

Lo mismo que lo están los que fueron vacunados con linfa de la Bonora. Los padres de ésta también están sanos.

Todos estos hechos, científicamente demostrados y que constan perfectamente comprobados en datos irrecusables en el Consejo Superior de Salubridad, nos hacen llegar lógicamente a esta terminante conclusión: "La sífilis no vino a la Bonora por la vacuna," puesto que no la tenía el vacunífero, ni en los antecedentes, ni en los que fueron vacunados con ella (la Bonora), ni en los que recibieron la linfa que ella proporcionó. Es decir, que no hay enlace causal entre la sífilis de la Bonora y la linfa con que fué vacunada. Luego este no es un caso de sífilis vacunal.

Pero existiendo la infección en la Bonora, ¿cómo pudo llegar a ella? Lo ignoro; pues siendo varias las puertas de entrada de la sífilis y diversos los modos de infectar, es indudable que alguna vía siguió y por algún mecanismo llegó hasta ella, pero ésta no penetró unida a la linfa vacunal, como tal vacuna, que es el punto que yo sostengo, apoyado en hechos irrecusables.

No perdamos de vista, que sólo con hechos ciertos, correctamente interpretados, podremos conservar con firmeza el sitio de la verdad y el bien.

Pero a pesar de todo, ¿el caso de la Bonora ha sido benéfico para la Sociedad y para la Academia? Indudablemente sí, pues la impresión social que él causó ha sido favorable al éxito de la segunda proposición del Dr. Manuell, la que encierra la más correcta aspiración científica.

Ahora sí tendremos Instituto de vacuna animal, y su pronta instalación será debida, en primer lugar, a esta iniciativa.

Luego cualquiera que sea el valor del caso de la Bonora, a los ojos de la ciencia, es indudable que él sirvió para la rápida conquista de un inmenso bien social de carácter práctico.

Esto basta para la satisfacción grande de la Corporación; y todos los socios debemos estar satisfechos al asentar verdades y conquistar bienes.

México, julio 23 de 1913.

Luis E. Ruiz.

Algunas impresiones sobre técnica operatoria ginecológica.

No pretendo traer una novedad, ni mucho menos. Son impresiones personales las que en estas cuantas líneas voy a referir. Traigo mi bagaje resumido aquí, del conjunto de histerectomías abdominales, unas sencillas, otras más o menos difíciles que me han servido de ejemplo para formarme un criterio del medio más adecuado que en un momento dado puede el Cirujano adoptar.

Hace algún tiempo, cuando ayudaba en intervenciones ginecológicas al Dr. Ramón Macías, me había llamado la atención en los diferentes casos de tumores ginecológicos operados en aquellas fechas, un hecho al que le encontré una fácil explicación: "la mayor fijeza producida por las adherencias que presen-

tan los productos patológicos desarrollados en útero, ovaria y trompas, está en la parte superior más bien que en sus límites inferiores.

Había yo visto operar anexitis fibromas, algunos inmensos, otros más o menos desarrollados pero múltiples, con relativa facilidad; pero cuando dichos tumores presentaban adherencias, vi en algunos casos prolongarse exageradamente la intervención; los operadores terminaban desfallecidos y la enferma con un choque intensísimo.

