

## Contusiones del Abdomen.

*Lección practica dada en la Morgue el 12 de Mayo de 1919.*

POR EL PROF. L. AVENDAÑO

Señores:

El cadáver que tenemos a la vista se le ha traído a este Instituto, con el siguiente parte: «Policía de Lima—3a. Comisaría—Sr. Administrador de la Morgue:—Remito a ese establecimiento el cadáver de Alfredo Heredia, fallecido de resultas de varios malos tratos, encontrado agónico en la Avenida Grau y fallecido en su domicilio Aven. Grau N°. 918, lleva consigo camiseta, pantalón y zapatos—Lima 12 de Mayo de 1919—El jefe de Servicio (firmado) CLAUDIO VILLAVICENCIO». Además, por referencias particulares, se sabe que el occiso tuvo una riña con otro individuo, en la que recibió los maltratos a que se refiere el parte de la policía.

Estamos, pues, en presencia de un caso de muerte violenta, de una muerte por accidente, cuya verdadera causa es la que tenemos que investigar, para ilustrar a la autoridad sobre el modo como ha actuado el traumatismo, indicándole cuál es la lesión que ha ocasionado la muerte de Heredia.

Para ello tenemos que verificar el exámen médico legal de este cadáver, comenzando, como es de precepto, por la inspección exterior.

Se trata, como Uds. ven, del cadáver de un sujeto joven, de 21 años de edad, sexo masculino, raza india, de 1 m.62 cm. de estatura, de constitución fuerte, en buen estado de nutrición, con regular cantidad de panículo adiposo y masas musculares bien desarrolladas. Hay rigidez cadavérica bien marcada en los cuatro miem-

bros, y muy ligera en la nuca. Las livideces cadavéricas, radicadas en la parte posterior del tronco, son poco aparentes; lo que llama la atención pues debían ser bastante intensas, dado el tiempo transcurrido del fallecimiento, doce horas poco más o menos.

Como lesiones traumáticas están perfectamente visibles, las siguientes:

a)—una contusión de segundo grado, redondeada, de 25 m.m. de diámetro, situada en la región malar izquierda;

b)—una contusión de primer grado, más pequeña que la anterior, situada al nivel del ángulo izquierdo del maxilar inferior;

c)—una contusión de primer grado, redondeada de 18 m.m. de diámetro, situada en la región supra hioidea;

d)—escoriaciones en el pabellón de la oreja izquierda, y una pequeña y ligera contusión en el del lado derecho;

e)—escoriaciones extensas en la cara externa del antebrazo izquierdo, y manchas de barro en este antebrazo y en la mano correspondiente; y

f)—una contusión de primer grado, de forma irregular, de 25 m.m. de diámetro, situada en el tercio superior de la cara ántero-interna del brazo izquierdo.

Como Uds. pueden apreciar no hay en el resto de la superficie cutánea, ni en las aberturas naturales, huella alguna de contusión u otro traumatismo, de preferencia en las paredes del cráneo, del tórax y del abdomen que se han escrudiñado con toda minuciosidad.

Como quiera que estas lesiones, probablemente producidas por el puño de un hombre—en una riña, como lo hace sospechar su situación en el lado izquierdo, en actitud de defensa—son insuficientes para haber ocasionado el deceso de este sujeto, tenemos precisamente que efectuar la segunda parte del exámen médico legal del cadáver, es decir, la autopsia. Pero antes de practicar la apertura de las grandes cavidades, debo llamar la atención de Uds. hácia un detalle por demás sugestivo: la palidez de las livideces cadavéricas, debida a la escasa cantidad de sangre que la gravedad ha depositado en los tejidos de la parte posterior del tronco, y que revela que el líquido sanguíneo no ha podido afluir después de la muerte al sistema venoso de la región, porque previamente se ha depositado en otro sitio del organismo. Ya veremos si la autopsia confirma esta presunción.

Procedamos a la necropsia: comenzando por la inspección de las grandes cavidades abdominal y torácica, de preferencia la primera, porque todo hace presumir que es allí donde radica la lesión causante del fallecimiento de este individuo. Se comienza a practicar la incisión clásica para separar el plastrón costo-abdominal, y en

la región del vacío izquierdo aparece con toda claridad una sufusión sanguínea, de unos 30 m.m. de diámetro, debida a la contusión de la primera capa muscular de la pared, es decir del oblicuo mayor de ese lado. Insisto sobre la integridad de la piel a este nivel, en la que no hemos podido notar la más insignificante equímosis.

