

5º La peritonitis séptica apendicular se debe operar dentro de las primeras 48 horas; cuanto más cerca del principio, mejor.

6º Pasado ese tiempo puede haber indicaciones de operar después del quinto ó sexto día para desbridar abscesos.

7º La peritonitis séptica difusa justifica una operación inmediatamente que se presenta.

8º Las rupturas viscerales, no tienen más que tratamiento quirúrgico.

México, febrero 6 de 1907.

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ.

---

## CLINICA INTERNA.

---

### **Herida por arma de fuego en la cabeza, con penetración del proyectil y permanencia de él dentro del cráneo.**

Elegí este caso como asunto de mi trabajo reglamentario por considerarlo de gran importancia clínica, no por su rareza, pues los casos raros no son los más importantes, sino precisamente porque pudiendo repetirse, importa saber que la conducta que se seguirá ha sido comprobada y sancionada por la práctica.

El 27 de diciembre próximo pasado, cerca de la una de la tarde fui llamado al teléfono por el Sr. D. Felipe Ortega, quien me dijo que por la misma vía acababa de recibir noticia de su casa comunicándole que uno de sus hijos de 3 años de edad había recibido un balazo; que no sabía en qué parte del cuerpo, ni en qué estado se encontraba el niño, que sólo suponía que el proyectil era pequeño.

Como consecuencia de este recado tomé los instrumentos necesarios para practicar la primera curación ó intervención preliminar que fuera necesario, en vista de la ignorancia del sitio y gravedad de la lesión. Acompañado de un practicante me trasladé á la colonia del Imparcial donde tiene su domicilio el Sr. Ortega.

Al llegar á la casa me encontré con que el niño había recibido el balazo en la cabeza, que ya había sido curado por un médico de una de las poblaciones inmediatas que con urgencia fué llamado, y que en esos momentos el niño dormía.

Investigando sobre las condiciones en que fué herido, supe que un hermanito mayor se encontraba jugando á tirar al blanco con un rifle de los llamados de salón, que en los momentos en que hacía un disparo pasó el niño corriendo como á dos metros de distancia recibiendo el balazo en el lado derecho de la cabeza; cayó el niño y fué levantado en el acto, sangrando abundantemente la herida, llorando y sin presentar ningún otro síntoma. Se me mostró un proyectil de los que serían para esa arma igual al que enseñó á ustedes.

Tomando datos respecto á la curación que se le había hecho, fuí informado de que con unas tijeras sin esterilizar se le había cortado el pelo del derredor de la herida; que se le había lavado ésta esprimiendo sobre ella algodones empapados en solución fénica y en seguida se le había colocado un apósito con gasa yodoformada y algodón absorbente.

Mientras tomaba los informes á que he hecho referencia estuve observando al niño que dormía tranquilamente en los brazos de su mamá, sin que pudiera observarse nada que hiciera pensar en que acababa de recibir una herida grave.

Poco tiempo después el niño despertó con el despertar de un sueño natural, tranquilo y contento, haciéndome pensar que casi seguramente el proyectil no había tenido fuerza para lesionar el cráneo hiriendo solamente los tejidos blandos epicraneos; sin embargo, teniendo en cuenta las deficiencias de la curación que se le había puesto; que este apósito estaba ya manchado de sangre; que aunque aparentemente la herida no había sido penetrante, pudiera serlo sin dar lugar á ninguna manifestación inmediata; que aun cuando no lo fuese se beneficiaría el niño de hacer la antisepsia de la herida, poniéndolo á cubierto de un flemón ó una erisipela de la cabeza, me decidí, contra la opinión de otro médico que á la vez que yo había sido llamado, á cambiar la curación bajo el cloroformo, para poder explorarla herida y curarla en buenas condiciones.

Esterilizados los instrumentos y materiales de curación, cloroformo-

mizado el pequeño paciente, cortado el pelo de toda la cabeza y rasurada la mitad en que estaba la herida, procedí á la exploración, encontrando un poco atrás de la línea biauricular y como á igual distancia de la línea sagital y del conducto auditivo externo una herida circular como de siete milímetros de diámetro, con todos los caracteres de las heridas por arma de fuego; como la bala no había sido encontrada ni había abertura de salida, busqué inútilmente al derredor de la herida y aun al otro lado de la cabeza si estaba alojado el proyectil entre el cráneo y los tejidos blandos; ni la vista ni el tacto me permitieron encontrarlo; pero sí pude apreciar claramente una depresión de la bóveda craneana al nivel de la herida cutánea, dato de gran importancia que me hizo desde luego proceder á la desbridación de la abertura de entrada, desbridación que una vez practicada me permitió ver una perforación semejante á la de la piel en la lámina externa del parietal. De los bordes irregulares de este agujero retiré dos fragmentos pequeñísimos de plomo, algunas esquirlitas huesosas y del fondo de la abertura un mechón de cabellos.

Habiéndose limpiado bien la herida y desinfectádola con agua oxigenada, creí prudente no avanzar más por esta vez, contentándome con canalizar la abertura huesosa con una mecha de gasa yodoformada y cubrir con el apósito correspondiente.

