

122
139
133

268

28 Marzo 1885



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Contribucion al estudio de
las heridas penetrantes del torax.

Bergeon, Clemente



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Heridas penetrantes del tórax.

H. C. S.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Las lesiones traumáticas del tórax, uno de los puntos mas importantes de la patología quirúrgica, han sido tratadas con brillante pluma por muchos autores distinguidos, en tesis de concurso o memorias especiales.

Y si yo presento ante vosotros ese mismo tema, es sencillamente por haber observado algunos casos en el curso de Clínica de mi distinguido maestro, el profesor Sr. V. Barvallo S.

Tal es el móvil que me ha sugerido la idea de esta tesis

Pero antes de hablar de las lesiones traumáticas del tórax, en lo que me concierne, se me permite, honorable Comisión, hacer un breve bosquejo, una rápida revista sobre la anatomía i fisiología de la region, seguirán despues las observaciones clinicas i por último las conclusiones: tal es el plan de mi memoria

He de contar igualmente que para su redacción me han servido de una manera especial: La tesis de concurso de M. Anger, Paris 1866, Graser, Hellen, Duplay, Sédillot, Legouest. Entrando, pues, en materia principiarémos por la anatomía



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Anatomía. — La caja torácica está formada: lateralmente por las costillas i sus cartílagos, hacia adelante por el esternon i hacia atrás por la columna vertebral. Esta caja de movimientos muy poco apreciables i no desempeña sino el papel de un soporte, sobre el cual se mueve el esqueleto de la región. Las costillas son movibles al rededor de sus articulaciones i además tienen la notable propiedad de ser elásticas, circunstancia esta última que les permite modificar su curvatura. Los Cartílagos son aun mas elásticos que las costillas, propiedad de la cual recibe algún beneficio el esternon.

De los dos orificios del tórax, el superior es mas pequeño i el inferior mas ancho. Aquel da paso a la tráquea, al esófago, a los vasos del cuello, a los nervios pneumogástricos i recurrentes i al vértice del pulmón por su parte lateral. El orificio inferior da inserción hacia dentro, por todo su alrededor, al diafragma. Este músculo, cóncavo por abajo, aloja al hígado, al bazo i al estómago, convexo por arriba se asciende lo mismo a derecha que a izquierda, subiendo segun M. Sappey, el punto mas culminante de la bóveda en la respiracion normal hasta la quinta costilla a derecha, hasta la sexta, a izquierda. Segun Cassinelli, ascenderia mas aun: asi llegaria hasta la cuarta por su lado derecho, hasta la quinta por su lado izquierdo.

Esto como se comprenderá facilmente es de suma importancia para la práctica de la Toracentesis.

El diafragma presenta tres orificios por los cuales pasan: por el uno la vena cava, por otro el esófago i el nervio pneumogástrico, por el tercero la aorta, la vena azigos mayor i el gran simpático.



Los espacios intercostales están llenos por los músculos del mismo nombre i recorridos de atrás adelante por los nervios i arterias intercostales, cada una de ellas acompañada de dos venas satélites. Las arterias se hacen mas i mas delgadas a medida que avanzan hacia la parte anterior del tórax, circunstancia que es necesario tomar en cuenta para colificar, por la topografía de la región, de la mayor o menor gravedad de una hemorragia. En su trayecto se anastomosan con ramos perforantes de la mamaria externa i, hacia adelante, con las arterias intercostales anteriores, ramos derivados de la mamaria interna. Las arterias mamarias internas recorren la cara profunda de la pared del tórax, paralelamente al borde esternal, a 1 centímetro próximamente por fuera. La laceración de estas arterias es rara i la sangre se derrama generalmente en la pleura, por razón de vecindad. La hemorragia de estos vasos es mas grave en la mujer que en el hombre, sobre todo durante la preñez i la lactancia.

Los vasos mamarios externos i los escapulares no presentan grande interes en nuestra descripción. En cuanto a las arterias subclavia i axilar, que cruzan la parte superior del tórax acompañados de una gruesa vena i de los ramos del plexo braquial, pueden llegar a ser el origen de complicaciones graves en los heridas de esta parte del tórax.

Los pulmones suspendidos dentro del tórax, por su hilus, deslizan merced a la pleura. Cuyas dos hojas no dejan ningun vacío entre si. A pesar de todo, cada una de ellas tiene tres fondos de saco: uno superior, que aloja al vértice del pulmón, otro inferior, que recibe el borde inferior del órgano i otro anterior que recibe

el borde anterior del mismo. De todos ellos el que presenta mas importancia practica es el fondo de saco inferior o Corto-diaphragmatico. Este se halla formado por la reflexion de la pleura de la parte inferior de la pared del torax hacia la cara superior del diafragma, se dirige oblicuamente de arriba abajo y de delante atras, desde el apendice xifoides hasta la segunda costilla, siguiendo la linea de las inserciones corto-diaphragmaticas. - En la inspiracion el pulmon desciende hacia el fondo de saco pero no le alcanza; en la espiracion sube y se alza 7 centimetros, segun M. Sappey, 13 a 16, segun Bloquet. De esta disposicion resulta, que, efectuandose normalmente la respiracion, un instrumento que penetrase durante la espiracion por debajo de los limites indicados no herira el pulmon, es cierto, pero comprometera el diafragma y organos abdominales, haciendo asi una herida penetrante del pecho a la vez que una herida penetrante del abdomen. Por encima de estos limites o en una fuerte inspiracion el pulmon seria indefectiblemente afectado. Los fondos de saco anteriores que contienen el borde anterior de los pulmones, avanzan entre el corazon y la pared del torax, de donde resulta que una herida del corazon puede venir acompañada de una herida de la pleura con o sin herida del pulmon.

El pulmon se mantiene en relacion con la cavidad que le contiene, gracias a la fusion del aire contenido en sus alveolos y a la resistencia que le oponen las paredes del pecho que impiden el acceso del aire ambiente. Pero si una herida que interura la pleura parietal o visceral tiene lugar, etc

~~se~~ lugar, precipitándose el aire al interior, el pulmón se encuentra así entre dos fuerzas: una interna i otra externa; esta mas potente i enérgica que la primera vence en la lucha, rompe el equilibrio i el pulmón tiene necesariamente que hundirse i retraerse hacia el lado del tórax que le ofrece mayor resistencia: hacia la columna vertebral. Pero debemos agregar aun que esta retracción no es debida sino a la retractilidad del tejido pulmonal, de suerte que la retracción i hundimiento del órgano seria la causa i no el efecto de la entrada del aire en el pecho (Föllin). Al lado de sus grandes inconvenientes, esta entrada del aire en el tórax tiene tambien sus benéficos efectos dificultando la circulación pulmonar, estrechando la herida, favoreciendo la detención de la hemorragia i, en fin, la cicatrización de la herida.

El Corazón descansa sobre la curva convexa del diafragma, entre los dos pulmones. Desborda segun Fillaux 7 a 8 centímetros el borde izquierdo del esterno i 1 a 2 el borde derecho. En el sentido vertical se extiende desde el borde superior de la 3.^a costilla hasta el borde inferior de la quinta. El sitio donde late la punta del corazón ha sido objeto de diverjencias por parte de los médicos que han escrito sobre el particular. Así para Vermeil late en el 4.^o espacio intercostal, entre tanto que para Sappey late en el 5.^o i para Fillaux detras de la 5.^a costilla. etc. etc. Nosotros creemos con la mayor parte de los autores que estos diferentes maneras de ver no son debidas sino a los diferentes estados del órgano, ya en estado

normal o en el de hipertrofia o hipermegalia

El origen de la arteria pulmonar corresponde a la articulación condrocostal de la tercera costilla izquierda i su bifurcación a la 2.^a del mismo lado. La aorta nace del ventrículo izquierdo, continúa detrás de la arteria pulmonar, para venir a colocarse después, haciendo camino, entre ella i el esternon; en seguida hacia atrás para formar el cayado al nivel del borde inferior de la primera costilla. De la concavidad del cayado aórtico nacen: el tronco braquiocefálico derecho, detrás la carótida primitiva izquierda i un poco más atrás todavía la arteria subclavia izquierda. Entre estos vasos i la parte superior del esternon se colocan los troncos venosos braquiocefálicos derecho e izquierdo que por su reunión forman la vena Cava Superior.

Entre los órganos contenidos en el tórax además del corazón i los pulmones, se encuentran: la tráquea los bronquios, los nervios pneumogástricos, simpáticos, los ganglios bronquiales i el esófago.

Como nuestro objeto era hacer una somera descripción anatómica del tórax no nos ocupamos profundamente para entendernos más sobre este punto en la convicción de que esto bastará para ilustrar la tesis que nos hemos propuesto i facilitar así el diagnóstico de los huídos penetrantes del pecho.

Por consiguiente, terminaremos aquí este breve resumen anatómico.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Fisiología. — Por lo que respecta al funcionamiento de los pulmones diremos también algunos



palabras. El tórax se dilata durante la inspiracion i se estrecha en la espiracion. Los pulmones deslizan, merced a los pleuros a las cuales estan mantenidos en contacto, previo el vacio que entre ellas existe. Mientras el tórax se ensancha en la inspiracion, el pulmon desciende i vice-versa. Resulta de aqui un continuo deslizamiento del pulmon (en su superficie externa) sobre la pleura costal, siempre que no existan adherencias pleurales. De esto resulta igualmente que en los heridas penetrantes del pecho que interesan el pulmon, la incesante locomocion de este organo destruye casi inmediatamente el paralelismo entre la porcion parietal i la visceral del trayecto de la herida, circunstancia muy favorable para la produccion de un pneumotorax, es cierto, pero en cambio muy poco a proposito para el desarrollo de un enfisema subcutaneo.

La produccion de un pneumotorax en este caso es muy facil de comprender. Hemos visto precedentemente que el pulmon se hunde en virtud de su retractibilidad que le es propia; Cuando una solucion de continuidad del tórax pone en comunicacion la cavidad pleural con el aire exterior éste llena el vacio que deja el pulmon al retraerse, en una palabra de aqui el primer estadio, la primera etapa en la produccion de un pneumotorax. En efecto, el tórax, en su funcionamiento, obra la manera de un fuelle atrayendo i rechazando sucesivamente el aire ambiente, de este modo es como viene a complicarse los fenomenos consecutivos al accidente. La inspiracion que sigue al trauma-

tismo atrae el aire al interior del pecho, la respiración que le sigue lo rechaza. ¿Qué camino seguirá pues el aire? Si el paralelismo de la herida se ha conservado, se infiltrará en los mallas del tejido celular de la pared del tórax; ¿el paralelismo está destruido? el aire exterior tendrá expedita su entrada, difícil ^{su salida} ¿qu' hora? No habrá otra cosa que acumularse en la cavidad pleural. He aquí pues la causa de la producción de un pneumotórax.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los movimientos de ampliación i estrechamiento de los tórax obran también sobre la circulación de los gruesos troncos venosos que llevan al corazón derechos la sangre de todo el organismo. Su circulación se acelera, se hace mas activa en la inspiración, i, por el contrario, se debilita en la espiración. Esta influencia se hace sentir aun sobre las venas subclavas i axilares, de donde la gravedad de la herida de estos vasos por la penetración del aire en su interior, accidente cuya fatalidad es bastante conocida. La penetración del aire en estas venas está ayudada además por la disposición de las hojuelas aponuroticas vecinas, que las mantienen siempre abiertas.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

— Heridas penetrantes. —

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se conoce con el nombre de herida penetrante a toda solución de continuidad que penetra en el interior de una cavidad, sea esta abdominal, torácica, craneal etc. Cualquiera que haya sido el agente que los haya producido por consiguiente, llamaremos herida penetrante del pecho a toda solución de continuidad que ponga en comunicacion



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cion la cavidad del torax con el aire exterior. El agente vulnerante puede atravesar simplemente la pared del torax o comprometer en su tránsito, el pulmón, el corazón etc., de donde nace la denominación de heridas penetrantes simples para las primeras i de heridas penetrantes complicadas para las segundas. En este último caso tendremos por consiguiente una herida penetrante del pecho complicada con lesión del corazón, del pulmón etc. o, simplificando su nomenclatura, una herida del pulmón, del corazón etc.

Para su metodica en nuestra descripción hablaremos algo primero sobre las heridas penetrantes en general para pasar en seguida a las heridas penetrantes en particular.

Heridas penetrantes en general

Sintomatología. — La disnea, que reconoce por causa el dolor i la molestia de los movimientos respiratorios que de ello resulta, es uno de los primeros síntomas, sin embargo de encontrarse tambien en las contusiones i en las heridas no penetrantes. Se acompaña de cianosis i puede conducir a la muerte. La hemorragia, que puede verificarse al exterior o al interior o derramarse fuera i dentro de la Cavidad. La primera puede matar por su abundancia, pero la segunda i tercera variedad son mas peligrosas aun por la molestia que imponen al libre funcionamiento de los pulmones o del corazón, determinado por su compresion. El paro del aire puede tener dos orijen: o bien sale hacia el exterior viniendo del pulmón, o bien penetra en el inter-

ion de la cavidad del tórax por los movimientos de ampliación torácica; puede en ambos casos venir o no acompañado de un silbido. Siempre que la herida quede permeable y abierta, el aire llamado en cada inspiración es rechazado por la espiración, entra y sale sucesivamente por la herida. Si raras el primer ha designado este fenómeno con el nombre de traumatopnea.

Además de estos síntomas especiales a las heridas penetrantes del pecho se encuentran otros que son inmediatos y comunes a muchas otras lesiones. Los principales son: la pérdida de conocimiento, que reconoce dos causas, la emoción, y el dolor que puede conducir a veces a un síncope completo, la desaparición momentánea del pulso o su debilitamiento, los sudores fríos, el enfriamiento de los extremidades y la palidez del semblante etc.

Diagnóstico. — El sitio de la lesión, la naturaleza del agente vulnerante, la dirección del golpe, la fuerza con la cual ha obrado sobre el tórax nos suministran datos útiles a este respecto. Así una herida penetrante del pecho que se sitúe sobre una costilla o en regiones protegidas por gruesas capas musculares nos hará concebir menos sospechas de que sea penetrante que otra que tenga por sitio un espacio intercostal, por ejemplo. La nocion de la dirección del agente vulnerante nos ilustrará también en el diagnóstico, así como la posición del herido en el momento del accidente. La fuerza y la ligereza del cuerpo vulnerante deben tomarse en consideración como elemento de diagnóstico, igualmente que su naturaleza: así con una impulsión igual un cuerpo romo penetrará mucho menos profundamente que un instrumento cortante o punzante, como un estilete o un fleche, p. e.

