

tajas que se les suponen á esta clase de comunes. El verdadero remedio de una buena limpia es el dar salida á las aguas del Valle, y por un sistema bien dirigido lavar diariamente las atarjeas. Esta obra, que ya está decretada y que los peligros mismos de la inundacion han de obligar á llevar al cabo en un tiempo no muy remoto, á pesar de los trabajos y gastos que demande, es el remedio mas eficaz que pueda desearse. Sin ella serán estériles los demas sistemas, y la consideracion de que con el desagüe directo se perderian enormes cantidades de un abono fertilizante, no puede por mucho tiempo reputarse como un obstáculo, porque es seguro que las empresas que tomaran á su cargo este ramo de industria, comprometerian en una especulacion aventurada fuertes sumas.

Mas si las circunstancias no permitieren llevar al cabo el desagüe directo, siempre tendria la higiene pública grandes recursos que emplear en favor de la salubridad, ó bien adoptando el método de M. de Planqué ú otro, ó bien construyendo un grande albañal en un punto conveniente y bajo buenas condiciones, y haciendo el trasporte de las heces por un sistema bien combinado, que no fuera el derrame de las atarjeas. Cualesquiera que fuesen los gastos de la obra, la administracion municipal deberia emprenderla en obsequio de la salud pública.

México, Febrero de 1866.

JOSÉ M. REYES.

CIRUJÍA.

OBSERVACION CURIOSA DE HEMATOTORAX.

Francisco Campos, de 26 años de edad, robusto y en general de buena salud, recibió el dia 2 de Setiembre del año próximo pasado, dos heridas de instrumento punzante y cortante, la primera en el lado derecho del pecho, y la segunda en el hipocondrio izquierdo.

El dia 24 del mismo, entró al hospital de San Pablo, y á la visita lo encontré incorporado en la cama, pero recostado sobre el lado derecho contra un plano inclinado que se le habia formado con un colchon, porque segun decia, le era imposible soportar la posicion horizontal, á consecuencia de la dispnea que le causaba dicha postura.

La primera herida estaba situada al nivel del segundo espacio intercostal derecho, como á dos centímetros fuera del borde esternal; era de un centímetro de estension y oblicua: la segunda en el hipocondrio izquierdo, en el décimo

espacio intercostal y de la misma dimension que la anterior; por ella formaba hernia una porcion de epiplon, como de ocho centímetros, la que estaba ya ligada al nivel de la herida, y fija sobre el vientre con un pedazo de tela emplástica.

Examinado el pecho no dió á la mensuracion ninguna diferencia notable; á la percusion, un sonido macizo desde arriba de la mamila correspondiente á la herida por delante; y por el lado esterno y posterior, desde el ángulo del omoplato hasta la base del torax. En toda esta área no se percibia el murmullo respiratorio, pero sí se notaba un soplo que se estendia hasta la parte inferior del pecho. En la cúspide del pulmon, el sonido era claro y la respiracion se oía aunque un poco débil. Habia broncofonía y falta de vibracion en todos los puntos en que el sonido era oscuro.

El vientre estaba muy sensible á la presion y el pulso era pequeño y frecuente.

Al segundo dia se presentaron todos los síntomas de una peritonitis aguda, la que se combatió debidamente. A los seis dias estos síntomas habian desaparecido en gran parte, pero como persistian los del pecho, lo examiné, en union de mis compañeros los Sres. Hidalgo y Servin, y encontramos que la macicez habia subido hasta la espina del omoplato, que al hablar faltaba la vibracion de las costillas en todo este lado y á la vez continuaban la broncofonía y el soplo hasta la base del pecho en toda la parte posterior; por lo que vacilamos sobre el diagnóstico entre una hepatizacion del pulmon y un derrame: mas como el estado general indicaba una muerte próxima, no nos atrevimos á intentar ninguna operacion.

