
GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO
DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLINICA EXTERNA.

Heridas contusas que interesan las articulaciones.—Importancia de hacer inmediatamente un diagnóstico preciso.—Pronóstico grave de estas lesiones.—Necesidad que hay de practicar en el mayor número de casos la amputación inmediata.

SEÑORES:

PARA cumplir con nuestro reglamento, he creído conveniente tomar como tesis de mi trabajo las heridas contusas que interesan las articulaciones, ya sean hechas estas heridas por machucamiento ó bien por armas de fuego, por revestir estas lesiones en el mayor número de casos una gravedad excepcional, exigiendo por lo mismo el que sean bien conocidas de todos los prácticos.

Al hacer este estudio me he fijado sobre todo en la importancia que hay de hacer desde luego un diagnóstico preciso, pues de él depende la conducta que siga el práctico para su tratamiento, y por consiguiente, de que se salve ó se comprometa la vida del paciente.

De un buen diagnóstico depende el que el cirujano tome una determinación oportuna, y para esto, se necesita que sea pronta, pues en estas lesiones no puede someterse al paciente á un tratamiento expectante, sin que peligre su vida, según está indicado en otra clase de traumatismos, como lo demostraré más adelante.

Si es verdad que es una fortuna el que estas lesiones no se presenten con mucha frecuencia, también es un mal, pues debido á esto, pocos son los prácticos que estén familiarizados con ellas y por lo mismo no teniendo conocimiento perfecto de su marcha, ni conciencia de su gravedad, el mayor número de los pacientes pagan con la vida esta falta de conocimientos de parte del que los asiste.

Abordando la cuestión, comenzaré por asentar que las heridas contusas que interesan las articulaciones son hechas generalmente, bien por las armas de fuego ó bien por machucamientos, presentándose estas lesiones en los casos más peligrosos, con una apariencia de benignidad muy engañadora, pues la lesión exterior es muy poco extensa, si es un machucamiento el que la ha producido, ó bien, si ha sido hecha por arma de fuego, sólo se revela por una pequeña escara, de dimensiones más pequeñas que las del proyectil, sin que en ambos casos se presente ningún otro fenómeno que pudiera poner en guardia á cualquier práctico, por poco familiarizado que esté con esta clase de lesiones.

Tenemos, pues, que con excepción de la lesión de la piel, al parecer insignificante, no se presenta, en las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas que siguen á la lesión, ningún otro fenómeno, pues aun el dolor no existe y sólo se despierta cuando se quieren imprimir movimientos á la articulación interesada para reconocerla; lo que impide que se pueda juzgar de su verdadero estado. El examen del individuo nada revela, pues aun no hay calentura en los primeros días.

El práctico que sólo se limita á recoger los datos que le proporciona el conmemorativo y se conforma con hacer un ligero examen de la región interesada, como es lo común, no puede formarse un juicio ni siquiera aproximado de la lesión, sobre todo si se tiene en cuenta que el dolor que se despierta al imprimir movimientos á la articulación le impide el llevar más adelante su examen para juzgar del estado de la articulación, cosa que es capital en estas lesiones y de lo que depende principalmente el pronóstico.

Tampoco es posible que se forme un juicio, ni aun aproximado, de los tejidos y órganos que hayan sido interesados, aventurándose á dar un pronóstico las más veces favorable, que si bien por lo pronto tranquiliza al paciente y á su familia, más tarde cuando se comienza á ver la gravedad del caso, este falso pronóstico sólo sirve para hacer más alarmante la situación y causar mayor sorpresa el estado de gravedad en que va entrando el paciente; lo que influye no sólo en la reputación del médico, sino también por desgracia en la vida del individuo.

Veamos ahora cuál es la marcha que en general siguen estas lesiones y la conducta que con ellas se observa. Como es muy común que un machucamiento produzca cuando menos una desgarradura de los capilares subcutáneos y aun de algunos vasos venosos, una equimosis aparece al siguiente día ó un poco más tarde, equimosis que con el tiempo se va ha-

ciendo más aparente. Lo mismo pasa si es un proyectil el que ha producido la lesión, siendo en este último caso la equimosis menos extensa.

Al mismo tiempo que aparece la sugilación sanguínea y más comúnmente, poco después, se presenta la hinchazón de la región interesada, hinchazón que en un principio sólo reconoce por origen el obstáculo á la circulación de vuelta, que ha producido la desgarradura de los capilares y de algunos vasos venosos (edema).

