

Blanco, Román

-1-

30 Oct. 1886

12
09
18"Heridas penetrantes del
Tórax con lesión del pulmón."

Honorable Comisión:

291

Al elegir este tema el único móvil que me lleva, es recopilar los diversos casos prácticos que se me han presentado durante mis dos años de asistencia al Curso de Clínica Esterna i probarlos con esto, que he dedicado preciosos momentos para estar siempre de centinela en el cumplimiento del deber.

Por primera vez emprendo trabajos de esta naturaleza i con la entera conciencia de no poseer, siquiera, un átomo del florido lenguaje de Cicero, de la dulzura i suavidad de Senofonte; pero impregnado si de la veracidad de Herodoto.

Confiado en la veneration de vosotros, quedaran cumplidas mis aspiraciones si perdonais los defectos de que puede acaecer.

Señores:

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En las heridas pene



trantes del tórax puede ser herido cualquiera de los órganos contenidos en su cavidad i los pulmones desempeñan la principal escena en cuanto a su frecuencia en virtud de la grande estension que tienen, su espesor i el estar juntos a la cara interna de la pared torácica. Sin embargo, sucede a veces que se ha interezado todo el espesor de dicha pared i la pleura parietal, sin que haya lesion del pulmon apesar de que la hoja visceral que lo cubre, desliza sobre la parietal; pero estos son casos raros i la regla jeneral es: solusion de continuidad tambien en el pulmón.

Las Causas que las pueden producir, son muy variadas: todas las clases de instrumentos cortantes, punzantes i contundentes; Los proyectiles de las diversas armas de fuego; las fracturas del esternon i de las costillas en que hai hundimiento de uno de los fragmentos i salida al exterior del otro; i en una palabra



todo agente vulnerante exterior.

Los síntomas que presentan son de dos órdenes: unos inmediatos, son el resultado habitual de todo traumatismo violento; los otros son especiales, propios a las heridas penetrantes del tórax con lesión del pulmón i provienen de los desórdenes que la herida del pulmón le hace experimentar en su función.

De los primeros tenemos: la pérdida del conocimiento que sobreviene frecuentemente, bajo la doble influencia del dolor i de la emoción, i que puede llegar hasta el síncope completo; la palidez de la cara, los sudores frios, el enfriamiento de las extremidades, el debilitamiento o la desaparición momentánea del pulso; todo debido a un trastorno de la inervación vaso-motriz, consecuencia necesaria de la impresión producida por el accidente en el ánimo del paciente.

De los segundos tenemos:



- 4 -

la hemoptisis, la salida de la sangre i del aire por la herida, la disnea. Los otros síntomas pueden llamarlos Consecutivos i son considerados por los autores como complicaciones de estas heridas i tienen una gran importancia en el diagnóstico; los principales son: el enfisema, el pneumo-tórax, las hemothoraxias esternales e internas, la pleuresia, la neumonia traumática, los derrames en el tórax i la hernia del pulmón.

Hemoptisis: su abundancia es muy variable, depende de la importancia del vaso herido, ya hace irrupción en los bronquios, el enfermo puede morir tras golpe de tórax o puede morir casi inmediatamente ahogado por la sangre que obstruye las vías aéreas; ya aparece en tan pequeña cantidad que apenas colorea los esputos. Al principio es rubilante, espumosa; mas tarde pierde este carácter i la expectoración es de un color moreno-oscuro, espesa, viscosa, adherente, poco adecuada, hasta la desaparición completa de

La salida de sangre por la herida exterior únicamente existe cuando ofrece la herida cierta estension. Si es estrecha la sangre se derrama i se acumula en la Cavidad torácica. Para que la salida de sangre tenga un verdadero valor semelótico, es necesario que coincida con la expectoracion de sangre, puesto que la sangre puede provenir de la laceracion de las arterias mamaria interna, intercostales o de alguna otra rama arterial de la pared torácica, de la del Corazon i la de los gruesos vasos contenidos en el tórax. Su abundancia es variable i está subordinada a la estension i profundidad de la herida del pulmon. La sangre sale mezclada con burbujas de aire. Este síntoma, por sí solo, no puede constituir un diagnóstico puesto que acabamos



de ver que la sangre puede venir de los vasos ya mencionados, i aun puede suceder que no exista apesar de que se encuentra lesionado el parénquima pulmonar.

La salida del aire por la herida, se constata a cada movimiento de espiracion, produciendo un ruido de sopló o de silbido. Tampoco es un suceso constante; pero siempre que exista es un síntoma patognomónico.

Disnea: acompaña a la mayor parte de las lesiones traumáticas del tórax i persiste durante un tiempo mas o menos largo, es producida en primer lugar por el dolor i la dificultad de los movimientos del tórax que resulta de él, en segundo lugar por las complicaciones que pueden sobrevenir, es decir los síntomas que he llamado consecutivos. Esta disnea se acompaña algunas veces de cianosis de la cara i puede, sea por su violencia, sea por su prolongación traer mas o menos prontamente la muerte.

Empiema subcutáneo. - Dos teorías principales han sido propuestas



para explicar la formacion del enfisema consecutivo a las heridas penetrantes del torax: la mas antigua es la de J. L. Petit; la segunda es la del profesor Richet.

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

Petit explicaba de la manera siguiente, la produccion del accidente que tratamos. Quando la pared torácica es dividida o el pulmón atacado de manera que permite al aire exterior penetrar en la cavidad torácica, se forma desde luego un nuevo torax. En el primer caso, en que la herida no interese mas que simplemente todo el espesor de la pared, las inspiraciones que siguen a la herida tienden hacer penetrar una nueva cantidad de aire por la abertura de continuidad, i las espiraciones sobre todo aquellas que van acompañadas de esfuerzos para arrojar este gas hacia afuera por la misma via de entrada. Si la herida es ancha, el aire sale facilmente; pero si es estrecha se hace impermeable i no pudiendo salir se infiltra en el tejido celular. Cerrando la herida pero se opone a que este fluido continúe penetrando en la solution de continuidad i el enfisema

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Cesa bien pronto de aumentar.

En el segundo caso en que hai lesion del pulmon las mismas causas determinan la entrada del aire en la pleura i su salida; pero si esta última es embarazada por la estrechez de la herida o por su oclucion, el gas se acumula en la cavidad pleural comprime el pulmon i se infiltra en el tejido celular de la pared torácica. En una palabra para J.L. Petit, el enfisema era consecutivo a un neumotórax.

