

CLINICA QUIRURGICA.

Un caso clínico de antaño.

ULTIMO TRABAJO QUE HIZO EL DR. PORFIRIO PARRA PARA LA ACADEMIA
Y SE LEYÓ EL 19 DE JUNIO DE 1912.

Verdaderamente maravillosos son los adelantos que en los últimos cincuenta años han realizado las ciencias prácticas que dirigen y norman la acción del hombre, y consolidan y ensanchan el poder que éste ejerce sobre la Naturaleza. ¡Pasma, en verdad, contemplar los sorprendentes progresos llevados a cabo en el dominio de los agentes físicos! El teléfono, la telegrafía

inalámbrica, el uso de la electricidad como motor, como manantial de calor y luz, el descubrimiento de potentes explosivos, como la dinamita y la melinita, han transformado los horizontes de la industria y del comercio ensanchándolos considerablemente, y proporcionan a la práctica de la ingeniería medios de acción ni soñados antes.

Aunque de eficacia y poderío menores, no son de ningún modo de menos importancia los medios de acción y los nuevos horizontes que, en el mismo período de tiempo, se han ofrecido a la mano experta de las ciencias médicas, y se han mostrado ante su mirada sagaz; la antisepsia y la asepsia han multiplicado la audacia del cirujano y permitido al operador realizar intervenciones que antaño hubiéranse tenido por temerarias. La bacteriología, hija poderosa del fecundo cerebro de Pasteur, ha trocado la Patología, de ciencia empírica que era, en ciencia experimental que es hoy; la seroterapia y la opoterapia han brindado a la terapéutica nuevos y potentes recursos, la misma bacteriología y los medios de suero-diagnóstico han multiplicado el poder explorador de la clínica, y perfeccionado su sagacidad. Puede decirse que la medicina contemporánea en sus diversos ramos es muy distinta, en su sustancia y aspecto, de lo que fué cincuenta años ha.

Los que desde hace más de medio siglo recorremos el desigual sendero de la vida, y comenzamos ya a descender su pendiente, hemos podido contemplar *de visu* tan maravillosa transformación, pues en la época ya remota de nuestra iniciación en las ciencias médicas dominaban todavía en la enseñanza las doctrinas y prácticas antiguas, y hemos podido ser testigos presenciales de su lenta y gradual sustitución por las doctrinas y prácticas modernas.

Me propongo en estas líneas, evocando la mágica y renovadora influencia del recuerdo, y relatando un hecho clínico de que fuí testigo hace treinta y seis años, cuando era yo practicante del "Hospital Juárez", presentar un vivo contraste entre lo que era la medicina de entonces y lo que es la medicina de hoy.

En el Hospital a que me refiero, destinado en esa época, como lo está todavía, a curar principalmente las lesiones traumáticas, las curaciones practicadas diariamente eran la antítesis

de la asepsia y antisepsia; sus principales elementos eran las infectables hilas, el sucio cerato y las vendas de lienzo que, en ocasiones, ni siquiera se lavaban; algunos médicos de hospital orientados hacia las ideas nuevas comenzaban ya a practicar las curaciones al alcohol, los empaques algodónados y la canalización por medio de los tubos elásticos; las salas eran oscuras y de ventilación escasa, los enfermos se acumulaban en ellas hasta hacinarse, y eran frecuentemente diezmados por las terribles plagas de entonces, la erisipela traumática, la podredumbre de hospital y la infección purulenta, que imprimían el colorido sombrío de las pinturas de Rembrandt al cuadro nosocomial de entonces.

Hasta la entrada del Hospital era muy diferente, en vez de la amplia puerta que hoy permite penetrar al interior del establecimiento, se entraba entonces por una especie de poterna seguida de un pasillo sombrío, lo que hizo que el gran poeta Juan de Dios Peza, describiendo el Hospital de San Pablo, comparase su entrada a la del siniestro castillo de If.

Mas si era lamentable por su atraso el estado de la ciencia en sus doctrinas y en sus prácticas, no sucedía lo mismo con los hombres que la cultivaban. Por lo general eran observadores sagaces, estudiosos, llenos de anhelo por la investigación de la verdad, y ansiosos de mejorar su arte. Acaso lo circunscrito y bien definido de los medios de investigación usados en esa época hacía que los profesores de entonces consagrasen a ellos toda su atención y los dominasen con relativa facilidad. La inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, eran practicadas por ellos con verdadera maestría, y de ese modo formulaban diagnósticos notables, pronósticos discretos, y asentaban las bases de una terapéutica acertada.