Más tarde esta hinchazón que se va haciendo más y más marcada es consecuencia de la inflamación de naturaleza séptica que comienza á desarrollarse. El dolor que solamente se despertaba al principio, cuando se querían imprimir movimientos á la articulación, se presenta ahora espontáneamente teniendo un carácter grayativo y aumenta en intensidad á la par que la hinchazón de la región interesada. Estos síntomas locales se acompañan al principio de una calentura moderada de tipo remitente.

Los síntomas locales van aumentando en intensidad juntamente con la fiebre, pero de una manera rápida, y el práctico encargado de la asistencia del paciente, temiendo que estos síntomas, sobre todo la fiebre, sean la manifestación de un estado séptico, como lo son en realidad, se limita á lavar la herida con líquidos antisépticos, pero esto lo hace superficialmente, pues no estando habituado á tratar con frecuencia casos quirúrgicos, no puede obrar con la franqueza con que obra el verdadero cirujano, cuando se trata de hacer la antisepcia de una herida que se encuentra infectada. — Si se trata de una herida por machucamiento, á pesar de que la extensión de la solución de continuidad de la piel le permita introducir el dedo para reconocer hasta dónde ha llevado su acción el cuerpo vulnerante y reconocer hasta dónde se halla desprendida no sólo la piel, sino los otros tejidos, no lo hace. — Si se trata de una herida por arma de fuego no se atreve á sondearla, y por lo mismo los líquidos antisépticos no son llevados hasta donde debieran, para alcanzar todo el foco de infección y hacer la antisepcia de la herida.

Además, no obrando con esa franqueza con la que obra el verdadero clínico al reconocer una lesión, da por resultado que aun pasados algunos días aun no se ha dado cuenta de la extensión de la lesión, de los tejidos y órganos que hayan sido interesados, así como tampoco se puede dar cuenta de la causa que ha producido el estado séptico de la herida. — Es muy común que una parte del taco, ó bien un pedazo de las ropas, sean llevadas por el proyectil hasta el fondo de la herida; pues bien, si no se ha sondeado la herida, si no se ha hecho un examen completo de ella, no es po-

sible reconocer estos cuerpos extraños que siendo de naturaleza orgánica con facilidad entran en descomposición y son causa de la septicemia que viene á complicar la herida. — En las heridas por machucamiento son los tejidos atricionados los que se descomponen con gran facilidad, dando lugar á este estado séptico, como lo producen en general todas las heridas contusas; por lo que siempre se han considerado de un pronóstico más grave que las lesiones por instrumentos cortantes.

En fin, no habiendo hecho un examen conveniente de la herida, y por lo mismo no teniendo conciencia de su gravedad y no empleándose un tratamiento conveniente, la lesión camina de mal en peor, revelándose esto por el aumento de los síntomas locales, pero sobre todo por la descomposición que van sufriendo las facciones del paciente, la palidez de su semblante, así como el estado de enflaquecimiento que se va notando en el individuo; á esto se añade la elevación de la temperatura que pasa de 40 grados, sobre todo por las noches, para alcanzar más tarde esta cifra aun por las mañanas, cuando en lo general toda calentura tiene una remisión á estas horas del día.

Es cuando se observa esta fiebre elevada, unida á la descomposición en el semblante del enfermo, al insomnio que lo atormenta y á la agravación de los síntomas locales, que comienza á alarmarse la familia del paciente, así como el facultativo encargado de su asistencia. La gravedad del paciente hace que se recurra á pedir el auxilio de alguno ó algunos compañeros, reuniendo una junta para saber la conducta que debe seguirse.

Esta junta que debería haberse pedido desde el principio, prácticamente hablando ya no va á ser sino de muy poca ó de ninguna utilidad para el enfermo, pues la oportunidad para hacer algo en su favor ha pasado, y sólo sirve para aclarar una situación desconocida hasta entonces por el encargado de la asistencia del paciente, haciéndole ver lo grave del caso. En efecto, en este estado lo común es que se trate de una lesión complicada de una infección séptica llegada á su mayor gravedad, ó bien complicada de una infección purulenta, encontrándose el organismo en un estado de intoxicación séptica que ya no es posible combatir.

