FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE LAS

HERIDAS PENETRANTES

TÉSIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

POR

CLAUDIO G. BENITES

Ex-practicante mayor interno del Hospital General de Hombres

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle de Belgrano números 133 y 135

1880

Facultad de Ciencias Médicas

Décano	Dr. D. MANUEL PORCEL DE PERALTA
Vice Décano	« « MANUEL ARAUZ
Tesorero	« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
Académicos	« « NICANOR ALBARELLOS
	« « MANUEL A. MONTES DE OCA
	« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
	« « CLETO AGUIRRE
	« « SANTIAGO LARROSA
	« « ERNESTO ABERG
	« « PEDRO A. PARDO
	« « MANUEL ARAUZ
	« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
	« « MANUEL PORCEL DE PERALTA
	« « EDUARDO WILDE
	« « PEDRO A. MATTOS
	« « JOSÉ T. BACA
	« DOMINGO PARODI
	« « RAFAEL HERRERA VEGA
Secretario	« « JACOB DE TEZANOS PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomia descriptiva y topográfica.	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomía Patológica	» » Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana	» » Santiago Larrosa
Patología general	» » José T. Baca
Materia Médica y Terapéutica	» » Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	» » Guillermo Rawson
Patología externa	» » Leopoldo Montes de Oca
Patología interna	» » Manuel Arauz
Clínica Quirúrgica y operaciones	» » Manuel A. Montes de Oca
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	» » Cleto Aguirre
Clínica Médica	» » Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicología.	» » Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínica respectiva	» » Pedro A. Pardo

SUSTITUTOS

Anatomia descriptiva y topográfica.	(Vacante)
Histología y Anatomía Patológica	Dr. D. C. Lanus y Dr. Juan Borbon
Fisiología general y humana	» » Francisco Tamini, en ejerc.
Patología general	» » Jacob de T. Pinto
Materia Médica y Terapéutica	» » Pablo M. Santillan y Enrique del Arca
Higiene pública y privada	» » Pedro Mallo
Patología externa	» » Lucio Melendez
Patología interna	» » Manuel T. Podestá
Clínica Quirúrgica y operaciones	» » Juan A. Argerich y Dr. Julian Aguilar
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	» » Pedro F. Roberts
Clínica Médica	» » Juan B. Gil y Dr. Carlos L. Villar
Medicina legal y Toxicología.	» » Manuel Blancas
Obstetricia y Clínica respectiva	» Antonio T. Ballester y Dr. Samuel Molina

Disectores

JUAN J. NAON — FELIPE BASAVILBASO

PRESIDENTE DE TESIS

DOCTOR DON JOSÉ T. BACA

A MIS PADRES

Os debo el sér y cuanto en él hay de grande y de digno; es decir, de bueno.

Yo sé que os doy un placer, dignificándome.

Por eso mis esfuerzos por el ejercicio de la virtud y por la adquisicion de la verdad científica, han tenido siempre por principal objeto vuestra complacencia.

La presente Tésis, que os dedico, coronacion de mi obra, que os pertenece, es simplemente un testimonio que os acredita mi gratitud y cariño eternos.

Al Doctor D. Manuel Porcel de Peralta

Mas que mi Catedrático de Clínica habeis sido para mí un amigo cariñoso; podeis estar seguro que no lo olvidaré nunca.

Me habeis dado muchas lecciones que, en obsequio á los que sufren, trataré de recordar siempre.

> Se debe exigir mucho de aquel que se hace autor en busca de fama ó lucro; pero aquel que vá á llenar un deber del que no puede eximirse, es digno de escusa en las faltas que pueda cometer.
>
> *La Bruyére.*

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Llego á la última prueba que ante vosotros debo rendir, para optar al honroso título de Doctor en Medicina, de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. No dudareis que es la mas séria, y que esta vez mas que nunca, las dificultades van á superar mis fuerzas.

En los tiempos que alcanzamos, aunque el progreso en todas las esferas del saber humano se verifica de una manera rápida, no lo hace sin embargo á saltos, entre los que se encuentran á veces cientos de años. Esto acontecia hasta mediados del siglo pasado; hoy que las ciencias se prestan mútua ayuda, vamos de eslabon en eslabon hasta que alcancemos ¡quién sabe

si no está lejano el dia! el término de este grandioso encadenamiento.

Siendo esto así, y un axioma nunca bastante repetido, el profundo pensamiento del inmortal Hipócrates, *Arts louga, vita brevis, ocasio præceps, experiencia falax, judicium difficile,* no estrañareis que al llegar al término de esta laboriosa y difícil jornada me encuentre sobrecojido de cierto temor y respeto. Razones poderosas y de mayor ó menor valia segun el individuo que sube á esta honrosa tribuna, contribuyen á aumentar timidez tan natural.

Una tésis, cuando se tienen ideas, cierto hábito de escribir y natural disposicion, es cosa fácil de hacer; pero escollo difícil de salvar para los que no nos encontramos en ese caso; es decir, reuniendo tales cualidades. Sin embargo, alientan y animan siempre otras consideraciones: cuando se tiene la conviccion profunda de que estos trabajos no representan mas que el esfuerzo y contraccion del estudiante aplicados á un determinado punto de la ciencia médica, sabemos que, por lo general, los quilates de su mérito no han de valorarse sinó por la belleza de la forma, fluidez y galanura del estilo. Esta será quizás una verdad muy desnuda y por lo tanto tal vez dura, pero verdad al fin.

Como decia al principio, hemos llegado á un grado tal de adelanto, que las verdades científicas no se conquistan á saltos: la observacion experimental, base de nuestra ciencia, trabaja y conquista con asiduidad, pero aunque sean muchos é indisputables sus pro-

gresos, ellos van sucediéndose paulatinamente; de un hecho aislado no se sacan ya conclusiones generales; se va de la célula al tejido, de éste al órgano, etc., etc.

Seis años de estudios y de práctica no son bastantes para llevar siquiera un nuevo grano de arena al gran monumento de la medicina moderna; el papel de crear está solo reservado á los génios que unen á él, el estudio y prolongada experiencia, y, esas epilepsias del alma, como un brillante escritor contemporáneo llama al génio, no nacen todos los dias.

Es solo despues de estas reflexiones que me he atrevido á dar forma á las observaciones sobre heridas recojidas durante mi internado en el Hospital General de Hombres. Tal como es, el presente trabajo representa un año de constante observacion y no pocas horas de insomnio en cumplimiento de mi deber, como practicante unas veces, y como caso interesante á mi propósito, otras.

Espero, pues, vuestra consideracion en este solemne momento, como en los años anteriores la habeis tenido, por lo cual podeis contar con mi sincera gratitud.

Es mas fácil evitar las enfermedades que curarlas.

Lacassagne.

Yo la cuidé y Dios la sanó:—así esclamaba el célebre cirujano francés Ambrosio Paré, refiriéndose á una persona á quien habia asistido por una herida penetrante del abdómen. Difícilmente puede darse mas aparente excepticismo, ni hallarse verdad de mayor evidencia en medicina; verdad y excepticismo que contristan y hasta repugnan al jóven que, poseido de ardiente entusiasmo, comienza á cursar los primeros años de esta ciencia.

Solo cuando se estudian los últimos años, y en particular en la enseñanza de las clínicas, viene á convencerse el jóven médico de la desconsoladora razon que asistia á aquel ilustre hombre para expresarse así.

Y en efecto: despues de haber visto el limitado papel que desempeña el médico á la cabecera de un tifoideo, ya tratando de tonificarle ó de disminuir los gastos escesivos que la fiebre ocasiona, ó bien atendiendo las complicaciones que se presentan y aun procurando, si esto es posible, evitarlas; cuando se ha tenido ya ocasion de observar y asistir un enfermo atacado

de pneumonia, en el que una vez disminuido el dolor de costado, debido á la inflamacion de la pleura, mediante la aplicacion de ventosas escarificadas ú otros medios análogos y rebajada notablemente la elevacion térmica por la administracion del sulfato de quinina ó del tártaro emético, nos encontramos impotentes para evitar el peligro de la no resolucion de la pneumonia, á pesar de los grandes vejigatorios y demás revulsivos cutáneos.

