

CLÍNICA INTERNA.

Diagnóstico precoz é indicaciones operatorias en la peritonitis.

SEÑORES ACADEMICOS:

En ocasión de dar cumplimiento á una de las obligaciones que me impone el reglamento de esta respetable corporación, vengo esta noche á presentar algunas consideraciones sobre una cuestión de altísima importancia práctica, que tanto compete al médico como al cirujano.

Voy á tratar brevemente del diagnóstico precoz é indicaciones operatorias en ciertas peritonitis agudas.

Ya veis que sólo su enunciado despierta vivo interés, pues no hay médico que no se pueda encontrar de improviso frente á los arduos problemas de la patología abdominal. Ahora bien, del temprano diagnóstico de la naturaleza de las lesiones puede depender la suerte de los enfermos.

Conviene, es necesario, es preciso, pues, tener ideas fijas sobre estas cuestiones y estar muy alerta en la observación de las afecciones del vientre; porque hay veces que se presentan de un modo insidioso, larvado y mientras se aguarda que el cuadro sintomático que se tiene á la vista tome los caracteres clásicos, tales como están descritos en los tratados, las lesiones siguen progresando, y suele acontecer que al volver los ojos se encuentren á los enfermos moribundos, sin que quepa ya entonces recurso posible.

El fin que me he propuesto al abordar estos asuntos es estimular los recuerdos de mis ilustrados consocios, para que, si mi trabajo alcanza los honores de la discusión, con la exposición de los datos que hayan podido acumular en su práctica, en cuanto sea posible, se uniforme el criterio que en lo futuro deba servir de norma en los casos difíciles á que voy á referirme.

Sin duda á la Cirugía Moderna corresponde el honor de haber descubierto las lesiones anatómicas y la sintomatología clínica del período inicial de la peritonitis aguda, habiéndose decidido á oponer su enérgica acción á tan temible enfermedad.

Mas también en ese descubrimiento han tomado participación los progresos realizados en el campo de la fisiología patológica, llevados á cabo por medio de la experimentación, á la par que el mejor conocimiento anatómico y fisiológico del peritoneo han dado cuenta de sus aptitudes y peculiaridades morbosas.

Fisiológicamente considerado, el peritoneo es un enorme saco linfático de una superficie casi igual á la del cuerpo, y es perfectamente conocido desde el punto de vista anatómico. Por eso no me detendré siquiera fuera en mencionar sus numerosos plegamientos: epiplones, ligamentos y mesenterios. Mas sí recordaré, porque me parece importante para mi asunto, que su hoja parietal está inervada respectivamente en sus diferentes alturas, por los nervios intercostales, lumbares y sacros, los cuales le prestan una gran sensibilidad excitable por los agentes mecánicos y químicos; mientras que la hoja que reviste los órganos abdominales está inervada casi exclusivamente por ramos del simpático y del neumogástrico, siendo dicha hoja notablemente insensible al tocamiento y al dolor.

De paso, haré notar que esta obtusa sensibilidad del peritoneo visceral no debe olvidarla el médico encargado de administrar el cloroformo en las operaciones abdominales; pues una vez seccionado el peritoneo parietal, sobre todo cuando se va á operar sobre órganos, cuya cubierta peritoneal no ofrezca lesiones inflamatorias, no es necesario ya sostener la cloroformización en la narcosis profunda, bastando simplemente mantener dormido al paciente.

Tan verdadero es esto, que se han podido practicar laparotomías altas supra-umbilicales con sola la anestesia raquidiana, la cual evidentemente no ha podido influenciar los ramos del neumogástrico.

Esa diferente inervación de las hojas parietal y visceral del peritoneo que distingue netamente una de otra, me parece dar una explicación satisfactoria del fenómeno sobre el cual el Sr. Dr. Hurtado llamó la atención de la Academia en una de las sesiones pasadas, fenómeno que se suele observar en las raquicocainizaciones, y que entonces consideró como una disociación de las sensaciones peritoneales.

