ALGUNAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA AMPUTACION DE UNO O MAS MIEMBROS ESPECIALMENTE DEL MUSLO.

Señores:

Nunca he vacilado tanto como hoy al emprender un trabajo con el principal objeto de solicitar una honra. Siempre he sido de opinión de que el simple hecho de presentarse como candidato en un concurso científico indica cierta dósis de pretensión, disculpable ciertamente en la juventud, cuando está bien la osadía; más no en la edad madura en que me encuentro.

Pero al pretender ocupar una silla entre vosotros, no es la honrnada más la que persigo, es el deseo de estrechar más aún mis relaciones con los pocos Maestros venerados que quedan todavía, con mis queridos compañeros, con aprovechadísimos discípulos.

La Patología y Clínica Quirúrgicas han llamado mi atención por las circunstancias especiales en que me he encontrado, mucho tiempo antes de emprender estudios médicos, durante éstos y después. A los dos años de poseer el título de Médico tuve á mi cargo y conservé diez y ocho años un servicio de Cirugía en el Hospital Juárez. Hace 13 años también que tengo que atender en el Hospital C. Beistegui los casos quirúrgicos más variados. Aquí y en el extranjero he procurado aprender de los más insignes Maestros, sin desdeñar las lecciones que me han dado algunos de mis distinguidos alumnos.

Con estos antecedentes, parece que me debía ser fácil el presentar un trabajo interesante sobre Cirugía, y sin embargo, señores, como dije ya, me he visto envuelto en vacilaciones, con temores y con dudas, y aún decidido ya, con la vista en el papel y con la pluma en la mano, la he tenido en el aire mucho tiempo antes de dirigirme á tan honorable Cuerpo.

Aunque tengo, en algunos puntos de la Clínica quirúrgica, convicciones todas mías que quisiera consultar con esta docta Academia, pa-

ra hacerlo era preciso fundar mi modo de ver con datos y con historias que por circunstancias especiales no he podido reunir, pues me ha faltado la calma y el tiempo necesario.

Voy, pues, á elegir un punto muy sencillo y aun á primera vista insignificante; aunque como dijo Billroth "No hay nada insignificante en Cirugía."

Algunas indicaciones y contraindicacionesde la amputación de uno ó más miembros, especialmente del muslo.

Uno de nuestros cirujanos de otros días, cuya memoria conservo con la mayor veneración, solia decir que eran las amputaciones los palotes de la Cirugía, y lo serán ciertamente desde el punto de vista mecánico ó en el cadáver, si se las compara con otras operaciones de suma delicadeza; pero en la cabecera del enfermo ponen á prueba en muchas ocasiones el buen juicio del cirujano llamado como juez y ejecutor á decidir acerca de la conveniencia y oportunidad de sacrificar ó no un miembro siempre utilísimo, teniendo en cuenta á la vez las circunstancias especiales del enfermo y el peligro en que se halle su vida.

Al tratar de amputaciones, no pretendo describirlas prolijamente y desde un punto de vista didáctico, como se éncontrarán mucho mejor ciertamente de lo que yo pudiera hacerlo, en un manual de operaciones. Hablaré solamente de algunas indicaciones y contraindicaciones de ellas, diré en pocas palabras nuestro modo de practicar la sntisepsia, y al terminar, mostraré mi compresa metálica para preservar los músculos en las amputaciones de muslo.

*
* *

Si en algo ha podido verse el inmenso beneficio que Pasteur y Lister han hecho á la humanidad, es ciertamente en las amputaciones, por ser de todas las operaciones las más frecuentemente practicadas, las que en otro tiempo daban un contingente terrible de mortalidad, tal y tan grande, que el Sr. D. Juan Navarro, antiguo Profesor de Clínica externa, me ha dicho que ha cuarenta años y en los Hospitales de San Andrés y San Pablo, amputación de muslo, y muerte, eran casi sinónimos. Yo tambien por los años de 70 á 74 ví todavía morir á la mayor parte de los que en San Andrés fueron privados de piernas, y aun no ha muchos años, en esta Academia el Profesor Lavista al defender la histerectomía abdominal de resultados tan dudosos en esos días, decía: que no eran mejores los resultados en la amputación de muslo que todos los cirujanos sin vacilar practicaban.