Esta teoria ha sido admitida por eminentes cirujanos, entre ellos Malgaigne. Sin embargo unicamente explica el enfisema producido en cierto número de casos, como en las heridas en que hai solo lesion de la pleura parietal, es decir, en las heridas penetrantes simples i para esto supone que el pulmon está libre de adherencias i no prevee el caso contrario en el cual no puede haber neumotórax porque las adherencias impiden la entrada del aire en la pleura i no obstante hai enfisema.

Richet da una gran importancia a las adherencias pleurales, cuestion



-9-

que olvidó Petit en la patogenia del enfisema i admite, despues de los resultados obtenidos de la experimentacion sobre los animales o sobre el cadáver i despues de la observacion clínica, que el enfisema esterior es raro cuando no existe adherencias, i que estas favorecen su produccion, al mismo tiempo que ellas se oponen a la formacion de un neumotorax feneralizado i a la retraccion completa del pulmon. En cuanto al derrame aéreo pleural que segun la teoria de Petit precedería al enfisema, Richet cree que la vida en el hombre es incompatible con la aparicion brusca e instantánea de un neumotorax, ocupando toda la cavidad de una cavidad pleural, i que el enfisema esterior no tiene el tiempo de producirse entonces, si este es muy limitado. Segun esta manera de interpretar los hechos, el aire arrojado por el esfuerzo espirador pasaria directamente del pulmon al tejido celular de la pared, sin derramarse preliminarmente en la pleura. Estas dos teorías analizadas separadamente dan por



resultado el ser muy exclusivas, i quedarian muchos casos sin explicacion, de manera que es necesario Conciliarlas para que ya aplicando la una, ya aplicando la otra tengamos la solucion de todo problema.

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

Las circunstancias que se oponen a la formacion del enfisema son: una gran estension de la division de las paredes torácicas, en cuyo caso sale libremente el aire; un derrame sanguíneo considerable, que se opone a la salida e infiltracion del aire i una estrechez considerable de la herida de los pulmones, en cuyo caso la tumefaccion i los coágulos sanguíneos impiden salir el aire por la herida del parénquima pulmonar.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Las circunstancias favorables para su formacion son: la estrechez i la direccion tortuosa de la herida de las paredes i la gran estension de la de los pulmones. Reunidas estas condiciones, puede resultar un inmenso enfisema.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se reconoce en que la cutis está levantada; pero conserva su aspecto normal, solo se pone tensa i lustrosa cuando la distension es



enorme, si se ejerce presión sobre ella se deprime conservando la impresión de los dedos i produciendo principalmente una sensación particular semejante a la producida por la compresión de un pulmón sano, es la crepitación enfisematosa.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por si solo tomado en



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

consideración cuando es circunscrito alrededor de la herida, no tiene mucha importancia para el diagnóstico, puesto que puede existir sin que la herida sea penetrante, siendo producido por la aspiración del aire exterior; que ejecutan en sus movimientos los labios de la herida, sobre todo cuando está situada en una región muy móvil, como la axilar. Noventa y cinco por ciento cuando va aumentando progresivamente, extendiéndose a las paredes torácicas, al cuello, al abdomen i hasta penetrarse a veces por completo, exceptuando solo la palma de las manos, la planta de los pies i el cuero cabelludo por encontrarse la cutis íntimamente adherida a las partes subyacentes por bandas fibrosas i aponeuróticas, entonces es cuando indica realmente la lesión del pulmón. En el primer



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



-12-

Caso es por lo feneal leve, sin gran importancia; pero cuando es bastante estenso, dificulta los movimientos del tórax, comprime los vasos del cuello i puede producir la asfixia. El caso citado por Littre es un tipo de estos grandes enfisemas consecutivos a las heridas penetrantes con lesion del pulmón. El herido era un hombre de 30 años de edad que habia recibido un golpe de espada en el tórax, i que sucumbió al 5.º día por los progresos de la asfixia, tenía una abundante hemoptisis i una disnea llevada a sus últimos límites i un enfisema generalizado, que no respetaba mas que la palma de las manos, la planta de los pies i el cuero cabelludo; la tumefaccion tomaba proporciones verdaderamente colosales: once pulgadas de espesor por delante de la caja torácica, nueve pulgadas por delante del abdomen, seis en el cuello i cuatro en las estremidades. En la autopsia se encontró un hemo-neumo-tórax con fetidez extrema del gaz contenido en la pleura. El origen de este hemo-neumo-tórax era una herida pulmonar bastante estensa que todavía estaba abierta.



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

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



El Doctor Mery ha observado un caso semejante de enfisema feneralizado.

El Neumo-Tórax traumático, puede ser formado por la entrada del aire exterior en la pleura o por la salida del aire contenido en el mismo parénquima pulmonar o por las dos cosas a la vez. Siempre va acompañado de un derrame de sangre de abundancia muy variable, en la cavidad pleural, pero uno no toma en cuenta la presencia de sangre en dicha cavidad hasta que no sea derramada en cantidad demaciado Considerable.

Cuando está acompañado de sangre toma el nombre de hemo-neumotórax.

Este no es solo el único líquido que puede ocupar la cavidad pleural, al mismo tiempo que el aire atmosférico. En efecto el contacto de este gas con la serosa no tarda en determinar una pleuresia con derrame seroso o sero-purulento de manera que lo que era primitivamente un neumotórax llega a ser un hidro-neumotórax o un pio-neumotórax. La presencia de estas colecciones líquidas, sangre, serocidad o pus, se acusa ~~por~~ por una ~~matidez~~ ~~matidez~~ ocupando las partes ~~de~~ ~~de~~ contrastando con la sonoridad timpánica de las regiones superiores, en



-14-

las cuales viene alogarse el aire en virtud de su menor densidad, por el abombamiento del tórax, la ausencia completa del murmullo vesicular en las partes ocupadas por el derrame, la egofonia, ~~la~~ la disminución de las vibraciones vocales i a veces se percibe claramente en el hidro-neumotórax, el soplo, toz ~~irregular~~ el retintin metálico, el ruido de ~~la~~ de Trousseau que resulta de la percusión combinada con la auscultación i por fin el ruido de glou-glou o de sucusión hipocrática.

La disnea súbita mas o menos intensa, en relacion con la extensión del derrame gaseoso i con la rapidez de su formacion, tiene una gran importancia cuando se trata de un neumotórax médico; pero en el traumático pierde mucho su significacion, pues ella puede atribuirse a la herida misma, al enfisema i al dolor.

