



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

327

Seaman Mora, José del C.

5 de junio de 1887



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Moderno tratamiento de la

hernia epiploica

que suele complicar la herida penetrante simple del abdomen producida por instrumento cortante o punzante
se i cortante a la vez.



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



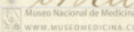
H. C. E.:

Permitidme iniciar este pequeño trabajo consignando aquí, en el lugar mas visible, la inmensa gratitud de que me siento poseído al recordar la buena voluntad i amabilidad esquisita, con que mi profesor de Cirujía i Clínica quirúrgica el Sr. Ventura Parvallo E. pu-
n con los individuos que llegaban a su sala con las lesiones que sirven de tema a esta memoria.



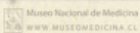
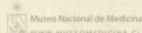
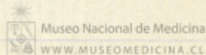
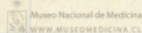
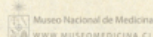
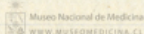
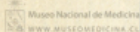
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



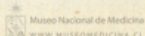
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





I.

Señores:

El tumor que con tanta frecuencia forma el epiplon sobre la herida penetrante abdominal, es de tan fácil diagnóstico, que me sería penoso suponer que alguno fuese a confundirlo con aquella hernia traumática adiposa, que en los sujetos obesos hace hernia a través de los labios de una solución de continuidad. Mas, no es mi propósito describir la herida, las distintas complicaciones viscerales, que pueden acompañarla, la conducta que el facultativo debe seguir cuando estas se presentan, ni tampoco, hablar de aquellos tiempos en que el epiplon era reducido por unos, fijado a la pared abdominal por otros, sin que para ello tomasen en cuenta el tiempo trascurrido desde el momento del accidente, pues que tan ciega conducta fue completamente abandonada poco despues que J. D. Larrey, H. Larrey i Robert, establecieron que el epiplon debía ser siempre respetado.

Este gran paso dado en el tratamiento de la hernia traumática, suprimio de un solo golpe la causa mas frecuente de la peritonitis, cual es, la reduccion de la hernia inflamada.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

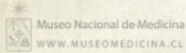
Sin embargo, el mundo médico no se contento con estos laureles, i así, lo vemos idear la



siguiente division:

1.º Debe ser reducido, cuando el accidente es reciente.

2.º Debe respetarse, cuando ya ha trascurrido un cierto tiempo.



Desde el dia en que el Dr. Gayraud demostró que el epiplon no suministra ningun resfuerzo a la cicatriz de la pared abdominal, cayeron las objeciones que se hacian a esta division, que es tambien la que se registra en los autores que sirven de guia a los actuales estudiantes de clínica quirúrgica; mas, ella no es mui apropiada para darnos una idea clara de la conducta que debemos seguir, puesto que descansa sobre una base demasiado vaga i variable como es el tiempo trascurrido desde el momento del accidente; Cuántas veces no hemos presenciado la reduccion de un epiplon que ha estado muchas horas fuera de su cárcel abdominal, sin que el paciente haya tenido que lamentar el atrevimiento de su cirujano? I por el contrario; a cuántos, operados antes de que haya pasado la mitad de ese tiempo, no hemos visto sufrir las consecuencias de esta sencilla manobra, aun cuando las precauciones tomadas eran las mismas que en los casos anteriores?



Esta reflexion i las exigencias de la operacion que constituye el todo de este ensayo, me inducen a distinguir tres casos, fijándome para ellos en el estado del epiplon i en la estension de las alteraciones de que este puede ser asiento:



II.

En el primer caso podemos encontrar el epispilon ya sano, ya siendo presa de una congestion que se desvanecerá tan pronto como se le sustraiga a la causa irritante que la produce, ya estará un poco anémico o tumefacto segun que la compresion que herida ejercen sobre su pediculo ^{herido} ~~herido~~ la circulacion de ida i de vuelta a ésta última solamente; en ningun caso sin embargo la hernia i su pediculo presentarán adherencias ni habrán sido visitados por la inflamacion o por una congestion activa que sea su vanguardia).