Era, pues, selecto el grupo de profesores de ese tiempo, y entre ellos se encontraban personalidades verdaderamente colosales en el ejercicio de la profesión. Sin contar a Miguel Jiménez, el maestro de maestros, al venerable ¡Rafael Lucio, a los distinguidos Aniceto y Francisco Ortega, brillaban en el cielo de la medicina nacional, esparciendo espléndidos fulgores, el habilísimo cirujano Francisco Montes de Oca, el audaz Rafael Lavista, amante del progreso científico, y el malogrado clínico

Francisco Brasetti, que prometía igualar a su insigne maestro Miguel Jiménez.

Paso ya a referir el hecho clínico, tema de esta mi lectura, y que va a servirme para presentar, en breves síntesis, la pobreza de la ciencia de entonces, y el mérito eminente de algunos de los que con feliz éxito la cultivaban.

Ocurrió ese hecho clínico el año 1876, era yo entonces, como ya lo dije, practicante del "Hospital Juárez", y prestaba mis servicios en la sala llamada entonces de San Miguel, destinada a mujeres; contenía unas cincuenta camas, y su médico era el aventajado profesor Gustavo Ruiz Sandoval, arrebatado prematuramente a la ciencia cuando apenas contaba cuarenta años.

Las enfermas que se asistían en dicho servicio eran, en su mayor parte, víctimas de heridas hechas en riña. Es bien conocido el carácter belicoso de las mujeres de nuestro pueblo bajo, y se las ve convertirse en fieras cuando las excita la cólera. Eran muy frecuentes las heridas por mordedura, algunas de suma gravedad, y que ocupaban, generalmente, las manos y las glándulas mamarias, recuerdo, entre otros casos, el de una mujer que fué mordida con tanta fuerza por su rival en el pulgar de la mano derecha, que a consecuencia del traumatismo se le necrosó la primera falange del dedo herido.

A este grupo de mujeres mordidas perteneció la que me sirve de tema para el caso clínico que voy á narrar. Acaso no pueda precisar algunos detalles, pues me atengo sólo a mis recuerdos, que después de treinta y seis años suelen borrarse un poco; sin embargo, como el hecho fué muy interesante, y concentré en él toda mi atención, creo que en la mayor parte de sus rasgos la descripción será fiel.

La mujer de que se trata tenía cuarenta años de edad, era de constitución débil, y a consecuencia de las miserias y del trabajo excesivo, triste patrimonio de la ínfima clase social a que pertenecía, sus fuerzas se encontraban bastante agotadas; era de temperamento linfático, estaba predispuesta a la tuberculosis, aunque a su entrada al Hospital la peste blanca no había hecho en su organismo ninguna manifestación apreciable.

Motivó su ingreso al establecimiento una doble herida por mordedura inferida en riña en el seno izquierdo, situada en el contorno de la aureola del pezón. La doble herida parecía ha-

ber sido causada por los colmillos de la agresora, había interesado la piel en todo su espesor y sus bordes estaban equimóticos, dominando en ella los caracteres de las heridas contusas.

Las pésimas condiciones del medio nosocomial, lo imperfecto de las curaciones, y la debilidad y agotamiento de la enferma, hicieron que la lesión presentara en su curso diversas complicaciones. Muy pronto se presentaron en el sitio ocupado por cada una de las heridas dos flegmones circunscritos, que terminaron por supuración, transformándose las heridas en fistulas subcutáneas.

En este estado transcurrieron dos meses, las fistulas eran curadas según el método usado en ese tiempo; se lavaba con alcohol la abertura fistulosa, se inyectaba dentro de la fistula una solución de yoduro iodurado de potasio, y se aplicaba, como apósito una capa de hilas untadas con cerato, llamada planchuela. La situación no mejoró, las fistulas tendían a persistir indefinidamente, y el cirujano de la sala, ansiando poner pronto remedio a aquella situación enfadosa, resolvió sajar las fistulas en toda su longitud, y hacer lo que se llama una curación *a plat* para evitar el estancamiento del pus y la corrosión de los tejidos.

