1895 #116

Facultad de Medicina

11389 X

Fracturas comminutas por proyectiles de guerra de pequeño calibre curadas sin amputación en el servicio del Dr. Ernesto Odriozola

Tésis de Bachiller del interno de Hospitales D. Guillermo Olano.

Lima, agosto de 1895.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

Señor Decano,
Señores Catedráticos.

La lúctuosa clínica de heridos, que los últimos combates de Lima abrieron en nuestros hospitales, me ha permitido observar algunos casos de fracturas de guerra, de que quiero daros cuenta.

No deseo tratar de las heridas de las partes blandas, por arma de tal ó cual sistema, que, desde los simples rasguños hasta el sedal mas típico, todas hemos visto; ni de las interesantes y excepcionales contusiones y desgarres nerviosos; ni de las curiosas lesiones arteriales seguidas de sus falsos aneurismas, por proyectiles de guerra; quiero, como repito, únicamente, circunscribir en los límites de esta tésis la clasificación ó diagnóstico que corresponde á los casos de fracturas de guerra, que he asistido en el servicio del Dr. Ernesto Odriozola; y declararme, en estos casos, enemigo de las amputaciones como recurso quirúrgico de urgencia.

Divido en consecuencia este trabajo en dos partes: en la primera, trato del diagnóstico de las fracturas de guerra en general, y en particular de los casos que me sirven para esta labor; y en la 2.a, contraindico la amputación, como tratamiento inmediato en las fracturas de guerra.

Primera Parte.

Diagnóstico de las fracturas de guerra.

Siendo las fracturas militares distintas completamente de las fracturas civiles, por su etiología, diagnóstico y pronóstico, aunque estén ligadas, como lo están todos los procesos quirúrgicos, por el fundamento del tratamiento, por la antisepsia, es natural y conveniente colocar en grupos especiales las diversas variedades de fracturas producidas por balas de guerra.

Yo no puedo permitirme otra cosa que colocar en la cuarta variedad "fracturas simples ó comminutas" de la clasificación de Pailet y Bruzguet los casos -

que me sirven para esta tesis.

Estos autores fijándose en los distintos grados de traumatismo, que producen las balas de pequeño calibre por su acción en los huesos, dividen las fracturas de guerra en cuatro variedades ó grupos.

1.er grupo.- Muescas, Surcos y Canales.

2.º grupo.- Hundimientos y heridas en fondo de saco.

3.er grupo.- Hendiduras y Fisuras.

4.º grupo.- Fracturas simples y comminutas.

En el cuarto grupo de esta clasificación es donde tienen cabida las historias clínicas que he de referir luego

El diagnóstico clínico de una fractura no se limita á la indicación precisa de la separación de un hueso en uno ó varios fragmentos, que sin equivocarse la hace tan a menudo el herido y hasta los curiosos que lo rodean. El cirujano tiene misión mas grandiosa que llenar; pues debe, si las circunstancias no contraindican la exploración, con el dedo en el foco traumático contar las esquirlas

si les es posible, dejar las útiles y quitar las que ya son extrañas al herido, fijar convenientemente sus relaciones con el cuerpo del hueso fracturado y solo asi formarse un concepto científico, preciso, de la fractura que vá á curar.

Procediendo de este modo he clasificado, los casos que he curado en el cuarto grupo ó tipo de Paulet y Burquet

4º Grupo.	F. simples	Transversal	n. 1
		Oblicua	n. 3.
	F. conminuta	Espiroidea con 2 esquirlas laterales	n. 4
		Fract. conminuta	n. 2.5.6.7.8.9.10.

Para formular el diagnóstico de esta clase de fracturas hay un dato, no de urgencia pero si importante, que intencionalmente lo reservo en lugar secundario, por que desconfio de su fidelidad tratándose de los casos presentes: me refiero á la distancia que ha recorrido el proyectil para producir la fractura.

