

SANATORIO
MADRAZO

BOLETIN

DE

CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

E. D. Madrazo.

Juan Herrera.

Mariano Morales.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Manuel Pelayo.

José Teresa.

Agustín Camison.

SUMARIO

Trabajos originales

ENRIQUE D. MADRAZO, **Mis propósitos.**—VICENTE QUINTANA, **Tratamiento de las Forunculosis.**—JOSÉ TERESA BEDERA, **Prosta-tectomía Freyer, cuidados pre y post-operatorios.**—JOAQUÍN SANTIUSTE, **Ligeras observaciones sobre algunos operados de cáncer intra y extra-laríngeo.**—JUAN HERRE-RA ORIA, **Rotura espontánea del útero. Hidrocéfalo.**

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGÍA

Un número mensual

Tirada: 3.000 ejemplares

SANATORIO
MADRAZO

ANUNCIOS

TARIFA GENERAL

BOLETIN

DE

CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

E. D. Madrazo.

Juan Herrera.

Muriano Morales.

Vicente Quintana.

Joaquin Santiuste.

Manuel Pelayo.

José Teresa.

Agustín Camison.

SUMARIO

Trabajos originales

ENRIQUE D. MADRAZO, **Mis propósitos.**—VICENTE QUINTANA, **Tratamiento de las Forunculosis.**—JOSÉ TERESA BEDERA, **Prostactomía Freyer, cuidados pre y post-operatorios.**—JOAQUÍN SANTIUSTE, **Ligeras observaciones sobre algunos operados de cáncer intra y extra-laríngeo.**—JUAN HERRERA ORIA, **Rotura espontánea del útero. Hidrocéfalo.**

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGÍA

Un número mensual

Tirada: 3.000 ejemplares

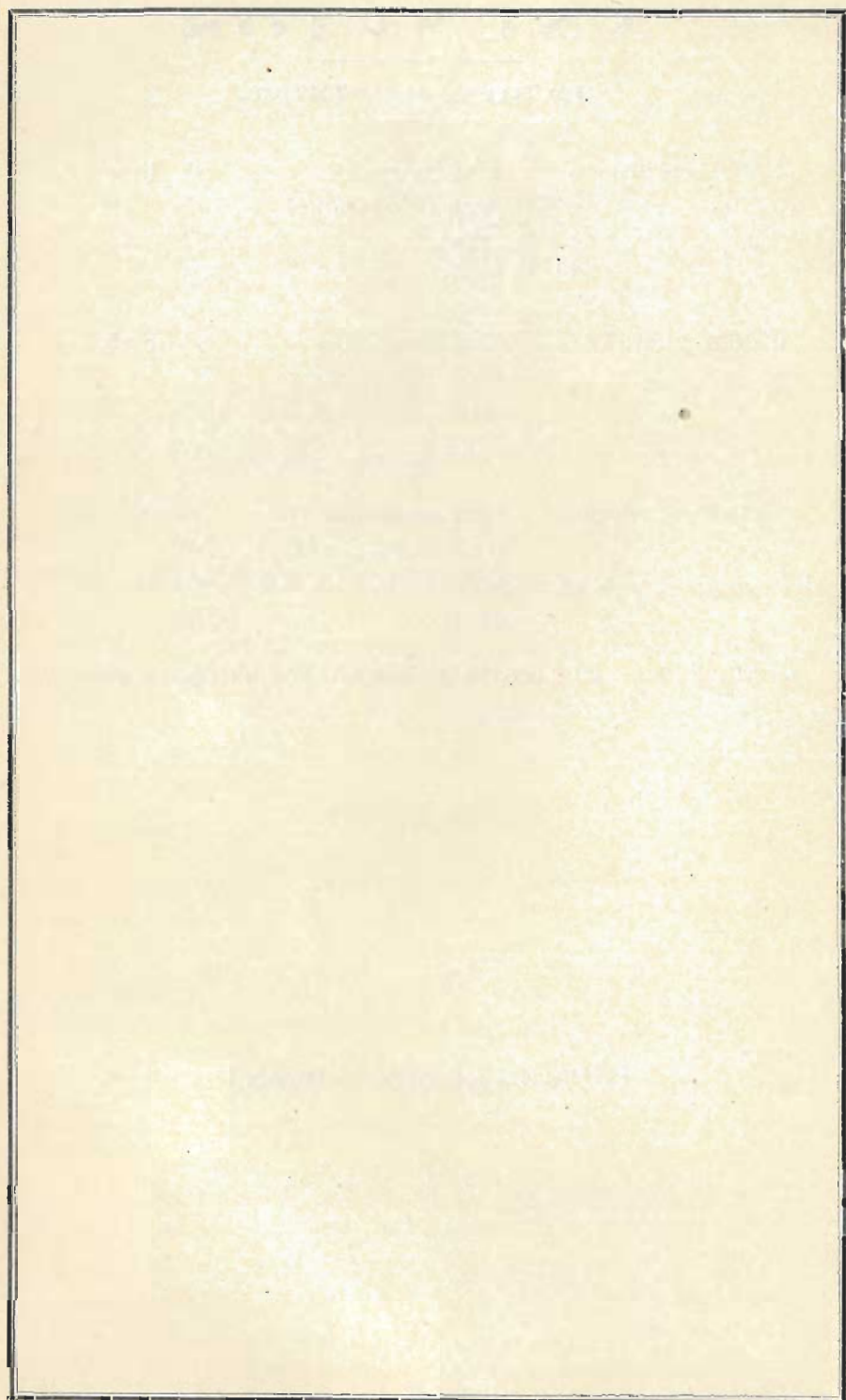
ANUNCIOS

TARIFA GENERAL

Plana entera	una inserción	50	PESETAS
" "	tres inserciones	147	"
" "	seis "	282	"
" "	doce "	504	"
Media plana	una inserción	30	PESETAS
" "	tres inserciones	87	"
" "	seis "	162	"
" "	doce "	264	"
Cuarto de plana	una inserción	18	PESETAS
" "	tres inserciones	51	"
" "	seis "	90	"
" "	doce "	120	"

CONDICIONES.—El pago de las inserciones será por adelantado.

ESPACIO DE MEDIA PLANA



BOLETIN

DE

CIRUGÍA

I.—Original.

MIS PROPÓSITOS

Por Enrique D. Madrazo.

Ha muchos años, en mis pequeñas intimidades con los compañeros de este Sanatorio, mas bien con mis hijos espirituales, dejé caer el pensamiento de dar á conocer la labor en que nos ejercitábamos. ¡Pobre idea mía! Resultó inoportuna. Cayó en el olvido... Y en silencio continuamos amontonando sucesos quirúrgicos, que ora nos entristecían ó ya levantaban alegres nuestros corazones.

Pasan los tiempos y vuelvo á insistir.—¿Por qué no dar á conocer nuestras impresiones quirúrgicas? En ello no veía mal alguno; no perjudicaba al Sanatorio, puesto que servía de propaganda, y bajo el punto de vista técnico y moral juzgaba de imperiosa obligación llevar al mercado de las ideas las nuestras; no por suponerlas mejores; sino para contrastarlas con las de los demás: al fin, en este ambiente de diaria crítica y constante comparación se va construyendo poco á poco la ciencia.

¿Temen ustedes, decía, á los que iban á ser colaboradores, salir á la palestra con las ruines armas de su corta experiencia?

En verdad, que humildes deben ser los que tienen conciencia de la imperfección de los sentidos, ante la pesadumbre de los hechos. No debemos ser altivos ni arrogantes. Muchos años de experiencia son pocos años para saber acertar. Son muchas las observaciones que se precisan para escribir bien cortas líneas. Por muy larga que sea una vida será corto lo descubierto por ella; pero mal que nos pese, así, y no de otra parsimonia va llegando el humano conocimiento de las cosas.—Con esta pertinaz labor, y estos granitos de arena, se irán levantando montañas que descubran horizontes anchurosos, cielos de luces, alegres cielos.

Es cierto que no sois viejos, queridos compañeros, pero el medio en que os agitáis de intensa Cirujía sacude constante vuestra imaginación; y estos graves asuntos que andan en vuestras manos remueven viejas cenizas, os recuerdan éxitos y fracasos de empeños pasados que despiertan y afirman convicciones, que, como os decía, tenéis el deber de exponer. ¿Qué vuestra pluma desacostumbrada al buen gusto literario va tarda y estropajosa?... No paréis en ello mientes, y seguid adelante: Vuestro público de técnicos amables os sabrá dispensar, más atento á la substancia de la cosa, que á la forma que ponéis en ofrecerla; y, sobre todo, dejad al tiempo y al buen gusto venideros estos primeros tropiezos de la gramática y la retórica, que, aunque nunca están demás, son menesteres menos urgentes que la astucia de una pinza estratégicamente colocada, en previsión de un surtidor de sangre, por donde á borbotones se escapa la vida.

Aquí, en el primer número de este BOLETÍN, que va siendo de los últimos de mis trabajos, debo dar las gracias á estos mis compañeros, amigos y discípulos, pues de todo han tenido y gastado conmigo dentro del Sanatorio, digo que les doy las gracias por haberse dejado convencer, y, en vez de recluirse en la silenciosa sala de operaciones, saquen al bullicio de la plaza pública el fruto de sus enseñanzas. Además, mi vanidad, quizás, entra por algo en esta empresa; no sé por qué se me figura, que cuando ellos hablen, es un poco de mi espíritu el que se posa en su lengua y hable con ellos; son aquellas turbaciones, aquellas alegrías, mis esperanzas y pesimismo de aquellos días trágicos los que salten de los puntos de sus plumas; y, como

padre viejo y vanidoso me sentiré remozar en las obras de los hijos y veré gallardías y guapezas, en donde los demás y el el buen sentido, sólo ordinario y natural acaecimiento descubra; pero el viejo soñara cosas alegres, y de alegría me sirve el pensar que no dejarán á medio hacer la obra por mi comenzada... que yo bien quería que á mi patria diese fruto de Cirujanos, fruto de maestría en el arte del bisturí: Ellos saben que mi fantasía gustó de poner los ojos muy en alto; ¿qué me importa no haber llegado si engendré hijos que llegarán? Y, quién sabe, los tiempos cambian, y cambian también los hombres, y, quizás, con otro ambiente, si perseveráis en mis optimismos, con cuerpos jóvenes y poderosa voluntad, llegaréis al ideal honroso que yo acariciaba; el de enseñar á otros, á muchos, lo que á mí no me enseñaron en casa y tuve que peregrinar para aprender.

Los colaboradores de este BOLETÍN van á ser los mismos Cirujanos que constituyen el organismo operatorio de la casa. Aun cuando todos vivimos en constante intimidad, y en todos los casos conjuntamente intervenimos, fieles á la enseña de la división del trabajo, cada uno tiene asignada su esfera de acción; de manera que la obra resulte fácil, pronta y bien hecha.

Ante un suceso patológico, mi norma de conducta, respecto á mis compañeros, fué la de que cada uno guardara siempre su personal independencia. Lo cual no quiere decir que por sistema se diagnosticara y pronosticara en desacuerdo con los demás; sino que sustrayéndose á la influencia de los otros, cada cual aprendiera á desatarse de las propias sugestiones. Hacer de modo que la personalidad resultara por sí sola, y tal cual ella era, apoyada en la observación serena de los hechos, y en juicios comparativos de su peculiar iniciativa. En este ambiente de absoluta libertad y leal franqueza se han discutido y contrastado diariamente entre nosotros opiniones, ya conformes, ya contradictorias, sin que apareciese carácter magistral por parte alguna. Nada de subordinación intelectual; sólo la tiranía de los hechos posteriores había de acreditar los aciertos. El Cirujano que no tiene su particular manera de juzgar y de hacer, por mucho que haya visto y le hayan enseñado, jamás llegará á tener conciencia quirúrgica, que será como faltarle la inmediata y decidida resolución á los urgentes y variados problemas que, á cada momento, se ofrecen en su camino. Las determinaciones quirúrgi-

cas son muy graves y se precisa ir á ellas bien convencido, sin incertidumbres que hagan titubear el bistorí.

En este BOLETÍN no vamos á quebrantar ninguno de los fundamentos del arte de la Cirujía; nuestro empeño, repito, será modesto; nuestras impresiones no tendrán novedades científicas; ni arrogancias de cosas nuevas, ni soberbia de nuestra destreza. Lo nuevo en la ciencia aparece de muy tarde en tarde: sólo noticias de todos conocidas; casos patológicos é intervenciones que el lector vió ó de ellas oyó hablar. Los trabajos científicos en nuestra Patria, aunque magníficos en calidad, son desgraciadamente bien pocos; y los nuestros, aunque humildes, los debemos traer á colación, seguros de que en su multiplicación se ha de buscar la grandeza.

Como aquí en este Sanatorio, sólo Cirujía se practica, de Cirujía sólo hablaremos. Si alguna vez se tocan los procesos, llamados médicos, será en aquella parte que se relaciona con la Cirujía.

¿Nada más que esto pretende usted con sus BOLETINES?... Estoy viendo á más de un compañero sonreír con su pizca de ironía. ¿Ninguna otra intención corre cautelosa bajo esas líneas? ¿Todo es sacrificio?... Sí; me apresuro á contestar, hay algo más: yo tengo también mis egoísmos; y además, sigo siendo el perpetuo optimista, y no he perdido aún la esperanza de mis primeros amores. Ya sabéis que hace muchos años, tantos como tiene este Sanatorio, soñé con enseñar la cirujía; y profesor oficial de una de las más populosas Universidades de España, huí con el propósito de buscar en otra parte el ambiente que me negaba el Estado. Sí; con sueños en la cabeza y rabia en el corazón me disponía á hacer competencia á la enseñanza oficial: Mi alma caliente quería brazos amorosos, y mis entusiasmos se tornaron á esta tierra que me había robado el espíritu... ¡Ilusión mía! ¡equivocación mía!... Aquí tampoco había ambiente. Ni corporaciones, ni clase directora, ni los mismos compañeros estaban conmigo: No me comprendieron... ¡Este fué mi sueño! Mi optimismo no lo había previsto... Todo estaba quieto... ¿Dormido? ¿muerto?... ¡Me lo he preguntado en horas de melancolía!... Pero de nuevo se disipaban las nieblas y la esperanza renacía en mi alma...— Hay que saber esperar, me decía.—Lo que hoy rechazan los hombres, lo piden mañana locos de entusiasmo. ¿Será verdad

que llegó la oportunidad?... ¿Despierta? ¿Rompese ese punto muerto que tanto cuesta en mecánica y al hombre para volar? Pronto lo veremos. Pero ni me entrego, ni quiero dejar de creer, que esta tierra que tanto amé, me dará la alegría de ver una Escuela de Cirujanos al amparo de sus montañas. Ni por unas pesetas fundé el Sanatorio de la Vega, ni en codicia de riqueza vine á Santander. Lo que entonces dije, ahora repito: puesto que el Estado no viene en ayuda de sus hijos seamos nosotros los salvadores; esta es nuestra obligación; perdonémosle y sigamos adelante con el corazón puesto en mayores gradezas que las suyas. Tengamos la seguridad que más pronto ó más tarde él vendrá á nosotros.

Por y para estas aspiraciones he vivido; y por si el destino tiene otros decretos que cumplir, quiero ver á mis discípulos marchar de la mano, y mirando al cielo.

En estos momentos, que quizá por ser de próxima separación, llevan cierto sello de tristeza—la impotencia me despide de la sala de operaciones, que urgente pide vista, tacto, fortaleza y agilidad que la vejez no pueden dar—en estos momentos, deposito en vuestras manos y en vuestros corazones mi espíritu para que continuéis con la misma fe mi ideal de humanidad.

No os canséis de ir más allá, ni de ser buenos: sólo en el ejercicio de la bondad hallaréis la alegría de la vida.

II.—Original.

TRATAMIENTO DE LAS FORUNCULOSIS

Por Vicente Quintana.

Llamamos forunculosis quirúrgicas, á las que no son debidas á estados ó predisposiciones individuales, sino á las producidas por infecciones piógenas en los brazos ó manos de los cirujanos, y en las partes próximas á un foco séptico de nuestros enfermos; y, en general, á toda forunculosis aguda. Queremos referirnos en este artículo á las forunculosis que por su agudeza exigen un tratamiento quirúrgico, considerando como médicas las habituales en algunos individuos en ciertas regiones, la de la nuca y glútea, por ejemplo. La importancia de un tratamiento rápido en estos casos es muy interesante, porque pone primero en condiciones de operar, al cirujano infectado, y al enfermo de ser operado, alejando los peligros de sepsis que tiene una operación hecha bajo estas desfavorables condiciones.