Ved aquí los hechos. Aplicada la inyección cocaínica intrarraquídea, y pasado un tiempo variable entre 10 y 15 minutos, se puede incindir la pared del vientre sin producir dolor ni molestia algunos.

Me refiero á los casos, muy numerosos por cierto, en los que se ha obtenido resultado positivo completo; pues es bien sabido que aún con una técnica irreprochable la inyección raquídeana da un tanto por ciento de resultados incompletos y aun del todo negativos.

En llegando á los órganos abdominales se pueden manejar y cortar sin producir dolor; pero si se ejerce algún estiramiento, particularmente si el peritoneo visceral ofrece lesiones inflamatorias, sienten los enfermos algo desagradable que no es precisamente sensación de dolor; pues si se les pregunta, contestan que no les duele; mas tampoco es sensación de contacto: los enfermos son incapaces de localizar el lugar de la excitación.

En mi opinión, tal cosa no depende, sino de que se ha excitado la obtusa sensibilidad del simpático que no ha sido anulada por la anestesia espinal. No hay disociación de las sensaciones dolor y contacto: los enfermos no sienten nada local, sino una disforia especial á la vez que la cara se contrae en un gesto bien distinto de la cara hipocrática.

Establecidos estos principios de fisiología, vamos á ver qué elementos podemos utilizar para el diagnóstico precoz de la peritonitis aguda.

Es ahora generalmente admitido que la peritonitis es producida por la acción de ciertos elementos infecciosos, los cuales pueden llegar á la serosa por diferentes caminos. Ya se instalan en el peritoneo por la vía sanguínea, como debe suceder en las peritonitis que se presentan en el curso de ciertas fiebres eruptivas, de la erisipela, orejones, neumonía, influenza, reumatismo; bien penetran al través de una herida accidental ú operatoria; ya proceden de la abundante flora gastro-intestinal, sea directamente como en las rupturas viscerales, bien por emigración á través de las paredes intestinales; puede suceder que la infección provenga de la ruptura de un foco séptico en la cavidad peritoneal, ó bien que gane esta cavidad caminando por los canales genitales, previamente infectados.

La naturaleza del agente patógeno, estreptococo, bacillus coli, gonococo, etc., por una parte y por otra el modo más ó menos brusco con que invaden la serosa, determinan especies variadas de peritonitis. Entre ellas, hay dos grupos en los cuales es de vital importancia

establecer un diagnóstico precoz á fin de emprender oportunamente una intervención de urgencia: son las peritonitis de origen apendicular y las debidas á la perforación de una víscera ó de un foco séptico. A ellas me voy á referir especialmente, añadiendo sólo algunas palabras sobre las peritonitis puerperal y gonocócica.

El primer fenómeno en la peritonitis apendicular es el dolor, pero éste no se siente siempre en el punto llamado de Mac-Burney, aunque el proceso vermiforme ocupe su sitio normal; sino que suele localizarse en el epigastrio, en la región umbilical ó en la fosa ilíaca izquierda.

¿De qué depende esa ectopía del dolor?

Opinan algunos que el dolor no tiene su sitio en el apéndice, pues este órgano, como todos los que están inervados por el simpático y el neumogástrico, después de la separación del recurrente, es insensible á las excitaciones mecánicas y químicas. El dolor indica la participación del peritoneo parietal en el proceso inflamatorio.

Pero entonces ¿cómo explicar que mientras el apéndice, órgano primitivamente enfermo, está en fosa ilíaca derecha, el máximum del dolor puede encontrarse en el epigastrio, en el ombligo ó aun del otro lado?

La contestación satisfactoria es difícil, á no ser que se admita la opinión de Lennander, quien explica que tales dolores son debidos á la irritación de nervios subperitoneales excitados por la linfangitis y linfadenitis procedentes directamente del apéndice.