El neumotórax cuando es poco abundante i no susceptible de renovarse, no ofrece ninguna especie de gravedad i desaparece espontánea ~~mente~~ en pocos dias. Cuando el aire ha invadido toda la cavidad pleural, puede a veces, con tal que no



se renueva mas, desaparecer prontamente sea por reabsorcion solamente, sea por reabsorcion i al mismo tiempo por emigracion en el tejido celular subcutáneo.

El procedimiento por el cual la naturaleza llega a realizar la reabsorcion del aire contenido en la cavidad es interesante. He aquí como la explica Demarquay. Se produce en la pleura fenómeno de absorcion i de exalacion gaseosa que cambian notablemente la composicion de la mezcla de los gases que constituyen el aire. El oxígeno disminuye gradualmente hasta que concluye por desaparecer completamente. Es remplazado por una cantidad mayor de ácido carbónico. El azoe experimenta igualmente un aumento mas o menos sensible. Se produce así una nueva mezcla que es mas absorbible que la precedente; los fenómenos de absorcion i de exalacion continúan determinando sin cesar la formacion de mezclas gaseosas mas i mas absorbibles i terminando en fin en una reabsorcion completa.

Cuando la comunicacion de la cavidad pleural con la atmósfera por el contacto de un aire renovado incesantemente hace desde luego



nacer una pleuresía seguida de un hidro-neumo-tórax para convertirse después en un pño-neumotórax que puede llegar a dar lugar a accidentes de infección septicémica de una extrema gravedad.

La neumonía traumática se halla relacionada en cuanto a su intensidad i gravedad, con la extensión de la herida de los pulmones. Generalmente no es de tanta gravedad como la consideran algunos, i rara vez se observa que a consecuencia de una herida penetrante sucumba el enfermo por la inflamación de los pulmones. No quiero hablar sobre sus síntomas por no estenderme demasiado, solo diré que es la que con mayor frecuencia va seguida de abscesos, observándose estos principalmente cuando en el cuerpo extraño ha quedado en los pulmones, como un proyectil, un pedazo de costilla o de vestido, o un fragmento del arma que ha producido la herida.

Las hemorragias pueden resultar de la lesión de los grandes vasos, contenidos en la cavidad torácica o de las arterias de la pared de dicha cavidad. Las primeras son prontamente mortales; sin embargo se citan algunos raros ejemplos en los cuales los heridos han



sobrevivido mas o menos largo tiempo.
En la Clínica Quirúrgica de Pelletan, tomo
primero, página 92 se encuentra la obser-
vacion de una herida de la aorta descen-
dente que solo produjo la muerte despues
de mas de dos meses del accidente.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

No sucede lo mismo con las segundas,
pues, pueden ser cohibidas por infinidad
de medios que se han inventado.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por fin tenemos la her-
nia traumática del pulmón, que es muy
poco frecuente lo que se concibe, teniendo
en vista la rareza de todas las condiciones
necesarias para su produccion. En efecto
para que el neumocèle tenga lugar, es ne-
ciso que en el momento de la perforacion
se encuentre el pulmón dilatado por
una enérgica inspiracion, que la glotis
se oclusione i el paciente haga brusca-
mente una fuerte espiracion, estando el pul-
món ~~dilatado~~ ^{distendido} se haya, entonces, com-
primido en todas partes, excepto al nivel
de la herida, a travez de la cual se intro-
duce.

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

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La salida del pulmón se acompaña
amenudo de un dolor vivo que se confun-
de mas o menos con el de la herida. Este
dolor puede persistir durante un tiempo
muy variable i aun exasperarse considera-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



blemente cuando la viscera herniada se estrangula en la herida; se produce entonces una sensacion de tension mas o menos penosa del lado del tumor i un cierto grado de dificultad respiratoria.

Se presenta bajo un aspecto que varia segun el lapso de tiempo trascurrido desde su salida i tambien segun las dimensiones de la herida peritoneal. Aparece desde luego su coloracion normal, pero bien pronto, bajo la influencia de la constriccion que experimenta al nivel del orificio que le ha dado paso, se hincha, se congestiona, se gangrena i se deseca superficialmente. Se concibe que este estrangulamiento debe llegar tanto mas prontamente, cuanto la solucion de continuidad de la pared es menos estensa i el volumen de la forma mas considerable.

Las dimensiones del tumor formado por el pulmon herniado son muy variables; tan pronto no pasan las de una nuez, tan pronto toman proporciones considerables, i el pulmon parece querer escaparse en totalidad hacia afuera. Se ha visto en casos de este genero medir el tumor hasta 15 centímetros de circunsferencia.



El volumen de la hernia, aumenta durante la toz i la espiracion i al contrario disminuye en la inspiracion. La presion determina en ella esa crepitacion especial del tejido pulmonar.

El oido aplicado al tumor, percibe perfectamente el murmullo vecicular, siendo un poco mas áspero i mas fuerte que el ruidito normal. Abandonado a si mismo se pone livido, negrusco, se esfacela i cae en forma de detritus.

Pasaré ahora al diagnóstico de las heridas que me han servido de tema a mi presente memoria.

En presencia de una herida del torax, el primer cuidado debe ser si es o no penetrante i cuales son los órganos interesados. A veces es muy sencilla saberlo, teniendo presente la sintomatología que hemos descritos, pues se presentan casos con el cuadro completo de síntomas que indican la penetracion; pero no sucede siempre lo mismo, faltan enteramente i entonces es necesario tomar en consideracion: el sitio de la herida mas o menos favorable a la penetracion, segun que la region es blanda u ósea i delgada o gruesa; la direccion



oblicua o perpendicular del instrumen-
to, su oblicuidad le permite hundirse
muchos centímetros sin perforar la
pared; la naturaleza afilada o redon-
deada del agente vulnerante; la fuer-
za i la violencia de su proyeccion.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Todas estas Consideraciones son lo mas
amenudo insuficientes en la prácti-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ca, pero vale mas quedar en la duda
que no hacerlo que hacian los anti-
guos Cirujanos, que habian imagina-
do diversos modos de exploracion de
la herida para averiguar si era o no
penetrante. Para obtener este resul-
tado, sondaban la herida i practi-
caban en su trayecto inyecciones de agua
tibia, cuyo chorro debia volver a salir
si la solusion de Continuidad no pe-
netraba en la Cavidad del torax i al
contrario perderse en dicha Cavidad si
la herida llegaba hasta allá; tambien
hacian cerrar la boca i la nariz del en-
fermo i lo obligaban hacer una fuer-
te espiracion que debia Cuando era
penetrante arrojar por la abertura
de la pared torácica el aire introdu-
cido en la Cavidad de la pleura.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Estas practicas han sido fustamente
atacadas Como infieles i Como peligrosas



-21-



por Boyer, en su Tratado de las enfermedades Quirúrgicas, por Dupuytren en sus lecciones orales de Clínica Quirúrgica i por Velaton en su Patología Quirúrgica.

