

cho los cirujanos llevar el **cuchillo** á un hombro para amputarlo, y se deciden mejor por mutilar el **brazo** en su continuidad, lo cual atribuyo á estar en boga la estadística general, cuyos resultados numéricos dan para la desarticulación escapulo-humeral, una mortalidad de casi un 60 por 100, y para la amputación del brazo un 48. Pero como dicha estadística general la juzgo plagada de defectos, no creo que tenga hoy aplicación á ningún caso práctico que se ofrezca, principalmente por haberme demostrado la clínica y la inspección cadavérica, que entre todas las causas que influyen directamente en el éxito desgraciado de las amputaciones en la continuidad, es la más frecuente la infección purulenta; y como para que esta se produzca considero como una condición casi necesaria que el pus bañe un hueso dividido ó siquiera desnudado de su periostio, concluyo que las amputaciones en la continuidad, que llevan consigo la lesión de un hueso, son, vistas de una manera general, más graves que las practicadas en la contigüidad, y por consiguiente que las mutilaciones del húmero lo son más que las desarticulaciones del hombro, cualquiera que sea el resultado numérico de la estadística actual. Por fin, para que se vea que no apoyo la preferencia que doy á la desarticulación escapulo-humeral en meras teorías, consigno, que he practicado ó ayudado á practicar 28 de estas operaciones en dos grandes hospitales de México, y aunque he perdido 10 enfermos, estos han muerto por circunstancias y complicaciones que detalladamente he explicado; de manera que no es temerario avanzar, que la desarticulación escapulo-humeral, cuando esté bien indicada y libre de toda complicación extraña, será una operación de un éxito casi constantemente feliz y muy superior á la amputación del brazo.

México, Julio 19 de 1864.

L. HIDALGO CARPIO.

---

OBSERVACION DE UNA HERIDA DE ARMA DE FUEGO SITUADA EN EL MUSLO IZQUIERDO, COMPLICADA CON FRACTURA CONMINUTIVA DEL FEMUR; DESARTICULACION COXO-FEMORAL A LOS 180 DIAS, Y MUERTE DEL ENFERMO A LOS 259.

Roman Medina, de 26 años de edad, de constitución robusta y de buena salud anterior. El día 2 de Noviembre del año próximo pasado, fué herido en el muslo izquierdo, y el 8 del mismo entró al hospital de San Pablo en el estado siguiente.

El muslo, desde ocho centímetros abajo de la ingle hasta cerca de la rodilla, estaba enormemente hinchado, rojo y caliente; en la cara anterior y hácia la unión del tercio medio con el superior, tenía una herida irregular-

mente circular de mas de un centímetro de diámetro ; en la parte posterior habia otra situada un poco mas arriba que la anterior, de cuatro centímetros de estension, y muy irregular. examinado con el dedo el trayecto comprendido entre las dos heridas, se encontró que el proyectil caminando probablemente de delante atras, y de abajo arriba, fracturó conminutivamente el hueso, tanto que en el acto se estrajeron varias esquirlas del fémur, siendo la mayor de dos y medio centímetros. El miembro todo estaba muy sensible é inmóvil. La lengua seca y fuliginosa y el pulso frecuente y lleno.

Habiéndolo encontrado en este estado, consulté con mis compañeros del hospital sobre lo que se debía hacer, y en atencion al mal estado de las partes blandas y á encontrarlo en el periodo de reaccion, resolvimos hacerle grandes incisiones para quitar el estrangulamiento y esperar que pasase al tercer periodo para ver si se operaba, y entretanto se le ordenaron extracciones de sangre, aplicacion permanente de cataplasmas grandes de grano de linaza molida, cubiertas por un hule para que conservasen por mucho tiempo la humedad y el calor, y se le sujetó á tomar bebidas aciduladas y atole.

En los primeros dias siguientes, el estado del enfermo era alarmante, tanto por lo intenso de la calentura, como porque el muslo se habia hinchado á tal grado, que los músculos formaban herma por entre las incisiones de la piel, lo cual me hizo temer la gangrena del miembro; pero habiendo prolongado estensamente los debridamientos de la piel y de las aponeurosis, é insistiendo sobre el plan antiflogístico directo, el estado de reaccion terminó, la herida entró en plena supuracion y el muslo se desengurgitó.