Mas sea que el dolor radique en el apéndice mismo ó en la pared abdominal, el hecho es que de por sí no tiene valor para indicar el principio de la peritonitis, pero sí, asociado al síndrome, fiebre, vómitos y contractura muscular.

Muy al contrario de lo que dicen la mayor parte de los autores, haciendo abstracción de ciertas peritonitis pos-operatorias que suelen ser completamente apiréticas; la reacción térmica es una de las manifestaciones más constantes de la peritonitis. Lo que sucede á menudo es que sólo existe en el período inicial y es á veces muy poco marcada; después desaparece y al fin se substituye por la hipotermia final.

¿Por qué durante tanto tiempo se ha desconocido este hecho? Es,

á mi ver, porque para establecer el diagnóstico, peritonitis, se esperaba el cuadro clásico del colapsus peritonítico, hablándose mientras de dolor abdominal, de cólico, de reacción peritoneal.

Por lo que he podido ver y por lo que se admite entre los observadores modernos, es que en lo general la peritonitis aguda desarrolla un estado febril. Sólo que esta fiebre es de intensidad sumamente variable así como de una marcha muy irregular, de modo que no puede servir de manera precisa para indicar la intensidad del proceso flegmático, bien que en lo general esté en relación con la virulencia del agente patógeno.

Sin embargo, su valor diagnóstico, unido á los vómitos y al dolor, es enorme: su existencia basta para excluir otros padecimientos abdominales, tales como la obstrucción intestinal, la ruptura del embarazo tubario, etc.

Sin duda mucho más importante para indicar la gravedad de la infección peritoneal, es el carácter del pulso.

A propósito de este signo, sin embargo, no puedo menos de hacer notar que es un gran error y error trascendental creer que el pulso tenga en los primeros días de la peritonitis aguda los caracteres de pequeñez, concentración y frecuencia que señalan los autores, á no ser en las peritonitis producidas por la brusca y abundante irrupción de materias sépticas en la cavidad peritoneal.

En las condiciones ordinarias de la infección peritoneal por apendicitis y aún en ciertos casos de rupturas viscerales, en el segundo y á veces hasta en el tercero día, el pulso se encuentra fuerte, lleno y con una frecuencia á lo más de 100 á 112 veces por minuto. Semejante pulso se ha encontrado en casos en los cuales al abrir el vientre se ha hallado enorme cantidad de pus en la cavidad peritoneal libre. Muchos casos de esta naturaleza, con admiración mía, pude observar durante mi estancia en el Hospital Hedwig, de Berlín.

El vómito es también un síntoma constante, pero por sí solo no tiene valor, sino es como parte del conjunto del cuadro; sólo indica la protesta del peritoneo contra la irrupción de materias sépticas ó asépticas en su cavidad; lo mismo se encuentra en la peritonitis, que en la ruptura de un quiste ovárico ó de un embarazo tubario.

En la peritonitis, cuando el vómito se hace más y más frecuente,

tal fenómeno indica, es bien sabido, que el proceso se generaliza.

Mientras que el dolor, la fiebre y los vómitos son síntomas que se encuentran casi constantemente en todas las peritonitis agudas, la contractura muscular caracteriza dos formas de peritonitis, la apendicular y la producida por ruptura visceral ó de foco séptico.

Los médicos norte-americanos son los que primero han llamado la atención sobre la contractura del recto anterior del abdomen como signo diagnóstico de la apendicitis. Mas lo que es cierto es que la contractura es uno de los síntomas más constantes de la peritonitis apendicular, que no es sinónimo de apendicitis, y puede decirse que en las supuraciones intraperitoneales nunca falta en los primeros días. Después se hace menos y menos marcada á medida que es vencida por el meteorismo.

La contractura muscular no sólo es un signo de gran importancia para el diagnóstico de la peritonitis, sino que también da buenas indicaciones para apreciar la extensión del proceso supurativo; si se observa que en los primeros días la contractura se extiende no sólo al lado del apéndice, sino también al lado opuesto, es muy verosímil que la supuración ha alcanzado ya este lado.