La presencia del instrumento que ha producido la lesión puede también en muchos casos suministrar enseñanzas útiles al cirujano así como al médico lejano. Si es un instrumento punzante o cortante i punzante a la vez, se examina hasta donde está teñido con sangre i se comparará en seguida con la lesión, teniendo de este modo algunas presunciones mas en favor del diagnóstico. La topografía de las vísceras intra torácicas conocida, podremos concluir cuál de ellas ha sido lesionada en una herida penetrante complicada.

Todas estas nociones suministradas por los síntomas enunciadas precedentemente quedan lo mas a menudo insuficientes siempre que alguna lesión de las vísceras no venga a ilustrar el diagnóstico. Por esta razón los antiguos cirujanos se habian ingeniado i preocupado lo bastante para saber si se trataba de si una herida era o no penetrante, en el primer caso, reconocer su profundidad. Con este fin sondaban la herida, hacian en ella inyecciones de agua, que debia refluir si la herida no era penetrante o, por el contrario, quedas en la cavidad torácica si lo era. Algunos veces en fin hacian cerrar la boca i la nariz del herido i le hacian practicar una brusca espiracion, el aire debia refluir por la herida si era penetrante. Con razón estos procedimientos han sido hoy dia universalmente proscritos. Ya Boyer, Dulpuytren i el príncipe de los cirujanos modernos los habian rechazado con toda la fuerza de su elocuencia i el prestigio de sus conocimientos científicos, no solo como inútiles sino, mas aun, como muy peligrosas.

Una palabra todavía sobre este particular. De todos

estas prácticas la más inútil y la más peligrosa era sin duda el sondaje de la herida. En efecto, ¿que se trata de alcanzar, de conseguir con este pretendido elemento de diagnóstico? Perforar la pleura, en muchos casos, convirtiéndose en penetrante una herida que no lo era primitivamente, remover, cambiar de lugar a coágulos que eran el obstáculo a una hemorragia y por consiguiente provocarla. He aquí sus ventajas. Pero vamos al mismo tiempo puntos. Solo en una circunstancia fue de permitirse el sondaje de la herida y es en aquellos casos en que se sospeche una fractura o la presencia de un cuerpo extraño; pero la investigación no debe hacerse en semejantes casos con la sonda de pecho de los antiguos cirujanos, sino con el dedo, que es una sonda inteligente y que va en el fondo de la herida.

Pronóstico. — Toda herida penetrante del pecho debe ser mirada como ^{muy} grave. La muerte puede ser muy inmediata al traumatismo, cuando el corazón o los gruesos vasos son abiertos, por ejemplo, y en circunstancias más peligrosas la vida del enfermo está siempre en peligro por motivo de las complicaciones, ya próximas ya alyadas que pudieran sobrevenirle. De todos modos una herida penetrante del pecho deberá ser mirada como un accidente grave y el pronóstico será siempre reservado.

Tratamiento. — Tres órdenes de indicaciones habrá que llenar en las heridas penetrantes del tórax 1.º Atender a los desiderios funcionales creados por el traumatismo; 2.º la curación de la herida; y 3.º los que se relacionan con las complicaciones. Los fenómenos generales, que ya hemos enunciado, se combatirán con

los medios apropiados al efecto. Para combatir
 la disnea, que es uno de los síntomas mas alarmantes,
 se elevará el pecho del herido, se le harán algunos
 revulsivos cutáneos i se le espondrá al aire fresco. El
 dolor se combatirá con los opiados i la curación de la
 herida. Siempre que los síntomas artificiales amenen
 en la vida del enfermo, podremos practicar una san-
 guía del brazo, sangría que entrará en relación inversa con
 la sangre perdida por el herido; pero esta práctica es
 muy aventurada i se debe ser muy cauto. Entrará en
 reposo absoluto i se le impedirá hacer esfuerzos o hablar.
 Para combatir la hemorragia, sea interna o externa, se
 recurrirá a los agentes hemostáticos. La herida limpia
 i desmenuzada de los cuerpos extraños que pudieran
 contener, se la oclucionará (Contrariamente a la prác-
 tica antigua que introducían tintos o mechas en
 la herida) ya con un tapón de hilos, con redondelos
 superpuestos de yesca con esporadrops o mejor aun
 con tripa colodionada. Hecho esto se vendará
 al enfermo con un vendaje circular por apretado,
 llenando de este modo sus indicaciones: 1.º deteniendo
 la hemorragia; 2.º impidiendo la producción o la exten-
 sion de un enfisema; 3.º ayudando al enfermo a in-
 mobilizar el lado herido del tórax i atenuando el dolor
 i la disnea. Los antiguos Cirujanos, i entre los
 modernos Dupuytren i Boyer, por ejemplo, acon-
 sejaban practicar emisiones sanguíneas precoces con
 el objeto de prevenir las complicaciones. Hoy día
 esta práctica está abandonada por varios rones i
 se recurre a la administración interna de los opia-
 ceos o a las inyecciones hipodérmicas de morfina

que disminuyen el dolor, dan calma i tranquilidad al enfermo, favoreciendo de este modo la reparacion i previniendo las complicaciones

Creemos superfluo, visto lo reducido de este trabajo, entrar en una descripcion detallada sobre las diversas complicaciones ya primitivas, ya secundarias que pueden acompañar a toda herida penetrante del tórax.

Entrar en promissos sobre la sintomatología i diagnóstico, pronóstico i tratamiento de cada una de ellas.

Esto no llevamos demasiado lejos, excediendo asi los límites que con anticipacion nos hemos trazado. Me li-

mitaré a anotarles a medida que vaya haciendo de mis observaciones clinicas. Por tanto, las diferentes

complicaciones i los órganos que puedan afectar los enunciaré aqui simplemente. Por parte del pulmón

el pneumotorax con sus dos variedades, parcial o general, el hemo-pneumotorax, cuando hai den-

me de aire i de sangre a la vez, como es de regla en el pneumotorax traumático i el hidro- i pio-pneu-

motorax, cuando el gas, irritando la superficie pleural, provoca un derrame seroso en el primer caso, puru-

lento en el segundo; el hemotorax i por fin la hernia traumática del pulmón. Por parte del mediastino,

el enfisema que puede tener tres orígenes diferentes: 1.º una herida penetrante simple del medi-

stino; 2.º una herida de la traquea o de los bronquios; 3.º una dislocacion o herida pulmonar. El

hemo- mediastino. Por parte del pericardio, el pneumo-pericardio i el hemo-pericardio. Por

ultimo, las heridas de las arterias intercostales i mamarias internas o externas, i los cuerpos extraños de la pleura i del.



mediastino

Possibilidad de las heridas penetrantes del tórax o, en otros términos, partes del pecho mas accesibles a una penetración.

Aquí nos cabe preguntar ¿Cuáles son las partes del tórax mas accesibles para que una herida lleque a ser penetrante? Desde luego responderemos; La parte superior del tórax es la que está mas protegida i puesta a salvo a eventualidades de esta especie: 1.º hacia adelante está protegida por la clavícula i por la masa de los pectorales mayores; 2.º hacia atrás por la escápula i los músculos supra espinoso, infra espinoso, sub-escapular etc que se insertan en ella; 3.º hacia las partes laterales por el múnion de la espalda i la raíz del miembro superior. Pero así como estas regiones de la parte superior del tórax pueden poner a salvo a los órganos intra torácicos en caso de solución de continuidad, tenemos en cambio otras circunstancias desfavorables que casi equilibran a las otras, siendo por consiguiente muy pocas a propósito para áhorras dichos órganos. En este caso se encuentran: la cara anterior del tórax al nivel de la línea media del esternon i las partes infero-laterales, en que el esqueleto del tórax está revestido de capas musculares pocas espesas i que por tanto son pocas capaces para garantía de las violencias exteriores. Pero así como dice muy bien Jollin " estas partes del tórax tienen esto en revancha; su movilidad es mas pronunciada abajo que arriba i las costillas inferiores pueden mas facilmente que las superiores, merced a la movilidad de que gozan, huir bajo los choques que vienen a impresionarlas".



Heridas penetrantes en particular.

Estas pueden ser, como hemos dicho al principio, de dos especies: o atraviesan toda el espesor de la pared torácica sin interesar ninguno de los órganos subyacentes, o, lo que es mas frecuente, comprometen los órganos contenidos dentro de la cavidad del tórax. En el primer caso tenemos el ejemplo de una herida penetrante simple; en el 2.º el de una herida penetrante complicada. — Para no alterar en nada el orden que hemos seguido hasta aqui nos ocupamos en primer lugar de los primeros para seguir despues con los últimos.

Heridas penetrantes simples.

La solución de continuidad parietal puede en su trayecto alcanzar la pleura que tapiza la pared costal o abrir el mediastino. De aqui la necesidad de agregar el epíteto pleural para los primeros, mediastinos para las segundas. Estas lesiones son excesivamente raras i esto se comprende fácilmente cuando se examina la disposición de los visceras con relacion a la pared. En efecto, es difícil concebir como un agente vulnérante que compromete la pleura parietal no alcance a herir el pulmón, cuando este órgano se encuentra en contacto inmediato e íntimo con la pared interna de la caja torácica. Apesar de los riesgos inconvenientes se describe mejor una herida penetrante simple del mediastino que una de la pleura, porque en esta region los órganos están en relacion tan íntima con la pared; por esta razon han llamado exclusivamente la atención de los cirujanos.

Heridas penetrantes simples pleurales.

Leva tarea ardua hacer la historia de los heridos de

de la pleura, puesto que solo los vemos en la vida experimental, en operaciones practicadas, al efecto. Se conoce solo un caso bien averiguado de herida de la pleura parietal inserto en el Bulletin de la Soci- anat. t III, p. 151. Se trata de un individuo que habia recibido en el 6.º espacio intercostal izquierdo un golpe de respetto, habia interesado el borde inferior de la 6.ª costilla, seccionado la arteria intercostal.

Habiendo sucumbido el enfermo a consecuencia de la hemorragia, se encontró en la autopsia una contusion del pulmón en frente a la solución de continuidad parietal. Otro caso relatado por Letenneur (de antes) aunque no haya sido sometido al contraste de la micropsia es el siguiente: Se trataba de un muchacho recibido en el 6.º espacio intercostal derecho. La ausencia de la herida pulmonal puede justificarse por el sitio de la herida. Letenneur cree que el hígado y el diafragma han quedado indemnes. El herido curó después de una larga serie de accidentes.

Las heridas que perforan las dos hojas de la pleura parece que no son tan raras al nivel del seno costo-diafragmático, sobre todo si la lesion ha sido recibida en el momento de la espiración; pero la gravedad de la herida no puede en estos casos ponerse en tela de juicio, porque el diafragma fatalmente sería interesado y el peritoneo al mismo tiempo que la pleura. Estas heridas tienen un doble interés puesto que interesan a la vez dos grandes cavidades serosas del cuerpo, presentando como particularidad interesante la herida del esplumon al traves del diafragma y de la pared del pecho. Hechos interesantes de

esta especie encontramos dos en la excelente tesis de Concurso de Beny. Auges. En el primero, debido a Berthe, la solución de continuidad ocupaba el sexto espacio intercostal izquierdo; en el 2.º, relatado por Veyron Laerix e insertado en su tesis inaugural, la herida situaba en el 7.º espacio intercostal izquierdo.

Sintomatología - A ejemplo de Velaton, distin-

guimos los casos en los cuales la herida es ancha i fácilmente permeable al aire i aquellos en que es estrecha para que este fluido no pueda inmiscuarse libremente ahí. En el primer caso será tanto mas ancha la herida, mas expedita la comunicacion de la solución de continuidad parietal i el aire se inmiscuará, merced a la retructilidad pulmonal, tanto mas cuanto se lo permita el paralitismo de la herida, encontrándose así en el primer estado en la produccion de un pneumotorax. La hemorragia que sigue a la solución de continuidad puede derivarse al exterior o en el interior. En este último caso se agrega a la presencia del aire dentro del saco pleural, teniendo así un hemor-pneumotorax. El pulmón, desempeñando el papel de un fuelle, atrae sucesivamente el aire exterior en los movimientos de amplificación torácica i le rechaza en la espiracion, de aquí un paso incesante del aire exterior hacia el interior i vice-versa. Esta alternativa de la entrada i salida del aire atmosférico, acompañada a veces de silbidos, ha sido llamado por Fraser con el nombre de traumatofonía. Si el paralitismo de la herida está destruido el aire que circula en el interior de la cavidad pleural encontrándose dificultada su salida se infiltrará en el tejido celular subcutáneo donde

origen a un enfisema.

Entre los síntomas precedentemente descritos, los que se relacionan con la herida como el dolor, la hemorragia ^{etc.} i aquellos que son dependientes de sus complicaciones, cuales son el enfisema subcutáneo, el pneumo i hemo-pneumotórax estos últimos son los más importantes i los que constituyen por sí solos toda la sintomatología de las heridas penetrantes simples pleurales. ¿En qué casos esta triada de accidentes consecutivos no tiene cabida i da lugar a una nueva complicación el hemotórax? Dos circunstancias deben concurrir necesariamente para ello 1.º que la herida sea poco ancha i 2.º que sea poco abierta: Siendo estrecha e impermeable al aire, la comunicación del aire exterior al interior de la cavidad pleural no tiene lugar o solo penetra algunos burbujas que no dan lugar a ninguna accidente; por consiguiente, no tendremos aquí ni pneumotórax, ni enfisema subcutáneo, ni hemo-pneumotórax. Solo un accidente, una complicación puede verificarse en las condiciones supuestas i es que la lesión, comprometiéndose algún vaso profundo de la pared del pecho, generalmente una arteria intercostal, que desamando su contenido en en la cavidad pleural, dé lugar a un hemotórax. De estos dos casos que hemos puesto en paralelo el primero será mucho más grave que el segundo por las complicaciones a que generalmente da lugar, pudiendo este último muchas veces compararse como una herida penetrante simple, aunque en algunos casos puedan agravarla la pleuritis que pue-

de desarrollarse i el decaimiento de sangre en su cavidad. (Chemotórax).

