

Fueron nombrados los Dres. Ramos y Uribe para examinar al enfermo.

Dr. Uribe.—Encuentra en el enfermo del Dr. Chávez granulaciones en el fondo de saco inferior y región tarsiana correspondiente; no las hay en cambio en la tarsiana superior, pero sí en el fondo de saco. En la córnea hay ligera infiltración del limbo; pero sin los caracteres del pannus. Existe sin duda una infección sobreañadida; pues hay mucha secreción, cosa impropia del tracoma. Por todos estos caracteres considera esta conjuntivitis como sospechosa; pero no se atrevería á considerarla como verdadero tracoma, en el que las granulaciones comienzan y son siempre más abundantes en el párpado superior. En el trabajo que en la próxima sesión presentará, se extenderá sobre los caracteres del tracoma y su anatomía patológica; pero desea hacer constar desde luego que ningún oculista ha negado la existencia del tracoma en México; que lo único que sostienen es que es raro y no contagioso á la altura en que vivimos.

Dr. Chávez.—Espera oír el trabajo del Dr. Uribe para seguir ocupándose del asunto; pero hace constar que si en efecto la cuestión que los oftalmólogos mexicanos discuten es la de la contagiosidad á nuestra altitud, también es cierto que ha habido alguno que en un artículo de los Anales de Oftalmología, que presenta á la Mesa, ha negado claramente la existencia del tracoma en México.

Dr. Uribe.—Dice que el oftalmólogo citado por el Dr. Chávez ha negado siempre la contagiosidad del tracoma en México, pero no su existencia, y que quizá sólo un lapsus calami le hizo decir en su artículo algo que no era su opinión.

R. E. CICERO,
Secretario 1°

CLINICA EXTERNA.

Un caso de herida penetrante de vientre con herida del estómago y de la gastro-epiploica derecha.

El día 20 de Noviembre del año próximo pasado se me comunicó en el Hospital «Juárez,» que me correspondía hacer mi guardia durante el día y la noche para el trabajo del establecimiento, conforme

marcan las bases reglamentarias. A las 11 de la noche de ese mismo día recibí aviso por escrito, de que un individuo acababa de llegar con el diagnóstico formulado en la comisaría, de herida penetrante de vientre con hernia de epiplón ya resecada; pero que á juicio de los Sres. Gaxiola y Enríquez, practicantes de guardia ese día en el Hospital, necesitaba intervención urgente por presentar el cuadro de una hemorragia interna. Inmediatamente me trasladé al establecimiento y pude recoger los elementos siguientes del estudio rápido del enfermo, quien como escuchará mi auditorio no estaba en condiciones para prolongar una exploración ó hacer un interrogatorio. El herido, de nombre Antonio Sánchez, se encontraba en una de las camas de la Sala núm. 5, en decúbito dorsal, su respiración era ruidosa y llamaba la atención la palidez del semblante y una enorme tumefacción que invadía las regiones maseterina y supraioidea lateral derecha. Imposible era formular un interrogatorio, pues el estado de embriaguez en que se encontraba el herido, lo aislaba del mundo exterior. Al aproximarme al paciente pude observar que presentaba vómitos, en que se notaban partículas de alimento flotando en un líquido de color café; pude cerciorarme que en alguno de los vómitos el color se modificaba y pasaba á ser casi rojo: la idea me vino inmediatamente que en aquel producto había sangre. Me dirigí á explorar su abdomen en la parte que estaba libre, contorno del lugar donde se encontraba el apósito, y pude reconocer por la percusión que existía una submatitez de las dos fosas ilíacas. Con este dato me dirigí al pulso y lo encontré frecuente 120 pulsaciones, y pequeño. Me pareció conveniente trasladar á mi herido á la Sala de operaciones para descubrir su herida, fijar el sitio donde se encontraba, hacer la exploración completa del abdomen, y en una palabra, procurar estudiar al enfermo lo mejor que se pudiera para normar la línea de conducta. Pasado el enfermo pude apreciar que los vómitos aumentaban y que su estado general se iba empeorando. Al quitar el apósito abdominal ví una herida hecha al parecer por instrumento punzo-cortante como de 0.02 de extensión situada aproximadamente á 0.03 abajo del rebordé costal izquierdo y en la prolongación de la línea mamaria del mismo lado. Cierta defensa de los músculos abdominales enseñaba la palpación y la percusión no dió dato positivo más que el ya indica-