Si en esa época se hubieran conocido los modernísimos medios de curación que garantizan la asepsia de las heridas, el resultado hubiera sido satisfactorio; pero fué, por el contrario, desastroso atendiendo a las sucias y pésimas curaciones de entonces. El efecto inmediato de la incisión de la pared cutánea de la fistula fué que, en virtud de la elasticidad de los tejidos, los bordes de la incisión se separaron considerablemente, dejando dos vastas superficies sangrientas de más de cuatro centímetros de anchura; después de lavadas con alcohol tales superficies, se cubrieron con sendas planchuelas de hilas impregnadas en el mismo líquido; pero al día siguiente se notó con desagrado, al levantar el apósito, que las superficies descubiertas estaban secas y tendidas, los bordes cutáneos hinchados, dolorosos y enrojecidos en una zona de más de dos centímetros de ancho, los ganglios de la axila estaban infartados; la enferma había tenido en la noche precedente un calosfrío violento, y la temperatura media en la axila marcaba treinta y nueve grados centígrados.

La erisipela traumática había aparecido. Invadió en pocos días el tronco y los miembros torácicos de la enferma; después de ceder por breve tiempo, se reprodujo hasta tres veces durante un lapso de tiempo de mes y medio, al término del cual cedió definitivamente, pero dejando a la enferma en un estado de gran demacración y decaimiento de fuerzas; durante el tiempo referido la temperatura se había mantenido constantemente entre treinta y ocho y treinta y nueve grados.

Parecía que el pavoroso cuadro clínico se había disipado y que la enferma entraba en una convalecencia que, aunque lenta y azarosa, terminaría por el completo restablecimiento de su salud. Pero la ilusión duró muy poco, ocho días después de la mejora del cuadro clínico la enferma presentó los signos inequívocos de un flegmón submamario que terminó rápidamente por supuración. Nuevos e insoportables dolores de la enferma, nueva aparición del movimiento febril con cifras máximas superiores a treinta y nueve grados.

Apenas se pudo comprobar la existencia de la colección purulenta submamaria se procedió a evacuarla abriéndola en el punto más bajo del contorno de la glándula, se canalizó la cavidad purulenta y se cubrió la región con un empaque algodónado. El estado general mejoró un poco en virtud de esta prudente intervención; pero la demacración y el agotamiento de la enferma continuaron acentuándose cada vez más, se presentaron sudores nocturnos, diarreas profusas, en la tarde el termómetro se elevaba hasta treinta y ocho grados; el absceso submamario había degenerado en fístula que no daba trazas de terminar.

En aquella época se tenía fe ciega en lo que se llamaba ley de Louys, según la cual siempre que hay tubérculos en alguna parte, éstos existen en el pulmón; mas examinados esmeradamente los de la enferma, no se notó en sus vértices nada que indicase un principio de tuberculización pulmonar, por lo cual el médico de la sala se tranquilizó por completo en cuanto a la existencia de lesiones tuberculosas, y refirió el cuadro clínico a lo que se llamaba infección pútrida, debida, según las doctrinas de entonces, a la absorción de los productos sépticos del pus estancado en el fondo del absceso submamario transformado en fístula.

En esta situación penosa permaneció la enferma durante más de un mes, agotándose y enflaqueciéndose cada vez más; entonces el cuadro clínico se modificó de la manera más inesperada. La enferma comenzó a sufrir de palpitaciones cardiacas, de accesos de sofocación, de síncope; en una palabra, presentó síntomas que hacían pensar en una lesión cardíaca.

Explorada la región precordial, la área maciza se encontró ensanchada; al nivel de la extremidad interna de los espacios intercostales, tercero, cuarto y quinto, se sentía, por la palpación, una tumefacción vaga y oscuramente pulsátil, como si transmitiese los movimientos de la víscera cardíaca; a la auscultación no se presentaba nada bien definido ni en armonía con el resto del cuadro, los ruidos del corazón se oían apenas, como si se produjeran a mucha distancia, parecía escucharse un soplo cuyo sitio y tiempo no se podía precisar con exactitud, con tanta mayor razón, cuanto que eran frecuentes y notables las alteraciones del ritmo cardíaco; el choque de la punta apenas se sentía, sin que ésta se encontrara desviada de una manera apreciable.