Apenas penetra el cuchillo en la cavidad del vientre sale una gran cantidad de sangre líquida; está confirmada la sospecha: el traumatismo ha lesionado alguno de los órganos contenidos en la cavidad. Pronto veremos cuál es la víscera comprometida. Se ha levantado todo el plastrón costo-abdominal, se ha derramado casi toda la sangre extravasada; y Uds. pueden ver la gran cantidad de coágulos que hay en la vecindad del bazo y del hígado, más abundantes en la del primero. Hay además sangre líquida depositada en las fosas ilíacas, y el peritoneo parietal y las asas intestinales están ligeramente teñidas por la sangre que ha estado contenida en la cavidad de la serosa.

Desde luego debo decir a Uds. que esta abundante hemorragia puede haber sido ocasionada por los siguientes traumatismos:—una contusión del peritoneo, con rotura consecutiva de alguno de los innúmeros vasos sanguíneos que serpean entre sus hojas;—una contusión con rotura de los órganos parenquimatosos radicados en la cavidad abdominal: el hígado, el bazo o los riñones;—y, una contusión y rasgadura de los órganos huecos, es decir el estómago, los intestinos, la vejiga urinaria y la vesícula biliar. Estas diversas lesiones pueden generarse: sea por una contusión circunscrita, localizada, en que el agente contundente es un cuerpo de mediano o pequeño volumen, redondeado u obtuso, como la punta del pie humano, la pata de un cuadrúpedo, la mano de un hombre, el mango o la culata de una arma de fuego portátil, una piedra, un palo, el ángulo de un mueble, &c. &c.; sea por uno de los grandes traumatismos que producen enormes destrozos, consecutivos a los accidentes ferroviarios o automovilísticos, la caída de un lugar elevado, el aplastamiento o la compresión ejercida por cuerpos grandes, pesados o poderosamente impulsados, &c.; sea, finalmente, por contra golpe, cuando el traumatismo actúa a distancia del órgano comprometido y éste sufre los efectos de la contusión como término de la conmoción que soporta todo el organismo, tal como acontece cuando el sujeto cae sobre los pies y se rompe alguna de las vísceras abdominales.

El órgano más expuesto a la acción de los agentes contundentes es el *hígado*: su gran volumen y su situación lo hacen más accesible a la repercusión del traumatismo, que sí es en extremo violento puede producir una división completa de la víscera. Aquí tienen Uds un hígado con una rotura traumática que lo dividió en dos partes,

faltando en el punto correspondiente a su borde inferior un segmento triangular de unos 4 cm. de base, que se le encontró flotando entre la gran cantidad de sangre que inundaba la cavidad peritoneal. Esta pieza (No. 4—Protocolo N.º. 25) se extrajo del cadáver de un desgraciado carretero, al qué habiendo caído de su vehículo le pasaron las ruedas por encima del cuerpo ocasionándole la muerte inmediata. En este sujeto, cuya piel no ofrecía la más ligera huella de equimosis, habían otros grandes destrozos, entre ellos la fractura de siete costillas. Siguen después en orden de frecuencia:—el bazo: órgano que cuando está hipertrofiado y degenerado por el paludismo se vuelve muy frágil y se desgarrá a la influencia del más ligero golpe, y a las veces hasta por efecto de la contracción muscular fuerte;—el estómago y los intestinos, que cuando están llenos de gases y convertidos en tubos rígidos oponen una poderosa resistencia a la acción del traumatismo;—los riñones, que pueden sufrir la violencia de la contusión por la pared posterior del abdomen, produciéndose así las roturas extra-peritoneales;—y la vejiga, cuya contusión es casi siempre consecutiva a golpes dados sobre el púbis o el periné. La rotura de la vejiga es por lo general un accidente consecutivo al traumatismo inicial, y determinada por el esfacelo de sus diversas túnicas; así sucedió en un gendarme que murió, en el Hospital de San Bartolomé, por rotura de la vejiga y peritonitis sobre aguda, a los cinco días de haber recibido un puntapié que le asestó un compañero suyo. En la mujer grávida, el útero es el órgano más expuesto en tales accidentes, porque entonces ocupa en su mayor parte la cavidad del vientre.