do. A la tumefacción enorme de la cara y cuello que ya he indicado se asociaban dos heridas, una exterior y otra en la mucosa bucal que parecía en aquellos momentos no dar nada de sangre. Ya en mejores condiciones pude formular el diagnóstico siguiente: «Herida penetrante del lóculo gástrico con herida del estómago y hemorragia interna,» é inmediatamente me dispuse á la intervención. A las 12 de la noche abría yo el vientre. Debo advertir que un punto que entró á discusión en mi mente fué la elección del anestésico que debía administrar á mi operado. El estado del enfermo era muy poco halagador para administrar el cloroformo; se aumentaría el choque, pero dada la dificultad mecánica que ya existía por la tumefacción indicada, era lógico admitir que administrando éter se añadirían los obstáculos determinados por la hipersecreción de moco que produce dicho anestésico, y pensando en ello me resolví á cloroformizarlo. Al Sr. Carlos Berrones, pasante de medicina y encargado de la Sala de operaciones del Hospital, le confié la anestesia; ésta, lo diré de una vez, fué en extremo difícil y comprometida para el cloroformizador; hubo necesidad de tener en propulsión constante el maxilar inferior y cuando por momentos se abatía el enfermo presentaba síntomas asfíxicos. Tomé como punto de partida á mis incisiones la misma herida por estar demasiado lejos de la línea media para intentar una laparotomía media y conforme á mi diagnóstico quizá estar directamente encima de la zona peligrosa.

Hice dos incisiones: una longitudinal paralela al borde externo del gran recto y otra casi paralela al reborde costal; formaban entre las dos un ángulo obtuso cuya abertura miraba hacia la línea media. Por este medio tuve campo suficiente para mi futuro trabajo. Al levantar el colgajo así limitado, noté que el epiplón había sido suturado á la pared abdominal, destruí la sutura y comencé mi exploración con la vista y el tacto sobre el lugar que se presentaba primero. El gran epiplón comenzaba á dar sangre en el lugar donde lo había desprendido de la pared abdominal, y apliqué dos nudos á la Lawson Taitit resecaando el muñón que todavía existía. Convencido de que el delantal epiploico no presentaba ya nada que pudiera preocupar, lo separé envolviéndole en compresas calientes. Al hacer esta separación una multitud de coágulos reconocí sembrados entre las asas in-

testinales que allí se presentaban; quitados éstos siempre con grandes precauciones, me convencí que todo el campo que se me presentaba era exangüe y que había que ir á buscar con detenimiento la fuente de la hemorragia que en aquellos momentos no encontraba. Inspeccioné la pared quirúrgica del estómago y no encontré ni la más mínima huella que hubiera dejado el instrumento vulnerante. Me preparaba para continuar mis investigaciones, cuando noté que al nivel de la parte media del colon transverso había sangre; pude convencerme que allí existía una ligera infiltración sanguínea subserosa, pero que el intestino en este punto no estaba perforado ni completa ni incompletamente, había sido sólo contundido; é inmediatamente arriba en el epiplón gastrocólico encontré una perforación por donde salía la sangre: busqué el vaso que la daba, pero no se presentaba; y en esta meditación me dí cuenta que la sangre estaba colectada en la cavidad posterior de los epiplones. Había que buscar allí el vaso y para ello se necesitaba luz, mucha luz. Abrí el epiplón gastro-cólico, con dos incisiones: una paralela á la gran curvatura, la otra perpendicular á ésta teniendo que ligar los vasos dependientes de las gastro-epiploicas á medida que avanzaba la diéresis. La cavidad posterior se presentó conteniendo coágulos, sangre líquida y partículas de alimento.

