3486
2625
TD

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HERIDAS
PENETRANTES DEL ABDÓMEN

TESIS INAUGURAL

DE

JOSE B. LLANOS

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE JUAN A. ALSINA, MÉXICO, 1422.
—
1889

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HERIDAS PENETRANTES DEL ABDÓMEN

TESIS INAUGURAL

DE

JOSÉ B. LLANOS

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE JUAN A. ALSINA, MÉXICO, 1422.

1889

Facultad de Ciencias Médicas

Decano

Dr. DON MAURICIO GONZALEZ CATAN

Académicos

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
« « MANUEL PORCEL DE PERALTA
« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « PEDRO A. MATTOS
« « EDUARDO WILDE
« « JOSÉ T. BACA
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « IGNACIO PIROVANO
« « PEDRO MALLO
« « JOSÉ M. ASTIGUETA
« « MARTIN SPUCH
« « JACOBO DE T. PINTO
« « EUGENIO UBALLES

Académicos honorarios

Dr. D. TEODORO ALVAREZ
« « GUILLERMO RAWSON
« « SANTIAGO LARROSA
« « ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « DOMINGO PARODI

Secretario

Dr. D. LUIS DR LA CÁRCOVA

Escuela de Medicina

CATEDRÁTICOS TITULARES

Anatomía descriptiva..... Dr. D. Juan José Naon.
Anatomía topográfica... « « M. Gonzalez Catan.
Histolojía ..... « « Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana..... « « José M. Astigueta.
Higiene pública y privada..... « « Antonio F. Crespo.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos..... « « José T. Baca.
Materia Médica y Terapéutica... ..... « « Justiniano Ledesma.
Patolojía externa..... « « Guillermo Udaondo.
Patolojía interna..... « « Manuel Arauz.
Anatomía Patolójica..... « « Telémaco Susini.
Medicina operatoria..... « « Bartolomé Novaro.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica... « « Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica..... « « Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica « « Pedro Lagleize.
Enfermedades nerviosas.. ..... « « José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clínica id ..... « « Lucio Melendez.
Clínica Quirúrgica ..... Dr. D. Ignacio Pirovano. Luis Guemes.
Clínica Médica..... Dr. D. Manuel P. de Peralta—.Juan B. Gil
Obstetricia y Clínica obstetricial..... « « Samuel A. Molina
Medicina legal y Toxicolojía..... .. .. « « Eduardo Wilde.
Química aplicada á la Medicina.. ..... « « Pedro N. Arata.
Química aplicada á la Farmacia..... « « « «
Farmacia y práctica farmaceútica ..... « « Martin Spuch.

CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva ..... Dr. D. Juvencio Z. Arce.
Anatomía topográfica..... « «
Histolojía..... « « Andrés F. Llovet.
Fisiolojía jeneral y humana Dr. D. Cárlos Villar. (en cjer.) Jaime R. Costa.
Higiene pública y privada, Dr. D. Meliton G. del Solar(en ejercicio). Enrique Revilla
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos, Claudio Benitez—Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica, Dr. Enrique del Arca—Justiniano Ledesma.
Patolojía externa..... Dr. D.Obdulio Hernandez (en ejercicio).
Patolojía interna..... .... « « José Penna. (en ejer).
Anatomía patológica.....
Medicina operatoria... ..... « « Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecolójica... « « Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica. Dr. Ant. F. Piñero (en ejercicio). Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica.. « « Eduardo Obejero.
Enfermedades nerviosas..... .
Enfermedades mentales y clínica id..... .... « « Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica, Dr. D. Julian Aguilar. antonio C. Gandolfo id (en ejer).
Clínica Médica, Dr. D. G. N. Chaves (en ejer). Eufemio Uballes.—Abel Ayerza
Obstetricia y Clínica obstetricial..... Dr. D. J. R. Fernandez—Luis F. Vila.
Medicina legal y Toxicolojía..... Dr. D.Juan B. Señorans (en ejercicio).
Química aplicada á la Medicina .....
Química aplicada á la Farmacia..... Atanasio Quiroga.(en ejer).
Farmacia y práctica farmacéutica. ..... « «

PADRINO DE TESIS

Dr. D. Antonio E. Malaver.