He tenido ocasión de ver á uno de los más célebres cirujanos alemanes, un mes sin poder operar por una forunculosis en los brazos, y después, varios días, sometiénolos á curas dolorosísimas, á verdaderas torturas, que he tenido yo que sufrir también varias veces, y que hoy, en fuerza de práctica y mejora del procedimiento curativo y preventivo, me evito, pues hace más de dos años que combato seguramente este accidente desde que se presenta. Me ha ocurrido muchas veces ir en consulta á ver enfermos sépticos á los cuales el médico de cabecera les hacía la cura diaria, y estos médicos se extrañaban de las precauciones que yo tomaba para no infectarme, precauciones que á ellos no les hacían tanta falta, porque no teniendo que hacer más curas en el día, su epitelio resistía mejor la siembra que el mío. El cirujano que somete sus brazos á cuarenta ó cincuenta jabonaduras diarias, desepitelializa el dermis, abriendo la puerta á las infecciones.

El médico práctico debe estar bien convencido de que con

un tratamiento oportuno no solo ahorrará sufrimientos á los enfermos de forunculosis, sino que les evitará serias complicaciones.

Antes de enumerar los medios preventivos y curativos, describiremos, brevemente, los síntomas del forúnculo.

Se señala su presencia por un picor mas ó menos agudo, según la virulencia del germen, que dura unas 8 ó 20 horas, y que desaparece con la formación de una pequeña vesícula de pus; alrededor de esta hay una zona de tejido hiperhemiado y algo levantado, por la infiltración del tejido sobre el plano de la piel, en relación directa, su tamaño, con el de la vesícula y con el picor. Si el agente tiene poca virulencia, al reventarse esta vesícula, viene la curación, (esto más bien que forúnculo es folliculitis), pero si el germen es muy activo ó ha llegado á la profundidad del folículo piloso, ó á la glándula sudorípara, aunque se vacíe la vesícula superficial, aumenta la zona de hiperhemia queda un dolor sordo producido por la tensión constante de los tejidos y se forma un absceso dérmico que rodea al folículo piloso y que facilita su eliminación. Si se deja evolucionar sin abrir este absceso, se revienta espontáneamente al fin de la primera semana, saliendo el pus por uno de los puntos de su periferia. Con esto se alivian los dolores y sigue con intermitencias formando y evacuándose el pus hasta el fin de la segunda semana en que la necrosis termina. Con el último pus sale el tejido mortificado, ó clavo, que por todos conceptos merece este nombre. Si analizamos este pus veremos que el forúnculo es producido, casi siempre, por los estafilococos, principalmente por el dorado y blanco, y rara vez por los estreptococos.

Con razón llama Kocher al forúnculo una *Stafilomicosis circumscripta del cutis*.

El trabajo de reparación emplea otra semana en cerrar la cavidad que dejó el clavo; organizándose la linfa que abundantemente rellena esta cavidad, y que durante los primeros días conviene darla salida por ser algo purulenta. Total tres semanas. Esta es la marcha normal del forúnculo, á menos que su pus infecte los folículos pilosos más próximos, ó un tratamiento perjudicial, tal como las cataplasmas calientes que al reblandecer la piel facilitan la infección. En este caso el forúnculo puede convertirse en antrax, y entonces, como el proceso de elimina-

ción tiene que ser de varios folículos pilosos ó de varias glándulas sudoríparas, la inflamación hemia, abarca zonas más extensas, variando su tamaño desde una peseta á un duro. Además de los dolores y las molestias, que son bastantes, vienen los peligros de la propagación por el sistema linfático: linfangitis, linfadenitis, y propagación por el sistema venoso: flebitis, tromboflebitis; llegando la invasión, si el antrax está en el labio superior, por la vena facial, la angular, la oftálmica superior y el seno cavernoso á las meninges y la muerte; otros la producen por infección general piógena, que mata al enfermo con piohemia sobre-aguda articular y visceral en pocos días. •

Para que se vean estos peligros citaré algunos casos de mi práctica. Niño recién nacido, hijo de un médico muy conocido en Santander, lactancia materna, primer parto, la madre padecía un pequeño forúnculo en la aréola, tan insignificante, que pasaba desapercibido al lado de unas grietas que molestaban más á la enferma: El niño que había nacido con un diente, tuvo alrededor de éste una pequeña gingivitis que se convirtió en piorrea. Con el fin de aliviar al niño y á la madre se extrajo el diente sin tener en cuenta la infección de la nueva herida. Aquel mismo día el niño tiene un violento escalofrío y derrame purulento en la articulación temporo-maxilar izquierda; que tuve que abrir. Al día siguiente otro violento escalofrío, seguido de 40 grados, y explorado el niño le vemos con otros derrames en la articulación del hombro derecho y muñeca izquierda; y, para que seguir... todas las grandes articulaciones y algunas metacarpo y metatarso falángicas fueron interesadas, en el espacio de seis días; porque el brote cogía de una á tres articulaciones diarias: todas se las abrimos, pero el niño no pudo resistir á una infección tan intensa y sucumbió agotado por la fiebre y los escalofríos. No tuvo ninguna manifestación visceral.

Otro caso: forúnculo pequeño en el labio superior próximo á la comisura derecha. El médico que es abstencionista, no prescribió ningún tratamiento ni hizo ninguna manipulación. El forúnculo por contagio inmediato se convirtió en un antrax; inmediatamente subida de temperatura á 40 grados, gran pesadez de cabeza y tendencias al sueño; me llamaron y consideré á la enferma perdida; á pesar del pronóstico, amplias incisiones crucia-

les con el termo cauterio, para quemar el foco. Muerte de la enferma á las cuatro horas.

Desde que me hablaron del caso, aunque no le daban importancia, le tuve por grave, y propuse intervenir radicalmente.

Otro caso; en un hermano de un conocido médico de Santander, un orzuelo en el ojo izquierdo, al que no se le concedió importancia. A los cuatro días viene el enfermo con dolor de cabeza; un día después se presenta edema palpebral, exoftalmos, fiebre alta, edema del cuero cabelludo y de la cara en el lado afecto, pérdida del sensorio, evacuaciones involuntarias. Me llama el hermano. Pronóstico fatal. Meningitis. Largas incisiones sobre el edema, pudiendo apreciar claramente pequeños focos purulentos dentro de las venas. Muerte á las pocas horas.

Ninguno de estos enfermos era alcohólico, diabético, sifilítico, ni caquéctico. Todos terminaron por la muerte y empezaron por forúnculos. De consecuencias más leves, pero siempre de relativa importancia, pudiera citar más; que no presento en gracia á la brevedad.

Hablemos del tratamiento: Tengo interés en hacer constar, que el generalmente empleado es perjudicial: me refiero al uso del calor húmedo bajo la forma de cataplasmas más ó menos perfeccionadas. Es difícil en un artículo de estas proporciones desarrollar las ventajas del calor húmedo en cirugía, pero en cambio pocas líneas necesito para prevenir á los lectores de los inconvenientes que tiene cuando está mal aplicado. En mi práctica registro una muerte de peritonitis, por tomar baños de asiento calientes para combatir una fístula de ano. Dos casos de absesos escrotales que tuve que abrir por idénticas causas y remedios; y con mucha frecuencia los de hinchazón de manos y dedos sostenida por el uso mal aconsejado de los baños calientes. Perjudicialísimos son los focos de calor en la apendicitis. Y la razón es sencilla: lo mismo que unos paños húmedos calientes aplicados localmente al flemón del ano, facilitan la formación y salida del pus y el proceso eliminatorio del agente patógeno, el baño de asiento caliente obrando con mayor masa, lleva más allá de lo debido su acción, congestiona las capas profundas y predispone estas partes para que un germen llegado allí de la vecindad séptica, encuentre campo abonado para su desarrollo. Lo mismo ocurre con el forúnculo; si le

aplicamos calor tiene que ser un foco muy pequeño, proporcionado á su tamaño y como esto no es fácil, se suele aplicar un foco de calor mucho mayor del necesario, que congestiona más territorio del que exige el proceso de defensa y eliminación. El calor húmedo perjudica, también, porque macera la piel y predispone á la infección de los folículos próximos y formación de pequeños antrax.

Hacen bien los que cuando empieza el picor tocan con tintura de iodo. En los casos benignos de verdaderas foliculitis esto basta; pero si la virulencia es mayor hay que obrar más enérgicamente. Desde que por el mucho picor se conoce que va á formarse un forúnculo, acompañado del cuadro clínico descrito más arriba, debemos emplear la misma terapéutica quirúrgica que en el antrax. Lo mejor para los antrax son los desbridamientos practicados con el termo-cauterio; hechos con el bisturí nos exponemos á abrir caminos á la infección. Pero como no hay que olvidar la relatividad, la cauterización tiene que ser proporcional á la lesión. Contra el forúnculo, la punta fina del termo es mucho, la del gálvano se presta mejor á esta fina cauterización, pero no todos los médicos disponen de ella, y tiene también el inconveniente de quemar más de lo debido, si se pone al blanco. El mejor instrumento es la punta redonda de un estilete de plata ó metal, calentado á una lámpara de alcohol ó gas, y si se tiene uno de esos estiletes terminados en hoja de mirto como los que se usan para las trasplantaciones, mejor. Aplicada inmediatamente guarda el calor preciso para esta cauterización. Muy buena también es la quemadura con los rayos del sol concentrados por una lente biconvexa pequeña como las de los oftalmoscopios, *esta quemadura es la mejor*, pero no puede hacerse cuando uno quiere. Con estas dos últimas quemaduras se obtiene justamente la cauterización que hace falta, ni más ni menos. Se conocen sus buenos efectos en que inmediatamente desaparece el picor, se forma una escara que se cae en dos días y cicatriza en tres, sin que nos moleste más y tengamos que preocuparnos de llevar allí un peligro para nosotros ó nuestros enfermos.

Tratamiento preventivo para el Cirujano: guantes de goma aunque uno no sea aficionado á ellos para operar á enfermos sépticos. Sino se dispone de guantes de goma, no frotarse los

antebrazos con cepillo antes de hacer una operación séptica, basta el jabonarlos, y después huir también de todo frote enérgico; usar sólo jabón y antisépticos, la limpieza mecánica con cepillo, arenas y todo lo que hiera la piel cuando hay gérmenes patógenos sobre ella no puede usarse, pues los siembra en los folículos pilosos. Después de operar á un séptico sin guantes no se puede, en manera alguna, intervenir en un parto ó laparatomía sin adquirir grandísima responsabilidad. Y de no dejar en blanco varios días, con sucesivos lavados, habría necesidad de pintarse las manos y los antebrazos con una fuerte solución de permanganato de potasa. Esta misma solución de permanganato de potasa muy fuerte, filtrada á través de una gasa para que no lleve cristales, que producen pequeñas quemaduras donde tocan, es la que recomiendo y da excelentes resultados en las forunculosis que se presentan cerca de los focos sépticos. También he combatido con ella forunculosis muy molestas que presentaban algunas paridas entre los muslos por la aplicación de algodones húmedos y en enfermas de cancer de matriz con flujo vaginal icoroso. Para estos casos la solución de permanganato, muy fuerte, dado con una brocha y secada, curte la piel, la endurece, preservándola de todo género de infecciones.

III.—Original

PROSTATECTOMIA FREYER

CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS

Por José Teresa Bedera

Cuidados preoperatorios.—Un enfermo prostático con buen estado general, cuyo funcionalismo renal es casi perfecto, cuya orina no está infectada y que tan solo presenta los trastornos mecánicos de su segundo periodo de enfermedad: polakiuria, disuria, dificultad en la defecación, etc., no requiere preparación de días: basta con uno. La minuciosa preparación es necesaria cuando hay que intervenir en individuos viejos debilitados, infectados localmente y con trastornos digestivos, signo de intoxicación urinosa.

Dieta láctea, desinfección intestinal, lavados vesicales abundantes, son la base de la preparación. Estúdiese en el enfermo el funcionamiento de su aparato respiratorio, digestivo, circulatorio y sistema nervioso por si hay que cumplir alguna otra indicación.

Siendo la hemorragia inmediata uno de los accidentes de la operación, administran algunos Cirujanos durante los dos ó tres días que la preceden tres ó cuatro gramos de cloruro de calcio, sea por vía bucal ó por vía rectal.

Los enfermos aquí operados no han tomado el medicamento. La mañana de la operación una inyección subcutánea de ergotina y después del acto operatorio otra.

La víspera de ser operado el enfermo, baño y purga de aceite ricino, asepsia del hipogástrico y del periné.

Operación.—Enucleación de la próstata á través de la vejiga por talla suprapubiana, entrando con el dedo en el plano de deslizamiento entre la cápsula própia y la celda prostática es el método Freyer.

Voy á describir la operación tal como se practica en este Sanatorio, ó sea por el procedimiento clásico del autor.

El enfermo es colocado en posición Trendelenburg. Anestesia clorofórmica (una dosis de 15 gramos basta por lo general). No deben empezar las inhalaciones hasta que esté completamente desinfectado el campo operatorio.

Merced á una sonda bequille ó á una Bartrina se lava abundantemente la vejiga con solución débil de permanganato. En la extremidad de la sonda se adapta un trocito de tubo de goma para enchufar mejor el pitón de la jeringa. Terminado el lavado se deja la vejiga llena de líquido, colocando en la extremidad de la sonda una ligadura ó haciendo presión con una pequeña pinza.

Talla longitudinal, practicando una incisión vesical de tres centímetros y prolongándola si es necesario. El dedo índice introducido en la vejiga reconoce su interior. El índice de la otra mano, enguantada, alojado en el recto, sirve para elevar la próstata, quedando de este modo cogida y dominada entre ambos dedos.

En el sitio vesical prominente por uno de los lóbulos laterales ó por el llamado lóbulo medio, se desgarran la mucosa con la uña, punto en que la próstata está solamente cubierta por esta. Entonces el dedo empieza la decorticación. El aislamiento se hace insinuando y despegando con el dedo por la parte posterior, laterales y anterior, terminando por el arrancamiento del órgano con su uretra en su unión con el ligamiento triangular.

Freyer en sus primeras intervenciones hacía disección separada de cada lóbulo, desatándolos de sus comisuras anterior y posterior, procurando dejar intacta la uretra. Un accidente sobrevenido en su octavo caso, consistente en la desgarradura fortuita de la uretra que terminó por un éxito y nuevas curaciones obtenidas en otros casos en que voluntariamente rompió la uretra, hicieron cambiar su primitiva técnica; no se preocupó en adelante ni de desatar comisuras ni de respetar la uretra, hizo ya la enucleación en bloc.

En los casos aquí operados ha sido extraído el órgano juntamente con la uretra, todos han curado sin el menor contratiempo.

Cuando las adherencias comisurales anteriores son débiles y puede separarlas el dedo, la pieza anatómica extirpada tiene la

forma de herradura, como sucedió en el segundo enfermo aquí operado.

Si se tiene cuidado al hacer el arrancamiento de insinuar el dedo en la parte postero-inferior del órgano tirando hacia la vejiga y favoreciendo el empuje por el otro dedo colocado en el recto, la uretra queda rota, por regla general, por encima de la salida de los eyaculadores. Esto no sería suficiente para conservar el poder eyaculador sino hubiere algo más favorable.

Según Freyer cuando los lóbulos prostáticos son extraídos separadamente los conductos eyaculadores quedan intactos, pero cuando la próstata sale entera son desgarrados generalmente.

Modernos estudios han demostrado que en la forma de hipertrofia fibro-adenomatosa, el tejido glandular y con los eyaculadores son rechazados hacia la periferia por el crecimiento excéntrico del tumor. El dedo del operador penetra entre la masa prostática hipertrofiada y el tejido glandular, haciendo una verdadera enucleación tumoral.

Los análisis macro y microscópico de celdas prostáticas en individuos muertos á consecuencia de la operación que nos ocupa, llevados á cabo por Moscou, Küss, Loumeau, Wallace y Walker han puesto de manifiesto la presencia del tejido prostático en las paredes de la cavidad y la situación precisa de los eyaculadores.

Ya la próstata libre en la vejiga se extrae como un cálculo. Una irrigación corta de agua caliente hecha por la sonda detiene la hemorragia que se produce.

“Generalmente, dice Freyer, la operación ocasiona muy poca hemorragia. Causa admiración el comprobar la rapidez con que desaparece la cavidad que queda después de la enucleación de la próstata gracias á la elasticidad de la celda á la contractilidad de los músculos ambientes y á la presión de todos los órganos contenidos en la pelvis. Esta contracción se parece, hasta cierto punto, á la del útero después del parto y sin duda alguna, contribuye también á parar la hemorragia. La contractilidad de la cavidad será muy facilitada por los movimientos de presión de los dedos colocados en la vejiga y en el recto.”

Limpia de coágulos la vejiga se introduce el tubo Freyer (es de caoutchouc vulcanizado, de dos centímetros y medio de luz, llevando en un extremo, que es el que ha de ser introducido, dos

grandes orificios uno frente á otro) lo suficiente para que no penetre dentro del hueco prostático.

Es de suma importancia este ámplio drenaje. Al practicar la primera operación de este género no disponíamos del tubo Freyer, pues eran todos de menor calibre y en su defecto se colocaron dos á lo Guyón-Perier; á la media hora de la operación es llevado el enfermo á la sala de curas, tiene hemorragia vesical. Se le quitan los dos tubos de drenaje, se le sacan los coágulos, se lava la vejiga con agua caliente y se coloca un tubo de los de drenaje metálico de dos centímetros de luz, con lo cual se cohibe con facilidad la hemorragia. En la cura de la noche sale la orina muy poco teñida de sangre.