Cuando en el año de 80 volví á mi sala del Hospital Juárez, después de cursar por dos años las Clínicas de Bardeleben y Billroth, encontré que allí salvo en el servicio de la Clínica, aun se encontraba el antiguo modo de curar con las hilas sucias, los inmundos trapos picados, y los sépticos mollares. Procuré en cuanto pude, y pude poco en verdad, se-

guir el método de Lister y los resultados fueron notables. Rara vez veía en mis salas la reunión por primera intención, es verdad, pero la terrible piohemia desapareció, la erisipela se hizo más rara y los practicantes dejaron de conocer la podredumbre de hospital. En la tesis del Doctor Ignacio Ocampo se verán los esfuerzos que en aquella época hacía yo por curar antisépticamente las heridas.

Desde entónces acá, nos hemos ido asimilando más y más los principios de asepsia; y antisepsia, los materiales de que disponemos son mejores cada día y el resultado ha sido invertir completamente el resultado de las estadísticas. Hoy puede asegurarse, que por el hecho de la amputación nadie se muere. Hoy las víctimas lo son de complicaciones y no consecuencias, ó del mal estado anterior del enfermo (la piohemía, por ejemplo, con que llegó el enfermo á nuestras manos, la atrofia hepática, la hemorragia anterior, etc.). Si he entrado en estas consideraciones, es porque al pesar las indicaciones, ya no tenemos que tener como antes, en cuenta la gravedad de la operación POR SÍ MISMA.

En los graves traumatismos ocasionados por tranvías y ferro-carriles, los destrozos que tenemos á la vista suelen ser tales que la indicación de operar se impone; pero la elección del momento oportuno para intervenir es lo que decide de la vida del enfermo.

Unas veces llegan á nuestras manos en un estado tal de anemia, por la hemorragia, que el pulso apenas se siente, la neurastenia consecutiva al choque es enorme: la operación inmediata, puede en estos casos ser de fatales resultados; pero si se desinfecta la herida convenientemente y se pone al enfermo en las mejores condiciones posibles, inmovilizando la herida, inyectando grandes cantidades de suero artificial y usando de los estimulantes y tónicos cardíacos, será posible al cabo de unos días intervenir. En estos casos, el éxito es casi siempre seguro. Véase la historia núm. 8.

Otras veces; auque haya habido una hemorragia tremenda, la constitución vigorosa del enfermo hace que resista al choque; por otra parte, él tiene vivos deseos de aliviarse pronto; entonces acostumbro hacer grandes inyecciones de suero artificial, dar después al interior y por la vía subcutánea excitantes y tónicos cardíacos, sin olvidar, por supuesto, las precauciones quirúrgicas y antisépticas de que antes hablé, y después de un breve término, casi siempre de veinticuatro horas, procedo á la amputación. En estos casos, el resultado generalmente es bueno. (Véase la historia núm. 6).

A veces el traumatismo se ejerce de tal modo, que los huesos y parte de la piel y partes blandas se conservan bien al lado de otros tejidos, ó muertos ya ó amenazados de muerte. En estos casos, se debe regularizar (sin encarnizarse) curar asépticamente y esperar. En los

traumatismos de las manos y los pies sigo esta regla: aunque estén interesados algunos huesos.

En estos casos, uso con éxito notable el antiguo medio de envolver en polvo de quina toda la pérdida de sustancia (la fórmula que yo uso tiene 4 gramos de yodoformo porfirizado por 30 de polvo de quina.) La rapidez con que vienen las granulaciones es sorprendente, el mal olor no se hace notar y la reacción no viene; muchas veces aun iniciada ya, desaparece. En el hospital Juárez pude conservar así muchos miembros que parecían estar irremisiblemente condenados. El polvo de quina, como el yodoformo, pueden contener gérmenes que dependen del medio en que se encuentran. ¿Cómo es que las heridas que se cubren con tal polvo, lejos de infectarse se ponen en buen estado? Probablemente pasa con la quina lo que con el yodoformo; una desprende quinina, y otros, alcaloides; el otro, yodo-metálico, todo en estado naciente que puede obrar mejor como tópico, al mismo tiempo que evita el contacto del aire. Tal vez sea otra la explicación; pero sea la que fuere y encuéntresela ó no, el resultado es tal, que la sigo usando y creo deber recomendarla.

