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 estratagemas 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

verdad su morigeración. Su apiñonado cutis presenta con claridad la tersa superficie, que no muestra en ninguna parte cicatriz alguna. Está bien vacunada, no recuerda haber tenido enfermedades anteriores, así como en sus antepasados no ha habido enfermedades nerviosas que le hubieran llamado la atención. Es casada, ha tenido un parto totalmente normal y es de oficio tortillera.

En la mañana del 4 de septiembre de 1904, en una fangosa calle de la célebre colonia de "La Bolsa," estaba atascado un carro que cargaba adobes y al pasar ella se desprendió con rapidez dicho carro, la atropelló hiriéndole el pie derecho, cuyo miembro desangrándose permaneció en el lodo por mucho tiempo, hasta que en camilla fué llevada al local de la primera Demarcación, donde después de ser curada con parca sencillez, fué conducida, en la tarde, al hospital "Juárez," alojándola en la sala número 9, donde según dicho de la enferma no se le curó durante dos días y que al hacerlo y seguir practicándolo durante otros ocho días no experimentaba molestia ninguna; pero que á los trece de haber ingresado, sufrió dolores en la herida, sintió muy tías las quijadas, ya no podía mascar, en seguida ya no pudo torcer el pescuezo y la calentura era tan grande, que casi le hacía perder el conocimiento. El 18 del propio mes y en vista de su estado, fué trasladada á la cama número 6 de la sala 15 (infecciosos varios). Allí fué detenidamente observada y el cuadro que presentaba fué el siguiente: herida hecha al parecer por machacamiento, situada en la cara interna y posterior del talón del pie derecho, irregular, anfractuosa, como de ocho centímetros de extensión, limitada á las partes blandas, atónica y sin tendencias á la cicatrización. La enferma estaba en el decúbito dorsal apareciendo enteramente rígida, en tensión convulsiva que en su conjunto le daba el aspecto de una estatua, cuya inmovilidad no podía vencer ni la voluntad de la paciente ni fuerza exterior, trismus completo, rigidez total del cuello, lánguida mirada de intensos sufrimientos; cubriendo con un lienzo la mitad superior de la cara, aparecía la inferior con el aspecto de intensa risa (risa sardónica), rigidez del tórax con movimientos respiratorios frecuentes y muy limitados en extensión, cuerpo en opistótonos, piernas también rígidas y pie derecho vuelto hacia adentro, difícilísima

palabra y temperatura 39 grados. La enfermera mayor quedó encargada de observarla minuciosamente, y al día siguiente, que presentaba el cuadro clínico del día anterior, supimos, además, que había tenido varias veces convulsiones, que se había presentado la cianosis á tal grado, que se temió la asfixia. Completo estreñimiento, orina muy escasa, sudores profusos, dificultad muy grande para que tomase pequeñas porciones de leche y temperatura 40 grados. Después ascendió ésta á 40 grados 5 y con pequeñas oscilaciones se sostuvo á ese grado en todo el primer septenario, descendiendo lenta y gradualmente la temperatura en el segundo, á cuyo fin terminó la enfermedad favorablemente para la paciente. Poco á poco fueron alejándose los accesos de convulsiones; y la marcha descendente de la rigidez muscular fué en este orden: primero, los músculos torácicos y en seguida y sucesivamente el trismus, los antebrazos, los brazos, región dorsal del tórax y al último y después del segundo septenario la rigidez de las piernas, siendo de advertir que la pierna derecha fué la última en recobrar sus movimientos. Desde el día en que se recibió la enferma no pudo caber duda acerca del diagnóstico, porque la enfermedad es tan característica, que no es dable vacilar, puesto que la que algo se le parece es la tetania, con la cual nunca puede confundirse teniendo en cuenta la migración y la duración, puesto que en ésta lo primero que se observa es un adormecimiento del brazo (nunca el trismus), luego calambres, que aparecen y desaparecen, y á lo último contracciones de los músculos posteriores, pero nunca tan intensos, y la temperatura siempre es menor. Hecho el diagnóstico, el pronóstico, desde ese instante, era fatal para la enferma y más aún si recordábamos que todos los casos de tétanos observados en el hospital habían terminado por la muerte.

