

antebrazo se une a la arteria y no la abandona, ocupando su lado interno y sirviendo de punto de referencia. En nuestra región el cubital se divide en dos ramas: una superficial y otra profunda.

Por último, describiré como capa más profunda a todos los órganos ya señalados el músculo cuadrado pronador; mencionando igualmente, el nervio interhuesoso que suministra ramas al músculo y se termina en las partes blandas, la arteria radio-carpiana y la arteria interhuesosa, que da nutrición al músculo.

Como conclusiones del estudio de esta región se pueden establecer las siguientes: que vasos y nervios importantes se encuentran ocupando las partes laterales, exceptuando el nervio mediano que ocupando la parte media se inclina sin embargo del lado radial. De manera que las incisiones en este lugar para evacuar colecciones de pus *no deben ser enteramente laterales ni tampoco medias y sí debe procurarse elegir el lado cubital al radial.*

Que lo superficial de estos órganos y la región tan expuesta en que están, facilita la división de todos ellos.

El tratamiento deberá ser inmediato y racional y ligar todos los vasos y suturar todos los otros órganos ;He aquí el resumen del TRATAMIENTO!

Ojalá y mis consocios puedan sacar algún provecho de este trabajo, escrito únicamente con una inmensa VOLUNTAD!

México, 22 de febrero de 1920.



Un caso de constipación cuya causa pasa inadvertida con frecuencia.

Por el Dr. RICARDO ORTEGA.

EL señor profesor A. T. se presentó en mi consultorio quejándose de estreñimiento habitual y tenaz, que databa de varios años, (no precisó cuantos) estreñimiento que había resistido a todos los tratamientos instituidos por seis u ocho médicos a quienes había consultado antes, los cuales le habían prescrito purgantes, o laxantes en diversas formas, generalmente en pildoras; drogas que

lo corregían solamente cuando las tomaba. Me dijo además que evacuaba diariamente una o dos veces, pero no quedaba satisfecho a menos que hubiera tomado un evacuante. Se sentía mejor cuando suprimía la carne en su alimentación y tomaba frutas y legumbres. Con frecuencia sufría tenesmo rectal y a veces vesical. No había tenido ni tenía hemorroides externas, ni había visto nunca sangre en sus evacuaciones.

Tratando de investigar la causa de la constipación que apenaba al señor T. y antes de hacer un examen, al informarme si la dificultad para evacuar era debida a la dureza del bolo fecal, que es lo más frecuente, me contestó que no, que las heces salían blandas tanto y a veces más que la masa de maíz, pero que, sin embargo, tenía que hacer esfuerzos prolongados para expulsarlas y salían en fragmentos con la forma de semillas de calabaza del tamaño de uno o dos centímetros de longitud.

Esto, desde luego, me hizo pensar que se trataba de un obstáculo al paso de las materias fecales en la parte baja del ámpula rectal, y que este obstáculo no era único y circular como lo son la estrechez sífilítica o la producida por una cicatriz, o por el estorbo de un tumor, una prostata crecida, etc.; porque en estos casos las heces pasan como en hilera y son cilíndricas o más o menos aplastadas, pero en porciones largas, tanto más largas cuanto lo es el esfuerzo expulsivo. Además, en los años que este señor tenía de sufrir su constipación no había aumentado su padecimiento y esto no hubiera dejado de suceder si fuera debido a una estrechez orgánica, o a un tumor.

Tomando en cuenta estos datos creí que la causa de la constipación, en este caso, era debida a la dilatación de las venas hemorroidales superiores y medias y no las inferiores; porque el paciente me aseguró no haber sufrido hemorroides que, siendo externas, no hubieran pasado inadvertidas para él.

Las dilataciones hemorroidales internas, por su colocación frente a frente o ligeramente alternadas, explicaban perfectamente la dificultad para exonerar y la forma y división de la pasta fecal en la forma dicha.