Es entonces cuando se somete al paciente á la anestesia para reconocer bien la lesión é intervenir, ya sea practicando amplias desbridaciones para hacer una antiseptia tan completa como pueda hacerse para desinfectar la herida, ó bien para recurrir á la amputación, si del examen resulta una alteración seria de los tejidos y sobre todo de la articulación. Es ahora que se ha hecho un reconocimiento completo de la lesión, que se co-

noce bien el estado del paciente; lo que debería haberse hecho desde que se comenzó á tratar al enfermo.

Ahora bien, si es un machucamiento el que ha producido la lesión, se ve en este examen que se acaba de hacer, que aun cuando el traumatismo sólo ha producido una solución de continuidad de la piel poco extensa, profundamente los tejidos han sido interesados de una manera seria; capilares y aun ramos venosos han sido desgarrados. La piel se encuentra desprendida en una extensión más ó menos considerable, hallándose el tejido celuloadiposo fundido en un pus icoroso que se encuentra mezclado con los restos del tejido celular esfacelado, formando un putrúlogo infecto y nauseabundo. La aponeurosis superficial se encuentra separada tanto de la piel como de los músculos, éstos se encuentran en parte mortificados, macerados por este icor purulento que mezclado á los restos de estos tejidos mortificados penetra hasta la articulación que se encuentra abierta y fracturada la extremidad de uno ó varios huesos de los que forman la articulación.

Si la lesión ha sido hecha con arma de fuego se encuentran las mismas alteraciones anatomo-patológicas, con sólo la diferencia de que la solución de continuidad de la piel es menos extensa, pues está formada por una estrecha abertura de forma irregularmente circular ú oval, que queda al desprenderse la escara, que resulta de la atrición que sobre la piel ha producido el proyectil. La secreción icorosa de la herida que al principio es muy abundante va disminuyendo, al grado de secarse la herida sobre todo si es la infección purulenta la que ha venido á complicarla.

Con la aparición de estos síntomas locales se presenta una modificación en el estado general del individuo, que cualquier práctico, por poco habituado que esté á tratar esta clase de lesiones, comprende la gravedad en que se encuentra el paciente.

Actualmente está bien demostrado que las heridas una vez infectadas por la presencia en ellas de ciertos micro-organismos, dan lugar al desarrollo de un veneno séptico, que penetrando á la circulación obra sobre la sangre como los fermentos, traduciéndose este estado de infección por la aparición de la fiebre. Cuando esta intoxicación séptica ha llegado á cierto grado, la sangre no puede seguir desempeñando sus funciones y en este caso la muerte del individuo tiene que ser la consecuencia, por no poderse combatir esta infección con ningún medio.

La triste realidad se ha presentado al práctico encargado de la asistencia del paciente. Ahora es cuando han venido á hacerle comprender

una gravedad, que debiera haber previsto, para poner oportunamente los medios y salvar así la vida del paciente y aun su reputación.

A pesar de esto, la misma ignorancia que hay para tratar estos procesos, hace que aun cuando esté en este estado se tengan ilusiones de salvar al paciente por medio de un tratamiento enérgico que desde luego se ha puesto en práctica, haciéndose las curaciones antisépticas más cuidadosas.

Extensas desbridaciones se han practicado que permiten llegar hasta la articulación los líquidos antisépticos; se han ampliado los trayectos sinuosos y se han canalizado con el mismo fin y para dar fácil salida á la secreción de la herida. Se han desprendido los tejidos esfacelados, haciéndose el lavado de la herida lo mejor que ha sido posible con líquidos antisépticos enérgicos, tales como la solución de cloruro de zinc y otras; en resumen, se ha hecho todo lo que se recomienda para desinfectar la herida. Ahora bien, después de haber intervenido con todo empeño, vuelven á renacer las esperanzas no sólo en la familia sino aun en el práctico; pero estas esperanzas ilusorias no son de larga duración, pues el enfermo pasa la noche del día en que se le ha operado igual y aun peor que las anteriores, sin que haya durante el día siguiente la menor remisión en los síntomas manteniéndose la temperatura á la misma altura ó subiendo algunos décimos arriba de los 40 grados. Al ver el ningún resultado que ha dado la intervención, en la que se tenía tantas esperanzas, el desconsuelo para la familia no puede ser mayor así como para el práctico, pues si alguna duda quedaba en su ánimo sobre el pronóstico fatal del paciente, esta duda se ha desvanecido por completo, comprendiéndose la situación tal cual es.