Podría yo citar un ejemplo que en la juventud de mi carrera se fijó de tal modo en mi espíritu, que quizá por eso lo tengo tan presente. Estudiaba yo 2.º año de Medicina, y tenía una gran ilusión por la Cirugía; procuraba ver operar a cuantas personas en aquella época trabajaban, y entre esos operadores figuraba el Dr. Ricardo Fuentes, hombre inteligente y que tenía, en verdad, bastante prestigio en aquellos tiempos como operador de vientre. La operación que iba a practicar en aquel día era una laparotomía por fibromiomas de la matriz. Con todos los preliminares que este cirujano usaba, que en su mayor parte habían sido tomados de fuentes alemanas—nación donde él hizo su curso especial de Ginecología—, con todos los preliminares llenados, vuelvo a repetir, abrió el vientre; pronto apareció el tumor, muy grande y sumamente fijo; una multitud de adherencias lo rodeaba, y pude yo mismo darme cuenta que el gran epiplón estaba en su parte inferior íntimamente soldado. Nunca pude en aquel maremágnum saber por dónde estaba la matriz. Quizá los pocos conocimientos anatómicos que puede tener un estudiante de 2.º año influiría en ello, o la dificultad del caso, no lo sé. Sí recuerdo que se inició de la superficie a la profundidad el corte de las adherencias, y aquella maniobra fué volviéndose larguísima; llegó el momento en que fué imposible desprenderlas más, y a pesar de lo ya trabajado, era totalmente imposible mover aquel tumor. Las palabras del cirujano fueron que era imposible seguir adelante, que la enferma estaba deprimiéndose y que el tumor era inextirpable; el vientre se suturó, y así quedaron las cosas. Este hecho, en mi ánimo, causó una gran impresión. ¡Haber sujetado a una mujer pálida, agotada por la pérdida de sangre uterina a una intervención tan grande; grande en el momento mismo operatorio, más grande quizá después porque esta mujer luchó con un cuadro que fué el de la peritonitis, para no tener ningún resultado favorable, ningún alivio o consuelo! Verdaderamente debe haber causado al operador una tortura mayor a la mía.

Mucho más tarde, ayudando a intervenciones de esta naturaleza a los Dres. Macías y Zárraga, pude darme cuenta de cosas verdaderamente difíciles, en que temía por momentos verlos desenlazar de una manera parecida, pero nunca fué así. Pude convencerme en ellos, que había un atributo especial, el del verdadero Cirujano, que debía distinguirlo del simple operador: *el no ser sistemático*, el tomar las cosas como se iban presentando y no como se les había supuesto; cambiar en un momento dado de programa operatorio, suprimir un tiempo, anteponerlo, posponerlo, según las circunstancias.

Cuando ya trabajé en Cirugía, teniendo una responsabilidad directa, pude darme cuenta de una multitud de detalles sobre los que las obras clásicas no dicen nada, suponiendo indudablemente que la inventiva personal tiene que suplirlas. En lo referente a la histerectomía abdominal y a la extirpación de anexos pude confirmar lo que multitud de veces, ayudando a las intervenciones, se había ya fijado en mi mente: “los anexos se extirpan con más facilidad

atacándolos de abajo a arriba;” puede hacerse de este hecho una proposición universal afirmativa. Argumentos anatómicos pueden presentarse que le dan sólido apoyo. Recuérdese, en efecto, la calidad de los órganos que en la parte superior toman contacto con la matriz y los anexos. Asas de intestino delgado, intestino grueso, porciones de mesentero, gran epiplón, en todos ellos predomina una rica vascularización arterial, venosa y linfática. El peritoneo que tapiza el piso pélvico no se encuentra tan bien irrigado, de manera que las adherencias son menos sólidas, menos uniformes; siempre habrá allí espacios, aunque sean pequeños, que el dedo sabrá aprovechar para abrirse camino en su trabajo de enucleación. La irregularidad del piso pélvico en lugares determinados, como el fondo de Douglas, ayudan mucho para dejar espacios muertos que el operador puede abordar. Podrán ser teóricas estas argumentaciones, forzadas si se quiere, pero el hecho existe demostrado por la elocuencia de la clínica, que los anexos enfermos son más fáciles de desprender cuando se les ataca por abajo. El tiempo empleado para una de estas intervenciones, el peligro que puede correr la operada por abertura de un órgano delicado, disminuyen notablemente siguiendo esta regla. Hoy se ha llegado a un acuerdo general de que en las anexitis bilaterales debe sacrificarse la matriz, hacer una histerectomía subtotal; ha empezado a legitimar este proceder el porvenir que se les espera a muchos de estos enfermos. Seguidos meses, años después, si sus dolores y determinadas molestias han desaparecido con la intervención, hay otros muchos síntomas que persisten, aumentan quizá y obligan al cirujano a practicar la extirpación de la matriz, como operación complementaria. Convencidos los clínicos de la patogenia más frecuente de estas anexitis, aclarado ya que la principal fuente donde parten los gérmenes se encuentra en la matriz, y que ya sea por vía linfática, mucosa o sanguínea, siempre es de allí de donde ha ido el mal, de donde ha brotado el agente patógeno, debe suponerse que estos hechos legitiman desplegar un tratamiento directo y activo para el órgano causa de los inmensos trastornos.