Durante la noche la temperatura se elevó á 38°, no presentándose en las primeras 24 horas signo alguno cerebral ó meníngeo; al cabo de ese tiempo y en vista de la elevación de la temperatura el apósito fué cambiado, cloroformizado el niño y retirado aquél pude extraer de la abertura craneana, un nuevo fragmento de plomo, algunos cabellos más, una gran esquirla huesosa semicircular perteneciente á la lámina vítrea y á la mitad inferior de la herida que se encontraba ligeramente volteada hacia adentro y apoyando sobre las meninges; la mitad superior de la abertura huesosa se encontraba cerrada por el otro fragmento que no había sido arrancado sino solamente doblado hacia adentro. Con el gancho de una de las ramas de una pinza de Newman, enganché esta parte huesosa y sin mucho esfuerzo pude enderezarla; entonces la herida huesosa quedaba circular al nivel de la lámina externa, semicircular al nivel de la vítrea. La duramadre parecía intacta, aunque de esto no me pude dar exacta cuenta por temor

de hacer penetrante de la cavidad serosa una herida que podía no serlo.

Desde ese día la temperatura no volvió á elevarse ni un décimo de grado, las curaciones se hicieron cada tres ó cuatro días, la herida cicatrizó al cabo de seis ú ocho curaciones, sin presentarse signo alguno que denotara la presencia de la bala en el interior del cráneo.

Esta marcha feliz de la curación; la rápida cicatrización; la falta absoluta de signos cerebrales y de reacción de las meninges tan sensibles en los niños, así como la forma semicircular de la abertura de la lámina vítrea me hacían suponer que la bala había agotado su fuerza en perforar la lámina externa, que apenas había alcanzado á tocar la interna y que deteniéndose en el espesor del hueso había caído al exterior. Desgraciadamente esta presunción no se comprobó, pues la radiografía que presento á ustedes permite ver con toda claridad la bala alojada en la cavidad del cráneo.

El esquema adjunto calcado sobre la radiografía nos permite su fácil interpretación; en efecto, en él aparecen las diferentes sombras de radiografía marcadas con las iniciales del nombre de cada una de las partes á que pertenecen. Se destaca en primer lugar la gran sombra central S. S., correspondiente á la bóveda craneana rodeada de su penumbra P. P. De atrás hacia adelante encontramos primero la línea clara S. L. correspondiente á la sutura lamdoide, abajo vemos en P. O. E. y P. O. I. las protuberancias occipitales externa é interna, adelante de ellas se destaca la sombra de la columna cervical C. C., adelante y arriba de ésta se ve el apófisis mastoide del lado derecho A. M., teniendo en su centro un punto claro A. M. el antro mastoideo; adelante de éste pero de dimensiones muchísimo mayores por la mayor distancia á la placa, aparece el apófisis mastoide del lado izquierdo A. M. I., entre los dos y arriba de ellos se ve la sombra más oscura triangular que proyecta la roca, de la parte superior de la cual parte una línea curva de concavidad superior y dirigida hacia adelante y hacia arriba, representando el piso medio de la bóveda del cráneo; un poquito adelante de la roca, en la parte más baja de este piso, medio aparece una sombra casi circular más oscura que todas las de la radiografía, aunque la correspondiente al tejido compacto y grueso de la roca; esta sombra es, en mi concepto, producida

por la bala, ligeramente deformada por los fragmentos que dejó á su paso por el hueso y por efecto del choque; el tamaño de la sombra es mucho mayor que el de la bala, pero si se piensa en la distancia que había de ella á la placa por una parte y se descuenta por otra la penumbra que rodea la sombra central más intensa (penumbra más extendida hacia adelante debido á que el tubo de Crookes estaba colocado un poco atrás, como lo demuestra el hecho de que el apófisis mastoide del lado izquierdo está más adelante que el del derecho), se verá que el tamaño corresponde á la bala lo mismo que la forma.

En cuanto á la situación, es cierto que no corresponde á la herida, marcada en el esquema con la cruz roja H. inmediatamente atrás de la sutura coronal, S. C.; pero si se recuerda que la bala no tuvo fuerza suficiente para romper completamente la lámina vítrea, sino que apenas pudo romper la mitad inferior del círculo doblando la superior y que no se encontró lesión clara de la duramadre, me creo autorizado á pensar que deslizándose entre la duramadre y el hueso llegó fácilmente hasta la base del cráneo, que le ofrece un cómodo y seguro alojamiento en alguna de las múltiples depresiones que en ese lugar tiene; si á todo esto agregamos que en ese lugar no hay un cuerpo opaco á los rayos X que pueda dar una sombra circular, debemos deducir sin género de duda que esa sombra corresponderá á la bala alojada en el piso medio del cráneo adelante de la roca, atrás de la arteria meníngea media entre la duramadre y el hueso y en relación aproximadamente con las circunvoluciones occipito esfenoidales que á ese punto corresponden.