El resultado del tratamiento que los cirujanos aplican en este caso (es decir, la reduccion de la hernia i la sutura de la herida) por el éxito siempre que ellos han tenido el cuidado de no olvidar las precauciones antisépticas de que hablaré mas adelante i cuando, en lugar de hacer una reduccion violenta, han empleado maniobras ejecutadas con una cierta suavidad i por último cuando, en aquellos casos en que estos medios han sido impotentes, han preferido alargar la herida antes que contundir el epispilon.





III.

En el segundo caso, que es el que con mas frecuencia se ve en nuestros hospitales, el epiplon puede estar inflamado en su pediculo, en el tumor que forma figura del abdomen, en ambas partes a la vez i aun dentro de la cavidad abdominal, pero en el caso cuando se ejercen ligeras i moderadas tracciones sobre la parte extra-abdominal, pues de otro modo estaríamos en presencia de un caso comprendido en la ultima division de las tres que he establecido para facilitar mi tarea. — Puede suceder tambien, i es lo mas frecuente, que el pediculo herniario esté adherido a los labios de la herida i que los repliegues que lo forman presenten igual forma.

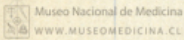
Nos queda por ultimo el caso en que la gangrena ha principiado sus estragos o se ha pasado triunfante por todo el epiplon, pero, vuelvo a repetirlo, dejando completamente sana la parte intra-abdominal, a lo menos hasta los limites que ya he fijado.

Este proceso mortificativo está casi siempre en relacion con la compresion del pediculo o, en otros términos, con la dificultad circulatoria de

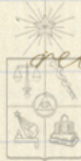
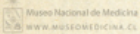




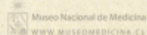
la hernia i el tiempo que dura esta falta de irrigacion alimenticia que es su consecuencia natural.



El hablar del tratamiento de esta segunda division es precisamente el objeto que me he propuesto en esta presente memoria; disculpadme pues, si encontrais que me estiendo demasiado sobre algunos puntos i pensad que si incurro en esa falta es porque estoi plenamente convencido de que todos esos detalles son necesarios para obtener de este tratamiento con resultado tan satisfactorio i aun mejor que el producido en los enfermos cuya relacion haré despues.



Antiguamente, cuando el espisalon era siempre reducido, cuando la mano del practico no era detenida ni aun por la inflamacion de este repliegue herniado, se buscaba en vano la causa de la defuncion de los operados; tambien en vano se invocaba la peritonitis producida por el aire que entraba en la cavidad de la serosa peritoneal etc.. El rayo de luz con que suelen ser recompensados los que no se intimidan por las





Si nieblas ni por el tiempo que invierten en sus observaciones, no tardó en venir a guiar los pasos i a coronar los esfuerzos de los dos Learey i de Roobert, quienes hicieron ver que la peritonitis próxima i la estrangulación intestinal remota eran de temer siempre que se reducía un epiplon que ha pasado algún tiempo fuera de la cavidad abdominal.



En vista de los magníficos resultados que esos grandes prácticos obtenían, los cirujanos venideros, no tardaron en imitarlos, sin que, por otra parte, todos estos procedieran del mismo modo, pues unos se contentaban con esperar las adherencias de que hablé poco há; otros facilitaban estas adherencias aproximando los labios de la herida por medio de suturas; otros ligaban el pedículo herniario; otros seccionaban el pedículo por encima de dicha ligadura; etc. Cobijemos ahora los enfermos así tratados con el manto de la asepsis que nos tiende el sabio e inmortal Lister i tendremos el exacto i completo cuadro de los distintos tratamientos seguidos por casi todos los cirujanos modernos.



Pero ¿cuál es la suerte del epiplon así tratado? Cuando es la Naturaleza la que por sí sola se encarga de desembarazar de su hernia al herido,



ésta puede seguir dos caminos diferentes, según que su pedículo sea o no comprimido, estrangulado por los labios de la solución de continuidad. En el 1.^o caso muere de inanición, se mortifica i cae; la herida i la parte de peritón que queda en ella mamelonan i concluyen por dejar una cicatriz mas o menos depiñada. Esta es tambien la terminacion de aquellos casos en que el epiploon es ligado i de aquellos otros en que se ha hecho la sutura apretada de la pared abdominal dividida.

En el 2.^o caso lo mas frecuente es que vaya retrayéndose poco a poco hasta permitir la cicatrizacion de la herida; cuando los hilos con que está sujeta se han quedado demasiado sueltos.

