

## CLINICA INTERNA.

## Herida articular con proyectil de plomo.—Curación.



UAN Connors, inglés, 28 años de edad, <sup>1</sup> buena constitución. Dice no haber sufrido enfermedades notables anteriormente. Vacunado con éxito en su infancia. Su padre murió á los 68 años; no sabe Connors á consecuencia de qué. La madre vive sana.

El día 30 de Mayo último, á las 7 p. m. se encontraba Connors de pie con una pistola de calibre 41 en las manos, de entre las cuales se le deslizó, cayendo entre sus pies, y disparando le hirió el pie derecho.

El herido caminó como 25 varas sin notar estorbo en la región herida.

La bala atravesó el pantalón, el elástico del botín, el calcetín y penetró delante del maleolo interno, fracturando su borde anterior en una extensión de un centímetro y fué á alojarse en el astrágalo á una profundidad de dos centímetros, según pude verlo después.

Como el accidente pasó en una Estación del Ferrocarril, en la cual no pudo ser atendido inmediatamente por el médico, se puso por todo tratamiento, compresas de agua fría.

Como él deseaba que yo lo atendiese y no sufría mucho, no llamó al médico de la Compañía que se encontraba en una Estación próxima, sino que tomó el tren y llegó á esta ciudad 24 horas después del accidente. Temperatura 39°

Estando ya algo inflamada la región herida, no insistí largo rato en buscar el proyectil y procedí á curarlo antisépticamente con gasa yodoformada untada con la pomada siguiente:

Yodoformo porfírico 5.00 gramos. Analgesina 1.00 gramo. Borato sosa 1.00 gramo. Vaselina 30.00 gramos.—Recomendada por un médico francés, cuyo nombre no recuerdo, y que siempre me ha dado brillantes resultados provocando una cicatrización violenta; aunque en este caso sólo le usé para impedir que la curación se adheriera á la herida, pues hace muchos años que he suprimido el uso del Makintosh y protectiva en mis

<sup>1</sup> Representa 35 á 33 años de edad.

curaciones para evitar la irritación de la piel cuando se deja por algunos días la misma curación, lo cual tenemos que hacer cuando usamos curaciones secas y raras, y sin estos materiales la adhesión es inevitable si no se usa grasa y para quitarla hacemos sufrir al herido y perdemos mucho tiempo.

Después de hacer una embrocación con percloruro de fierro líquido *ofi.*, conforme lo he visto recomendado por mi respetable maestro el Sr. Dr. Lavista, en toda la región que amenazaba formar un flegmón, rellené la herida con gasa yodoformada á la que puse bastante pomada de la que antes cito y con esta misma unté una planchuela de gasa al yodoformo, y la coloqué sobre la herida.

Esta curación y toda la región la cubrí con una capa de algodón hidrófilo, que á la vez que como tamiz sirviera para absorver los líquidos que de la herida salieren, sobre todo esto puse una capa de algodón común (que uso de preferencia como empaque, por ser elástico, propiedad que no tiene el hidrófilo, y como éste tamiza perfectamente) desde la punta del pie hasta la parte baja de la pierna; y todo lo mantuve con un vendaje gradualmente compresivo.

Recomendé al paciente que mantuviera su pie herido más alto que el resto del cuerpo, y me retiré.

El 2 de Abril en la mañana, 36 horas después de la curación que acabo de describir, como se quejara el paciente de dolores en la región herida, quité el apósito y encontré la inflamación muy disminuida. Procedí á buscar la bala, sin ensanchar la herida, y después de haber sacado tres pedazos de hueso como de 6 y 8 milímetros que encontré sueltos, ó casi sueltos, no pudiendo tocar la bala, no quise insistir por no mortificar la articulación y por creer que la bala habiendo arrastrado en su trayecto el elástico del botín, este tejido al volver sobre sí hubiere sacado el proyectil, como había sucedido en un joven dos meses antes. Recibió éste un balazo en el dorso del pié derecho, el botín tenía elástico por esta parte, el proyectil fracturó el segundo metatarsiano del cual extraje dos exquirlos muy grandes y nunca pude encontrar la bala, ni en las investigaciones que hice en el interior de la herida que agrandé, ni en las que hice después de cicatrizado y completamente enjuto el pie. Este joven, 29 días después del accidente tenía cicatrizada su herida y caminaba perfectamente sin apoyo de ninguna especie.

Recordando este caso y considerando la poca impulsión del proyectil por haber sido casi á *boca de jarro* el disparo, me sospeché, repito, que la

bala había sido extraída por el elástico, pero con algunas dudas por los dolores de que se quejaba el enfermo, no quise dejar que se cerrara la herida, y puse curación idéntica á la anterior, suprimiendo sólo la embrocación por no creerla ya necesaria. Después de curado, el enfermo acusó mejoría en sus dolores.<sup>1</sup>

El día 6, quejándose el enfermo de haber sufrido la noche anterior, descubrí la herida encontrando todo en iguales circunstancias solo que había alguna supuración; saqué otro pedacito de hueso y curé como las veces anteriores, con lo cual se calmaron los dolores.