En vista de un cuadro tan oscuro, él médico de la sala determinó consultar el parecer de todos sus compañeros de hospital que fueron convocados a una junta; todos, menos uno que no exploraba aún, admitieron una lesión cardíaca, sin estar conformes en la denominación de ella, pues unos diagnosticaban endocarditis subaguda, otros endopericarditis, otros una lesión valvular latente hasta entonces, y que en virtud de sus largos padecimientos y del agotamiento de la enferma, que habían producido la pérdida de la compensación, había determinado un estado de asistolia incipiente.

Por fin, el cirujano del Hospital que no había examinado aún a la enferma, la exploró a su vez. Era uno de los profesores más notables de esa época, había sido médico militar y su fama de hábil cirujano era muy sólida; era el más anciano de todos, desempeñaba en nuestra Escuela Médica la cátedra de Medicina Legal; su estatura era alta, su tez avellanada. Era "seco de carnes, enjuto de rostro", como dijo el gran Cervantes describiendo á su héroe inmortal, y se llamaba Don Luis Hidalgo Carpio.

Interrogó a la enferma con gran maestría, la exploró con ha-

bilidad consumada, y después que juzgó terminado el examen pronunció estas sencillas palabras: "No hay la menor lesión cardiaca, existe un absceso del mediastino anterior, que, comprimiendo al órgano central de la circulación, produce síntomas que simulan una lesión de este órgano. Y lo van ustedes a ver".

Y esto diciendo, con la mayor serenidad y sangre fría, y dando muestras de la más profunda convicción, sacó de la faltriquera su estuche, y de éste un trócar explorador, y en la extremidad interna del quinto espacio intercostal izquierdo hizo, con mano segura, una punción. Sacado el punzón del instrumento se vieron salir por la cánula muchas gotas de pus. Los circunstantes, llenos de asombro ante la seguridad de un diagnóstico tan evidentemente comprobado, prorrumpieron en un aplauso estrepitoso.

Por desgracia aquella maravillosa habilidad clínica no sirvió de nada a la enferma, que a los pocos días sucumbió en el mayor agotamiento. La autopsia comprobó plenamente el diagnóstico del Sr. Carpio; no había lesión cardiaca, en cambio existía un vasto absceso del mediastino anterior que ocupaba una extensión mayor que aquella en que el corazón tiene relaciones inmediatas con la pared torácica; existía una caries del esternón, el foco cariótico comunicaba, por la cara anterior del hueso, con el fondo del absceso submamario, y por la posterior con el absceso mediastínico, la caries ocupaba la mitad izquierda del cuerpo del esternón, llegando, por abajo, hasta dos centímetros de la base del apéndice xifoide.

El insigne cirujano Pierre Delbet, en un trabajo luminoso llamado "El Espíritu de la Enseñanza Médica", dice lo siguiente: "El oído desempeña cierto papel en cirugía, pero de mucha menor importancia que en medicina. El sentido eminentemente quirúrgico es el tacto, el cirujano debe ejercitarlo casi tanto como los ciegos. No puede imaginarse todo lo que con el tacto puede sentirse a través de la piel y de los músculos, sucede muy a menudo que las divergencias de diagnóstico provienen de diferencias en la sensibilidad táctil. Un tacto exquisito y muy

ejercitado es para el cirujano un elemento extraordinario de superioridad”.

El caso que he tenido la honra de referir comprueba las sabias palabras del Delbet. El Sr. Carpio, con su tacto esquisitamente sensible, palpando la extremidad interna del cuarto, quinto y sexto espacios intercostales izquierdos, percibió con claridad, en donde los demás sólo distinguían una tumefacción vaga, la fluctuación característica de las colecciones de pus, y esta percepción neta proyectó torrentes de luz en su espíritu y le permitió referir a la existencia del absceso los síntomas y signos mal definidos que los demás referían a una lesión cardíaca. Lo más admirable en el caso fué la firme convicción del profesor, que le indujo a practicar una punción exploradora en región tan peligrosa, llevándole a comprobar experimentalmente lo que le presentaba en imágenes su espíritu lúcido de clínico consumado.

No puedo cerrar estas líneas sin ofrecer mi sincero homenaje de admiración a los ilustres profesores de antaño que, con tan escasos recursos, obtenían tan pasmosos resultados, y que daban a cada paso muestras de su extrema habilidad en el ejercicio y práctica de la profesión médica.

PORFIRIO PARRA.