Los peligros de estos dos grupos se comparan mas a menos. Y en efecto: si es verdad que en los últimos casos tenemos por mas tiempo i una superficie mayor en condiciones de llegar a hacerse aseptica i traer una peritonitis u otra de las complicaciones que puede presentar una herida cualquiera; no es menor cierta que en los individuos cuyo tumor epiploico se mortifica sea por la ligadura que se ha puesto en su



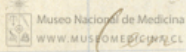
pedículo. Sea por alguna de las otras causas, ^{apuntadas} tenemos en el primer caso un tejido gangrenado que nunca llegaremos a hacerlo aséptico, que quedará por algún tiempo o a lo menos por algunas horas, en contacto con una solución de continuidad, i en el segundo tenemos este mismo ^{Museo Nacional de Medicina} caso de ^{WWW.MUSEOMEDICINA.CL} micro-organismos, esponja de tommainas, no solo en contacto con la herida sino también en continuidad con el epiplon que ha quedado dentro del abdomen.

Hai por último otro modo de tratar ^{estos} los enfermos i es por medio de la operación ^{que me ha inducido a escribir esta memoria.} Creo inútil hacer su elogio pues que ^{Museo Nacional de Medicina} careciendo de los inconvenientes de las anteriores, siendo ^{WWW.MUSEOMEDICINA.CL} su ejecución tan sencilla como la de ellas, ahorrando a los enfermos muchísimos días de molestias, peligros i sufrimientos, se recomienda por sí sola i no hai mas que arrojar una mirada sobre los resultados obtenidos en los casos que acompaño para ser, como yo, un entusiasta admirador del Cirujano que nos la dió a conocer. Paso pues a describirla con todo el cuidado de ^{Museo Nacional de Medicina} que sus brillantes resultados la hacen acreedora, ^{WWW.MUSEOMEDICINA.CL} o mejor, voi a narrar lo que tantas veces he visto hacer





godon embebidos en dicha solución al 5% ántes de que sean puestos en el depósito que les está destinado.); tercero, para mantener las esponjas



la observacion no se empleó el algodón fenicado); i cuarta, para llenar el vaso del pulveri-



zador de Championnière, gracias a lo cual en cada los partes del vapor de agua que se escapa del

aparato hai dos i media partes de ácido fénico.

Posicion del herido. - El modo como debe colocarse varia naturalmente segun el lugar ocupado por la herida, asi es que solo tomare en cuenta a los individuos observados que por tener sus lesiones mas o menos cerca de la linea blanca fueron colocados en decubito dorsal, con la cabeza i los hombros un poco levantados, las piernas flechadas sobre los muslos i estos ligeramente sobre la pelvis, esto es de modo que los músculos abdominales quedaran en relajacion.

Cirujano i ayudante. - Aquí, como en toda operacion, el primero debe colocarse allí donde se encuentre mas cómodo; pero para facilitar mi descripcion, lo que a la vez me hara ser mas exacto en lo que narro, colocale al cirujano al lado izquierdo del abdomen del paciente, i en consecuencia dejaremos al





ayudante en el flanco derecho, frente al operador.

Operacion.— Todo está preparado: a los pies del lecto se ve un pulverizador de Champignonnière qui con

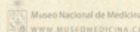


un hinchador spray purifica el aire que toca el abdomen del herido. Al alcance de las manos del a-



Yudante se ve un irrigador con agua fenicada al

2 1/2 % das palanquas con acido fenico al 5% de las



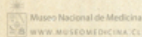
cuales una tiene los instrumentos i el catgut fenicado

i la otra las esponjas o los algodones fenicados; veci-

no a ellas hai un frasco con la solucion caustica al

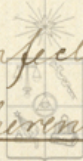
10% i unas pinzas o un vástago en uno de cuyos estre-

mos hai un pedacito de esponja o un pedazo de algodón.



La rejion herida i la hernia misma han sido perfec-

tamente lavadas i desinfectadas.

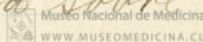


Museo Nacional de Medicina

Destruccion de las adherencias. 1.º El cirujano toma



la hernia con su mano izquierda i a la vez que le impri-



me una ligerisima traccion, la afirma sobre el labio

inferior de la herida (supongo que esta es transversal)

i ordena a su ayudante que comprima suavemente el ab-

domen a unos cuantos centímetros por encima de la solucion.