Un proverbio muy vulgar dice: "la esperanza es lo último que muere" y en efecto, en estos casos es donde viene su aplicación muy bien. En estas condiciones tan desfavorables aun se piensa en la amputación como único y último recurso para salvar la vida del paciente. La amputación se practica no dando más resultado que el abreviar por unos días ó aun por unas horas la vida del enfermo, á la vez que se prostituye la cirugía. La amputación que practicada oportunamente hubiera con muchas probabilidades salvado la vida del paciente, ahora ha sido enteramente inútil y cualquier práctico habituado á tratar estas lesiones no hubiera opinado por ella.

Esta es la marcha que ordinariamente siguen estas lesiones cuando no se ha previsto su gravedad, y por lo mismo no han sido tratadas convenientemente; interviniendo en tiempo oportuno.

Lo que acabo de exponer no es más que la expresión fiel y nada exa-

gerada de la marcha que en general siguen estas lesiones, y que he tenido ocasión de observar tanto en la práctica nosocomial como en la privada. Esta suerte han corrido dos pacientes que últimamente tuve ocasión de ver: uno de estos enfermos sufrió un machucamiento en la región del codo izquierdo que interesó la articulación, encontrándose el húmero fracturado y separado un fragmento del resto del hueso, que comprendía la troclea y epitroclea. El otro enfermo recibió una herida por arma de fuego en la región poplítea, que había interesado la articulación de la rodilla, fracturándole el cóndilo externo. Ambos pacientes murieron después de presentar una marcha análoga á la que acabo de trazar; al segundo paciente se le practicó la amputación del muslo, cuando el estado de intoxicación del organismo estaba muy avanzado, falleció poco tiempo después de haber sido operado.

Descrita la marcha desfavorable que generalmente siguen estas lesiones, cuando no han sido tratadas convenientemente, veamos ahora la manera de evitar estas complicaciones, que son las que ocasionan la muerte de los pacientes, siendo este el objeto principal de mi trabajo.

Desde luego yo asiento que ningún cirujano por práctico que esté en tratar esta variedad de lesiones, puede formarse juicio exacto de ellas, si no somete previamente el paciente á la anestesia, para que el dolor no le impida hacer un examen tan completo como debe hacerse en toda lesión de cierta importancia. Así, pues, una vez anestesiado el enfermo se deberá, si se trata de una herida por arma de fuego en la que haya permanecido el proyectil á la vez que se tengan fundadas sospechas de que una parte de las ropas haya sido llevada en la herida, explorar la herida por medio de una candelilla de la que se usa para la dilatación de la uretra. Siendo muy común que cuando la lesión es reciente, el trayecto hecho por el proyectil sea muy estrecho y sinuoso, es preferible emplear las candelillas elásticas que se adaptan con menos dificultad á la forma del trayecto, á la vez que por su misma elasticidad no se corre el riesgo de perjudicar al paciente si se hace una exploración un poco torpe.¹

Con el empleo de las candelillas, se consigue con menos dificultad que con la tintera el explorar las heridas, llegando la extremidad de la candelilla hasta el fondo de la herida, lo que permite reconocer el proyectil en

¹ El empleo de estas candelillas es sumamente ventajoso, é inocente la exploración que con ellas se haga, debiendo en todos aquellos casos en los que lo permita la lesión preferirlas á la tintera de plata, y con más razón á las de acero. En la clínica es á la candelilla á la que doy la preferencia, obteniendo buenos resultados de su empleo, al explorar con ella toda clase de lesiones.

muchos casos, á la vez que otros cuerpos extraños si los hay. El empleo de la candelilla no excluye el de la sonda; pues en muchos casos, por la estrechez y disposición del trayecto, es preferible el empleo de la sonda de plata, y lo más común es que se necesite explorar con ambas. Por medio de esta exploración puede uno reconocer la extensión de la lesión, los tejidos que hayan sido interesados, así como la fractura, pero sobre todo la articulación para saber si ésta ha sido ó no interesada, siendo el estado de la articulación, si ha sido interesada, lo que le da una gravedad excepcional á estas lesiones.

Si la lesión ha sido hecha por un machucamiento, y si la solución de continuidad de la piel es bastante amplia para permitir la introducción del dedo, es con éste con el que se debe explorar, de preferencia á cualquier instrumento, ayudándose á la vez con la candelilla ó con una sonda elástica para sondear el resto del trayecto, que no se puede explorar por medio del dedo por su estrechez. Con el dedo se puede reconocer hasta dónde está desprendida la piel, si bajo de ella hay coágulos sanguíneos, si la aponeurosis ha sido desgarrada, así como si los músculos han sido interesados. Lo más común es que, aun cuando la aponeurosis y los músculos hayan sido machucados, en los primeros días no se pueda encontrar un trayecto que lleve á uno á la articulación, ó al foco de la fractura; no es sino cuando las partes esfaceladas de estos tejidos comienzan á desprenderse y á mezclarse con la supuración, cuando se puede reconocer este trayecto y explorarse con menos dificultad.