Si pues tan reducido es el poder del médico, en presencia de enfermedades agudas como las antes citadas, ¿cómo no lo ha de ser cuando se trate de enfermedades crónicas, de esas que no abandonan al paciente hasta que exhala el último suspiro? La tísis, por ejemplo, en la que el solo y mejor tratamiento consiste simplemente en prevenir la produccion de bronquitis, habituando el enfermo á los cambios bruscos de temperatura y en tonificarle cuando sea posible; las lesiones óricas del corazon, en las cuales todos los esfuerzos del mas hábil y consumado práctico han de reducirse á obtener, por el empleo de la digital, cafeina, etc., el equilibrio entre las dos circulaciones, ó á sostener este mismo equilibrio con una prudente higiene y una vida arreglada cuando él se ha producido espontáneamente.

Despues de estos desconsoladores ejemplos y muchos otros que el estudiante tiene ocasion de observar dia á dia en las clínicas, no hay ya aquella repugnancia ni dificultad en admitir el aforismo que el ilustre Silvio pronunció, muchos siglos antes que

Paré, y que no es sinó el mismo de este, bajo una forma mas material. Decia Silvio: «El papel del médico á la cabecera del enfermo, no es otro que el del individuo encargado de vigilar si la fermentacion del vino se hace bien.»

Si de esta verdad; es decir, de la imposibilidad en que el médico se encuentra para curar la gran mayoría de las enfermedades, pudieran penetrarse y convencerse los estudiantes al principio de su carrera, seria bastante motivo para que algunos la abandonasen, ó al menos no le dedicasen tan preferente atencion, descuidando sus estudios en la errónea creencia de que poco habian de servirles para hacer el bien á sus semejantes.

No hay duda ninguna que el médico no puede siempre sanar á sus enfermos, y sí solo, en la mayoría de los casos, ayudar á la naturaleza por los medios apropiados para que esta, venciendo el agente morbífico, restituya al enfermo la salud. Pero si esto es así, no se ocultan tampoco á nadie los grandes peligros á que se espondria un enfermo en manos de un médico poco instruido y de escasa práctica, que en vez de ayudar las fuerzas medicatrices, obrase favoreciendo la accion de la enfermedad ó disminuyendo las fuerzas del paciente, que debiera tratar, por el contrario, de aumentar.

Ademas de los sérios perjuicios que la falta de un completo estudio puede acarrear, en casos como el antes citado, tal deficiencia ocasiona, indudablemente, otro de mas valor, cual es el desconocimiento

de esta otra verdad: si el médico no puede curar sinó un limitado número de enfermedades, puede en cambio evitar la produccion de muchas, y entre estas, no pocas reputadas incurables. Esta última verdad compensa ciertamente el desaliento producido por el aforismo de Silvio.

Con el estudio de las patologías conoce el médico la etiología de las enfermedades y puede, con sanos consejos, evitar á los que le rodean mas de una dolencia, sobre todo si estos siguen las reglas que la higiene privada aconseja. Pero no hay duda que es por medio de la hijiene pública cómo el médico evita á sus conciudadanos un gran número de enfermedades; y esto sin contar las epidemias, que con sabias medidas higiénicas pueden casi abolirse. Llega á tal punto el poder de la higiene, que en Lóndres, una de las ciudades mas higiénicas del mundo, mas de una vez no se ha propagado una epidemia, debido solo á las buenas condiciones de salubridad en que se encontraba. En distintas ciudades de Italia y de Francia han llegado casi á perderse las fiebres intermitentes, debido tan solo á haber sus moradores escuchado los consejos de la ciencia, desecando los terrenos pantanosos adyacentes.

Segun las estadísticas inglesas, antes de las grandes obras de saneamiento efectuadas en Lóndres, hace 25 años, la vida media de sus habitantes no era sinó de 26 años; hoy, despues que estas se han efectuado, la vida media es de 36 años. Es debido este aumento de vida, para los habitantes de Lóndres, á

la inmensa disminucion de la tísis, que ha aminorado en un 30 p%; lo mismo que ha sucedido á la fiebre tifoidea y otras varias enfermedades.

No quisiera concluir sin hablar del magnífico descubrimiento efectuado por Jenner en el siglo pasado, el virus *vacinicus*, con el cual el dia que la vacuna se haga obligatoria en todos los países, la viruela habrá desaparecido casi por completo.

Justifica, pues, la higiene, con su inmenso poder la definicion que algunos autores modernos han dado de ella, diciendo que es la medicina del porvenir.

I

Las heridas penetrantes, por instrumentos cortantes y punzantes, son muy comunes entre nosotros, pues entre las 492 producidas por esta clase de instrumentos que he tenido ocasion de observar, sesenta y cuatro eran heridas penetrantes de las articulaciones, dividiéndose del modo siguiente: siete heridas penetrantes de las articulaciones, de las que cuatro pertenecian á las articulaciones del antebrazo y las tres restantes á la articulacion de la rodilla. Da razon de la frecuencia de las primeras en articulaciones tan pequeñas, el hecho de servir el antebrazo en la generalidad de los casos de para-golpe á la cabeza ó al pecho; en cuanto á las segundas, la gran superficie que la articulacion de la rodilla presenta, las esplica de un modo satisfactorio. Seis de la cavidad craneana, cuyas heridas han presentado algunas veces pequeñas rasgaduras perpendiculares al corte de seccion, y en dos casos, la lámina interna estaba francamente fracturada. Diez y nueve de la cavidad torácica, entre estas, doce se encontraban situadas en los lados, nueve en el izquierdo y seis en el derecho; tres en la

parte posterior y dos, tan solo, en la region anterior, probablemente á consecuencia de existir en ella el esternon y los pectorales, que hacen mas difícil la penetracion. Treinta y cuatro de la cavidad abdominal, entre las que se encontraban catorce casos en que estaba tambien herido el estómago, el intestino ó algunos de los anexos del tubo digestivo. La mayoria de las heridas penetrantes abdominales se encontraban situadas en la cara anterior y lado izquierdo del abdómen, lo que se esplica por el menor espesor de la pared por delante y el uso que de la mano derecha se hace siempre en esos casos. Haré notar tambien que mas de la mitad de las heridas del vientre son penetrantes, inversamente á lo que sucede con las de la cavidad torácica ó craneana.

II

La mayoria de los autores dividen los síntomas á que las heridas penetrantes de las articulaciones dan orígen, en primitivos y consecutivos; colocan entre los primeros, y por órden de importancia, el dolor, la hemorrágia y la salida de sinovia.

El *dolor*, síntoma de muy escaso valor seguramente, puede variar mucho, presentándose en algunos casos muy vivo y siendo en otros muy poco marcado, lo que puede ser debido á su poca intensidad ó á la resignacion con que el herido lo soporta. Desaparece por lo comun en algunas horas, para no volver si el enfermo cura sin complicacion.

La *hemorrágia* no tiene valor sintomático alguno, pudiendo ser mas ó menos abundante; cuando el derrame se hace intra-articular es este un desgraciado accidente que disminuye las probabilidades de reunion de la herida por primera intencion.

Salida de sinovia. Es este un síntoma al que los autores dan mucha importancia, haciéndolo algunos patognomónico de la penetracion. Sin desconocer la utilidad que el derrame de sinovia tiene, creo que

esta ha sido muy exajerada; pues además de ser un síntoma que puede presentarse sin la penetracion, en muchos en que la articulacion se encuentra abierta la salida de sinovia no tiene lugar, debido á la pequeñez de la herida ó á la sinuosidad de su trayecto: en otros casos y con una herida de grandes dimensiones puede no presentarse tampoco, por haberse agotado la cantidad que en la articulacion existia, cuando el cirujano ha sido llamado á atender al enfermo.

