

1ª El tifo exantemático es una afección infecciosa y por ende parasitaria.

2ª El tratamiento racional ha de ser antiséptico, asociado á los tónicos y corroborantes.

CUADRO ESTADÍSTICO DE ENFERMOS DE TIFO Á QUE SE REFIERE EL TRABAJO SOBRE "MÉTODO ANTISÉPTICO PARA SU TRATAMIENTO."

Hombres.....	57
Mujeres.....	72
TOTAL.....	129
Muertos en el hospital.....	1
Perdidos de vista.....	4
Muertos en su casa.....	5
Sanaron.....	119
TOTAL DE ENFERMOS.....	129

México, Junio de 1893.

JOSÉ MARÍA LUGO HIDALGO.

CLINICA QUIRURGICA.

DOS CASOS DE EMPIEMA.

A MEDIADOS de Septiembre de 1890 fuí llamado á ver al niño, cuyos padres me dieron los siguientes datos: El niño, en primer lugar había sufrido un golpe en la espalda, cayendo hacia atrás de un balcón de una casa entresolada que tenía tres cuartas de altura, y el barandal una vara; altura total una vara y tres cuartas. Naturalmente esto le causó dolor, pero de pronto no produjo accidentes notables. Además, en los mismos días recibió en el costado derecho un golpe, que un hermano mayor que él, le dió jugando. A los pocos días notaron sus padres que estaba triste, desganado, y que tenía tos y calentura.

Continuó en este estado enfermizo, y después de siete meses, habiendo sido asistido por diversas personas algunas de las cuales no son para mí conocidas, llegó á un estado tal de gravedad, que el pobre padre desesperanzado por la opinión de la última que le vió, quien dijo no tener remedio, recurrió á mí para que lo viera.

Encontré un niño extraordinariamente pálido, con un edema general más marcado en las partes laxas del tejido celular, tanto que la oclusión de los ojos era absoluta; estaba profundamente anémico, pues la mucosa labial apenas se diferenciaba en color del de la piel; la respiración frecuente é incompleta, algo estertorosa y difícil; el tórax muy dilatado, medía una ampliación de cinco centímetros más del lado derecho sobre el izquierdo. El pulso pequeño, con una frecuencia de 100 pulsaciones por minuto; la temperatura tomada en el axila era de 39.2, falta de apetito, diarrea y sudores abundantes por la noche.

El hígado desbordaba mucho del borde costal, pues bajaba hasta la región umbilical, confundiendo la oscuridad del sonido obtenido por la percusión con la del pecho.

Percutiendo el tórax por la parte anterior, posterior y lateral del lado derecho, había una oscuridad absoluta que se extendía desde la base hasta la cúspide, y auscultando una ausencia completa de ruidos respiratorios normales y anormales.

Vista la antigüedad del padecimiento, el pulmón enteramente comprimido y relegado á la parte interna y superior, no dejaba percibir nada de respiración ni soplo brónquico; no había egofonía. Se observaba también edema en las paredes del pecho, pero como existía en todo el cuerpo no era un síntoma suficiente para poder deducir de él un derrame purulento, pero el tiempo de que databa la enfermedad, la fiebre hética con exacerbaciones nocturnas y los sudores profusos, no habiendo habido antes afecciones pulmonares, ni accidentes que pudieran indicar por el conmemorativo ni por los antecedentes hereditarios, un estado tuberculoso, ni el derrame en la pleura de un absceso contiguo, diagnosticué derrame purulento por pleuresía traumática.

Propuse á sus padres hacer la toracentesis con el aspirador de Potain, á lo que accedieron inmediatamente. A los cuatro días, el 24 de Septiembre, acompañado de mi nunca bien sentido amigo el Sr. Dr. Barragán, le hicimos una punción con un trocar mediano entre la sexta y séptima costilla y extrajimos mil gramos de pus, hasta que cesó el escurrimiento, no obstante de haber procurado con un estilete introducido con prudencia, la

permeabilidad de la cánula que se obstruía por lo espeso del pus; la sacamos y curamos con un fragmento de esparadrapo, y un vendaje de cuerpo medianamente compresivo.

Desde luego se pudo notar que había mejorado algo la situación del enfermito, que respiraba mejor, y que su temperatura bajó algunos décimos de grado en las noches.