Pero era preciso combatir eficazmente la enfermedad, con la mayor solicitud y empleando los medios más racionales, ya que por desgracia no podíamos emplear el suero, salvador en este caso. Dos hechos suministrados por la patología general formularon con toda claridad la indicación precisa en este caso clínico. Los hechos son: la manera con que el microbio de Nicolaier infecta al organismo y los efectos músculo-nerviosos que ponen en peligro la vida del enfermo. Según esto, el método prescrito, y que con ni-

mia escrupulosidad se llevó á la práctica, fué el siguiente: Abundantes y prolongados lavados con soluciones fuertemente antisépticas, á la herida, cloroformización llevada hasta la relajación, primero 3 veces al día, después 2 y al fin solo 1 (se aprovecha el efecto del anestésico para alimentar á la enferma); poción compuesta de los tres bromuros, en dosis fuertes, y morfina; tintura de yodo al espinazo y lavativas purgantes. Tal fué el tratamiento con toda exactitud empleado.

Dos meses y medio después de su ingreso al hospital salió Bibiana completamente buena, llevando sólo la cicatriz de su herida y pequeña dificultad al andar, cosa que en breve tiempo desaparecerá.

El hecho que he relatado tiene, á mi juicio, grandísima importancia y por eso lo he referido; pero siendo *uno solo* y en extremo complejo el fenómeno, no es susceptible de que se funde en él conclusión alguna.

México, febrero 22 de 1905.

LUIS E. RUIZ.

OFTALMOLOGIA.

LA ESTOVAINA EN NUESTRA PRACTICA OFTALMOLOGICA

POR EL

DR. JUAN SANTOS FERNANDEZ

(HABANA).

Después de tantos anestésicos locales como han sucedido á la cocaina, sin llegar á sustituirla, parecía que debía caberle igual suerte á la estovaina extraída por Mr. Fourexu del grupo de los aminoalcools, el clorhidrato de amyleina *œ* B.; pero creemos que no sucederá así, por más que la sustitución, debemos adelantar, no será completa, pues á nuestro entender se limitará superándola á las inyecciones subconjuntivales y subcutáneas. Billón, el primero, en la sesión de 21 de marzo de 1904 de la Academia de Medicina, declaró que él había ensayado el nuevo anestésico en el campo de la cirugía ocular, del mismo modo que Reclus et Chaput lo habían hecho en la cirugía general, y afirmó que el nuevo agente no ofrecía ningún peligro y ni siquiera el menor inconveniente y que lo había aplicado al tratamiento de un cierto número de enfermedades.

De Lapersonne ¹ reconoce que la estovaina está llamada á prestar servicios efectivos en la cirugía ocular. Su débil efecto tóxico permite emplearla á mayor dosis que la cocaina; pero desde luego hace resaltar la diferencia, á que aludimos ya, respecto de su acción superficial en instilaciones en los ojos y sus resultados en inyecciones subconjuntivales ó subcutáneas. Reconoce que las instilaciones de estovaina permiten practicar casi todas las operaciones en la cornea y la conjuntiva, sin excluir las de cataratas, pues salvo una ligera descamación epitelial sin consecuencias y además inconstante, no ofrece inconvenientes á la marcha de la cicatrización; no obstante, es inferior á la cocaina porque su aplicación es siempre dolorosa y á dosis iguales la anestesia de la cornea es menos completa y de más corta duración.

En inyecciones subcutáneas y subconjuntivales le parece superior la estovaina á la cocaina. Ha comprobado que la estovaina provoca una insensibilidad completa en menos de un minuto y dura cómodamente el tiempo necesario para una operación. Sus propiedades vaso-dilatadoras favorecen sin duda, añade, la difusión rápida, lo que no es un inconveniente en razón de su débil acción tóxica.

Lo expresado por el distinguido profesor de enfermedades de los ojos de la Facultad de Medicina de París, nos autorizó á ensayarla en nuestra práctica oftalmológica.

Desde luego que satisfechos del resultado favorable y suficiente de la cocaina en instilaciones, no nos hemos preocupado de sustituirla por la estovaina; pero no nos ocurrió lo mismo respecto de las inyecciones subconjuntivales y subcutáneas.

Partidarios de la anestesia en cirugía ocular desde los comienzos de nuestra práctica como lo demuestran los trabajos que hemos publicado ² en épocas diferentes, pronto nos dispusi-

¹ Presse Médicale. Número 30.—1904.

² De la anestesia en la cirugía ocular. "Crónica Médico-Quirúrgica" de la Habana. Tomo VI. Págs. 493 y 545. Año 1879.

Sincope clorofórmico en las operaciones de los ojos. "Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales" de la Habana. Tomo XX. Pág. 112.

Del reflejo palpebral en la anestesia por el cloroformo. "Crónica Médico-Quirúrgica" de la Habana. Tomo IX. Pág. 470. 1883.

Paralelo entre el éter y el cloroformo desde el punto