Si las adherencias del labio superior son ^{poco} recientes, ceden

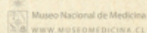


con facilidad; si son ^{firmes} resistentes, la maniobra del ayudante



no es inutil pues sirve para inmovilizar un tanto la

rejion sobre la cual se opera. El práctico puede pasar en-





Entonces un dedo de su mano derecha entre el pedículo i el labio superior a trata de romper las adherencias con la uña; si esto no es suficiente, manda a su ayudante que tome el labio de la herida con pinzas de diseccion i el, armado de unas tijeras o de un bisturí abotonado llega a cortarlas fácilmente (esto último fue lo que hubo que hacer en el caso número).



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

2.º La Ligadura del pedículo. - El cirujano extrae la hernia con toda suavidad hasta que tenga bajo su vista una parte no alterada del epiploon; obtenido esto se la entrega al ayudante encargándole que la sostenga sin tirar de ella ni permitir que vuelva a entrar en la cavidad abdominal. El cirujano, provisto de una hebra de catgut fenicado, hace la ligadura del pedículo lo mas internamente que le sea posible, no poniendo el hilo sino en un sitio completamente sano. En aquellos casos en que hai una colección líquida en el saco herniario, es conveniente poner dos ligaduras a fin de impedir que caiga en el abdomen cuando se ejecuta el tercer tiempo de la operacion. Creo casi inútil advertir que cuando el pedículo está retorcido debe desatorcerse antes de ligarlo i que jamás apretaremos el hilo sin que estemos completamente seguros



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



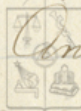
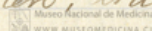
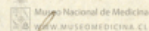
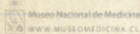
de no apresionar un asa intestinal.

3.º Sección del pedículo. - Esta se hace un poco por fuera o encima de la ligadura cuando se ha hecho una i entre los dos hilos en el caso contrario.

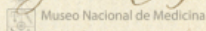
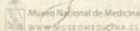


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

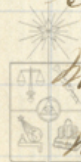
En cuanto al instrumento mas apropiado para este objeto, es indudable que las tijeras tienen grandes ventajas siempre que el corte se haga de un solo golpe, isto es, de modo que se eviten los escalones que ayem cuando se procede poco a poco. En ultimo caso se puede hacer uso del bisturí, pero este tiene el grave inconveniente de ocasionar una traccion del epiploon que resta dentro del abdomen, traccion que por poco brusca i vigorosa que sea puede desarrajarlo i esponer al sujeto a las lamentables consecuencias de este accidente.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

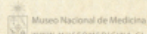


Al hacer el corte, el cirujano debe ordenar a su ayudante que sostenga los extremos del catgut con que ligó el pedículo, pues si olvida esta precaucion, el epiploon seccionado desapareceria de su vista e iria a perderse en la cavidad abdominal. Cuando la superficie del corte da sangre, es porque la ligadura no ha sido suficientemente apretada i en este caso (que nunca



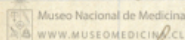
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ha ocurrido) la hemorragia es insignificante, no ha por qué inquietarse; se pasará al cuarto





tiempo de la operacion; pero si ella es considerable, no hai otro recurso que el de procurarse la hemostasis, ya colocando una ligadura debajo de la primera i haciendo una nueva seccion entre las dos, ya, si eso no es posible, recurriendo a la torsion o a la ligadura

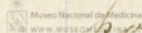
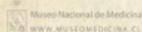


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

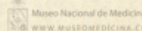
Caracterizacion. - El practico faide el vastago de que ya he hablado e introduce en la Solucion fenica al 80% el extremo en que se encuentra el algodón; embebido este en dicho liquido lo aplica a la superficie de la seccion del pediculo que el ayudante sostiene una ~~parte~~ ^{parte} con el catgut. Tal vez haya quien prefiera cauterizar con el Paquelin; tal vez quien haga la seccion del pediculo con el ~~gástrico~~ ^{gástrico} ~~cauterio~~ ^{cauterio} de hierro este cuarto tiempo; mas la ~~escara~~ ^{escara} ~~formada~~ ^{formada} con estos medios es mucho mas espesa que la del ácido fenico i no