Nada de puntos en la vejiga, la extremidad superior de la herida abdominal se sutura atravesando músculos y piel, en el extremo inferior y por debajo del tubo, drenaje iodoformico. El tubo queda inmovilizado por el punto de sutura más próximo.

Antes de retirar el enfermo de la sala de operaciones nuevo lavado para desembarazar la vejiga de coágulos, retirándolos, si fuese preciso, con ayuda de unas pinzas largas de disección.

Compresas de gasa, ámplios trozos de papel celulosa y una sabanilla sujeta con dos imperdibles forman el vendaje del enfermo.

Cuidados post-operatorios.—Los cuidados post-operatorios son de suma importancia. Es necesario una vigilancia extrema para prevenir ó alejar cualquier complicación. La suerte del enfermo depende más que de la operación de sus cuidados posteriores.

Las primeras 24 horas el paciente debe permanecer en decubito supino, pero atendiendo que los prostáticos son viejos expuestos á congestiones pasivas pulmonares conviene elevarles la cabeza y las espaldas.

Se administrará opio ó extracto tebáico para que el enfermo no haga deposición en los tres primeros días, posteriormente se favorecerá la defecación diaria.

Si hay vivo dolor, inyección de morfina ó enemas de cloral.

Se ha tratado de evitar que el enfermo esté constantemente mojado por la orina, para no tener que cambiar frecuentemente el vendaje. El profesor Carlier ha usado el primero en Francia un aparato empleado últimamente por el Dr. Freyer, el cual

10

tiende á solucionar el inconveniente mencionado. El aparato es una tapadera convexa de celuloide que se adapta á la pared abdominal para ocultar la herida, de su parte inferior salen dos tubos que vierten la orina en un recipiente. Se mantiene fijo por un cinturón de caoutchouc. Viene á ser algo muy parecido á lo que usa Sounenburg después de la operación de la ectópia vesical.

La irritación que casi siempre ocasiona la orina sobre la piel puede combatirse extendiendo una pomada bastante cargada de óxido de zinc.

Si antes no ha habido indicación de cura por hemorragia, se hace la primera á última hora de la tarde del día de la operación, consiste en limpiar con suavidad el interior del tubo, varias veces con mecha de gasa estéril, se hace la maniobra con una pinza larga de disección que también se utiliza para extraer los coágulos si los hubiese.

Al siguiente día dos curas, mañana y tarde, lo mismo que la primera; al tercero se empieza á irrigar con dulzura la vejiga; al cuarto se sustituye el drenaje Freyer por un tubo de menos calibre que se sostiene cinco días más. Después se siguen los lavados vesicales por la herida. Alrededor del quinceavo día cateterismo uretral con la sonda de Nelaton, por la cual se hace el lavado.

Estos cateterismos se repiten cada dos días ó todos si es preciso; así se evita que al cicatrizar el hueco prostático vengan estenosis uretrales.

En uno de los enfermos operados ocurrió lo siguiente: á los 18 días de la operación cuando la herida suprapubiana estaba casi cerrada, en vista de que la emisión de la orina por la uretra había cesado, después de iniciarse cuatro días antes, hubo que hacer el cateterismo uretral con sonda metálica, dilatar la herida operatoria para introducir un dedo en la vejiga, con el cual pudo apreciarse el cuello vesical casi obliterado por la cicatriz viciosa del hueco prostático; en vista de ello se rompieron las adherencias cicatriciales con la sonda metálica y el dedo. Con un ligero lavado cesó la pequeña hemorragia provocada. Se dejó instalada una sonda permanente, á los ocho días se retira y el enfermo puede verificar micciones abundantes, pero tiene algo de incontinencia que desaparece totalmente pocos días antes de salir del Sanatorio.

Es variable el tiempo que la herida necesita para su completa obliteración; depende del estado general del enfermo, del estado de su vejiga, de la infectividad de las orinas; la citopenxia prolonga el cierre y predispone á la fístula.

Por regla general el enfermo empieza á orinar por su uretra pasados 15 días y la completa curación, no habiendo ninguna contingencia, se obtiene en un mes.

IV.—Original

Ligeras consideraciones

SOBRE ALGUNOS OPERADOS DE CANCER INTRA Y EXTRA-LARÍNGEO

Por Joaquín Santiuste

El cáncer hasta el día, no tiene más tratamiento que el quirúrgico, y hoy en cirugía es ya axiomático que para un buen éxito ulterior la intervención debe hacerse muy radical. Lo que quiere decir que el cirujano necesita comprender, dentro de la zona patológica, la porción limítrofe de tejidos sanos, y pasar esta frontera en una extensión prudente en lo que pudiéramos llamar zona neutral, que pueda estar más ó menos contaminada ó influenciada por el tejido canceroso. Cuanto con más amplitud pueda el cirujano llenar esta necesidad, tantas más probabilidades habrá alcanzado para evitar la reproducción.

Otro principio primordial, es el diagnóstico precoz del cáncer, porque si en los comienzos se puede hacer la extirpación del tumor, no sólo habrá menos peligro de que se generalice, metástasis y sepsis locales, etc., sino que el cirujano, sin producir grandes pérdidas de substancia en los tejidos, y por lo tanto evitando al enfermo las graves complicaciones de las grandes operaciones quirúrgicas, podrá obtener con el mínimo de destrozo orgánico, el máximo de resultado.

De modo que en consecuencia, puede decirse que el éxito operatorio en el tratamiento del cáncer, depende en su mayor parte de un diagnóstico precoz, que permita hacer la operación pronta y radicalmente. Si este diagnóstico precoz, en la cirugía en general tiene tanta trascendencia, en el cáncer de la laringe es extraordinaria, porque sólo operando muy al principio,—la laringo-fisura—ó resección parcial pueden esperarse sean operaciones radicales sin sacrificar el órgano totalmente, como parecen demostrarlo las estadísticas más recientes, y muy particularmente las del Dr. Semon. Pero, ocurre en la mayor parte de los casos, que como los síntomas de esta afección se limitan en

sus principios á una simple ronquera, el enfermo no da importancia á su mal, y cuando le consulta, ya tiene de existencia larga fecha, el padecimiento habiendo adquirido un incremento que hace insuficiente toda intervención que no sacrifique totalmente el órgano.

En los comienzos, es tan insignificante la sintomatología y los sufrimientos del enfermo, que de proponerle la operación, casi siempre es ésta rechazada. Cuando se presentan en estado avanzado de la enfermedad, cambia por completo el cuadro y á los trastornos funcionales de la voz, hay que agregar la estenosis laríngea que pone en gran peligro la vida del enfermo, y si el tumor asienta en el vestíbulo de la laringe, ó ha alcanzado esta región, en su crecimiento progresivo, á la estenosis, hay que agregar la no menos penosa y grave disfagia, no cabiendo más intervención, entonces, que la traqueotomía paliativa ó la laringuectomía total con ó sin resecciones esofágicas. En el primer caso, ó sea estenosis por cáncer, se encontraba uno de los tres enfermos, de quienes nos vamos á ocupar; y en el segundo de estenosis y disfagia, los otros dos, cuyas breves historias exponemos á continuación:

Fermín C., natural de Santander, de 56 años de edad, se presenta á consultar el día 3 de Junio de 1908 con motivo de una ronquera que sin toser apenas ni expectoración, viene aquejando desde el mes de Febrero del mismo año, y que sin dolores ni más molestias, se va acentuando cada vez más, llegándole á preocupar, de que al andar algo de prisa y subir escaleras se fatiga, haciéndose algo ruidosa la respiración, así como también al dormir. Este hombre, fuerte y de buena constitución, no había estado enfermo nunca hasta entonces; y aunque no era bebedor hasta embriagarse, se desayunaba con dos copas de aguardiente; era bastante fumador; no ha tenido enfermedades venéreas ni sífilíticas.

Hecho el reconocimiento laringoscópico, se veía una tumorción en la cuerda vocal derecha, que englobaba también la banda ventricular, con una base de implantación difusa y mal determinada; su color era rojo oscuro no muy intenso, interrumpido en algunos puntos por placas blancas. El sitio más saliente del tumor correspondía á la parte media de la cuerda, pero comprendía en longitud casi toda ella. Formé el juicio de un tumor

maligno, y le dije que su afección necesitaba una operación de importancia. Y no volví á ver al enfermo hasta el 13 de Noviembre del mismo año, fecha, en la cual su disnea se había acentuado mucho, con un cornaje que se oía á bastante distancia. Repetido el exámen laringoscópico, se notó que se había desarrollado el tumor de una manera extraordinaria relleno por completo toda la cavidad laríngea, pues sólo por el movimiento de subir y bajar unas mucosidades, se podía adivinar, más bien que ver la hendidura tortuosa entre el tumor y la pared izquierda de la laringe, por la cual pasaba el aire. En estas circunstancias le propusimos la laringuectomía total, que el enfermo aceptó y practiqué á la mañana siguiente bajo la anestesia clorofórmica (precedida de una inyección de morfina). La cantidad de cloroformo que se empleó fué de 60 gramos. La operación se practicó por el método de Perier, pero colocado el enfermo en posición y hecha la incisión en T, su estado axfítico obligó á interrumpir la maniobra y hacer la traqueotomía intércrico-tiroidea, terminando la operación sin ningun otro incidente. Su duración fué de una hora, extirpándose los ganglios carotideos. A las dos horas y media avisan al médico interno asistente del Sanatorio y encuentra al enfermo sin respiración ni pulso; le pone inyección de éter y cafeína; poco tiempo después llega el Dr. Quintana, y se coloca al enfermo boca abajo al borde de la cama, se le hace la respiración artificial, se titila la traquea, y al cabo de un cuarto de hora de estos esfuerzos, después de expulsar algo de sangre y moco se restablece la respiración y el pulso. Por la tarde sigue bien con 100 pulsaciones y temperatura 38, 4 y empieza á dársele alimento por la sonda. Día 15: se renuevan las capas externas del vendaje. El 17 se hace una cura completa quitando los drenajes de gasa, y se ve que han fallado varios puntos de la sutura de la faringe quedando establecida una fístula faríngea. La temperatura en los ocho primeros días oscila entre los 37 y 38 grados sin rebasar este último. Desde que se hizo la primera curación se renueva esta todos los días, y á los 10 se quitan todos los puntos de sutura. El curso no ofrece nada de particular; la fístula cierra espontáneamente y se dá de alta al enfermo el día 13 de Diciembre de 1908.

Desde luego, dado el desarrollo de este tumor, no cabía pensar nada más que en la traqueotomía paliativa ó la extirpación total de la laringe. Con la primera hubiéramos evitado la asfixia

del enfermo, pero la triste experiencia nos hace ver cómo la extensión progresiva del mal lleva al enfermo á la muerte con una lentitud, y un tal lujo de sufrimientos y martirios, que cabe preguntar si en tales casos por salvar al enfermo de la asfixia, no hemos interrumpido la previsión caritativa de la Naturaleza, evitando al paciente la evolución completa de tan terrible enfermedad.

En segundo término con la extirpación exponíamos, es verdad, la vida del paciente, (que de todos modos no tenía nada más que un plazo breve de término) á peligros que los progresos modernos de la Cirugía, sino han hecho desaparecer, los han disminuido mucho, como lo demuestran las estadísticas de los grandes maestros. Por estas razones nos decidimos á intervenir en la forma descrita. A pesar del estado alarmante de asfixia del enfermo preferimos hacer en un solo tiempo la operación y aunque nos obligó á practicar la traqueotomía intercrico-tiroidea, no tuvo ningun inconveniente para el curso de la operación, salvo retraso de la misma en un par de minutos. En el curso post-operatorio hubo el incidente grave del colapsus, que fué salvado gracias á la vigilancia médica permanente que hay en el Sanatorio, pues sin la acertada y rápida intervención del Dr. Pinilla, y la vastísima experiencia del Dr. Quintana no se hubiera salvado la vida de este enfermo. Después no hubo incidente digno de mencionar y el enfermo, después de los diecisiete meses transcurridos desde la operación, goza de perfecta salud sin la menor señal.

Los otros dos enfermos pertenecen, como se verá á continuación, á estados muy avanzados de la enfermedad, y en los que el predominio de las lesiones era en la parte superior de la laringe y á los graves trastornos respiratorios, se unían los no menos graves de la deglución.

Adolfo D., Asturias, de 50 años de edad, se presentó en mi consulta el 16 de Abril de 1909 quejándose de una gran dificultad para respirar, así como para deglutir, con acentuada ronquera. Estos síntomas los hacía depender de úlceras en la garganta: y el principio de la afección de dos años antes, fecha en la que empezó á sentir como una espina clavada en la garganta, pero sin ronquera ni gran dificultad para tragar, y así continuó con alternativas de disminución y exacerbación hasta hace tres meses, en que su afección le producía mucha tos con gran cantidad de

flemas, y en algunas ocasiones esputando sangre; desde esta fecha se presentó la ronquera y dificultad para tragar, fenómenos que fueron en progresión creciente, agregándose después otro síntoma no menos molesto, y alarmante, que fué la disnea, con el mismo carácter progresivo que los anteriores. Como habia sufrido una infección sifilítica tiempos atrás fué tratado con inyecciones mercuriales y yoduro sin encontrar ningún resultado.

En el momento de la primera consulta, el enfermo presentaba gran demacración, estado general deplorable, la respiración difícil, acompañada de cornaje; la deglución era tan penosa que con grandes trabajos podía alimentarse con leche. Al examen laringoscópico, presenta la epiglotis infiltrada de un tumor vegetante, que alcanzaba unos dos tercios del lado derecho, extendiéndose á la banda ventricular, repliegues aritenoidales y seno piriforme. El interior de la laringe no era visible por el tumor. En el lado derecho del cuello presentaba un infarto correspondiente á la región carotidea como del tamaño de una nuez. No volví á verle hasta unos quince días después, llegando en unas circunstancias tan apuradas, que á las dos horas hubo que hacerle una traqueotomía de urgencia en el Sanatorio.

A los doce días, repuesto algún tanto con la traqueotomía, que le suprimió la dieta de aire á que estaba sujeto desde hacía mucho tiempo, pero persistiendo la disfagia, casi á súplicas del enfermo, se le practicó la extirpación de la laringe. Para hacer esta operación se adoptó el mismo procedimiento, solamente que el extremo inferior de la incisión en T se bifurcó para comprender dentro de ella la incisión de la traqueotomía anterior. La operación fué laboriosa, porque hubo que extirpar los dos tercios del lado derecho de la faringe, y porque el infarto que hemos descrito en la historia, era continuación del tumor, formando masa común con él, lo que obligó á hacer una disección fina y delicada para llegar á la extirpación completa; con los restos sanos del lado izquierdo de la faringe y exófago se rehizo, éste por medio de una sutura; todo esto hizo que la operación se prolongara hora y media á tres cuartos de hora. Por la tarde el mismo día de la operación, tiene 36,2 de temperatura y 120 pulsaciones, se le da una inyección de cafeína y por la noche alimento por la sonda que se dejó colocada,

Al segundo día se le renueva el vendaje y su temperatura es de 37,2 con 100 pulsaciones. Los puntos de sutura se quitan á los nueve días y la sonda á los veinte, pudiendo tragar el enfermo sin dificultad, dándosele de alta el 15 de mayo. Desgraciadamente el día 7 de julio se nos presenta con una reproducción en el pilar posterior y amígdala del mismo lado, que al mes sobre poco más ó menos le ocasiona la muerte.

Manuel G., Ruesga (Santander), de 44 años de edad, se presenta á la consulta el día 7 de Junio de 1909, aquejando desde hacía tiempo una ronquera que ha ido aumentando, y desde hace 5 meses se le han presentado molestias al tragar, que progresivamente le han reducido la alimentación á leche y huevos. Reconocido resultó un tumor vegetante grande y extenso, que ocupaba el vestíbulo de la laringe y el repliegue aritenoides epiglótico izquierdo. El resto de la laringe que se dejaba ver, parecía sano. Formé el juicio de que se trataba de un epiteloma con grandes tendencias invasoras.

No volví á ver al enfermo hasta el día 2 de Agosto, fecha en la cual el tumor había avanzado mucho, comprendiendo la epiglottis, y todo el tumor formaba con sus mamelones fungosos una masa informe que cubría todo el orificio superior de la laringe. Viendo, que apesar del estado avanzado de la enfermedad, se podía hacer una extirpación completa de todo el tejido tumoral aunque adquiriendo la operación altísima gravedad, le propuse la extirpación total, apesar de haberle indicado dicha gravedad su estado de sufrimientos y martirio era tan grande que la aceptó á todo evento, la cual se practicó el día 13 de Agosto; fué muy larga y laboriosa durando dos horas, pues se extirpó parte de la laringe con un plastrón canceroso del lado izquierdo pegado al paquete.

A las dos horas de haber salido de la sala de operaciones, sobrevino un colapsus del cual no se le pudo sacar ni con inyecciones de cafeína, suero, respiración artificial etc.