Pero también se marcó al derredor de la punción un empastamiento circunscrito que fué aumentando hasta producir una fluctuación manifiesta. Era que el pus había seguido escurriendo y derramando en el tejido celular subcutáneo, y formó una colección difusa circular y de nueve centímetros de diámetro.

Entonces manifesté la necesidad de hacer la operación del empiema abriendo un libre paso á la salida del pus por medio de la incisión de la pleura y resección subperióstica de la costilla. Acompañado de mis sobrinos los Dres. Francisco y Cristóbal Ortega, después de anestesiado el niño hicimos una incisión de la piel aproximándonos al borde superior de la costilla inferior hasta el límite de la parte infiltrada con la cual se dió salida á todo el pus subcutáneo; después de descubrir la costilla y despegar el periostio en la extensión de cinco y medio centímetros, procedimos á resecarla por medio de la sierra de cadena y después hicimos la incisión de la pleura con los bisturís recto y embotado guiados por el dedo y con ayuda de la sonda acanalada.

Salió una gran cantidad de pus no fétido cargado de grandes grumos caseosos. Se hizo un lavado interior abundante con solución de ácido salicílico y agua hervida y al fin con solución de bicloruro de mercurio, hasta que vimos salir el agua enteramente limpia, y se procedió á la curación de Lister poniendo dentro un tubo de drenage de goma elástica de doce centímetros de largo sobre cuatro de circunferencia, sostenido exteriormente por dos alfileres de seguridad prendidos al tubo en ángulo recto, como aconseja Koenig; se espolvoreó con yodoformo toda la herida, se empacó con mucho algodón salicilado y preparado todo el lado derecho del tórax y se aplicó una venda muy larga sosteniendo el apósito, un poco apretada para impedir en cuanto fuera posible la entrada del aire.

Curé al enfermito al cuarto día de la operación, no creyendo necesario hacerlo antes, porque la temperatura no llegaba nunca á más de 38°5, las piezas de la curación no se habían ensuciado, no había mal olor y el estado del niño era satisfactorio, pues sentía hambre, dormía bien y se mejoraba gradualmente su diarrea. Desde entonces lo seguí curando diaria-

mente haciéndole por el tubo una inyección muy abundante de agua cocida y solución de ácido salicílico.

El niño se mejoraba notablemente y disminuía la cantidad de pus salida en veinticuatro horas.

Ya llevaba yo hechas doce curaciones cuando al quitar la curación me sorprendió encontrarla sin tubo; me puse á investigar qué había pasado, y amenazado el niño me confesó que aflojándose el vendaje se lo había sacado y tirado debajo de la cama, y lo encontramos en la basura donde lo había llevado una criada que lo encontró al barrer la recámara. Fué necesario introducirle un nuevo tubo de un mismo calibre, aunque menos largo que el anterior. Todo marchaba bien y notado que el tubo se salía progresivamente, esto es, que lo escupía la herida, iba yo acortando su longitud exterior excedente y no me pareció ya necesario el fijarlo con los alfileres de seguridad. Al día siguiente se volvió á perder el tubo el cual no pareció, y nuevamente interrogado y amenazado el niño, tal vez por miedo, ó por no tener conciencia de lo que había sucedido, dijo que se lo había vuelto á sacar pero lo cierto es que no se encontró.

Entonces me pareció ya inútil colocarle tubo, y solo le seguimos curando exteriormente, pues ya hacía cuatro semanas que se hizo la operación. Mas la herida no llegaba á cerrar formándose una vegetación carnosa en cuyo centro había una aberturita por donde salían algunas gotas de pus. Siguió en el mismo estado, sin cicatrizar y formada una verdadera fístula que creía yo iba á quedar establecida, hasta que en Febrero de 1891 comenzó el pus á ponerse fétido y algunas tardes á haber exacerbación de la cifra térmica, que me hizo temer que el tubo se hubiese quedado en la cavidad pleural.

Comuniqué mis temores y llevé en consulta á mi compañero el Sr. Dr. Valenzuela, quien también participó de ellos, y decidimos volver á abrir para explorar convenientemente.

El día 20 de Febrero acompañados de mi sobrino el Dr. Francisco Ortega procedimos, después de dormido el niño por el cloroformo, á ampliar la fístula, y ampliada que fué é introducido el dedo, sentimos á poca distancia de la abertura fistulosa, la extremidad del tubo que había permanecido allí por cerca de cuatro meses, y que fué extraído fácilmente con una pinza. Todavía nos pareció volver á colocar un tubo delgado, del calibre de una pluma de ganso, para seguirle lavando pues el pus conservaba alguna fetidez.