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Presento en mi tésis las observaciones que he podido hacer, durante mi internado en el Hospital de Clínicas, sobre las heridas penetrantes de la cavidad abdominal. Si algun interés presenta es que nos hace ver las deficiencias de nuestro primer hospital, que no dispone de ninguna sala especial para operaciones del abdómen, como nos enseña que debe hacerse la práctica de los grandes maestros. Salvada esta deficiencia, la falta de intervencion, que hasta ahora es la conducta que se sigue, siendo por otra parte completamente justificada, dejaría de serlo y con toda probabilidad podrán presentarse estadísticas brillantes en estos casos que, por ahora, nos suministran en las heridas de bala el setenta y cinco por ciento de mortalidad. Trataré de ser breve y

me limitaré á enunciar los casos, á hacer un breve resúmen de los resultados obtenidos y á indicar los medios que deben emplearse en el tratamiento de estas heridas; la gravedad respectiva de cada clase de heridas será objeto tambien de breves consideraciones.

Las observaciones que presento son de enfermos que han estado en el Hospital de Clínicas desde el 1°. de Enero de 1886 hasta el 30 de Marzo de 1889.

OBSERVACION PRIMERA.

Entró el 1.° de Octubre de 1885, Amador Gonzalez, de 37 años de edad, de nacionalidad argentino, profesión jornalero, constitucion mala. Entró al Hospital en estado de estupor y tenía hemóptisis. Presentaba una herida incisa en la región escapular izquierda, no penetrante; otra en la región costomamaria izquierda, penetrante de la pleura del pulmon y del estómago. Había hemorragia interna y pulso filiforme. Se practicó la laparatomía y pudo comprobarse que el contenido del estómago se había derramado en el peritóneo, despues de hacer la hemostasia perfecta y la toilette completa de la serosa, se practicó la gastrorrafia. Los órganos, una vez la intervención terminada, fueron colocados en su respectiva posición. Se practicó la sutura de la herida abdominal comprendiendo el peritóneo y se puso la curacion de Lister.

El enfermo desde el dia siguiente entró en una

franca mejoría, y ésta se acentuó tanto que, á los quince dias, Gonzalez abandonaba la cama y durante una semana no sintió novedad alguna: pero desarreglos que hizo, exponiéndose demasiado á la intemperie, trajeron complicaciones del lado del pulmon, y despues, la ingestión de varias frutas, que habia podido procurarse clandestinamente, fué la causa de que estallara una gastro-enteritis que trajo los vómitos consiguientes; la herida estomacal cicatrizada recientemente y por consiguiente débil todavía teminó por abrirse, dejando escapar el contenido gástrico hácia la cavidad peritoneal, produciendo como es consiguiente una peritonitis generalizada sobre-aguda, que fué rápidamente mortal.

La autopsia practicada el 2 de Enero de 1886, al dia siguiente del fallecimiento del enfermo, mostró que, además de la peritonitis, habían persistido las lesiones del pulmon y de la pleura, pues presentaba una pleuro-neumonía bastante intensa.

Como se ve, la intervención llevada enérgicamente en un caso desesperado, había producido el restablecimiento del enfermo, que de otra manera estaba infaliblemente condenado á morir en breve tiempo despues de recibir la herida. La cicatrización de ésta y la franca convalescencia del enfermo, se pueden considerar como un espléndido resultado á pesar de haberse operado en condiciones malas de enfermo y de medio.

OBSERVACION SEGUNDA.

Entró el 15 de Febrero de 1886, N. N. español, de 23 años de edad, profesión zapatero, de constitución regular. Al ingresar al Hospital se encontraba en estado de estupor, no podía responder á las preguntas que se le dirigieron y el pulso filiforme, latía 120 veces por minuto. Presentaba una herida por arma de fuego en el tércio anterior del octavo espacio intercostal izquierdo; la bala había salido en la línea blanca á cuatro centímetros por encima del ombligo. A las pocas horas, se declaró una peritonitis sobreaguda que terminó con la vida del enfermo el 17 de Febrero, es decir, á los dos dias de su entrada.

La autopsia demostró que la bala había herido el estómago y habiendo producido su rotura, el contenido se habia derramado en la cavidad peritoneal, produciendo la peritonitis consiguiente.

OBSERVACION TERCERA.

Entró el 22 de Marzo de 1886, Antonio Colombo, italiano, aserrador, de 31 años de edad, casado y de buena constitución, presentaba tres heridas por instrumento cortante; la primera penetrante del abdómen con eventracion del intestino y tres heridas de éste, que interesaban todo el espesor de sus paredes; la segunda del torax, penetrante, situada en el cuar-

to espacio intercostal izquierdo en la unión de sus tércios medio y anterior, y por fin una tercera en la región antibraquial anterior, tércio inferior del lado izquierdo, llegando hasta el ligamento interóseo.