Diagnóstico. - Si la herida penetrante simple pleural es estrecha, no hai medio de distinguirla de una que haya comprometido el pulmón, p. e. a menos que un foco de pneumonia no venga a dar corno de las dudas. Si es ancha, las complicaciones nos pondrán sobre la via del diagnóstico, muy fácilmente. Siempre que el enfermo no presente ningún rastro de hemoptisis, estaremos en el derecho de interpretar estos fenómenos mas bien como una herida penetrante simple pleural que una complicada. Pero como es muy fácil en estos casos desconocer la penetración cuando existe, o, por el contrario, creerla penetrante cuando no lo es el diagnóstico debe hacerse con la mas gran reserva.

Pronóstico. - Se depende de lo que acabamos de decir, solo si que como las heridas penetrantes complicadas son mucho mas frecuentes que los simples pleurales el pronóstico debe ser muy reservado i, al formularlo o mejor dicho sentarlo, el cirujano deberá tomar en seria consideración las complicaciones que son las que constituyen toda su gravedad.

Tratamiento. - El tratamiento consiste en hacer la oclusión de la herida i en colocar un vendaje circular ligeramente comprimido al rededor del tórax. Estas cuidados son indispensables siempre que haya enfisema o pneumotórax. Si la herida es estrecha, se la tratará como una herida simple, teniendo siempre cuidado de auscultar a menudo el pulmón para sorprender asi un proceso de pleuritis.

que pudiere desarrollarse. Si la herida es ancha será el tratamiento el de las diversas complicaciones que pueden tener lugar. —

— Heridas penetrantes simples mediastínicas.

Los heridos del mediastino son aun mas raros que los precedentes y su diagnóstico es muy difícil. Las complicaciones mas frecuentes son las hemorragias y la penetración del aire exterior, cuando la herida es anchura y directa. — Los síntomas son aqui muchos y muy acentuados que en los heridos simples pleurales. — Su diagnóstico se hace siempre por exclusion, arrojándonos siempre las mismas dudas que en los precedentes. Si se reconoce que la herida es penetrante, estaremos inclinados a decir que no es complicada porque no se constata ninguna lesion que nos ponga de relieve algun compromiso cordiaco o pulmonal. Sin embargo, se han visto casos en que estas complicaciones han venido a manifestarse mas tarde el error que se habia cometido prematuramente. Por eso el cirujano debe ser muy circunspecto cuando se encuentra en presencia de una herida de esta naturaleza.

Pronóstico. — Debe sentarse siempre como muy grave en razon de las supuraciones puras extratorácicas, que pueden tener lugar, sobre todo cuando ha habido algun hemo-mediastino. o cuando han quedado cuerpos extraños en la herida; y como, por otra parte, no siempre se puede tener una seguridad absoluta en el diagnóstico, pudiendo existir alguna lesion latente del corazon y de los gruesos vasos, el cirujano no será jamas demorinado prudente para sentar su pronóstico.

El tratamiento es el mismo que en las heridas penetrantes simples pleurales, solo es que como hay posibilidad de que el esroyon pueda estar comprometido debe prescribirse e imponerse al enfermo un reposo absoluto i un régimen severo.

Heridas penetrantes complicadas.

Heridas del pulmón.

La salida del aire al través del tubo brónquico dividido i la hemorragia acompañan a cualquiera solución de continuidad pulmonal, sea ésta superficial o profunda. En el primer caso la hemorragia es poca copiosa, en la segunda es considerable lo que está en armonía con el grosor de los vasos divididos. La sangre puede seguir tres vías diferentes: devanarse al exterior, en el interior de la cavidad pleural o bien infiltrarse en el parénquima pulmonal. La estrechez de la herida favorece generalmente esta clase de infiltración, como una herida p.e. con la punta de una espada o un florete, etc. El aire que se escapa de los canales brónquicos sigue el mismo camino de la sangre, es decir que es rechazado al exterior, otra se devana en la cavidad pleural i por último puede infiltrarse en el tejido del pulmón. Como última consecuencia que podemos notar en las heridas del pulmón es la retracción del órgano en caso de no existir adherencias pleurales.

La experimentación i un caso relatado por Velaton en su tratado de patología quirúrgica demuestran la posibilidad de la cicatrización por primera intención de las heridas del pulmón. Sin embargo, es mas frecuente que sobre

tengan complicaciones inflamatorias que presentan el raro privilegio de curar espontáneamente en algunos casos.

Siempre que no haya adherencias entre el pulmón y la pared costal, la exudación que sigue fija el pulmón a la abertura accidental del tórax, aislando de este modo la herida pulmonal de la cavidad pleural. El mismo fenómeno se observa en las heridas por armas de fuego. Además un trabajo de hepaticación se encarga de obliterar los canales bronquiales, aislando del trayecto de la herida del pulmón. Pero cuando un queres bronquis ha sido abierto es frecuente observar una fístula bronquial que podrá o no curarse en un tiempo mas o menos largo. Si aislada, la herida del pulmón supura, esparriándose el pus al exterior o escapándose por alguna abertura bronquial, obteniéndose la curación por la cicatrización del trayecto de la herida. Puede obtenerse la curación espontánea de la herida del pulmón por la eliminación del pus por la boca al través de la efraición de los bronquios (ronca bronquial). Si existe algun cuerpo extraño, es posible tambien que se obtenga la curación enquistándose, generalmente en la superficie del pulmón, donde se forman adherencias pleurales, prueba evidente de una flegmaria anterior.

Síntomas. - Los principales síntomas además de los comunes que hemos enunciado al hablar de las heridas penetrantes en general, son: la hemoptisis, la salida de sangre y de aire por la herida parietal y la disnea. La abundancia de la hemoptisis varia según el calibre y el número de vasos divididos o lesionados. Los primeros espútos tienen los caracteres de una sangre res-

tilante i espumosa, los últimos son parduzcos, espesos i poco acuados, lo que demuestra la retención de la sangre en el parénquima pulmonal. La sangre salida al exterior es ya pura, ya mezclada a burbujas de aire, a manera de espuma sanguinolenta, produciendo a veces un silbido atenuado. Haremos notar además que las heridas estrechas del pulmón dan como único síntoma los esputos de sangre. Por último la disnea, que se encuentra en todas las heridas penetrantes de la caja torácica.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Complicaciones. — Nos ocuparemos aquí sólo de los flegmasias i de los cuerpos extraños. Entre las inflamaciones la más frecuente es la pneumonia traumática, que puede aparecer inmediatamente o al tercer o 4º día. Queda casi siempre circunscrita i es, según Vulpian una bronco-pneumonia. Se anuncia con los mismos caracteres que una pneumonia, aunque aquí falta el escolorido; pero por lo que respecta al dolor de costado es muy violento, la disnea considerable i la temperatura no alcanza a su maximum desde el primer día como en la pneumonia franca, sino que sigue, por el contrario, una marcha ascendente. Los síntomas físicos quedan siempre circunscritos a la auscultación se perciben estertores subcrupitantes de que las burbujas. Los esputos presentan los caracteres comunes a la pneumonia cruposa i hai además algunas de sangre negruzca. La pleuritis es, entre los flegmasias, otra complicación frecuente; puede quedar circunscrita al foco de pneumonia o extenderse más allá; termina por ser exudativa o proliferante. Constituye a veces una suja complicación.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los cuerpos extraños (que pueden ser de distintas especies) pueden dar lugar a inflamaciones que a veces suelen conducir a la muerte. En otros casos se han notado, después de algún tiempo, su expulsión espontánea al través de las paredes del tórax o de los tubos bronquiales. En ambos casos se forma previamente un absceso al rededor del cuerpo extraño, siendo de notar que en el 2.º caso hai a veces de tos i hemoptisis, acompañada de pur. Ya hemos dicho que estos cuerpos pueden enquistarse, constituyendo así un modo de curación; pero dejando siempre doliente al individuo, puesto que queda con dolores, disnea, tos etc.

Pronóstico. — Depende de la naturaleza del agente vulnerante que haya obrado, de la profundidad i extensión de la herida. Entre estas las mas peligrosas son las heridas por armas de fuego; i entre las complicaciones la presencia de cuerpos extraños es la mas formidable.

Tratamiento. — El tratamiento es el de las heridas penetrantes en general, es decir, la inmediata velación de la herida, la hemostasia lo mas pronto que sea posible, i en tercer lugar prevenir las complicaciones inflamatorias. Cuando la herida está complicada con la presencia de algún cuerpo extraño, siempre que se reconocen la presencia i el sitio no debe vacilarse, debe extraerse inmediatamente. En el caso contrario el cirujano deberá abstenerse de toda tentativa, vista la incertidumbre del diagnóstico.

Heridas del Corayon i del pericardio.



Historia - Notadas por Hipócrates i Helio, las heridas del corazon fueron divididas por Galeno en penetrantes i no penetrantes. El primer caso autentico, sin embargo, es el relatado por Ambrosio Pare, esta lumbrera quimurgica del siglo XVI; se trataba de un gentil hombre que despues de haber recibido un golpe de espada en el corazon pudo andar aun dos pasos despues de haber sido herido. Un segundo caso observado por Muler, en el cual el enfermo vivio 16 dias despues del accidente, vino a probar que las heridas del corazon no eran tan inmediatamente mortales como se habia creido hasta su época. La historia detallada de las heridas del corazon data de fines del siglo pasado; i en nuestra época los trabajos mas importantes son los de Robert, Sanson, Jamain i Fischer, quienes han podido reunir 452 casos de este género de lesiones.

Generalidades. - Las heridas penetrantes i punzantes i las producidas por armas de fuego son las que con mas frecuencia originan las heridas del corazon i del pericardio. Pueden tambien, a consecuencia de fuertes golpes en la pared del tórax, como la coxa de un caballo, p. e. contusiones i desgarraduras del corazon sin herida exterior. Un cuerpo extraño introducido en el esófago dilacerándolo, puede provocar, ocasionar, una herida del corazon. En el periódico The Lancet, año 1866. p. 186. Andrew cita un caso muy curioso de esta especie. Se trata de una mujer que se encontró muerta en la calle i en la cual un hueso de pescado, perforando la pared cardiaca del esófago, atravesó el pericardio



se implantó en medio del tabique interventricular, haciendo además la arteria coronaria derecha.

Para dar una idea de la frecuencia, comparada bajo el punto de vista etiológico, de las heridas del corazón tomaremos nuestros datos de la estadística de Fischer 452 Casos. 44, por instrumentos punzantes; 260 por instrumentos cortantes i punzantes a la vez; 72 por armas de fuego; 7 por embolismos. 69 por ruptura.

Entre 276 heridas este autor encontró: 42 del pericardio i 234 del corazón. Por orden de frecuencia, según la estadística, las partes del corazón mas ordinariamente afectadas son: 1.º el ventrículo derecho; 2.º el izquierdo; 3.º la aurícula derecha; i 4.º la aurícula izquierda.

Como en los demás órganos dividimos las heridas ^{del corazón} en penetrantes i no penetrantes, advirtiendo que los primeros son mas raras que los últimos puesto que en 283 Casos reunidos por Fischer encontramos 253 de los primeros i solo 30 de los últimos.

Heridas no penetrantes

Generalmente producidas por instrumentos punzantes o cortantes, vienen a veces a complicarse con la presencia del agente vulnerante en la herida. Por lo regular no afectan sino los ventrículos i en casos raros el tabique interventricular o los vasos coronarios como las fibras del corazón sufren en estos casos sobre todo los profundos, una dislaceración, pueden dar máxime a veces a la producción de aneurismas traumáticos, como en el caso de Muhlitz citado por Fischer.

Heridas penetrantes.

Las heridas penetrantes del corazón pueden interesar los ventrículos, los aurículas i sus diferentes Cavidades i en algunas circunstancias, como en las heridas por arma de fuego, el corazón puede quedar reducido a papilla.

Nada mas variable que estas heridas. Si las encuentra a veces obturadas por coágulos negruzcos, fibrinosos blanquecos, segun la época, el tiempo mas o menos largo de su formacion. La endocarditis, como complicacion, las acompaña con cierta frecuencia, principalmente cuando se aloja algun cuerpo extraño en el órgano impulsor del liquido sanguineo. Estos cuerpos extraños suelen tambien implantarse en el pericardio i en el miocardio i Fischer, en su notable trabajo, cita 7 de los primeros i 76 de los segundos. Los cuerpos extraños pueden penetrar por una herida parietal i por el canal esofágico: De estos últimos ya hemos citado un caso referido por Andruov. Su permanencia en el corazón, ya en la sena externa, ya en su parenciquima o en el endocardio, su trayecto al traves de estas diferentes partes constituye uno de los puntos mas interesantes de observacion. Para mas pormenores podrian consultarse podrian consultarse las observaciones de Gross i de Bonvehon.

Sintomas. — Los síntomas de las heridas del corazón son muy variados; entre los principales citaremos: la herida externa no tiene nada de constante ni en su forma, ni en su aspecto, ni en su direccion. Pueden o no estar obliteradas por coágulos, dar acceso al aire cuando la herida es permueble o impedible la entrada si su trayecto es oblicuo o tortuoso. La hemorragia, cuando es abundante, puede matar rapidamente, cuando la herida es estrecha i tortuoso su trayecto,

puede no derivarse al exterior. En estas circunstancias el corazón mismo hace el papel de un agente obturador aproximando los labios de la herida i favoreciendo la producción de un Coágulo que impida la hemorragia; sin embargo lo mas frecuente es que este Coágulo se desprenda al cabo de cierto número de horas o de días i provoque una hemorragia rápidamente mortal. La sangre derivada es de un color rojo o negro i puede salir continuamente o por chorros i a sacudidas.

El tincope es, entre los síntomas, uno de los accidentes mas frecuentes, se coetáneo con la herida, sobreviene al-
gunos instantes despues o al cabo de algunos días. Entre 87 observaciones 30 veces se ha notado en el momento del accidente, 38 veces al cabo de algunos instantes i 19 veces en una época mas o menos variable. El dolor notado i apuntado como síntoma por algunos autores, no es común o sea muy atenuado para otros. Para Boyer i Fischer el dolor constituye un elemento de diagnóstico de la mas alta importancia, puesto que no existe en las heridas del miocardio i si en las del pericardio. Los latidos del corazón son a veces difíciles de percibir ya a causa de un dinamismo sanguíneo en el pericardio ya a causa del debilitamiento del herido; a veces son intermitentes las contracciones. Como reliquias de estas heridas se ha notado hiperquinesias cardiacas que han durado largo tiempo.