Hice la eliminación de este contenido con la ayuda de compresas, y tal vez en esta maniobra desprendí el coágulo que obliteraba á un grueso vaso arterial que caminaba paralelamente á la gastro-epiploica acompañado de una vena muy voluminosa que había sido respetada felizmente por el instrumento vulnerante. Logré sin dificultad tomar los dos cabos arteriales, y ligados, exploré la cara posterior del estómago, encontrándome una perforación como á 0.03 de la gran curvatura que presentaba el diámetro de una de nuestras monedas de á cinco centavos; la túnica muscular formaba hernia y hasta cierto límite había impedido que el contenido del estómago se hubiera en totalidad derramado en la cavidad peritoneal; mi pequeño dedo cabía en dicha perforación, y me confirmó la penetración á la cavidad gástrica. Atendí desde luego á restaurar aquella herida poniendo primeramente una sutura en bolsa que puso perfectamente los bordes de la serosa en íntimo contacto y reforzando esta primer su-

tura como *puntas complementarias de seguridad*, cuatro á cinco puntas á la Lembert, fueron colocadas.

Casi al terminar mi sutura me anunció el cloroformizador que el pulso del enfermo se descomponía de una manera alarmante y en el momento ordené se le inyectara 0.25 de cafeína y 100 gr. de suero, suplicando cambiara anestésico y diera éter: así proseguí: levantándose el pulso del enfermo y respirando mejor que momentos antes. Cuando terminé mi sutura me impuse un rápido interrogatorio mental: ¿Debería lavar aquella cavidad posterior de los epiplones? ¿Debería canalizarla? Tal vez hubiera hecho lo primero si no hubiera tenido la convicción que el lavado es en muchos de estos casos vector de gérmenes, que tal vez localizados en determinado punto el líquido, se encarga de trasportar á los lugares más recónditos de la cavidad peritoneal. ¿Pensaba yo acaso que con la limpia de las compresas aquel lugar se encontraba indemne? No, indudablemente, pero razonaba yo por analogía y así como el pronóstico es más benigno en las peritonitis consecutivas á úlceras perforadas de la pared peritoneal del estómago, así también confiaba yo en que la peritonitis que sobreviniera en aquel lugar podría enquistarse y tal vez el enfermo escapar, no así si lavando, difundía la siembra á todo el peritoneo. El hecho de circunscribir la peritonitis, como también de pensar que en el porvenir alguna asa intestinal penetrara en la brecha que había yo formado para penetrar á la cavidad peritoneal de los epiplones me decidió, á no canalizar esta cavidad y reconstruir por medio de suturas el epiplón gastro-cólico. El resto de mi trabajo se redujo ya á eliminar algunos cuádrulos que aun permanecían en las fosas ilíacas: á sacar la mayor parte de las asas intestinales y lavarlas fuera del vientre con agua únicamente esterilizada. El delantal epiplóico también sufrió un minucioso lavado fuera de la cavidad abdominal, y aislándolo de ella con compresas, supuesto que este órgano fué no sólo tocado por mí, sino por las personas que me precedieran en intervención. Antes de cerrar el vientre introduje lo más lejos posible, hasta la cavidad pélvica, una ancha compresa cuya extremidad exterior la coloqué en el ángulo inferior de la insición abdominal: mi objeto era establecer una canalización de la gran cavidad, que aunque imperfecta, era necesaria. Hice sutura plano por plano de la pared antero-lateral del abdomen,