A pesar de venir el enfermo en un estado desesperante, se practicó en las paredes intestinales la sutura de Gelly; despues de lavar perfectamente el intestino herniado, se redujo á su posición normal; la herida de las paredes abdominales fué suturada, haciéndose lo mismo con la del torax, por la cual se efectuaba la traumatópnea, y con la del antebrazo colocándose en esta última únicamente un tubo de drenaje. En todas se aplicó la curación de Lister y al ser llevado el enfermo á la cama que le era destinada, se le prescribieron píldoras de dos centígramos cada una, de extracto tebaico, para tomar cada dos horas.

En el ánimo de todos los que habían presenciado la operación, á pesar de ser ésta hecha perfectamente, existía el pleno convencimiento de que el enfermo no sobreviría á su enfermedad y no fué sin sorpresa y satisfacción que se supo, que desde el dia siguiente, había entrado en una rápida mejoría, la cual no fué turbada por ningun contratiempo y el enfermo despues de curar de todas sus heridas por primera intencion, salió de alta completamente restablecido el 26 de Abril.

Despues he tenido ocasión de ver que la curación

había sido completa, pues al año siguiente concurría al consultorio externo por una quemadura de los dedos, de la que tambien curó rápidamente. De la lesión anterior, no sentía molestia alguna.

OBSERVACION CUARTA.

Entró el 26 de Junio de 1886, Pedro Areco, italiano, soltero, de 24 años de edad, marinero y de buena constitución, presentaba una herida penetrante del abdómen por arma de fuego. El orificio de entrada estaba en la línea blanca, á tres centímetros por debajo del apéndice xifoides y la salida se había efectuado en el mismo plano horizontal á catorce centímetros hácia la izquierda de la línea media.

Despues de practicar la limpieza de las heridas se aplicó la curación de Lister. Al interior píldoras de ópio y calomel y pequeños pedazos de hielo y sobre el abdómen dos grandes bolsas llenas de hielo. Al dia siguiente sobrevinieron vómitos, la temperatura se elevó, el vientre fué distendido por gases y en medio del colapso, el enfermo murió el 1.º de Julio, es decir, cuatro dias despues de recibir la herida.

Segun demostró la autopsia, la bala había producido la perforación del estómago.

OBSERVACION QUINTA.

Entró el 20 de Setiembre, Agustin Lucio, español, casado, de 40 años de edad, carrero y de constitución fuerte, presentaba dos heridas por armas de fuego, una en la región epigástrica, penetrante, y otra en el muslo izquierdo. Se lavaron las heridas y se aplicó la curación de Lister y se ordenaron bolsas con hielo sobrela región herida.

Pocas horas despues, sobrevinieron vómitos sanguinolentos; la sangre arrojada era completamente roja y el enfermo murió en el colapso mas profundo á las ocho horas de la entrada al Hospital.

La bala había herido una de las artérias del estómago, y éste se encontraba distendido por la sangre, la cual había pasado en parte á la cavidad peritoneal. El peritóneo presentaba rasgos de una inflamación incipiente.

OBSERVACION SEXTA.

Entró el 18 de Octubre de 1886, Bartolomé Lascano, argentino, soltero, de 22 años de edad, carrero y de buena constitución, presentaba una herida incisa en el hipocondrio derecho. En el fondo de la herida se podía ver y palpar una erosión superficial de la cara convexa del hígado. Se hizo un cuidadoso lavaje de la heridase puso, un pequeño tubo de

drenaje, se suturó y la curación de Lister fué aplicada con todo rigor. El enfermo durante los primeros dias se quejó únicamente de dolores persistentes en el hombro derecho, los cuales fueron disminuyendo hasta desaparecer completamente. A los cuatro dias se sacó el tubo de drenaje y á los seis las suturas; verificándose la curación completa pocos dias despues.

El enfermo salió de alta el 3 de Noviembre.

OBSERVACION SÈPTIMA.

Entró el 20 de Marzo de 1887, Fernando Calcufú, argentino, soltero, de 22 años de edad, casado y de buena constitución, presentaba una herida penetrante en la mitad izquierda del epigastrio, producida por instrumento cortante. El epiploon salia por la herida y la palidez del enfermo, la depresión de su pulso y la frecuencia de éste, indicaban que había hemorragia interna, además, la sangre salía abundantemente por la herida.

