

Tres circunstancias me han decidido á fijar la atencion de la Academia hácia esta enfermita. La primera es la frecuencia con que se observan las artritis graves á consecuencia de la viruela, no solo de la confluyente y grave, sino de la discreta y aun de la varicela, como lo he observado varias veces; segundo, la periostitis, que tratada por las incisiones y la curacion por el alcohol y el empaque algodonado, evita la difusion de la inflamacion, el despegamiento del periostio y la necrosis consecutiva; y tercero, la gravísima artritis del codo derecho, que nos hizo pensar en la reseccion de esta parte, si la lesion del hombro no hubiera reclamado más bien la desarticulacion de todo el miembro. De esta grave resolucion nos apartó la inmovilidad de la articulacion, el tratamiento antiescrofuloso y reparador, y la buena higiene.

Espero que este hecho hablará en favor de los esfuerzos de conservacion, siempre que la vida del enfermo no peligre.

México, Junio 26 de 1876.

E. LICÉAGA.



HERIDA CONTUSA DE LA CABEZA.

DOBLE FRACTURA POR CONTRAGOLPE DE LA BOVEDA DEL CRANEO.

FRACTURA INCOMPLETA DE LA ROTULA DERECHA.

ERISIPELA CONSECUTIVA.—CURACION.

El 15 de Abril del presente año, á las dos de la tarde, fuí urgentemente llamado á la casa número 24 de la calle de la Cerbatana para asistir á un niño que acababa de caer de una azotea.

Trasladado á la citada casa, encontré un jóven de 11 á 12 años en el decúbito dorsal, sobre un sofá. Este jóven acababa de descender de cabeza desde una azotea que mide 7 metros de altura, al pavimento enlosado, chocando ántes contra el barandal de un corredor, situado poco más ó ménos como á la mitad de dicha altura.

El Sr. Lobato, que á la sazón estaba á la cabecera del enfermo, me encargó y recomendó su asistencia, y con la amabilidad que le es característica me ayudó á explorar al enfermito, que presentaba las lesiones que paso á referir.

El enfermo, que como he dicho ántes, estaba en el decúbito dorsal, tenía las piernas en la semiflexion: los brazos relajados cayendo á los lados

del cuerpo por su propio peso, y los ojos cerrados; respondía con poca precisión á mis preguntas.

El Sr. Lobato me refirió que hacia muy pocos momentos volvía el paciente del coma producido por la conmoción cerebral; y en efecto, la respiración era aún entrecortada y suspirosa, el pulso lento y concentrado.

A 3 centímetros arriba, y dentro de la jiba frontal izquierda, existía una herida contusa de 2 centímetros de largo, de bordes irregulares, un poco oblicua de arriba abajo y de dentro á fuera, sangrante é interesando todas las partes blandas hasta descubrir el hueso en una extensión próximamente de 2 centímetros en circunferencia. La jiba ántes dicha, estaba borrada, y presentaba en su centro un surco vertical que se tocaba hasta el arco supra-orbitario, desde donde empezaba un notable hinchamiento del párpado superior, que tenía un color rojo negruzco, y cuyo volúmen ocultaba totalmente el ojo.

Como á $3\frac{1}{2}$ centímetros de la sutura fronto-parietal del mismo lado se notaba otro surco oblicuo, que siguiendo hácia atrás, ocultaba su límite posterior en un tumor blando como del volúmen de una naranja de mediano tamaño, que existía hácia el ángulo pósterior superior del parietal del mismo lado.

Registrado el cuerpo y los miembros, encontramos sobre la rodilla derecha un marcado hundimiento sobre el ángulo superior externo de la rótula; la articulación abultada y dolorosa al más ligero movimiento, y con una gran equimosis que rodeaba la parte hundida de que he hecho mención, extendiéndose por la parte interna hasta el hueso popliteo. Sobre el maleolo externo de esa misma pierna, otra grande equimosis ocultaba esa eminencia, y se propagaba hácia arriba y adelante hasta sobre la región metatarsiana.

Con los datos expuestos formulamos el siguiente diagnóstico:

- 1.º Herida contusa en la región frontal hácia la jiba izquierda.
- 2.º Fractura por contra-golpe del arco supra orbitario, probablemente extendiéndose hasta la bóveda orbitaria. La primera porción de esta fractura, que corresponde á la cara anterior del frontal, acompañada de marcado hundimiento que abate y borra la jiba frontal de ese lado.
- 3.º Fractura por contra-golpe con hundimiento de la parte média del parietal izquierdo.
- 4.º Fractura incompleta del ángulo superior externo de la rótula derecha. Contusión de la rodilla y del maleolo externo de la misma pierna.

PRONÓSTICO.—Grave por los accidentes que pueden sobrevenir por parte del cerebro ó sus envolturas.