podria hacerse con ellos una cauterizacion lateral pues cortarían el catgut i el epiploon huiria hacia el ~~epiploon del abdomen~~ ^{epiploon del abdomen} ~~de donde~~ ^{de donde} la hemorragia iria a hacer sus estragos. Por otra parte, si es verdad que el ácido fenico con que se ha cauterizado el epiploon



se disuelve en los liquidos que bañan la parte sobre la cual ha obrado (ya sea en forma de ácido, ya en la de alguna de sus sales, fenato de soda, de albúmina etc.),





no deberia negarse que su accion antiséptica continúa durando algun tiempo despues de su aplicacion, asi es que en resumen tendríamos: escara mas delgada, facilidad de desinfectar mayor porcion i por último su accion antiséptica no cesa inmediatamente despues de ser aplicada. (Esto mismo puede decirse de aquellos caudales que en contacto con nuestros tejidos forman bases asépticas solubles.)

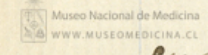
5.º Seccion del Catgut. - El cirujano corta con las tijeras las hebras del catgut como a un centimetro del nudo. En este momento es cuando el pediculo ligado cae en la cavidad abdominal i cuando se suele presenciar la salida de algunas gotas de sangre las que deben enjugarse con algodón u con la esponja.

6.º Sutura de la herida. último tiempo de la operacion. - La aguja que precede al hilo atravesará todo el espesor de la pared abdominal comprendiendo tambien la hoja parietal del peritoneo. La distancia que debe mediar entre cada una de estas suturas es aproximadamente un centimetro. (El hilo con que se han hecho éstas ha sido el catgut fenicado.)

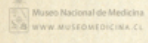
Alttamé, por último, decir dos palabras sobre los apó-
sitos listerianos que hai necesidad de aplicar sobre



esta herida. — El de los primeros dias no puede ser mas sencillo: despues de espolvorear un poco de iodoformo sobre la solucion de continuidad, se la cubre con unas cuatra hojas de gasa fenicada encima de las cuales se coloca otra de mackintosh i el todo se sujeta con at-
 tila emplástica. Este delgado apósito que debe cubrirse por todas partes a la herida no anula la accion del frió que es de regla usar en los primeros momentos en cualesquiera de las operaciones en que se tema el desarrollo de una peritonitis. Cuando la vejiga con hilo que se aplica sobre este apósito no es necesaria, se hace el primer asepsis de la region herida, se vuelve a poner iodoformo, se cubre con algodón fenicado, iodoformado etc. o con hule de seda (para el último caso se usa do por la maseracion que produce); mas encima se colocan unas ocho hojas de gasa fenicada intercalando entre las dos o tres últimas una de mackintosh i por fin se sostiene todo con un vendaje circular del abdomen regularmente apretado.

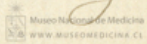


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



3.^a — Esta última division comprende a aquellos casos en los cuales los distintos procesos que mencioné en la segunda, se han extendido hasta un lugar inab-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

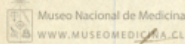




dable, o en otros términos, aquellos en que la lesión del epiploon se ha extendido en su porción intrabdominal ^{hasta} ~~hasta~~ el punto que la exageración de la hernia es insuficiente para traerlos al exterior una parte sana donde podamos colocar el hilo con que ~~debíamos~~ ^{ligamos} la ~~herida~~ ^{herida}. Hai también otra circunstancia que puede nacer que nos encontremos en el mismo caso i es aquella en que un proceso adhesivo ha unido mas o menos sólidamente la vicindad de la terminación interna del pedículo herniario con el peritoneo o con las asas intestinales. - Estos dos casos son bien raros en nuestra sala de clínica pues todos los sujetos llegan o son traídos poco tiempo después del accidente, de modo que ~~causan~~ ^{causan} las condiciones que exige la segunda ~~división~~ ^{división}; sin embargo es difícil verlos desarrollarse en los que son llevados a las ~~casas~~ ^{casas} en que se sigue el antiguo tratamiento ~~isabico~~ ^{isabico}, en las que no se les hace nada, en las que se les liga su hernia dejándola fija a la pared abdominal etc., sobre todo cuando a estos medios no se agrega la curación antiseptica rigurosa. La extensión inflamatoria que nos hace presenciar el cuadro de la amentitis i que puede ser ~~es~~ ^{es} el punto de partida de una peritonitis, ya circunscrita, ya generalizada, nos pone en el deber de ligar



el pedículo, cortar la hernia, hacer la curacion listeriana i tratar la omentitis o la peritonitis por los medios ordinarios reservándonos el derecho de practicar una ancha abertura, en la parte mas declive, cuando estemos ciertos de la presencia de pus en la cavidad con el fin de darle una franca salida i facilitar asi el lavado antiséptico de la serosa enferma.