La auscultación i la percusión constituyen buenos, excelentes elementos de diagnóstico. Los ruidos del corazón son lejanos i velados generalmente, otros veces son normales o es imposible oírlos. Un estertor, análogo al de los aneurismos aórtico-venosos,

señal para Ferrus i Robert un fenómeno constante i patognomónico. Algunos autores han oído ruidos murieules, como el ruido de pie, de tótola (piaulement, de los franceses), o de ropa, de escofina, de grizotes. El ruido de rueda hidráulica es para Morel Lovallée patognomónico de los ruidos del pericordio. Pero los fenómenos auscultatorios mas constantes son los soplos sistólicos, ruidos anormales debidos a alteraciones valvulares, comunicacion de los ventriculos, derrames pericardiales a hidro o pneumo-pericardios o en fin a la anemia. El pulso es pequeño, frecuente, intermitente e irregular, notándose a veces alguna diferencia en ambos lados del Cuerpo. Estas diferencias, generalmente de tension o amplitud del pulso, apreciadas al dedo lo son mucho mas al esfigmógrafo.

La dignea, determinada primitivamente por la compresion del corazon i por un derrame pericardial o pleural i concomitantemente por la pericarditis, pleuresias, pneumonias, adherencias pericardiacas i pleurales es uno de los síntomas mas malitosos hasta el punto de poner en serio peligro la vida del enfermo. Entre los fenómenos nerviosos se encuentran el delirio, que en muchos casos indica la aproximacion de la muerte, el ictus sardónico que no es otra cosa que la convulsion de los musculos de la cara, ya parciales, ya generales, hemiplejia, embotamiento, i gangrena de las estremidades, que ocurre por causa una embolia que muchos veces se ha encontrado en la arteria principal del miembro.

Antiguamente se habian considerado los heidros del corazon como inmediatamente mortales.

Però la observacion i la experiencia ha demostrado
 hoi dia hasta la evidencia quanto de errores habian
 en semejante manera de pensar, pues sobre un total
 de 452 observaciones, Gischer ha notado solamente
 104 casos de muerte inmediata o sea un 26%. Tam-
 bien se creia antes que estas heridas mataban por la
 abundancia de la hemorragia; pero en los casos en que
 esta es insuficiente o nula se admite con Morgagni
 que la muerte es producida por el dinamismo pericardio-
 co que impide funcionar al corazon, i en los casos
 en que este dinamismo sea pequeño el síncope es el único
 que puede dar cuenta de la instantaneidad de la muerte.

Siempre que la muerte del herido no sobreviene
ipso facto al accidente, sucumbe algunos minu-
 tos, horas o dias despues, arrebatado por alguna com-
 plicacion, lo cual es con mucho la mas frecuente.
 Así, tomando siempre nuestros datos de la estadis-
 tica de Gischer, encontramos entre 452 observacio-
 nes 219 casos fatales en un tiempo que varia entre
 1 hora i 9 meses. Los casos de terminacion letal
 reconocen por causa: la hemorragia consecutiva (ya
 hemos visto que la primitiva mata rara vez), princi-
 palmente la producida a consecuencia de algun esfuerzo,
 la formacion de coágulos en la cavidad del corazon
 i los fleymasias del pericardio, de la pleura i del
 pulmón. Pero las heridas del pericardio i del corazon
 no siempre terminan fatalmente, aunque su cura-
 cion es rara. Así en 401 casos de heridas del corazon se
 han notado 50 curaciones - i 22 en 51 del pericardio;
 i para que no se dude un momento si quien de la verdad
 que aseravamo, diremos que todos estos heridos del

Corazon, terminados brillantemente por la curacion, han sido constatados por la autopsia en un tiempo mas o menos lejano.

La curacion es en algunos casos bastante rapida. En un caso de Broca, un individuo que habia recibido una cuchillada en la parte inferior del ventriculo izquierdo curó a los 15 dias. A pesar de todo, estos casos de curaciones, ya citados, digan con siempre en pos de trastornos funcionales o desordenes nerviosos, como los estuchos o insuficiencias de los orificios voluntarios, la atrofia o hipertrofia del organo, los síncipos pericardiacos (anquilosis del corazon de Bouillaud), el aneurisma del corazon y las palpitaciones.

Diagnóstico. — No habiendo ningun sintoma patognomónico no es facil reconocer una herida del corazon. Sin embargo, el sitio de la herida al nivel del 4.º u 5.º espacio intercostal, la matidez pericardíaca, la debilidad o ausencia de los ruidos del corazon, los desordenes nerviosos, todo esto agregado al examen del agente vulnerante, a las condiciones en las cuales la herida ha sido producida, asi como su direccion, nos harán concebir fuertes presunciones en favor de una herida del corazon; pero en cuanto a reconocer si es o no penetrante y cual es el sitio del corazon lesionado, es muy a menudo imposible.

Pronóstico. — La lesion de los vasos coronarios en primer lugar y la de las cuerdas en seguida son las que dan un resultado mas funesto, despues vienen las del ventriculo izquierdo y en último lugar las del derecho. Por lo que respecta al agente vulnerante, estan en primera linea, en orden a su gravedad: los

heridas por armas de fuego, después los heridos producidos a la vez por instrumentos cortantes i punzantes i en última lugar los punzantes solamente. Estos son a veces de una inocuidad admirable, hasta el punto de que algunos médicos han propuesto la acupuntura del corazón en el cólera i otras enfermedades, dejando las agujas sur place hasta por 48 horas. Relativamente a la gravedad lo son tanto las superficiales como las profundas i como corroboración a este aserto citaremos el famoso caso de Lap Four d'Anvers que han conocido de todos. La frecuencia en los heridos del precordio i del corazón es de 30% para los primeros i de 10% para los últimos.

Tratamiento. — Facilitar la formación de un coágulo obturador, prevenir su caída próxima i combatir los accidentes inflamatorios: tales son los grandes medios puestos en práctica en los heridos del corazón. Si fuera la oclusión de la herida parietal con bandileto de esponjoso, o tripa colodina, se aplicará hielo u otro refrigerante a la región precordial i se administrará internamente la digital. Se recomendará el reposo absoluto del enfermo i evitara todo esfuerzo. Las emisiones sanguíneas locales, algún tiempo después del accidente, por cualquiera de las complicaciones, serán muy útiles; i en caso que ésto sobreviniera se emplearían los medios apropiados. Y si existe algún cuerpo extraño en el corazón ¿qué conducta deberá seguir el cirujano? Hasta el presente no se ha establecido ninguna regla a este respecto.

Heridas de los gruesos vasos del tórax.

Bien poco tenemos que decir de las heridas de estos vasos. Generalmente causan la muerte inmediata en medio de los síntomas de una hemorragia interna; sin embargo, a veces sobreviene algún tiempo después del accidente. Así Breschet cita un caso de herida de la vena ajiaga en la cual el herido murió al tercer día. Pelletan, en su tratado de Clínica Quirúrgica, hace mención de una herida de la aorta descendente en la que el herido murió al tercer mes del accidente, si, por fin, se le refiere un caso de herida de la aorta ascendente en la que el herido sobrevivió 12 meses después del accidente.

Heridas de la porción torácica del esófago.

Son extremamente raras. Solo se conoce un caso auténtico que es el de Pagen d'Orléans, publicado por Boyer. El caso es el siguiente: Un hombre de 24 años de edad recibió en la parte anterior superior del pecho un bayonetazo, anduvo media legua para llegar a su domicilio sin sentir dolor alguno, pero bien pronto algunos accesorios de los que provocaron algunos esfuerzos de sangre; una hora después sintió una angustia inefable; estaba acortado del lado derecho, sufriendo horribilmente de este lado un dolor que se irradiaba hasta la cadera al menor movimiento. A cada espiración arrojaba el aire al través de la herida con una fuerza suficiente para apagar una luz a 15 o 17 centímetros de distancia. El 3.^o día, al quitar la carne, se escapó por la herida un líquido negro que continuó durante los días siguientes. Como se sospechase que este líquido fuese debido a las sustancias ingeridas, se administró al enfermo bebidas acuosas, coloradas que bien pronto vi-

mieron a manchas las piegas de curacion. Se suprimió toda clase de alimentacion por la boca i se alimentó al enfermo por medio de enemmas nutritivos. El paciente alimentado de este modo por muchos accidentes i sutilezas curó gradualmente despues de haber anozado por vomitos un vicio de rane intratorácico.

Heridas del diafragma.

Estas heridas pueden ser producidas por instrumentos punzantes, cortantes, contundentes o por un proyectil de guerra que penetra de arriba abajo atravesando el pecho o de abajo arriba atravesando el abdomen. Por esta causa las heridas del diafragma son casi constantemente complicadas con lesiones de los órganos intratorácicos o de las visceras contenidas dentro de la cavidad abdominal. Partiendo de esta consideracion las ~~heridas~~ heridas del diafragma son de un medico en tres.

Sintomatología. Los síntomas principales que presentan las heridas del diafragma son los siguientes: La palidez del semblante, la irregularidad debilidad o pequenez del pulso, la ansiedad precordial i la tendencia al síncope. La presencia de un dolor diafragnático que se propague al hombro del lado herido o a las dos espaldas, la disnea in-tenso, el funcionamiento exagerado de los músculos intercostales. Tales son sus síntomas principales i por ellas puede diagnosticarse una herida del diafragma, que como ya hemos dicho tiene una importancia medico en los rayos espuestos mas arriba. La herida de alguna de las visceras abdominales a la cavidad torá-

oica es una de sus complicaciones mas raras; se la reconoce por el aumento de volumen de la region correspondiente del pecho, la sonoridad timpánica, la ausencia del murmullo vesicular i la desviacion del corazon. Entre las complicaciones, muy graves algunos, fatales otros casi siempre, que notamos en los heridos del diafragma, tenemos la pleuremia, la peritonitis i el estrangulamiento interno.

P. Las lesiones del diafragma son casi siempre mortales, sin embargo se cita el caso de Désault, de un carpintero que a consecuencia de una caída tuvo una rotura del diafragma que curó perfectamente; vivió así durante 15 largos años, muriendo al fin de este tiempo a consecuencia de una caída sobre el lado opuesto, caída que derribó; rompió nuevamente este músculo.

Tratamiento. - Como tratamiento se aconseja el reposo absoluto, decúbito supino con la cabeza i el tronco un poco levantados i el uso interno de los opiáceos. En caso de sospechar la presencia inminente de una flegmonia se harán emisiones sanguíneas locales.



Observacion Clínica N.º 1. Vasulins Galuy, de 34 años de edad, soltero, natural de Santiago, de regular Constitucion. Buena salud anterior, entró en la noche del 26 de febrero a ocupar la Cama n.º 6 de la sala de San Camilo, Servicios Clínicos del Dr. Barvallo E. — Este hombre, ex-soldado del ejército del norte, perdió en uno de los combates casi toda el pabellon de la oreja derecha. De regreso a sus lares, una vez licenciado, estando en compañía de varios amigos suyos, recibió de uno de ellos un cuchillo en el pecho, infiriéndole una herida que le hizo perder una gran cantidad de sangre que el enfermo no sabe evaluar aproximadamente, i aboliendo con por completo el uso de sus facultades intelectuales. En este estado, del que el enfermo no sabe darse cuenta, fué conducido al hospital donde el practicante de guardia le prodijó los primeros cuidados.

Examinado el enfermo a la hora de la visita clínica, se nota en la parte anterior superior izquierda del tórax, una solución de continuidad en el primer espacio intercostal a 0,02 ptes mas o menos del borde externo correspondiente. La herida tiene 4 centímetros de longitud, de bordes netos i bien separados, está dirigida de arriba abajo i de izquierda a derecha. Los datos suministrados por el enfermo son de algunos años: así nos refiere, como hemos dicho mas arriba, que perdió una gran cantidad de sangre, que ésta salía mezclada con burbujas de aire, presentando de este modo los caracteres de una sangre espumosa. Al mismo tiempo tanto él como los asistentes notaron que se escapaba el aire por la herida con un ruido particular que el enfermo compara a un silbido atenuado. No usa en la herida un dolor bastante agudo, dolor que se

propaga al interior del tórax.

El estado general del enfermo es de los más graves. La hemorragia parietal lo tiene en un estado de anemia profunda, anemia aguda (oligoemia). El color de los tegumentos es característico de los grandes hemorragias, sus labios están descoloridos, la conjuntiva palpebral exangüe etc. Las contracciones del corazón son débiles. El pulso es pequeño, débil, deprimible. Está en un estado de depresión intelectual bastante acentuada, tiene zumbidos de oídos, obnubilaciones, los estremidades están frías, la disnea es angustiosa. La auscultación del pecho nos demuestra la existencia de un pneumotórax.

Diagnóstico. — No estando facultado absolutamente para explorar directamente la herida, o a emplear algunos de los procedimientos de que se valían los antiguos cirujanos por ser más bien falaces que útiles, nos vemos en el caso de atender a los datos que el enfermo nos suministra y a los caracteres de la herida que tenemos a la vista para formular nuestro diagnóstico. Ahora bien, la solución de continuidad hecha por un instrumento cortante, el sitio de la lesión, la dirección y la fuerza con que ha obrado el agente vulnerante, la protracción profunda del enfermo, la hemorragia que fuertemente en grande escala su conocimiento, la traumatopnea, el pneumotórax etc. nos autorizan a creer que se trata de una herida penetrante del tórax. Pero esta solución de continuidad, ¿es penetrante simple o penetrante complicada? La topografía de los órganos intra torácicos nos suministra a este respecto útiles datos. Desde luego, a priori, podemos eliminar la herida del corazón o de algunos de los grandes vasos, por la ausencia de sus síntomas especiales. El pulmón es el único que

en estas circunstancias puede estar comprometido; pero el enfermo no ha tenido hemoptisis que es un signo casi patognomónico de las heridas del pulmón, digo casi patognomónico porque suele faltar en los heridos muy pequeños del pulmón. Fundado en estos datos, nuestro diagnóstico queda formulado así: Herida penetrante simple pleural con pneumotórax.

Pronóstico. — El hecho de tratarse de una herida penetrante del pecho nos hace sentir el pronóstico como muy grave.