Por lo contrario, cuando la contractura se limita á la región correspondiente al ileociego, puede afirmarse que la supuración está circunscrita, si es que una exploración concienzuda ha asegurado que el resto del vientre está blando y depresible.

¿Qué indica en sí la contractura de los rectos?

Desde luego me permito observar que es un error creer que la contractura se limite á estos músculos; realmente se presenta en todas las masas musculares que constituyen la pared antero lateral del vientre. Esa contractura está determinada por un acto reflejo que parte del peritoneo parietal, y como corresponde, al principio al menos, al lugar de la excitación, es de gran importancia para localizar la lesión inicial, dignóstico de sumo interés cuando se trata de una ruptura visceral.

En todo caso indica la protesta del peritoneo parietal contra la irrupción de substancias irritantes en la serosa abdominal. Por eso no se encuentra en todos los casos de apendicitis; tiene que faltar y falta de hecho cuando el proceso periapendicular se desarrolla fuera

del peritoneo y falta también en las apendicitis de abundante derrame peritoneal no séptico.

Parece, según se ha podido observar, que cuanto más irritante es el elemento infeccioso que ha invadido el peritoneo, la contractura es más violenta hasta que es vencida por el meteorismo, del cual en estas formas de peritonitis no puede hablarse como fenómeno inicial.

El signo, pues, de mayor valor para el diagnóstico de la peritonitis séptica, sea de origen apendicular ó producida por ruptura visceral, es la contractura, la defensa muscular, según la genial frase de los franceses.

En vista de las condiciones que presiden á la génesis de la contractura muscular abdominal, no se encuentra sino muy natural que tal fenómeno sea una de las primeras manifestaciones de las perforaciones del canal gastro intestinal, cuyo contenido es eminentemente séptico. Pero no se comprende á primera vista por qué el mismo fenómeno es ocurrencia frecuente en las rupturas de vísceras, como el hígado y el bazo. Si se debiera buscar una explicación, sería necesario admitir que la dehiscencia de esos órganos ha puesto en libertad principios tóxicos que han venido á producir la irritación del peritoneo parietal, lo cual en tratándose del hígado, aun en los casos en los que los canales biliares están exentos de toda infección, no tendría nada de extraordinario, si es cierto que el hígado tiene entre otras importantes funciones, la de detener á manera de filtro, los venenos vehiculados por la sangre de la vena porta. Ahora, como las rupturas del bazo se han presentado de ordinario en los casos de megaloesplenía de origen palúdico, es claro que cabe allí una explicación semejante, y entonces las aparentes excepciones no serían sino una brillante confirmación de la ley general.

El derrame del contenido gastro-intestinal en el peritoneo no siempre desarrolla el cuadro dramático de la peritonitis generalizada. Cuando una gran cantidad de materia séptica penetra bruscamente en la serosa, sí, es evidente, se delinea con espantosa rapidez el síndrome del colapsus peritonítico. Mas ¿cómo diagnosticar las pequeñas rupturas que de ordinario no ofrecen caracteres tan tempestuosos, y que sin embargo abandonados á sí mismos casi siempre terminan fatalmente con la muerte?

Estas formas constituyen muchas de las peritonitis larvadas, aquellas que suelen desconocerse y que se toman por el llamado estado peritoneal ó peritonismo, en su acepción más generalizada.

El dolor es constante, pero suele no ser tan vivo; la defensa muscular es un signo objetivo de inmenso valor, y además el gesto abdominal que se presenta desde los primeros momentos.

Voy á insistir sobre este último signo.