Pasemos a examinar en detalle cada una de las vísceras abdominales en el cadáver de Heredia. El hígado, de aspecto normal, está hipertrofiado pues tiene 2,250 gramos de peso, pero no presenta huella de contusión o rasgadura. El bazo, grande con 710 gramos de peso, está friable, y tiene una extensa desgarradura que partiendo de su polo inferior avanza hasta el hilio, en una extensión de 11 cm. y una profundidad variable de 6 a 8 m.m. El estómago, grande, algo dilatado, contiene sustancias alimenticias líquidas, con pronunciado olor alcohólico. Los demás órganos, como Uds. ven, no presentan nada de anormal.

En la cavidad torácica hay débiles adherencias pleurales en ambos lados, secuela de antiguos procesos flogósicos, pero no hay lesión alguna en el corazón o los pulmones.

En el resto del organismo no hay nada que llame la atención.

En vista del resultado de la autopsia estamos autorizados para asegurar que Heredia ha fallecido a consecuencia de una rotura traumática del bazo y la hemorragia interna consecutiva. Dado el

sitio de la rotura, su poca profundidad y la enorme cantidad de sangre extravasada, es casi seguro que ha habido alguna lesión de continuidad en el hilio, en alguna de las cuatro o cinco ramas en que se divide la arteria esplénica y que penetran en el parénquima.

Ya veremos después si esta gravísima lesión del bazo, verdaderamente de necesidad mortal, ha sido producida únicamente por el traumatismo o si le toca alguna participación en esta catástrofe al estado anterior del órgano.

He insistido bastante sobre el hecho de que en este caso, como Uds. han tenido oportunidad de verlo, no ha habido huella alguna de contusión en las paredes del vientre, no obstante de haber existido una fuerte contusión con rasgadura del bazo, tan grave que ha ocasionado la muerte del sujeto. Esta ausencia de equimosis que siempre se la observa en las grandes contusiones, no sólo de los órganos encerrados en la cavidad abdominal, sino también, aunque con menor frecuencia, en los contenidos en las cavidades torácica y cefálica, es algo que llama mucho la atención de los profanos y que constituye una de las peculiaridades médico-legales de esta clase de traumatismos; y cuya explicación es necesario conozcan Uds., con toda minuciosidad, para que puedan expedirse de modo conveniente en el momento oportuno.

Voy, pues, a indicarles como actúan las contusiones en las paredes del vientre, y como repercuten sobre los órganos profundos. Pero para ello es conveniente que rememoremos la constitución anatómica de los planos que circundan la cavidad abdominal: conocimiento que nos permitirá apreciar la resistencia que pueden oponer cada una de las paredes a la violencia del traumatismo.

La cavidad abdominal limitada hácia arriba por el músculo diafragma, que la separa de la cavidad torácica, se confunde por abajo con la cavidad de la pelvis, en la que penetra el peritoneo para tapizar los órganos allí contenidos y formar los senos inferiores de la serosa, los fondos de saco que cierran así el vientre en esta región. Puede, pues, aceptarse que el esqueleto de la pelvis y los planos musculares del periné y del ano constituyen el límite inferior de la cavidad ventral, desde el punto de vista de la resistencia que pueda oponer ésta a la acción de los agentes exteriores. Desde luego, las contusiones más o menos intensas que inciden directamente sobre las paredes del abdomen, rara vez repercuten sobre el diafragma o sobre los órganos pelvianos: salvo los casos de grandes descalabros o aplastamientos, en que actuando los traumatismos con excesiva violencia se originan enormes destrozos en todas las vísceras torácicas, abdominales y pelvianas. El diafragma, en los grandes esfuerzos y en las profundas inspiraciones se pone rígido, desciende,

restringe algo la cavidad del vientre y aumenta la presión abdominal.

Cuanto a las paredes propias del abdomen, sean la anterior, posterior y laterales, ofrecen en su estructura, en su constitución, diríase en su arquitectura, particularidades especiales que precisa conocer para el objeto que perseguimos; punto de vista desde el que conviene dividir las en dos regiones: posterior y ántero-lateral.