Estos dos enfermos estaban, es cierto, en los límites de lo inoperable, pero tal era su estado de desesperación, que estaban decididos á que se les operara. Uno de ellos, el primero, amenazaba con el suicidio, y puesto que los órganos ó tejidos donde asentaba el tumor podían ser extirpados, sin que de necesidad le sobreviniera la muerte, nos decidimos á buscar la pequeña es-

peranza de curación, que les quedaba. De todo lo expuesto venimos á sacar en consecuencia las siguientes conclusiones.

1.^a Que á causa de la poca importancia de los síntomas del principio del cancer de la laringe, se presentan los enfermos en estado avanzado de la enfermedad.

2.^a Que en estos casos cuando el cancer es intra-laríngeo, tanto para los peligros inmediatos de la operación, como para la reproducción ulterior, el pronóstico es más benigno que cuando el tumor ha llegado á interesar el anillo superior de la laringe.

3.^a Que en los enfermos que se encuentran en este último caso, tales son sus sufrimientos que demandan la operación, y habiendo posibilidad de hacer la extirpación completa, debe practicarse.

4.^a Que los enfermos, en esta clase de operaciones, necesitan ser objeto en las primeras 24 ó 48 horas, de una vigilancia médica constante é inmediata.

5.^a Que creemos que colocados en la cama los enfermos en un plano inclinado duro, con la cabeza más baja que el resto del cuerpo, se puede evitar en muchos casos el colapsus, y sobre todo el paso de algo de sangre y secrecciones á la tráquea.

V.—Original

ROTURA ESPONTÁNEA DEL ÚTERO

HIDROCÉFALO

Por Juan Herrera Oria.

La rotura espontánea del útero, durante el parto, es un accidente raro. La mayor parte de los tocólogos que no prestan sus servicios en una gran clínica ó maternidad, terminan su carrera sin haber visto una sola vez tan grave accidente. Según Tauber ocurre una rotura uterina cada 234 partos; ningún otro autor admite para esta complicación una proporción tan elevada. La estadística de Leopold dá una rotura por 6.100 partos: es la más baja. Iwanoff, cuyos estudios recaen sobre un número considerable de partos habidos en la maternidad de Moskou, desde el año 1877 al 1901, encontró 124 roturas uterinas entre 118.581; es decir: 1.964. (Centralbl, f. Gyn. 1903). Un poco menor, pero no muy distante de esta proporción, es la que resulta del trabajo de Weber, el cual se refiere á los partos registrados en los últimos cincuenta años en la clínica de Munich; el número total de partos fué 54.428, el de roturas 53, la proporción de 1 á 1.027. La estadística más numerosa, hecha con la idea de estudiar la frecuencia relativa con que ocurren las roturas de la matriz, es la de Bandl, quien ha reunido 154.303 partos con datos procedentes de diferentes clínicas: entre ellos hubo 117 veces rotura ó sea 1:1318. Todos estos datos tienen un valor relativo, pero son suficientes para permitirnos afirmar que, la rotura uterina es afortunadamente un accidente raro.

Cuando están interesadas las tres capas de la matriz, mucosa, muscular y serosa, se llama completa la rotura uterina; se producen generalmente en el segmento inferior y las causan (dando de lado á las de origen traumático) obstáculos que impiden ó dificultan la expulsión del feto, presentaciones viciosas del mismo ó alteraciones en los elementos anatómicos del órgano. El caso

por mi observado, probablemente corresponde al último grupo.

La historia es esta:

R. S. de 38 años. Ha tenido 12 partos, todos ellos, principalmente los últimos, muy laboriosos. Última regla 20 de Marzo de 1909. Durante el embarazo y sobre todo en los últimos meses ha padecido grandes molestias debido al excesivo desarrollo del vientre. Rotura de la bolsa sin dolores el 10 de Diciembre de 1909 á las 6 de la tarde, primeros dolores á las 9 de la noche del mismo día, continuaron durante todo el 11 enérgicos y sostenidos, derramándose en los intervalos de reposo, líquido amniótico teñido de meconio, expulsión del cuerpo fetal á la una de la mañana del día 12, quedando la cabeza retenida en el estrecho superior. Se hicieron varias tentativas de extracción, sin violencia y sin conseguirlo y se reclamó mi intervención aquella misma mañana. Los dolores continuaron siendo fuertes hasta las 7 ó las 8, desde esta hora cesaron (se la había administrado esperando mi llegada una inyección de morfina). A las 12 la situación de la enferma era la siguiente. Intensamente pálida, pulso pequeño, 130 pulsaciones por minuto, acolapsada. Se notaba por la inspección un surco bien marcado, dirigido transversalmente, á dos traveses de dedo por debajo del ombligo. El útero contraído hacía prominencia en el vientre. Anillo de contracción á nivel del ombligo. Feto muerto, retenido por la cabeza. La mano introducida por delante de la cara fetal, que miraba hacia atrás, encontraba fácilmente y muy bajas la boca y la nariz y se detenía á nivel del promontorio sobre el cual se apoyaba fuertemente la región frontal. El cuello en su segmento posterior estaba comprimido entre los dos. Puncioné la cavidad craneana por la bóveda palatina, sirviéndome de la rama media del basiotribo, salió una gran cantidad de líquido y enseguida extraje la cabeza fácilmente. Se vió entonces que el útero ofrecía una ancha abertura transversal en su segmento inferior, por donde pudo penetrar holgadamente la mano en busca de la placenta, que se encontraba entre las asas intestinales. El segmento medio y superior del útero enérgicamente contraídos estaban casi desprendidos del segmento inferior. Como el estado de la enferma y la falta de condiciones del medio (esto ocurría en la casa de un pueblo á treinta kilómetros de Santander) no permitían otra cosa, ni daban lugar á mayores intervenciones, hice un taponamien-

to por la vagina y comprensión del vientre. Muerte por schock.

La hidrocefalia es una de las causas de las roturas uterinas; entre 108 casos, encontró Fr. Müller 5 hidrocéfalos. Schaper 3 en 120. Mucho más elevada es la proporción que dá la estadística de Schuchar 14 entre 73. Merz reunió 230 casos de roturas y de ellos 18 causados por hidrocefalia. Obra la hidrocefalia, como el tamaño exagerado del feto ó una presentación viciosa, distendiendo el segmento inferior del útero, cuyas paredes de suyo delgadas y estensibles, terminan por rasgarse al alcanzar el último grado de estensibilidad. Pero en mi enferma las cosas han ocurrid^o de otra manera, porque, el útero, efectivamente, había sufrido una gran dilatación al contener un feto á término, y cuyo normal volumen estaba aumentado por el líquido almacenado en su cabeza; pero el cuerpo fetal se había expulsado antes que se hubiera verificado la rotura, y con ello queda descartado el peligro que venía por exceso de volumen. No cabe duda que la brecha uterina no se hizo durante la expulsión del cuerpo fetal, porque uno de los síntomas más constantes en estos accidentes es la suspensión del trabajo del parto en el momento mismo en que se produce la rasgadura; además si la parte fetal que se presenta no está muy encajada suele retirarse y aun salir á la cavidad abdominal, si el tamaño de la rotura lo consiente. Nada de esto pasó; continuaron los dolores, se terminó la dilatación del cuello, se expulsó el cuerpo fetal y si se hubiera tratado de un feto normal es de creer que todo terminara fisiologicamente. Sobrevino pues, el mortal accidente, cuando expulsado el tronco, la cabeza hidrocefálica quedó retenida en el estrecho superior.

De esto podemos concluir que la hidrocefalia ha influido en la rotura del útero de mi enferma; pero por distinto mecanismo que suele hacerlo: esto es, prolongando el parto, las contracciones uterinas, fuertes é ineficaces acabaron por rasgar las fibras musculares; seguramente alteradas en su constitución histológica. En resolución, el volumen de la cabeza hidrocefálica más el de la placenta era muy superior al que en un feto normal pudieran ofrecer las membranas y el polo fetal retenido, pero nunca tan grande que bastara por sí solo para explicar la producción del accidente; puesto que era muy inferior al de un feto á término.

No he encontrado en la literatura otro caso semejante á este,

es decir, rotura espontánea del útero con feto hidrocéfalo, producida después de la expulsión del tronco. Preciso es recurrir para explicarla, á la alteración de los elementos histológicos del útero y ciertamente todas las circunstancias abonan esta suposición: y con suposiciones hemos de contentarnos, puesto que desgraciadamente no se pudo hacer la autopsia.

La multiparidad (12 partos), predisponiendo á pequeñas infecciones é infiltraciones del tejido muscular, (Löleihn Orthmann): las alteraciones demostradas en las fibras elásticas del útero de mujeres que han parido muchas veces, (Poroschin, Schwartz): y la dificultad con que terminaron los anteriores partos, en los que quizá hubo heridas y cicatrices que debilitaron las paredes uterinas, en todo caso; las alteraciones histológicas de los elementos estructurales, son á mi juicio las causas que han determinado esta rasgadura uterina.

Por lo que hace al tratamiento, dos son las indicaciones que hay que llenar en tales casos. Extraer el feto y los anejos, y tratar la rotura de la matriz. La primera indicación era fácil de cumplir en mi caso y facilmente se cumplió. La punción de la cavidad craneana hecha por el punto entonces más accesible, por la bóveda palatina, nos dió resuelto el problema. La placenta y las membranas también se sacaron sin dificultad sirviendo de guía á la mano que fué en su busca, el cordón umbilical ligeramente puesto en tensión por la otra mano. La placenta, como he dicho, estaba completamente desprendida entre las asas intestinales y coágulos que había en la cavidad del vientre.

En cuanto al tratamiento de la herida uterina, hay discrepancia entre los diferentes autores, unos creen y son los más, que se debe intervenir activamente (sutura, histerectomía abdominal ó vaginal). Esta me parece la conducta más razonable si el estado de la enferma permite la operación y si el medio y los recursos con que contamos en aquel momento nos consienten hacerla. Sino; taponamiento por la vagina y comprensión del vientre, como hice en el caso relatado que de cualquier manera no tenía remedio.

REVISTAS

La Presse Medicale. - Raabe (Munich). A propósito de la cuestión de las recidivas por implantación en las cicatrices de laparotomía después de la extirpación de cánceres del aparato genital: un caso de cáncer primitivo de la trompa con metástasis en la pared abdominal. De las dos observaciones que presenta Raabe, la primera, es la de una mujer de 47 años que fué operada, el 11 de Noviembre de 1907, de castración abdominal total por hidros-alpins derecho y quiste del ovario izquierdo, intraligamentoso con la trompa engrosada y adherente, llena su luz de masas fragmentadas, del mismo aspecto que las que presentaban una parte del quiste ovárico y de la mucosa uterina, cuya naturaleza reveló el microscopio bajo la forma de cáncer papilar de la trompa con metástasis al quiste ovárico y al útero.

La enferma que había curado perfectamente presenta, en Diciembre del 908, una tumoración pequeña, como una nuez, dura, movable, no adherente á la piel ni á los planos profundos y situada entre el ombligo y la cicatriz (incisión transversal). Se extirpa el 15 de Diciembre del 908. Al microscopio los mismos caracteres que el tumor primitivo de la trompa.

Transcurren unos meses sin que la enferma note nada anormal, hasta Abril del siguiente año, en que aparecen nuevos nódulos por debajo de la segunda cicatriz y en sus vecindades. Los ganglios inguinales de ambos lados con infartos duros.

Se desiste de otra intervención.

La segunda observación se refiere á una mujer de 39 años con cáncer del cuello uterino que comenzaba á invadir la vagina y el parametrio izquierdo. El dos de Febrero del 905, histerectomía abdominal con estensa ablación del parametrio y ganglios correspondientes (los cuales, al microscopio, no eran cancerosos). En el mes de Julio presenta la enferma una fístula en la cicatriz y en Octubre del mismo año con un estado general bueno, aumento de peso y sin induración vaginal, se percibe un tumor duro, del tamaño de un puño, limitado, independiente de la fístula y asentado por debajo de la cicatriz.

Al extirparle el 23 de Octubre del mismo año, se le ve situado profundamente en la pared abdominal, entre los músculos y el peritoneo; abierto este, no se aprecian metástasis ni recidiva intra-abdominal. El exámen histológico demuestra tumor de la misma naturaleza que el uterino.

Sigue perfectamente hasta tres años más tarde, habiendo aumentado 20 kilos de peso.

El autor se extiende en consideraciones para explicar los hechos observados, sin aceptar de una manera categórica el ingerto operatorio del cáncer, siempre menos verosímil que los por metástasis peritoneal y vía linfática.

V. V. Boulga Koff. Un caso de tumor del mesenterio (Sarcomatoso). El autor presenta el caso de una niña de 10 años que, desde hace siete meses, nota un aumento de volumen del abdomen que la impide moverse.

Se percibe una tumoración en la parte inferior del abdomen, muy movable de un lado á otro pero no verticalmente, que crece progresivamente, produciendo dolores y constipación que son ya muy acentuados al cabo de

seis semanas. La enferma que está pálida, tiene una respiración rápida y superficial, con 120 pulsaciones y algo de dilatación cardíaca. Abdomen de un contorno de 90 á 100 centímetros, surcado de venas dilatadas, y cuyas paredes son distendidas por un poco de ascitis. Disminución de la matidez del hígado y bazo. Tumor duro en el abdomen, de consistencia desigual é indoloro poco movable y de superficie mamelonada.

Llega por arriba casi al reborde costal y por abajo no llena la pequeña pelvis.

A la percusión matidez sobre el tumor y sonoridad timpánica á su alrededor, sobre todo por abajo.

Diagnóstico de tumor del mesenterio probablemente maligno.

Laparotomía que puso al descubierto un tumor que llenaba toda la cavidad abdominal, rechazando las asas del intestino delgado hacia atras, arriba y á la pequeña pelvis; cubierto por delante por el epiploon que se le adhería: también adherencias al intestino lateralmente y á la pared abdominal en su parte inferior.

Libres estas adherencias, se ve el tumor inserto por un pedículo bascular, de siete centímetros de largo á la parte inferior del mesenterio correspondiente á los últimos 17 centímetros del intestino delgado.

Ligadura y sección del pedículo; poritonización. Se reseca el apéndice muy congestionado. Cierre de la pared. Curación. El examen histológico demuestra que se trata de un sarcoma embrionario de gruesas células redondas. El tumor pesaba tres mil quinientos ochenta gramos.

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Breslau.—14 de Marzo 1910—Sobre la operación de los cánceres situados en la parte alta del recto. Küttner no es partidario, en los cánceres altos del recto, del método combinado sacro-abdominal; ha obtenido mejores resultados con el de *exteriorización sacra*: que no es más, que una aplicación del método de extirpación en dos tiempos aconsejado por Mikulicz para los cánceres del colon.

En un primer tiempo, se atrae hacia la herida y se exterioriza la porción del recto asiento del tumor: en un segundo tiempo, hecho algunos días después, se reseca la porción exteriorizada con el tumor, y se reconstituye el recto suturando los dos extremos. Si el estado general del enfermo deja algo que desear, se remite esta sutura á una fecha ulterior, se conforma con fijar á la piel los orificios de los dos cabos adosados, en cañón de fusil, quedando un ano sacro durante un tiempo variable. Su oclusión se verifica en un tercer tiempo suturando los cabos rectales.

En ciertos casos el ano sacro puede ser definitivo.

Küttner ha operado por este procedimiento 10 casos de cáncer del recto en muy malas condiciones; muy avanzados en su desarrollo y situados muy altos, (hasta á 22 centímetros por cima del ano).

Sólo sucumbió uno, 15 días después, por pneumonía contraída en el momento de la anestesia.

Los peligros del Shok se aminoran por la rapidez conque se ejecutan, aisladamente, cada uno de los tiempos operatorios. Los peligros de gangrena no son tanto de temer por el hecho de que toda la operación se ejecuta

bajo la inmediata inspección: por otra parte, las arterias hemorroidales inferiores forman rápidamente colaterales suficientes para asegurar la nutrición del intestino.

SOCIEDAD ANATÓMICA DE PARIS

(SESION DEL 27 DE MAYO DE 1910)

Ulceración de la arteria poplítea por un drenaje. - Mr. Enri Durand, refiere la observación de un enfermo atacado de tumor blanco supurado de la rodilla y en el cual, á consecuencia de la incisión de un absceso del hueso poplíteo, con drenaje, se vió sobrevenir, al cabo de un mes, hemorragias profusas que hicieron necesaria la amputación. La pieza operatoria demuestra, que la arteria poplítea, presentaba en su cara posterior, una estensa ulceración, en relación con el drenaje colocado en su contacto.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BALE

16 DE DICIEMBRE DE 1909

Anuria debida á una obstrucción del ureter por coágulos sanguíneos — M. Wilms, presenta un hombre de 67 años que en el momento en que entra en el Hospital, llevaba seis días de anuria completa. Se piensa que esta anuria tenía su punto de partida en el riñón izquierdo al nivel del cual, el enfermo acusaba desde hacía tiempo, dolores, y se hace el diagnóstico de obstrucción ureteral por cálculo ó también por coágulo sanguíneo. Se hizo la radiografía. Casi inmediatamente después que el enfermo hubo abandonado la mesa sobre la cual se había echado para radiografiarle, experimentaba deseos de orinar, y emite con la orina largos cilindros de coágulos sanguíneos.