Cita Fleury entre los síntomas de la penetracion, un prurito incómodo al rededor de la herida y dificultad en los movimientos de la articulacion; esto último he tenido ocasion de observarlo, pero solo cuando la herida era muy estensa. Respecto á los síntomas llamados consecutivos, ellos pertenecen á las complicaciones, y en particular á las artritis, muy frecuentes en estos casos.

Los síntomas de las heridas penetrantes del cráneo no son generalmente otros que aquellos á que dá orígen la lesion de los órganos en él contenidos; son estos en número muy reducido y en algunos casos, aunque raros, de un valor diagnóstico innegable, como sucede por ejemplo en las heridas del bulbo, las que, como se sabe: producen una muerte inmediata. La salida del líquido céfalo-raquídeo es un síntoma difícil de apreciar, á no ser en las heridas muy extensas, en las que, debido á esta misma extension, pierde mucho de su valor, pues en esos casos es muchas

veces fácil comprobar de *visu* la herida encefálica. La parálisis de ciertos nérvios, tales como el óptico, el motor ocular comun, el olfatorio etc., puede en algunos casos, y cuando ella tiene relacion con la herida exterior, hacer presumir la penetracion. Los otros síntomas que los autores enumeran son de un valor bien dudoso, pues se encuentran ellos basados en la fisiologia del encéfalo, la que indudablemente está aún en su comienzo. Por esta razon creo conveniente no indicarlos aquí y por si ella pudiera no parecer suficiente trascribo á continuacion los dos párrafos siguientes con que el Dr. Duplay encabeza su artículo sobre las lesiones traumáticas del encéfalo.

«La cuestion de los traumatismos del encéfalo es una de las mas difíciles y litigiosas de la cirugia. Nos explicaremos este hecho reflexionando en la testura tan complicada del encéfalo, y en la gran variedad de funciones á que este órgano preside, y de las que, un gran número, se encuentran todavia para los fisiólogos rodeadas de la oscuridad mas completa. Otra causa de las dificultades que presenta el estudio de las lesiones traumáticas del encéfalo, consiste en que sus lesiones son generalmente complejas, y que, aún suponiendo que fuesen simples y aisladas de toda complicacion, ellas dan lugar á signos muy diferentes segun su sitio, su estension y el modo cómo han sido producidas.

Así, á pesar del interés con que los cirujanos se han ocupado desde largo tiempo de los traumatismos del encéfalo, es presiso confesar que la luz está aún lejos

de haberse hecho sobre este punto. Se llega rápidamente á esta triste conclusion ; cuando se trata, como nosotros lo hicimos de someter al control de los hechos las descripciones dadas por los autores clásicos, se vé entónces que las descripciones son amenudo inexactas, contradictorias, y que no presentan esa relacion íntima que se encuentra entre el síntoma y la lesion, todas las veces que esta es bien conocida y ataca un órgano cuyas funciones loson igualmente.»

Llama Boyer, y con él muchos otros, heridas penetrantes del torax ó del abdómen á las que han interesado la pleura ó el peritoneo, no dando este nombre á aquellas en que la serosa no ha sido lesionada ; bien que, sin que esto suceda, pueda ser herido en el torax, el corazon ó la aorta, y en el vientre, los riñones, la vejiga, etc., existiendo entónces, segun estos autores, heridas no penetrantes que son, sin embargo, tan graves, ó aún mas, que aquellas en que la membrana envolvente ha sido herida. Para poder dar á las palabras herida penetrante ó no penetrante un valor mas exacto, nos parece conveniente el admitir como Nélaton y la generalidad, el llamar penetrante á toda herida que haya atravesado la pared torácica ó abdominal, con ó sin lesion de la serosa.

Las heridas penetrantes, simples, del torax; es decir, aquellas en que estando atravesada la pared no han sido interesados los órganos contenidos en la cavidad, deben ser, segun Vidal, muy raras ; y cuando se pre-

senten, siendo forzosamente muy pequeña la herida pleuritica, puesto que el pulmon ha quedado sano, no tendrán ciertamente mas gravedad ni mas síntomas que los de las heridas profundas en que la pared no ha sido atravesada.

Los síntomas por los que se reconoce ordinariamente la penetracion son los dados por la lesion de los órganos contenidos en el torax y principalmente por los del pulmon ó el corazon, pues los otros órganos por su pequeñez son rara vez heridos. Además de los síntomas generales comunes á todos los grandes traumatismos, como son: alteracion de las facciones, enfriamiento de las estremidades, pequeñez del pulso, vómitos, y aun síncope, las heridas pulmonares se revelan por lossíntomas siguientes: hemóptisis, salida de sangre y aire por la herida externa, disnea, y segun Vidal tambien por el enfisema, aunque él mismo cita casos en que este se ha producido sin lesion pulmonar. La hemóptisis, cuando existe, es de gran valor diagnóstico, pero puede faltar en los casos en que la herida pulmonar es pequeña. La sangre, de un color rojo vivo y muy aireada, es generalmente expulsada despues de un acceso de tos, produciendo cuando sale en gran abundancia accesos de sofocacion.

La salida de sangre y aire por la herida exterior es tambien de mucho valor, particularmente cuando la herida es extensa, pues en ese caso se oye á larga distancia un silbido producido por la vibracion de los labios de la herida en el momento de la salida del

aire, el que ordinariamente va mezclado con cierta cantidad de sangre.

La disnea, es un síntoma dudoso, pues muchas veces se presenta sin lesion pulmonar, y sí solo bajo la influencia del dolor; cuando se produce existiendo una herida del pulmon, su intensidad está en relacion con el mayor ó menor retraimiento que éste haya sufrido, segun existiesen ó no adherencias anormales, entrando tambien por mucho la abundancia de la hemóptisis.

Los síntomas de las heridas del corazon nada presentan de característico. La hemorragia puede ser venosa ó arterial, en poca ó mucha cantidad; el síncope es un accidente que se presenta muy á menudo; las heridas del corazon son generalmente indolentes, latiendo este siempre de un modo muy irregular. La auscultacion y la percusion de la region precordial dan los síntomas mas variados que pueda imaginarse, no teniendo por esto mismo valor ninguno. La disnea que tambien se observa, nada tiene de particular.

Cree Malgañe imposible, ó por lo menos muy raras, las heridas penetrantes, simples, del abdómen, debido á la perfecta replecion que enelexiste: sin embargo, la observacion diaria y la experimentacion clínica de-

muestran la posibilidad de estas heridas, y aun su frecuencia.

No presentan síntomas por los cuales se pueda reconocerlas con seguridad, y esceptuando los casos, por otra parte muy frecuentes, en que se complican con la salida del peritoneo ó alguno de los otros órganos contenidos en la cavidad, el diagnóstico es siempre inseguro. Los síntomas que pueden inclinar al cirujano á creer en la penetracion, si bien no pueden darle la certeza, son los de todos los grandes traumatismos, tal vez un poco mas acentuados: alteracion de las facciones, enfriamiento de las estremidades, debilidad y pequeñez del pulso, náuseas, vómitos, síncope, etc.

Herida del estómago--Además de los síntomas de las heridas penetrantes, simples, que no repetiré, tiene la herida del estómago algunos que pueden hacerla presumir; tales son: el sitio de la herida, los vómitos ó las cámaras mezcladas con sangre, y otros que la evidencian, como la comprabacion por la vista ó el tacto de la herida estomacal, y mejor aun la salida por esta de las sustancias alimenticias en el estómago contenidas.

Herida del intestino—Exceptuando los casos en que salen al exterior materias sólidas, líquidas ó aun gaseosas que por su color ú olor se conozca claramente su procedencia intestinal, el diagnóstico es muy dificil y queda casi siempre incierto; sin embargo, son síntomas de gran valor la presencia de sangre

en las cámaras, la timpanitis rápidamente desarrollada, y el enfisema de las paredes abdominales.