A veces los enfermos víctimas del traumatismo se nos presentan con calentura más ó menos alta; las anfractuosidades de la herida, los despegamientos de la piel, etc., son tales, que por más que se procure desinfectar la región vulnerada, dividiendo la piel despegada, quitando el tejido mortificado y raspando y lavando la región, la calentura no cede. ¿Qué debe hacerse en tal caso? Muchos médicos, cirujanos notables ciertamente, se abstienen de operar y procuran, ante todo, hacer que desaparezca la fiebre para operar sólamente cuando no la hay ó cuando queda muy poca. Esta conducta, al parecer prudente, tiene á veces fatales resultados: se pierde el tiempo, la infección aumenta, las toxinas envenenan más y más la economía, y si al fin se opera, el estado del enfermo es tal, que ya no puede esperarse un resultado feliz.

Mi práctica, vilipendiada por muchos; pero sancionada por el éxito pienso que es más racional; consiste en quitar el foco infectado tan luego como se ve la ineficacia del tratamiento local, y esto, tanto más pronto cuanto mayor sea la infección. Muchas veces he operado en estas condiciones á pesar de la opinión respetable de queridos compañeros, y el resultado inmediato ha sido el descenso gradual de la temperatura, la cesación de la septicemia y la curación.

Recuerdo entre otros, el caso de D. A. C. que á principios del año de 1885 tuvo un traumatismo horrible por haberle hecho pedazos la rueda de un tranvía la pierna izquierda en todo su espesor. Atendido por de pronto en la comisaría y después por notables cirujanos, fué invadido por la septicemia, una septicemia atroz con calentura que no bajaba de 39 grados y medio, llegando á subir hasta 40 y 8 décimos. Siguiendo

las ideas corrientes, se limitaron sus médicos á curarlo más antisépticamente que pudieron la contundida región. Es verdad que el enfermo, aunque muy jóven (22 años), no invitaba á operarle: hijo de madre tuberculosa y de padre canceroso, había padecido él mismo de dos ó tres hemoptisis y durante los dos años anteriores de diarrea constante. En el estado de que hablé antes y con los antecedentes á que me he referido, desahuciado ya por sus médicos, fuí llamado á asistirlo. Manifesté á la familia la gravedad de la situación, les dije que yo juzgaba la amputación necesaria, la que por las circunstancias del enfermo, era una operación muy delicada; pero que sin ella, la muerte era segura. Al día siguiente, acompañado de los Dres. Ismael Prieto y Juan Collantes, procedí á la amputación del muslo, en el tercio inferior. Desde el día siguiente hubo menos calentura, la que muy poco á poco fué cediendo hasta quitarse del todo; la cicatrización tardó más de dos meses; pero el enfermo sanó completamente.

Sostienen varios autores nacionales y extranjeros, que cuando hay septicemia se debe renunciar á la reunión sin supuración; no creo semejante cosa, la reunión primitiva ciertamente es más difícil; pero con cierta frecuencia se la obtiene y debe buscarse *siempre*.

Las historias adjuntas números 1 y 3 son muy instructivas á ese respecto, la del segundo, sobre todo, que operado en plena septicemia, y con una periostitis supurada, para cuya curación había yo hecho grandes y profundas incisiones, supurantes todavía; que tenía 40 grados en el momento de la intervención; tuvo en la tarde de ese mismo día temperatura normal, que después de amputado ya no volvió á ser febril, cicatrizando la herida que la amputación produjo inmediatamente y en toda su extensión.

Aguilera, cuya historia también consta aquí, afectado de tuberculosis local y con la infección consecutiva, obtuvo el mismo resultado después de la amputación en el tercio medio del muslo.

A veces por conservar á un hombre trabajador la mayor parte de un miembro cuya privación puede después ser para él, de terribles consecuencias, se hace la amputación más abajo de lo que se debiera, si solamente fuera nuestro objeto el brillo del resultado, y la reunión entonces no es primitiva; los tejidos más ó menos contundidos secretan una serosidad sanguinolenta y la herida se reabre, si es que no se ha dejado abierta; pero á pesar de eso la curación se obtiene sin supuración y en menos tiempo del que antes solía exigirse. En estos casos suele dar magníficos resultados el proceder del eminente cirujano D. Julio Clement. Desde hace treinta años y cuando las ligaduras distaban mucho de ser asépticas, acostumbraba este señor suturar completamente la herida principal después de una amputación, haciendo una amplia incisión en el punto más declive por donde salían á la vez que los hilos de las

ligaduras, los líquidos secretados. En el enfermo á que se refiere la historia número 3, así como en otros casos, no me he arrepentido de haber seguido esta práctica.