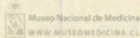
Museo Nacional de Medicina

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

Resumen.

Cuando hayamos diagnosticado la lesion que sirve de titulo a esta memoria, debemos examinar el estado del epiploon i fijarnos:—

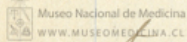
1.º Si está sano o si es asiento de una alteracion que desaparecerá sin dejar huellas tan pronto como cese la causa que la produce (asi, la compresion que los labios de la herida ejercen sobre el pediculo pueden determinar perturbaciones circulatorias ~~considerables~~, como ser una tumefaccion, una congestion o una anemia poco intensas). Tratamiento quirurgico: asepsis, reduccion de la hernia, sutura de la herida i curacion anti-septica.

2.º El epiploon está invadido por un proceso incapaz de desaparecer completa i prontamente, pero el no se extiende por la parte intra-abdominal del repliegue mas allá de un sitio abordable (asi una congestion o una anemia que no cesaran con la sustraccion de la causa productora; las adherencias del repliegue que forman el pediculo, ya entre si ya con los labios de la herida; una inflamacion; la mortificacion de la hernia etc.). Tratamiento quirurgico: destruccion de las adherencias con la herida,

Si la hai; ~~exageracion~~ ~~de~~ la hernia; ligadura del epiploon; seccion del pediculo; cauterizacion, reduccion de iste; sutura de la herida i curacion anti-septica.



3º La exageracion de la hernia no permite llegar a una parte sana del epiplon sea porqu la inflamacion se ha estendido demasiado, sea porqu las adherencias in-



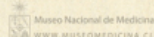
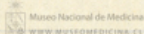
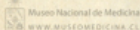
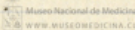
tra - abdominales le impiden obedecer a la traccion del cirujano. - Tratamiento: asepsia, ligadura i seccion del



Museo Nacional de Medicina antiséptica i, en el primer caso, tratamien-

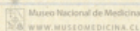
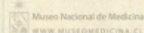
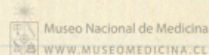
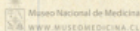


to ordinario de los omentitis



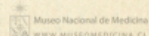
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

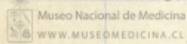




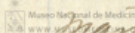
Observaciones

(Hospital "San Juan de Dios" sala "San Camilo.")

I. - Inodoro V. de 20 años de edad, soltero, ganoan, de mediana constitucion, extraño a las diátesis hereditarias i adquiridas, i bebedor, pero no alcohólico, entró al servicio de clinica del Dr. Carrallo el 16 de Agosto de 1886.

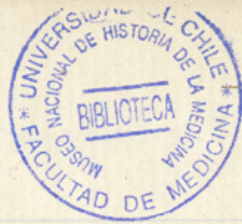


El paciente vino a la consulta con la embriaguez pretendiendo olvidar así las fatigas propias de quien pasa en dura i penoso trabajo los diez primeros dias de convalecencia de una pneumonia fibrinosa, cuando fué atacado por un sujeto que con un puntal, esto es, con un instrumento punzante i cortante a la vez, le hizo en el abdomen una herida que dió paso a una parte del epiploon; pocos momentos despues, alguien le intradujo este repliegue peritoneal; pero los vómitos alimenticios, alcohólicos i sanguinolentos, acompañaron la reduccion, determinaron por medio de los esfuerzos productores una ^{nueva} hernia epiploica ^{nueva}, no ya con un tamaño tan pequeño como el de la vez primera sino con dimensiones capaces de oponer un insuperable obstáculo a las tentativas reductoras empleadas por su improvisado cirujano.



Hasta este momento (2 hs. P. M. del dia 16) no ha tenido deposiciones i las orinas que acaba de emitir son normales.