Los operadores han aprovechado los argumentos de la clínica para tomar como uno de los tiempos capitales de la extirpación de los anexos el quitar el útero. Siempre que yo abro el vientre de esta clase de enfermas, mi primer programa es ir a buscar la matriz; no puede haber mejor guía, mejor señal, referencia más importante que este órgano; “es la estrella polar del Cirujano, que trabaja en la cavidad pélvica.”

Difícil muchas veces de encontrar, por la multitud de adherencias que la cubren, por los órganos que, rodeándola, la hacen inconocible; pero siempre hay atributos que dan las “relaciones” que convienen al operador del lugar donde se encuentra el útero. Hallada la matriz, puede darse una cuenta exacta de los órganos que la rodean, de las alteraciones patológicas que presentan y de aquellos órganos con quienes tiene más íntima relación, que ante todo el Cirujano debe buscar, descubrir, y como al enemigo, “siempre tenerlos al frente” para aquí salvarles en un momento dado. El encontrar la matriz, en la cavidad pélvica, es ser consecuente con la regla establecida por el profesor Tillaux, “que en toda región hay siempre un órgano que puede considerarse como principal, al rededor del que se agrupan los demás.” Por eso siempre busco la matriz, porque me parece que es lo más anatómico, y día a día me convengo más y más que mientras más disciplinados sean los conocimientos anatómicos en el Médico Cirujano, mayor facilidad tendrá para formar un

diagnóstico o llevar a cabo una intervención. El encontrar la matriz da luces no sólo para obtener un conocimiento distinto de la cavidad pélvica, sino que se ha ganado ya mucho, casi todo para emprender el procedimiento operatorio.

Hace un momento decía que los anexos debían atacarse de abajo a arriba; enunciar la proposición es muy fácil, pero llevarla a la práctica es extremadamente difícil en casos determinados; no obstante, estoy convencido que de esta regla nunca se debe apartar. Casos hay en que útero, anexos y órganos que se relacionan forman una sola masa, un block que en otros tiempos hubiera dado lugar a cerrar el vientre, considerándose el caso como inoperable; hoy ya no sucede así. Reconocida la matriz, se deben buscar las adherencias que presenta con los anexos enfermos; si éstas son íntimas, si imposibilitan el penetrar sobre los bordes del útero, si la parte posterior del istmo es o no excusable, si el fondo vésico uterino está libre. Darse cuenta en seguida de la unión que presentan trompa y ovario con las paredes pélvicas, si es o no bilateral y la participación que puedan tener en las adherencias los demás órganos de la pelvis. Todo esto llena un fin: "el elegir la vía más corta y menos estorbosa para alcanzar el polo inferior del block útero-anexial.