Reducido el epiploon que había permanecido poco tiempo afuera, se suturó la herida y se colocó un tubo de drenaje y la curación de Lister. A pesar de todos los minuciosos cuidados, el enfermo murió al dia siguiente de hemorragia interna.

La autopsia demostró que el cuchillo había herido el estómago, la cara convexa del hígado, perforando

el ligamento suspensorio de éste, el diafragma, y había abierto la pleura derecha, donde se encontró un abundante derrame de sangre.

OBSERVACION OCTAVA.

Entró el 18 de Setiembre de 1887, Estéban Ferreyra, argentino, de 35 años de edad, soltero, zapatero y de constitución regular, tenía una herida penetrante del abdómen en el lado derecho de la región epigástrica. Una parte del epiploon, del volúmen de una gruesa almendra salía por la herida. Como había permanecido durante mucho tiempo el epiploon fuera de la cavidad abdominal, se practicó la extirpacion al nivel de la herida y no dando sangre el pedículo, fué reducido y la herida suturada. Sometido al tratamiento clásico, sobrevino al cuarto dia una ligera peritonitis que cedió rápidamente. Veinte dias despues de su ingreso, el enfermo salió de alta completamente curado.

OBSERVACION NOVENA.

Entró el 26 de Diciembre de 1887, Santiago Balmi, italiano, mozo de cordel, de 38 años de edad, soltero y de constitución regular, había recibido una herida penetrante del abdómen debajo de la última costilla del lado izquierdo, producida por

instrumento cortante Se practicó la sutura y se aplicó la curación de Lister. Dos dias despues sobrevino una ligera peritonitis, la que duró pocos dias y el enfermo se restableció completamente, saliendo de alta el 31 de Enero de 1888.

OBSERVACION DÉCIMA.

Entró el 19 de Mayo de 1888, José Márcos, español, jardinero, casado, de 34 años de edad y de buena constitución, tenía una herida penetrante del abdómen en la región umbilical y presentaba los síntomas de una intensa peritonitis. Se practicó la sutura y la curación antiséptica. El enfermo murió á las tres horas de su ingreso. La herida había sido producida el dia anterior.

La autópsia demostró una ancha herida del intestino delgado y una flegmasia peritoneal sobreaguda.

OBSERVACION UNDÉCIMA.

Entró el 6 de Febrero de 1889, Antonio Peluffo, argentino, carrero, de buena constitución, casado, de 25 años de edad, presentaba una herida penetrante del abdómen en la region umbilical, producida por instrumento cortante. Se practicó el lavaje de la herida, la sutura y la curación antiséptica. Al

interior se le prescribieron píldoras de ópio y calomel y sobre el abdómen bolsas de hielo. Cura por primera intención la herida y no sobreviene complicación alguna. A los nueve días abandona el Hospital completamente curado.

OBSERVACION DUODÈCIMA

Entró el 2 de Enero de 1889, Isaac Bosco, italiano, herrero, soltero, de 31 años de edad y de constitución regular; con el fin de suicidarse se había inferido una herida penetrante del abdómen, con un revólver Bull-dog de nueve milímetros, en la región epigástrica y dos mas con la misma arma, una en la región mastoidea y otra en el conducto auditivo del lado derecho. Se declaró una intensa peritonitis y á los pocos dias empezó á mejorar, curando completamente poco tiempo despues de la herida abdominal y de sus complicaciones, teniendo que permanecer en el Hospital por las heridas del cráneo hasta el 13 de Marzo, dia en que salió de alta con una parálisis facial derecha. Ninguno de los proyectiles fué extraido.

OBSERVACION DÉCIMA TERCERA.

Entró el 17 de Febrero de 1889, Francisco Viña, español, carrero. casado, de 35 años de edad, de

buena constitución; había sido herido en la región hipogastrica con un instrumento cortante Salía el epiploon por la herida. Se ligó este al nivel de la herida la cual fué suturada y curada por el método antiséptico. Marchó todo bien hasta el cuarto dia, en que al caer el epiploon esfacelado sobrevino una ligera peritonitis muy limitada la cual desapareció rápidamente. Salio curado el 27 de Febrero, despues de diez dias de enfermedad.

Si reducimos á dos categorias los casos enumerados, se pueden dividir en heridas por instrumento cortante y en heridas por armas de fuego.

