

Sesión del 6 de diciembre de 1911.

*Presidencia del Dr. Eduardo García.*

El Dr. Suárez Gamboa dió lectura a una comunicación escrita acerca de "Un caso de toracorrafia" de su práctica.

*Dr. García Eduardo.* En la sesión pasada, dijo, tuve ocasión de relatar el caso de una laparotomía por causa de herida penetrante de vientre por arma de fuego. Aun cuando el operado murió, por circunstancias que con detalle refirió, él confesó con toda honradez este aparente fracaso, porque en primer lugar, así debe hacerse siempre, no ocultando los insucesos, y en segundo, por creer que los fracasos dan la misma o tal vez mayor enseñanza que los éxitos.

El viernes pasado ingresó al Hospital Militar otro herido con herida penetrante de vientre por arma de fuego. El arma que causó el accidente fué una pistola Piper de Reglamento. La herida fué a las 12 del día y vió al lesionado a las 3.30 p. m. El herido era un gendarme-del ejército, de 26 años de edad, sano y bien constituido. El agujero de entrada se encontraba situado a 2 y  $\frac{1}{2}$  centímetros abajo del ombligo, la dirección que el proyectil siguió fué oblicua de arriba a abajo y de dentro a

afuera. El orificio de salida estaba situado en el flanco izquierdo a 4 centímetros arriba de la cresta iliaca. Los fenómenos que anotó en su primera observación fueron: temperatura 38.6, pulso 110, respiraciones 28, dolor no muy intenso en la zona lesionada y limitado a un corto espacio. No meteorismo. Ligero estado nauseoso. Expulsión de gases por el ano, lo que indicaba la continuidad del tubo intestinal, y la integridad de éste, y como la perforación del intestino es una indicación terminante de la intervención, al no haberla, había que abstenerse.

A las 9 p. m. el estado del herido era favorable, pues sólo el dolor se había acentuado y propagado algo más a la pared del vientre. La expulsión de gases por el recto continuaba y en suma nada justificaba la intervención. No obstante ésto, dejé preparado todo lo necesario para la operación, por si ésta se necesitara de un momento a otro. A las 6.30 de la mañana siguiente el enfermo seguía bien, mejoría que se acentuó a las 8.30 a. m. La observación se continuó minuciosa cada 6 horas. A la fecha el enfermo puede reputarse como definitivamente curado, a no ser que se presentara algún improbable incidente, como la caída de alguna escara, etc., etc. Este caso lo presenta como un caso típico de abstencionismo, y demuestra que el cirujano no debe seguir una conducta sistemática en todos los casos, pues debe ser ecléctico, interviniendo unas veces, absteniéndose otras, según las circunstancias de cada caso en particular.

Próximamente presentará al paciente, cuyo caso, desea, en prueba de imparcialidad, sea abonado en la estadística de los abstencionistas.

El Ter. Secretario,

E. DEL RASO.