Sugestionado por esta idea, creí poder evitar al señor T. un examen molesto y penoso, y le dije, que con los datos que me había suministrado, creía yo haberme dado cuenta de la causa de su padecimiento y que si el tratamiento que le instituyera no le mejoraba pronto me vería obligado a hacer, cuando menos, el tacto rectal. Muy contento de poder evitarse este examen, aceptó mi proposición y desde luego le recomendé: no usar más purgantes ni enemas, que lo perjudicaban, y que no necesitaba por cuanto que sus heces eran blandas debido en gran parte a la alimentación que acostumbraba; y que debía continuar con la misma. Le indiqué la conveniencia de no hacer grandes esfuerzos para evacuar, aunque se pasaran uno o más días sin efectuarlo; sobre todo de procurar dominarse y soportar la molestia que le quedaba después de exonerar, porque lo que le

producía esta molestia, por la cual “no quedaba satisfecho”, no era expulsable y aumentaba con los esfuerzos.

Le advertí que si estas molestias se prolongaban algunos días y su voluntad para soportarlas flaqueaba, me avisara y le prescribiría lo necesario para evitarlas, que no lo hacía desde luego por no complicar el tratamiento. Le receté bromuro de alcanfor para combatir el tenesmo, *hydrastis* y *hamamelis*, pues no se preparaba en aquella época el *intrait* de Castaño de Indias Dausse, única preparación eficaz de esta planta y que supera a todos los otros medicamentos en el tratamiento de las flebitis y al cual doy la preferencia desde que lo hubo en México. Le aconsejé que para vaciar mejor su ámpula rectal se hiciera, de vez en cuando, durante el esfuerzo expulsivo, (que no había de exagerar), una compresión con las pulpas de los dedos inmediatamente debajo del coxis, hacia adelante y abajo y otras semejantes tangencialmente a los isquiones hacia el centro y de arriba hacia abajo; maniobra que ideé hace más de veinte años para ayudar a un mamón afecto de co-rostasis (tan frecuente en esa edad sobre todo en los candidatos al raquitismo) que se desesperaba sin conseguir desocupar su recto; con tan buen éxito que desde entonces lo aconsejo aun en casos como el que vengo relatando; porque al comprimir las dilataciones hemorroidales se exprimen los intersticios que hay entre ellas. Además, aconsejo a estos enfermos hacer contracciones rítmicas del esfínter anal, varias veces, lo que les facilita mucho la expulsión de los residuos que quedan detenidos entre las dilataciones citadas, despertando, probablemente, movimientos peristálticos del recto. Aconsejo también a los constipados en general, producir tosaduras repetidas mientras se hace el esfuerzo de expulsión.

Cuatro horas después de comenzar el señor T. a tomar las medicinas, cesó el tenesmo rectal y pudo soportar las demás molestias que desaparecieron a los pocos días. Siguió bien el profesor, según me dijo después, y hasta la fecha no ha vuelto a hablar de la cuestión.

COPROSTASIS PRODUCIDA POR MEDICACION INADECUADA, POR ERROR DE DIAGNOSTICO.

Solicitado para visitar a la señora viuda de A. puse como condición que había de ser en junta con su médico de cabecera.

Al día siguiente se me dijo que el compañero se había molestado y dicho: que no se necesitaba junta, que la señora tenía un cáncer inoperable del recto, que podían llamar al médico que eligieran y que desde luego él se retiraba.

Aunque dudaba que un médico se expresara así, no pude negarme a ver a la paciente y me encontré en el lecho a una señora de setenta y ocho años de edad, en el cual permanecía desde hacía dos meses, sufriendo atrozmente por un tenesmo rectal cuyos espasmos se repetían cada dos o tres minutos y los que solamente se

calmaban por una hora o dos con el uso del láudano o la morfina, drogas que prescribió el primer médico que la atendió el primer mes y a las cuales recurrió el segundo en vista de la ineficacia de otras empleadas por él. Sufrió además de una bronquitis crónica que le producía accesos penosísimos y otros de disnea con palpitaciones. Varias veces la tos le produjo vómitos.

Al examinar la región perineal encontré el ano circundado por pequeñas hemorroides marchitas, por entre las cuales salía un poco de excremento sumamente fluido cada vez que se producía el tenesmo, por lo cual creían que tenía diarrea.