A los dos meses, viendo que aunque las heridas estaban cicatrizando, la supuracion era inagotable, dilaté las aberturas que existian y encontré que la estremidad del fragmento superior, tenia una punta aguda y que le faltaba el periostio en una grande estension; entonces considerando que ésta seria la causa de la supuracion, hice la reseccion con la sierra de cadena, de toda la porcion de hueso desnudo que era de tres y medio centímetros, y volví á colocar el miembro en su posicion correspondiente, procurando dejarle amplia salida al pus; pero á pesar de esto, se fueron presentando alternativamente absesos por diversas partes, los cuales contenian un pus delgado y fétido; hasta que por fin se abrieron otras dos en la parte média y un poco inferior de la ingle correspondiente por donde se tocaba el hueso desnudo y áspero.

En tal virtud, y en atencion á que el enfermo se consumia progresivamente, que ya tenia las piernas edematosas, que presentaba todos los signos de anemia, y sobre todo que ya habia comenzado la diarrea; me resolví, de acuer-

do con los demas profesores del hospital, á practicar la amputacion, único medio que nos daba alguna esperanza de salvarlo; pero en atencion á que la fractura estaba muy alta, que la separacion de los fragmentos era muy considerable por la porcion que se reseco á mas de la parte de hueso que el proyectil habia destruido, que aquel estaba desnudo hasta muy arriba, segun se tocaba por las fistulas de la ingle, y que por consiguiente si se amputaba en la continuidad tendria que aserrarse el hueso inmediatamente abajo de los trocantes, y en consecuencia dejar á descubierto una gran superficie de la sustancia esponjosa en el centro de un vasto foco de supuracion, cual era la herida que resultaba de dicha amputacion, la cual como sabemos, es la condicion mas favorable para la infeccion purulenta; preferimos hacer la desarticulacion coxo-femoral, y el dia 11 de Mayo del presente año, á los 186 dias de enfermedad, procedimos á la operacion; mas como el paciente se encontraba en las fatales condiciones que he dicho, temimos mucho que no soportase la anesthésia y por eso no le aplicamos el cloroformo y procuramos hacer la operacion lo mas pronto posible, para lo cual un ayudante se encargó de comprimir la arteria femoral durante la operacion; en seguida formé primeramente el colgajo anterior por transficion; acto continuo se ligó la arteria femoral y otras tres que fueron las únicas que suministraron sangre; despues hice el corte posterior, y por fin la desarticulacion; entonces ya no hubo que ligar mas que otras dos arterias de pequeño calibre.

En todo este tiempo, en atencion á la exactitud de la compresion de la arteria, á la violencia con que se practicó la operacion y al corto número de arterias que hubo que ligar, la pérdida de sangre fué muy corta; pero á pesar de eso le sobrevino un síncope completo y tan prolongado, que solo despues de hacerle salir la lengua fuera de la boca por medio de unas pinzas, y hacer entrar el aire al pulmon comprimiendo alternativamente el pecho y de provocar los movimientos del corazon con una cauterizacion precordial con dos cerillos, que se le dejaron sobre esta region hasta que se consumieron, fué cuando el paciente volvió á dar señales de vida. En seguida se hizo la reunion del muñon con algunos puntos de sutura.

Al segundo dia despues de la operacion todo estaba en buen estado y solo se encontró alguna calentura. A los seis dias volvieron á presentarse algunas deposiciones, pero la calentura habia desaparecido y la herida empezaba á cicatrizar. A los veintisiete dias la colitis estaba mejor; pero el pié y pierna derecha comenzaron á infiltrarse de serosidad. Desde este dia hasta el 7 de Julio, la diarrea y la hinchazon de la pierna habian tenido alternativas de alivio y de exacerbacion y el muñon se encontraba cicatrizado ya en su mayor parte; pero ya habia calentura lenta, calofríos, y el pus salia con mucha dificultad por una abertura fistulosa: entonces dilaté la fistula hasta