Tratamiento. — Oclusión completa de la herida con vendetitas de diaquilon, inmovilización del tórax con un vendaje compresivo, decúbito supino del enfermo, tranquilidad absoluta, prohibición de hablar. Para combatir el dolor y la disnea se da calma al enfermo se le prescribió una preparación opíaca. Los 3 primeros días del enfermo pasaron merced al tratamiento adecuado que se puso en práctica, pasaron digo, teniendo al enfermo en un estado de calma relativa. A partir del cuarto día de su permanencia en el hospital, el enfermo principia a sentirse peor, la disnea es muy considerable, el quebrantamiento de cuerpo muy acentuado, tiene náuseas y vomitar, el pus refluye por la herida con los golpes de los dientes escalofríos y aumento de calor en las tardes, hiperhidrosis. Ac

semejante estado de cosas en el curso de una herida penetrante del pecho nos hace sospechar desde luego alguna complicación por parte del aparato pleuro-pulmonar y la investigación clínica nos suministra los siguientes datos: abombamiento del tórax del lado herido apreciable a simple vista y somatido al contrôle de la medición que da mas amplitud del lado enfermo que en parte homóloga del lado sano, borra

miento de los espacios intercostales, ampliacion torácica, mu-
la, edema del mismo lado del pecho que se extiende a la axila
(lado posterior) i al brazo izquierdo, redes venosas bien marcadas,
frontera evidente de circulacion complementaria, vibraciones
vocales abolidas desde el 6.º espacio intercostal hacia abajo, ma-
tidez en la misma region, i a la auscultacion ausencia de rui-
do normal remplazado por un soplo de timbre bronquico. Con
este cortejo de sintomas creo que el diagnóstico de pleuremia con
dename se impone. La cantidad de liquido la avaluamos en
5000 gramm. La naturaleza del dename la creemos purulen-
ta, por la ausencia de egofonia i de pectorillogia afina. Como
último elemento de diagnóstico practicamos la puncion explor-
adora extrayendo al efecto un liquido purulento, de color
algo rojo,

Una complicacion semejante agrava el pronóstico
e impone el tratamiento. Pienso a cual de los procedimientos
dar la preferencia? Admitiendo, como es natural, la exis-
tencia de coagulos en el fondo de sacos cortos diafragmáticos o sus-
pendidos en el medio liquido no disponemos a practicar
la operacion del empiema en el sitio de eleccion. Liguin-
do la excelencia de los puentes hipercráticos (Sedillot) la
practicamos en el 7.º espacio intercostal. Incendidos las
partes blandas i la pleura parietal con la punta del bisturí, de-
jamos una sonda de permanencia en la cavidad pleural. Pre-
vis el vacio hecho con el aspirador Potain pudimos extraer
como 800 gramm de pur, cuyo caracter he descrito anteriormen-
te. Se calcula que quedarán de 200 a 300 gramm en la cavidad.
Los circunstantes que impelen a uno a no vaciar completamente
el dename son bastante conocidos para que me permita elimi-
nar de mi lista su enumeracion.

Despues de esto afrontamos el excedente de la solucion

de continuidad con bandeletas de diaquilon; para impe-
dir el acceso del aire a la superficie pleural atamos el tubo.
Consecuente con nuestra manera de ver todos los dias hace-
mos el lavado de la plium con una solucion de ácido fósi-
co al $2\frac{1}{2}$ por 100 a una temperatura de 37° a 40° . La can-
tidad de pus extraida diariamente ha variado dentro de los
límites de 100 gramos como maximum; 2 a 3 gramos como
minimum. Tanto la extraccion del pus como el lavado
se hacen con toda la prudencia que la gravedad del caso
requiera. Quando el enfermo sumamente agotado por la
supuracion, antes que por ella por la hemorajia tan con-
siderable que tuvo en el momento del accidente, hacemos
las aspiraciones con pres vacis, graduando el choro a me-
dida que se iba agotando la fuente de origen i estando el
enfermo un poco reclinado para evitar, por este medio que
la prudencia supiera, un acúmulo brusco de sangre al saco
pleural, la produccion de hemorajias quejas i como con-
secuencia una anemia encefálica que hubiera podido ser
fatal a nuestro enfermo.

Cada 2 o 3 dias hacemos al enfermo inyecciones in-
terstitiales substitulivas de tintura de iodo a una temperatura
de 40° , bien disuelta a favor del ioduro de potasio para evi-
tar de este modo la precipitacion del iodo metálico a sus
consecuencias. Estas inyecciones las mantenemos en el
saco pleural por espacio de 5 minutos, retirándola en seguida.
Dabo notar de paso, a propósito de estas inyecciones, que
le eran al enfermo atrozmente dolorosas hasta el punto
de no poder soportarlas. Le provocaban ademas un cierto
grado de calor que en ocasiones llegaba a ser respetable.
40; algunas veces, elevacion de temperatura que com-
batamos con los antitérmicos, tales como las sales de



quinina, los preparados salicilicos, el benzoato de soda etc.

El vivo dolor acusado por el enfermo, las molestias consi-
guientes, la exaceracion de temperatura, todo este cúmulo
de circunstancias nos impelen a dejar de un lado las inyec-
ciones de tintura de iodo i a remplazarlas por otras menos irri-
tantes. Damos la preferencia al sulfato de zinc, en la propor-
cion de 2 grms. Estas inyecciones eran mucho mas favora-
bles a nuestro enfermo puesto que el dolor era mucho menos
vivo, las exaceraciones de temperatura consiguientes.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El tratamiento general implantado en nuestro en-
fermo era en lo posible esencialmente tónico, reconstituyente i estimulante.

Las cosas marchaban así cada dia mejor, la herida primitiva cicatriza a los 15 dias despus de la operacion, el enfermo engordaba visiblemente, se sentia con mas fuerzas, el movimien-
to i la sensibilidad de su miembro torácico izquierdo un pres-
entado. Antes principiaban ahora a recobrar sus funciones
normales, la cantidad de pus se agotaba gradualmente hasta
el punto de no extraer como 45 dias despus de la operacion
mas de 2 grms, creyéndonos facultados por esta virtud el
estado de bienestar del enfermo a no hacer estas extracciones
sino cada 2 dias; pero sin que por esta causa la cantidad
de pus aumentase. Encontrándose el enfermo con suficientes
fuerzas para levantarse i no dividiendo nuestro tiempo in-
comumente accedimos a su solicitud. Pero de este mo-
mento casi un fenomeno por demás alarmante viene a
complicar un estado tan vecino ya de su curacion definitiva.

El enfermo se levanto por la primera vez el viernes 9 de
Mayo. Paso un dia tranquilo, haciendo ligeras escursiones
por la sala. Al acostarse en la tarde de ese dia, haciendo
un ligero esfuerzo para echarse en cama, siente de súbito



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

un fuerte dolor que se sitúa en la región lateral izquierda del tórax un poco por debajo del mamelón. Este dolor no le ha dado un momento de tregua ni de reposo, es constante fútil, se exaspera por los movimientos de ampliación torácica. Acompañando a este dolor, un poco de embostamiento, hormigueo en los miembros abdominales existió también así como un ligero aumento de calor. Hasta aquí lo relatado por el enfermo.

En los 12 1/2 P. M., yo me disponía a practicar la curación cuando el enfermo sintiendo una sensación de vacío dentro de sí mismo, solicita le dejen acostar. Una vez en el cubito supino su cuerpo entero entra en una rigidez tetaniforme. El dedo pulgar de ambas manos fuertemente flexionado en aducción y doblado debajo de los dedos, la cara está pálida, un poco de espuma aparece en las comisuras labiales, como en la epilepsia; pero no había proyección de la lengua ni movimientos convulsivos de los ojos, faltan los mordeduras de la lengua; al principio hubo prelude de parálisis facial a derecha, ha perdido la facultad de expresión y está sordo a los preguntas que le dirigimos, se queja horriblemente. Los pupilos están bastante dilatados y obedecen a su excitante natural: la luz. Su cuerpo entero es asiento de una transpiración abundantísima, gruesas gotas de sudor corren por toda su superficie cutánea. La respiración es frecuente, anhelante 52, al minuto. La ampliación torácica es mucho más marcada del lado derecho. La temperatura es de 41,5. El pulso es frecuente (152 al minuto), enterrado e irregular; en ciertos instantes tenue y vibrante, en otros pequeño, delgado, deprimido. Las contracciones del corazón son tumultuosas, a fuertes contracciones suceden otras apenas perceptibles, como si el órgano impulsor del líquido vivificante

fatigado por un momento quisiera descansar. La contracción penumb ha durado de 15 a 20 minutos. Después se han sucedido sacudidas espasmódicas, mas marcadas del lado derecho, hechas contadas 20 proximamente con intervalos de 1, 2 a 3 minutos, siendo de notar que mientras mas largo era el espacio de tiempo que los separaba mas enérgicos eran estas sacudidas convulsivas. Una vez cesadas éstas, el enfermo angustiada, su respiración anhelante, trata de evadirse del lecho, movimientos clones agitan sus miembros adormido derecho, arrojando los cuberturas de su cama, se queja, es insensible a todo lo que le rodea.

En tales circunstancias una indicación apremiante tenemos que satisfacer, la calma del enfermo, enjendandole al efecto 2 centigramos de clorhidrato de morfina; 5 minutos después el enfermo dormia profundamente.

El 10 se administró al enfermo una lavativa purgante anti-epiléptica. Misos es todo que el día anterior. El 11 se le prescribió un precin con iodo potásico. El consumo principal, pudiendo ya comer un poco, puede comer. El 12 se le prescribió 1 gramo de sulfato de quinina en la tarde, su inteligencia se mejora.

Durante estos tres días en los cuales el enfermo era mas bien una masa inerte que un cuerpo susceptible de moverse no le hacemos curación de ningún jénero; pero a partir del 5^o día, pudiendo el enfermo darse mayor cuenta de lo que le pasa, constatándose una elevación de temperatura, ~~en consecuencia~~ el ~~trazo~~ ~~trazo~~, creemos sin fundamento atribuir esta a la supuración, así como tambien los sudores. Practicamos pues una primera extracción de pus que alcanzó a 120 gramos, viscoso y fétido. A partir de este día el lavado de la pleura se practica con la misma regularidad que antes del accidente

redoblando si nuestros cuidados. En facultades intelectuales del enfermo se recobran lenta i gradualmente, los fenómenos paralíticos ceden de día en día, no siendo por desgracia sino una simple parálisis.

Volvemos, por otra parte, nuevamente a los inyecciones de sulfato de zinc. La cantidad de pus se agota poco a poco: así en la 3.^a extracción retiramos 40 gramos, en la 5.^a 15 - en la octava 8 - etc. Empeco a partir de este día, notando que la cantidad de pus extraída se mantuvo la misma, durante una larga serie de días, recurrimos a los inyecciones de tintura de iodo; fue como ocurriese al enfermo el mismo cortejo de síntomas de que hemos hablado precedentemente a propósito de ella. Tuvíamos que abandonarlas. Entonces fué cuando hicimos un cambio de punto, radical en nuestro plan curativo substituyendo al ácido férrico el ácido bórico, solución al 2%. a las inyecciones intermitentes precedidas el hidrato de cloral en la fórmula siguiente: Hidrato de cloral 10 gramos agua - 400 - glicerina 100. Estas inyecciones causan bastante dolor al enfermo; pero es un dolor que persiste por tiempos después de haberse ocasionado, por otra parte esas molestias i grandes elevaciones de temperatura de que hemos hecho mérito al hablar de las inyecciones de tintura de iodo. Estas inyecciones las hacemos a intervalos un poco largos, 2 veces por semana, obteniendo de este modo (i yo atribuyo esto al cloral) los más brillantes resultados. En las extracciones de pus practicadas siempre según los mismos procedimientos, que consisten de estas inyecciones nos daban una cantidad de 8 gramos, esta cantidad ha bajado a 2, 1 i muchas veces nos ha sucedido no extraer una sola gota. - En tal estado de cosas retiramos el tubo de permanencia, que estaba intro-



ducido 5 centímetros en el saco pleural i que haciendo el papel de agente irritante podia mantener una supuración irragtable. Pero por ser convenientes, en vez de retirar sencillamente el tubo i de obstruir ipso facto la fistula pleura-cutanea, concebido, como es natural, que se ha de formar una pequeña cantidad de pus en la superficie supurante, reemplazamos este tubo por otro de mas pequeño calibre para continuar asi nuestros lavados, retirandolo inmediatamente despues.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En continuamos esta larga curacion hasta el 2 de Enero del presente año, ultimo dia en que vino al enfermo, que ya bastante fuerte se levantaba mas de un metro, habiendo recuperado por completo sus movimientos i sus facultades intelectuales i con los mas vehementes deseos de marcharse al campo, segun se le habiamos aconsejado (!)

(1) He sabido ultimamente que el enfermo abandono el hospital el 15 de Enero de 1885 completamente restablecido.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Observación clínica n.º 2. - Manuel Chaves de 38 años de edad, Casado, natural del departamento de la Victoria, de profesión albañil, fue herido en la noche del 15 de Julio, entrando al servicio de la clínica quirúrgica del doctor Carralillo Elizalde a las 10 h. de la mañana del día siguiente.

El paciente de Constitución fuerte, venia tendido en una Camilla, bañado su cuerpo en su propia sangre, sus manos apretadas contra el tórax.

A la hora de la visita clínica, se fue dado a su reconocimiento, i al retirar el enfermo sus manos de la parte del tórax, donde los mantenía aplicadas, un chorro de sangre completamente líquida, de color oscuro se escapó por una herida, situada a 2 centímetros por debajo i un poco hacia adelante del mamelon derecho, i de dimensiones bastante mínimas, 1 centímetro en su mayor diámetro.

La disnea era de mediana intensidad, 30 movimientos respiratorios por minuto, pulso pequeño, débil, depresible, 90 en número por cada minuto, el aire entraba i salía por la herida a cada excursión respiratoria, habia enfisema limitada a la region mamelonar.

A juzgar por este sinti de datos objetivos no cabia duda alguna que se trataba de una herida penetrante del pecho producida, segun los caracteres de la herida, que era muy pequeña i de bordes netos, por un instrumento

Constante i purgante a la vez. Ademas de algunos esputos teñidos de algunas lineas de sangre roja decian claro que debia tratarse tambien de una herida del pulmon. Los medios de que nos valemos para reconocer las afecciones torácicas, nos permitieron constatar a demas la existencia de un derrame en el saco pleural derecho, i como el enfermo, antes del accidente que lo trajera al hospital, gozaba de perfecta salud no hemos dudado en creer que la naturaleza del liquido derramado no sea otra que sangre, por consiguiente, un hemotorax. Nuestro diagnóstico queda por tanto sentado asi: Herida penetrante del tórax complicada con herida del pulmon i hemotorax.