Si bien tengo seguridad que los soldados se han batido en Lima, en la "zona de los tiros á corta distancia" cuyo límite máximo es 300 metros no acepto como dato anamnésico para el

diagnóstico el que dán los heridos respecto á las distancias que de ellos se encontraba el enemigo que les acertó el balazo. Y, digo que no acepto este dato por que es imposible que soldados que pelean en las calles, en las casas, en las torres de una ciudad, que atacan y son atacados en todas direcciones, muchas veces de parapetos ni siquiera sospechados y en el fragor del combate, cuando mil veces no se han dado cuenta inmediata ni de su herida, sepan de donde les viene la bala que se ha incrustado en sus tejidos ó bandeado su cuerpo. Además existe en los soldados una especie de amor propio por el arrojo q.e han tenido en el combate, que lo manifiestan llenos de alegria acortando cuanto pueden, hasta lo inverosimil muchas veces, la distancia que lo separaba del enemigo.

En mi concepto si el conocimiento de la distancia que ha recorrido un proyectil es suministrado por el herido mismo, merece alguna fé cuando se refiere á un combate campal, auténtico, ó á un duelo, y ninguna en casos como los que me ocupan.

Concedo á este dato si es exactamente obtenido, alguna importancia para el diagnóstico, y le suprimo su urgencia para este objeto; por que conocida la distancia á que ha sido herido un hueso y con los recuerdos anatómicos, puede el cirujano economizar la exploración, muchas veces no indicada, formular un diagnóstico posible hasta probable y tratar á su herido con la seguridad de llenar las indicaciones del mas riguroso diagnóstico. Y no les concedo el derecho de urgencia que algunos le dán á la "zona de los tiros" para el diagnóstico de las fracturas militares, por que sin el auxilio de ella si es verdadera y desechándola si es falsa, por otros medios muy conocidos se formulan diagnósticos racionales como pienso haber hecho yo y lo han hecho tambien mis compañeros en sus respectivos servicios.

Para lo que tiene una importancia fundamental, indiscutible, el conocimiento de la zona que ha recorrido un proyectil es para calcular su poder explosivo que se traduce por el grado de lesión que ha producido en los tejidos. A este respecto opino lo siguien-

Siendo esta cuestión de un carácter muy diverso al asunto que trato la abandono no sin aprovechar la ocasión para manifestar, en síntesis, mi concepto.

A este respecto opino lo siguiente: 1º. que en las partes blandas los sedales producidos por las balas de Mannlicher son eminentemente mas leves que las producidas por proyectiles de guerra de sistema antiguo; 2º. que las fracturas comminutas son mas frecuentes cuando los huesos han sido heridos por proyectiles antiguos Peabody, Remington, Grass, que cuando los han sido por los de Mannlicher como nos prueban los casos n: 1 y 4 y otros que he visto entre los numerosos heridos.

Cuanto á la explicación de las fracturas comminutas por proyectiles modernos asunto ha sido este que ha preocupado á numerosos experimentadores y hoy mismo no está satisfactoriamente dilucidado.

Los autores se rechazan mutuamente sus teorias á cual mas ingeniosa. Asi Kuster imagina la teoria de la acción de fusión del proyectil y no acepta la del aire comprimido de Melsens; Kocher (de Berna) se sirve del principio de Pascal para explicar la

la fragmentación múltiple de un cráneo lleno de agua sobre el que hace fuego y formula una teoría que llama de la presión hidráulica; Delhorme y otros se explican los efectos explosivos que resultan de sus experiencias por la gran fuerza de percusión y contusión de los proyectiles acorazados; y por fin H. Busquet, admitiendo el concurso de diversas causas dá gran importancia á la presión hidráulica de Kocher y á la acción de las esquirlas que obrando como otros tantos proyectiles contribuirian al aumento del traumatismo. Como se vé ninguno de estos principales experimentadores dá importancia alguna á la dirección que recorre la bala con relación al eje del cuerpo herido.