De intento no entro en consideraciones acerca de las otras entidades patológicas, que pudieran ser motivo de indicación ó contraindicación de las amputaciones, por que esto me llevaría muy lejos, y para tratarlo debidamente tenía que escribir una monografía; solamente diré, aunque sea de paso, que cuando una amputación es rigurosamente exigida por el estado local y la infección general, ni la sifilis, ni la tuberculosis, ni el mal de Addison, ni la Glicosuria, etc., deben ser impedimentos para nosotros. Una de las historias adjuntas se refiere á un Addisoniano y el resultado fué bueno. El año de 1885, en presencia de los señores Académicos Ismael Prieto y José de la Luz Gómez, amputé en el hospital Juárez alcohólicos y aún sifilíticos en plena evolución del período secundario y también se logró el éxito, porque desgraciadamente no es posible en estos casos elegir el sujeto operatorio.

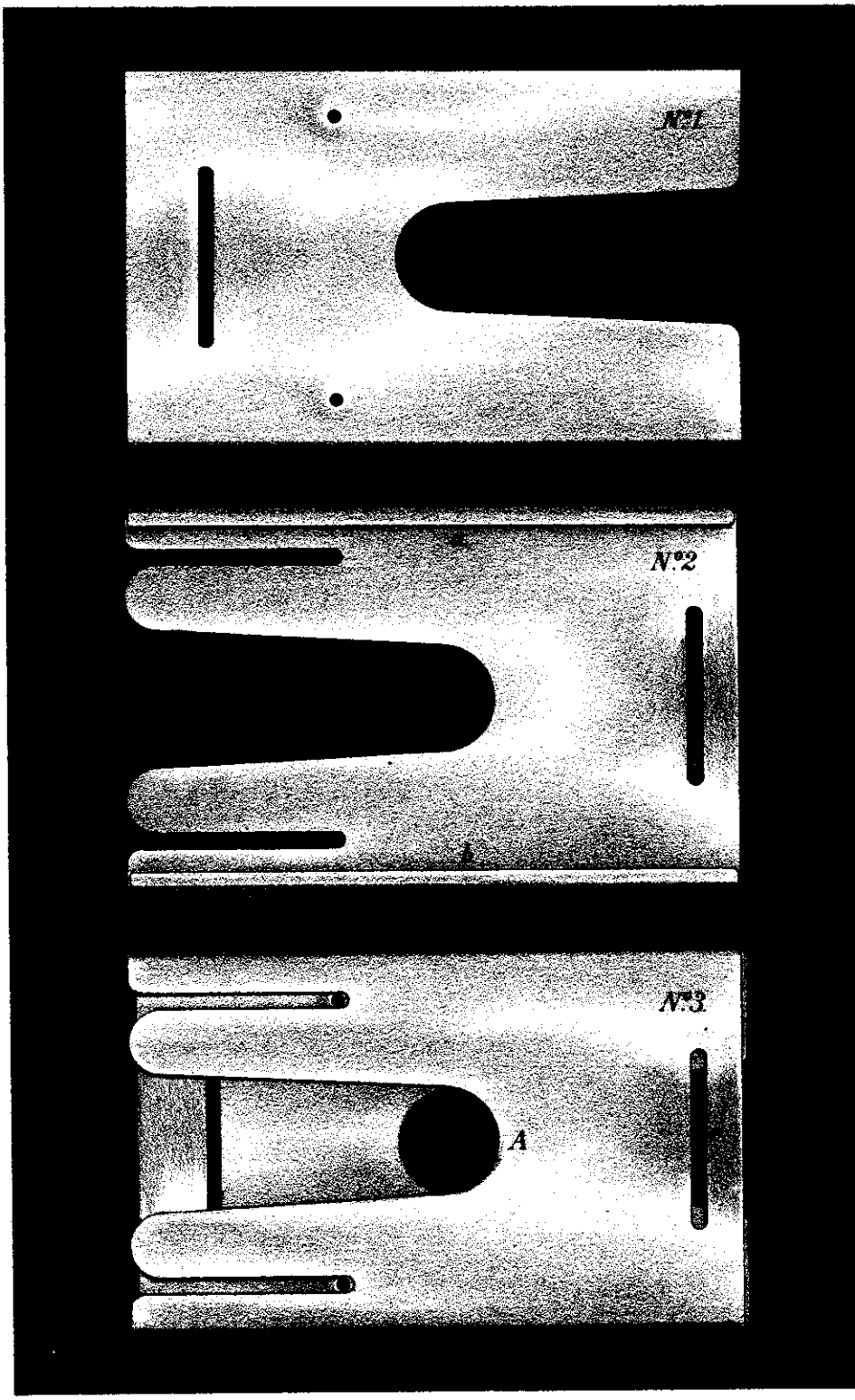
Dice Dumreicher que el cirujano debe decir cómo ha seguido el método antiséptico, por que cada uno tiene el suyo. El que seguimos en el hospital de Regina es el más sencillo. Siempre que se puede, dada la región enferma, se baña al paciente en una solución de bicarbonato de sosa. Cuando no es posible, se lava perfectamente no solo la región por operar, sino mucho más, con jabón de cianuro ó bicloruro y cepillos asépticos. Hervidos los instrumentos y colocados después en solución fénica, se procede á la operación, lavando la herida unas veces con solución fénica, otras de bicloruro y otras con la solución esterilizada de que después hablaré, ó con suero artificial. Siempre que se ha usado alguna solución antiséptica, el último lavado, después de la perfecta hemostasia, se hace con la solución esterilizada cuya fórmula es ésta:

Agua filtrada 1000 gramos. Nitrato de plata 1 gramo. Cloruro de sodio disuelto en agua hervida 2 gramos. Se espera que se precipite completamente el cloruro de plata y se decanta. No es, pues, agua sino una solución ligera al uno por mil de nitrato de potasa y cloruro de sodio, cuya pureza bacteriológica ha sido reconocida por el señor doctor Prieto.

Esta solución se hierve además desde una hora ántes de la operación, en vasijas de hierro esmaltado cerradas herméticamente y provistas de una válvula, creo que el agua llega á 150 grados antes de forzar esta última.

Como consecuencia de lo que acaba de leerse en las anterioros líneas, diré:

I. Que las grandes contusiones en los miembros con atrición de las partes blandas y fractura expuesta, indican formalmente la amputación.



Nº1. Lámina que entra en las canaladuras a y b, de la lámina Nº2.
Nº2. Lámina que recibe la lámina Nº1.
Nº3. Las láminas 1 y 2 adaptadas, pudiéndose ampliar á voluntad el agujero A

II. Que la hemorragia profusa y el choque nervioso requieren esperar hasta que la inyección de suero y los tónico cardio-vasculares y nerviosos hayan repuesto las fuerzas del enfermo, cuya herida entretanto será puesta en las mejores condiciones posibles.

III. Que si la hemorragia es menor, el pulso regular y el choque menos violento, no hay inconveniente en amputar desde luego.

IV. Que la septicemia no solamente no contraindica una amputación, sino que por el contrario una vez comprobada la ineficacia del tratamiento local, nos obliga á proceder aun más pronto que si no la hubiera.

V. Que puede esperarse la reunión primitiva aun habiendo septicemia.

V. Que aun en terribles contusiones, siempre que quede el hueso íntegro y piel y partes blandas suficientes, debe contemporizarse lo más que se pueda; procurando conservar el miembro contuso, siempre que esto sea compatible con la conservación de la vida.

VII. Que si bien el alcoholismo, la sífilis, diabetes, escrófula, etc., agravan el pronóstico de una amputación, no la debemos omitir, si está verdaderamente indicada.

* * *

Para terminar diré, que por lo menos: tanto como las precauciones de asepsia y antisepsia influye el sumo cuidado al operar, para no traumatizar nunca más de lo debido la parte que se operó.

Hace mucho tiempo que viendo el trabajo que tenían los ayudantes para retraer los músculos cortados ántes de aserrar el hueso, concebí una compresa metálica como la que hoy ven ustedes.

Hablando del proyecto que tenía en la Sociedad "Pedro Escobedo" el señor Zárraga me dijo que él creía que ya estaba inventado; pero como ni entónces ni ahora la he encontrado ni en casa de los fabricantes ni en los mejores catálogos franceses, alemanes y americanos y como siempre seguía viendo aplicar la compresa de lienzo y los ganchos retractores con tanto trabajo y con tan poca eficacia, decidí mandar hacer la que desde entonces empleamos en el Hospital Beistegui.