Con la ligereza que reclamaba la gravedad del caso se lavó la herida, se colocaron hilas, una compresa graduada, circundando el tórax con un vendaje ligeramente compresivo, para hacer menos amplias i menos dolorosas, por consiguiente, las excursiones respiratorias por parte del pulmon afectado.

Asi pasó el enfermo su primer dia de angustiosos sufrimientos, prescribiéndole en la tarde el medico de hospital, por causa de la suma debilidad en que se encontraba, a consecuencia de la grave hemorragia habida, una pocion cordial de los hospitales

P. 86, - R. 32, - F. 37.°4.

Día 17. - El enfermo no ha podido dormir en toda la noche, se queja de un dolor sordo en la herida, dolor que compara al producido por una braga de fuego, acusa una puntada bastante molesta al hipocostrio derecho, a consecuencia de puntapiés recibidos en esta region. El enfisema se ha extendido al cuello, en su mitad derecha, i al brazo hasta la flexura; pero con un pequeño abultamiento; es un poco mas considerable aun en la vecindad de la herida, al nivel de los músculos pectorales. Hay matidez a la percusion en la mitad derecha del tórax, la respiracion es anfórica en la parte postero-superior, ayúdase ademas algunos estertores. P. 88, - R. 32,

F. 37.°4. - Pocos segundos despues de descubierta la herida hizo irrupcion la sangre en la misma cantidad (dos gramos) i con los mismos caracteres que la del día precedente, Y pro facto se practica la compresion digital, se lava la herida con prontitud, i se aseada en la misma forma que anteriormente.

Se le prescribi la siguiente pocion:

Argentina de Boujean	-	3 gramos.
Aguá de melissa	-	120 -
Acida sulfúrica aromática	-	2 -
Parale de digital	-	30 -
f. s. a.		1 cucharada cada 2 horas.

En la tarde el pulso es un poco mas tenso i ancha, pero mas frecuente 100 - R. 28 - Temp. 37.°2, ha estado tranquila i ha dormido durante el día

Nuestro enfermo sintió además fuertes escalofríos cuando le traían al hospital que le duraron 2 horas poco mas o menos, en la tarde tuvo sudores. Creemos en vista de estas circunstancias asistir a la evolución de una neumonía traumática, indicada igualmente por la temperatura 39.2.

Día 18. - P. 92, - R. 54, - T. 38.7. Al quitar el apósito ni una gota de sangre se escapó por la herida, sus bordes de buen aspecto, de manera que atendiendo solo a la herida y no tomando en cuenta su topografía nada habría indicado en ella la menor gravedad.

Se le prescribió la siguiente prociou antitumica i expectorante a la vez:

Infusion de hojas de digital	0,50 centigram
por Agua	150 gramos
Resorcinol amoniacado	2
Juntura de bálsamo de Solís	1,50 centigram
Frutos de opio	30 grmm.

Para tomar 1 cucharada cada 2 horas.

Agua con loygas, a parte.

En la tarde P. 102, - R. 30, - T. 39.3. La auscultacion del pulmon en su parte posterior revela soplo bronquial en la parte superior, debilitándose poco a poco la respiracion hacia abajo i extinguiéndose casi por completo en la parte inferior. La auscultacion de la voz presenta un tinte broncofonico ligero en la parte en que la respiracion es soplante, debilitándose como ella hacia abajo. Estos caracteres están en perfecta armonia con el diagnóstico de neumonía traumática que hemos sentada, desde que según los concienzudos trabajos de M. Vulpian este proceso



es siempre de naturaleza catarral (bronco-pneumonia)

Día 19. - No ha tenido el enfermo deposicio-
nes orgánicas, hai pneumatosis intestinal, la respiracion
es dolorosa. P. 96, - R. 28. - Temp. 38:5. Se le
prescribió una lavativa purgante para combatir el
meteorismo. En la tarde P. 106 - R. 28 - Temp. 39:1

Ha tenido una cólera líquida pros abundante,
el timpanismo ha desaparecido, los dolores son
menos intensos, la expectoracion es muy fácil.
Fuera de la fiebre, de la anorexia el enfermo dice
que se encuentra muy descansado, habiendo dor-
mido bastante.

Día 20. - R. 26. P. 106. Temp. 38:8. La expec-
toracion se ha hecho de nuevo muy difícil, los
esfuerzos son los que le han vuelto el dolor a la
herida, temo que se venifique una hemorragia
por la abertura. En la tarde el pulso es vibran-
te i tenes. 114. R. 38 - Temp. 40:1. Ha apare-
cido en la mañana un equimosis de la piel por
debajo de la axila, al nivel de una línea tras-
versal tirada del mamelon derecho hacia atrás,
de color rojo subido, de forma circular, de
unos 10 centímetros pros mas o menos, con-
tinuándose igualmente hacia el hombro i
al nivel del pectoral mayor con una línea e-
quimótica de color violado-claro i apenas
perceptible. Se mandó aplicar en estas partes
compresas repetidas de agua de veyto-mineral

Día 21. - En la mañana R. 28. - P. 112, Temp.
39:3 - En la tarde R. 28 - P. 118. - Temp. 39. Se hizo
la oclusion de la herida con tela emplástica.

Día 22. - Ha habido una irrupcion de un líquido sumamente fétido por la herida de naturaleza sero-sanguinolenta, lo que indica la supuracion de la pleura o la putrefaccion del exudato hemorrájico. Pulso muy débil - 130 P. 30 Temp 39.º 9. Se le denegó de la digital i se le prescribió una pocion estimulante con sulfato de quinaína, Compuesta así:

Infusion de quina	—	100 gramos
Sulfato de quinaína		7 —
Acido sulfúrico	—	c. s.
Vino Opnt.		90 gramos
Acid. d. cafeo	—	30 —

En tu presencia

En la tarde la salida del derrame pleural putrefacto es muy abundante de manera que ha sido necesario renovar varias veces el aprito. El estado general del enfermo es muy malo. R. 38, - P. 100 - Temp 39.º

Día 23. - R. 28. Pulso tan miserable como el dia anterior, 100 - Temp 38.º 3. Cuando practicamos la curacion de la herida se hizo toser al enfermo saliendo por la herida parietal un chorro de líquido color de chocolate, fétido como el que anteriormente mojaba el aprito. Se hizo un tallo de laminaria para dilatar la herida que no permitiera el lavado pleural. La auscultacion de la voz nos hace constatar egofonia en los 2/3 inferiores del pulmon derecho, marcando la parte superior del derrame con un lápiz demográfico. Corrobora nuestro diagnóstico con la palpacion, la auscultacion de la respiracion etc. En la tarde, P. 104 - R. 30 - Temp 38.º 9. Sigue la presion i ademas se pectoral con lognae, a parte.

Día 24 - R. 30 - Pulso duro aunque pequeño 116. Temp 38°9. Se hizo la operación del empiema al nivel del octavo espacio intercostal, en los límites de la región axilar i mamelona, no salió el líquido gangrenoso; pero es de advertir que el enfermo había arrojado poco antes, por golpes de tos, unos 500 gramos del líquido mencionado. Una hora después de la operación (10 A.M.) tuvo fuertes escalofríos que le duraron 4 horas. En la tarde, R. 36 - P. 118, Temp 39.8

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Día 25 - El enfermo siente menos dolor, dice que le ha vuelto el apetito. Temp. 38°5 - R. 30, P. 106. La expectoración pneumónica sigue como en los días anteriores. El líquido que sale por la herida es ahora blonquiceo en lugar de color de chocolate que antes tenía. En la tarde ha tenido algunos escalofríos durante una hora, de 2 a 3 P. M. R. 28, P. 112, Temp 39.5

Día 26 - El enfermo tose mucho, arroja esputos mucosos blancos i unos pocos de sangre casi pura, roja aerada. El líquido que moja el apósito es muy abundante i siempre sumamente fétido. R. 38, P. 100 - temp 38°7. En la tarde se hace el lavado de la herida, P. 100 - R. 30 - Temp 38°4.

Día 27 - P. 100 - R. 28 - temp 38°2. Después de hacer inyecciones de agua fenicada en la herida al 24%, i de tratar que el enfermo hiciera amplias inspiraciones, el líquido salía levantando la piel en la forma de un tumor del tamaño del puño, era evidente que la piel estaba desprendida, se agrandó pues la herida dejando el trayecto de ser tortuoso i de ofrecer dificultades para el lavado de la pleura, pudiéndose además colocar un tubo

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

de drainage de buen calibre. En la tarde, P. 100
N. 28 - Temp 39.9.

Dia 28. El estado del enfermo es casi el mismo
que el dia anterior, P. 116 - N. 24 - Temp. 38.6 - En
la tarde, Temp 39.7 - P. 104 - N. 30.

Dia 29 - P. 112 - N. 28 - Temp 38.9. En la tarde, P. 100
N. 28 - Temp 39.3.

Dia 30 - M. P. 110. N. 26 - Temp 38.2 - E. P. 102 - N. 28 - Temp 39.4

" 31 M. P. 104 N. 30 Temp, 38.6 E. P. 118 - N. 24. Temp 39.7

Agente 1. - M. P. 100 N. 28 38.6 104 34 39.0

" 2 - M. P. 92 N. 36 Temp 37.6 112 30. 39.0

" 3. P. 44 - P. 100 - Temp 38.1. En este dia. se ha

presentado una bronquitis generalizada, se notan estos
tos que son, húmedos i sibilantes a ambos lados del
torax. Se le dejó una precion pectoral i una pildora
de eino glosa en la noche. Empleamos las inyecciones
de agua fenecada por los de permanganato de potasa
en la proporcion de 5 gramm por 1000 de agua. En
la tarde N. 40 - P. 116 - Temp 39.4

Dia 4 - P. 100 - N. 32 - Temp 37.5. El pus es mas
espeso que los dias anteriores, casi inodoro, se hizo un
nuevo lavado con la solucion del dia anterior, pero en
proporcion mitad menor del agente activo, precautelando que
la anterior le causó muchos dolos i una ligera exacer-
bacion febril. En la tarde, el pulso es tenso i vibrante.
110 - N. 30 - Temp 38.8.

Dia 5. P. 112. N. 28. Temp 37.6. El enfermo está
muy bien, ha desaparecido casi por completo los que
le atormentaba. Lavado con solucion mas debil aun
1. por 1000. En la tarde, P. 120 - N. 30 Temp 39.0.

Dia 6. N. 28 - P. 104 Temp 38. El enfermo ha pa-



sado mala noche, ha tenido pesadillos que le han impedido dormir. El pus ha perdido completamente su fetidez, es loable. En la tarde, P. 110. N. 98. temp 38°7. En la mañana a tarde el lavado se ha hecho con agua feruida.

Dia 7. R. 20 - P. 102 - temp 37°3. Lavado con permanganato de potasa 1, 25 cent por 1500 de agua. En la tarde, P. 96 - temp 39°1.

Dia 8. - Un eralopio interno principio a los 6 1/2 A.M. Pintado al nivel del mamelon izquierdo. R. 32. Temp 39°4. El pulso no se puede contar a causa de los movimientos fibrilares. El enfermo muere en la tarde a la 1 1/2 P.M.

— Autopsia —

Proceso de bronco-pneumonia en el pulmon derecho i edema en su vertice. En el izquierdo habia adherencia de la pleura en toda su estension i; cosa estrana sin una cavidad que pudiese contener el tubo de drainage, de 8, 20 de longitud que se colocaba en la herida.



Observacion N.º 3. - Ramon Clavijo, de 25 años de edad, de buena constitucion i salud anterior excelente, entro' el dia 19 de abril de 1884 a ocupar el N.º 30 de la sala de Su Camarillo, afectado de una herida hecha con instrumento cortante, 3 dias ántes, en la parte media de la 10.ª costilla, de 3 centímetros de longitud, siguiendo su direccion, en la prolongacion de la linea axilar, cortado i guiendo. Este hombre no sabe absolutamente como le fué inferida dicha herida, por encontrarse en estado de ebriedad compulsiva, de modo que nada sabemos sobre la posicion en que estaba al recibir el golpe, sobre la forma del agente con que fué herido etc, etc; recuerda solamente haber perdido cierta cantidad de sangre que no sabe avaluar aproximadamente.

Observando las otras regiones del enfermo notamos que el vientre está muy abultado, timpánico i doloroso, tanto a la presion como por los accesos de tos que de cuando en cuando le acometen; hai vomitacion desde hace dos dias, nauseas i vomitos de materias alimenticias; la respiracion es fatigosa, tiene esputos de bronquitis. Se le administró 30 gramos de sulfato sódico con hillo para impedir que lo vomitase i combatir el tertinamiento; para combatir la pequeña herida que se reconoció simple desde luego, aparamos sus bordes con bondelitas de diaquilon, envolviendolo el torax con un vendaje Compresivo.

Estos datos fueron tomados el 20 de abril.

El diagnóstico se depende de lo dicho.

Con el purgante que el enfermo tomó, tuvo 3 deposiciones i el timpanismo, i el dolor disminuyeron mucho. A pesar de todo, el enfermo está sumamente abatido, la herida descolorida i sin tendencia a la Cicatrización. Este estado persiste los dos días siguientes i entonces se sospecha que no puede ser una herida pretendida tan insignificante la que tiene al enfermo en tal estado. de protrusión. Se hace un examen completo del triax i notamos con sorpresa un devanar en el lado izquierdo. Se comprueba con rigurosa exactitud que el devanar llega hasta la 6.^a costilla, avolumamos su cantidad en 2000 gramos, su naturaleza la creamos densa. La causa de la pleurisia, por ahora no se diga sospechar (?). Se le administran papules compuestas de sulfato de quinina - 0,10 centigramos, Calomel i poteros de digital - a a ^{gr.} 0,05. para que tome 1 cada 2 horas. La temperatura de la tarde era de 39.^o4.

Al día siguiente se nota que el devanar disminuye, lo mismo que los demás síntomas: el insomnio, la respiración fatigosa etc. El día 25 se le administró una porción de *Diuretica* Compuesta así: Nitrito de potasa - 3 gramos Infusión de digital 1,50 cent. por 200 de agua - Jarabe de espinañas - 10 gramos. Con esta porción la orina se hizo abundante i de coloración subida; pero no se notó que el nivel superior del devanar hubiera bajado. — El insomnio es lo que por ahora molesta más al enfermo.