Yo estoy muy lejos de pretender dar con el quid de esta cuestión difícil, reservada para época quizá lejana y para observador mas atento; pero fijándome en que los combatientes ocupaban en Lima, planos de muy diverso nivel unos el suelo y otros las torres de las iglesias y techos de las casas creo que los límites de una fractura producida por un proyectil de guerra dependen en mucho del grado de inclinación de su trayectoria al eje del hueso. Quizá es por esto que los experimentadores en cada

veces dirigiendo sus puntos perpendicularmente al eje de un hueso obtienen casi siempre, á cierta distancia, fracturas humanitarias, no comprobadas por algunos casos prácticos que hemos tenido ocasión de observar.

El caso modelo, único de fractura humanitaria que pudiera presentar sería el n.º 1 producido no en la zona de 300 á 1800 m. en la que las epífisis son agujereadas como con sacabocados y las diáfisis fracturadas en grandes esquirlas, sino á 100 m. zona en la que las diáfisis deben ser destrozadas.

No sería pues demas tener presente para explicar el poder explosivo de las balas de pequeño calibre, la dirección de la trayectoria de estas.

Por lo demás la página de Bruns en la parte correspondiente á los tiros á corta distancia se ha repetido casi <u>ad pédem litterae</u> en el cuerpo de nuestros valientes heridos

Sin embargo nada lógico puede afirmarse como regla general acerca del poder explosivo de los pequeños proyectiles de diversos sistemas de que se han hecho uso

en los combates de Lima, siendo dudosas las zonas de los tiros y no poseyendo una estadística que merezca fé.

Los medios de diagnóstico que he referido asociado en casos excepcionales á otros que sirven para el diagnóstico de las fracturas civiles son suficientes al cirujano militar para clasificar la fractura de su herido.

En cuanto á la extensión, á la exactitud, al rigor del diagnóstico, no tiene en clínica la misma importancia bajo el punto de vista de tratamiento que bajo el punto de vista del diagnóstico. Diagnosticada una fractura sea completa ó incompleta, simple ó conminuta el resúmen del tratamiento es el mismo: la asepsia del foco traumático y la inmovilidad del miembro. No sucede lo mismo para el pronóstico: una fractura incompleta es de pronóstico mas favorable que una completa y una simple mas que otra conminuta.

Pasemos ahora á los casos particulares de mi estudio clínico en los que he aplicado las generalidades expuestas.

Casos de fractura conminuta con proyectiles de pequeño calibre.

1°

L. V. natural de Huancayo, de 67 años de edad, ha sufrido una fractura de guerra simple, trasversal, por bala de Mannlicher del tercio superior del fémur derecho y ocupa la cama n°. 4 de la sala de Santo Toribio.

Este sujeto fué herido de una distancia de 100 m. segun dice él y presenta el siguiente traumatismo:

Sedal completo del tercio superior del muslo, de dirección oblícua de atrás y arriba á adelante y abajo con un orificio de entrada de 5 mm. y de salida algo mayor y fractura del fémur

El sedal cicatrizó por primera intención y la fractura fué tratada por los medios ordinarios

Al cabo de 35 dias quedó consolidada la fractura pero se formó un callo deforme, anguloso, que se corrigió por medio de un aparato de extensión contínua, logrando en 18 dias que el acortamiento sea poco notable.

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

2°

M. H., de 48 años de edad, recibió en el combate de Marzo un balazo de Mamlicher que le fracturó el cuarto inferior de los huesos del antebrazo derecho y ocupó la cama n° 1 de la sala de Santo Toribio.

Este enfermo no tiene antecedentes morbosos que puedan considerarse como complicación primitiva de la herida. Es un herido sano.

Facil era calcular la extensión del traumatismo de guerra que se presentaba á la vista. Numerosas esquirlas en el orificio de salida del proyectil, otras mas ó menos adheridas á las partes blandas traumatizadas y otros signos mas aseguran que se trata de una fractura de guerra conminuta del radio y cúbito ~~derechos~~.