Juzgo de alta importancia las consideraciones á que este caso se presta, y que son de dos categorías: las primeras en relación con la conducta seguida, y las segundas con la que deberá de seguirse. En cuanto á las primeras, el resultado no hace sino comprobar una vez más lo asentado ya por algunos autores, quienes aconsejan proceder desde luego á practicar la antisepsia de la herida, llevando la maniobra tan lejos como la vista pueda comprobar el trabajo de los instrumentos, haciendo una amplia canalización, y esperar siempre vigilante y listo para intervenir la primera manifestación, ya sea de localización cerebral del traumatismo, ya de infección de las meninges ó del encéfalo; condenando á los intervencionistas radicales que

desde el primer momento y buscando un fin profiláctico más que curativo, emprenden operaciones tan delicadas como la del trépano; y también á abstencionistas absolutos, que dejan á los heridos expuestos á accidentes infecciosos ó de otra naturaleza que está en su posibilidad y en su deber evitar, sin exponerse á causar un mal mayor; esta conducta intermedia de expectación armada, lista siempre á salir al encuentro del enemigo á su primera manifestación, será siempre la que mejores resultados dé y la que salve mayor número de víctimas.

Las consideraciones del segundo orden, las relativas á la conducta que deberá de seguirse en vista de la revelación que la radiografía ha hecho, son tan importantes como las primeras. Dada la situación del proyectil y sus relaciones con las circunvoluciones occipito-esfenoidales, con el tronco de la meníngea media, la posibilidad de deslizarse hacia la línea media y lesionar los nervios ópticos ó su quiasma ó alguna otra de las delicadas é importantes estructuras cerebrales de esa región, ¿deberá considerarse como un cuerpo extraño peligroso que ya que se conoce su situación deberá ir á buscar y á extraer? ¿Se deberá considerar, en vista de que no ha producido ningún síntoma como un cuerpo extraño inofensivo del que no habrá que volverse á ocupar? ¿Se tomará como un cuerpo extraño de peligro remoto que no debe tocarse mientras no cause daño, pero estando siempre prevenido para atacarlo á su primera manifestación? Me adhiero á este último modo de pensar basándome en los siguientes razonamientos: 1°, dado el lugar que el proyectil ocupa en la base del cráneo, es casi seguro que está alojado en alguno de los huecos que ésta presenta, teniendo una sólida base de sustentación, hueso que las adherencias transformaran en un lóculo que no abandonará el proyectil. 2°, que las relaciones que tiene con los órganos delicados como la meníngea media ó los cerebrales colocados cerca de la línea media son bastantes lejanas para que pueda sin emigrar alcanzarlos. 3°, que no habiendo producido lesión alguna durante su emigración de la parte alta del cráneo á la base, es menos probable que la produzca ahora que ya no cambiará de lugar. Y 4°, que el peligro real de la intervención para extraer un cuerpo extraño que sólo presenta peligros hipotéticos, puede llegar hasta la muerte.

Siendo este asunto de importancia tan grande y de tan trascen-

dentales consecuencias, agradecería á los ilustrados académicos se sirvieran darme sus luces sobre este asunto, exponiendo las ideas que sobre él profesen y las enseñanzas que su práctica les haya sugerido.

México, febrero de 1907.

U. VALDES.

---

### Parte científica del Acta de la Sesión del día 13 de febrero de 1907.

DISCUSION DE LOS TRABAJOS DE LOS SOCIOS MACOUZET Y VALDES  
Y CONTINUACION DE LA DEL SOCIO GODOY ALVAREZ.

El *Dr. Macouzet* leyó su trabajo de turno sobre *la entubación de la laringe*.

El *Dr. Chávez* celebra haber oído el trabajo del *Dr. Macouzet*, pues precisamente en la semana anterior tuvo oportunidad de ver un caso, que es muy instructivo: Un niño que acababa de padecer escarlatina fué atacado de difteria faríngea y el médico que le atendía le inyectó desde luego 400 unidades de suero antidiftérico y mandó hacer el examen bacteriológico de las falsas membranas. Fué éste negativo con respecto al bacilo de Loëffler, pero persistiendo la gravedad dos días después inyectó nuevamente el médico tratante 4,000 unidades. El *Dr. Chávez* fué llamado en su calidad de oculista; pues el proceso difterítico había invadido los dos ojos produciendo espantosa panoftalmía, con destrucción de las corneas. No pudo seguir la observación, porque siendo las curaciones dolorosas, no siendo ya posible que el niño recobrase la vista y en concepto del médico de cabecera la gravedad del paciente tal, que moriría irremediabilmente, el padre de la criatura se opuso á que le fueran tratados sus ojos. Los puntos salientes de la observación, fueron: la no existencia del bacilo en el examen microscópico, la inyección de 400 unidades de suero desde luego y no obstante el resultado negativo del examen microscópico, la inyección de 4,000 unidades algunos días después sin beneficio aparente para el enfermito. Desea oír la opinión del *Dr. Macouzet*, relativamente á este caso.