Herida del hígado—El sitio, la profundidad y direccion de la herida, pueden hacersospechar la lesion hepática: la salida de bilis es tambien un buen síntoma, aunque puede presentarse en las heridas del duodeno, no estando lesionado el hígado. El solo síntoma cierto es la comprobacion por la vista ó el tacto de la herida hepática.

Siendo los otros órganos contenidos en la cavidad abdominal tales como el bazo, la vejiga, el conducto torácico etc., rara vez heridos, debido á su pequeño volúmen y profunda situacion, y no habiendo tenido ocasion de verlos ninguna vez interesados, creo conveniente no indicar aquí sus síntomas.

III

El diagnóstico de una herida penetrante articular se hace con mucha facilidad en ciertos casos, siendo en otros muy difícil, ó mas bien imposible, teniendo el cirujano que quedar en la duda, debido al peligro que ofrecen los medios que para cerciorarse tendría que emplear.

Cuando la herida es extensa se pueden ver los cartílagos articulares: algunas veces suelen las franjas sinoviales hacer hernia por la herida; la sinovia se derrama con facilidad al menor movimiento que á la articulacion se imprima; finalmente, basta la inspeccion de la herida para hacer el diagnóstico. Pero, en las heridas pequeñas, frecuentemente producidas por instrumentos punzantes, es el diagnóstico muy dificil, ó, como antes hemos dicho imposible; pues ya sabemos que nada tienen de característico, ni el dolor, ni la hemorragia, pudiendo no presentarse la sinovia, dibido á la misma pequeñez de la herida, ó á su falta de paralelismo; y en el caso en que el líquido se encuentre, su poca cantidad, nos deja siempre en la duda, de la que no podríamos salir á no ser sirviéndonos

de la sonda, la que por los peligros que ofrece está solo reservada para los casos en que se sospecha la presencia de un cuerpo estraño.

Lo dicho respecto al diagnóstico de las heridas penetrantes articulares, puede oplicarse á las de la cavidad craneana, con rarísimas escepciones; ejemplo, herida del bulbo, debiendo el médico en esos casos tratar la herida como si el diagnóstico de la petracion hubiese sido hecho.

El diagnóstico de una herida penetrante del pulmon es fácil, salvo los casos en que la herida sea muy pequeña: la hemóptisis, ó aun simplemente los esputos manchados de sangre, es ya un síntoma de grandísima importancia, el que unido á la salida de aire por la herida exterior no deja la mas mínima duda sobre la penetracion. La disnea y el enfisema son síntomas de probabilidad en los que no puede basarse un diagnóstico exacto. En los casos en que solo estos últimos se presenten, el diagnóstico queda incierto, debiendo el cirujano abstenerse de los medios antiguamente empleados para adquirir la certidumbre, asi como la sonda, los esfuerzos ó aun las inyecciones, medios que esponen siempre, por hábilmente que sean empleados, á producir complicaciones muchas veces irremediables.

Las heridas penetrantes ó no del corazon, son im-

posibles de diagnosticar durante la vida; pueden tan solo existir probabilidades segun la situacion, profundidad y direccion de la herida externa, la debilidad ó alteracion de los ruidos cardiacos, la macidez de la region precordial, y ciertos trastornos nerviosos á que estas heridas dan lugar.

Herida penetrante simple del abdómen.—La falta de síntomas propios que caracteriza esta clase de heridas, hace que un diagnóstico sea muy difícil, quedando dudoso, siempre que falta la complicacion, constituida por la salida del peritoneo ó alguno de los órganos que en el vientre existen.

Herida del estómago.—Su diagnóstico no ofrece por lo general dificultad; la situacion de la herida, la hematemesis, las cámaras sanguinolentas, hacen presumir la penetracion, que se vuelve evidente por la comprobacion de la herida por el tacto ó la vista, ó la salida por la misma de sustancias alimenticias.

Heridas del intestino y del hígado.—Su diagnóstico se desprende fácilmente de la sintomalogía.

IV

El pronóstico de una herida penetrante articular es siempre grave; gravedad que está en relacion con el sitio, direccion y extension de la misma.

Las heridas de las pequeñas articulaciones son menos graves que las de las grandes, ofreciendo tambien menos peligros las que se encuentran situadas en los miembros toracicos que las de los abdominales. Segun Vidal, es sumamente raro ver curar sin supuracion una herida penetrante articular; entre los pocos casos que he observado, recuerdo sin embargo varios en que la curacion se obtuvo por primera intencion.

Las heridas penetrantes de la cavidad craneana son de un pronóstico muy grave, gravedad que persiste durante muchos dias, á pesar del buen estado del enfermo, en el que puede desarrollarse fácilmente una meningo-encefalitis, contra la que serian impotentes todos los medios de que el arte dispone.

Las heridas del pulmon son ciertamente, entre las heridas viscerales, las que menos gravedad presen-

tan, pudiendo sin embargo, en los casos en que la herida es extensa, producir una muerte inmediata á consecuencia de la hemorragia. Su gravedad está siempre en relacion con las dimensiones de la herida, alrededor de la que generalmente se desarrolla una pneumonia traumática.

Las heridas del corazon eran en la antiguedad consideradas inevitablemente mortales, y esto de un modo inmediato; sábese hoy, que no solamente la muerte puede no ser inmediata, sino que, en ciertos casos, ella no se produce y el enfermo salva. A pesar de esto son muy graves no estando en relacion, sin embargo, esta gravedad con la profundidad de la herida y sí con su tamaño, situacion y principalmente con la direccion.

El pronóstico de una herida penetrante simple del abdómen, debe ser reservado, pues puede fácilmente complicarse con el desarrollo de una peritonitis, cuyas ulterioridades no son siempre fáciles de prever. Sin embargo, los enfermos atacados de esta clase de heridas curan generalmente, no siendo muy raras las veces que he visto cicatrizar estas heridas sin haberse presentado la supuracion.

Herida del estómago.—La suma gravedad de las heridas del estómago se ha reconocido en todos tiempos. Ambrosio Paré miraba estas lesiones como mortales, *escepto los milagros que alguna vez puede hacer la naturaleza.* Percy y Larrey consideraban igualmente la curacion de las heridas del estómago

por instrumentos cortantes y punzantes, como muy raras, y las observaciones modernas son de tal naturaleza que hacen todavia mas sombrío el pronóstico de estas heridas. Otis cree que, fijando en 99 por o[o el guarismo de la mortalidad en vez de 75 por o[o, guarismo dado por Percy, nos acercaríamos mas á la verdad.

A pesar del párrafo anterior que hemos trascripto de Duplay, creemos que esta clase de heridas no merece el pronóstico tan sumamente grave que de ellas se hace, pues en los dos únicos casos que hemos tenido ocasion de observar, el resultado ha sido la curacion; bien que, en uno de ellos, esta no se obtuvo sinó á costa de una fístula gástrica, como mas adelante puede verse en la historia que de este caso hacemos.

Herida del intestino.—Las pequeñas heridas producidas por instrumentos punzantes se curan con facilidad. Las de instrumentos cortantes, son, por el contrario, lesiones muy graves, estando esta gravedad relacionada con su extension y número. Las heridas cuyo asiento se encuentran en el intestino grueso, son menos graves que aquellas que están situadas en el intestino delgado.

Herida del hígado.—Son las heridas del hígado lesiones de un pronóstico grave, siendo esta gravedad mucho menor que la que presentan las heridas del estómago ó del intestino, bien que, en estas, el peligro de la hemorragia no sea tan de temer como en las heridas del hígado.

V

El tratamiento de las heridas penetrantes de las articulaciones ha sido, hasta hace muy poco tiempo, uno de los temas mas discutidos en cirujía, existiendo, aún hoy mismo, mas de un punto dudoso, sobre todo cuando se trata de heridas penetrantes complicadas. En el tratamiento de heridas penetrantes simples de las articulaciones, no hay felizmente duda ninguna, estando todos los autores de acuerdo en que la intervencion del cirujano está reducida á producir, lo mas pronto posible; la oclusion de la herida y tratar de impedir el desarrollo de la inflamacion. Para impedir el contacto pernicioso del aire y obtener la cicatrizacion, está aconsejado, cuando la herida es pequeña, reunir sus lábios por medio del tafetan engomado, ó mejor aún, con la tripa empapada en colodion elástico. En los casos en que las mayores dimensiones de la herida, ó su situacion transversal, respecto de la articulacion, hiciesen difícil la reunion de su bordeo con el tafetan ó la tripa, deberá hacerse aquella valiéndose de la sutura metálica.