El día 12 volvieron estos acompañados de sudores vespertinos, lo que me hizo sospechar una absorción purulenta. Aunque no había mal olor en la curación, la quité y encontré gran cantidad de pus de buena calidad, tampoco esta vez pude tocar la bala aunque la busqué con más empeño pues ya había desistido de la idea de que hubiera salido pensando que solamente con la presencia de cuerpo extraño podía explicárseme que aquella herida no tendiese á la curación.

Habiendo hecho la limpieza indicada de la herida y región, sondeé y creí tocar el proyectil, el tira-balas sacó algunos pedacitos de él pero me fué imposible desalojarlo por encontrarse incrustado profundamente en el astrágalo y fuertemente adherido al hueso.

Como el estado general del paciente no era alarmante y la herida tenía buen aspecto, como los dolores articulares producidos por la artritis se calmaban con las curaciones, y como los accesos de calosfríos, calentura y sudor profuso bien podían atribuírsele á intermitentes aluviónicas que tan comunes son en esta región; no creí prudente emprender una operación que librara á mi enfermo del cuerpo extraño en un momento, pues yo tenía esperanzas de que el proyectil se aflojaría con la supuración y yo lograría extraerlo sin molestar gran cosa al herido.

Curé como anteriormente, añadiendo una embrocación de unguento doble con belladona en la región maleolar externa por parecerme que hacia ese lugar quería formarse un flegmoncito y prescribí un centígramo de morfina que conservaría el enfermo á mano para tomarlo por las narices como rapé, si el dolor se presentaba intolerable durante la noche, además dos gramos de salicilato de quinina en XX píldoras para tomar una cada hora, con lo cual pretendía atacar la causa del acceso intermitente bien fuera esta el veneno aluviónico ó el pus que se introdujera en el torrente circulatorio.

1 Prescribí 50.00 gramos aceite ricino.

Dejé también al enfermo un gránulo de medio milígramo de atropina con la indicación de tomarlo si el sudor llegaba á ser de tal manera profuso que lo alarmara.

El dolor fué soportable, casi ninguno, durante ese día y tres siguientes, el sudor fué profuso el 12 en la noche, pero cedió en el acto con la atropina. El calosfrío, calentura y sudor no volvieron á presentarse desde el día siguiente que el enfermo comenzó á tomar el salicilato de quina y el dolor continuó moderado.

El día 15 tuve que salir para México, dejando á mi enfermo al cuidado de otro médico, y el 16 parece que el dolor fué tan intenso que se vió obligado á usar el centígramo de morfina que yo le había dejado y esto le calmó, pero como repitiera, el médico que me sustituía se unió á otro y después de cloroformar al paciente abrió un absceso que se había formado en la región maleolar externa y engañados por la localización de este absceso buscaron por allí el proyectil por largo rato sin conseguir encontrarlo teniendo que desistir porque concluyeron con el cloroformo (120 gramos) y el enfermo estaba sufriendo demasiado.

Desde ese día hasta el 28 fué curado *vis* diariamente.

El día 29 llegué á esta ciudad y pasé á ver al herido. Encontré: el agujero de entrada muy reducido en su luz por yemas carnosas exuberantes y rodeado por un empastamiento rubicundo, hacia arriba en el tercio inferior de la cara interna de la pierna y parte de su cara anterior, un absceso comunicando con el exterior por un pequeño agujero situado en el borde superior del agujero de entrada de la herida; en la cara externa del pie, á la altura del maleolo, la herida que se le había hecho para vaciar el primer absceso y para buscar el proyectil por el médico que lo atendió en mi ausencia. Esta herida estaba en vía de cicatrización.

Después de aseada la región exploré la herida con el estilete y encontré un trayecto horizontal transverso que pasaba por delante de la articulación tibio-tarsiana y que antes había pasado desapercibido para mí; en el fondo toqué un cuerpo extraño de la consistencia del plomo y que en realidad lo era puesto que extraído resultó ser un pedazo de proyectil.

No pudiendo sacar el mayor pedazo de bala por estar muy adherido al astrágalo, y no teniendo motivo para violentar su extracción, procedí á curar después de rigurosa limpieza de la herida y absceso supra-maleolar interno, comprimiendo debidamente.

El día 30 quité la curación, porque temía las consecuencias del absceso supra-maleolar é iba dispuesto á incidirlo ampliamente, pero no fué

necesario porque se había mortificado un pedazo de piel de un centímetro de diámetro y la salida del pus y el aseo era muy fácil por aquella brecha que la naturaleza se había hecho.