No se puede explicar esta expulsión de coágulos que obstruían el ureter y causaban la anuria, más que por la compresión ejercida sobre el riñón y sobre la pelvis por el tubo del aparato que se puso en contacto con la región á radiografiar.

Surge de aquí, la indicación de un método terapéutico (compresión, masaje renal) en los casos de anuria por obstrucción ureteral calculosa.

ROBERTO KOCH

Hace unos días, ha corrido por el mundo, sorprendiendo dolorosamente á cuantos tienen su espíritu ampliamente abierto y orientado hacia el ideal magnánimo de la ciencia, y la verdad, la muerte de Koch. Pertenecía este, á ese mundo de elegidos que no tiene fronteras, que no reconoce más privilegios que los que dá el talento y el trabajo, que está compuesto por espíritus analizadores, habituados á escudriñar en lo más hondo de la vida. Y eso era el insigne médico honra de Alemania: un talento formidable, y un trabajador constante.

Nació en Clausthal el año 1843, y el 1866 terminó la carrera de medicina. Cinco años después, ejerciendo en Wollstein, demostró la generación por esporos del bacilo carbuncoso, etabliéndose más tarde entre él y Pasteur, una controversia acerca del modo más frecuente de contaminación del carbuncoso.

Fué uno de sus mayores timbres de gloria, el empleo de los medios sólidos para el cultivo bacilar, puesto que efectivamente hasta entonces, sólo se usaban los líquidos y á él se debe el uso de la gelosa, la gelatina, el suero coagulado, é igualmente el método de los cultivos en placas, con lo que la Bacteriología ha avanzado portentosamente.

Su fama se hizo mundial en 1882 cuando descubrió el bacilo productor de la tuberculosis, cultivándole sobre suero sanguíneo solidificado, y detallando igualmente su afinidad por los métodos colorantes, su presencia en las secreciones de los tegidos tuberculosos, y sentando como verdad para siempre, por medio de las inoculaciones experimentales, la contagiosidad y la inoculabilidad de la tuberculosis, de antiguo sustentada por Villemin. Pero su noble ambición fué más lejos, y descubierto por la sagacidad de su genio el enemigo que tantas vidas cuesta, tuvo el hermoso afán de dominarle, y en 1890, empleó las inyecciones de tuberculina, denunciadoras del bacillus que lleva su nombre.

Fué inmenso el entusiasmo. Cruzó el mundo entero un resplandor de esperanza, y muchos corazones batieron rejuvenecidos esperando un alto, una tregüa, que oreara tantos y tantos cuerpos agostados por la tisis. Pero el hielo de la desilusión y el excecicismo más angustioso, remplazó bien pronto á este inmenso suspiro de alegría: los resultados fueron dudosos primero, luego francamente malos; fué combatido... tachado de iluso... y no obstante, la tuberculina de Koch no fué inútil. Con ventaja se la usa hoy para el diagnóstico, y representa un camino abierto por donde tal vez otros más felices den con el remedio tan ansiado.

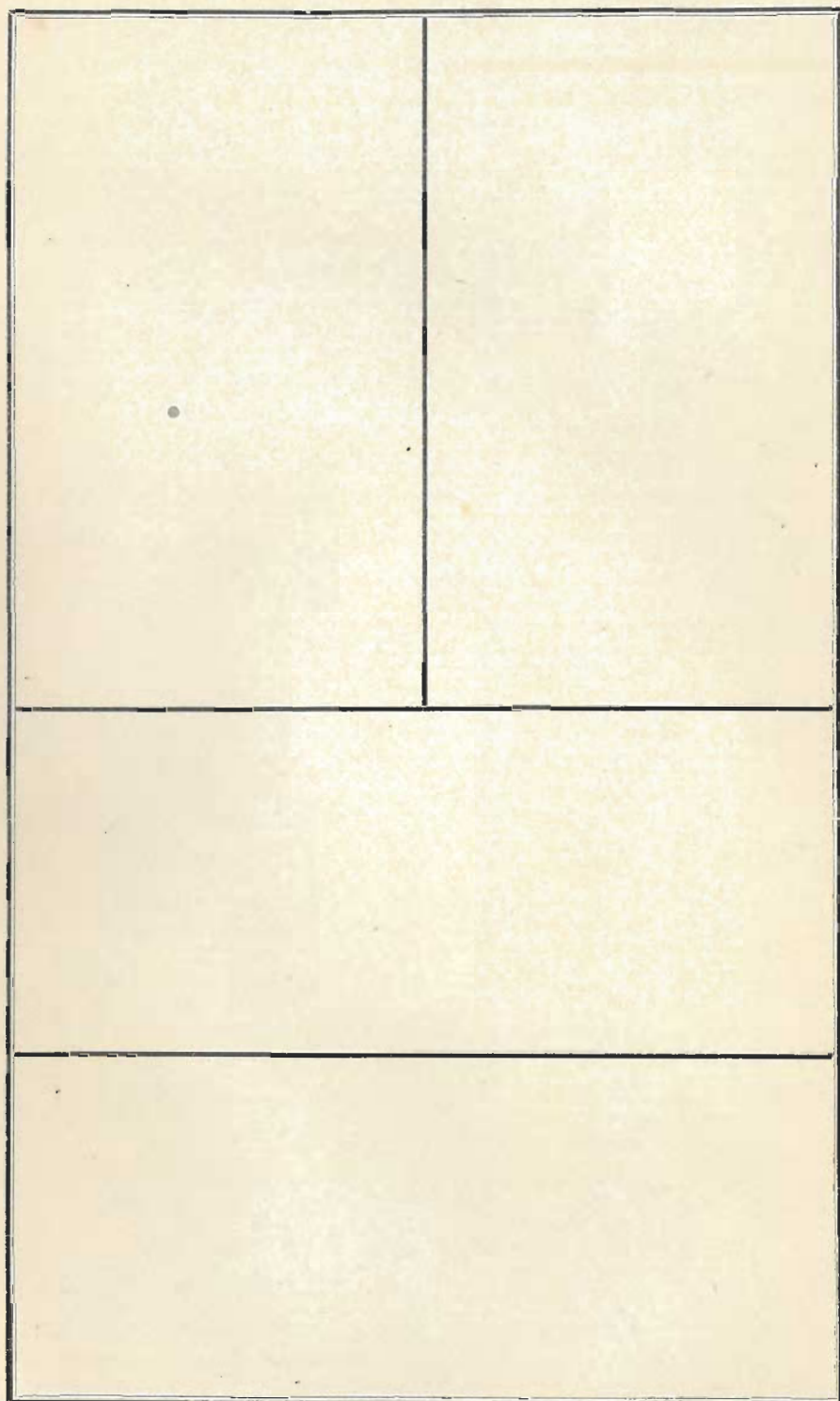
Encargado por el gobierno alemán de estudiar el cólera, recorrió Egipto y la India, acabando por descubrir el bacilo vírgula, y entonces, ya en la cima de su fama, fué nombrado profesor de la Facultad de Berlín, adjudicándosele la dotación de 100.000 marcos.

En los últimos diez años, viajaba por Africa estudiando la patología parasitaria, tan abundante y variada, de los países tropicales: en la memoria de todos están sus triunfos por los trabajos sobre la peste, el paludismo y la moderna enfermedad del sueño.

Ultimamente, en el Congreso de Washington sobre la tuberculosis, sostuvo con múltiples argumentos la falta de identidad de la tuberculosis bovina y la de las aves, con la humana (tema este de gran trascendencia por cuanto se refiere directamente á los fines de la Higiene) asegurando la inocuidad de la leche y carnes procedentes de vacas tuberculosas.

La obra de Koch es inmensa. Su nombre representa, con el de Pasteur, el de un hercúleo impulsor de la Bacteriología. Su vida ha obedecido á un nobilísimo ideal de humanidad.

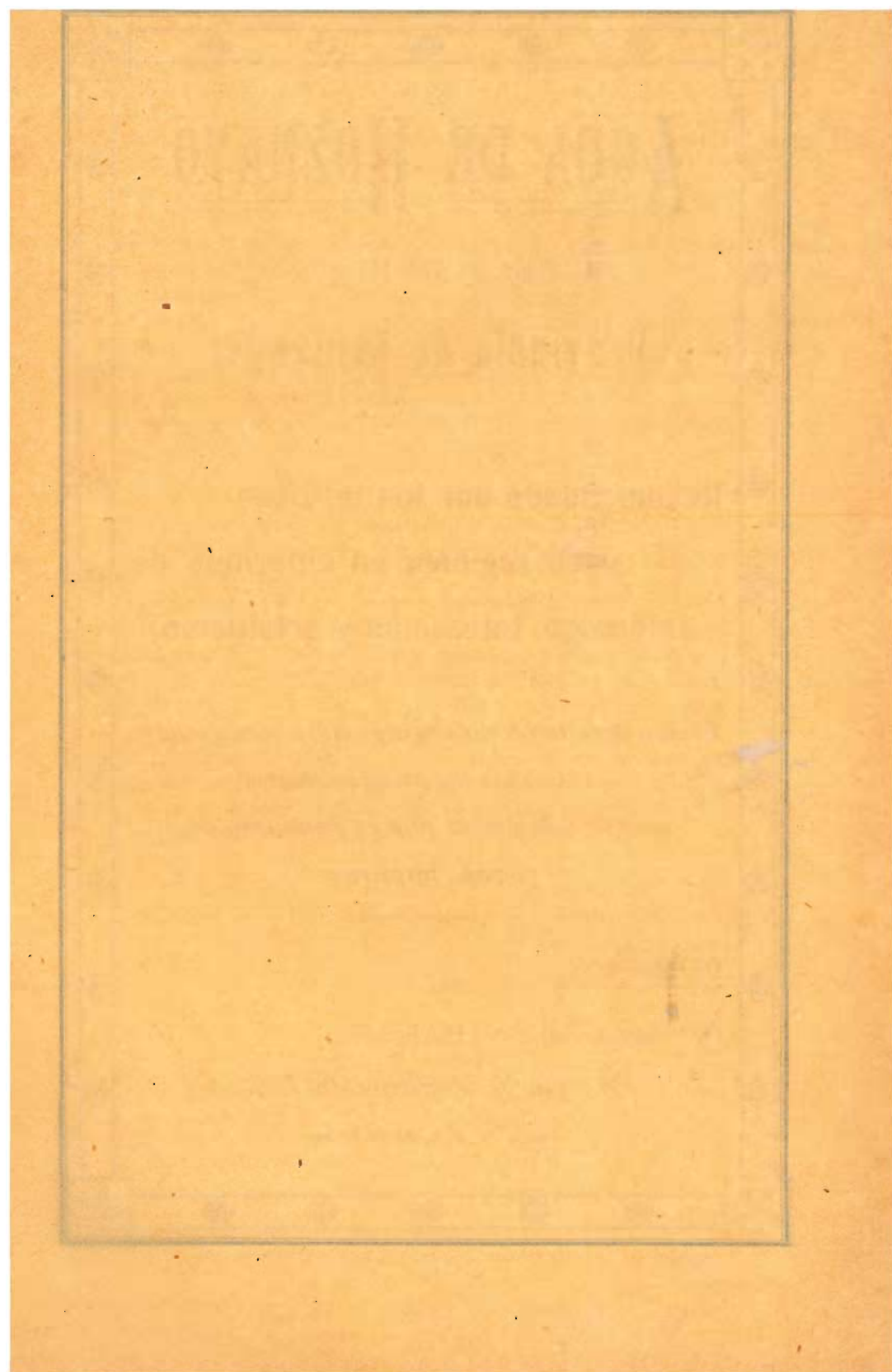
Su salud, muy quebrantada desde algún tiempo, ha ido terminando con la esclerosis de sus arterias, y una angina de pecho ha parado para siempre ese corazón que tantas veces latió en amor á sus semejantes...



BOLETIN DE CIRUGIA

SANATORIO MADRAZO.    SANTANDER.

NOTA.—Se suplica á los señores empleados de Correos devuelvan este impreso á su procedencia caso de no encontrar al destinatario.



SANATORIO
MADRAZO
=

BOLETIN

— DE —

CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

E. D. Madrazo.
Juan Herrera.
Mariano Morales.

Vicente Quintana.
Joaquín Santiuste.
Manuel Pelayo.

José Teresa.
Agustín Camisón.

SUMARIO

Trabajos originales

ENRIQUE D. MADRAZO, **Optimismo y pesimismo en medicina.**—
JOSÉ TERESA BEDERA, **Lesiones de los huesos consecutivas á
la fiebre tifoidea.**—JOAQUÍN SANTIUSTE, **Abcesos del tabique
de las fosas nasales consecutivos á traumatismo.**—AGUSTÍN
CAMISÓN, **Sobre una observación de actinomicosis cervi-
cal.**—VICTORIANO JUARISTI, **Eliminación de gruesos cálculos.
De la lucha contra el cáncer.**

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Un número mensual

Tirada: 4.000 ejemplares

SANATORIO
MADRAS

BOLETIN DE CIRUGIA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

E. D. Mardiano.	Vicente Quintana.	José Teresa.
Mano Herreria.	José María Quintana.	Agustín Camison.
Mariano Morales.	Manuel Pelayo.	

SUMARIO

Trabajos originales

Enrique D. MADRAS. Optimismo y pesimismo en medicina.—
José Teresa BERRA. Lesiones de los huesos consecutivas a
la fiebre tifoidea.—Joaquín SANTIAGO. Abscesos del tabique
de las fosas nasales consecutivos a traumatismo.—Agustín
CAMISON. Sobre una observación de neurinosis cervi-
cal.—VICTORIANO JARRIL. Eliminación de grandes cálculos.
De la lucha contra el cáncer.

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Tirada: 4.000 ejemplares

Un número mensual

ANUNCIOS

TARIFA GENERAL

Plana entera	una inserción	50	PESETAS
" "	tres inserciones	147	"
" "	seis "	282	"
" "	doce "	504	"
Media plana	una inserción	30	PESETAS
" "	tres inserciones	87	"
" "	seis "	162	"
" "	doce "	264	"
Cuarto de plana	una inserción	18	PESETAS
" "	tres inserciones	51	"
" "	seis "	90	"
" "	doce "	120	"

CONDICIONES.—El pago de las inserciones será por adelantado.

FARMACIA JIMENEZ

Plaza de la Libertad.-Teléfono núm. 33.-Santander

Algodones y gasas esterilizadas.—Cajas para partos.—
Seda, cat-gut y tallos de laminaria en tubos cerrados á la lám-
para.—Inyecciones hipodérmicas esterilizadas.

KEFIR-YOHOUT Y BABEURRE

Jarabe de Creosota de Haya con Hipofosfitos

ROTHUAR

Medalla de oro
Exposición de Zaragoza

Medalla de oro
Exposición de Santiago

Recomendamos esta preparación como la más racional y que ha recibido más beneplácitos del cuerpo médico. Cura la tos, resfriados, catarros, bronquitis, gripe, ronquera, influenza, destruye los microbios ó gérmenes de las enfermedades del pecho, y produce por lo tanto una verdadera asépsia en el aparato respiratorio.

Farmacia de Vega.—Palacio del Club de Regatas.—Santander.

Agentes generales: Hijos de Carlos Uizurum.—Madrid.

Farmacia del Dr. Hontañón

HERNAN CORTÈS, NUM. 2

SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Vacuna y suero medicinales

BOLETIN

— DE —

CIRUGÍA

I.—Original.

OPTIMISMO Y PESIMISMO EN MEDICINA

Por Enrique D. Madrazo.

He aquí dos maneras de ser de los médicos: dos tendencias diferentes: la una que inclina el ánimo á la esperanza y la otra que anuncia tristes presagios. Parecería que estas dos modalidades que, por si solas, constituyen y dan caracter profesional, son hijas de la experiencia individual que poco, á poco, ha sedimentado en la conciencia. Sin embargo, este modo de ser, que yo llamo predisposición, no es la consecuencia de una educación determinada, ni de algo que hemos adquirido en el discurrir de la vida: es otra cosa muy diferente, es una energía que manda y gobierna, allá, en los escondrijos del alma. Es algo como una fuerza misteriosa que se elaboró en el secreto de la concepción; pero, tan independiente é imperativa, y se da tal maña para adobar los acontecimientos que, dulces ó amargos, los hemos de gustar segun esta nuestra fatalidad interior.