Se procedió entonces á hacer la cura conveniente, consultando por supuesto la asepsia y la inmovilidad del miembro herido.

La consolidación de la fractura ha necesitado próximamente 35 d. y el sedal ha cicatrizado en 60 dias.

A la fecha 20 de mayo el herido goza del ejercicio fisiológico de su importante miembro.

3°

M. C., de treinta y seis años de edad salió herido por bala de Mannlicher en el combate del 17 de marzo y ocupó la cama n: 44 de la sala de Sto. Toribio.

En este caso se trata de una fractura de guerra trasversal del tercio medio del fémur izquierdo complicada de gangrena traumática de las partes blandas circundantes al orificio de salida

Con todo se resolvió para este caso como para los anteriores y otros mas la conservación del miembro.

Despues de 40 dias de esmerado cuidado se ha conseguido la consolidación de la fractura y al termino de su curación completa ha llegado en cerca de 80 dias.

4°

M. Veltrán, de 36 años ha sufrido una fractura conminuta (espiroidea?) del fémur por bala de Mannlicher que le fué dirigida de una distancia de 100 m.

Presenta este individuo marcas indelebles de una sifilis adquirida: despojos de un chancro en el pene y la pléyade de Ricord en la ingle y en la nuca

Fué herido como asegura de la distancia de una cuadra y la bala le penetró por la región antero interna y salió por la externa produciendo la fractura indicada.

Se le extrajo dos esquirlas laterales.

En este caso por la abundante supuración y por las frecuentes elevaciones de la temperatura fué necesario hacerle curas repetidas lo que dió lugar que amenazara la consolidacion de la fractura una sendo artróis que se conjuró felizmente.

La fiebre que se presentó en este herido ha sido un epifenómeno de carácter palúdico y de ningun modo sintomático de la herida.

Hoy está en buen estado, con la fractura consolidada con un retardo es cierto de la cicatrización debido todo á su fondo específico, pero con pronóstico seguramente favorable.

5°

J. Rodriguez, de 43 años, ocupa la cama n°. 54 de la sala de Sto. Tomas ha sido herido por una bala de Mannlicher que le ha producido una fractura conminuta del tercio superior de la tibia derecha.

Se le ha extraido solo una pequeña

esquirla por que las demás han estado adheridas al periostio, toleradas por los tejidos y han entrado á formar parte del callo.

La bala le penetró por la parte externa de la región indicada y ha salido por el lado opuesto. La herida presenta los caracteres de las producidas por Mannlicher á corta distancia: abertura de entrada 0.005 m. y de salida algo mayor.

Tratado convenientemente ha curado sin hacer notar nada especial en su marcha quedando en la actualidad en condición de dedicarse nuevamente á sus labores profesionales.

6.

P. A de 18 años, ocupa la cama n: 32 de la sala de Sto. Toribio, sufrió una fractura conminuta del tercio superior de la tibia derecha por bala de Peabody.

Este herido tuvo desde el momento de haber llegado al servicio, una complicación que felizmente se yugguló pocos instantes antes de que se le amputara. La recurrente tibial anterior probablemente herida en el profundo antro de la fractura dió lugar á una hemorragia que costó mucho trabajo

cohibirla.

Fué este caso de amputación obligada tanto por que las pérdidas oseas tan considerables prestaban tan pocas esperanzas de consolidación, cuanto por que los cabos de la arteria herida ocultos en sitios casi inexplorables hacian imposible su ligadura de acuerdo con los preceptos de la cirugia, ligar en el foco de las heridas.

Sin embargo, una tentativa última, una compresión bien hecha hizo desaparecer la hemorragia, entonces resolviose á conservar la pierna á todo trance.

El resultado está visto: el herido ha curado.

7.