Uno de los enfermos cuyo muslo amputaba el Dr. Icaza, estaba tan bien musculado, que los ayudantes, muy buenos ciertamente, no pudieron impedir que la sierra tocara más de una vez los músculos cortados á pesar de compresas y ganchos refractores. Ese mismo día supliqué al Sr. D. Salvador Alvarado reprodujera exactamente en un papel la circunferencia del fémur en el lugar cortado; la transladé á dos medios pliegos de esquela, la dividí en ambas hojas por una línea que seguía su diámetro horizontal, colocando hacia abajo el ángulo correspondiente á la línea áspera del fémur y recortando para arriba y para abajo las dos

hojas de papel resultaron dos semicircunferencias, la superior é inferior. Deslizando una sobre otra ambas hojas, reproducían al aproximarse la circunferencia del corte del hueso. Di estos dos medios pliegos á un artesano para que las hiciera del metal más flexible que encontrara con las dimensiones correspondientes á un muslo mediano, transversalmente, y un poco mayores en sentido vertical. Las dos escotaduras que se encuentran arriba y abajo son para sostener la compresa por medio de vendas asépticas.

Apenas entregada la compresa, se operó á Aguilera, cuya historia consta aquí, y á pesar de estar perfectamente musculado, con poquísimo trabajo de los ayudantes pude aserrar el hueso como si no hubiera músculos. Ocho ó diez operaciones más se han hecho y siempre los ayudantes se han alegrado de tener esta compresa. Se me hace difícil que una cosa tan sencilla y eficáz no haya sido puesta ántes en uso, y no me llamaría la atención que otro hubiera tenido la misma idea; aunque como he dicho antes jamás la he visto anunciada; pero sea lo que fuere, la encuentro las siguientes ventajas:

Facilidad de tenerla aséptica; se la pone fácilmente; ahorra dificultades, aumentando la eficacia al retraer las carnes y aleja por completo la traumatización de las partes blandas.

HISTORIA NUM. 1.

Jesús Fragoso, natural del pueblo de San Martin, (Estado de México,) agricultor, de 36 años, constitución débil, entró el día 14 de Marzo de 1898 al Hospital Concepción Beistégui, ocupando en él la cama número 63. La enfermedad que entonces tenia era una periostítis aguda supurada del tercio inferior del muslo izquierdo, la elevación de la temperatura y lo agudo de los dolores así como el temor de ver la enfermedad propagada amenazando á la vez la vida del hueso y la del enfermo, me hizo proceder á hacerle una incisión profunda en la cara externa del muslo hasta descubrir el foco inflamatorio. Esta incisión fué insuficiente y le tuve que hacer otra á los pocos días en la cara interna del muslo, curando ambas á fondo con todas las precauciones de rigor en estos casos. Los dolores y la calentura cesaron y la periostítis se puso en vía de curación.

Los primeros días de Mayo comenzó á quejarse de un dolor pungitivo muy agudo en la parte superior de la tibia derecha, el hueso me lo encontré aumentado de volumen y edematosa la piel de la región; la reacción era ligera al principio, de 37.4 á 37.6. El 15 de Mayo los dolores se hicieron insufribles, el aumento de volumen del miembro era considerable, desde un punto abajo de la interlínea articular hasta más allá de la mitad de la pierna. La fiebre que hasta entonces había sido moderada subió á 38.9 el dia 15 en la nohe y los dos días siguientes á 39.4 y

á 40, como se puede ver en el diagrama adjunto. El dia 19 en la noche la temperatura axilar fué de 40 grados y en la mañana siguiente 39.5, lo que me decidió á abrir ampliamente el hueso hasta llegar á la médula; una gran cantidad de pus flegmonoso verificó la exactitud del diagnóstico. Como la fiebre apenas disminuyó, puse en la extremidad inferior de la tibia y en la cara interna una corona de trépano, lavé ampliamente y procuré desinfectar; pero como la infección siguiera, procedí el dia 30 de Mayo á amputarle el muslo en el tercio medio. En la noche la temperatura axilar fué de 36.6 y los días siguientes normal enteramente. Se le hizo la primera curación el dia 8 de Junio y se encontró la herida reunida en su totalidad.