Se ha creído generalmente que los dolores abdominales cuando son suficientemente intensos producen esa cara de angustia que conocemos con el nombre de cara *gripada*. Me parece digno de llamar la atención sobre que la cara del período inicial de ciertas peritonitis es enteramente distinta de la cara hipocrática del período cólico. En la primera hay una contracción espasmódica de ciertos músculos, particularmente de los elevadores del ala de la nariz y del labio superior, es una expresión activa; mientras que en la segunda, los músculos que dan juego á la fisonomía están paralizados, se trata de una expresión pasiva; aparte de que en la última hay lividez cianótica que no existe en la primera, que apenas si muestra palidez.

Pero ¿es debido esta facies á la intensidad del dolor?

Me resisto á creerlo; pues he visto enfermos atacados de dolores abdominales sumamente intensos, sin presentar el gesto á que me refiero. Sí, los rasgos fisionómicos se contraen á cada acceso de dolor; pero, á mi ver, de un modo diferente que en el facies *gripado*: se frunce el entrecejo, los ojos se cierran con fuerza y los labios se aprietan. Mientras que en el facies del período inicial de esta forma de peritonitis, el gesto se limita á un ligero arrugamiento de la nariz y al bosquejo de una mueca que levanta el labio superior. Además, la contracción muscular es permanente, mientras que en los dolores abdominales ordinarios cesa á medida que el dolor disminuye.

Voy á referir, por otra parte, algunos casos en los que he podido sorprender el gesto peritoneal aislado, ó cuando menos, acompañado de dolor nada intenso, procurando, para no ser prolijo, omitir aquellos detalles que no son atingentes á la cuestión.

Durante mi práctica en la ciudad de Querétaro, recuerdo haber asistido á un individuo que sufría colitis disenteriforme. Un día encontré al paciente con la cara contraída, haciendo el gesto de la risa

sardónica, no manifestaba sufrir fuerte dolor: pocas horas después se dibujaba el cuadro del colapsus peritonítico.

Ved otro caso: En cierta ocasión fui llamado en consulta para ver á una persona, que sin antecedentes patológicos abdominales fué atacada de una crisis dolorosa en el vientre, que el médico de cabecera diagnosticó como un cólico intestinal; dos días después apenas si quedaba una ligera sensibilidad á la presión, y entonces se juzgó oportuno administrar un purgante. Algunas horas después y ya cuando se habían sucedido algunas evacuaciones, la enferma se sintió presa de un gran malestar, la familia se alarmó y solicitó una junta. Entonces fué cuando ví á la paciente, y lo primero que llamó mi atención fué el gesto de su cara, que no era otro que el facies peritoneal. Interrogada la enferma manifestó de modo preciso que no sentía gran dolor en el abdomen: en la mañana siguiente teníamos á la vista el cuadro completo de la peritonitis generalizada.

El facies gripado es parecido, y estoy tentado de decir, idéntico al que he observado en las operaciones abdominales practicadas con la anestesia raquidiana, cuando se producen durante las maniobras el restiramiento del peritoneo visceral, sobre todo si existen lesiones inflamatorias, y esa semejanza me induce á pensar que debe de estar bajo la dependencia de las excitaciones del peritoneo visceral. Así, mientras el dolor depende de la irritación del peritoneo parietal, delicadamente sensible al dolor, el facies peritoneal sería un reflejo partido de la hoja visceral. Así se explicaría cómo en las rupturas de las vísceras priva en cierto modo el gesto sobre el dolor.

Las analogías existentes entre la sintomatología de la peritonitis apendicular y la producida por ruptura visceral, permiten formar un grupo en contraposición con el que constituyen las formas puerperal y gonocócica.

En las dos últimas el proceso se inicia por fiebre de temperatura elevada; el pulso es desde el principio de una frecuencia marcada, el meteorismo es precoz y—rasgo importante—no se observa defensa muscular.