El día 26 se le dió una porción de Infusión

de Lilo - 150 gramos, Stear antracina - 3 gr.^s - Liev acetato de amoniacas - 10 gr.^s - Jorabe de Loureya 30 gr.^s. Pero el enfermo, turbado por demoras, no tomó una gota si quiera de esta fraccion. La temperatura en estos dias ha oscilado al rededor de 39.^o

El 28 el enfermo se queja de una grandisima, en la noche ha tenido sudores, vómitos; acusa en el abdomen dolor espontaneo que se exagera con la presion; el insomnio es mas tenaz que en los dias anteriores. Como la disnea impusiere en cierto modo, se hizo al enfermo una puncion exploradora en el 7.^o espacio intercostal, un poco por dentro de la linea axilar. Se extrajo asi una cantidad de liquido que se puede avaluar en 5 gramos. Hecho el analisis microscopico del liquido se encontró que la proporcion de los glóbulos rojos era a la de los blancos como 20 es a 1. El derrame es por consiguiente serosanguineo, con una cierta cantidad de glóbulos fuculentos.

Poco despues de hecha la puncion, se noto un tumor, que antes no existia, entre el sitio de la puncion y la herida, tumor fluctuante, sumamente doloroso a la presion; pero tambien reduciéndose por ella. Se le quijo hacer una nueva puncion con la jeringa de Pravaz, pero el enfermo se resistio; la naturaleza de este tumor no pudo pues ser conocida con todo rigor. - Al dia siguiente el paciente dice que el dolor abdominal se ha calmado, ha habido insomnio. Pero lo mas extraño acaecido hoy es lo siguiente: A las 8 A. M. de este dia al hacer la curacion de la herida, sobrevino una abundante

salida de un líquido rojo por dicha lesión, el practicante dice que el líquido, sanguinoso en su mayor parte, salió por la parte superior de ella con fuerza i abundancia al principio i de una manera continua, i despues a compas con los movimientos de respiracion i ~~con~~ los golpes de tos: el líquido era espumoso, como si estuviese mezclado con aire. Con esta salida de líquido el tumor desapareció por completo e ipso facto. La avaluacion de la cantidad de líquido que salió no se pudo hacer con precisión; pero a juzgar por la cantidad de ropas manchadas i por lo denamado en el pavimento lo avaluamos en 500 gramos.

He aqui, pues, un error de diagnóstico: la herida que al principio se consideró no penetrante i de pronóstico benigno, era por consiguiente penetrante simple, variedad pleural. Ahora como explicar que estando la herida sobre la 10^a costilla haya ido a herir la pleura, que como sabemos en la region axilar no llega sino hasta la 7^a u 8^a. Es indudable que el agente vulnerante se ha introducido no al través del diafragma, porque el individuo no presentaba ningun de los signos de las heridas de este músculo, sino entre la 10^a i la 10^a costilla primero i despues bajo la 9^a i la 8^a. Ha venido a herir la pleura sobre esta última. La causa de la pleurisia queda, pues, tambien explicada.

La formacion del tumor fluctuante, reducible despues de la puncion me parece que se puede explicar por el despegamiento de algun coágulo obturado de la herida pleural, consiguientemente a la introducción

cion del tórax; i si el líquido no se derramó inmediatamente al exterior fué porque sin duda se lo impidió algún principio de cicatrizacion en el fondo de la herida parietal; pero se derramó una vez que este principio de cicatrizacion fué vencido. El nivel superior del derrame bajó como 6 centímetros. El enfermo despues de este accidente no está tan fatigado, sin embargo siempre tiene disnea, abatimiento, anorexia etc. La temperatura es de 39° .

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se le daban 2 gramos de sulfato de quina en dos veces. El día 5º el paciente está fatigado, el insomnio es pertinaz, el corazón late tumultuosamente lo mismo que el pulso carotideo. En la curacion de la mañana salieron como 200 gramos del mismo líquido de que ya he hablado anteriormente; en la tarde se introdujo en la herida una sonda de goma delgada que penetró como 8 centímetros hacia adentro. Se le dya la siguiente prescripcion: Infusum de poligala 120 grs. — Licor amoniac asociado 2 grs. Laudanum de Sydenham — 2 grs. Jorale de bulbarro de Foli — 20 grs. Para tomar en 4 porciones. Pero el enfermo siempre obstinado, siempre testarudo no toma nada absolutamente de esta prescripcion.

Los días 1º, 2, 3 4, 5 de mayo continúa así en el mismo estado, un poco menos fatigado, el insomnio ha disminuido, gracias a los hipnoticos opio i cloral que se le ha administrado; subsiste aun un poco de líquido (100 gramos próximamente) al hacer la curacion. La temperatura sigue oscilando al rededor de 39° . — El día 6 se le prescribe una prescripcion nueva: Infusum de quina — 120 gramos — bagno

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

90 grs. - Extracto blando de quina - 2 grs. Jorale
30 grs. en tres veces.; Pero, como siempre, la primum, no la
Tomo! Una pilvora de opio, en la noche.

Los dias 6 i 7 sigue el paciente como en los
dias anteriores. El dia 8 permitio despues de unos
de 10 dias de supiliencia, luego de poseer hacer una
funcion. Se hizo en el sitio de eleccion i no salio ab-
solutamente liquido alguno, a pesar de la aspira-
cion con el aparato de Potain. Atribuyo este pro-
ceso a la pequenez de la camula del trocar, porque
bien pudo obstruirse con un pequeño coágulo. Se trató
ipso facto de introducir un trocar de mas calibre; pero
el individuo no consentió, fue inflexible: Se intro-
dujo entonces una sonda de pequeño calibre por la
herida que penetró como antes 8 centímetros hacia ad-
entro i atras, i al retirarla no trajo consigo ni una
gota de liquido; por la misma herida se introdujo
en seguida una camula i con el aspirador Potain
se hizo una inyeccion de agua fenicada; al princi-
pio reflujó el agua por la herida; pero despues
se detuvo; se hizo toser al enfermo i se vio que el
agua reflujó con fuerza a compas con los golpes
de los. Poco despues salió un coágulo blanquecino
fibrinoso i el liquido desp de refluir cuando se de-
jó de inyectar. El color del liquido que salia era
gris sucio, como si estuviese acompañado de glóbulos
de pus. Despues de esto el enfermo tuvo vomitos,
i una disnea intensísima que por fortuna dismi-
nuyó gradualmente.

La herida supura abundantemente; y sigue el mis-
mo tratamiento que al principio.

Los días siguientes 10, 11 i 12 el enfermo se encuentra en el mismo estado que antes; pero los síntomas de inflamación son mucho menos manifiestos; la herida supura con mucha abundancia; el pus es espeso, amarillento, de buena naturaleza. Se hacen lavatorios con el aspirador Potain. La temperatura ha oscilado al rededor de 38°5. Se le da una poción compuesta de infusión de quina 120 grs. sulfato de quina 1 gr. - ácido clorhídrico 1 gr. i jorale 30 grs. i en la noche una pildora con 1 centigramo de morfina. Aunque objeto de decir que la poción no la tomó!

En los días 13 hasta el 18 inclusive, el enfermo se encuentra mejor, duerme mas, siendo mas tranquila su sueño; el derrame pleural es muy pequeño; la herida supura menos. Como el enfermo no quiere tomar medicamentos de ninguna especie, se le abandona a los solos esfuerzos de la naturaleza. La temp 38°5.

Los días 19, 20, 21, 22 i 23. supura la herida ~~opero~~ ^{opero} ~~mis~~ ^{mis} ~~pro~~ ^{pro}; se nota un principio de cicatrización en la parte anterior e inferior. Se le da el 24 una poción con quina i jorale de limón, poción que ni se usó ni se probó. La temperatura en estos días ha sido mas baja.

En los días 25 hasta el 31 inclusive, poco mas o menos el mismo estado. En este último día se nota que los pies del enfermo estaban un poco edematosos, debido sin duda al estado de hidrémia, edema que desaparece gradualmente a medida que el enfermo recobra una pequeña mejoría; la herida cicatriza del interior al exterior, puesto que apenas se penetra una pequeña cantidad del líquido infectado. Desde este último día la temperatura sigue decreciendo hasta llegar a ser algunos decígrados superior a la

normal

El individuo continuó así durante un mes mas abandonado a su propia suerte; por fin, a fines de Junio arrojó un día en la mañana una gran cantidad de pus por la boca, acompañado con galpus de tos; siguió expectorando pus con secreción bronquial durante mas de 15 días. La expectoración disminuyó poco a poco, hasta cesar por completo.

De este modo, pues, el solo trabajo de la natura -
liza hubo porque la colección pleurítica se abrió
para al traves del pulmón i terminara la enfermedad
por una vómica pleural. — La heida siguió con mu-
cha lentitud su trabajo de cicatrización, supurando
siempre aunque en pequeña cantidad i vino a ci-
catizar por completo a fines del mes de Julio.

Después de esto el enfermo recobró sus fuer-
zas rápidamente, i si permaneció en el hospi-
tal hasta fines de Agosto fué sencillamente
porque no tenía recursos para retirarse. Por fin!
este enfermo tan indomito para todo tratamien-
to interno, como quimérico, i abandonado a sus
solas esfuerzos, dejó nuestra sala de hospital
el 29 de Agosto de 1884 completamente curado



Observacion clinica n.º 4 — Florencio Peña,
de 18 años de edad, natural de Santiago, dedicado a los
faenas del Campo, fue conducido al hospital en la noche
del 30 de julio, ocupando la cama n.º 22 de la Sala de
Clinica de San Camilo, siendo Catedrático de ella el doctor
Ventura Carrvallo Elizalde.

Al siguiente dia practicamos su reconocimiento.
Nos refiere desde luego, que en la tarde del 30 marchaba
tranquilamente de a pie siendo seguido a una pequeña
distancia, 2 a 3 varas, por un individuo que cabalgaba
en un corcel, cuando de repente le disparó un tiro de
revólver, cuyo proyectil vino a herir en el lado izquier-
do de su pecho. Caí inmediatamente despues del acci-
dente pierde el equilibrio, i cae en tierra anonadado
i bañado en su propia sangre. En este estado algunas
personas que llegan al lugar de este triste acontecimien-
to, lo conducen al hospital en la noche fue citada.
Con estos datos pasamos al examen directo de la lesion, i
constatamos un rotura de continuidad con tura con to-
dos los caracteres de una herida por arma de fuego, en
el 6.º espacio intercostal a 3 centímetros debajo del ma-
melo izquierdo. El enfermo tiene una disnea de los mas
angustiosos, 72 respiraciones por minuto, su postura
es profunda i acusa un intenso dolor al nivel de la herida,
dolor que se irradia, que se propaga al interior del tórax
i en toda la mitad lateral izquierda. El pulso es débil i
frecuente, la temperatura 38.º9. Macidez a la region pre-
cordial, ruidos cardiacos débiles, alejados.

Fundados en lo que precede nuestro diagnóstico que-
da sentado así: Herida penetrante del tórax, complicada
con probabilidad de hemo-pericardio. Además algu-

nos estertores sub crepitantes, acompañados de una expectoracion característica nos dicen claro que estamos asistiendo a la evolucion de un proceso de pneumonia traumática como complicacion secundaria. — Pronóstico fatal

El tratamiento formulado i prescrito ipso facto a la Cabeza del enfermo es el siguiente: Agua de melissa

150 gramos — Licor acetato amoniacos — 10 gramos — Tintura de lavándula — 3 gr. — Tintura de almizcle 1 gr. — Jarabe de cidra 30 gr. Para tomarse en 4 porciones, en

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

el curso del día

Agosto 1.º El estado del paciente es el mismo que

el del día anterior: el mismo abatimiento, la misma prostracion, el dolor sigue siendo tan agudo i tan intenso.

La temperatura de la mañana es normal, respiraciones 50, pulso 120. Maniemos tiempo notamos frías pleuríticas a derecha e izquierda. Continúa con la misma prostracion, i como hai timpanismo abdominal se le prescribe una lavativa purgante.

En la tarde la temperatura es de 37.º5, pulso 140, respiraciones 50. Merced a la administracion de la lavativa purgante, el timpanismo ha desaparecido en gran parte, pero el enfermo ha tenido una sola deposicion

Agosto 3 — La gravedad del enfermo se multiplica en aumento, el número de respiraciones alcanza a 60, temperatura 37.º8, pulso 120, se cree en la existencia de una

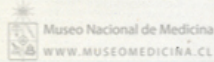
pneumonia invasora de vértice, i que la pleuritis doble de que ya hemos hablado sea exudativa. El corazon está desviado hacia la derecha, latiendo la punta del corazon al nivel del borde izquierdo del esternon. Sigue el mismo

Museo Nacional de Medicina

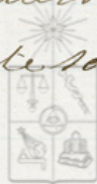
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

tratamiento. Para calmar los vivisimos dolores de que se queja el enfermo le prescribimos 5 centigramos

de extracto de opio. En la tarde el próximo fin del desgraciado enfermo no está ligero, el desenlace pronto de su vida no se ha de esperar largo tiempo.
Efectivamente nuestro enfermo a las 8 A.M. del día siguiente.

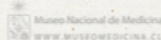
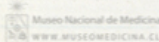
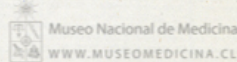
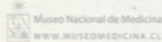


Autopsia— El proyectil penetró por el 6.º espacio intercostal izquierdo, atravesó la pleura i la base del pulmón correspondiente, el diafragma, el lóbulo izquierdo del hígado, el estómago a 3 centímetros debajo de la porción cordial del esófago, el riñón izquierdo i se envolvió al nivel de la apófisis transversa de la 2.ª vertebra lumbar. Adherencias pleurales en la pleura izquierda, 600 a 800 grms de dinamite sin ser quinolente, el pulmón derecho congestionado, el izquierdo es asiento de un proceso pneumónico en su segundo período. Lengua i Penecondis normales, el hígado está congestionado i el riñón izquierdo es asiento de coágulos de sangre. También existe sangre dinamada en los pillos.