No tengo sinó una observacion personal de herida desgarrada con atricion de casi todas las vísceras y fracturas múltiples y complicadas de los miembros inferiores; pero es un caso que no debe entrar en esta estadística, porque la multiplicidad de las lesiones, no me permite incluirlo en la misma categoria que los casos antes enumerados. El enfermo tenia rota la vejiga por las esquirlas de los huesos ilíacos; y la retraccion enorme de las paredes abdominales, dejaba á descubierto los intestinos lacera-

dos así como las demás vísceras. El enfermo murió á la media hora de entrar al Hospital y no bastaron para reanimarle las cuatro ó cinco inyecciones de éter que se le hicieron.

Paso á considerar por su número y resultados las heridas ponetrantes por armas de fuego:

Ocupan las observaciones 2.ª, 4.ª 5.ª, y 12.ª; de cuatro casos, tres han muerto y uno ha curado. Si tenemos en cuenta la estadística de Otis que da, para la guerra de seseción en los Estados-Unidos, una mortalidad de 87 por ciento, nuestra estadística no es en absoluto tan mala como pudiera hacerlo creer, la cifra de 75 por ciento de mortalidad: pero con los cuatro casos qne presento no puedo establecer relacion exacta porque, un caso mas ó menos tiene para nosotros mucha importancia, mientras que en una estadística numerosa como la del autor citado, cada caso pierde algo de su valor intrínseco para dar mayor aproximación del todo hácia la verdad.

Los casos de heridas incisas ocupan las observaciones 1.ª, 3.ª, 6.ª, 7ª, 8.ª, 9.ª, 10.ª, 11.ª, y 13.ª; de estas nueve observaciones tenemos dos muertos, lo que nos dá una relacion de mortalidad de 22 por ciento aproximadamente. Teniendo en cuenta, que en estos casos fatales la autópsia ha demostrado, la existencia de soluciones de continuidad en los órganos abdominales y que solamente en muy pocos de los terminados por la curación han podido ser obser-

vadas las lesiones internas, menos que el principal factor de la mortalidad es la herida del intestino, del estómago ó de los vasos, que pueden producir la muerte respectivamente por peritonitis ó por hemorragia. Si separamos estas causas, los casos de herida penetrante simple, es decir, sin lesión importante profunda, se pueden considerar con bastante propiedad, como lesiones desprovistas en parte de la gravedad que hace suponer el hábito externo del enfermo, en el cual vemos siempre la fácies peritoneal y el colapso mas ó menos marcado que es consiguiente á todas las heridas penetrantes; y en las observaciones que presento no se encuentra ningún caso seguido de autópsia, en que no se hayan comprobado solusiones de continuidad del tubo digestivo ó de las otras vísceras.

En una discusión entablada recientemente en la Société de Chirurgie de París, Trélat ha dicho que, todo herido de bala en el abdómen cuando el proyectil ha interesado el intestino es un condenado á muerte; apesar de lo lacónico y preciso de esta afirmacion, Verneuil opina que la muerte no es consecuencia necesaria de las heridas del intestino. Poniéndonos á juzgar estas opiniones con los casos enumerados en esta tésis, tenemos que decidirnos por las ideas de Trélot; pues en los casos seguidos de curación no se ha podido observar en ninguno síntomas, que pudieran traer el conocimiento de una

herida intestinal y en cambio siempre ha existido esta en los casos fatales.

Las heridas penetrantes de la cavidad abdominal, han sido siempre consideradas como lesiones sumamente graves y esta manera de ver debe subsistir hoy mientras no se intervenga de una manera decisiva y se deje á la naturaleza medicatriz el restablecimiento del herido.

Dice Marion Sims: «Tengo el convencimiento que un hombre con una lesión por arma de fuego ú otra de la cavidad peritoneal, convenientemente tratado, no corre mas riesgo que una operada de ovarioto mía.» Seguramente este autor tiene mucha confianza en la laparotomía, y con razon, pues practicada con todas las precauciones antisépticas no hace correr al enfermo mas riegos que la herida y en cambio le promete esperanzas que se debe desechar, cuando la herida es abandonada á sí misma.

Despues me ocuparé del tratamiento por la laparotomía y trataré antes brevemente las cuestiones relativas al diagnóstico, pronóstico y complicaciones.

Un instrumento vulnerante que atraviesa las paredes abdominales, puede tener diferentes formas, ser impulsado por fuerza de órden diverso y por último afectar direcciones variadas. Segun la naturaleza del instrumento, las heridas pueden ser: por instrumento punzante, incisas, contusas y desgarradas.