J. M., de 22 años de edad ocupa la cama n: 32 de la sala de S. Juan de Dios. ha sido herido de una distancia de 80 m. por una bala de Mannlicher que le ha producido una fractura conminuta del cuello del fémur izquierdo

Se le han extraido dos pequeñas esquirlas quedando otras mas ó menos adheridas al hueso.

Presenta este herido agregado á su temperamento nervioso un estado palúdico bien

demostrado por fiebres de este carácter que antes ha tenido por su procedencia actual de un lugar eminentemente palúdico, "Campamento de Cieneguilla," y por su ligero infarto esplénico

Estos dos hechos clínicos temperamento nervioso y paludismo me explican los dos fenómenos patológicos que he observado en este herido. Dolor intensísimo á tal punto q.e hasta en los últimos dias las curaciones las he hecho en medio de profundas quejas del paciente; y, elevaciones bruscas de temperatura con remisiones matinales francas y exacerbaciones vespertinas que cedian fácilmente al sulfato de quinina y al Licor de Fowler.

Al cabo de 45 dias mas ó menos de tratamiento adecuado se formó un callo angeloso cuya corrección he intentado y conseguido, en parte por medio de un aparato de extension contínua de Tillaud

Al presente la fractura está consolidada, el callo deforme favorablemente modificado, el acortamiento bastante reducido, la herida de las partes blandas aproximándose á la cicatrizacion, en una palabra el herido tiene pronóstico favorable, salvo una complicación no prevista.

8.

R. C., de 54 años de edad, ocupa la cama nº 54 de S. Juan de Dios, presenta una fractura de guerra conminuta del tercio inferior de los dos huesos de la pierna izquierda, por bala de Mannlicher

Unido á sus buenos antecedentes fisiológicos este herido ha tenido la suerte de que las varias esquirlas de la fractura, por lo menos las mas grandes quedasen adheridas al periostio donde quedaron muy respetadas, pues debian, en mi concepto, contribuir á la formación del callo, como que asi ha sucedido.

Colocado el miembro fracturado en una goteera de alambre, por supuesto, despues de la curación algodonada hase logrado salvar una pierna que debió haberse amputado segun muchos conceptos

9.

G. H. de 22 años de edad, ocupa la cama nº 50 de San Juan de Dios, recibió el 17 de marzo un balazo que le fracturó el tercio superior de la tibia derecha haciendo destrozos tanto en el hueso como en las partes blandas.

Se trata pues de una fractura de guerra

conminuta complicada con extensa excresis de las partes blandas.

Este herido fué asistido por mi respetable maestro Dr. Juan C. Castillo en la ambulancia que corria á su acertadísima dirección.

Las inmensas pérdidas de sustancia en el foco de esta fractura autorizaban indudablemente la amputación de la pierna, que con tanto acierto fué desechada, pues la naturaleza asociada á la ciencia ha reparado con exactitud los daños producidos por el proyectil.

Habiase consolidado yá la fractura y las partes blandas principiaban á repararse cuando por haberse cerrado la casa de sangre donde se asistia el herido, hubo que llevarlo á la visita del Dr. Odriozola donde completé yo la curación.

Segunda Parte.

Tratamiento.

La opinión de nuestros cirujanos no ha sido uniforme en el tratamiento de las fracturas de guerra que hemos asistido últimamente como lo prueban las varias amputaciones que se han practicado en algunas ambulancias y las raríssimas que se han ejecutado en ciertas clínicas a pesar de tratarse de casos casi idénticos.

Estas palabras, me anticipo en decirlo, no envuelven reproche á la conducta de nadie, por que yo, respeto de buena fé toda idea, toda opinión y mas en el terreno de la cirugia. Al repetir lo que está en la conciencia de todos mis maestros y compañeros me mueve la obligada costumbre de citar cuanta opinión se ha emitido sobre una cuestión que se sustenta y se discute.