HISTORIA NUM. 2.

Aurelio Aguilera, natural de Texcoco, soltero, comerciante de 28 años, constitución engañosa, pues estaba notablemente bien musculado, al mismo tiempo que tenia una palidéz enfermiza, tenia una osteoartritis de la rodilla izquierda, para cuya curación entró al Hospital Concepción Beístegui, cama núm. 57 el dia 15 de Enero de 1898. Le hice cauterizaciones con creosotina yodada: pero como el 15 de Febrero siguieran las fistulas y hubieran aumentado un poco los dolores me decidí á abrir ampliamente la articulación, raspé las granulaciones que se encontraban en los cóndilos del fémur y curé á fondo con iodoformo y gasa iodoformada. Como el 27 de Febrero no hubiera cambio favorable, intervine nuevamente quitando casi la totalidad de los cóndilos cariados; la enfermedad siguió su curso, la carie tenía tendencia á subir y creí deber proceder á amputar el muslo, lo que llevé á cabo el 5 de Mayo del mismo año. La mayor temperatura que hubo en las siguientes noches, fué de 37.9, como se verá en el diagrama. Quitada la curación el dia 14 de Mayo, se encontró la herida reunida en toda su extensión.

HISTORIA NUM. 3.

Melquiades Martínez, natural de San Juan del Río, de 27 años, fogonero, entró á ocupar la cama num. 66 del Hospital Concepción Beístegui el día 1 de Enero de 1898. Este hombre de constitución hercúlea fué lanzado violentamente en un desastre ferrocarrilero desde la locomotiva al suelo; al entrar al Hospital, llevaba las señales de una contusión terrible en todo el miembro inferior derecho; la tibia tenía dos ó tres fracturas expuestas y el fémur salía á través de una pérdida de sustancia como de 5 centímetros en su mayor extensión, en cuyo fondo se encontraban músculos esfacelados, pedazos de carbón, tierra y otros cuerpos extraños. La temperatura la noche de su llegada, era de 38.2,

al dia siguiente cuando lo examinamos previa anestesia clorofórmica, nos encontramos infiltrada toda la región de un pus seroso, mal ligado y de un olor fetidísimo. Al dia siguiente se le propuso la amputación; pero como se resistía, no se pudo hacer hasta el día 4 y á pesar de haberla hecho en el tercio superior del muslo, no tuve la seguridad de haberla hecho en tejido enteramente sano, por lo que hice la incisión en el punto más declive (además de la principal) según el proceder del Dr. Clement. El día 7 se quitó el apósito y se encontró el muñón cicatrizado en la mayor parte de su extensión; dos puntos de sutura uno arriba y uno abajo continuaron dando no precisamente supuración, sino un líquido sero purulento que á los pocos dias se agotó. Este enfermo tenia además una quemadura al tercer grado que destruyó la piel del pié izquierdo completa mente y retardó la permanencia del enfermo en e Hospital.

En el diagrama se verán las temperaturas.

HISTORIA NUM. 4.

Cunuto Mejia, natural de Nopala (Hidalgo,) garrotero, de 23 años, constitución al parecer fuerte, entró á ocupar la cama núm. 68 del Hospital Concepción Beistegui, el día 10 de Abril de 1899; llevaba todo el brazo contusionado, dividido en los dos tercios inferiores por una herida de bordes contundidos, en cuyo fondo se veían los músculos contusos casi muertos y desgarrados, asi como pedazos del húmero ya desprendidos completamente. El día 11 procedí á hacer amplias debridaciones en el brazo y antebrazo, dejando para el día siguiente la amputación, por no estar advertido el enfermo. Aunque se hizo la sección en el tercio superior del brazo, no se tuvo la seguridad de haberla hecho en tejidos sanos, por lo que se siguió el proceder del Dr. Clement. En la noche del día de la operación, la temperatura fué de 37.6, pero al día siguiente en la mañana llegó á 39.4, lo que obligó á quitar el apósito, el que se encontró manchado de líquidos sero-sanguinolentos y como el muñón estaba aumentado de volumen y doloroso y la piel tensa se quitaron las suturas y se curó á fondo la herida. A pesar de estar descubierta, no hubo pus en los siguientes días y á fines de Mayo estaba el muñón cicatrizado en su totalidad.