Las mas leves son en general las producidas por instrumento punzante, que solo pueden traer la muerte en circunstancias especiales, sobretodo cuando hay herida de algun vaso importante. Las heridas incisas son ya mas graves y la seccion de los órganos internos es una complicacion bastante frecuente y sumamente temible. En estas heridas la plenitud ó vaciedad del tuvo digestivo, puede influir mucho en su gravedad, pues el derrame de materias alimenticias ó excrementicias en la cavidad abdominal es un incidente sumamente grave, que en la inmensa mayoria de los casos produce una peritonitis casi siempre mortal. Si el intestino está vacio, los riesgos que corre la vida del enfermo no son tantos, pues existen posibilidades de una peritonitis limitada que produzca la obliteración del orificio de la herida é impida la salida del contenido intestinal; otras veces en estos casos, se produce el adosamiento de las hojas parietal y visceral del peritoneo y si la herida conserva el paralelismo, puede producirse un ano contra-natura. Respecto á las heridas de bala, diré que son mucho mas graves y la opinión de Trélat enunciada en otro sitio nos da cuenta de que la curación es una exepción rara. De las heridas por arrancamiento se puede afirmar que la curación no es una excepción, sino una curiosidad; sobretodo cuando el arrancamiento no se limita únicamente á las paredes abdominales.

En todas estas heridas, además de la inflamación de la serosa peritoneal, hay otra complicación sumamente peligrosa, mas difícil de combatir y de resultados mas rápidamente fatales: me refiero á la hemorragia interna.

La gravedad varia con el calibre del vaso herido y con la naturaleza y situación de este vaso. Las heridas de la aorta por instrumento cortante ó contudente son rápida y necesariamente mortales; en cuanto á las producidas por instrumento punzante pueden curar, si el instrumento no ha hecho sino erosionar sus paredes ó penetrar muy poco siendo sumamente delgado; sin embargo, la resistencia de las paredes una vez vencida, el aneurisma seria casi inevitable.

Repecto de las heridas de los otros órganos puede observarse la misma gravedad ascendente, desde las producidas por instrumento punzante, hasta las producidas por las armas de fuego. Si bien en estas últimas heridas la hemorragia no es tan comun como en las otras, la contusión de los tejidos no solamente en el lugar de entrada del proyectil; sino tambien en alguna distancia á su alrededor, hace que la cicatrización sea difícil y qne cuando no se interviene, no pueda sino pocas veces obtenerse por primera intención.

El diagnóstico de las heridas penetrantes, no siempre presenta las facilidades que á primera vista

parece debieran observarse. Cuando la herida es pequeña y su trayecto oblícuo á traves de las paredes abdominales, no habiendo hernia del epiploon, el diagnóstico es difícil y estando contraindicada la exploración, solamente los síntomas subjetivos y si es posible el conocimiento del arma y la porción de ella que ha penetrado, teniendo en cuenta la dirección de la herida, podrán ponernos en camino de diagnosticar si la herida ha sido penetrante ó no.

El síntoma mas importante y que no da lugar á dudas es la salida de las vísceras por la herida, el órgano que mas frecuentemente hace hernia es el epiploon y es bastante frecuente observarlo entre los lábios de la herida; el intestino sano ó lesionado segun en órden de frecuencia y esta complicacion es ya mucho mas séria que la simple salida del epiploon.

Fuera de estos síntomas patognomónicos, hay otro objetivo también que es de bastante exactitud, me refiero á la peritonitis; cuando es generalizada y primitiva, es decir que sobreviene breve tiempo despues de la herida, es probablemente debida á una herida del tubo dijestivo que ha permitido el derrame de su contenido en el peritoneo; pero no siempre es síntoma de penetración, pues puede desarrollarse por lesiones internas y rotura de órganos, sin que haya sido penetrante la herida, como sucedía antes con las contusiones del abdómen por

gruesos proyectiles arrojados por armas de ánima lisa y por consiguiente de poca velocidad inicial.

Un síntoma de mucho interés y que unido á los demás adquiere mucho valor, es el aspecto del enfermo, el estado de postración en que se encuentra, el hundimiento de los ojos y la expresión de ansiedad de su fisonomía. Algunas veces en heridas que no presentan complicación y en que todo marcha bién, la cara del enfermo se asemeja á la de un agonizante y si nos guiaramos por su aspecto haríamos un pronóstico mucho mas sombrío.

El estado de estupor y postración que sigue á las heridas penetrantes del abdomen, casi nunca falta y solo varía de intensidad según los individuos; observándose en el primer tiempo que sigue á la herida un descenso sensible de la temperatura que se manifiesta en el áxila hasta 1° mas baja que la normal.