Hay, pues, dos métodos de tratamiento diametralmente opuestos en la asistencia de las fracturas de guerra comminutas: la amputación del miembro herido procedimiento crecel y empleado por muy pocos; y curas antisépticas teniendo

por mira principal la reparación de las pérdidas accidentales y la conservación del miembro.

Desde que pisé los umbrales de la renombrada clínica del sábio maestro Dr. Lino Alarco oí que nos decia á sus discípulos: Señores yo no hago amputaciones sino regularizo los imperfectos practicados por la naturaleza.

Estas palabras exactas ó no en la forma del respetable profesor cuyo nombre hé indicado, han sido y son para mi la fórmula concreta de un sistema de tratamiento quirúrgico.

Siendo esto asi, habiendose incubado en mi naciente conciencia profesional tales ideas, no tiene nada de extraño que yo que he hecho mi práctica como alumno clínico y como externo del Dr. Alarco, tenga tan poca afición por las amputaciones.

Despues como interno que he sido del Dr. Odriozola he fortificado mis convicciones con los hechos prácticos clínicos que he visto en su servicio del hospital "Dos de Mayo."

Antes de continuar quiero comprobar que los casos que refiero han

sido de amputación inmediata segun el concepto de algunos autores

He leido varios autores acerca de esta importante cuestion y ninguno me satisface. Ninguno dice aquí principian y allí terminan los límites de la amputación; todos dejan este importante problema de cirugía al criterio mas ó menos ilustrado del práctico, resultando de esto que la incógnita tiene muchas veces dos soluciones opuestas para el mismo caso: la amputación indicada y ~~la~~ ~~[illegible]~~ contraindicada.

Joseph Duchene y Wirtzman han sido los primeros en aconsejar la amputación inmediata en las heridas graves de las extremidades. Ledran en su aforismo "cuando por una herida por arma de fuego provée el cirujano la necesidad indispensable de practicar la amputación de una extremidad debe hacerlo sin pérdida de tiempo" dá el mismo consejo. Pero en que consiste esa gravedad de las heridas para practicar la amputación de un miembro? Esta es la cuestión que no está resuelta, que está lejos de la cirugía operatoria, y abandonada al juicio imparcial y sereno del cirujano.

Otros cirujanos antiguos, tambien, como Faure y Le Conte pensaron como pienso ahora: esperar que se insinuen las complicaciones tan temibles de las heridas para proceder, obligado y autorizado por el peligro inminente, á la mutilación científica del cuerpo humano.

Boucher y Ravaton refutando á Faure temen mucho á la fiebre traumática y amputan como Ledran antes de que asome esa fantasma.

Larrey dice: cuando un miembro herido de un tiro no puede conservarse hay que amputar en seguida.

Malgaigne, Begueir, Raia y otros fundándose en las estadísticas de sus tiempos que para hoy no pueden ya servirnos, son partidarios de la amputación prepirética.

En una palabra la mayor parte de los cirujanos antiguos y muchos modernos piensan como Ledran. Sin embargo Paulet y Burquet cirujanos del dia dicen que: las amputaciones motivadas por fracturas ván siendo cada vez mas raras y creen que debe practicarse esta funesta operación en los siguientes casos:

1.º En las fracturas en que existe destrucción ó ablación considerable de las partes blandas.

2.º En las fracturas con lesiones simultáneas de los troncos vasculares y nerviosos de la extremidad.

3.º En los aplastamientos de los huesos con ó sin lesión de los tegumentos cuando las alteraciones óseas no permiten confiar en la curación

4.º En el enfisema espontáneo y la gangrena traumática

Entre nosotros el Dr. Lino Alarco piensa de muy distinto modo y su opinión la siguen sus discípulos como lo prueba el caso de amputación postpirética que tuvo en los primeros dias de nuestra guerra civil.