excepto al nivel donde salía la gasa. Volví á ver al enfermo al día siguiente á las 11 de la mañana: se encontraba en pleno conocimiento, decúbito lateral derecho, temperatura de 36.5, pulso de 120: ligeramente dolorosa la fosa ilíaca izquierda, lengua húmeda, orina había ya tenido y gases por el intestino: los días siguientes las temperaturas no pasaron de 37.1 á 37.3, pero el día 25 á las 9 de la noche que fuí á tomársela, la temperatura había subido á 37.9, estándole el pulso en 112. Procedí desde luego á descubrir al enfermo: quité la canalización peritoneal y encontré esta gaza impregnada de líquido sero sanguinolento. Tres puntos de sutura que correspondían á la herida accidental estaban infectados, los corté é hice ligero lavado en este mismo lugar con agua oxigenada. Ya no canalicé el peritoneo y apliqué un tapón á la brecha peritoneal. Desde el día siguiente las temperaturas volvieron á lo normal; el enfermo se descubría cada tercer día para curar el lugar supurado: igualmente se le aplicaban inyecciones de suero y pequeñas lavativas de este mismo líquido. El 1º de diciembre fué el primer día en que volvió á tomar alimento: me conformé con darle 4 cucharadas de leche esterilizada. *Es decir, durante 10 días aquel enfermo había estado sin comer y sin beber.* En los días subsiguientes poco á poco fuí aumentando la ingestión de la leche hasta llegar á darle una alimentación mixta: su salud se fué mejorando más y más hasta llegar á recobrarla por completo en los primeros días del mes de enero del presente año. *Veamos ahora las consecuencias lejanas de esta intervención.* A mediados del mismo mes de enero, cuando me resolví á darle su alta, pude notar que había aparecido una tumefacción con las dimensiones que puede tener una nuez, en el ángulo inferior de la herida operatoria. Esto me hizo suspender su salida y sujetarlo á rigurosa observación: y en verdad, aquella saliente, aquel tumor, día á día aumentaba cada vez más. El diagnóstico era fácil de hacer, una eventración presentaba mi operado. El sitio por donde había empezado era precisamente el lugar de canalización. La enseñanza era muy elocuente. La canalización había quitado medios de cultivo á los gérmenes, pero como en general todo recurso poderoso es una arma de dos filos, la misma canalización había sido causa de la eventración. Mi operado necesitaba una nueva intervención, quise esperar algún tiempo para que sus fuerzas se repararan aún y el 18

de febrero fué operado, encontrándome una verdadera hernia intersticial; las asas intestinales y el epiplón se habían alojado en el tejido celular subcutáneo penetrando por el lugar de canalización y al nivel en que los puntos de sutura habían supurado. (Cerré herméticamente el vientre: toda la herida cicatrizó por primera intención). Hoy tengo el gusto de presentar á mi operado á la honorable corporación.

México, marzo 12 de 1907.

G. MALDA.

OFTALMOLOGÍA

Diagnóstico del tracoma.

El diagnóstico del tracoma es fácil en la generalidad de los casos, pero muy difícil en algunos, por la variedad de aspectos que presenta en sus tres períodos de granulación simple ó pura, succulenta y cicatricial; y la semejanza de esos aspectos con los que se ven en otras afecciones no tracomatosas.

Para proceder con método, me ocuparé separadamente del diagnóstico en cada uno de esos períodos.

Las formas incipientes del tracoma y las benignas que curan sin dejar cicatrices visibles, han pasado inadvertidas, porque ocasionan molestias tan ligeras que los enfermos no consultan sino rara vez á los oculistas. Los tratados de Oftalmología no las describen, apenas las señalan algunos como el de Fuchs en su segunda edición, única conocida hasta hoy en México. En el XII Congreso Internacional de Medicina, fueron el tema de importantes comunicaciones de las que voy á dar á conocer los principales conceptos.

El Profesor H. Knapp dijo lo siguiente: «Encontramos en New York, con alguna frecuencia, casos de oftalmía granulosa caracterizada por una disposición más ó menos abundante de gránulos tracomatosos bien desarrollados, pero sin inflamación. Los gránulos están depositados en el pliegue retrotarsal, la conjuntiva del tarso, el plie-