Al siguiente dia (sétimo de enfermedad) murió el enfermo, y en la autopsia que practicamos, á las doce horas, encontramos que el instrumento habia penetrado al pecho, dividiendo la segunda costilla y la arteria intercostal. La cavidad derecha del torax estaba separada completamente en dos porciones, superior é inferior, por una falsa membrana que adhiriéndose por su circunferencia á la parte interna de las paredes, lo asia en su centro alrededor de la base del lóbulo superior del pulmon, de modo que éste ocupaba la cavidad superior, en la cual no habia derrame ni señal alguna de pleuro-neumonía; de suerte que este lóbulo crepitaba perfectamente á la presion, y echado en el agua, sobrenadaba en la superficie. La cavidad inferior, contada desde el diafragma formado por dicha falsa membrana hasta el diafragma normal, estaba llena por tres cuartillos (1500 gr.), de un líquido serosanguinolento mezclado con varias falsas membranas pequeñas. Los lóbulos, medio é inferior del pulmon, estaban ocupando el centro del líquido, á consecuencia de unas adherencias muy resistentes que habian contraido con la pleura diafragmática, de suerte que los dos lóbulos comprimidos por el derrame, se encontraban convertidos en una especie de lengüeta, la cual estaba comprimida y tan impermeable al aire, que ni crepitaba comprimiéndola, ni sobrenadaba en el agua, sino que inmediatamente se precipitaba hasta el fondo de la vasija. Dividiéndola en varias por-

ciones, no se encontró vestigio alguno de inflamacion. Toda la superficie interna de la pleura que formaba esta cavidad, estaba inflamada y cubierta de falsas membranas delgadas.

En el vientre solo se encontraron señales de una peritonitis en resolucion.

En vista de lo espuesto, me parece conveniente examinar cuál puede ser la explicacion de los síntomas observados durante la vida del enfermo, y cuáles las consecuencias prácticas que puedan deducirse.

Para no ser difuso, solo diré, que todos los síntomas de que hemos hablado, se esplican muy bien por el derrame, menos el soplo y la broncofonía, porque como no era el pleural propio de esa lesion, sino que se percibia en toda la estension de la macicez del sonido, hacia creer mas bien en una neumonía que en un hēmatotorax; mas habiendo encontrado que no habia ninguna inflamacion en el pulmon, es de suponer que, el derrame, aunque estaba comprimiendo al pulmon, no obliteraba completamente todas las ramificaciones brónquicas, y por lo mismo permitia aún la entrada del aire en ellas, de lo que resultaba el soplo y la broncofonía tan estensos, que se oían al auscultar: así es que, siendo los signos encontrados en dicho enfermo comunes la mayor parte al derrame y á la neumonía, es preciso buscar cuál de ellos es el que puede servir de diferencial entre estas dos enfermedades; y no pudiendo ser la posicion porque muchas veces se encuentra al paciente acostado sobre el lado sano, ni el aumento de volúmen del lado enfermo del pecho, porque solo se verifica cuando la coleccion de líquido es crónica y abundante, para que habiendo ya reducido el pulmon á su menor expresion, empiece á obrar sobre las paredes para distenderlas, ni la broncofonía y egofonía porque solo se presentan en determinadas condiciones, ni la macicez del sonido y falta de respiracion, por ser comunes á otras enfermedades; resulta que no queda mas que la falta de vibracion de las paredes, pues parece que este signo solo se presenta en los casos de derrame.

Pero es de necesidad no confundir la vibracion que la voz imprime á las costillas por intermedio del pulmon, con un movimiento que algunos comunican al torax al hablar, porque esto sucede aun cuando exista un hidrotorax.

Por otra parte, se ve aquí otra vez confirmada la necesidad que hay de practicar la toraxentesis con tiempo, antes de que se desarrollen falsas membranas, y de que se formen adherencias; porque si en este enfermo, á pesar de tener solo siete dias, se hubiera hecho la operacion en las condiciones en que se encontraba ya el pulmon, es seguro que habria sido inútil, pues que el líquido se habria quedado sin salir, y por consiguiente el enfermo hubiera muerto con todo y la operacion.

México, Enero de 1866.

J. B. VILLAGRAN.