Aun cuando el objeto principal de esta exploración es reconocer la extensión de los desórdenes que ha producido el traumatismo en los tejidos y órganos de la región interesada, no es el único, pues al hacer la exploración y aprovechando el estado de anestesia en que se tiene al paciente, puede uno á la vez extraer el proyectil si su presencia puede dar lugar á complicaciones ó retardar la curación. Para extraer el proyectil, hay en lo general necesidad de ampliar el trayecto por él formado; pero estas desbridaciones tienen la ventaja de permitir que se haga con menos dificultad la antisepsia de la herida, llevando los líquidos hasta el fondo de ella. Cuando el proyectil no pueda encontrarse con facilidad no hay que intentar su extracción, sino esperar la marcha que siga la lesión. Tratándose de otros cuerpos extraños de naturaleza orgánica, tales como el taco, ó un pedazo de ropa, no hay que dejarlos, sino procurar á toda costa extraerlos, pues como se descomponen con la mayor facilidad y su descomposición es segura, son otros tantos focos de infección que desde luego deberán extraerse, para evitar el desarrollo de la septicemia.

Una vez hecho este primer reconocimiento y extraído ó no el proyectil y los otros cuerpos extraños que puedan encontrarse, se procederá á lavar perfectamente la herida con líquidos antisépticos, aplicando después una curación que llene la indicación de mantener una atmósfera antiséptica cerca de la herida.¹

Si después de hecho el primer examen se ha podido reconocer bien la lesión, el juicio que se forme el cirujano tiene que ser bastante aproximado á la verdad. Si se trata de una lesión que además de interesar las partes blandas ha ya producido la fractura conminuta de uno ó varios de los huesos que componen la articulación y ésta se encuentre abierta, la lesión no puede ser más grave, y desde luego se deberá hacer saber á la familia y aún al mismo paciente, que esta lesión puede comprometer su vida, y que para salvarla, tal vez haya necesidad de proceder inmediatamente á la amputación del miembro. Como lo más probable es que la familia y el mismo enfermo no consientan en la amputación, viendo lo leve al parecer de la lesión y los pocos ó ningunos sufrimientos que ésta produce al principio, se les puede y se debe proponer que se cite en junta á otros compañeros, que crea uno competentes para resolver el caso, con objeto de que ellos den su opinión á la familia, y si esta opinión está de acuerdo con la del cirujano encargado de la asistencia del enfermo, ver si así se decide la familia y el paciente á que se practique la operación propuesta. En caso de que no se decidan por la operación, á pesar de exponerles lo seriamente que se halla comprometida la vida por causa de la lesión, no viendo otro recurso para salvarla que en la amputación practicada lo más pronto que sea posible, quedaría el cirujano con su responsabilidad cubierta, así como su reputación, si sucumbiese el paciente.

En los casos en los que pudiese haber alguna duda sobre la necesidad de practicar la amputación inmediata, se podrá esperar á ver la marcha que sigue la lesión, fijándose de preferencia en la marcha que sigue la temperatura, antes de tomar una determinación tan seria, como es la de privar á un individuo de un miembro.

¹ Para mantener una atmósfera antiséptica cerca de las heridas, no hay necesidad de recurrir en todos los casos á la aplicación rigurosa de Lister. En la clínica acostumbramos, teniendo en cuenta que se practica la cirugía en los pobres, aplicar inmediatamente sobre la herida ó los muñones de los operados un lienzo picado, que se ha empapado previamente en una solución fenicada fuerte ó débil y untado con vaselina. Sobre este lienzo aplicamos unos mullares de hilas empapados en las mismas soluciones, cubriendo con tela de salud estas piezas de la curación, para que sirva de impermeable. Además, viendo las grandes ventajas del empaque algodónado, siempre combinamos la curación antiséptica con el empaque, lo que nos permite hacer curaciones retardadas, dejándola muchas veces hasta por quince días en nuestros operados, por vía de estudio. Al quitar estas curaciones que han permanecido por ocho ó quince días, encontramos los mullares húmedos, desprendiéndose el olor del ácido fénico.

