTERNA.

"UN CASO DE TÉTANOS."

Por primera vez, desde que tengo la honra de pertenecer á esta docta Corporación, no elijo como tema de mi trabajo reglamentario un asunto de higiene, sino que ahora voy á ocupar breves instantes, la atención de mis ilustrados compañeros con el relato de un caso clínico, que juzgo por demás interesante.

Se trata de un caso típico de *tétanos* terminado por la curación.

Bibiana García, natural de Guanajuato, de 16 años de edad, constitución vigorosa, no tiene las huellas del alcoholismo, refiere con acento de