La pared posterior, cuya longitud es igual a la porción lumbar de la columna vertebral, se extiende desde las últimas costillas flotantes a la cresta de los huesos iliacos. Está formada por las vértebras lumbares, el esqueleto de la región, unidas por poderosos ligamentos, y cuyas apófisis trasversas, las más grandes de todas, parecen continuar la serie de las falsas costillas. Cubren a las vértebras lumbares, procediendo de fuera adentro: la piel, gruesa e inextensible; los ligamentos bien fuertes, que unen las apófisis espinosas de las vértebras correspondientes; la parte inferior del músculo gran dorsal y la aponeurosis lumbo-sacra; las masas musculares del raquis, formadas por los músculos sacro-lumbar, largo dorsal y trasversal espinoso, doblados por sus aponeurosis respectivas; y, los músculos de la región lumbo-ilíaca, a saber el gran psoas, el pequeño psoas y el cuadrado de los lomos.

La pared ántero-lateral, se extiende, en la línea media desde el apéndice xifoides del esternón hasta el púbis; en su parte superior y a los lados disminuye de longitud siguiendo la curva del reborde costal, y en su límite inferior asciende por el pliegue ínguino-crural hasta encontrarse con los linderos de la pared posterior. Además, de la piel, no muy gruesa, bastante extensible existen:—en la parte anterior, los dos músculos grandes rectos del abdomen y los piramidales envueltos en una vaina fibrosa formada por las aponeurosis de los músculos de la región lateral, que se entrecruzan en el borde externo de ambos rectos para constituir la banda fibrosa, resistente, que se conoce con el nombre de *línea blanca*;—en las zonas laterales, hay tres planos musculares, el gran oblicuo, el pequeño oblicuo, y el trasverso, cuyas fibras se entrecruzan, y cuyas aponeurosis de inserción terminan por delante en la línea blanca, como queda dicho, se continúan por arriba y por detrás con las de los músculos del tórax y del raquis, y se insertan por abajo en las crestas de los huesos iliacos.

Como Uds. ven, es muy distinta la estructura de las paredes del abdomen en sus secciones posteriores y ántero-laterales. La primera, de muy corta longitud, forma un todo sólido y compacto, de gran resistencia, como que sus elementos constitutivos contribuyen al sostenimiento del cuerpo en la estación de pié: es una valla

poderosa, en la que los agentes exteriores encuentran un serio obstáculo para poder lesionar los órganos contenidos en la cavidad abdominal. En cambio la región ántero-lateral, muy extensa, es flácida, depresible; y así como se distiende con gran facilidad en la preñez y en algunos procesos morbosos, también se deja deprimir a cualquier esfuerzo de mucha o poca energía, en la simple exploración manual, por ejemplo.

Saben Uds. que la contusión es el aplastamiento de los tejidos blandos por una violencia exterior, sin solución de continuidad en la piel. Es, como dice LECHA-MARZO, una lesión traumática en que la diéresis es generada por presión y se acompaña de atricción de los tejidos en el punto lesionado. Cuando el agente contundente divide la piel, entonces se produce una herida contusa. Si bien después de la contusión se conserva la integridad de la piel, hay rotura de los pequeños vasos, sufusión sanguínea, elongación de los haces fibrosos y rasgadura de las fibras musculares. La extravasación sanguínea que se infiltra entre las mallas de los tejidos constituye las *equimosis*, cuya evolución es bien conocida por Uds.; equimosis que, de poca intensidad, pueden verse perfectamente en este cadáver.

Pero para que se produzcan las equimosis, manifestación ostensible de la contusión, puesto que revelan la atricción de los tejidos, son necesarias dos condiciones, que ya fueron indicadas por FANO hace muchos años, en 1869:—una potencia, la que en mecánica se designa con el nombre de *energía cinética*, es decir, la capacidad que adquiere un cuerpo de verificar un trabajo al ser puesto en movimiento, trabajo que se avalúa en kilográmetros y cuya intensidad será mayor o menor según el grado del impulso dado al cuerpo; y una resistencia en la que se agota la energía cinética. «Si la potencia actúa sola, no hay compresión y entonces el órgano escapa a la contusión; si al contrario el órgano tiene un punto de apoyo sólido es presionado entre éste último y la potencia, y como los tejidos orgánicos no son compresibles, se aplastan o se desgarran.»