Decía yo que en caso de retardarse la amputación, debe uno fijarse de preferencia en la marcha que sigue la temperatura, por ser ésta la que con bastante precisión indica el estado en que se va encontrando la lesión.

Lo más común es que la fiebre acompañe á estas lesiones, que se complican en lo general de un estado séptico; pero mientras que la infección de la herida es poco intensa, la fiebre es moderada, y si se logra que los líquidos antisépticos laven bien toda la herida, después de unas cuantas curaciones se llega á hacer desaparecer la fiebre. Por el contrario, si la fiebre se eleva al grado de que el termómetro marque 40° , aun cuando sólo sea por las noches, y si esta temperatura no se logra abatir por medio de las curaciones, no hay que perder tiempo ni dejar que peligre la vida del paciente, y en este caso se deberá proceder á la amputación.

A lo más, podría permitirse esperar dos ó tres días, con la esperanza de que tal vez no se hubiera conseguido abatir la temperatura por no haberse podido hacer la antisepeia completa, á causa de la disposición sinuosa y la estrechez de algún trayecto que no hubiera permitido llegar hasta algún foco de infección, y esto es lo que entretiene la temperatura á pesar de las curaciones. En este caso, se procederá desde luego á hacer amplias desbridaciones para poner á descubierto el fondo de la herida, ampliando los trayectos sinuosos que impedían hacer una antisepeia completa. Al mismo tiempo se hará la extracción de los tejidos mortificados, la raspa de las granulaciones, en una palabra, se pondrán todos los medios para hacer una antisepeia tan completa y rigurosa, como lo exija el estado de la lesión.¹

1 Se ve con frecuencia que á pesar del empeño que pone el cirujano para desinfectar una lesión no lo consigue, sin que pueda tachársele de haber intervenido de una manera incompleta. A mi juicio, esto depende de que los tejidos en el momento que se produce la lesión, son más ó menos separados por el cuerpo vulnerante, penetrando el aire cargado de gérmenes en el momento de esta separación. Más tarde, cuando los tejidos han sido separados, y que muy á menudo, al mismo tiempo han sido machacados, favorecen, al entrar en descomposición, el desarrollo de estos microbios y viene la infección. Los líquidos antisépticos no pueden penetrar hasta ciertos lugares donde se encuentran estos gérmenes, porque el camino por donde penetraron se cerró luego, al volver los tejidos separados á aplicarse unos con otros. En las heridas por armas de fuego, los proyectiles van abriendo un trayecto á expensas de los tejidos que van interesando; el aire, como fluido, penetra á la vez que el proyectil con gran facilidad, pero una vez que pase el proyectil, los tejidos se van aplicando unos con otros, desapareciendo inmediatamente dicho trayecto. Si al penetrar el proyectil no penetra el aire con sus gérmenes, no hay infección, y es muy común en estos casos que la herida cure por primera intención; esto lo vemos aun en casos, en los que el proyectil ha fracturado un hueso. Actualmente tenemos en estudio, en la clínica, á un individuo que recibió una herida por arma de fuego, que interesó las partes blandas de la cara externa del muslo izquierdo, fracturando el fémur; la fractura ha consolidado como si se tratara de una fractura subcutánea, y la herida sólo ha supurado superficialmente, á la caída de la escara de la piel que dejó el proyectil al producir la atrición del tegumento. El trayecto que formó el proyectil al abrirse paso al través de los músculos, también cicatrizó por primera intención.

He dicho ya y creo conveniente repetir que si después de este último recurso, que se ha puesto en práctica para conservar el miembro, no se lograre abatir la temperatura, y se viese que los otros síntomas aumentan, no había ya que vacilar y desde luego se deberá proceder á la amputación lo más pronto, puesto que la calentura nos está indicando un estado de intoxicación del organismo, que más tarde no podría ser combatida ni por la misma amputación.

Es muy común que á pesar de exponerle al mismo paciente su verdadera situación, y que él comience á comprender el estado de gravedad en que se halla, no se decida á perder un miembro; en este caso no hay más que hacerle ver que más tarde ya no habrá esperanza de salvarle la vida ni aun amputándolo, pues pasada la oportunidad, ya la amputación hecha en malas condiciones sólo servirá para abreviar su vida. Si á pesar de todo lo expuesto el enfermo no consiente en que se le opere, como ya he dicho, el cirujano quedará libre de toda responsabilidad dejando á cubierto su reputación.