Trascendental importancia entraña esta particular cualidad en el ejercicio de la Medicina. Dos médicos con la misma cantidad de experiencia y la misma sabiduría se presentan ante un

enfermo, y el uno frunce el entrecejo, mientras el otro sonríe placentero: el primero marca su disgusto con una mueca irónica en sus labios displicentes, cuando luces de esperanza alumbran los ojos del segundo. ¿Qué ha pasado para que el mismo fenómeno haya despertado distintas reacciones? ¿Por qué la misma causa produce tan opuestos fenómenos? Sucedió que, el cuadro patológico al chocar con la conciencia de los dos individuos ha puesto en movimiento lo que cada uno tiene dentro de sí, su íntima sustancia: amaneceres rabiosos de luz aquí, y, allá, graves cánticos funerarios. Son dos filosofías que dan tono á los actos de la vida. Prisioneros los hombres de su propia disposición tienen como el forzoso deber de ofrecerse dentro de su consoladora ó desconsoladora teoría: llorar ó reír que es la síntesis de su existencia.

Desde luego se comprende que una y otra tendencia son dos sugerencias: sugerencias que impiden ver, pesar y medir los hechos en la fría balanza de la justicia. Su convicción es tan firme, y de tal modo va incrustada en su alma, que es vano todo intento de arrancarla. Si con otro parte el campo tacharle de tolerante, en gracia á su cortesía. No se rinde sin luchar: y aduce pruebas y razonamientos que saquen á buen término su opinión: sin darse cuenta se hace trampa asimismo, tratando de engañarse y engañar con disimulos y fraudes que no estiman armas prohibidas.

Ya lo creo que tiene importancia cualquiera de estas maneras de ver de los médicos... grandísima. Desde el momento que obra influido por su particular é intensa sugestión es seguro que trate de sugestionar á los demás en la misma dirección ó bajo el mismo orden de ideas.

Trataré de mostraros con un ejemplo, tal como son en su íntima psicología, uno y otro distinto carácter, el del optimista y el del pesimista. Médicos entrambos: entrambos conocedores de la ciencia de la vida y de los muchos enemigos y malicias que tratan de quebrantarla. Los dos aprendieron, á conciencia, lo bien templado del organismo humano; cómo está blindado por fuera y con que energía se defiende por dentro; cómo cada órgano tiene una sobrada capacidad fisiológica en su ordinario rodar; y como todos cooperan, se ayudan y sustituyen luchando valerosos ante el común enemigo. Todo esto saben los dos doctores, y, además, cuentan con el concurso de una higiene apro-

piada y una extensa agenda farmacológica. Es decir que de los mismos conocimientos y de las mismas armas disponen nuestros doctores: ambos morales y extrictos guardadores de la salud pública. Pero ¡ay! cuan poco parecidos en su ejercicio profesional. El uno, subiendo la escalera del cliente, no necesita hacer su composición de lugar sobre la gravísima urgencia patológica para que ha sido llamado. El estado de su alma se refleja en todos los pliegues y rincones de la cara; todo está sereno y descorrido; ni en los ojos ni en la boca la menor señal de nublo; con una campechana sonrisa detiene las ansias alborotadas de allegados y deudos. ¿Que? dice arrogante... ya estoy aquí... y como un rayo de sol por un desgarrón de nubes pasa y alegra la tierra, así se disipan las incertidumbres, las sombras que ha un momento embargaban los espíritus. Si no sabe, doctor... dice el padre ó la madre, creíamos que se moría. Que sabe Vd. de estas cosas, replica con cierto aire displicente y alentador... pasemos á ver al enfermo... Con levantada cabeza, bien convencido de su intervención oportuna, pasa adelante: y con voz despreocupada alta y dura, transmite aliento y confianza al enfermo que impaciente espera, escucha y teme. Abrid esa ventana. No tengais miedo á la luz. Sólo cosas alegres puede alumbrar la luz.—Mirando al enfermo.—¿Qué es eso? ¿Crees que no te conozco?—y dirigiéndose á los demás que cautelosos atisban:—No hay porque tanto alboroto.—Uno del público.—No, si nosotros... como le apretaba tan fuerte y se le mudó el color. Ya se lo decía yo—(interrumpe el enfermo)—no alarmaros... A todo esto, el doctor con los dedos en el pulso y su aire triunfador investiga la asechanza, el portillo por donde se insinuó el agente malicioso, la perturbación interior: como avanza y enciende aquella lucha rabiosa. ¿Creeréis que le asusta aquel rastro de escombros y ceniza?... ¿Esto?... Saldrá pronto por el riñón... ¿Señores?... no hay razón para alarmarse... Ve que la fiebre es intensa, que el escalofrío fué atroz, que da diente con diente, que el cuerpo el colchón y la cama todo se estremecía y saltaba... en el costado un dolor... y que era una pulmonía muy grave, y que juiciosamente pensando... ¿Quién sabía su término? ¿Quién? El optimismo del doctor. ¿No comprendes, dice al enfermo, tu temperamento nervioso... lo fuerte de tu constitución? No tienes porque temer... Un catarro sencillo... bien mirado nada... un po-

quitán de bronquitis... Bah! presume de pulmonía... Este año serán benignas. No se dan casos de dos años seguidos malignas. Y aunque lo fueran...—escribiendo—este tratamiento es eficaz, seguro, no diré matemático; pero casi... de modo que—aquí explica el orden en que han de tomarse las pócimas.—Y con la misma cara plácida, sonriente, bien convencido de su decisiva influencia, tiende la mano y le dice. ¿Supongo no dudarás de tu pronta curación? Yo debo conocerte... y conocer la infección... Claro, que ahora tendrás que sufrir tos, dolor... Nada, un achuchón y á la calle. Pero, te advierto que, en adelante, hay que tener precaución... Todo ello nada... Ocho días, y san se acabó. Por supuesto, para el tiempo que hace... Mejor se está en la cama. Y va á peor. De esta manera habla y convence al enfermo de que es una fortuna, en forma de pulmonía, la que se le ha entrado en el cuerpo: y después de haber inventado caminos que van á la curación, aprieta fuerte la mano, como diciendo, no temas, y de igual suerte levanta los corazones de los interesados, antes de llegar á la puerta y dar el arrogante sombrerazo de despedida. Baja las escaleras contento y satisfecho, riendo interiormente de lo temerosa que es la gente, y calle adelante va amontonando motivos en su imaginación que forzosamente empujan á una rápida convalecencia.

En cambio, cuan otro el cuadro que ofrece aquel pesimista doctor, severo y pulido, de mesurado andar y corta y silenciosa palabra. En este todo es cautela; parece vivir parapetado tras una discretísima reserva que le pone á cubierto de irreflexiva espontaneidad, cual si su regla fuera conducirse con pies de plomo, y en previsión de tropiezos y caídas, tan frecuentes en el andar precipitado y loco. Sin embargo, tal situación de ánimo no es hijo de un plan premeditado, más bien obedece á su particularísima manera de sentir la vida. Va con su prejuicio, y, desde que entra hasta que sale de casa del paciente, viste su cara con las mismas dudas que corren por su cerebro. Nada de alegrías ni de arrogantes altiveces: á través de su aparente modestia, un dejo irónico, nos dice, no te rias ni desprecies la insignificancia del padecimiento; en los días más rasos y calientes saltan las tempestades; y por todas partes anda escondida la muerte; no te fies de las constituciones fuertes; los árboles más altos son á los que primero azota el rayo; y, así, por este orden, sin pre-

meditación, y sea quien fuere el enfermo, discurre el pesimista; y no ve más que aquellos sucesos tristes, alrededor de los cuales constante revolotea su espíritu. Diríase, al verle pesaroso y frío, más bien dispuesto á la tímida defensa que al alborozo bullicioso del ataque; como si antes de comenzar llevase la peor parte de la lucha; por su rostro cruzan sombras, pinceladas de ironía que parecen recordarle alegres esperanzas, ilusiones locas, campos de flores, retozos del alma, gritos de alegría, y que todo vino al suelo tronchado por el huracán y el pedrisco. Me ha de dispensar la urgencia dice la madre del paciente: Como una no entiende... ya ve Vd. soy su madre... ¡Señora! toda oportunidad es poca. En esto hay siempre un secreto... sin embargo por los síntomas—aquí sonríe con su mala sonrisa—no ofrece tan mal cariz. ¿Que quiere Vd. decir doctor? interrogan con angustia los ojos de la madre... No, no—dándose prisa á calmarla—la he dicho que no me parece grave—escribiendo la receta—veremos que tal obedece... hay que vivir prevenido... porque á lo mejor.. Le dará una cucharada, abrigo, mucho silencio... y camino de la puerta, rígido é inexorable murmura desdeñosamente... ¡Los medicamentos!... ¡los medicamentos! ¿Volverá usted pronto?... Dicen más que los labios la dolorida y suplicante mirada de la madre... volveré... pero no por madrugar... y, con la misma fría gravedad que entró, sale de casa del paciente... y calle adelante, para sus adentros... no hay que dejarse llevar, hay que tener discrección... ¿quién sabe en lo que puede parar? Con estos razonamientos, con esta tristeza interior, perpetuamente camina, envuelta su alma solitaria en el negro crespón del pesimismo.

Si en nuestra mano estuviera la selección, de lo que llamamos temperamento médico, escogeríamos aquél buen término de ponderación del raciocinio y suprema serenidad del intelecto, que es donde esta el mejor acomodo de las humanas acciones; pero, ya que no nos sea dado alcanzar tanta virtud, prefiero la alegría á la tristeza. El mundo, en su hervor de ambición, se agita en busca, de mayores satisfacciones, tratando de engrandecer la vida; y esta aspiración y conquista del progreso la realiza, principalmente, el optimista. Son empeños de corazones alegres: son temperamentos dulces y altruistas, cerebros halagados por un porvenir de más luminosa humanidad, los que trabajan cantan-

do la futura tierra de promisión. No, no son los irónicos los que redimen; los escépticos están condenados á la inmovilidad, á la descomposición de la muerte. ¿De qué le sirve á un Heyne, Leopardi ó Schopenhauer su clarividencia, si no les interesa más que la parte fea de las cosas? El concepto que á estos pensadores merece la vida se refleja en un sólo gesto de ironía. ¿A qué cansarse en escudriñar el horizonte? ¿á qué anhelos y miradas angustiosas? Por los cuatro puntos cardinales la cerrazón es cárdena, sombría; ni un rayo de luz, ni una esperanza. Estos hombres no engendran afirmaciones; y por muchas negaciones que amontonan no logran edificar una habitación, siquiera sea la humilde de Diógenes. ¿De que bienandanza les vamos á ser deudores si no creen en nuestra perfección, ni en nuestra felicidad? Mostraron nuestras heridas y putrilago con sus risas irónicas, no para que volviéramos la cara con asco, no para buscar un remedio, no; nos meten la podredumbre por los ojos para que nos convenzamos de la ineficacia de nuestros recursos, para reirse despiadados de los esfuerzos que ponemos en remediarla. Su concepto de la vida es tan mísero y despreciable que valiera tanto destruirla. De locos tratan á los que ponen su corazón en levantarla. No te canses, dicen á esa pleyade de obreros que multiplican el pan para el estómago, la luz para los ojos, la música para los oídos. ¿Para qué afanes, si jamás lograrás la salud? ¿Para qué belleza, si es humo? ¿Para qué ilusiones, si has de ser comido de gusanos? Y si por ellos fuera, y para su detestable filosofía viviéramos, sería conveniente renegar de la vida, y ahitos de tristeza pedir de una vez la destrucción de ese hermoso concierto de la naturaleza que el optimista adora.

No, no quiero ser pesimista. Con tal criterio de impotencia no me hubiera sido posible el ejercicio de la Medicina. Ni tú, enfermo, le necesitas. Si quieres ayuda en tus calamidades busca la gloriosa acometividad del optimista; esta es esperanza, acción, lucha. No se rinde. Ni mide su propia debilidad, ni lo formidable del enemigo. Así, y sólo así, con su carácter impertérrito, con la ilusión en el pensamiento y el alborozo en las entrañas, allá va caballero en rocinante... ¿quieres algo loco?... pero, fiel á su divisa de que no hay más grande belleza que esta de la vida, busca exaltarla, consagrando á ella nuestra dicha.

Si en mis manos tuviera el poner la sal del optimismo á cuan-

tos profesan el arte de curar, á todos, absolutamente, á todos diría que no les arredrase la indiscreción con que á veces tropieza la buena nueva... ¿Que no acertais? ¿que la enfermedad hizo traición á vuestros buenos propósitos? ¿os desacreditó un pronóstico optimista? No os apene, con vuestro error ejercitais sin daros cuenta, la más sublime de las virtudes ¡la piedad! nada más hermoso que la piedad. Si no sanásteis al enfermo hicisteis más cortas y llevaderas sus lágrimas, y en la sorpresa de la muerte vuestro dolor va junto al dolor ajeno.

No se debe olvidar que las gentes no suelen morir ni en la primera enfermedad, ni menos, en los primeros días de la primera. Si pues tomáis por norma espresar con palabras ó con gestos la esperanza en el éxito de la intervención habreis borrado muchas zozobras, que asaltan á clientesy allegados antes del desastre final.

De mi sé deciros que, en el momento solemne de pasar á la sala de operaciones, en donde, en breves instantes, se va á decidir entre la vida y la muerte, no oigo la voz del egoísmo que dice, "ojo, que juegas tu reputación: sé discreto.," Con una palabra ó un apretón de manos que dice un mundo de coraje y otro de esperanza, entro provocador aun cuando salga derrotado ¿tentarme el desaliento antes de haber peleado?... Más de una vez vi las Vestales apuntar con el pulgar la tierra; pero mi caída siempre fué airosa y arrogante. No es pues extraño que el público prefiera al optimista; le ve más dispuesto á la lucha y la defensa: además le ofrece con su cara de risa y sus ojos animosos montón de esperanzas y consuelos. No tuviera, el médico, otra misión que la piadosa de consolar, esta sería bastante para justificar la alteza de su ministerio.

II.—Original

LESIONES DE LOS HUESOS CONSECUTIVAS A LA FIEBRE TIFOIDEA

Por José Teresa Bedera

En poco más de dos años he tenido ocasión de observar cinco casos de lesiones de los huesos á consecuencia de la infección Eberthiana, número bastante crecido teniendo en cuenta que la osteomielitis y periostitis provocadas por el bacilo de Eberth ocupan en cirugía un lugar muy secundario al lado de las tuberculosas, estafilocócicas y estreptocócicas. En los cinco enfermos las manifestaciones óseas hicieron aparición en la convalecencia de la fiebre; todos llegaron á nuestras manos después de un transcurso de tiempo, pero es lógico suponer que fué el bacilo tífico la causa determinante porque los datos recogidos en el interrogatorio y la naturaleza de las lesiones concuerdan con los síntomas y anatomía patológica de la infección de los huesos provocada por el Eberth. Desde luego que el diagnóstico preciso no cabe sin el exámen bacteriológico del pus, pero clínicamente estamos autorizados á considerarlas como tales por la razón apuntada y por la que sigue: un lugar preferente de acantonamiento del bacilo tífico (aparte del bazo) es la médula de los huesos y la capa osteógena del periostio; Quinke exploró en 9 cadáveres de tifoideos la médula costal y 8 veces obtuvo cultivos puros de bacilos de Eberth; Ebermaier pudo también cultivar bacilos puros por este mismo medio; nada tiene de extraño que este microorganismo que por si sólo es productor de la supuración (según las experiencias de Orlow, Fränkel, Valentini, Weintrand) en determinadas circunstancias, de receptividad o virulencia del germen, infecte al hueso dando lugar á una osteomielitis ó simplemente á una periostitis.

Las úlceras intestinales puede ser una puerta de entrada para el estafilococo, estreptococo, etc. y la médula de los huesos en plena sobreactividad por la infección tifoidea, como lo prueba el crecimiento de los adolescentes en la convalecencia de la enfermedad, ser asiento de una osteomielitis, cuyo terreno fué preparado

por la infección tifoidea y hasta puede colaborar después resultando las lesiones de un producto de asociación microbiana; pero entonces tendremos los caracteres de las osteomielitis estafilocónicas estreptocócicas etc. con cuadros clínicos más alarmante y fáciles de diferenciar.

La localización más frecuente en el esqueleto de las lesiones que nos ocupan es la región costal y la epífisis de los huesos en vías de crecimiento, tres de las observaciones que siguen fueron las costillas el punto atacado, en los otros dos el hueso femur.

1.^a Enferma de 35 años, fiebre tifoidea, 32 días de duración. A los 10 días de convalecencia aparece una tumoración en la 7.^a costilla, lado derecho, cerca del esternón, rápidamente adquiere el volumen de un huevo de gallina, se enrojece la piel y termina por abrirse espontáneamente, saliendo poca cantidad de pus. Pasa un mes sin cerrarse la fístula y viene á ser operada. Amplia abertura, legrado condro-costal, drenaje.

2.^a Niña de 13 años, fiebre tifoidea, 25 días. A los 17 días de convalecencia, dolor sordo línea axilar, no hay elevación térmica, pasan cinco días más y se localiza el dolor en la 5.^a costilla, lentamente se forma un abultamiento sin cambiar de color la piel; remedio, tópicos sin conseguir resultado. En la operación se aprecia un absceso subperióstico.