Hoy día han sido universalmente proscritas. La salida del aire por la herida, durante una espiración forzada, no puede tener lugar mientras tanto la abertura no sea permeable de dentro afuera, Condicion que está lejos de ser siempre constante; por otra parte el esfuerzo que necesita esta maniobra es susceptible de hacer desunir los labios de una herida pulmonar en via de obliteracion o de hacer reaparecer una hemorragia grave espontaneamente.

Las inyecciones de agua o de otros líquidos inertes, ademas que no suministran ningun dato útil, pueden irritar e inflamar la pleura.

Por fin la introduccion de sondas es peor todavía que los medios precedentes, pues presenta mas peligros, puede perforar la pleura que ha quedado intacta en el fondo del trayecto o bien desprender los coágulos que detian una hemorragia. De



una manera feneal, se deberá abste-
nerse del Cateterismo de la herida.

En algunas Circunstancias, sinem-
bargo, es importante explorar el
trajecto de la herida, por ejem-
plo Cuando se supone Complica-
da de la presencia de un Cuerpo
estrano, pero aun en estos Casos
es menester ir Con mucha pruden-
cia i se deberá emplear, Cada vez
que se pueda, el dedo Como me-
jor instrumento, pues es mas
suave i mas Capaz de subminis-
trar nociones exactas sobre el esta-
do de las partes profundas de la
herida.

Cuando una herida no presenta sín-
tomas de penetracion, no se debe
jamás decir Con entera Antifobia,
no es penetrante; sino que debe decir:
me parece no es por no encontrar da-
tos i signos que la autoricen. Debe-
mos tener presente que si hoy no los
hai, mañana pueden haberlos, Como
ha sucedido en un gran número de
Casos.

Prognóstico. Antes de entrar a la
práctica del Hospital me imaginaba
que las heridas penetrantes del tórax

eran de un pronóstico sumamente grave, mas hoy he abandonado esta idea, creyéndolo solo grave, i cuando las Complicaciones se desarrollan de una manera intensa. Me fundo para decir esto en quince Casos prácticos que he visto, los cuales han tenido todos un feliz resultado. Está subordinado mas bien a sus Complicaciones i lo que mas se debe tener presente es que ^{el} médico debe ser siempre muy reservado, puesto que el pronóstico es el arma de defensa que tiene el ignorante para fuzarnos.

Tratamiento.

Comprende tres órdenes de indicaciones: las unas concernientes a los trastornos funcionales que resultan del traumatismo; los otros a los Cuidados locales, Curación de la herida i en fin los últimos se refieren a las Complicaciones.

El estado de estípor del herido, la tendencia sincopal, el enfriamiento i en una palabra los fenómenos generales que pueden observarse en qualquier herido de esta naturaleza, como despues de



todos los traumatismos graves, serán combatidos por medio de los estimulantes.

Para combatir la disnea se pondrá en elevación la parte superior del tronco, se recurrirá a los revulsivos cutáneos, la exposición del enfermo en una pieza grande i bien ventilada para que tenga un aire fresco. Menos tiempo que por el modo de curación del herido i por la administración del opio, sobre todo las inyecciones hipodérmicas de morfina, se luchará contra el dolor que es una de las causas de esta disnea. Si los síntomas de asfisia toman una intensidad muy alarmante se puede recurrir a una sangría, si es el individuo robusto i no ha tenido grandes pérdidas de sangre i apesar de esto debe hacerse con mucha prudencia i no abusar de ellas como se hacía antiguamente.

El enfermo debe estar en un reposo absoluto i condenado a abstenerse tanto como sea posible de hablar i de hacer algun esfuerzo.

Se desembrasará la herida de los cuerpos extraños que pueda tener i se



Labará perfectamente bien con una solución desinfectante, sea de ácido fénico al dos i medio por Ciento, sea de sublimado Corrosivo al uno por mil o de cualquiera otra solución antiséptica. No hai nada mejor que una estricta curación Lister.

Después de estar bien labada la herida, se tratará si es que se pueda, de ocluir sus bordes de la manera mas completa que sea posible con tiras de Colodion o tafetan gommado. En seguida se aplican las gasas fenicadas i todo el Cortejo de la Curación Lister que forma una espesa capa protectora perfectamente impermeable al aire. Se completará la curación con un vendaje espiral del tórax un poco apretado, destinado a ejercer por intermedio de las Compresas una compresión moderada al nivel de la solución de Continuidad. Esta Compresión sirve tambien para detener la hemorragia exterior e impedir la producción o extensión del enfisema subcutáneo; al mismo tiempo ayuda al enfermo a inmovilizar el tórax i constituye un excelente medio para atenuar el dolor i la disnea.

Por último tenemos que

atender al tratamiento de las Complicaciones. Los antiguos Cirujanos se prevenían, para evitar las inflamaciones que podían sobrevenir, espoliando a la economía con emisiones sanguíneas precoces. Esta práctica recomendada por Boyer i por Dupuytren, está hoy día completamente abandonada i la regla de los Cirujanos modernos es economizar la mayor cantidad de sangre que se pueda.

Tienen mucha razón porque no es posible sangrar a un herido que acaba de perder una cantidad mas o menos considerable de líquido sanguíneo por el hecho del traumatismo, lo cual sería debilitarlo mas que lo que está i

de esta manera ~~las fuerzas~~ ~~que deben~~ ~~servir para~~ resistir a los ~~procesos~~ ~~inflammatorios~~.

Cuando aparezca la ~~neumática~~ ~~se combatirá~~ con los estimulantes, antipiréticos i todos los medios adecuados para esta afección.

Si se encuentra algun derrame que se pueda tomar en consideración deben administrarse los sudoríficos, los diuréticos i sobre todo estar muy a la expectativa, sobre la ~~naturalidad~~ ~~que pueda formar~~, haciendo funciones exploradoras con la siringa.



de Pravaz. Una vez constatada la naturaleza purulenta del derrame debe procederse a dar una fácil salida al pus lo que se consigue con ^{comitados de} aspiración i la operación del Empiema, hacer el lavado antiséptico de la cavidad pleural i establecer el drenaje conveniente.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Para detener la hemorragia resultado de la lesión de la arteria mamaria interna o intercostal hai una infinidad de medios de los cuales el mejor es la ligadura en los dos extremos del vaso seccionado. Debe hacerse en la misma herida i en caso que no se pueda por la estrechez del espacio intercostal se hará en un punto distante de la solución de continuidad. Si la hemorragia es interna, resultando de la herida del pulmón i aparece en bastante cantidad en la expectoración, se administraran los medicamentos hemostáticos.