Si al cabo de algunos dias en que todo ha marchado bien y en los que el enfermo ha mejorado sensiblemente, sobrevienen dolores abdominales, hay constipación, timpanismo, el pulso se deprime, la temperatura se eleva, las facciones del enfermo expresan de nuevo un estado de postración y sobrevienen vómitos, no hay duda que la peritonitis secundaria ha sobrevenido. Esta peritonitis puede tener varios oríjenes, como ser:

el esfacelo de parte del epiploon herniado, cuando ha permanecido bastante tiempo fuera de la herida y ha sido reducido indebidamente, la formación de un absceso en el espesor de las paredes abdóminales, que se abre al interior; la desgarradura de la cicatriz débil todavía que se ha formado en el tubo dijestivo y sobre todo la permanencia de cuerpos extraños que, si bien pueden enquistarse, otras veces su presencia produce una flegmasia del peritoneo.

Cuando se sospecha ó se tiene evidencia que una herida ha llegado hasta la cavidad peritoneal se debe ser muy *reservado* en el pronóstico. Con esta palabra *reservado,* indicamos nuestra ignorancia para predecir lo que puede suceder algún tiempo despues, pero vale mas declarar que no se sabe, que no predecir cuando hay muchas probabilidades de que falle el pronóstico; en todo caso, conviene siempre no adelantar demasiadas seguridades de éxito.

Voy á ocuparme ahora suscintamente del tratamiento que debe emplearse en estas heridas.

No discutiré los diferentes métodos que pueden seguirse y que la mayoría de las veces, corresponden á ideas de escuelas diferentes. Trataré de tomar de cada tratamiento los recursos que estén mas en armonía con la cirujía moderna. No se puede sin peligro de exponerse á fracasos y con-

trariedades, ser partidario decidido de ninguna de las opiniones sobre la intervención ó la absten ción, en el tratamiento de estas heridas. Así pues, establecer el límite de los casos en los cuales el cirujano debe intervenir ó no, es un punto sumamente difícil; pero los extremos son claros. La intervención primitiva cuando existen síntomas de perforación intestinal, se impone; pero cuando ya las complicaciones han estallado y ha sobrevenido el estado de estupor que precede á la muerte, el cual no se hace esperar, entonces la conducta que debe seguir el cirujano no está tan bien definida y si opera no debe acariciar mucha esperanza.

Haciendo entonces á un lado las cuestiones que puedan presentarse, en cada caso en particular, me ocuparé únicamente de enunciar los medios de que debe echarse mano en general, teniendo en cuenta que cada caso puede presentar circunstancias especiales, que pueden influir en el ánimo del cirujano y hacerle modificar las reglas clásicas del tratamiento.

Cuando todos los datos que tenemos se reducen á presunciones y no existe seguridad sobre la penetración de la herida, toda tentativa de exploración está contra indicada y solo debe reducirse el tratamiento á procurar hacer aséptica la herida, habiendo antes hecho una hemostasia tan perfecta como sea posible y á practicar la sutura, que debe com

prender todos los órganos seccionados. Haciendo esto con precaución y minuciosidad, el drenaje puede ser suprimido con ventaja, pues se obtiene la diminución del tiempo que tarda en formarse la cicatriz.

El tratamiento de las otras heridas puede presentar sérias dificultades. Si no hay herida de los órganos internos, la intervención es semejante á la ya enunciada; pero si hay herida del epiploon ó hemorragia interna, no debe procederse de una manera tan simple y es necesario, ir á encontrar el intestino ú otro órgano herido cuya solución de continuidad constituye un peligro, para practicar la sutura, reducir el epiploon si ha permanecido muy poco tiempo afuera, despues de practicar una antisepcia rigurosa ó ligarlo al nivel de la herida y comprimir su pedículo entre los lábios de la herida, cuando su vitalidad sea dudosa: ó ir á buscar el vaso que dé sangre para practicar la hemostasia por cualquiera de los medios que estén á nuestro alcance.

El intestino sano ó herido puede salir por la herida y su reducción inmediata en un caso y previa sutura en el otro, debe practicarse después de lavarlo bien con una solución antiséptica debil, por medio de una taxis suave practicada con compresas calientes.

Si la herida intestinal una vez comprobada su

existencia, cuando existen deposiciones de sangre p. eje., y no es accesible por la herida, debe practicarse la laparotomia y la sutura de la herida interna. Sin esto, el herido abandonado á sí mismo estaría condenado fatalmente á la peritonitis.