HISTORIA NUM. 5.

Apolinar Hernández, natural de Chapomalaya, cargador, de 45 años y de costumbres alcohólicas, entró á ocupar la cama núm. 58 del Hospital Concepción Beístegui, el día 14 de Marzo del corriente año, con una fractura expuesta múltiple del antebrazo derecho, á consecuencia de ha-

berle pasado la rueda de un carro, que al contundir la región había esfacelado piel y músculos y descubierto la articulación radio-carpiana, fracturando conminutivamente el carpo y el metacarpo. Como llegó ya muy tarde, nos limitamos á hacer una desinfección lo más perfecta posible del miembro y se le puso una curación húmeda antiséptica y al día siguiente procedimos á la amputación del brazo; aunque yo quería hacer ésta en el tercio inferior, como el enfermo me suplicó que le conservara el codo, me vi obligado á hacer la amputación en la unión del tercio superior con el medio del antebrazo, á pesar de no tener la seguridad de que estuviera la región cortada enteramente aséptica. La temperatura subió la primera noche á 39 grados, quité pues, las suturas y curé á fondo la herida; la secreción se agotó á los dos días, la cicatrización caminó con cierta rapidéz y el 13 de Mayo fué dado de alta curado.

HISTORIA NUM. 6.

Luis Smith de San Francisco de California E. U. A., de 36 años, mecánico del Ferrocarril Central, ocupó la cama número 56 del Hospital Concepción Beistegui el día 4 de Mayo de 1899. Los engranes de dos ruedas le habían arrancado el brazo completanente al nivel de su parte media. El estado en que se encontraba por la hemorragia era atróz, nos limitamos pues, á ligar las arterias que aún no lo estaban, curamos antisépticamente y pusimos inyecciones de estricnina y de suero artificial. Al día siguiente el estado del enfermo había mejorado mucho y como él suplicó que se le operara lo más pronto posible, se procedió á hacer la amputación al nivel del tercio superior, intentando la reunión primitiva, que no era muy de esperar, dada la proximidad del lugar contundido, que por otra parte estaba muy sucio con esa emulsión aceitosa de carbón y fierro que llevan siempre las máquinas. En la noche la temperatura subió á 37. 6 y á 38 y medio al día siguiente en la mañana, y como esto coincidía con dolores, se le quitó el apósito, y como hubiera derrame del interior, se quitaron las suturas y se curó á fondo con los materiales habituales. La calentura cedió en el acto, los dolores desaparecieron y el día 14 de Mayo fué dado de alta el enfermo en estado bastante satisfactorio, aunque sin cicatrizar el muñón. Actualmente está cicatrizado en casi toda su extensión, exceptuando una pequeñísima parte que no le impide trabajar como electricista.

HISTORIA NUM. 7.

Hospital Beistegui, cama núm. 64. José Juárez, de la Hacienda de Solís (E. de Hidalgo,) su edad aproximadamente es entre 30 y 40 años, su constitución es débil; en la piel y en la mucosa de la boca lleva las

señales características del mal de Addison. Los vértices de sus pulmones dan un sonido obscuro, la espiración es prolongada y se oyen de cuando en cuando unos crugidos, esto, unido á su enflaquecimiento general y á la tos que le molesta todas las noches, hacen presumir que se trata de una tuberculosis pulmonar aunque no se ha podido recoger el esputo necesario para la comprobación del diagnóstico. Refiere que el año anterior comió maíz durante varios meses, en estado de descomposición y hoy presenta en el pie derecho todos los signos de la gangrena seca. Esta no se llegó á limitar por más que se la trató convenientemente con ese objeto, y como los dolores le molestaban mucho, procedí á hacerle la amputación de la pierna por el procedimiento de Savanijef, el día 1 de Enero de 1899. Los colgajos se gangrenaron, y el hueso, tanto en la parte correspondiente de la tibia, como en los cóndilos del fémur, se necrosó.

El día 9 de Enero procedí á amputar el muslo en el tercio medio; á los tres días se quitó el apósito y se encontró supurado el muñón en una parte y gangrenado gran pedazo de piel; pero á los pocos días se limitó la gangrena, se agotó la supuración, y la cicatrización, aunque con extremada lentitud, está para terminar.

DR. JOAQUIN VERTIZ.

México, Junio 30 de 1899.