Por último para combatir la hernia traumática del pulmón tendremos que examinar con mucha atención el estado en que se encuentra el tejido pulmonar. Si no encontramos en él ninguna alteración



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Haremos sin pérdida de tiempo su reducción, ejerciendo después una presión permanente para evitar que vuelva a reaparecer; pero si está mortificado no temeremos en ejecutar la resección, sea por la excisión, sea por la ligadura.

Esto es, de una manera general, lo que debemos hacer en el tratamiento de las heridas penetrantes del tórax. No he querido entrar en mas detalles por no hacerme demasiado cansado.

Observaciones.

Num. 1

Amador Carrizo, soltero, de 26 años de edad, ocupacion zapatero, natural de Maipo, entra al servicio de la Clínica del doctor Barros, el 16 de enero, de 1886 a ocupar la cama, número 15 de la sala de San José del Hospital de San Juan de Dios.

Interrogado el enfermo sobre sus antecedentes, no encontré ningún estado diatéxico ni hereditario ni adquirido i dice haber gozado siempre de buena salud.

Estado presente: estando con varios



- 29 -

amigos, bebiendo algunas copas i en el momento que se retiraba a su casa a las 8 P.M. el 14 de enero fue arastado por unos cuantos individuos, recibiendo una puñalada que lo hizo caer i perder el conocimiento. La herida está situada en la region dorsal derecha, 8.º espacio intercostal, tiene una longitud de 1 ½ centímetros poco mas o menos, presenta en la palpacion crepitacion enfisematosa alrededor de la herida i aun mas allá en una estension como de 20 centímetros i disminucion de las vibraciones vocales; a la percusion ligera resonancia en la parte superior del tórax i matidez en la base; a la auscultacion ausencia del murmullo vesicular solamente en una pequeña estension de la base i ligera egofonia; en una palabra los síntomas de un pequeño derrame pleural. A todo esto se agrega tos con expectoracion sanguinolenta, dolor i dificultad respiratoria. La temperatura es 38,5, pulsaciones 90 i respiraciones 35 por minuto. En vista de este cuadro de síntomas, diagnostica- mos una herida penetrante del tórax con derrame del pulmon.

Tratamiento: se lava la herida con una



solucion fenicada al 2½% i se ha ees-
trictamente la curacion Lister, poniendo
despues un vendaje Compresivo.

Enero 17 la expectoracion menos san-
guinolenta, temperatura A.M. 37,5 -
P.M. 38° - Respiraciones 35 - pulsacio-
nes 88. Se le hizo una nueva curacion i se
le administro un purgante salino.

Enero 18 temperatura normal,
pulsaciones 80, respiraciones 25, la
disnea ha disminuido Considerablemen-
te, se percibe ligeramente el murmu-
llo vecicular i en lugar de matidez
hai submatidez, expectoracion sin
sangre.

Enero 20, el enfermo dice se siente
mui bien, efectivamente lo examino
i no encuentro nada de particular
en el pulmon, la disnea ha desapa-
recido Completamente, no tiene toz,
la herida presenta un bonito aspec-
to, temperatura, pulsaciones i respira-
ciones normales. Lo mismo sigue los de-
siguientes dias sin que ningun trastorno vi-
niera a perturbar la feliz curacion.

Pide el alta el 25 de enero, la que
fue concedida faltándole todavi-
a la cicatrizacion superficial.



-31-

Número 2

Juan Farias, de 50 años de edad, peon
gañan, soltero, natural de Curico, en-
tro al hospital de San Juan de Dios,
a ocupar la Cama número 3 de la sa-
la de San José, el 2 de febrero de
1886.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Sus antecedentes no dejan nada
que desear, dice que durante su vida
jamás ha tenido enfermedad de algu-
na Consideración, a no ser ligeros res-
friados. Es de un aspecto robusto, bien
Conformado i de buena Constitución.
Lo que lo trae a nuestro servicio es
un accidente Casual, después de ha-
ber bebido algunas buenas dosis de
alcohol, advirtiéndole que no es Cons-
tumbre del frascante. En un momento
amigos les dio por luchar para tan-
tear sus fuerzas. Esta lucha, como
sucede casi siempre, dio por resulta-
do el disgusto entre ellos, transformán-
dose lo que era una simple broma en
realidad. Juan Farias fue herido con
un cortaplumas en la región torácica
a 3 centímetros por debajo del mamelon
izquierdo. La herida fue recibida el
2 de febrero tiene una longitud de
2½ centímetros, acusa el enfermo que le

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



ha salido sangre por la herida, pero en poca abundancia i que en el momento de recibirla como a los dos minutos cayo sin conocimiento, viniendo a darse cuenta de lo que le habia sucedido solo al dia siguiente.

Observé con atencion al paciente i encontré que tiene dificultad para respirar, toz, expectoracion ligeramente sanguinolenta, enfisema subcutáneo, disminucion de las vibraciones vocales i frotos pleurales en el lado izquierdo. La respiracion se oye perfectamente bien i no puede constatar sintomas de derrame pleural, temperatura a las dos T.M. 38°, pulsaciones 90 i respiraciones 26 por minuto.

Se lavó la herida con la solucion ordinaria de ácido fénico, se cubrieron los bordes de la solucion de continuidad con tiras aglutinantes i se puso la Curacion Lister con vendaje compresivo.

Febrero 3 disminucion de la intensidad de los frotos pleurales por lo demas no he encontrado nada de particular.

Febrero 5, temperatura, pulsaciones i respiraciones normales, los frotos han desaparecido completamente i el enfermo se encuentra tranquilo.

Creo inútil seguir con los demas dias, pues



-33-



no presentan nada de particular.

Le dio el alta el 16 de febrero, saliendo completamente sano i sin contratiempo.

En cuanto al tratamiento médico lo único que se le dio desde el principio fue una fracción estimulante i un purgante Salino.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Número 3.

Este caso lo he observado con el señor M. Contreras quien ha hecho la siguiente observación.

Federico Aguilera, edad 40 años, de oficio Zapatero, entró al hospital de San Juan de Dios a ocupar la cama número 21 de la Sala del Carmen el 24 de junio de 1886.