3.^a Enfermo de 28 años, el primer día que abandona el lecho, agudo dolor debajo de la tetilla izquierda, ascenso térmico de 40°, en siete días se forma el absceso dando claramente fluctuación; picadura con una lanceta saliendo bastante cantidad de pus. En el reconocimiento (tres meses después de haber sido practicada la pequeña abertura) se observa una fístula poco segregante, cuyo conducto tortuoso conduce el estilete detrás de una costilla. En la operación fueron reseçadas dos costillas que estaban afectadas.

4.^a Enfermo de 18 años, en la convalecencia de la fiebre tifoidea, después de siete días de apirexia, dolores agudos en el muslo derecho, se pone tumefacto en una gran extensión. Solamente con el reposo en cama por espacio de 15 días pasa la fase de agudez, quedando un pequeño abultamiento indoloro en el tercio inferior. Pasados 6 meses, durante los cuales el enfermo se ha dedicado á sus ocupaciones habituales, nueva fase de agudez el abultamiento se hace doloroso se enrojece la piel y termina

por abrirse espontaneamente á cuatro traveses de dedo por encima de la rodilla y por delante del tendón del biceps. Se interviene un año después. Una amplia incisión entre el biceps y el vasto externo conduce al hueso, en la cara posterior y por debajo de la línea áspera se encuentra el periostio despegado; las lesiones óseas son superficiales, no hay secuestro, se hace una minuciosa limpieza y se rellena toda la cavidad con gasa yodofórmica, haciendo una contra-abertura en la parte interna, hasta el sitio que llega el despegamiento muscular.

5.^a Enferma de 20 años, viene á consultar dos años después de una fiebre tifoidea en que á los 15 días de la convalecencia sufre dolores agudos en el muslo derecho, por espacio de dos meses, con algo de fiebre. Se inflamó el muslo se puso rojo en la parte externa y el flemón fué incindido saliendo poco pus.

El reconocimiento aprecia una fístula en el tercio inferior del muslo por encima del tendón del biceps, el femur se encuentra abultado y doloroso á la presión y en la parte superior de la tibia existe una pequeña exóstosis. La intervención pone de manifiesto un pequeño secuestro cortical de la diáfisis, cuya extracción resultó sencillísima por encontrarse totalmente despegado.

Estudiando las historias clínicas que anteceden podemos recopilar los datos necesarios para reconstituir algunos tipos de evolución de las complicaciones óseas en la fiebre tifoidea.

Todas las manifestaciones aparecieron en la convalecencia de la enfermedad, á los 17 días como máximun. La evolución fué rápida en el 1.º y en el 3.º caso; insidiosa en el 2.º; en el 4.º fase de agudez al principio de 15 días, periodo de cronicidad durante cinco meses para terminar nuevamente de una manera aguda; la 5.^a observación es de forma crónica muy dolorosa con formación de una pequeña exóstosis en la tibia y un secuestro cortical en la diáfisis del femur.

En tres casos las lesiones eran periósticas, la abertura la limpieza y el drenaje bastó para curarlas, en las dos restantes había necrosis, resección costal en uno y extracción de un secuestro en otro; pero bien pudo influir asociaciones microbianas injertadas al hueso en el largo espacio de tiempo que la fístula estuvo en comunicación con el exterior.

La curación de los dos últimos enfermos fué muy lenta, pero es debido no á la importancia de las lesiones sino al sitio en que

el pus había buscado camino al exterior. Bien sabido es cuan largas son de curar la sepsis acantonadas entre los tendones y músculos próximos á la región poplítea, tratando el cirujano como es natural de conservar la integridad funcional.

Decía al principio de este artículo que faltaba la prueba decisiva del examen bacteriológico del pus, este sólo hubiese podido hacerse en el segundo caso, cabía la confusión con una periostitis tuberculosa, pero el no haber antecedentes hereditarios ni individuales, el aparecer en la convalecencia de la enfermedad y el encajar su cuadro clínico dentro de la sintomatología de ciertas supuraciones eberthianas que tienen la evolución de un absceso frío (Chantemesse y Widal) inclinan el ánimo á considerarla como las demás historias, esto es de la misma naturaleza de infección.

Rarísima vez las grandes necrosis entran en escena, sin embargo Klemm comunicó un caso en que la necrosis abarcaba el fémur en todo su espesor y en una longitud de 6 centímetros. Por regla general la manera de responder los elementos anatómicos del hueso á la infección que nos ocupa es en forma de absceso subperióstico, lesiones superficiales del hueso, ó pequeños secuestros corticales. Otras veces dando lugar á una exóstosis que no llega á supurar.

El diagnóstico resulta fácil, la mayor parte de las veces. Lo que le interesa al Práctico es saber que estas complicaciones de los huesos á consecuencia de la fiebre tifoidea son provocadas generalmente por el bacilo de Eberth y que sus lesiones nunca son tan hondas como las que son producto de asociación microbiana ó producidas individualmente por el de Koch, estafilococo y estreptococo. Por tanto su pronóstico es muchísimo más benigno.

El tratamiento está subordinado á la extensión del proceso.

III. Original

Abscesos del tabique de las fosas nasales consecutivos á traumatismo

Por Joaquín Santiuste

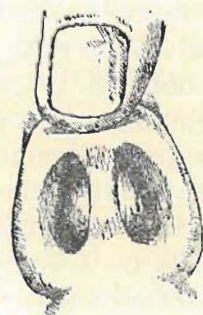
Los traumatismos de la nariz por la situación de esta, son muy frecuentes, especialmente en los niños. Debemos distinguir dos clases: unos que por su violencia producen lesiones externas, en las partes blandas y oseas (huesos propios de la nariz, apófisis ascendente de los maxilares etc.): los otros, que son la mayoría, en los cuales las partes externas, tanto blandas como oseas, quedan íntegras, y los efectos traumáticos se concentran exclusivamente en el interior de la nariz.

En los primeros, tanto por lo brutal de la acción traumática, como porque sus efectos recaen en las partes externas, se hacen tan salientes que no deja el enfermo ó los que le rodean de solicitar la asistencia en los primeros momentos. El reconocimiento de estas lesiones y su tratamiento, entran más bien en la esfera del cirujano general, que en la del especialista, y pocas veces ocasionan las lesiones que son objeto de este artículo.

En el segundo caso las lesiones al exterior son nulas ó casi nulas, limitándose los efectos del golpe recibido, á echar un poco de sangre por la nariz y á la hinchazón, no grande, de ésta. Reducido á esto todos los síntomas no se le da importancia, como efectivamente, por regla general no la tiene, pues detenida la hemorragia, y desaparecida uno ó dos días después la pequeña infiltración, todo entra en la normalidad. Más no siempre las cosas pasan de una manera tan simple y sencilla. Observa el enfermo, ó los que le rodean si es un niño, como generalmente suele suceder, que á pesar de haber transcurrido algun tiempo después del golpe, existe dificultad para respirar por la nariz, y que esta dificultad va en aumento á medida que pasan más días; á lo que se agrega, dolor al sonarse ó á cualquier compresión que se haga en esta región; á veces se presenta fiebre.

Todos estos hechos les preocupan y deciden consultarlo. Si entonces observamos al enfermo, además de los datos de referen-

cia que quedan indicados, sin necesidad de especulum nasal, nada más que haciendo inclinar la cabeza hacia atrás, en extensión forzada, y levantando el lóbulo de la nariz con el dedo pulgar, á la simple inspección se ven dos abultamientos, uno por cada ventana de la nariz, esféricos, de color rojo más ó menos vivo, pero que en la mayor parte de los casos no se diferencian gran cosa del resto de la mucosa nasal por su coloración (véase la figura). Si introducimos un estilete al comprimir con éste, se ve la blandura que los caracteriza, y si metemos el extremo del dedo meñique veremos con que facilidad se deprime, dando una sensación de una cavidad llena de líquido. El diagnóstico podemos hacerlo evidente, por medio de una punción con la jeringuilla de Pravaz la cual además nos dará la naturaleza del líquido que contiene la cavidad.



Absceso doble del tabique (Esquemático).

En la práctica general médica, habiendo el antecedente del golpe recibido; los síntomas mencionados se consideran dependientes de deformidades más ó menos acentuadas del tabique; error que puede dar lugar, entre otras consecuencias, á la generalización de la sepsis á toda la nariz, como sucedió en la observación 4.^a que referiremos posteriormente.

Cuando hay fractura del cartílago ó dislocación del borde de éste que son los causantes de esas deformidades, éstas, ni son tan acentuadas, ni tienen la misma forma no siendo nada más que de un lado, por cuyas razones la insuficiencia respiratoria nasal no es tan acentuada. Debido á esto los efectos de estas lesiones vienen á parar al especialista, muy posteriormente como una de tantas causas de obstrucción nasal.

Veamos ahora la génesis de este proceso. La acción inmediata del traumatismo es producir una incurvación del cartílago del tabique, tendiendo á doblarle, y que si no pasa los límites de su elasticidad en el momento que cesa la acción traumática, vuelve á recobrar su posición primitiva, aunque sea cediendo en algun punto en donde se produce alguna pequeña efracción. En este movimiento tan brusco, la mucosa no puede seguir al cartílago en su excursión, y se desprende en algun punto, sufriendo al mismo tiempo algun pequeño desgarramiento, que dá lugar á la hemorragia que, en parte se derrama al exterior, y en

en parte se deposita entre el cartílago y la mucosa, no pudiendo salir al exterior, primero por la pequeñez de la herida, y segundo porque los bordes de esta se ranversan hacia adentro, constituyendo entonces un hematoma. Este en lugar de reabsorberse, se infecta por la penetración de gérmenes, de los numerosos que aloja la cavidad nasal, que penetran por la pequeña herida indicada, formándose entonces un absceso. Como en estos casos, siempre el tabique ha sufrido alguna pequeña rotura, el mencionado absceso se hace doble y en comunicación el de un lado con el del otro. De modo que la evolución es, primero formación del hematoma y segundo infección de este trasformándose en un absceso. Pasemos ahora á exponer los siguientes casos clínicos que confirman lo anteriormente expuesto.

I. Observación. El niño A. C. (Asturias), de cinco años de edad, le trae su padre á mi consulta del Sanatorio, bastante alarmado, porque después de un golpe que había recibido en la nariz, ya hacía siete ú ocho días esta, cada vez se iba inflamando más, y paralelamente iba aumentando la dificultad respiratoria nasal; la acción de sonarse y cualquier presión le era muy dolorosa. En el momento que hicimos nuestra observación, estaba algo febril, respiraba con la boca abierta y sólo con levantar el lóbulo de la nariz, en la forma que queda expuesto anteriormente, se podía apreciar que ambas ventanas estaban obstruídas en su orificio posterior, por dos tumoraciones que llegaban á ponerse en contacto con la pared externa; su color era rojo oscuro. La piel de la nariz estaba algo infiltrada y ligeramente enrojecida. Introducimos el estilete y comprimiendo vimos que sus paredes eran sumamente depresibles, volviendo á recobrar su posición primitiva en cuanto cesaba la presión. No tuvimos la menor duda que se trataba de un absceso doble del tabique, é inmediatamente procedimos á la abertura de ambos con un bisturí recto, saliendo abundante cantidad de pus. Para hacer dicha abertura, que como es natural no ofrece ninguna dificultad, no debe, sin embargo, dejarse de llamar la atención sobre dos pequeños detalles; no dirigir la punta del bisturí paralelamente al tabique, para no hacer la transfusión de la pared del absceso, y acaso ir el bisturí entre las capas de la mucosa, y segundo que es tal la depresibilidad de la bolsa, que se debe comprimir con el dedo pulgar de la mano izquierda, por la ventana opuesta para formar un plano de resistencia.

Después de bien evacuado el pus, se le introdujo una mecha de gasa blanca en cada lado; al día siguiente se repitió la misma maniobra y á los ocho estaba completamente curado, sin que le quedara deformidad ninguna. En este caso vemos, que el proceso séptico que había llegado á propagarse á los tejidos inmediatos cedió enseguida que se le dió amplio desagüe.

II. Observación. C. L. once años de edad, (Santander); la dió un golpe en la nariz con la cabeza un hermano suyo, ocasionándola, según dicen sus padres una fuerte hemorragia, que lograron contener con agua y vinagre. Pasado uno ó dos días como la niña no podía respirar por la nariz, y la sentía toda ella muy dolorida, me fué llevada á la consulta; presentando en aquel momento voz nasal, infiltración de nariz y labio superior; dos tumores en la ventana de la nariz de menor tamaño que en el caso anterior, y algo más difusos. Procedimos á su abertura como anteriormente, y la supuración persistió algunos días más. En este caso es de llamar la atención lo rápidamente que se verificó la infección del hematoma.

III. Observación. C. T. cuatro años, (Santander); me le llevó su madre á consultar, porque después de ocho ó diez días de haber recibido en la nariz, que le produjo una hemorragia sin importancia, tenía dificultad para respirar por ella, particularmente de noche; en lo demás su estado general era completamente satisfactorio. Le examinamos y vimos los dos abultamientos que obstruían las dos ventanas de la nariz, sin que en esta exteriormente, hubiera el menor rastro de inflamación. Procedimos como en los casos anteriores á su abertura, sólo que como se trataba de un niño de poca edad, tratamos de ver si bastaría con la abertura de un sólo lado, como así efectivamente se consiguió.

Algunas otras observaciones podríamos añadir á estas tres, pero sería repetir lo mismo, y ellas vienen á representar, en cierto modo, la graduación de la agudeza de esta afección de mayor á menor.

En lo que hace referencia á la evolución que siguen estos abscesos, no tratados á su debido tiempo como queda indicado, la podemos ver clínicamente en el caso que á continuación exponemos.

IV. Observación. A. R. de treinta y seis años de edad; su-

frío un fuerte golpe en la nariz, á causa de una caída. Le produjo bastante hemorragia, é infiltración de los tejidos blandos; dificultad respiratoria nasal; dolor de esa parte, no sólo al sonarse, sinó á cualquier contacto, lo que le obligó á consultar. Le recomendaron quietud, paños de agua fría á la región, y no recuerdo que otros remedios; pero á pesar del tratamiento empleado, su falta de respiración nasal fué en aumento; sobrevino una inflamación grande de toda la nariz, la piel se puso roja y por fin se abrió paso el pus en el dorso de la nariz cerca de la raiz, inclinada á su cara lateral izquierda. Esto alarmó al enfermo, y decidió venir á consultarme. En este momento, presentaba los caracteres siguientes: las ventanas de la nariz completamente obstruidas por dos tumores de color rojo oscuro intenso. La piel de la nariz fuertemente inflamada, y su coloración roja erisipelatosa. En la parte superior del dorso de la nariz, y un poco á la izquierda un orificio por el cual salía pus, los párpados estaban edematosos, y en fin presentaba en conjunto un aspecto verdaderamente monstruoso. Desde luego las dos tumoraciones que obstruían las dos ventanas de la nariz eran producidas por el doble absceso del tabique; pero la extensión é intensidad á que había llegado la sepsis, hacían sospechar, que no fuera eso unicamente la causa de todos estos trastornos. Comprimiendo las citadas tumoraciones, salía pus por el orificio del dorso de la nariz, lo que hacía ver que este orificio era terminación de un trayecto fistuloso que partía del tabique, y que seguramente era el origen de todo este proceso. La primera indicación que había que llenar era abrir el absceso, lo que se hizo inmediatamente y en la misma forma que queda relatada en los casos anteriores. Desde este momento dejó de salir pus por la fístula cutánea, fué disminuyendo hasta su desaparición todo estado inflamatorio, y á los diez días el enfermo estaba completamente curado. Sólo quedó, efecto de la destrucción de todas estas supuraciones, una depresión del dorso de la nariz, correspondiente á la unión de los cartílagos laterales con los huesos propios. Posteriormente propusimos al enfermo, reparar esta deformidad con inyecciones de parafina que no aceptó.

Esta observación demuestra, la resistencia que ofrecen estos abscesos para abrirse espontaneamente, y que si no se hace una abertura artificial, pueden ir á buscar una salida tan difícil, le-

jana y tan contrarias á las leyes generales de un buen desagüe que puede dar lugar en vez de la curación, á graves complicaciones, como hubiera sucedido en este caso, si aunque tardíamente no lo hubiéramos vaciado.

En todas las observaciones que preceden, la causa única del absceso fué un traumatismo. La observación quinta que vamos á referir después, nos demuestra que puede ser también producida esta afección por una infección del exterior como en este caso por las vías lagrimales, siguiendo un camino opuesto al que queda referido en el caso anterior, esplicándonos, en cierto modo, al mismo tiempo la predilección del absceso del tabique á seguir esta vía de desagüe tan opuesta á terminar por curación.

V. Observación. A. G. de siete años de edad, (Cayón); sufría con frecuencia de afecciones de los ojos, las que consideraron causadas por una rija y decidieron practicarle el cateterismo lagrimal. Después de un cateterismo sin haber recibido golpe ninguno empezó á hincharse la nariz, enrojecerse la piel y respirar mal por aquella. Todos estos trastornos fueron en aumento, y cuando le vimos presentaba además de esto, una tumoración en la ventana izquierda; la abrimos y la curación tuvo lugar rápidamente. En este enfermo, he de notar que el absceso no se presentó nada más que en un lado, lo que lo diferencia de la bilateralidad que tiene el de origen traumático.