Un Coronel de 70 años de edad recibió un balazo en la articulación de la rodilla en el combate de Cañete de modo que para venir á disposición del cirujano que lo asistiera perdió muchos dias q.e indudablemente lo perjudicaron relativamente en su curación

El Dr. Alarco trató de conservarle la pierna á su herido, vino la fiebre,

la observó con paciencia, se presentaron algunos signos de Septisemia se puso tranquilo en frente de ella con la seguridad de lo que hacia, la combatió sin tregua y viendo que no le era posible ya salvar la pierna de su herido la amputó.

Este caso y otros análogos que he visto en el servicio de los DD. E. Odriozola y N. Fernández Concha de amputación propirética tienen para mi mas valor q. todas las estadísticas de los tiempos embrionarios de la cirugia y prueban que no hay peligro para la salud del herido en dejar pasar algun tiempo antes de la amputación.

Por eso en esta cuestión que tiene vínculos inseparables con el asunto de mi trabajo, pienso que bajo el punto de vista de las indicaciones de la amputación, los traumatismos de los huesos deben dividirse, en clínica en dos grupos. Uno en que los huesos y las partes blandas han sido tan profundamente contundidos de modo que como dice el Dr. L. Alarco la amputación ha sido hecha por la naturaleza; en este caso es claro ~~es claro~~ que la amputación inmediata, propirética, es conveniente.

y otro en que los huesos y las partes blandas han sido tambien traumatizadas, pero nace en el espíritu del cirujano que observa una esperanza, remota siquiera, de salvar el miembro, en este caso creo que el deber del cirujano es esperar con serenidad, preparado con buena profilaxis que vengan todas esas complicaciones que cada dia van huyendo mas lejos de la cabecera de los heridos.

Ahora bien entre las fracturas de guerra, por pequeños proyectiles, que hemos tenido he visto raros casos en que existiera "destrucción ó ablación considerable de las partes blandas", ninguno con lesión simultánea de los troncos vasculares y nerviosos de la extremidad; he visto un solo caso de enfisema expontáneo q.e sucumbió, y otro de gangrena traumática limitada, que curó, y que cito en la presente tésis; y, en fin, he visto en abundancia destrucciones mas ó menos extensas de los huesos, pero nó aplastamientos que indudablemente á algunos cirujanos no les habrá permitido confiar en la curación.

Al no practicar amputaciones

en los casos de fractura que he indicado se ha tenido profunda fé en la bondad indiscutible de la antisepsia que por camino de gloriosas conquistas vá conduciendo á su apoteósis á la cirugía y legando preciosas reliquias á la humanidad.

Parece que cayese en flagrante contradicción al citar con poco agrado, en globo, las amputaciones que se han ejecutado en casos tan graves como los que se han curado desechando este tratamiento radical. Si se tiene presente que yo reconozco que se ha tratado realmente de casos de amputación en conformidad con muchos autores, pero que no debieron practicarse con tanta ligereza, por los respetos que se merece la cirugía reparadora, no hay contradicción alguna.

Veamos ahora el procedimiento que se ha seguido en la asistencia de nuestros heridos que desde luego, no tiene nada de nuevo pues en muy poco se aparta del que han seguido con igual objeto mis compañeros de los hospitales "Dos de Mayo" y "San Bartolomé".

Para facilitar la exposición dividiré en dos partes el tratamiento nece=

sario en casos de fracturas por arma de fuego.

1ª Parte.— Asepsia del foco con el auxilio del licor de Van Swieten, del Iodoformo, etc. que felizmente están al alcance de todos; colocación de tubos de drain que son mas ventajosos que la gasa iodoformada que se acostumbra colocar en los focos de las fracturas de guerra y oclusión de la herida con el auxilio del algodón iodoformado, boricado, fenicado, etc.