Para prevenir el desarrollo de la artritis, debe

colocarse la articulacion herida en un canal de alambre, recomendando al enfermo no hacer el mas mínimo movimiento: la articulacion herida debe someterse, por largo tiempo á la accion de los refrigerantes: el hielo ó los paños de agua helada deben renovarse continuamente, siendo preferible la irrigacion contínua. Si á pesar de todo, la artritis se desarrollase, debe ponerse en uso el tratamiento en ese caso indicado, teniendo el cuidado de colocar el miembro en la extension; cuando se trate de las extremidades inferiores, y en flexion, si es uno de los miembros torácicos.

El tratamiento de las heridas del encéfalo, no es otro que el tratamiento antiflogístico mas enérgico: sangria general, si el individuo es robusto: si así no sucede, sanguijuelas ó ventosas escarificadas á la nuca, hielo á la cabeza, derivativos sobre el tubo digestivo, reposo, dieta, etc. La herida externa debe unirse por medio de los aglutinantes, pues nadie ignora el peligro á que la sutura del cuero cabelludo expone.

En el tratamiento de una herida penetrante simple del pulmon, la primera indicacion que el cirujano debe llenar, consiste en producir la oclusion de la herida exterior, lo que se obtiene por medio del tafetan engomado ó de la tripa empapada en colodion; en los casos en que la herida fuese muy extensa, ó sus lábios diesen mucha sangre, deberá reunirse por medio de la

sutura, con lo que la hemorragia será fácilmente contenida. Hecho esto, se procede á inmovilizar la region herida, valiéndose entonces el cirujano de un vendaje, con el cual tendrá tambien la precaucion de comprimir, lijeramente, los alrededores de la herida, para oponerse á la produccion del enfisema.

Si la hemóptisis fuere tal que hubiese necesidad de combatirla, se la tratará por los medios médicos en ese caso aconsejados. Antiguamente, con objeto de oponerse al desarrollo de la pneumónia, tan frecuente en las heridas del pulmon, se hacia uso de la sangría, ó, mejor, se abusaba de ella, pues en la actualidad nadie se atreveria á imitar el ejemplo del célebre cirujano francés Ravaton, el que, en el espacio de una noche, sangró nueve veces á un jóven que tenia el pulmon derecho atravesado de una estocada. En la actualidad, el uso de la sangría, está reducido á los casos en que el sugeto es de constitucion robusta, y esto, tan solo una vez ó dos á lo sumo, debiendo limitarnos al uso de los derivativos intestinales en los casos en que la debilidad del herido hiciese peligroso el empleo de la sangría.

En las heridas del corazon, despues de haber cerrado la herida externa y haberla recubierto de hielo, todos los esfuerzos del cirujano deben dirijirse á debilitar la circulacion, para obtener, por este medio, la formacion de un coágulo que oblitere la herida del corazon y contenga la hemorragia. Con este objeto se hará uso de la sangría, si el herido es de buena constitucion, debiendo servirnos de la digital á alta

dósis en el caso contrario; con el mismo fin se ordenará al enfermo la mas completa inmovilidad, impidiéndole hacer toda clase de esfuerzos: la dieta es de rigor. Este tratamiento debe continuarse por espacio de varios dias, pues mas de una vez se ha visto morir un enfermo por haberse desprendido un coágulo reciente, ó haberse roto una cicatriz aún poco sólida, en el acto de ir á hacer un esfuerzo.

En las heridas penetrantes simples del abdómen, la primera indicacion consiste en sacar al herido del estado de decaimiento en que se encuentra, como sucede, por otra parte, en todos los grandes traumatismos. Con este objeto, se hará uso de los excitantes exteriores: sinapismos, botellas calientes, etc., y si estos no bastan, deberá entonces administrarse una pocion estimulante como el café ó el vino caliente, ó mejor que esto, una infusion de jaborandi, adicionándole una sal volátil de amoniaco.

Respecto á la herida, se procurará su reunion por medio del tafetan ó la tripa, sirviéndonos en los casos en que esta fuese muy extensa, ó se presentase una hemorragia, de la sutura, debiendo cuidarse de hacerla bastante profunda para que interese el peritóneo parietal, con el objeto de aplicar serosa con serosa, favoreciendo de este modo su mas pronta cicatrizacion.

El enfermo será colocado en decúbito dorsal, con el vientre en relajacion, por medio de la flexion de los

muslos sobre el abdómen, administrándole grandes dósis de ópio, para obtener la quietud y calmar el dolor. La aplicacion del hielo sobre las heridas es de mucha utilidad, pues no solo favorece la reunion de la herida, sinó que tambien se opone al desarrollo de la peritonitis.

Acerca de las heridas complicadas con la salida del epiplon, ó el intestino, no están de acuerdo los autores en el tratamiento que en tales casos debe seguirse.

Creian los antiguos que debia reducirse siempre el epiplon, despues de haberse excindido. Muchos autores modernos, y con ellos Larrey, aconsejan la espectacion, dejando, por consiguiente, la parte herniada al exterior, limitándose á rodearla de compresas empapadas en líquidos antisepticos. Duplay aconseja que se haga la reduccion sin la excicion, en los casos en que el cirujano es llamado inmediatamente despues de producido el accidente, y en que la hernia epiploica es pequeña, no está estrangulada ni se eucuentra herida. El doctor Furk, aconseja la ligadura en masa del epiplocele, esperando obtener por este medio una cicatriz mas resistente, que oponer al peligro probable de una hernia traumática. Pipelet y Louis créen este medio muy peligroso y se oponen á que se practique.

En el Hospital General de Hombres, el método que siempre se sigue, consiste en producir la reduccion, esceptuando solo los casos en que el epiplon se encuentra herido, ó á perdido su vitalidad despues de una larga extrangulacion. La reduccion se proctica siem-

pre con la mayor suavidad posible, habiendo préviamente lavado el epiplon con una débil solucion de acido fénico entibiada, colocando al enfermo en la posicion indicada para hacer la taxis; si la reduccion es difícil, por las grandes dimensiones del epiplocele, no se vacile en practicar las debridaciones necesarias. En los casos antes citados, en que el epiplon se eucuentra herido ó falto de vitalidad, se practica la ligadura en masa. Entre los numerosos casos que, por estos procedimientos, he tenido ocasion de ver tratar son muy pocos los que recuerdo en que el resultado no haya sido la curacion. Cuando los intestinos hacen hernia por una herida abdominal, todos los autores están contestes en que debe hacerse su inmediata reduccion; bien que Boudin cita un caso en el que no habiendo sido practicada por el cirujano, se efectuó por sí sola de un modo espontáneo. Debe hacerse la reduccion con toda suevidad, habiéndo tenido antes la precaucion de lavarse el intestino con una solucion tíbia lijeramente antiseptica; si ella fuese difícil, por las grandes dimensianes de la masa herniada, deberá facilitarse por medio de pequeñas punciones, ó mejor por el debridamiento de la herida, despues de lo cual, la reduccion se operará sin dificultad. Si el esfómago herido, hace hernia, y la herida no está magullada, siendo por el contrario sus bordes bien netos, deberá practicarse la sutura, teniendo cuidado de unir serosa con serosa, método por el cual la reunion es muy fácil.

En el caso contrario, cuando el magullamiento de

los bordes de la herida hagan desconfiar del éxito de la sutura, deberá reunirse la herida del estómago á la herida externa, tratando de obtener la curacion á costa de una fístula gástrica.