Anamnesis i estado presente: El individuo se presenta a nuestra observación con una herida del tórax en el 2.º espacio intercostal izquierdo a dos centímetros por fuera del borde externo del esternon, la herida es de rasguño, penetrando la bala precisamente en el foco de auscultación de la arteria pulmonar i pasando, como es de presumirlo, muy cerca de ella sin comprometerla; la gran pérdida de sangre, que según el paciente salía a chorros por la herida nos ha venido a demostrar, teniendo en vista su situación, que el vaso comprometido, no puede ser otro que la arteria mamaria in-



terna. El individuo es de regular constitucion, de habitos alcohólicos.

Junio 26 A.M. Pulsaciones 80 Respiraciones 24 Temperatura 36,5. Ha pasado muy mala noche, con fatigas, toz con desgarro sanguinolento, mucho dolor en la herida i que corresponde a la espalda; un enfisema bastante estenso que invade el torax, cuello, nuca i brazos izquierdos. A las 3 P.M. T. 104 - R. 30 - F. 37.

Examinado el enfermo en este dia, la auscultacion ^{i percusion} reveló en la parte anterior del torax; ahumamiento de los ruidos del corazon, sonoridad exagerada en el lobulo superior del pulmon. Por la parte posterior, ruido de olla cascada en el vertice i aumento de la sonoridad toracica en la parte media e inferior.

Se le hizo una curacion antiseptica estricta, respetando por cierto el son de la herida.

Dia 27 A.M. T. 76 filiforme - deprimido. R. 24 - F. 36-8 Como la noche anterior

esta ha sido mala para el enfermo, se siente debil, fatigado, la toz continua, hai estreñimiento, desde el dia en que fue herido por lo que se le administró unos 30 gramos de sulfato de soda. A las 2 P.M. T. 80 - R. 25 - F. 37

Se nota un poco disminuido el enfisema sobre todo en la region del cuello, el estado general es mejor.

Dia 28 A.M. T. 74 - R. 24 - F. 36-8. Sigue



Como el día anterior. En la tarde T. 36 - R. 25
F. 27,5 El pulso es mas amplio, el estado
general es bueno.

Día 29. En la mañana T. 38 - R. 20 - F. 36,5
Ha pasado buena noche. En la tarde T. 38,
R. 20 - F. 36,5 El enfermo dice está muy bien,
el enfisema se limita solo a la region posterior del
brazo, la toz ha disminuido.

Día 30. No ha pasado de nuevo. T. R. i F. nor-
mal.

Julio 1.º El estado general es bastante satisfac-
torio, se le hizo una nueva curacion Lister.
La herida está ya casi cicatrizada i la supura-
cion es en muy corta cantidad.

Julio 2. En este día se nota ya la desaparici-
on completa del enfisema, lo mismo que
la toz.

Día 3, 4, 5, i 6 no ha pasado de nuevo.

Julio 7. T. 36 - R. 18 - F. 38,5. Solo en este
día acusa el enfermo un dolor fijo que corres-
ponde a la línea mamilar en el 8.º espacio

intercostal, dolor que se continúa por el mis-
mo espacio hasta la línea axilar cuando se ejer-
ce una ligera presion.

Antes este mismo dolor
lo sentía en la parte posterior, debido, sin duda,
a la presion que el proyectil ejercía sobre el
nervio intercostal correspondiente

cercano del pun-
to de salida i al cambio de lugar de la bala
puede ser tambien la causa de que el dolor



haya Cambiado de sitio.

Como el estado de la herida i del enfermo era bastante satisfactorio se le dio el alta el 19 de julio de 1886.

Número 4

Florindo Mejias, de 30 años, peon gañan, natural de Santiago, entro al hospital de San Luendo Dios al servicio de la Clínica del Doctor Carrillo a ocupar la cama número 28 de la sala de San Carrillo el 11 de mayo de 1886.

La salud anterior de este enfermo ha sido satisfactoria, solo ha tenido la viruela. Es bien constituido, su musculatura bien desarrollada, sin hábitos alcohólicos. Acura los fenómenos siguientes: frialdad del rostro, disnea intensa, una herida en el Costado izquierdo, al nivel de la línea axilar, un poco oblicua, siguiendo la direccion de las Costillas. El terapeuta sobre la herida dice que recibió una puñalada en el Costado izquierdo, en la noche del domingo 9 de mayo, que lo hizo caer inmediatamente, perdiendo el conocimiento por unos Cuantos minutos. Luego que se hubo levantado, se apercibió de su mal estado i que una gran cantidad de sangre, salida por la herida, bañaba su cuerpo. No sabe dar cuenta de la Cantidad de sangre que perdió, pero dice que esto ocurrió como a las 10 de la noche i que el ama



neces estanco la sangre. Presenta los síntomas siguientes: palidez de la Cara, disnea intensa, dolor en el Costado izquierdo, Tº con hemoptisis, pulso depresible, F. 37.5 T. 120. F. 48. La herida es hecha por instrumento cortante, situada casi transversalmente sobre la línea axilar i como a 5 traveses de dedo por debajo del hueso de la axila, tiene una longitud de 5 centímetros. Hay enfisema que se extiende al tórax i en ello aumento de las vibraciones vocales en la parte superior, abolidas en la inferior, estertores húmedos en la parte superior, ausencia completa del murmullo vesicular en la inferior, egofonía al nivel del ángulo inferior del homóplato, exaceración de la resonancia en la mitad superior, matidez absoluta en la mitad inferior. Fenómenos todos que revelan un derrame en la pleura.

En virtud de este conjunto de síntomas se diagnosticó una herida penetrante del tórax con lesión del pulmón izquierdo.

Tratamiento: un derivativo intestinal, agua alcoholizada para levantar las fuerzas del enfermo, como tópicos a glutinantes para aproximar los labios de la herida i curación Lister en toda forma.

Día 12. El enfermo está mejor, la disnea ha disminuido, las respiraciones son mas amplias, la temperatura permanece normal, el pulso es



mas lleno i mas lento, empiezo a reaparecer el apetito, T. 37,5 a las 8 A.M. - a las 2 P.M. 38° - P. 96 A.M. - 108 a las 2 P.M. - R. 36 por la mañana - 24 en la tarde.

Dia 13 a las 2 P.M. - T. 38° - P. 84 - R. 30

Dia 14 a las 2 1/2 P.M. - T. 37° - P. 80 - R. 20

Los demas dias ha seguido perfectamente i la mejoría pues ha sido progresiva i rápida i sin contratiempos. *De dix et alta et xx de xxx*

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Las hemoptisis solo duraron dos dias i el derrame ha ido desapareciendo paulatinamente hasta extinguirse.