Después de tres semanas que ya no olía mal la herida, y que los lí-

quidos que empapaban la curación tenían un aspecto más bien seroso que purulento, saqué el tubo definitivamente, y caminó la curación sin tropiezo, aunque haciéndome temer que quedase una fístula, pues fué muy lenta la cicatrización que duró hasta el mes de Junio que concluyó del todo.

El otro caso de empiema que voy á referir, fué en un niño de cinco años siete meses de edad, y fué curado por una pleuro-neumonía *à frigore*, pues estando caliente se bañó en agua fría y al aire libre. Asistido los primeros quince días de su enfermedad por otra persona, me llamaron á hacerme cargo de su curación el día 28 de Mayo de 1892.

Presentaba este niño los síntomas y signos de una pleuro-neumonía; dolor, fatiga, fiebre, frecuencia de respiración, tos, oscuridad á la percusión y soplo tubario. Le puse sucesivamente varios vejigatorios sin éxito alguno.

La fiebre tomó la forma intermitente, con sudores nocturnos abundantes, la ausencia de la respiración se hizo total y la oscuridad del sonido á la percusión se marcó perfectamente. Aumentó la fatiga al grado de no poder dormir acostado sino sentado y con la cabeza entre las rodillas. Les manifesté á sus padres que no había más esperanza de salvación que la intervención quirúrgica, y solicité una consulta con los Sres. Dres. Terrés y Blásquez que confirmaron la idea que yo tenía de un derrame purulento, con la observación del enfermito, y la prueba práctica inconcusa de la punción exploradora, con la jeringuita de inyecciones subcutáneas, que estra-jo pus.

Decidida la operación para el tercero día, fué hecha con las mismas precauciones antisépticas. Dividida la pleura y no dando la incisión un espacio para la salida fácil del pus, convenimos en resecar la costilla lo cual se hizo en la longitud de dos centímetros y medio, y encontramos que había una adherencia entre las pleuras, tanto que al hacer la primera incisión fué ligeramente herido el pulmón. Entonces el Sr. Terrés con una sonda acanalada despegó la adherencia hacia la parte inferior, y por allí salió una gran cantidad de pus.

No repetiré el relato de las precauciones antisépticas y modo de curar al enfermito, y si sólo diré que escarmentado con la pérdida del tubo en la pleura, que he referido en el anterior caso, usé de las precauciones convenientes para que no pasara en esta vez lo mismo. El 8 de Agosto ví al niño por última ocasión, quedando enteramente sano.

No he querido distraer la atención de la Academia con la relación escrupulosa, de una observación clínica seguida, llena de cifras numéricas

térmicas, medicación interna, alimentación, etc., porque esto creo que hallaría su lugar en una enseñanza didáctica á la cabecera del enfermo, y solo he querido presentar como en globo estos dos hechos para hacer las deducciones siguientes:

1ª La apertura amplia con el bisturí y la resección de un fragmento de costilla, asegura notablemente el éxito de la operación, y supera á la punción.

2ª El pronóstico es tanto más favorable, cuanto el operado es de menor edad, el empiema más reciente y la causa de él más simple, como traumatismos ó inflamaciones independientes de una lesión huesosa, tuberculización ó derrame en la pleura de algún absceso contiguo.

3ª A la antisepsia se debe la menor gravedad y repetidos éxitos de esta operación.

LAZARO ORTEGA.

CLINICA EXTERNA.

UN CASO DE HERNIA ESTRANGULADA.—OPERACION Y CURACION.

SEÑORES ACADÉMICOS:

VOY á permitirme ocupar la atención de vdes: relatando un caso de hernia estrangulada que fué operada con éxito; este hecho en sí tiene siempre algún interés, si se atiende á la importancia de los accidentes que origina la estrangulación y las particularidades que, á este punto de vista, puede presentar cada caso tomado individualmente. La historia de que voy á ocuparme se refiere á un enfermo que, por su estado patológico especial, independientemente del estrangulamiento herniario de que fué afectado, despierta todavía mayor interés para el cirujano, que además de tener conocimientos más ó menos extensos en cirugía, debe poseerlos también en medicina interna, para poder formarse lo más exactamente posible un juicio acerca del estado y condiciones en que se encuentra un enfermo que se confía á sus cuidados, á fin de apreciar debidamente una indicación.