La gastrorrafia, es, segun Otis, el medio porquo se han obtenido mayor número de curaciones; por esta razon él la aconseja, aún en los casos en que es preciso hacer debridaciones para ir á buscar en el interior de la cavidad el estómago herido, método que en una de las observaciones que mas adelante se consignan no se ha seguido, y en el que sin embargo, se obtuvo la curacion. En los heridos del estómago, la abstinencia mas completa es indispensable, necesaria, no debiendo administrarse, ni aún las pociones astringentes usadas antiguamente con el objeto de contener la hemorrajia; tratando esta por el reposo y la aplicacion de hielo al exterior.

Las inyecciones hipodérmicas de mərfina, son bastante aconsejadas; respecto al uso que antes se hacian de los vomitivos, en los casos en que el estómago contenia alimento en el momento de ser herido, se está completamente de acuerdo en proscribirlos por los peligros que el esfuerzo del vómito entraña.

La curacion espontánea de las heridas intestinales es, segun Duplay, muy rara; este autor no aconseja mas que dos medios para su tratamiento; consiste el primero en la sutura y reduccion inmediata del intestino, particularmente indicado en las heridas del intestino delgado; reduciéndose el segundo, á la fijacion de la herida intestinal en la herida externa, estable-

ciendo dc este modo un ano contra natural, método especialmente aplicable cuando es el intestino grueso el que se encuentra herido.

No obstante lo raro que, en la opinion de Duplay, es la curacion espontánea de estas heridas, he tenido ocasion de observar una, y esta, en el único enfermo en que la sutura intestinal dejó de hacerse, debido á la imprevision del practicante menor de guardia, que fué quien lo recibió. Este hecho nos inclina á creer indicada la espectacion en todos los casos de heridas pequeñas, en los que fuese necesario practicar debridamiento para encontrar el intestino herido y poder entonces hacer la sutura. El establecimiento del ano contra natural es de rigor en todas las heridas intestinales cuyos bordes se encuentran magullados; para obtenerle, se reunirá la herida intestinal á la herida externa por algunos puntos de sutura que al mismo tiempo atraviesen los lábios de la herida externa y de la intestinal, impidiendo de este modo el derrame de las materias contenidas en el intestino en la cavidad del peritóneo.

En los casos que la sutura se halle indicada, ésta se hará siguiendo el método descubierto por Jobert, método que consiste en la aplicacion de dos superficies serosas; medio por el cual es mucho mas fácil obtener la reunion de la herida; cuando ésta es pequeña, se seguirá el procedimiento de Lambert, ó el de Jobert, haciendo la sutura entrecortada mas fácil de aplicar.

Si la herida es de mayores dimensiones, se seguirá el proceder de Gely haciendo la sutura contínua.

Finalmente, en los casos de seccion transversal del intestino aún podrá obtenerse la reunion de la herida siguiendo el procedimiento llamado de invaginacion y debido tambien á Jobert. Concluida la sutura y despues de haber limpiado el intestino, se le lavará con un líquido antiséptico, haciendo despues la reduccion con la mayor suavidad; la herida abdominal se obturará completamente, si se quiere hacer una sutura perdida, y de un modo incompleto, dejando pasar por ella los hilos que vienen del intestino, cuando se desee, mantener éste, cerca de la herida externa, al alcance de la mano del cirujano. El tratamiento general de los heridos del intestino es exactamente el mismo que en todas las heridas penetrantes del abdómen.

Las heridas simples del hígado serán tratados como todas las heridas penetrantes de vientre: oclusion de la herida, aplicacion de hielo, y se administrará tambien el ópio; cuando se presente la herida con hemorrágia, se le combatirá con los refrigerantes, pudiendo igualmente emplearse la ligadura; si el hígado herido, hiciese hérnia, se reducirá, manteniéndolo en esa situacion por la sutura de la herida externa, y un vendaje ligeramente compresivo; pero, si la parte herniada, se encontrase desorganizada, es mas prudente colocar sobre ella una ligadura y esperar la curacion de la herida despues que aquella haya caído.

Primera Observacion

N. N. demente, al servicio del Hospital, de edad de 45 años, de temperamento sanguíneo y buena constitucion, entró á la sala de Cirujía el 25 de Diciembre del año 1878 para ser asistido de una herida que casualmente se habia inferido.

Al ser examinado, por el médico del establecimiento, se encontró una herida de seis centímetros de estension, de bordes bien netos, situada en el lado externo de la articulacion de la rodilla izquierda; los lábios de la herida se encontraban entre abiertos y fluia de ellos una abundante hemorrágia copilar; despues que se hubo en parte contenido, por medio del agua fria con que la herida era lavada, se reconoció que era penetrante, pues fluia de ella gran cantidad de un líquido cuyos caractéres correspondian á los de la sinovia, aumentándose su salida en los movimientos desordenados á que este enfermo se entregaba.

Sutúrose la herida con lo que la hemorrágia se contuvo, se colocó la pierna en extension en un canal de alambre y se aplicó sobre la articulacion una vejiga llena de fragmentos de hielo; para calmar la exitacion del enfermo y garantir su inmovilidad, muy difícil de obtener, se le hizo tomar una píldora de un grano de extracto aquoso de ópio. Dióse tambien la órden de mantenerle á dieta. Al dia siguiente, á

la hora de visita, el enfermo se encontraba bajo la accion de la fiebre traumática, felizmente muy poco intensa; los bordes de la herida, muy poco inflamados se encontraban en perfecta coactacion, rodeados de un ligero círculo de enrogecimiento. Se ordenó la odministracion de un purgante salino y que se continuaran las aplicaciones de hielo. En la tarde del dia 27, la fiebre habia desaparecido por completo, y el enfermo solicitaba alimentos, los que le fueron concedidos; por la noche, se le administraron algunas cucharadas de una pocion con hidrato de cloral para obtener su quietud, pues en la anterior habia ésta dejado mucho que desear. El 28 por la mañana, se quitaron las suturas, por los puntos de las que salieron algunas gotas de pus; se mandó que las aplicaciones de hielo se continuasen hasta el dia siguiente. Despues de dos ó tres dias de convalecencia, el enfermo fué dado de alta, llevando su herida perfectamente cicatrizada.

Segunda Observacion

José Rivolta, italiano. de 22 años de edad, soltero, temperamento linfático y buena constitucion, de profesion albañil, entró al Hospital á las dos de la mañana del dia 8 de Enero de 1879 y se le alojó en la cama núm. 4 de la sala de presos.

Al hacer su exámen, el practicante mayor de guar-

dia, lo encontró con todos los síntomas de una grande hemorragia: pequeñez y debilidad del pulso, cara pálida y desencajada, frialdad de las extremidades, sudores abundantes y tendencias al sincope; siguiendo en su exámen descubrió tambien una herida de cuatro centímetros de extension situada en el flanco izquierdo, cuyos bordes no daban sangre, á pesar de haber salido hasta pocos momentos antes en gran abundancia, segun referia el enfermo y podia comprobarse en sus ropas. En el fondo de la herida, bastante profunda, se notaba un cuerpo de un color blanco amarillento, tambien interesado, el que fué tomado por una hernia del epiplon.

Se hizo tomar al enfermo con el objeto de exitarle un poco de vino caliente mezclado con café, para hacer despues la oclusion de la herida por medio de la sutura; pero, con sorpresa se vió salir por la herida el líquido que, momentos antes, acababa el enfermo de beber; este nuevo síntoma, patognomonico de una herida del estómago, hizo creer al practicante necesario el auxilio del médico del establecimiento, determinando en consecuencia llamarlo en el acto. Pero éste, despues de haberse informado de las circunstancias en que el herido se encontraba, creyó innecesaria su presencia, limitándose á ordenar la oclusion de la herida externa por medio de la sutura. No satisfecho el practicante con la resolucion del médico, antes citada, mándolo llamar nuevamente, pero este, como en la ocasion anterior se limitó á ordenar, por segunda vez, la olcusion de la herida externa. Aun-

que con repugnancia, por no creer ese el tratamiento indicado, resolvióse el practicante á cumplir la órden, por dos veces repetida. Se practicó entonces la sutura de la herida exterior, abandonando la del estómago á los solos esfuerzos de la naturaleza.