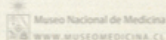
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Observacion clinica n.º 5. — Pedro Salomon, natural del Chile, de 60 años de edad, fuerte de constitucion fuerte i buena salud anterior entró a ocupar en la noche del 16 de noviembre en cama n.º 28 de la sala de San Camilo, servicio clinico del doctor Carralillo Elizalde. Nos cuenta que en la tarde de eudia fue asaltado por un individuo, recibiendo en la respuesta que hubo de sortener, 2 heridas: una en el borde posterior de la axila, la otra como a 2 centímetros hacia adelante del ángulo inferior del hombro. Ambas heridas presentan los caracteres de heridas por instrumento cortante. La primera es pequeña, poco profunda, leve i no molesta sino por su situacion. La otra, de 4 centímetros de longitud, dirigida de arriba abajo i de atras adelante; pero con inclinaciones muy débiles. Esta herida es la mas grave. Ha perdido por ella gran cantidad de sangre, mezclada con burbujas de aire. Inmediatamente despues del accidente el enfermo desfalló i tiene una disnea considerable, acusa un dolor bastante agudo, localizado al nivel del boton diafragmatico de Noil Guéniau de Musy, ^{que} ha tenido hemoptias, un enfisema se extiende desde la herida, avanza hacia adelante invadiendo con tanta una linea imaginaria vertical al mamelon izquierdo, hacia atras la limita la columna vertebral, hacia arriba se extiende a la parte lateral izquierda del cuello, a la nuca i hasta la apofisis mastoides. El enfisema de estas ultimas regiones dificulta en alto grado los movimientos de lateralidad de la cabeza, encontrándose de este modo el enfermo en las mismas circunstancias que un individuo



afectado de sinusalgia de los músculos del cuello, o, para hablar con más propiedad, de torticollis.

Por parte del aparato respiratorio, hemos encontrado todos los síntomas dependientes de un hemo-pneumotorax; pero es de advertir que la sangre derramada no ocupa sino un muy pequeño espacio quedando para el aire todo el resto de la cavidad pleural a derecha, que es donde existe el hemo-pneumotorax. El retintín metálico, el soplo amfórico i el ruido de bronco de Frouseau son aquí típicos.

A la hora en que examinamos el enfermo los síntomas alarmantes de la vípera han disminuido en intensidad, conservando siempre la disnea i el dolor, que le impide acostarse, viéndose obligado así a aguardar una posición semi-sentado.

Diagnóstico. — Por los síntomas ya enumerados el diagnóstico no puede ponerse en duda, se trata de una Herida penetrante simple del pecho, variedad pleural, con hemo-pneumotorax.

Prognóstico. — Se formula como muy grave, en razón de las complicaciones que pudieran sobrevenir, i aunque el individuo es de una robustez i de un vigor físico bien acentuados el pronóstico no puede sino hacerse de la manera que ya lo hemos hecho, por tratarse de una herida penetrante del tórax.

El tratamiento instituido i puesto en práctica en este enfermo es el común i ordinariamente empleado en esta clase de lesiones. Así hemos ocluido inmediatamente la herida con bandelitas de diquisilon, el herido en decúbito supino pero con el pecho i la cabeza un poco levantados por un almohadón

para darle mas comodidad, facilitar la respiracion entorpecida i aumentada por el dolor i la disminucion del campo de la hematosi a consecuencia de la sangre i el aire detenidos en la cavidad pleural; por último un vendaje compresivo que ademas de llenar las mismas condiciones que la posicion servia tambien como medio curativo poderoso para la rápida i eficaz terminacion del enfisema. Como el enfermo estubiese un poco estenuado, se le administro un purgante de sulfato de soda a la dosis de 30 gramas.

La marcha de la afeccion hacia su curacion definitiva es una de las mas rápidas i mas brillantes que sea posible imaginar. El enfisema desapareció completamente hacia el tercer dia, el pneumotorax demoró algunos dias mas. Ya este respecto se me permitid aqui exponer la teoria de Demarquay sobre la curacion del pneumotorax: "Pasan entonces en la pleura fenómenos de absorcion i de exhalacion gaseosa que cambian notablemente la composicion de los gases que constituyen el aire. El oxígeno disminuye gradualmente hasta el punto de desaparecer completamente. Es reemplazado por una cantidad no correspondiente pero algunas veces aproximada a lo ménos de gas ácido carbónico. El agua experimenta un aumento mas o ménos sensible; se produce así una mezcla que es mas absorbible que la precedente; los fenómenos de absorcion i de exhalacion continúan conduciendo sin cesar a la formacion de mezclas gaseosas de mas en mas absorbibles i terminando en fin por una reabsorcion completa".

La herida supuró poco, su cicatrizacion fué por la rápida i segura. Al decimo-quinata dia no qu-

daba sin un vertigo de ella: una eructación rosada
y con un sollevamiento casi inapreciable

El enfermo pudo levantarse al duodécimo día
sin el menor inconveniente, faltar la elevación de
temperatura que tuvo en toda la evolución de su pa-
decimiento excedió de 38° grados; su apetito se man-
tuvo siempre muy siempre excelente. Se verá por esto
cuán rápida, cuán eficaz y brillante fue esta cura-
ción; lo que se deba en gran parte: 1.º a la contribución
vigorosa del sujeto; y 2.º a los solícitos cuidados de
que fue objeto.

De este modo, el individuo que el 16 de no-
viembre entraba a ocupar el número 28 de la sala de
San Bonifacio con un cuadro sintomatológico tan
alarmante, pudo retirarse del hospital comple-
tamente curado 18 días después.





Observacion Clinica n.º 6. — Weneclas

Goyály, de 24 años de edad, natural de Loncomilla, de buena salud anterior, de constitucion hercúlea, entró al hospital de San Juan de Dios, el 17 de noviembre, a la sala de San Camilo, n.º 20, servicio clínico del doctor Barvalto Ellyalde. — Resiere este individuo que en la tarde del día anterior fué acometido por un compañero de trabajo, el cual le ensifinó una herida en el costado izquierdo del tórax con un espiluma parecido al que usan los marineros; pero cuya hoja era larga de 10 centímetros proxímanamente i bastante aguda i cortante; que por la herida perdió gran cantidad de sangre, hasta el punto que poco después del accidente, tuvo desfallecimientos, sudores frios, obnubilaciones etc. Apega además que, acompañando a la sangre, se escapaba a veces, en algunos movimientos de respiracion, el aire con un ruido particular. En la noche de este día cuenta el enfermo que no pudo dormir absolutamente nada a consecuencia del dolor agudo que sentia al nivel de la herida, así como por su respiracion que era muy angustiosa; tuvo también en la citada noche algunos esputos de sangre.

Practicamos el reconocimiento del enfermo i vemos en efecto una herida en el lado izquierdo del tórax, en su parte lateral, en la prolongacion de la linea axilar, en el sétimo espacio intercostal, de bordes adriados entre sí i como retraidos i con una longitud de 2 centímetros ad maximum. Presenta, pues, todos los caracteres de una herida por instrumento punzante. Existe un poco de enfisema

al rededor de la herida, i un dolor bien acentuado. A la auscultacion nada de particular, tipo es una respiracion ligeramente soplante al nivel de la herida. El enfermo se encuentra agitado, tiene disnea, el pulso es frecuente pero tiene cierta tension, la temperatura es de 38° - el apetito se ha conservado.

Diagnóstico. - Los caracteres ya apuntados no dejan duda alguna sobre el diagnóstico i el hecho de que el individuo haya tenido hemoptisis nos autoriza a creer que estamos en presencia de una herida penetrante del tórax complicada con herida del pulmón.

Pronóstico. - En nuestras ideas generales, hemos sentido ya de una manera precisa i categórica que el pronóstico de las heridas penetrantes del pecho es muy grave; por consiguiente, el pronóstico en el caso actual no puede sufrir modificación de ninguna especie a lo que ya hemos expuesto como una verdad evidente i fuera de toda duda.

El tratamiento que ponemos en práctica en este enfermo se reduce a lo siguiente: La herida está afeccionada por sí misma; pero ayudamos esta quietud por la inmovilización de sus bordes con bandelitas de diaquilón, establecimos un vendaje ligeramente compresivo al rededor del tórax i ordenamos al enfermo este siempre en una posición semi-sentada. Con este tratamiento i una prescripción tónica cuya base era el extracto blando de quina, a dosis de 6 gramos, para combatir una temperatura de $38,5^{\circ}$ que el enfermo presentó en los primeros días butó para que nuestro paciente abandonara nuestra sala de hospital el 15 del mes siguiente completamente curado.

Observacion Clínica n.º 7. — Rafael Paranguire, de buena constitucion i de una salud excelente entró a ocupar la cama n.º 26 de la sala de San Camilo, Clínica del doctor Carrasco Ujaldé, el 7 de setiembre de 1882. Nos refiere que ese mismo dia recibió un balazo ocasionándole una herida que presenta los siguientes caracteres: El orificio de entrada está sobre el esternon a 2 centímetros abajo i dentro de la articulacion esterno-clavicular del lado derecho, su direccion es oblicua de izquierda a derecha, sus dimensiones 2 centímetros en su mayor diámetro, la herida ha sido debilitada, en ninguna parte se encuentra el orificio de salida. El enfermo está bastante extenuado, ha tenido leptomias, sudores frios, ha perdido igualmente una regular cantidad de sangre.

Por la topografía de la lesion, los caracteres que presenta la herida, la naturaleza del agente vulnerante, las circunstancias de no notar por la palpacion en la vecindad de la herida, la bala. Causa de la lesion, diagnosticamos una herida penetrante del torax. La ausencia de hemoptisis nos hace sospechar que sea una herida penetrante asisple.

El pronóstico es muy grave, siendo el único medio de curacion del enfermo el enquistamiento del proyectil.

En los primeros dias nos limitamos a levantar las fuerzas del enfermo por medio de un régimen tónico i una buena alimentacion, a curar la herida segun el método de Lister. Así pasó hasta el 14 dia en que aparecieron algunos hemorragias tales como epistaxis, hemoptisis, i una elevacion de temperatura bastante notable. Combatimos entonces la fiebre por un tratamiento apropiado.

En la mañana del dia 26, el enfermo que hasta entonces

si es verdad que no marchaba a una curacion probable
 siquiera, tampoco presentaba sintomas alarmantes, le nota-
 mos pálido, en decubito supino. Los alor de la nariz se
 separan visiblemente a cada movimiento respiratorio, la
 respiracion es angustiosa, 40 por minuto, la temperatura
 es de $39^{\circ}5$, la lengua está seca y fuliginosa, el apetito
 es nulo, hay constipacion. Por parte del sistema nervioso
 se presenta el delirio i estertores sibilantes i roncantes por
 parte del pulmon. Sencsa un dolor agudo al nivel de la herida,
 dolor que se irradia al brazo derecho, los ganglios axilares están
 infectados. Inicial me parece decir que el pronóstico sea
 grave desde el primer momento, creyendo que estamos en
 presencia de una infeccion purulenta a cuya evolucion nos
 preparamos a asistir. Notamos ademas los sintomas de un
 derrame pleural. Instituímos un tratamiento francamen-
 te antitérmico.

En el día 27 la temperatura es de $39^{\circ}8$ - pulso 112, res-
 piraciones 48, la cara i el cuerpo cubiertos de sudor. Por
 lo demas los mismos sintomas que el día anterior.

Al día siguiente el estado general es mas grave aun
 sigue el delirio i la apitacion, el pus ha disminuido i tie-
 ne un color latericio,

Día 29 - El enfermo está en un estado comatoso, sus
 pupilas escavadas i cubiertas de sudor, los ojos hundidos
 en la órbita. La disnea es muy grande, tiene unos 60 res-
 piraciones por minuto, ha tenido epistaxis, la herida
 se presenta seca. En medio de este cuadro de sintomas
 el enfermo dejó de existir en la tarde de este día.

Museo Nacional de Medicina
 Autopsia - detras del esternon se encuentra la
 bola, que es conica, mide 15 milímetros en su mayor

diámetro por 8 de espesor. La vena subclavia es asiento de flebitis, existe un derrame sero-purulento en la pleura izquierda i adherencias en la pleura derecha. Abscesos metastáticos en ambos pulmones i en el hígado. En la amígdalas hai un derrame seroso i sero-purulento en las ventriculas. Algunos colecciones de pus diseminados aquí i allá en la masa encefálica.



Honorable Comisión: Habreis notado quizás que las 7 observaciones que os presento no son excesivas pero tampoco son insuficientes. Si no he presentado mas en el discurso de mi tesis, la razon es muy natural i sencilla: he querido, ante todo, relatar aquellas casos cuya autenticidad no puede ponerse en duda. Son todas observaciones recogidas en la Clínica con diagnósticos perfectamente seguros, hechos, confirmados o corroborados por nuestro profesor, pudiendo ser esudados con su nombre. De lo dicho podemos arribar a las siguientes

Conclusiones.

- I Es una verdad evidente como un axioma que las heridas penetrantes del tórax complicadas son con mucho mas frecuentes que sus homónimas simples. (Hemos expuesto claramente la razon de esto en nuestras generalidades).
- II Que de las heridas penetrantes complicadas las lesiones del pulmon aventajan, en frecuencia, a la de cualquiera otra víscera intratorácica. La vasta extension de estos órganos, su acceso por las diferentes partes del tórax, dan perfectamente razon de ello.
- III Que las heridas del corazon ocupan el 2º lugar, por su frecuencia, entre las penetrantes complicadas, siendo raras las de los gruesos troncos arteriales o venosas i excepcionales las de la porcion torácica del esófago i conducto torácico.
- IV Que las heridas penetrantes simples pleura-



les no son tan infrecuentes ~~como~~ pretenden los autores. En nuestra tesis presentamos casos bien constatados.

V Que el pronóstico de las heridas penetrantes del tórax, siendo siempre muy grave, lo es mucho más en las heridas complicadas que en las simples.

VI Que las complicaciones de las heridas penetrantes son las flegmasias, ocupando el primer lugar entre ellas la pleuritis, la neumonía catarral o bronco-neumonía y la pericarditis.

VII. Que entre las pleurisias la más frecuente es la purulenta y el empíema su tratamiento más eficaz.

VIII Que el tratamiento de las heridas penetrantes del tórax, en general, es común a todas ellas: oclusión inmediata de la herida, decubito supino del enfermo, en la posición más adecuada, vendaje al rededor del tórax ligeramente compresivo, y las preparaciones opiáceas, entre las cuales ocupa el primer rango la morfina en inyecciones hipodérmicas; la sangría en ciertos determinados casos.



Clemente Bergeon