En rigor, la peritonitis gonocócica, por anexitis del lado derecho, podría confundirse á primera vista con las formas apendiculares de abundante derrame seroso, en las que tampoco hay contractura mus-

cular; mas no faltarían datos para definir el diagnóstico: manifestaciones limitadas á la excavación, dolor despertado por el simple tocamiento de la pared vaginal ó el más ligero movimiento de la matriz; fenómenos en relación con el período menstrual, etc.

Resumiendo estas ideas, diré que la peritonitis aguda en general desarrolla un estado febril más ó menos acentuado, el cual, con el dolor y los vómitos de caracteres especiales constituyen los elementos más importantes para el diagnóstico.

La peritonitis apendicular séptica se caracteriza por la contractura muscular, tanto más extensa cuanto lo es más el proceso.

La peritonitis procedente de ruptura visceral se caracteriza, además, por el rictus facial precoz.

La peritonitis de origen gonorróico ó puerperal no presenta defensa muscular.

Paso ahora á la segunda parte de mi asunto, procurando ser breve y conciso.

Entiendo que no estaría fuera de razón dividir las peritonitis agudas en tres grupos desde el punto de vista del tratamiento:

En el primero quedarían comprendidas las formas en las cuales para nada tiene que ver un tratamiento quirúrgico: son aquellas que hoy por hoy se consideran aun como reumatismales.

En el segundo deberían colocarse aquellas formas en las que la experiencia ha indicado como buena la conducta de respetar el proceso los primeros días, durante los cuales está plenamente justificado un tratamiento médico; sin perder de vista que pueden necesitar una intervención operatoria ulterior. Aquí tienen lugar las peritonitis gonocócica, puerperal, las que suelen complicar las fiebres eruptivas, la erisipela, la gripa y las de origen neumónico.

Finalmente, en el tercer grupo entran las peritonitis que requieren de ordinario una intervención de urgencia: son, por excelencia, las debidas á perforación visceral, y luego la peritonitis séptica apendicular.

Solamente me ocuparé del último grupo en relación con la primera parte de mi trabajo.

¿Que ha habido ocasiones en las que se ha podido observar que las rupturas del estómago é intestino, sin intervención quirúrgica y

si sólo por el tratamiento médico han terminado con la curación? Es cosa indudable; pero es cierto también que la gran mayoría de los casos, el 95 por 100, terminan con la muerte. Por eso es que atenerse al tratamiento médico en los casos de que vengo tratando es hacer en cierto modo simplemente eutanasia.

El tratamiento quirúrgico, pues, se impone, ya que no debemos confiar en la aleatoria esperanza de una curación por sí, y ese tratamiento debe hacerse inmediatamente que se haya establecido el diagnóstico.

Aún los cirujanos más conservadores están acordes en intervenir también cuando se trata de la peritonitis séptica apendicular, y esta intervención tiene el carácter de urgencia, porque cuanto más se aleja del principio de la infección peritoneal, el pronóstico se vuelve más y más grave.

Como hasta en los últimos tiempos no se disponían de medios para determinar el principio de la peritonitis, se ha sostenido por unanimidad en los congresos de cirugía que había que operar indistintamente todo caso de apendicitis aguda; mas ahora, teniendo en la comprobación de la contractura muscular un signo diagnóstico de suprema importancia, se puede discernir, aprovechando este criterio, los casos que habrá de someterse á la operación.

Pero ¿es que todos los casos de peritonitis séptica apendicular, diagnosticada por la existencia de la defensa muscular, sin la intervención operatoria, terminan con la muerte?

No, de ninguna manera; muchos de ellos con un tratamiento médico apropiado llegan á la curación. Mas dado un caso de peritonitis apendicular carecemos de medios clínicos para determinar cuándo el proceso acabará en la resolución; cuándo en la formación de un absceso enquistado; si es que tomará el giro de la peritonitis de focos múltiples ó si en un momento dado no se tendrá que afrontar la peritonitis generalizada.