Perfectamente aseada la cavidad del absceso y toda la herida, curé como las veces anteriores, procurando la adaptación perfecta de las paredes del absceso con la compresión algodogada.

El día 4 de Mayo descubrí la región porque teniendo que concurrir al Congreso de Cirujanos de Ferrocarriles, debía permanecer ausente 8 ó 10 días y temí dejar tan largo tiempo sin revisión la parte herida. Encontré poquísima supuración y las paredes del absceso adheridas perfectamente.

El día 15 que estuve de vuelta, encontré á mi enfermo con viruela discreta en el período de ombilicación y supe que había sido curado, durante mi ausencia, cada tercero día por otro médico que había dejado en mi lugar, y que éste había buscado varias veces la bala inútilmente.

Después de asear la herida y región, intenté sacar el proyectil, que como antes dije, se encontraba incrustado en el astrágalo á dos centímetros de profundidad.

Después de muchas tentativas inútiles con el tira-bala, tirabuzón y con la pinza tira-bala, que sólo extraían pedacitos de plomo, y desesperado de ver que la supuración no lo aflojaba, como recordase los buenos resultados que otra vez obtuve en un enfermo á quien extraje varios secuestros huesosos del fondo de la cavidad orbitaria por una fístula palpebral que no admitía la introducción de pinza alguna, en cuyo caso se me ocurrió aplicar el estilete como palanca y hacer rodar el secuestro como un fardo hasta la superficie; procedí á hacer lo mismo en este caso, usando una rama de la pinza tira-bala que deslicé por la cara inferior del proyectil y á la vez que la hacía obrar como palanca de primera clase con el punto de apoyo en el agujero de entrada, tiraba de ella y logré con mucha facilidad hacer girar el proyectil desprendiéndolo del hueso y arrastrándolo fuera, pues el gancho acerado de la rama se había introducido en su masa.

En seguida hice inyecciones forzadas, de solución félica débil, en la herida que arrastraron un pedazo de pantalón y algunos pequeños de hilo; después de lo cual, temiendo que algunos cuerpos extraños semejantes hubieren quedado en el fondo, incrustados en el hueso, llené la cavidad con gasa yodoformada untada con la pomada ya dicha.

El día 17, al quitar el lechino, arrastró éste adheridos algunos pedacitos de hilo. Puse una curación semejante á la anterior suprimiendo el lechino y rellenando la cavidad solamente con la pomada.

Día 21. Puse sobre el vendaje una venda de goma elástica y permití que el enfermo comenzara á caminar con muletas, recomendándole que no apoyase el pie herido en el suelo.

Día 26. El enfermo tomó un baño de aseo escrupuloso, usando jabón fenicado, sin quitarse el vendaje del pie. Se puso ropa nueva y se quedó en lugar no contaminado por la viruela. En la tarde quité la curación encontrando la cavidad producida por la bala completamente llena, presentando una superficie granulosa de buen aspecto al nivel de la piel y las otras dos llagas cicatrizadas ya.

Lavé el pie, puse una capa ligera de algodón hidrófilo untado de pomada solamente en la parte correspondiente á la herida, otra ligera también de algodón común sosteniendo todo con un vendaje compresivo y luego la venda elástica.

Antes de curar reconocí la movilidad de la articulación y encontré todos sus movimientos aunque no tenían su extensión normal tal vez por el obstáculo que ponía la parte inferior de la tibia que estaba más gruesa que antes del accidente.

En seguida fué trasladado el herido á su casa.

Día 29. Habiendo notado que el vendaje no presentaba exteriormente el aspecto de los que yo pongo, me sospeché una torpeza cometida por el enfermo y procedí á quitarlo encontrando un edema de todo el pie y la herida, que podía estar cicatrizada, en igual estado que el 26; debido todo esto á que el paciente en cuanto salió del hospital, creyendo que era exagerada mi recomendación de no descubrirse, hizo esto y se vendó mal apretando demasiado el cuello del pie y además caminó todo el día 28 según me confesó cuando comprendió que no podía engañarme.

Le hice ver las consecuencias de su desobediencia, puse la venda elástica sin curación alguna abajo y le exigí se mantuviera en la cama con el pie elevado hasta nueva orden.

Día 2 de Junio. Ningún síntoma de inflamación ni supuración. Hice tomar una fotografía del pie en la cual se ve la cicatriz (*a*) del agujero de entrada, más arriba la del absceso (*b*), varias de viruelas (*c*) y una erupción (*d*) producida por la venda elástica.

El pie está enjuto y puede palpase (y hasta distinguirse en la fotografía), la hiperostosis producida por la osteitis de la parte inferior de la tibia inclusive el maleolo, lo que solo impide que los movimientos del pie tengan la misma extensión que en el lado sano pues no hay anquilosis.