Notando lo mucho que sufría la señora, resolví dejar el examen del interior del recto para hacerlo durante la anestesia, si era necesario, conformándome con el tacto vaginal por el momento, y percibí a través de la pared posterior un tumor que ocupaba toda la ámpula rectal, con superficie sembrada de eminencias arredondadas, sumamente duras.

El escurrimiento de líquido fecal, y no ícor canceroso, y lo percibido por el tacto me hizo dudar del diagnóstico formulado por los médicos que antes habían atendido a la enferma, comprendí que se trataba de acumulación de escibalas y ofrecí volver al siguiente día (pues ya era muy tarde y no consideré urgente proceder desde luego) dispuesto a anestesiarse a la paciente y hacer un examen más completo.

Cuando volví a la casa lo hice acompañado del doctor Gilberto de la Garza y provisto de unas pinzas de valvas ovalares y cóncavas, de dos centímetros de diámetro.

Puse una inyección de morfina-atropina, supliqué al compañero de la Garza que hiciera el tacto vaginal y corroboró mi diagnóstico.

Una vez calmada la sensibilidad de la paciente introduje mi índice en el recto y comprobé la existencia de un sinnúmero de escibalas que llenaban la cavidad y desde luego comencé a introducir agua tibia con un irrigador y a cogerlas con las pinzas haciendo su extracción una por una.

Como a la media hora se agotó el efecto de la inyección y puse otra de morfina solamente y seguí extrayendo escibalas hasta que ya no percibí ninguna en el interior, tardando en esta operación cerca de dos horas. Las escibalas eran muy compactas y duras, de color amarillo claro y casi inodoras, lo que se explica porque la enferma se alimentaba solamente con leche; de tamaño algunas eran como de cuatro por tres centímetros, las más como los huevos de paloma y algunas, aunque pocas, como una nuez o una avellana y éstas salían tras de las grandes con el empuje del agua inyectada. En cuanto al número no puedo precisararlo porque no se me ocurrió contarlas, la familia dijo que fueron más de cien.

El efecto de las dos inyecciones se agotó en la hora siguiente y la enferma se puso a platicar muy contenta porque ya no sufría.

En la noche durmió muy bien y tranquila y siguió bien al día

siguiente, pero en la tarde se volvió a presentar el tenesmo con la intensidad de antes y creyendo que se trataría de una nueva escibala que se hubiera formado, ordeñé que se le pusiera una lavativa abundante y en seguida la sentaran en cuclillas (postura la más eficaz y conveniente para exonerar) y le aconsejaron evacuar violentamente el agua de la lavativa. No fué una escibala sino treinta y cinco o cuarenta las que arrojó con varias lavativas que repitieron mientras tocaban alguna con la cánula; y descansó. Cuatro o cinco veces más, con intervalo de uno o dos días, se repitió el tenesmo y la salida de gran cantidad de escibalas, lo cual me intrigaba porque mi primera indicación fué la supresión absoluta del láudano y la morfina y aunque la señora se negó a tomar unas cucharadas purgantes que receté al segundo día, y la alimentación que ordené desde mi segunda visita no era a propósito para formarlas, (jugo de carne, caldo de menudo, atole y champurrado) así que supongo que las que se encontraron después de mi intervención se habían quedado en la parte alta del intestino grueso y no me había dado cuenta de su existencia porque cuando traté de hacer la palpación del abdomen la señora se resistió, tenía que habérmelas con una anciana caprichosa, como lo son generalmente las abuelas que han sufrido por largo tiempo y siempre han estado rodeadas y mimadas por sus hijos y nietos que se creen obligados a obedecer aun sus necesidades. Examen que, por otra parte, no creí indispensable hacer por la fuerza porque el tacto rectal me aclaró suficientemente el diagnóstico. Durante esos días mejoró notablemente de su bronquitis y dejé de verla.

Lo notable de estos casos clínicos es lo único que he querido relatar sin entrar en otros detalles comunes a todos los semejantes, por ser ya conocidos de mis ilustrados consocios.

Monterrey, mayo 10 de 1919.