Por eso la conducta más racional, si se quiere salvar el mayor número de enfermos, es la operación temprana. El pronóstico de ésta depende de que haya ó no exudado y de su naturaleza. En los casos en que no hay exudado la mortalidad es nula; cuando se trata de un exudado seroso, Rotstr ha obtenido 3.7 por 100 de mortalidad;

en caso de exudado purulento, la mortalidad es de 24 á 26 por 100.

Ahora bien, operando en el primer día, sobre 25, sólo en cuatro casos se encontró pus en el vientre; en el segundo, de 65, 31 se encontraron purulentos; finalmente, en la operación del tercer día la proporción de exudado purulento fué aun mayor. Estas cifras indican claramente la necesidad de operar lo más pronto posible, dentro de las primeras 24 ó 48 horas.

Pero pasado este tiempo, á no ser que la mano sea forzada por la aparición de la peritonitis difusa, caso en el cual la única esperanza de salvar al paciente, reside en la apertura del vientre, la experiencia ha enseñado que es mejor aguardar, para intervenir después, si necesario fuere.

¿Cuánto tiempo se debe esperar? Aquí es donde las opiniones comienzan á variar.

Por mi parte permanezco fiel á la práctica seguida en el Hospital Hedwig, de Berlín, y es que si la temperatura no desciende del quinto al sexto día, si ya abolida se eleva de nuevo ó si por algún modo se descubre una colección purulenta, se debe intervenir con objeto simplemente de canalizar él ó los focos supurativos, evitando toda maniobra en busca del apéndice por temor de romper las barreras naturales opuestas á la infección.

Resumiendo lo relativo á las indicaciones operatorias, diré que:

1º Hay un grupo de peritonitis de orden puramente médico: peritonitis reumatismales.

2º Existe otro grupo de inflamaciones peritoneales, sobre las cuales, por serias que puedan ser los fenómenos reaccionales, fiebre, pulso, dolor, no se interviene quirúrgicamente en los primeros días; pero pueden necesitar una operación ulterior: peritonitis de origen gonocócico, puerperal, neumónico, gripal.

3º En las fiebres eruptivas y la erisipela por rareza pueden presentarse peritonitis de origen metastático que pudieran justificar una intervención como se justifica canalizar toda colección purulenta.

4º La peritonitis séptica apendicular y la producida por ruptura visceral, constituyen un grupo que de ordinario ofrecen indicaciones para operaciones de urgencia.

5º La peritonitis séptica apendicular se debe operar dentro de las primeras 48 horas; cuanto más cerca del principio, mejor.

6º Pasado ese tiempo puede haber indicaciones de operar después del quinto ó sexto día para desbridar abscesos.

7º La peritonitis séptica difusa justifica una operación inmediatamente que se presenta.

8º Las rupturas viscerales no tienen más que tratamiento quirúrgico.

México, febrero 6 de 1907.

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ.

CLINICA INTERNA.

Herida por arma de fuego en la cabeza, con penetración del proyectil y permanencia de él dentro del cráneo.

Elegí este caso como asunto de mi trabajo reglamentario por considerarlo de gran importancia clínica, no por su rareza, pues los casos raros no son los más importantes, sino precisamente porque pudiendo repetirse, importa saber que la conducta que se seguirá ha sido comprobada y sancionada por la práctica.

El 27 de diciembre próximo pasado, cerca de la una de la tarde fuí llamado al teléfono por el Sr. D. Felipe Ortega, quien me dijo que por la misma vía acababa de recibir noticia de su casa comunicándole que uno de sus hijos de 3 años de edad había recibido un balazo; que no sabía en qué parte del cuerpo, ni en qué estado se encontraba el niño, que sólo suponía que el proyectil era pequeño.

Como consecuencia de este recado tomé los instrumentos necesarios para practicar la primera curación ó intervención preliminar que fuera necesario, en vista de la ignorancia del sitio y gravedad de la lesión. Acompañado de un practicante me trasladé á la colonia del Imparcial donde tiene su domicilio el Sr. Ortega.