Las ventajas de los tubos de drain sobre la gasa para la curación de las heridas son dos principalmente: 1º La gasa forma en los orificios de la herida una barrera espesa, infranqueable por el pús que impidiendo la libre evacuación de este líquido favorece su peligrosa acumulación en las anfractuosidades del foco; y 2º las esquirlas mas ó menos irregulares de bordes sinuosos, de puntas ~~mas ó menos~~ agudas, que por estar adheridas al periostio es conveniente dejarlas en el foco para que contribuyan á la reparación de la fractura, se enredan, digamos así, en la gasa y al tiempo de sacar esta en la curación se desvian de sus posiciones lo cual

perjudica á los progresos de la curación.

En fin la cura sendo listeriana ó sendo guerenia, puesto que no es el sistema de Lister ni el de A. Guerin absolutos el que seguimos en el tratamiento de nuestros heridos sino una combinación de las dos adaptadas á nuestras necesidades hospitalarias, constituye la primera parte del tratamiento que aconsejo para los heridos con fractura.

2.ª Parte. La inmovilización del miembro herido es una condición indispensable que no debe descuidarse si se quiere obtener los beneficios de este sistema de tratamiento

Las fracturas de guerra comminutas, de los huesos de la cara y aun del cráneo, siempre que el proyectil no ha interesado órganos cuya lesión sea incompatible con la vida, han curado, sin operación previa alguna, limitándose el cirujano á extraer las esquirlas libres y á hacer las curas de ordenanza. Pues bien, creo que en estos casos felices, que han sido tan frecuentes en nuestros hospitales de sangre, ha intervenido en mucho, la natural inmovilidad de los huesos de las regiones craneanas, por cuyo motivo estimo en alto precio terapéutico la in-

movilización de los huesos fracturados y el cirujano al procurar llenar esta indicación imita, en cierto modo, el ejemplo que la naturaleza le dá en el tratamiento de las fracturas de los huesos chatos.

Para conseguir inmovilizar un miembro la Cirugía menor cuenta con numerosos aparatos; pero el Dr. E. Odriozola no ha querido hacer uso de los aparatos clásicos y como si estuviéramos en campaña ha deseado y conseguido que los aparatos de inmovilización sean portátiles y capaces de ser construidos en un momento dado con el vestuario propio del herido: tal es la sencillez de ellos.

En efecto para las fracturas del fémur he hecho uso de un hule de jebe que tiene una vara y media de largo por una de ancho, y de dos colchoncitos de aprecho ó de dos soleras bien arrolladas que me sirven para formar una especie de gotiera donde coloco el miembro herido. Las bandas de esta gotiera se fijan por medio de correas ó de pedazos de venda que en ninguna parte faltan. En esto consiste en resumen todo el aparato necesario para inmovilizar un miembro que como se vé no puede ser más

sencillo.

El hule además del objeto que tiene en la gotiera, sirve en las curaciones para lavar sobre él las heridas sin necesidad de variar la posición del miembro.

En los campos militares donde no es posible conseguir los elementos indicados servirian bastante en lugar del hule el capote ó saco del soldado ó cualquier objeto mas ó menos parecido de su equipo. El cirujano no tendria pues que preocuparse demasiado para colocar con toda precaución y del modo mas satisfactorio, en circunstancias tan urgentes los miembros fracturados de su herido.

Es este, queridos maestros, el trabajo lleno de imperfecciones y escaso de erudición que os presento para que si teneis á bien os digneis concederme el grado de bachiller. Ideas nuevas en clinica ni mayores conocimientos en teoria debeis exigir de vuestro discípulo que ha pasado sus pocos años de estudiante bajo vuestra sabia enseñanza en el anfiteatro y en los hospitales.

Lima, agosto 20 de 1895.

Vº Bueno
Rosas

G. Olano

Lucio

a 29 de Agosto de 1895.

En conformidad con
dispuesto por el artículo 30.º
del Reglamento General de
trucción: Nómbrase para compo
ner el Jurado que deberá es
minar al graduando Don
Guillermo Olano, á los Cat
dráticos DD Sandoval, Jos
y Fernandez Concha.

Rosas

No. de C. 11389
No. de la clasificación

UNMSM - FM - UBHCD
010000072680