Apliquemos este principio de mecánica a las contusiones que actúan sobre las paredes del vientre, y supongamos que un cuerpo, el pié de un hombre o una piedra, por ej., animado por la misma energía cinética—avaluémola equivalente a cinco kilográmetros—ataca sucesivamente la pared posterior y la pared ántero-lateral del abdomen de un sujeto dado. En la primera, sólida, compacta, encuentra un punto de apoyo, una resistencia capaz de soportar más o menos los cinco kilográmetros supuestos; y de la oposición de las dos fuerzas resulta la compresión de los tejidos, su atricción, se produce la contusión y se genera la equimosis. En la segunda las cosas pasan de distinto modo: aquí la pared es flácida, casi no opone

resistencia alguna a la fuerza desarrollada por el movimiento del cuerpo contundente, la energía desplegada atraviesa las cubiertas del vientre sin obstáculo alguno, y es sólo en el interior que los órganos se encuentran presionados entre la potencia y la resistencia representada por la pared posterior, en la que sí hay sólido punto de apoyo. Por eso la equimosis no se produce ni en la piel, ni en los planos musculares, casi siempre en relajación, y son las vísceras las que sufren el efecto de la energía cinética, y se contunden o se rompen según los casos. Puede asimilarse esto que pasa en las paredes del vientre, en presencia de una fuerza contunsiva, con lo que se observa en un depósito de agua en el que se deja caer un cuerpo pesado, una piedra, por ejemplo. Al ser desalojada el agua por el cuerpo extraño, se genera un movimiento que se exterioriza por las ondas que parten del punto golpeado, permítaseme la frase, y van a terminar en las paredes del depósito. Si se interpone en el curso de las ondas un cuerpo sólido, resistente, entonces las ondas retroceden; pero si se interpone una tela delgada, una gasa, las ondas la atraviesan y continúan su marcha hasta encontrar la verdadera resistencia. Supongamos ahora que el cuerpo contundente actúe animado de una energía cinética que represente sólo medio o un kilográmetro, cuyo agotamiento puede efectuarse con una resistencia menor, como la que puede oponer la pared del vientre, entonces los efectos de la contusión se ejercitan sobre dicha pared y se generan las equimosis correspondientes. Supongamos, finalmente, que la energía cinética de que está animada el cuerpo vulnerante sea muy grande, de decenas o centenas de kilográmetros, excesiva con relación a la resistencia que pueden oponer las paredes del vientre, tanto la posterior como la anterolateral: en tal coyuntura, la potencia destroza, tritura los tejidos: es lo que acontece en los grandes aplastamientos, en los accidentes ferroviarios o automovilísticos, en los derrumbamientos, &c., en los que las paredes y los órganos internos se convierten en una magma informe. Pero aún en tales condiciones, la piel de la pared anterior del abdomen queda intacta, la fuerza contunsiva, poderosa y todo, no la secciona: así tuvimos oportunidad de verlo, en esta aula el año anterior, en el cadáver de un sujeto (*Protocolo N.º 50*) que fué triturado por un convoy del Ferrocarril Central en la estación de Viterbo, cuyas ruedas le pasaron por el tronco, dividiendo la columna vertebral y en el que la piel del vientre era el único medio de unión de ambas porciones de cuerpo. Me parece lo dicho suficiente para que Uds. puedan apreciar el porqué cuando el traumatismo contundente actúa con alguna violencia sobre la pared ántero-lateral del abdomen, no hay equimosis externa que denuncie la contusión.



Analicemos los detalles referentes al presente caso. Parece probado, según las informaciones recogidas en este Instituto, que Heredia sostuvo una riña durante la que le fueron inferidos los maltratos revelados por las contusiones descritas hace poco, y que Uds. han visto, con toda claridad. Además Uds. han podido apreciar una contusión del músculo oblicuo mayor del abdomen, en el lado izquierdo, sin equimosis de la piel: contusión que ha podido producirse porque con seguridad en el momento de actuar el cuerpo contundente el músculo ha estado en contracción, duro y en condiciones de oponer resistencia a la potencia de la energía cinética; contracción que se explica por los movimientos del sujeto en las diversas posiciones de ataque y defensa, a pesar de lo que la piel estuvo flácida y se libró de la contusión. También recibió Heredia un golpe más intenso, de mayor potencia, que atravesó la pared sin lesionarla y que repercutió sobre el bazo, cuyo parénquima se rasgó, en muy regular extensión, provocando una profusa hemorragia interna y la muerte rápida del sujeto.