Por precaución he recomendado continuar por algún tiempo el uso de la venda elástica y las muletas.

Olvidé decir que durante su permanencia en el hospital, el enfermo estuvo tomando como laxante y antiséptico intestinal una cucharada diaria de azufre precipitado 10.00 gramos. Magnesia hidratada, 5.00 gramos. Salicilato bismuto, 5.00.

### CONSIDERACIONES.

Creo conveniente hacer resaltar los detalles que en este caso me indujeron á recoger la observación, pues de no hacerlo así, parecerá tan común y baladí que no merezca la pena fijarse en ella.

1ª Esta observación se une á otras para comprobar que tienen razón los que como Forgue, Reclus, Verneuil, Dujardin Beaumetz, Pirogoff, Lucke, Simon, Fischer, la mayor parte de los cirujanos mexicanos y otros; aconsejan no pretender sacar el proyectil inmediatamente de una manera sistemática como lo querían los cirujanos antiguos y lo prescriben algunos modernos, entre otros Stromeyer y Beck, en Alemania; Servier y Legouest, en Francia, Otis, Goss y la generalidad de los norteamericanos, <sup>1</sup> Songmore, en Inglaterra y el vulgo en general.

2ª Que la antisepsia de la herida ayudada por la intestinal puede hacer al organismo tolerar, aun por el tejido huesoso y en una articulación, cuerpos extraños cargados no solo de los diferentes micrococos generadores del pus, pues en este caso no sería difícil que haya habido vibrión séptico puesto que hubo algunas manifestaciones de infección purulenta.

3ª Que esperando para extraer un proyectil, aun en casos en que éste se encuentre incrustado en un hueso, podremos lograrlo sin debridar y hacer grandes incisiones que por ende exigen el uso de la anestesia general, á la cual temen los pacientes, siendo además necesario la ayuda de otro médico. Y que debemos aplicar en estos casos el consejo que nos daba nuestro sabio maestro el Dr. Montes de Oca, cuando con la habilidad que le caracterizaba reducía una luxación "Vale más maña que fuerza" y

1 Muchos americanos amputados he visto y todos ellos manifiestan gran satisfacción y hasta orgullo en estarlo; ¡¡¡ por el contrario varios á quienes he logrado conservar algún miembro que ha sufrido alguna fractura complicada, en las epifisis muchas, me han echado en cara el que la articulación lesionada no tiene sus movimientos tan extensos, al declararlos ya curados, como la homóloga que jamás ha sufrido.

¡Será por esto y por ser fieles á su "Time is money" que los cirujanos norteamericanos son tan afectos á las amputaciones? Tal vez. Pero yo no puedo resolverme á suprimir un miembro cuando tengo esperanzas, aunque sean muy pocas, de poder conservarlo.

aquel otro que tanto nos repitió cuando se trataba de hacer el cateterismo, "Paciencia y volver á intentarlo cuando la uretra descanse."

4ª y última, que cuando los tira-balas no puedan llenar su cometido, antes que debridar podemos recurrir á la palanca, ésta no la he visto recomendada por autor alguno, pero el éxito que obtuve me anima á rogar á mis compañeros pongan el procedimiento en práctica cuando tengan oportunidad.

NOTA.—Adjunto á este mal forjado trabajo, el proyectil que extraje; pues por un efecto de luz aparece en la fotografía que el agujero de enda fué sumamente pequeño.

Este proyectil se encuentra dividido en dos porciones, la más chica fué la que extraje el día 29 de Abril.

En la cara convexa de la grande puede notarse la huella que dejó el gancho de la rama de tira-bala que me sirvió de palanca.

Siendo esta cara la que se encontraba adherida al hueso, fácil es explicarse lo difícil que sería cojerla con los tira-balas conocidos.

R. ORTEGA.

---

## ACADEMIA N. DE MEDICINA.

---

Sesión del día 27 de Febrero de 1895.—Acta núm. 22.—Aprobada el 6 de Marzo de 1895.

Presidencia del Sr. Dr. D. Francisco de P. Chacón.

Se abrió la sesión á las siete y cuarto de la noche, dándose lectura al acta de la anterior, la cual fué aprobada sin discusión.

Se dió cuenta con las publicaciones recibidas, las que pasaron á la Biblioteca á la disposición de los Señores socios.

El Sr. Dr. Noriega presentó dos enfermas que fueron operadas por él. La primera tenía una rotura del perineo, prolapsus del útero é hipertrofia del cuello. Al operar siguió una técnica especial, hizo la amputación del cuello por medio de una sección cónica suturando los labios de la herida con catgut; en seguida quitó un colgajo ovalar en la pared anterior