llegar á la cavidad cotiloidea, de donde salieron como dos cucharadas de pus fétido. En seguida introduje por la abertura el dedo índice, y encontré que una porcion del cartílago diartrodial de la cavidad se movia, pero que no estaba enteramente desprendido; despues le coloqué en el trayecto de la incision y hasta dicha cavidad, un tubo de goma elástica para que el pus saliese con facilidad y no se acumulase en ella. Al dia siguiente se habia quitado la calentura y el pus escurria libremente. A los 19, toda la herida que resultó de la incision estaba cicatrizada, excepto el trayecto ocupado por el tubo, por el cual el pus continuaba saliendo con abundancia; entonces volví á introducir el dedo, y habiendo sentido que ya la porcion de cartílago estaba desprendida, la estraje con unas pinzas; ésta era de cuatro centímetros de longitud sobre uno de ancho, y muy delgada sobre todo en sus bordes. Desde entonces el pus fué disminuyendo y el enfermo se comenzó á reponer, tanto que el dia 27 del mismo mes (antevíspera de su muerte), lo reconoció el Sr. Dr. Garrone, quien creyó, como todos los que lo habiamos visto, que el caso estaba enteramente logrado.

Pero desgraciadamente el 29 del mismo, despues de haberlo encontrado á las nueve de la mañana en el mismo buen estado que los anteriores, á la una del dia, pasadas dos horas de haber comido y haber tomado diez onzas de pulque que se le habia ordenado esa mañana, le vinieron repentinamente vómitos, convulsiones y la muerte; pero con tal violencia, que en todo esto no pasó mas que una hora.

A las diez y siete horas practiqué la autopsia en union de mis compañeros los Sres. Hidalgo y Servin y los cursantes de la clínica, y encontramos el muñon cicatrizado, menos en el trayecto que ocupaba el tubo de que hemos hablado, la cavidad cotiloidea llena de vegetaciones carnosas, excepto en el lugar de donde se habia desprendido la porcion de cartílago que llevamos mencionado; el hueso en este punto estaba desnudo, áspero y de color gris, cuyo color no pasaba mas que á la profundidad de un milímetro.

En la cavidad del vientre y pecho habia un derrame de serosidad cetrina como de 250 gramos (8 onzas), en cada una en la superficie de la cara anterior del lóbulo medio del pulmon derecho, una mancha equimótica como de cinco milímetros de estension, con un punto blanco amarillento en el centro que parecia ser el rudimento de un absceso metastático.

En la del cráneo, en los ventrículos y debajo de la aracnoides, un derrame como de 125 gramos (4 onzas) de serosidad, sin congestion de las meninges ni del cerebro, sino que por el contrario, esta víscera estaba anémica. En los demas órganos no habia nada notable.

Tanto por los síntomas observados durante la vida como por las lesiones cadavéricas, es de creer que la muerte de Roman Medina fué debida á una apoplejía serosa ocasionada por el estado caquético en que lo habian colo-

cad los padecimientos que hemos mencionado y la permanencia en el hospital por mas de ocho meses; y no á la operacion ni á la infeccion purulenta; porque aunque estaba descubierta una parte de la superficie huesosa de la cavidad cotiloidea, y por lo mismo á propósito para que por ella se hiciese la absorcion del pus, no por eso puede creerse que ésta se hubiera ya verificado, porque ni hubo síntoma de ella durante la vida, ni hay seguridad de que la mancha encontrada en el pulmon haya sido purulenta, ni mucho menos que ella por sí sola hubiera ocasionado una muerte tan violenta; así es que, no porque en este caso la terminacion fué funesta, arguye en contra de la desarticulacion coxo-femoral, sino que antes bien, puede servir en su favor, porque mientras que en 5 amputados en la continuidad del fémur que hemos tenido en el hospital en el presente año, todos en buenas condiciones, pues que en lo general, todos han sido de buena constitucion, de buena edad, sin contar padecimientos anteriores, y operados en el tercer período, esto es, pasada ya la reaccion; escepto uno que murió de infeccion pútrida consecutiva á una gangrena, todos han sucumbido de infeccion purulenta, y el que mas ha durado despues de la operacion ha sido 28 dias; mientras que Roman Medina, que se operó en condiciones tan desfavorables, sobrevivió 79 dias, y vino á morir le un accidente que nadie ha dicho sea consecuencia ordinaria de la desarticulacion del fémur.

Así es que, si la operacion se hubiera practicado cuando mas 50 dias despues del segundo periodo, tal vez la terminacion hubiera sido mas favorable; pero sin embargo, este hecho sirve para probar que la desarticulacion coxo-femoral no es tan grave como se cree, sino que al contrario, podrá suceder que hecha mas á tiempo y en mejores condiciones, sea de mejores resultados que la amputacion en la continuidad del fémur.

México, Octubre 12 de 1864.

JOSE MARIA BARCELÓ DE VILLAGRAN.