La rotura del bazo consecutiva a contusiones inferidas sobre la pared ántero-lateral del abdomen o por contragolpe (caída sobre los pies o sobre las nalgas), es decir las roturas traumáticas de esta víscera, son relativamente frecuentes en Lima; lo que se debe a que con motivo de la endemia palúdica, son muchos los individuos cuyo bazo está hipertrofiado, degenerado y hasta reblandecido por los estragos de la malaria. Se corrobora entre nosotros la observación hecha de antaño por los prácticos que ejercen en los países tropicales, de que la degeneración del bazo resultante de la acción del agente patógeno del paludismo lo predispone a su rotura traumática: es decir, que una potencia *cinética* como *uno* insuficiente para determinar la rasgadura de la víscera sana, desarrolla suficiente fuerzas para producirla en el órgano enfermo. En algunos casos el reblandecimiento del bazo es tan acentuado, que casi se ha convertido en una papilla difluente, y entonces puede producirse la rotura *expontánea*, sea por la sola contracción muscular o por una palpación practicada con poco cuidado.

Que la rotura traumática del bazo es la más frecuente en Lima y sus alrededores, entre las rasgaduras del mismo origen de las otras vísceras abdominales, lo prueba el hecho de que en el corto tiempo que funciona este Instituto, se han registrado ya cinco casos de compromiso del bazo y sólo uno de lesión del hígado; habiendo sido la causa eficiente de este último un poderoso traumatismo, aplastamiento por el peso de una carreta. Y entre los recuerdos que conservo de lesiones de otras vísceras, figura una rotura de la vejiga urinaria, producida por un puntapié recibido en la región hipogás-

trica, que determinó la muerte del sujeto a los cinco días de recibido el golpe.

Revisando los documentos de nuestra literatura médica he encontrado los siguientes casos, que voy a relatarles muy sucintamente, porque su conocimiento ha de servirnos para dilucidar el tópico que motiva la presente lesión.

El 28 de diciembre de 1892, los señores médicos de policía, Profesores TOMAS SALAZAR y DAVID MATTO, practicaron la autopsia del soldado Plácido Salazar, que murió a consecuencia de una rotura traumática del bazo producida por los golpes que le asestara un compañero suyo. Los peritos, en este caso, concluyeron aceptando que el paludismo fué la causa predisponente de la rotura del órgano, que no habría podido realizarse sino hubiera estado ya degenerado.

El 15 de julio de 1901, la Corte Superior de Lima, con motivo de la muerte de Rufina Aragón, consultó a la Academia Nacional de Medicina sobre la posibilidad de la rotura espontánea del bazo, hipertrofiado y reblandecido por la malaria. Los informantes, Profesores BARRIOS y AVENDAÑO y Dr. GERARDO BRAVO, aceptando en tésis general la posibilidad de la rotura espontánea, concluyeron porqué en el caso de la Aragón el traumatismo había sido la causa determinante de la lesión.

El 19 de marzo de 1908, el árabe Dergá y el japonés Ochuki sostuvieron en plena red urbana una disputa por una insignificante nimiedad. En el curso de la insustancial palabrería que surge inevitablemente en tales circunstancias, Dergá dió una puñada en el vientre a Ochuki que cayó fulminado, muriendo en el acto. La necropsia ejecutada por los señores médicos de policía Profesores TOMAS SALAZAR y WENCESLAO SALAZAR, reveló una rotura traumática del bazo; pero también permitió comprobar que éste órgano enormemente aumentado de volumen se hallaba reblandecido en grado máximo. El Dr. OLANO hizo un notable estudio de este caso—estudio que se registra en las columnas de «La Crónica Médica»—defendiendo la irresponsabilidad del agente, fundándose en la circunstancia de que el hecho había sido completamente casual y extraño a toda idea de delincuencia. En este caso es indudable que el fallecimiento se debió de modo preferente a los estragos del paludismo. La autorizada opinión del Dr. OLANO fué debidamente apreciada por el poder judicial, que declaró a Dergá exento de toda culpa.