El dia 12 se le dio una poción con digital por haber notado cierta irregularidad i pequeñez del pulso i tambien para que como diurético favoreciera la reabsorcion del derrame pleural.

La herida curó por primera vez i estando completamente sano se le dio el alta el 30 de mayo.

Número 5

Olegario Osorio, de 20 años de edad, Ocupacion *carretero*, natural de Santiago, entro al hospital de San Juan de Dios a ocupar la cama número 21 de la sala de San Camilo, el 21 de julio de 1886.

He investigado con suma atencion la historia de esta enfermedad i me he podido convencer de que sus antecedentes son absolutamente satisfactorios.



- 29 -

torios. No padece ninguna diatesis ni hereditaria ni adquirida. Su buen estado habitual, sus costumbres i su aspecto exterior revelan una salud inmejorable. En cuanto al accidente que lo trae a nuestro servicio no puede suministrarme datos precisos, pues estaba bajo la accion de una regular dosis de alcohol. Es de advertir que esto no entra en las costumbres del paciente.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El paciente ha recibido una herida sin pronunciarse sobre la direccion o mecanismo del ataque ni sobre la naturaleza del agente vulnerante. En vista de la imposibilidad de obtener datos útiles abandoné el interrogatorio para proceder al examen físico del enfermo.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

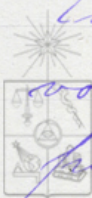
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Desde luego podia contar con que el paciente me decia encontrarse bien. En consecuencia que le causaba la herida no era estimada. Engañado por esta falsa apariencia de bien estar el primer dia que solo se trataba de una herida del tórax, profunda sin ser penetrante, de una extension de 5 a 6 centímetros i situada en el 6º espacio intercostal izquierdo hacia la línea axilar.

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

En la tarde del mismo dia ausculté de nuevo al enfermo i entonces pude notar que el pulmón izquierdo estaba tomado casi en su totalidad por una neumonia.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



-40-

La temperatura era de 40° — R. 40 — T. 130
Al día siguiente pude practicar un recono-
cimiento mas concienzudo del enfermo i rectifi-
car mi opinion del día anterior. La herida se
mantenia abierta por la separacion de sus bordes
i debaba fluir en abundancia un liquido sero-
sanguinolento de cierto mal olor. La region afec-
ta era sitio de un dolor muy vivo.



La inflamacion del pulmon era tan manifies-
ta como es posible, se encontraban todos los
síntomas que describe la Patología Médica i
a esto se añadían intensos frotos pleuríticos.
Día 22. Los frotos han desaparecido; pero
se encuentran todos los síntomas de un extenso
derrame. En este día supe por uno de sus
parientes que vino a verlo que el accidentado
voló lugar el 10 de julio i durante los días tras-
curridos hasta que entró al hospital no tuvo
ningun tratamiento racional.

El diagnóstico puede por lo tanto esta-
blecerse de una manera precisa. Se trata de
una herida penetrante con lesion del pul-
mon que ha dado lugar a una pleuro-neu-
monia extendida a casi todo el lado enfermo.
Día 23. El derrame que existe en la pleura
se ha hecho purulento, constituyendo lo
que se llama un absceso torácico. Su olor es detes-
table i su salida es tal que baña constan-
temente la cama cualquiera que sea el enfermo.



-41-

del apósito i apesar de que se mantiene ocluída la herida en el intervalo de las curaciones.

Bajo la influencia de la anestesia clorofórmica se procedió a la operación del empiema.

En la línea de elección, i después de introducido un trocar, se procedió a la resección de una costilla en una estension de dos

a tres centímetros. Una incision de 6 centímetros basta para la extraccion del fragmento.

La pleura quedó intacta hasta el fin de la operación. Extraída la costilla se abrió la cavidad, practicando una incision de dos centímetros en la hoja parietal de la serosa.

Por este medio se procuró la fácil salida del pus i se pudo practicar un esmerado lavado de la Cavidad pleural. En seguida se estableció un drenaje conveniente, acercando los bordes de la herida quirúrgica en tiras de quilon. La herida primitiva, causa del empiema, se ocluyó con una coraza de tela i cicatrizó al 6.º día.

Se ha continuado labando diariamente la cavidad con una solucion de ácido bórico al 4%.

Tres veces el 14 de agosto i el 2 de setiembre se ha hecho una inyeccion con tintura de yodo yodurada. La fiebre cedió al otro día de la operación. En adelante siguió bien, una temperatura normal en la mañana, pero que se elevaba en la tarde,

El 6.º día.

Se ha continuado labando diariamente la cavidad con una solucion de ácido bórico al 4%.

Tres veces el 14 de agosto i el 2 de setiembre se ha hecho una inyeccion con tintura de yodo yodurada. La fiebre cedió al otro día de la operación. En adelante siguió bien, una temperatura normal en la mañana, pero que se elevaba en la tarde,

El 6.º día.

Se ha continuado labando diariamente la cavidad con una solucion de ácido bórico al 4%.

Tres veces el 14 de agosto i el 2 de setiembre se ha hecho una inyeccion con tintura de yodo yodurada. La fiebre cedió al otro día de la operación. En adelante siguió bien, una temperatura normal en la mañana, pero que se elevaba en la tarde,



-42-

fluctuando entre 38° i $38\frac{1}{2}$.

El apetito reapareció, las fuerzas comenzaron a levantar, en una palabra, el estado del paciente comenzó a mejorar visiblemente.

El tratamiento médico se ha reducido a algunas píldoras expectorantes, antipiréticos, estimulantes i tónicos.

Estando completamente sano, se le dió el alta el 25 de setiembre.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Número 6

Juan Valdes, de 14 años de edad, natural de Malloco, entró al hospital de San Juan de Dios a ocupar la cama número 11 de la sala del Carmen, el 2 de mayo de 1886.

Dice que siempre ha gozado de buena salud, sin embargo es de una constitución débil.

