

## CIRUGÍA.

Nota sobre una herida penetrante del recto y de la vejiga, terminada por alivio completo en quince días.

El día 21 del próximo pasado fui llamado á ver un herido que era considerado como muy grave. Al examinarlo encontré un estado general bastante serio: pulso deprimido, á 120; facies pálida y expresando terror y debilidad; la herida visible era de 6 centímetros de largo, hecha sobre la nalga derecha perpendicular; su direccion á la circunferencia del ano, el ángulo que más se acercaba á éste distaba 3 centímetros. La hemorragia habia sido considerable por la herida y por la uretra; desde luego no quedaba duda de la penetracion del instrumento en la vejiga urinaria, y si quedaba de la penetracion en el recto.

Sin embargo, no quisimos sondear el trayecto, por temor de que fuera más el daño producido por el estilete que el provecho en favor del diagnóstico. Seria bueno que el respeto á las heridas fuera mayor; muy de sentirse es que el cirujano pueda algunas veces aparecer como el cómplice del heridor. En el caso actual una arteria considerable habia sido abierta; al practicar el exámen, el escurrimiento sanguíneo era moderado. ¿Quién podia asegurar que el estilete no despegaria un coágulo salvador, dando lugar á una hemorragia más grande que la primera? Saber si el recto estaba herido importaba ciertamente, pero habia otros medios de conseguirlo.

Segun los informes dados, poco despues de la desgracia habia habido una defecacion normal, y dijeron que no se notó sangre en la evacuacion.

La orina que se nos presentó estaba completamente teñida, y contenia aún unos coágulos alargados por su paso en la uretra. Preguntando cuánta dificultad habia para su salida, se nos contestó que era notable, porque los cuajarones tapaban, y que al fin de la emision salian burbujas de aire.

Con este dato último no dudamos de que habia sido herido el recto y comunicaba su cavidad con la de la orina; circunstancia muy alarmante. Fijamos la atencion sobre el aspecto de la orina, y no encontramos en ella ni vestigio ni olor de excremento; por otra parte, no escurria orina por la herida ni por el recto en el momento del exámen, lo que nos hizo pensar que seria la comunicacion bastante pequeña para que solo los gases la pudieran aprovechar: esto pareció ser una circunstancia favorable; sin embargo, siempre fué el pronóstico muy reservado.

¿Quién podria asegurar que no llegaria á haber infiltracion urinosa y peritonitis; más, habiendo ya algun meteorismo y bastante sensibilidad en el vientre bajo?

Al día siguiente los fenómenos no habían cambiado; la prescripción fué: unguento napolitano en unciones sobre el vientre; lavatorios fenicados en la herida y en el recto; inyecciones fenicadas en la uretra, sin sonda; morfina al interior para evitar la sensibilidad y conseguir la mayor inmovilidad posible del enfermo y en particular del intestino, alimentación moderada con deseo de evitar la necesidad de la evacuación.

Cuatro días pasaron sin que hubiera tal necesidad; al cabo de estos cuatro días se preocupó el enfermo del temor de no poder evacuar, diciendo: que creía tener necesidad. Entónces examiné el recto y fué imposible percibir el punto de comunicación con la herida por una parte y con la vejiga por la otra. Se mandó aplicar una lavativa de aceite fenicado que facilitara el paso del excremento, lo que se logró felizmente; pero al día siguiente se notó orina turbia, como mezclada con materia fecal y pus; esto no duró más que un día. Temiendo la cistitis purulenta se mandó insistir sobre las inyecciones uretro-císticas, y se administraron diariamente 3 perlas de trementina.

Desde entónces se hizo más fácil la salida de la orina y la defecación, cicatrizando notablemente la herida exterior.

El día 2 de Febrero se notó que ya no salían gases por la uretra, que no pasaba ya la inyección uretro-cística por la herida, desde algunos días, pudiendo considerarse curado el paciente, sin que hubiera habido la menor complicación de las que se podrían temer con las circunstancias señaladas.

Al referir esta observación, creo que puede servir para indicar la posibilidad de una terminación favorable, aunque no se pueda negar el riesgo que corre un herido cuando se abre paso la orina por el tejido celular, cuando se mezcla el excremento con la orina, y cuando los gases intestinales salen por la uretra.

Con demasiada justicia se han podido considerar tales heridas como graves; exponen á la supuración larguísima del tejido celular pelviano, á la infección, á la infiltración al enfisema, y se comprende por qué Dupuytren aconsejó el desbridar el esfínter anal, como en casos de fistulas. Tal vez hubiera sido más prudente seguir ese consejo, pero me pareció prematuro, mientras no se notaban signos de enfisema ni de infiltración. Se puede suponer que al momento de la herida había excremento duro en la ámpula rectal y no gases, puesto que inmediatamente después de la herida hubo evacuación; pero salido este excremento, fácil era la infiltración de gas ú orina. Creo que el ácido fénico, que suele producir la coagulación de los líquidos plásticos del tejido celular, ha podido contribuir á impedirlo, y ciertamente contribuyó á que no se desarrollara la fermentación pútrida, tan fácil de producirse por la mezcla del líquido renal con los productos del intestino.

Algunos autores aconsejan la introducción de una sonda fija; pero en el caso actual era inútil el consejo, porque no había tenesmo, y solo unas horas pareció alterada la orina; además, los lavatorios de la vejiga se hacen muy ventajoso-

samente sin sonda. No se podía fijar el punto de penetración de la herida en la vejiga; por consiguiente, había peligro de herir más este recipiente con la punta de la sonda.

Tales motivos tuve presentes para no seguir los consejos de los autores, y parece que el enfermo no tuvo que sentirlo.

México, Febrero 6 de 1878.

J. FÉNELON.

---

## CLÍNICA QUIRÚRGICA.

---

### OBSERVACION DE UN CASO DE CISTOTOMIA.

Dedicándose la Academia actualmente al estudio de las indicaciones de la uretro-cistotomía, no he vacilado en ocupar la atención de las personas que me escuchan con la relación algo más extensa de la observación que presenté en una de las sesiones pasadas.

Se había dicho que una de las indicaciones de la operación, era la retención de orina por la hipertrofia senil de la próstata: poco después, en un erudito artículo del Sr. Fénelon, fué refutada esta opinión y negada la necesidad de la operación por la citada causa.

Si mal no recuerdo, la base de argumentación del Sr. Fénelon consistía en primer lugar en no considerar de tanta inocencia la desbridación del cuello de la vejiga y la división de la próstata, aconsejando que antes de dar el *sablazo al inocente cuello de la vejiga*, se saque la orina por el hipogastrio por medio del aspirador, y con un trócar delgado, por más que fuese necesario repetir esta operación varias veces al día.

Cuatro días después de escuchar en este lugar al Sr. Fénelon, veía yo un enfermo de cuyas condiciones juzgaréis, y en el cual era preciso decidirse por uno de los dos caminos que tan luminosamente habían sido indicados en el seno de esta Academia. Consulté con los Sres. Licéaga y Lavista, y confieso cuánto siento no haber podido escuchar los consejos del Sr. Fénelon, y solo lo urgente del caso hizo que no hubiera yo tenido tiempo de ver á este señor. Consulté como dije antes con los Sres. Lavista y Licéaga, y convinieron ambos en que el caso era en verdad una de las más urgentes y verdaderas indicaciones de la operación, debiendo procederse á ella lo más pronto posible. En efecto, la operación tuvo lugar el día 21 de Diciembre de 1877, y el enfermo sucumbió el 11 de Enero del presente año.

La mayor parte de las personas que me escuchan recordarán haberme oído