En los tres casos anteriores a éste, cuyas piezas anatómicas se conservan en el museo de la Morgue, se comprobaron, por medio de la autopsia, junto con la rotura del bazo las lesiones características del paludismo crónico.

En el caso de Heredia, cuya necropsia acaba de practicarse en presencia de Uds., ¿cuál es la causa que ha primado para producir la muerte, el traumatismo o la malaria?: creo que en este caso no puede negarse la eficaz influencia del traumatismo. Ciertamente que el bazo que tenemos a la vista está hipertrofiado y reblandecido, pero no lo está tanto que pueda rasgarse con gran facilidad, ni la esplenomegalia ha alcanzado ese volumen colosal que con frecuencia se observa en los procesos crónicos inveterados. Hay algo más, Heredia sostuvo una verdadera lucha con su contrario: en el rostro, en el miembro superior izquierdo y en la pared del vientre del mismo lado están evidentes las huellas de las contusiones recibidas. Todo, pues, demuestra que si este sujeto no hubiera sufrido los maltratos descritos, habría podido continuar viviendo y curarse del paludismo que lo aquejaba, que aún distaba mucho de llegar a la caquexia.

La forma de la rasgadura que presenta el bazo que estudiamos, no es la que se observa con más frecuencia: Uds. ven que la efracción parte de la extremidad inferior del órgano y sigue por su cara interna hasta el hilio del mismo. No es esto lo corriente, pues como pueden apreciarlo en las piezas del museo que les presento—una recogida por el jefe de los trabajos prácticos del curso Dr. G. FERNANDEZ DAVILA el año anterior, y dos (*Protocolos N.º 47 y 101*) extraídas en autopsias ejecutadas en este Instituto—la rotura sigue la dirección transversal del órgano. Es probable, que en Heredia también haya actuado alguna fuerza por contragolpe.

La rotura traumática del bazo con ser un accidente muy grave, no es siempre de necesidad mortal. Aunque la rasgadura comprometa el parénquima y la cápsula, si es de poca extensión y de escasa profundidad, puede salvarse al sujeto mediante una rápida intervención operatoria: una esplenectomía. Es preciso, pues, estudiar cada caso particular con bastante minuciosidad, para deslindar la parte que corresponde al traumatismo de la que debe atribuirse a la decidia y a la falta de asistencia oportuna y competente. Les he dicho, antes de ahora, que el caso de Heredia era de necesidad mortal; y pienso así, porque el compromiso del hilio del órgano no habría permitido la práctica de la intervención, por rápida que hubiese podido efectuarse.

Algunas veces la rotura traumática del bazo no es completa, es sólo el parénquima el que se rasga, conservándose la cápsula sin lesión de continuidad. Como entonces no hay derrame de sangre en la cavidad del peritoneo, es posible la supervivencia y aún la curación definitiva sin el auxilio de la cirugía. Y es precisamente en tales casos que la intervención operatoria es salvadora para el sujeto. El Dr. A. DAMMERT, dió cuenta en la sesión celebrada por la So-

ciudad Clínica del Hospital de Sta. Ana, el 5 de setiembre de 1915, de haber practicado una esplenectomía por rotura traumática intracapsular del bazo a los 15 días del accidente, obteniendo la curación del paciente.

Un último punto que debemos contemplar es la responsabilidad del sujeto que propinó a Heredia los maltratos que ocasionaron su fallecimiento. Aunque la resolución de este problema es del resorte del poder judicial, y la misión del perito se reduce a proporcionar a la justicia los datos necesarios para que ella pueda graduar la responsabilidad del agente, sin embargo, es conveniente que diga a Uds. lo siguiente: para poder dar una respuesta categórica en este punto, sería necesario saber si Heredia fué el provocador de la riña o si actuó en legítima defensa, pues la situación del que riñó con él es muy distinta, ante las disposiciones del código, según se encuentre comprendido en una de las eventualidades supuestas.