Se le hizo tambien una inyeccion hipodermica de clorhidrato de morfina, despues que, en algo, se hubo reanimado con la ayuda de la posicion horizontal y de los exitantes externos. Finalmente, se ordenó la aplicacion del hielo sobre el vientre, encargando á las hermanas de servicio, no le diesen bebida ninguna, aunque fuesen por él solicitadas, como anteriormente lo habia hecho. El resto de la noche lo paso tranquilamente, y á las diez de la mañana, hora de visita, el Dr. Fernandez, médico de la sala, se resistia á creer en la existencia de la herida del estómago, dadas las buenas condiciones en que el herido se encontraba; su temperatura solo escedia de un grado la cifra normal, su pulso latia 85 veces por minuto y la herida perfectamente unida se encontraba en vias de cicatrizar por primera intencion; no existiendo á sus inmediaciones mas dolores, que los que el traumatismo debia ocasionar.

Despues de haber hablado el médico de la sala con el practicante mayor de servicio, en la noche anterior, resolvió continuar con el mismo tratamiento, siéndole permitido al enfermo que tomase pequeños fragmentos de hielo para calmar la sed que le atormentaba. En consecuencia, se le hizo una nueva inyeccion hipodérmica de un centígramo de clortidrato de

morfina y se oncargó á las hermanas que se continuasen las aplicaciones frias sobre el vientre.

Dos dias despues, en el momento de quitarle las suturas, el enfermo, infebril ya, solicitaba con empeño del Dr. Fernandez, permiso para alimentarse; se ordenó se le diese caldo varias veces, aunque siempre en pequeñas porciones; al otro dia, tuvo el enfermo un movimiento de vientre, no encontrándose en la deyeccion nada de particular. En los dias siguientes la alimentacion se hizo abundante, teniéndose siempre la precaucion de dársela en pequeñas porciones, para no distender demasiado el estómago.

El 25 de Enero, es decir, diez y siete dias despues de su entrada al Hospital, este enfermo salia de alta, débil aun, pues las pérdidas ocasionadas por la hemorragia, no pueden repararse en tan poco tiempo, pero perfectamente curado de su herida del estómago.

Tercera observacion

Francisco Gutierrez, argentino, casado, de 28 años de edad, temperamento mixto y buena constitucion, de oficio peon de campo, entró al Hospital el 23 de Febrero del año próximo pasado y ocupó el lecho núm. 10 de la sala de presos.

Los antecedentes de familia no tienen ninguna importancia: respecto á las individuales, manifiesta no

haber padecido ninguna enfermedad hasta el momento en que recibió la herida para cuya curacion ha sido enviado á este Hospital. Dice, haberla recibido hora y media próximamente, despues de haber almorzado el dia 14 de este mes, á consecuencia de una discusion que durante el almuerzo mantuvo. Refiere tambien que poco tiempo despues de haber recibido la herida, se hacia por esta un derrame, de sustancias que él creia alimenticias. Los nueve dias que, desde el momento en que fué herido, hasta el dia de su entrada al Hospital, han transcurrido, los ha pasado, segun él, abandonado en un cuarto en la campaña, sin asistencia médica y teniendo tan solo para cuidarle un muchacho, el que, en los últimos dias, le habia dado algunos alimentos, habiendo él rechazádolos antes por encontrarse sin apetito y con mucha fiebre, y tambien por el temor de que le hicieran daño, ó le aumentasen los dolores que en los alrededores de la herida sufria. Respecto á los cuidados que con la herida se habian tenido, estos habian sido reducidos á mantenerla limpia por medio de frecuentes lavatorios cou agua tibia.

Estado actual.—Al hacer el exámen del enfermo, se encontró una herida transversal, de doce centímetros de estension, situada en la region epigástrica, cuyos lábios muy separados se encontraban, á la par que el fondo, llenos de botones carnosos de un vivo color rojo. En el fondo de la herida, y hácia el lado izquierdo, se notaba un gran mamelon carnoso por cuyo centro agujereado se derramaban las sustancias

que el enfermo ingeria. El estado general era bueno, no existiendo fiebre, ni desarreglo ninguno en sus funciones.

Por indicacion del Dr. Fernandez, se cauterizó con el nitrato de plata, la entrada y parte del trayecto de la fístula gástrica antes mencionada, haciendo á su nivel la oclusion de la herida por medio de la tira emplástica, el resto de la que fué unido á favor de la sutura, pues era difícil de otro modo manter la perfecta coaetacion de sus bordes, dada su mucha extension y el haberse mantenido durante nueve dias muy abierta. Finalmente, se colocó al enfermo en decúbito dorsal con los muslos en flexion; la alimentacion fué totalmente suprimida. Al dia siguiente, el enfermo solicitaba del Dr. Fernandez permiso para alimentarse, aunque éste le fué negado; por la tarde el enfermo comió lo que varios de sus compañeros le dieron. Al hacer el exámen de la herida, al otro dia, se veia salir por la fístula apesar de las tiras aglutinantes, sustancias alimenticias, por lo que fueron las suturas quitadas y permitido al enfermo la alimentacion. Despues de pasados quince dias, y cuando la herida se encontraba ya curada, escepto al nivel de la fístula, se intentó cerrar esta por segunda vez, para cuyo objeto, despues de haberla nuevamente cauterizado con el nitrato de plata, se puso sobre ella una sutura metálica y se ordenó suspender otra vez la alimentacion. Pero, como anteriormente habia sucedido, el enfermo volvió de nuevo á tomar alimentos, antes que le fueran permitidos, saliendo estos, otra vez, por la fístula.

Por último el 18 de Marzo, el enfermo salia de alta con una fístula del estómago que no habia sido posible cerrar, aunque esto se habia intentado varias veces, en gran parte debido á la dificultad que en este enfermo habia para conservarlo á dieta.

Cuarta observacion

José Valdez, español, casado, de 38 años de edad, temperamento linfático y constitucion regular, vigilante, entró al Hospital el 2 de Marzo de 1879 y ocupó la cama núm. 35 de la Sala de Cirujía.

Presentaba este enfermo todos los síntomas de las heridas penetrantes del abdómen: palidez de la cara, pequeñez y alteracion del pulso, sudores frios, náuseas, frialdad de las estremidades; finalmente, mientras se le examinaba cayó en síncope, despues que hubo salido de él, con la ayuda de algunos estimulantes y de la posicion horizontal, se vió que efectivamente presentaba una herida penetrante de tres centímetros de extension, situada en el flanco izquierdo y por la que hacia hernia el intestino delgado, formando, al rededor de la herida, un círculo de ocho á diez centímetros de diámetro; el mismo intestino estaba tambien herido en dos partes, las heridas, transversales al intestino, aunque de pequeña estension, daban salida á las sustancias alimenticias en él contenidas.

Se hizo la sutura del intestino, por el procedimiento

de Jobert, despues de haberlo previamente vaciado de las materias que contenia con el objeto de facilitar su reduccion; pero siendo esta muy dificil, hubo necesidad de resolverse á debridar la herida abdominal, con lo que, la reduccion del intestino herniado fué posible; practicose en seguida la sutura de la herida externa, y se ordenó se colocase sobre ella una vejiga de cerdo llena de fragmentos de hielo. Se le administró al interior, y de hora en hora, una cucharada de una pocion estimulante, compuesta de 8 onzas de infusion jaborandi y dracma y media de acetato de amoniaco, ordenando se suspendiera tan pronto como la circulacion se hubiese regularizado y el herido entrado en calor.

Administrósele entonces una píldora de un gramo de extracfo aquoso de opio, con órden de repetirla á las dos horas, si el enfermo no se hubiese dormido; debiendo, mientras se esperaba su efecto, hacer tomar al enfermo pequeños fragmentos de hielo.