TRATAMIENTO.—Lavada con agua alcoholizada la herida, y aproximados sus labios hasta donde lo permitió su irregularidad por medio de tiras picadas de tela emplástica; se prescribió se envolviese la mitad izquierda de la cabeza con compresas frias mojadas en agua con tintura de árnica. Cucharadas cada hora de infusion de hojas de naranjo, vino rojo y jarabe. Dieta de atole.

En la pierna se puso un vendaje enrollado para inmovilizar la rodilla. Sobre ésta, así como sobre la extremidad de la tibia, lugar de la segunda contusion, aplicaciones frias.

Al dia siguiente el estado del enfermo era satisfactorio; su inteligencia estaba despejada, pues informaba de los detalles todos de su accidente; habia dormido poco la noche anterior; no tenia apetito; solo pedía de beber.

El hinchamiento del párpado superior del ojo izquierdo era excesivo; el tumor de la parte superior de la cabeza habia tambien aumentado de volúmen y se hacia fluctuante. El pulso daba 80 pulsaciones por minuto, y era regular. Se continuó el mismo tratamiento, añadiendo defensivos de agua véjeto mineral al ojo izquierdo. La misma alimentacion.

Dia 17 de Abril.—Convencido de la perfecta fluctuacion del tumor colocado en la parte superior de la cabeza, practiqué una incision de $2\frac{1}{2}$ centímetros de largo, que dió salida á una gran cantidad de sangre y á pequeños cuábulos, dejando una cavidad que se extendia desde la parte anterior de la porcion escamosa del temporal hasta la sutura lamdoide en cuyo punto se notaba el hueso enteramente desnudo, pues el derrame habia tenido lugar bajo la aponeurosis epicraniana.

CURACION.—Interpuse en los labios de la herida un lechino, y apliqué una media capelina, acolchonando previamente con algodón toda esa porcion de la cabeza.

A los dos dias siguientes fué necesario hacer otra incision en un plano más bajo que la primera y más hácia la parte anterior, para dar salida á otro pequeño derrame, que como el anterior, habia despegado del cráneo todas sus partes blandas.

Entre los labios de esta incision coloqué tambien un lechino.

El 20 de Abril, cinco dias despues del accidente, el enfermo se encontraba en un estado satisfactorio; enteramente apyrético, con algun apetito; muy poca sed, y ningun dolor en la pierna, sitio de las contusio-

nes. La herida del frontal cicatrizada por primera intencion. El enorme despegamiento de tejidos del lado izquierdo de la cabeza, disminuyendo y dando un pus blanco-amarillento, cremoso. Todo me hizo creer que dentro de poco el enfermo estaria sano.

Dia 21 de Abril.—A las seis de la tarde sufrió el enfermo un fuerte calosfrío que le duró poco más de diez minutos, encendiéndose despues en fuerte calentura, con dolor intenso de cabeza, delirio y mucha sed.

Al siguiente dia, el dolor de cabeza continuaba aunque con ménos intensidad; el pulso daba 120 pulsaciones por minuto. Temperatura, 39,3; lengua seca y sucia. Sobre la oreja izquierda apareció una mancha roja, que despues de invadirla en totalidad ascendia como á 3 ó 4 centímetros arriba de su base; habia aumentado de volúmen, y estaba edematosa; los ganglios posteriores del cuello infartados y dolorosos.

PRESCRIPCION.—Cucharadas de tártaro diluido. Aplicaciones de pomada con óxido de zinc sobre la parte enrojecida. Dieta de atole.

En el periodo de cinco dias la erisipela avanzó sobre toda la cabeza, inflamando y ulcerando la cicatriz de la herida. El pus que vertia la despegadura de que he hecho ántes mencion, disminuyó de cantidad, haciéndose sanguinolento y de olor infecto.

Durante este tiempo se siguió el uso de la pomada de óxido de zinc, persiguiendo la erisipela en su marcha invasora.

El enfermo tomó de 4 á 6 cucharadas diarias de vino de quina, y se le permitia al medio dia una ligera sopa de pan.

El dia 23 de Abril la erisipela se habia extendido hasta la cara, produciendo un hinchamiento edematoso tan considerable, que la cabeza y cara del enfermo eran monstruosas. Hasta el 3 de Mayo la erisipela comenzó á declinar. El pus del despegamento de las partes blandas del lado izquierdo de la cabeza comenzó á perder su fetidez merced á los lavatorios de quina y tintura de yodo que empecé á emplear desde que comenzó á descomponerse. La calentura decaía, y el apetito empezó á renacer. Todo anunciaba ya un próximo restablecimiento; pero el 8 de Mayo, al desaparecer en totalidad el edema de la erisipela, quedó al nivel de la fractura del frontal un tumor, del volúmen de una nuez; caliente, rojo, doloroso y resistente. En la noche del dia anterior habia tenido el enfermo calentura y delirio ligero.