Los vómitos debidos talvez a las bebidas alcohólicas o a las perturbaciones funcionales del plexo solar o de una de



sas dependencias, no han vuelto a molestarlo.

Esta última causa, apuntada como determinante probable de los vómitos, es sin duda la productora de



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Las alteraciones circulatorias que hacen que el pulso, de ancho, lento i depresible, se tome después de una pausa en rápido i filiforme, sin que por ello pierda su depresibilidad, para volver, después de una nueva intermitencia, a tomar su primer carácter. En mínimas palabras: el pulso presenta irregularidades e intermitencias rítmicas, siendo siempre blando, depresible i, en su conjunto, lento (50 pulsaciones por minuto).

El dolor que acusa en el abdomen, que superficial i poco intenso, no se exagera por la presión, pero aumenta tanto con los grandes movimientos del diafragma i, en general, con todo esfuerzo que el paciente se ve obligado a respirar casi exclusivamente con el torax i a su vez por la frecuencia inspiratoria la cantidad de aire que cada uno de estos limitados movimientos roba a la hematosis pulmonar (24 respiraciones por minuto).

El termómetro aplicado a la región axilar da 37,4 grados centígrados de temperatura.



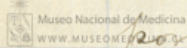
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Sobre la piel que cubre la pared anterior de la undécima costilla izquierda se encuentra un tumor que por

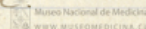
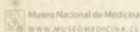
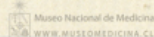
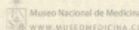


su forma, tamaño i consistencia hace recordar un riñon de escotura poco manifiesta; su superficie es húmeda, lisa, de color rojo amarillento i está surcada por un considerable número de arteriolas de las cuales las de mayor calibre presentan latidos apreciables al tacto i aun al ojo desnudo.

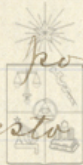


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

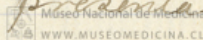
Levantando los lados del tumor, se ve una herida, casi perpendicular a la línea media del cuerpo, que da paso por su parte izquierda a un pedículo que, partiendo del centro de la cara inferior del tumor, va a continuarse con el epiploon abdominal, del que el tumor no es sino una hernia.



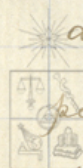
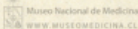
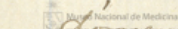
El largo de la herida es de 8 centímetros de los cuales la mitad corresponde a la porción que penetra en la cavidad abdominal i el resto a la parte no penetrante o cola de la herida.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

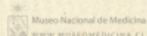


Como hasta este momento no se ha presentado ninguno de los síntomas que anuncian las complicaciones viscerales, hago así mi diagnóstico: herida penetrante del abdomen con hernia del epiploon mayor, pero sin compromiso visceral; i el pronóstico: grave, como corresponde



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

a toda herida de esta naturaleza, agravado mas aun por la circunstancia de que este sujeto es un convaleciente de una pneumonia crupal.





En vista del estado inflamatorio de la hernia i del pedículo, nuestro profesor hizo la operación que ya he descrito.

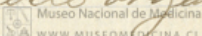
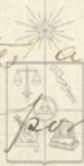
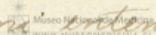
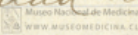
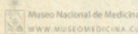


Antes de suturar la herida, el Dr. Barvalla me permitió hacer un nuevo examen i he aquí lo que observe:—

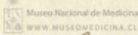
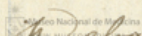


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al ir tirando un poco hacia arriba el labio superior de la porción penetrante, se ve la extremidad anterior de la undécima costilla. Introduciendo el dedo, se puede tocar, en la pared superior del fondo de la herida, la tuberosidad mayor del estómago distendida por una gran cantidad de gases lo cual, a mi entender, confirma el diagnóstico establecido, pues que esta reflexion gaseosa sería suficiente a separar los labios de una herida del estómago i por consiguiente permitiría la salida de los gases en el contenido, cosa que no se obtiene aun cuando se comprima este órgano.



El dedo no encuentra la ligadura buena en el espilon mayor.



Debo decir que la aguja de mango fijo empleada tenía la punta un tanto roma, así es que no se conseguía perforar con ella los tejidos sino a costa de grandes esfuerzos lo que no podía menos de producir dilaceracion i contusion de los puntos por donde



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