He dicho que sólo en los casos dudosos, y esto se entiende siempre que la duda quede después de haber hecho un examen concienzudo de la lesión, es en los que se puede y se debe esperar para ver la marcha que siga la lesión antes de operar y he añadido, que aun á pesar de que haya aparecido la fiebre, aun se puede intentar antes de amputar, el hacer una operación que consista en desbridar ampliamente la herida, extraer los tejidos esfacelados, hacer la raspa de las granulaciones, para poner los tejidos interesados en las condiciones más favorables para hacer una antiseptia tan rigurosa como sea posible con objeto de ver si se logra abatir la temperatura.

La prudencia aconseja emplear todos los medios que estén al alcance del cirujano, antes de privar á un individuo de un miembro; pero al mismo tiempo no debe perderse de vista que la vida del paciente está corriendo grave peligro, para no perder la oportunidad de practicar la amputación en buenas condiciones, pues aun esperando solamente el tiempo estrictamente necesario, para ver si antes se puede conservar el miembro, mejorando el estado del paciente por medio de una antiseptia rigurosa, si no cede la calentura, se tiene que practicar la amputación en condiciones que ya no son tan favorables, pero en las que aun hay muchas probabilidades de salvar al paciente.

Generalmente se cree que es sólo la infección purulenta la que no tiene remedio y es la que mata al paciente cuando viene á complicar una lesión, siendo la infección pútrida una complicación que puede ser com-

batida con los medios que tenemos á nuestra disposición. La observación nos viene demostrando lo infundado de esta creencia, pues la infección séptica es la que se presenta con más frecuencia y la que con más frecuencia mata á los individuos cuyas lesiones viene á complicar, por ser muy difícil combatirla cuando ha llegado á cierto grado de desarrollo. Con los medios de que actualmente dispone el cirujano, en su mano está las más veces evitar el desarrollo de estas complicaciones; pero una vez desarrolladas y sobre todo cuando han llegado á tomar cierto incremento, muy poco ó nada puede hacer para combatirlas. De aquí que el verdadero práctico temiendo su desarrollo y conociendo su gravedad esté siempre en guardia para evitar que vengan á complicar la lesión que está tratando y si á pesar de los medios empleados aparecen estas complicaciones, pronta y enérgicamente procura combatirlas.

El desarrollo de la infección séptica desde el principio se nos revela por la aparición de la fiebre, que es la expresión de un estado de intoxicación de la sangre, pero este envenenamiento séptico no es muy intenso y esto nos lo manifiesta la poca elevación de temperatura al principio, así es que este estado puede ser combatido en su desarrollo. Es más tarde, cuando esta complicación ha tomado cierto incremento que no puede ser combatida, pues aun la amputación practicada en estas condiciones no evitaría la muerte del paciente, como ya lo he dicho.

Todos sabemos que las amputaciones practicadas durante el período de la fiebre son las que dan los resultados más desfavorables; esto que estaba perfectamente demostrado por las estadísticas de hace algunos años, lo vienen confirmando las estadísticas formadas en las últimas guerras que de veinte años á la fecha se han librado en Europa, estadísticas que se han formado cuando ya los cirujanos se preocupaban bastante con las prácticas antisépticas. Por esta razón siempre se ha recomendado que cuando esté indicada una amputación, se practique inmediatamente, ó al menos antes de que se desarrolle la fiebre y esto debe aplicarse también á los casos de que me vengo ocupando.

Si se tuviera no ya la seguridad, sino al menos el mayor número de probabilidades, de que durante la marcha de una de estas lesiones se pudiera evitar el desarrollo de las complicaciones que traen la muerte, ó combatirlas una vez desarrolladas, los cirujanos optarían, en la generalidad de casos, por practicar las amputaciones tardías, llamadas secundarias, tanto por ser estas las que, como hemos dicho, dan mejores resultados, como porque teniendo acción el cirujano sobre estas complicaciones, muchos pa-

cientes curarían sin que hubiera necesidad de privarlos de uno de sus miembros. Desgraciadamente no puede tenerse esta seguridad, sino por el contrario, la experiencia y la observación vienen demostrando lo grave de estas amputaciones cuando se verifiquen tardíamente, por esto he aconsejado que se verifiquen inmediatamente, esperando para practicarlas solamente en aquellos casos en los que pueda haber alguna duda sobre la necesidad de hacer la amputación, y en estos casos estar vigilando constantemente al enfermo, para que una vez convencido de la necesidad de operar, la amputación todavía se practique en condiciones que no sean del todo desfavorables.