El accidente por el cual ha entrado a nuestro servicio es el siguiente: un muchacho jugaba

con un pequeño cañon el cual cargó con un

perro de durazno, al descargar el cañon, ite

paró nuestro enfermo i recibió el proyectil en la espalda al nivel de la parte inferior del húmero izquierdo, lo que dió por resultado una herida contusa de unos 4 centímetros de diámetro.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Examinado al enfermo encontré enfere-
ma muy dolorosa, un dolor fijo bastante inten-
so al nivel del ángulo inferior de dicho hueso;

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



-43-

ejerciendo presiones e imprimiendo movimientos en dicho ángulo, se notaba claramente crepitación ósea, tenía tos, ligera hemoptisis i dificultad respiratoria, temperatura a las 2 pasado meridiano 38° — Pulsaciones 95 — Respiraciones 34.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



En vista de esto se diagnosticó una herida por arma de fuego con fractura del ángulo inferior del homoplato i laceración del pulmón.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se labó bien la herida con una solución fenicada, se le puso la curación Lister i un vendaje compresivo i al mismo tiempo que inmovilizase el homoplato. Se le administró una poción estimulante.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Día 3 T. $38,3^{\circ}$ a las 8 A.M. — i 39° a las 2 P.M. — Pulsaciones 105 — Respiraciones 28. Dice pasó muy mal.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se le dio 2 gramos de antipirina para el día.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Día 4, 5, 6 i 7 no presentó nada de particular, la expectoración de sangre desapareció, la tos ha disminuido como también la disnea i la temperatura el máximo que ha alcanzado es 38° .



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Día 10 i los siguientes la temperatura, pulsaciones i respiraciones normales, sin que ningún accidente viniera a interrumpir la feliz marcha de la herida. Durante estos días se le dio una poción tónico-estimulante.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



-44-

Encontrándose perfectamente bueno se le concedió el alta el 13 de julio del presente año.

Número 7.

Francisco Avila, de 45 años de edad, Oficio Carpintero, Casado, natural de San José de Maipo, entró al hospital de San Juan de Dios ocupando la cama número 6 de la sala de hombres el 9 de abril de 1886.

Es un individuo de una constitución débil, ha tenido varias enfermedades; pero ninguna de ellas ha sido constitucional.

Dice que iba ebrio sobre una Carrota i en un fuerte movimiento cayó i una rueda del vehículo le pasó sobre el pecho.

Examinado el enfermo, el diagnóstico que me llama la atención es el respiratorio.

El paciente está pálido, se queja de un gran dolor al tórax, tiene disnea intensa, taquipnea, una extensa contusión en el lado izquierdo con fracturas de tres costillas; en el lado derecho una costilla fracturada i una pequeña herida como de un centímetro de extensión que ha sido producida por la penetración de uno de los fragmentos en la pared del tórax. Temperatura en la tarde 39° - Pulsaciones 110 - Respiraciones 35.



- 45 -

Abril 9 a las 11 A.M. T. 39°3 - S. 115
- R. 40 - - - - - A las 2 1/2 P.M. T. 39°8
- S. 120 - R. 39. Este día encontré todos
los síntomas de una neumonía en el pulmón
izquierdo.

Se le puso un vendaje de cuerpo de tela
emfilástica, se le dio 100 gramos de poción de
Food i 4 gramos de antipirina.

Abril 10 A.M. 39°6 - S. 125 - R. 40
P.M. 39°5 - S. 120 - R. 38. El enfer-
mo dice que ha pasado una mala noche i
que apenas puede respirar. Se le dio anti-
pirina i su poción de Food.

Abril 12 A.M. 37°5 - S. M. 39° Expec-
toracion catarral. La respiracion le es mas facil
i dice siente mejoría.

Día 13 A.M. 37° - S. M. 37°2 Este día
encontré frotos pleurales en el lado derecho
estertores gruesos.

Día 14 S. M. 38°4 tiene mucho menor toz.

Día 16 A.M. 39° Anoche como a las doce
dolor de costado, disnea Considerable, expecto-
racion viscosa, adherente postacion grande,
estertores mucosi, respiracion bronquial en la
base del pulmón derecho.

Día 17 A.M. 39° - S. M. 40° Se vuelve a dar
4 gramos de antipirina.

Día 18 S. M. 39° - - - - - Día 19 P.M. 39°5

Día 20 A.M. 37°2 - S. M. 38° Desaparicion



- 46 -

de los frotos pleurales. Durante estos días se
administró poción de Food 200 gramos, extrac-
to blando de quina 2 gramos.

Desde el 20 para adelante siguió muy bien,
comienza a restablecerse rápidamente.

Mayo 1.º se levanta desde hace 4 días.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El 2 de mayo pide su alta, la que fue
concedida por encontrarlo muy bien.



Solo con su sueldo.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

No quiero cansaros con mas observaciones,
a pesar de que tengo 8 mas, pero son de menor
importancia.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Conclusiones



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

De lo espuesto se deduce lógicamen-
te, las principales conclusiones
siguientes:



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Las mas deben tomarse sin
temas aislados para el diagnóstico,
sino agrupar todos ellos para deci-
dirse a la penetración o no pene-
tración de la leucida.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En caso que no se
manifiesten en el primer examen
síntomas de penetración, no debe de-
cirse inmediatamente con toda cer-
tumbre no hai lesión del pulmon;



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

-27-

sino que debemos estar alerta para un segundo examen al dia siguiente i si tambien faltasen diremos parece que no es (sin asegurar como evidente) teniendo presente que una herida puede ser penetrante sin que hayan sintomas de penetracion, hasta algunos dias despues del accidente. Creo no es prudente afirmar una cosa semejante que desdecirse de ella en pocos dias mas, delante todos los compañeros, como me ha pasado en un caso de herida del torax.

El enfisema circunscrito alrededor de la herida, por si solo, no tiene ninguna importancia; pero cuando es mas o menos generalizado es un buen signo de lesion del pulmon.

Las complicaciones son de importancia capital para el diagnóstico.

En la patogenia del enfisema es necesario conciliar las teorías de J. L. Petit i Richet para obtener la solución de todo problema.

Las heridas penetrantes del torax con lesion del pulmon, no tienen la gravedad que tenían antes, como lo



-48-

pruevan los casos que he visto, los cuales sin excepcion han tenido un espléndido resultado. Lo que es debido al asiduo i constante trabajo de los profesores que tienen a su cargo salas de hospital, los cuales jamas se descuidan con sus enfermos i al contrario los tienen siempre bajo la accion de la rigurosa i estricta curacion Lister.

Debe evitarse toda clase de maniobras en la herida a no ser que algun accidente las exijan.

Debemos estar siempre muy a la expectativa en un enfermo de esta naturaleza.

Y por fin Concluyo diciendo que debemos hacer la manera mas perfecta de la herida i limitarnos a combatir con el tratamiento ademas de las complicaciones que puedan sobrevenir.

Roman Blanco



1-10-86