A las ocho y media de la noche, hora de visita, el el enfermo se quejaba de dolores abdominales, habiendo tenido pocos momentos antes algunos vómitos; su pulso muy pequeño era tambien muy frecuente, se repitió nuevamente la píldora de ópio; con todo, á las seis de la mañana siguiente, espiró víctima de una peritonitis sub-aguda.

Quinta observacion

Ramon Perez, argentino, soltero, de 21 años, temperamento linfático y pobre constitucion, de oficio impresor, entró al Hospital el 8 de Agosto de 1879 y ocupó la cama núm. 12 de la sala de presos.

Hijo de padres tuberculosos, y él mismo escrofuloso, habia sufrido en su juventud numerosas enfermedades, habiendo sido siempre débil y enfermizo.

Al hacer el exámen de este enfermo, el practicante mayor, mi distinguido condiscípulo y amigo el señor Diaz Menendez, se encontró con una herida penetrante del vientre, situada en la region ilíaca izquierda y de dos centímetros de extension por la que hacia hernia una asa intestinal tambien herida.

Despues que hubo suturado el intestino por el procedimiento de Jobert, habiéndolo antes desocupado de las materias que contenia para facilitar su reduccion, y no habiendo esto sido posible, se debridó la herida abdominal, practicando enseguida la reduccion del intestino herniado. La herida exterior, fué tambien unida por medio de la sutura de puntos pasados, y sobre ellos hiciéronse aplicaciones de hielo: al interior, le fueron administradas á este enfermo veinte gotas de laudano de Sydenham, en un pequeño terron de azúcar, habiendolas repetido á las cuatro horas de haber tomado las primeras, por no haber estas producido, hasta ese momento, efecto ipnótico ninguno. Al

dia siguiente, á la hora de visita, el Dr. Fernandez encontró al enfermo con todos los síntomas de una violenta peritonitis, la cual aunque limitada habia elevado de grado y medio la temperatura, el enfermo tenia 108 pulsaciones por minuto, siendo su pulso pequeño y filiforme; en la noche anterior habia tenido numerosos vómitos, y se quejaba en ese dia de grandes dolores en las inmediaciones de la herida, haciéndole tambien un inyeccion hipodérmica de un centígramo de clorhidrato de morfina, la que debia repetirse despues de un intérvalo de seis horas. Al otro dia, los dolores habian disminuido de un modo notable, manteniéndose, sin embargo, la temperatura y el pulso lo mismo que el dia anterior; los vómitos, aunque menos frecuentes, habian sido no obstante numerosos; repitióse otra uez la inyeccion de morfina.

El dia 11, el estado del enfermo era muy grave, la temperatura alcanzaba á 40 grados y el pulso *l*atia 120 veces por minuto; los vómitos, muy frecuentes, eran verduscos y porráceos, los dolores se habian habían hecho otra vez muy agudos; finalmente, el enfermo, se encontraba atormentado con un hipo imposible de contener; su respiracion era bastante dificil, á consecuencia de una gran tempanitis abdominal, muy rápidamente desarrollada.

Por segunda vez, se aplicaron sobre el vientre, y en los alrededores de la herida, doce sanguijuelas, se repitió igualmente la inyeccion hipodérmica de morfina y se mandó tomar al enfermo pequeños fragmentos de hielo.

El dia 12, los síntomas habían sensiblemente disminuido, la temperatura era de 38 y medio grados, el pulso no daba mas que 106 latidos por minuto; los vómitos casi habían desaparecido; los dolores abdominales habían calmado de nuevo, solamante la respiracion siguió siendo dificil y el hipo molestaba siempre al enfermo. Se mandó seguir el tratamiento con el hielo y las inyecciones de morfina, esperando, para hacer una puncion abdominal, que la disnea se hiciese mas intensa.

El dia 13, el estado del enfermo era mejor, los síntomas seguian disminuyendo en intensidad.

El dia 14, por primera vez, desde su entrada al Hospital, el enfermo ha movido el vientre, la mejoría, aunque lenta, se sigue haciendo.

Dia 16—A consecuencia de una diarrea incoercible que el dia anterior se ha presentado, la timpanitis ha desaparecido por completo, haciéndose desde este momento con facilidad la respiracion. El hipo ha desaparecido juntamente con la dificultad repiratoria.

Dia 25—El enfermo se encuentra nuevamente en peligro, pues la diarrea que dió orígen á que desapareciera la timpanitis ha persistido, á pesar del enérgico tratamiento puesto en práctica para combatirla, colocando al enfermo en una debilidad tal que hace abrigar peligo por su existencia.

Se le mandó tomar una cucharada cada hora de la siguiente bebida:

Infusion de ratania, ocho onzas; estracto de mone-

sia y de ratania una dracma; jarabe de catecú dos onzas.

El alimento debía consistir tan solo en un poco de caldo mezclado con vino.

Dia 26—La diarrea se ha contenido por completo. El 28, comenzó á alimentarse nuevamente el enfermo.

25 de Setiembre: los veinte y nueve dias que han trascurrido, los ha pasado el enfermo con grandes alternativas entre una diarrea incoercible y un estreñimiento pertinaz, debiéndose notar que cuando el enfermo pasaba mas de tres dias sin mover el vientre, la timpanitis se reproducía, volviendo con ella la dificultad respiratoria y tambien el hipo.

18 de Octubre: El enfermo sale de alta; sus funciones se efectúan con toda regularidad hace mas de quince dias, tiempo que ha sido empleado en asistirse de un infarto ganglionar, situado en el cuello, y el que felizmente se ha resuelto debido al enérgico tratamiento puesto en práctica para combatirlo.

Sesta observacion

José Rivera, argentino, 35 años, casado, temperamento nervioso y buena constitucion, de oficio carrero, entró al Hospital el 12 de Mayo del año próximo pasado y ocnpó la cama núm. 18 de la sala de presos.

Este enfermo fué atendido por el practicante menor de guardia, por haberse ausentado, momentáneamente, el practicante mayor.

Al hacer su exámen, se encontró una herida de cinco centímetros próximamente de extension, situada en la region lumbo ilíaca del lado derecho y por la que derramaba una sustancia semi-líquida, cuyo aspecto y olor hacían fácilmente reconocer las materias fecales.

Como los lábios de la herida produjesen una ligera hemorragia, creyó conveniente el practicante unirlos por medio de la sutura llamada de pellegero, deteniendo de este modo, al mismo tiempo que hacía la coaptacion de los lábios de la herida, la salida de sangre. Sobre la herida se colocó tambien un vejiga llena de hielo, haciendo que el enfermo tomase en seguida una píldora de un grano de estracto aquoso de opio.

Al dia siguiente, cuando el practicante mayor fué á ver el enfermo, creyendo encontrarlo con todos los síntomas de una peritonitis gereralizada, fué agradablemente sorprendido al encontrarlo con solo 37 y medio grados de temperatura y muy pocos dolores limitados á las inmediaciones de la herida. Se prohibió al enfermo tamase ninguna clase de alimentos y se le repitió la píldora de opio, haciendo se continuasen las aplicaciones heladas. Al otro dia, no presentando el enfermo síntoma alguno y encontrándose perfectamente reunida la herida externa, se quitaron las suturas, ordenando por precaucion que solo híciese

el enfermo uso de alimentos líquidos; cinco dias despues, es decir, á los ocho de su entrada al Hospital, enconfrándose el enfermo perfectamente curado de su herida, fué dada de alta.

V. B.

J. T. Baca.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I. Anatomia. — ¿Cuáles son los órganos contenidos en el torax, y de que aparatos hacen parte?

II. Fisiologia. — Menstruacion.

III. Materia médica y terapèutica. — Absorcion de los medicamentos.

IV. Patologia externa, — Tumor blanco en general.

V. Patologia interna. — Tratamiento de las enfermedades del corazon.

VI. Obstetricia. — Cloroformo en el parto.

VII. Oftalmologia. — Iritis en general.

VIII. Medicina legal. — ¿Cómo se prueba que un recien nacido ha respirado?