Según los casos particulares, esta vía será muy distinta y el procedimiento tendrá que variar; como decía al principio de mi exposición, nunca el verdadero cirujano puede ser sistemático; debe uno adaptarse a las lesiones y no querer adaptar las lesiones a determinado procedimiento operatorio. En los primeros días del presente mes operé una enferma que me fué recomendada por el Dr. Lazo, y que ha sido el hecho más complicado de anexitis supurada bilateral que se me ha presentado en intervenciones ginecológicas. Utero, trompas, ovarios, epiplón, formaban una masa que se adhería sólidamente a las paredes pélvicas, a las asas del intestino y al colon ílio-pélvico. Al primer examen les pareció a los médicos y estudiantes que presenciaban la intervención una pelvis inabordable. Yo no me aparté de las premisas anunciadas, y pude encontrar un camino entre el útero y el anexo izquierdo, difícil escalón, pero pude entrar. Excuso decir a ustedes que imposible era el seguir un procedimiento clásico. Ni el de Terrier, ni el americano de Kelly, ni el de degollación posterior podía emprenderse; la hemisección era imposible, pues asas intestinales se unían en parte al fondo y cara anterior de la matriz; había que combinar estos procedimientos. Los dos escollos que resaltaban más en el curso de la operación, fueron la dificultad para desprender las asas intestinales unidas a la matriz y la adherencia íntima que presentaba una porción de la pared de la bolsa con pus al estrecho superior de la pelvis. Allí se veían latidos arteriales transmitidos por la ilíaca externa; formaban la pared, una porción de epiplón y el fascia Abernethy, una sola masa íntimamente unida a la arteria y vena ilíacas externas y aquí más que en ningún otro punto pude formarme cabal concepto de esta brillante manera de hacer el desprendimiento anexial de abajo a arriba. Estoy seguro que si en sentido contrario hubiere trabajado, indudablemente un río de sangre hubiera inundado la pelvis por abertura arterial o venosa.

Esta manera de proceder vengo usándola de tiempo atrás, y con gran gusto veo que obras clásicas de ginecólogos respetados la recomiendan y ensalzan.

Comulgo desde hace años con estas ideas, con los ilustrados Dres. Zárraga y Ulises Valdés, quienes, acompañándome en mis intervenciones, han obtenido, lo mismo que yo, inmensas satisfacciones siguiendo esta línea de conducta.

México, a 30 de octubre de 1912.

G. Malda.

Descripción y comentarios de un caso de herida penetrante y saliente de cabeza, por arma de fuego.

Un joven de 13 años de edad, la noche del 5 de agosto último intentó cortarse la vida asestándose un tiro de pistola, Smith Wesson, calibre 38, en la sien izquierda; la dirección oblicua del arma, o su desviación por el disparo, determinó que el proyectil no siguiera un camino diametral, sino describiera la cuerda de un arco. El cuerpo vulnerante produjo una herida en sedal en plena región frontal; el orificio de entrada estuvo situado a dos centímetros sobre el arco zigomático y a quince milímetros fuera de la ceja; el de salida, que distaba siete centímetros de la raíz de la nariz, quedó localizado a centímetro y medio a la derecha de la línea media craneana; el túnel intermedio o de unión lo calculo en quince centímetros y la flecha del arco frontal en dos y medio. Las capas blandas circunvecinas a la herida temporal sufrieron seriamente por la expansión de la descarga, la piel fué arrancada y su desprendimiento formó una cavidad donde se acumularon coágulos; el músculo temporal no fué simplemente perforado, estaba desgarrado y contundido; en el fondo de la oquedad yacía pequeña, de forma elíptica, la herida huesosa. La lesión derecha era más compleja; el orificio del cráneo era más amplio e irregular, irradiaban de él extensas hendeduras, estaba estrellado el hueso; su lámina externa en torno del agujero se miraba levantada y fragmentada, los fragmentos apenas adheridos por el periostio, había entre ellos uno mayor de forma cuadrangular y limitado por largas fisuras, que levantado, se apartaba de la convexidad cerebral dejando un hueco lleno de sangre coagulada; los tejidos blandos contiguos a tan complicada fractura quedaron separados del plano ósteofibroso subyacente; por ambas brechas, la de entrada y de salida, escurría materia cerebral sangrienta.

El herido conservaba intactas las funciones de relación: su inteligencia, memoria, sensorio, movimientos voluntarios y sensibilidad general quedaron indemnes totalmente; ninguna perturbación en el lenguaje articulado. El joven yacía algo aturdido e indiferente, aunque contestaba con cordura cuanta interrogación se le hiciera. No hubo conmoción cerebral propiamente dicha; este síndrome acaso se esbozó silenciosa y pasajera en los primeros instantes post-traumáticos, pero no perduró al siniestro disparo. Mejor se tocaron las funciones vegetativas; diez horas después del accidente se apreció el pulso hipertónico y lento, la lentitud se acentuaba en el transcurso de las horas, su número se aba-