PRESCRIPCION.—Además de la curacion con alcohol, de la herida, y de los lavatorios con quina y tintura de yodo en el lugar de la despegadura de las partes blandas, y del uso sostenido de la pomada de óxido de zinc en la parte derecha de la cabeza y regiones posteriores y laterales

del cuello; unciones de unguento napolitano sobre el tumorcito en cuestion, y sobre el párpado superior del ojo del mismo lado, que habia vuelto á hincharse al grado de ocultar el ojo. A los cuatro dias, el tumorcito se habia fundido, y se presentaba precisamente frente á la fractura. El temor de dar acceso al aire hasta el lugar del hundimiento que presentaba la fractura del frontal, me hizo practicar una incision de un centímetro de largo sobre el párpado superior del ojo del mismo lado (interesando solo la piel), paralela á la arcada supra-orbitaria, y á 12 milímetros de distancia de ella. Hice despues con un delgado trócar de una jeringa de Pravaz, una puncion que alcanzó al foco por su parte inferior, por la cual se vació, quedando la puncion subcutánea, puse un lechino en los labios de la herida, y por ella continuó derramándose el pequeño foco, que poco á poco fué desapareciendo.

Este pequeño incidente, que narrado así no parece sino de poca importancia, fué el que más me preocupó, por haber presentado dos series de fenómenos que hicieron más de una vez temer la pérdida del enfermo.

Cuando el tumor se hizo fluctuante, me llamó mucho la atencion la circunstancia de que por una ligera y metódica compresion disminuyó notablemente su volúmen, lo que me hizo conocer la comunicacion que existia entre el foco purulento y la cavidad del cráneo, precisamente en el máximun del hundimiento de la fractura del frontal, y como este punto venia á corresponder poco más ó ménos en la parte interna á 4 ó 5 milímetros arriba del piso superior de la base del cráneo, y en consecuencia hacía el nivel poco más ó ménos de la 3.^a ó 4.^a circunvolucion del lóbulo anterior del hemisferio izquierdo del cerebro, habia razon para temer de un momento á otro los fenómenos de compresion, si aumentaba, como sucedia, la cantidad de pus contenido en el foco, ó bien la inflamacion de las meninges ó del mismo cerebro tal vez por el contacto del pus con estos órganos.

Frente de tales peligros era urgente puncionar el absceso; pero ¿en dónde? ¿en el punto clásico? es decir, en el más declive y fluctuante? Me detenia, como he dicho ántes, poner al aire el foco de una fractura que comunicaba con cierta amplitud con la cavidad del cráneo: por esto me decidí á practicar la puncion subcutánea en el párpado superior precedida de una incision que dejé abierta, suponiendo, como sucedió, que el foco continuara por algunos dias dando pus.

Otra serie de accidentes aumentaron la gravedad del estado del enfermo.

El día 11 de Mayo, tres ó cuatro días despues que se notara el citado tumor, se presentaron en la tarde dos ó tres veces, calofrios que eran seguidos de calentura en la noche, y sudores.

Los días 12 y 13, á estos síntomas se agregó basca en la mañana y en la tarde al tomar el enfermo su alimento. Estos días tuvo delirio, y permaneció en un estado comatoso alarmante.

¿Este cuadro de síntomas pertenecía á la infeccion purulenta?

Hubo un momento en que así lo creí, y mandé administrar cucharadas de solucion de hyposulfito de sosa alternando con cucharadas de vino de quina. Sin embargo, del 20 de Mayo en adelante, todo habia desaparecido. Las paredes del foco se adhirieron al hueso frontal; la pequeña incision del párpado cicatrizó, quedando la cicatriz oculta por los pliegues naturales de este órgano. El enorme despegamiento de los tejidos de la parte lateral izquierda de la cabeza concluyó por su perfecta adhesion, dejando solo dos pequeñas cicatrices, resultado de las incisiones practicadas para evacuar el pus.

La herida contusa cicatrizó, dejando un ligero hundimiento, resultado de la pérdida de sustancia, verificada cuando la erisipela la ulceró.

Quitado el aparato de la pierna, que dos veces se habia renovado en el trascurso de un mes y medio, dejó ver el ángulo superior externo de la rótula hundida, pero consolidada la incompleta fractura que recibiera: una mancha azulada ligera, designaba el lugar y extension de las equimosis, tanto de la rodilla como del maleolo externo de la misma pierna. Los movimientos quedaron torpes por algunos días, pero el 10 de Junio el enfermo estaba completamente curado.

Julio 26 de 1876.

JOSÉ MARÍA LUGO.

LUXACION COMPLETA, HACIA DELANTE Y HACIA DENTRO, DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL RADIO.

SEÑORES:

Voy á referiros brevemente la historia de un individuo que entró á la sala de reencargados del hospital Juarez (sala que está á mi cargo); y el cual tenia una luxacion de la extremidad superior del radio hácia delante y hácia dentro, habiendo sido inútiles las maniobras que se hicieron para reducirla.