El elegir esta clase de lesiones, como asunto de este trabajo ha sido, porque teniendo oportunidad de estudiarlas con alguna frecuencia, puedo hablar sobre ellas con algún conocimiento, y por lo mismo lo asentado no es más que la expresión verdadera de lo que he podido observar.

Por lo expuesto se ve que mi objeto ha sido el tratar en este imperfecto trabajo, de hacer ver la importancia de estas lesiones por la gravedad excepcional que revisten á causa de la violencia con la que se desarrollan las complicaciones que traen la muerte de los pacientes. Al mismo tiempo he tratado de demostrar la importancia que tiene el hacer un buen diagnóstico desde el principio, y he insistido en que esto sólo puede conseguirse sometiendo el paciente á la anestesia, para poder explorar su lesión convenientemente, y por consiguiente poder formar juicio exacto de ella. Por último, he llamado la atención sobre la urgencia que hay de practicar la amputación inmediata en los casos que no se prestan á la duda y en los que por lo mismo está perfectamente indicada la amputación, aconsejando que sólo se retarde en aquellos en los que pueda haber alguna duda en el ánimo del cirujano sobre la necesidad de practicarla. En este caso, he dicho, el cirujano deberá estar vigilando constantemente la marcha que siga la lesión, para no dejar pasar la oportunidad, practicando si se hace necesario la amputación en las condiciones menos desfavorables para el paciente.

He dicho que algunos prácticos que no están habituados á tratar estas lesiones, no hacen la amputación inmediata, á pesar de estar bien indicada, porque creen, y así lo dicen, que "para amputar siempre hay tiempo," siendo la consecuencia de esta creencia errónea el que el paciente pague con su vida la abstención del que le asiste. Estos mismos prácticos son los que al ver el cuadro de síntomas tan alarmante que presenta la complicación que ellos han dejado desarrollar, proceden á ampu-

tar, consiguiendo con su inoportuna intervención abreviar los días del paciente y prostituir la cirugía. Esto se ve cuando personas que no son competentes se encargan de la asistencia de estos pacientes.

Réstame para concluir hacer presente, que si en este trabajo por completo omito hablar de las resecciones, que tienen sobre las amputaciones la ventaja de conservar los miembros, es porque teniendo generalmente por sitio las lesiones de que me ocupo, las articulaciones de la rodilla y del codo y á estas articulaciones vengo aplicando todo lo expuesto, las resecciones inmediatas, en general, y en estas articulaciones en particular, dan los más desastrosos resultados, pues la muerte es la consecuencia, pudiera decirse en todos los casos. Con más razón tiene que serlo si las resecciones se practican cuando la herida ha venido á complicarse de septicemia; por esto me he limitado sólo á recomendar la amputación.

Además, aun cuando las resecciones puedan practicarse en estos casos, sus indicaciones son muy diversas de las que tienen las amputaciones que propongo. La amputación, si es inmediata, se practica para evitar el desarrollo de las complicaciones, en los casos en que el cirujano tiene todas las probabilidades de su desarrollo, no viendo, por otra parte, la posibilidad de curar al paciente conservándole el miembro. Si la amputación se retarda un poco y se practica durante la fiebre, después de haber intentado abatir por medio de una antisepsia rigurosa esta fiebre, es con el objeto de combatir la complicación que se ha desarrollado, suprimiendo el foco de infección, y cuando se tienen aún muchas probabilidades de salvar al paciente por medio de la amputación, resultado que no dan las resecciones, que más bien contribuyen á abreviar la vida del paciente.

Ahora bien, la resección está muy bien indicada cuando la lesión huesosa está impidiendo que el proceso reparador efectúe la curación y la oportunidad para practicarla es cuando ha trascurrido algún tiempo de haber recibido el individuo la lesión, cuando por medio de un tratamiento conveniente se ha colocado á la lesión en condiciones favorables, y por consiguiente ya no hay fiebre, encontrándose el individuo habituado á los medios que le rodean y cuando su organismo debilitado por la supuración no hace temer una reacción inflamatoria después de la operación; en resumen, estas resecciones tienen que ser secundarias. Se ve, pues, por lo dicho, que las resecciones practicadas por causa de estas lesiones satisfacen á indicaciones muy diversas de las que llenan las amputaciones que yo propongo.

México, Junio 18 de 1890.

TOBIÁS NÚÑEZ.