Respecto á las heridas por arma de fuego complicada de heridas del tubo digestivo, el único tratamiento racional es la laparotomia y solamente la falta de buenas condiciones de medio justifica la abstención, cuando según Sims, la estadística de la intervención inmediata sería semejante á una de ovariotomía, es decir, que del 75 por ciento, bajaría al 3 ó al 4 por ciento.

Ahora bien, no en todos los casos la intervención puede llevarse de una manera decisiva, pues no es posible pedir que el cirujano restaure órganos destruidos ó evite reacciones que no está en su poder el evitar.

Dadas ya ligeramente las principales reglas del tratamiento quirúrgico, réstame enunciar los medios terapéuticos de que disponemos, para prevenir las complicaciones y colocar al enfermo en las circunstancias mas favorables para su curación.

Ante todo, la inmovilidad debe ser tan completa como sea posible y el decúbito dorsal debe usarse en la mayoría de los casos, recomendando la quietud mas perfecta.

El inmovilizar también el intestino, es una nece-

sidad urgente y recurriremos al ópio ó á sus derivados que solos ó asociados á otras sustancias médicamentosas, producen la inmovilidad ó por lo ménos la paresia del tubo digestivo, lo cual es muy ventajoso para la cicatrizacion de las heridas internas. Además, empleando el ópio puede esperarse que las probabilidades de hemorragia disminuyan, teniendo en cuenta que es hemostático; luego siendo un anexmótico poderoso, los temores de derrame interno disminuyen.

Es ventajosa la aplicación del hielo sobre las paredes abdominales, pues disminuye la reacción inflamatoria y se opone á la hemorragia. Esta aplicación debe ser constante, porque su supresión podria tener inconvenientes dada la hiperemia que sobreviene, cuando se interrumpe su aplicación.

Otra indicación muy importante, es la de tener el tubo digestivo tan vacio como sea posible y la alimentación debe ser objeto de riguroso cuidado. prohibiéndose todo alimento sólido y sometiendo al enfermo al régimen lácteo.

Ya que he trazado rápidamente un esbozo del tratamiento de estas heridas sólo me resta añadir que es de desear se salven cuanto antes las deficiencias del Hospital de Clínicas y se le ponga en condiciones para tratar de salvar la vida á muchos infelices que perecen por la falta de una sala para abrir el vientre.

José B. Llanos.

Abril, 30 de 1889.

Buenos Aires, Abril 30 de 1889.

Pase á los Sres. Académicos Dr. Pirovano y Catedráticos Dres. Aguilar y Gandolfo, para que informen sobre la admisibilidad de esta Tésis.

M. GONZALEZ CATAN
LUIS DE LA CÁRCOVA
Secretario.

Mayo 9 de 1889.

Sr. Decano.

Esta Tesis está conforme con las prescripciones del Reglamento.

I. Pirovano.—Antonio Gandolfo
Julian Aguilar.

Buenos Aires, Mayo 14 de 1889.

De acuerdo con el informe que antecede entréguese al interesado para su impresion; debiendo fijarse por Secretaría el dia en que deba sostenerse en acto público ante la Comisión examinadora respectiva.

M. GONZALEZ CATAN
LUIS DE LA CÁRCOVA
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS.

Histología.—Puede haber célula sin membrana de cubierta?

Anatomía patológica.—Histología patológica del carcinoma.

Anatomía descriptiva.—Cuáles son los órganos contenidos en el torax y aparatos de que hacen parte?

Anatomía topográfica.—Región externo pubiana.

Fisiología.—La radiación solar bajo la forma de calor ó de luz es la condición esencial de toda vida vegetal y animal?

Materia médica y terapéutica.—Acción fisiológica y terapéutica de los antimoniales.

Patología externa.—Cuerpos extraños, su etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Nosografía médica.—Hay ó no diferencia entre tuberculosis meníngea y meningitis tuberculosa?

Patología general.—Qué es diátesis y cuáles son sus caractéres?

Clínica médica.—Tiene importancia terapéutica fijar la lesión intra-cardíaca.

Medicina legal y Toxicología.—Cuáles son los fenómenos que se verifican para determinar la muerte por asfixia?

Oftalmología.—Del ojo como instrumento de óptiac.

Higiene.—Variaciones barométricas de grande extensión.

Medicina operatoria.—Amputación de Lisfranc.