Todas estas consideraciones vienen á presentarnos. el absceso del tabique como accidente muy frecuente, cuando somos llamados á tratar enfermos por trastornos inmediatos á un traumatismo de la nariz.

Que su diagnóstico no es difícil, y su tratamiento sencillo y de éxito brillante; pero en cambio si no es diagnosticado y en su consecuencia, no es oportunamente empleado el tratamiento adecuado, puede dar lugar á consecuencias desagradables.

IV.—Original

Sobre una observación de actinomicosis cervical

Por Agustín Camisón

Esta enfermedad fué primeramente estudiada en los bóvidos; de su inoculación á otros animales, principalmente al conejo, se vino en conocimiento del origen infeccioso de la afección. No se había sospechado en el hombre, hasta que se vió la analogía que guardaban ciertas lesiones encontradas en este con las observadas en los animales, y principalmente, la identidad de caracteres del pus de algunos trayectos fistulosos.

Estos fueron los primeros pasos que habían de conducir más tarde á la completa posesión de los hechos. El microscopio resolvió la cuestión, demostrando la presencia del hongo radiado en ciertos procesos comunes al hombre y á los animales; desde entonces la actinomicosis quedó constituyendo una entidad anatómica y clínica, perfectamente deslindada de los procesos inflamatorios ó neoplásicos con los cuales se confundía antiguamente. Se estudió su etiología, se trazó su cuadro sindrómico y se dió un paso en el tratamiento.

El hongo actinomicos, agente de la enfermedad, se encuentra en el exudado de los abscesos actinomicósicos; y aún cuando la mayoría de veces, se aprecia claramente al microscopio su morfología, en otras es difícil discernirle. Por esto cuando los caracteres macroscópicos de una lesión, se amolden á los de la actinomicosis y el examen microscópico del pus resulte negativo, no debemos, de una manera absoluta, apartarnos de nuestra primera impresión; se repetirán los analisis, y si esto no diera resultado, debe acudirse al sero-diagnóstico dado á conocer recientemente (1908) por Abrami Widal y basado en las propiedades aglutinantes y fijadoras del suero de enfermos de actinomicosis en cualquier fase de su evolución.

El actinomicos es inoculable del hombre á los animales y de animal á animal. Se encuentra en las espigas de algunas gra-

míneas, trigo y cebada especialmente, y en algunos otros vegetales. Estos son los medios de contaminación para el hombre; el mecanismo, aún no es una cuestión resuelta; hay quién supone que, pequeñas partículas vegetales, portadoras del germen, hieren la mucosa y á través de ella penetran en los tejidos; otros invocan la caries dentaria como la principal puerta de entrada del hongo. Las dos opiniones son aceptables porque así se ve confirmado en la práctica; sin embargo, hay que atribuir un mayor número de casos á la infección originada por caries de los molares. Esto por lo que se refiere á la actinomicosis de la boca y tejidos próximos á los que desde ella se propaga. Para la pulmonar é intestinal, no es lo más frecuente que la infección tenga lugar por esta vía, aún cuando es posible, si se admite una propagación sanguínea.

Claramente se comprende, que estarán más expuestos á ser presa de la actinomicosis, aquellos individuos que tengan que vivir continuamente en un medio donde el hongo radiado sea habitual, como por ejemplo los hombres



del campo. Esto es lo que con más frecuencia ocurre y en el caso que presento se confirma de un modo patente.

Se trata de un hombre de 29 años, agricultor, sin antecedentes tuberculosos y sifilíticos que se presentó en esta consulta el día dos de mayo. Hacía cuatro meses, empezó á sentir dolor en el tercer molar inferior del lado izquierdo, que estaba cariado, seguido de la formación de un flemón. Trismo que le dura cuatro días. Le extraen la muela y nuevamente aparece el dolor en todo el contorno alveolar correspondiente al molar extraído, con inflamación que se sostiene por espacio de un mes. Le hacen una

incisión, por dentro de la boca, que da salida á una cantidad insignificante de pus. Desde entonces aparecen nuevos nódulos inflamatorios que se reducen, al cabo de algún tiempo, para aparecer en la región submaxilar, del mismo lado, donde ahora se perciben.

Presenta infiltraciones duras, poco dolorosas, escalonadas y separadas por depresiones lineales que son características (véase la fig.); la tumoración reblandecida presenta dos pequeñas fístulas á través de las cuales sale un exudado espeso y oscuro; la piel tiene un color violáceo, dura en toda la superficie excepto en los contornos de los trayectos fistulosos.

No tiene infartos ganglionares. En la cavidad bucal no hay señales de la inflamación primitiva.

Se diagnosticó actinomicosis y se aconseja al enfermo una operación que se lleva á cabo el 23 de mayo.

Incisión con el bisturí, raspado con la cucharilla y drenaje yodofórmico. Empieza á tomar yoduro potásico á la dosis de 5 gramos diarios. Al abrir los abscesos se encontraron los nódulos actinomicóticos típicos. El análisis microscópico lo demostró más tarde.

A los cinco días de la operación, aparecen dos nuevos focos que se abren y limpian con la cuchara drenándolos con gasa yodofórmica. Cicatriza por segunda intención y sale curado.

En este enfermo y por lo que se refiere á la etiología, no había lugar á duda; un hombre que, por motivos de su oficio, continuamente está en contacto con las semillas, sin ninguna limpieza en la boca y con dientes cariados, reúne una serie de condiciones precisas para que el germen invada su organismo. La puerta de entrada estaba en la muela cariada y se propagó desde allí á los tejidos próximos sin lesionar el maxilar.

La actinomicosis produce lesiones que son características, al menos en las partes blandas de la cara y cuello, que es su sitio habitual, así como en los maxilares, en el 50 por 100 de los casos; aunque si bien es verdad se prestan á confusión con otros procesos sobre todo cuando al germen específico se han sumado los microbios piógenos. Limitándome al caso concreto del enfermo á que aludo, el diagnóstico no podía oscilar más que entre una tuberculosis ganglionar y una producción maligna, porque la sífilis quedaba descartada.

Una neoplasia que á los tres meses de aparecer se ulcera, es un caso rarísimo, aparte de la ausencia de gánglios y limitación del tumor. Con una poli-adenitis tuberculosa, el diagnóstico es más difícil; á veces se confunden de tal manera estas dos afecciones, que sólo el exámen microscópico del pus resuelve las dudas. Unicamente en los comienzos hay caracteres diferenciales que las separan; son los infartos ganglionares que forman abultamientos perfectamente limitados; pero cuando estos supuran, se fusionan y forman una tumoración difusa muy parecida á la de la actinomicosis. En este enfermo de buena constitución, sin antecedentes tuberculosos y con los de una infección bucal que había sido el comienzo de la afección, aparte de su marcha, había que pensar en una actinomicosis.

El pronóstico se considera más benigno de lo que es en realidad. Los probados casos de curación espontánea, constituyen hechos aislados que no entran en el conjunto de actinomicosis que requieren un tratamiento enérgico que á veces es necesario repetir. Sin hablar de las actinomicosis pulmonar, intestinal etc. que son de indiscutible gravedad, las que tienen su asiento en los huesos, especialmente en el maxilar, y en los tegumentos, se muestran con tal rebeldía en algunos enfermos, que son necesarias varias intervenciones, para atajar la marcha invasora del padecimiento que no siempre se consigue. En otros casos se obtienen resultados radicales con la primera intervención.

El tratamiento tiene que dirigirse á la extirpación total del foco actinomicósico, limpiando perfectamente todos los recodos y trayectos donde puedan existir gérmenes que de quedar allí abandonados traerían una segura reproducción. La técnica variará según el sitio de la lesión; pero para aquellas de las partes blandas de la cara y cuello, sencillamente la incisión con el bisturí y raspado con la cucharilla es siempre suficiente. El drenaje yodofórmico es de gran utilidad en todos los casos. A este tratamiento debe añadirse el empleo del ioduro potásico, que, aún cuando no es específico contra el actinomicos, ejerce una beneficiosa acción, colocando al organismo en condiciones de defensa.

V.—Original

ELIMINACIÓN DE GRUESOS CÁLCULOS ⁽¹⁾

Por Victoriano Juaristi.

De mi sala de cirugía acaba de marchar un hombre cuya historia ofrezco á los especialistas de vías urinarias, en la seguridad de que por dilatada que sea su práctica no habrán observado muchos casos semejantes. Este sujeto, se presentó en la consulta para que le libertara de una *pedra que tenía en el caño de la orina*, al alcance de un palito que él metía para cerciorarse de la presencia del cuerpo extraño, allí enclavado desde muchos meses atrás. En efecto, expuso su miembro ante nosotros y pudimos comprobar que el capuchón prepucial guardaba un grueso cálculo que había vencido las angosturas de todo el canal urinario y había encontrado increíble resistencia en la piel del prepucio, que estaba enormemente hipertrofiada por la constante irritación del cuerpo extraño.

En el acto, y con la facilidad que es de presumir para caso tan trivial, saqué la piedra que sería del tamaño de una avellana gruesa. No bien la vió el enfermo, exclamó.—¡Igual que la otra! —Y sacó de un bolsillo otro cálculo, del tamaño de *un grueso huevo de gallina*, con el aspecto característico de los cálculos fosfáticos y con un peso de 52 gramos.

Pues bien, este segundo cálculo, enorme, no había sido extraído por talla ninguna, sino *eliminado espontaneamente* por un absceso perineal cuya cicatriz se ve aún, sobrevenido después de largo padecer, sin intervención de médico alguno.

Como secuela, quédale una incontinencia de orina. Tiene también una hernia inguinal derecha bastante voluminosa y reductible, ocasionada por los esfuerzos que para orinar gota á gota ha tenido que hacer durante muchos años. No quiso ser operado de esta deformidad, y con ella volvió á los montes de Yanri (Navarra) en donde pastorea.

No hay enseñanzas detrás de esta exposición, como no sea la de poner una vez más de relieve la fuerza conque nuestro cuerpo se defiende de todo lo que le es extraño y por lo tanto, nocivo.

(1) Tenemos sumo gusto en publicar la adjunta historia que nos ha sido remitida por don Victoriano Juaristi, cirujano del Hospital de Irún y que fué querido compañero nuestro en este Sanatorio.

DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

El Dr. Fritz Müller de Königsber, expone en el *Münchener Medizinische Wochenschrift* un nuevo medio, de que él se sirve, para difundir, entre su clientela femenina, la idea de la gravedad del cáncer, de su curabilidad y de la necesidad de acudir prematuramente al tratamiento quirúrgico.

A pesar de la propaganda activísima que, desde hace unos años se viene practicando, en folletos, en periódicos, en conferencias públicas; lo cierto es que la operabilidad del cáncer, es decir, el número de cánceres que ahora se operan apenas si ha aumentado desde hace 10 años.

Ningun problema tan importante dice Schante, se le ofrece actualmente al ginecólogo, como ilustrar á la mujer sobre los peligros que para ella tiene, el ceder á las exigencias de un pudor mal entendido ó de una negligencia peligrosa y retrasar por tan fútiles motivos una consulta médica que, á la larga será necesaria y que muchas veces resultará ya inútil.

El recurso propuesto por Fritz Müller, es el siguiente: con cada receta que pone á sus clientes reparte una hojita impresa con las siguientes instrucciones, que, traduzco á continuación, ligeramente modificadas, para adaptarlas mejor á nuestro público.

INSTRUCCIONES SOBRE EL CANCER

Los siguientes síntomas, pueden indicar la existencia de un cáncer en sus comienzos y en todo caso son suficientes para que la mujer que las padezca se ponga inmediatamente en manos de un ginecólogo.

1.º Hemorragias que se presentan de un modo irregular: especialmente durante la época crítica y después de ella.

2.º Las hemorragias que se presentan después del coito.

3.º El flujo sanguíneo parecido al agua con que se ha lavado carne y el flujo de mal olor.

4.º Dolores al principio de la enfermedad ó no los hay ó son insignificantes.

El cáncer uterino, se puede curar radicalmente, pero sólo con una operación y esto cuando la enferma acude muy á tiempo.

En Alemania, donde la propaganda de todas clases es activísima, el público está mejor preparado para recibirlas y donde no existen ó tienen menos fuerza ciertos prejuicios que en España son casi invencibles; todavía se lamentan los cirujanos y ginecólogos de este descuido que cuesta todos los años miles de vidas á la humanidad. ¿Que no será entre nosotros? Nada más triste para el médico que al hacer el reconocimiento de una enferma, que lo está desde hace ocho ó diez meses; encontrar un tumor epitelial que rebosa la matriz, llena la vagina é invade sus paredes, agarrota el cuello entre rígidos infiltrados del parametrio, hiede y sangra al menor contacto. Este es

un caso que con frecuencia se ve en la consulta del especialista. Todavía una operación paliativa, puede prolongar un poco la vida de estas desgraciadas y sobre todo ahorrarlas dolores y sufrimientos; pero es una enfermedad irremisiblemente perdida, que si siete u ocho meses antes hubiera acudido al cirujano, probablemente, se habría salvado.

Obligación de todo médico es convencer á sus clientes, de estas dos verdades; confirmadas recientemente en el último congreso de cirujanos alemanes reunido en Berlín.

1.º El cáncer es una enfermedad que, se puede curar radicalmente.

2.º El cáncer, hoy por hoy, no tiene otro tratamiento, que el tratamiento quirúrgico.—J. HERRERA.

REVISTAS

La autoplastia uretral por trasplatación venosa

La terapéutica quirúrgica de ciertas deformaciones congénitas ó adquiridas de la uretra, (epispadias, hipospadias, pérdidas de sustancias etc.) está ahora en un periodo evolutivo, y al lado de los procedimientos de autoplastia pura, van ocupando un lugar importante los que utilizan un injerto de la más variada naturaleza.

Desde luego, los casos benignos de hipospadias, encuentran un tratamiento preferente en el método de von Hacker autoplastia uretral por deslizamiento, que utiliza la extensibilidad natural de la uretra; esta, dislocada en una grande extensión para que no se produzca una tracción muy grande del conducto, es conducida á un canal intra-balánico en forma de túnel y suturada al orificio practicado en el glande constituyéndose así el meato. Pero en los casos de hipospadias peno-escrotal, perineal, este procedimiento es incapaz porque el alargamiento que hay que obtener de la uretra es considerable y consiguientemente los resultados muy dudosos viéndose á veces sobrevenir el esfacelo de la uretra, del pene, y otras veces una incurvación de este.

En estos casos, los procedimientos de elección son la autoplastia á colgajo, y el injerto tubular subcutáneo. El tipo de los primeros es el de Duplay usado á la hora actual por muchos cirujanos y el de Nové-Josserand, preconizado para los hipospadias peneanos posteriores y peno-escrotales. Los procedimientos de injerto son numerosos teniendo en cuenta la naturaleza del injerto. El procedimiento de Nové-Josserand combina la tunelización del pene y el revestimiento interno del túnel por un injerto dermo-epidérmico, tomado á distancia. Es este un método elegante pero que necesita mucha habilidad quirúrgica y gran minuciosidad en los cuidados consecutivos.

Por todos estos inconvenientes, se ha buscado el hacer los injertos con vasos ó ureteres, y desde luego dada la dificultad de obtener un trozo de arteria del debido calibre y longitud, se prefieren las venas.

En el congreso alemán de cirugía de 1909, Unger, Stettiner, Becker, Schmieden, Tuffier, Marión etc., hicieron saber los resultados de sus trasplantaciones venosas en el hombre y los animales.

La cuestión de la supervivencia del injerto está probada por las experiencias de Carrel, Jabulay etc. etc.

La elección de la vena debe resolverse siempre por la safena interna ó la yugular externa.

Es preciso además que el segmento resecado sea de mayor longitud que la parte de uretra á reconstituir, calculándose en un cincuenta por ciento lo que disminuye la longitud del vaso.

Tres puntos parecen interesantes en la técnica de esta intervención; primero la derivación de las orinas sea que se obtenga por uretrotomía perineal, ó por cistostomía hipogástrica: siendo preferible esta última siempre que sea un verdadero *agujero* hipogástrico.

La tunelización, es preferible á la incisión de los tegumentos debiendo procurarse en lo posible, que el canal abierto vaya por debajo de los tegumentos de la piel del pene sin interesar los cuerpos cavernosos.

Es también lo mejor suturar frente á frente la extremidad inferior del trasplante á la extremidad de la uretra por una sutura circular.

Manual operatorio.—Abarca dos tiempos que deben separarse por un espacio de quince días á tres semanas.

El primer tiempo comprende 1.º en los hipospadias graves la deliberación del pene más ó menos adherente al escroto, 2.º el establecimiento de la derivación urinaria por cistostomía hipogástrica.

El segundo tiempo comprende: la autoplastia uretral propiamente dicha.

1.º *Liberación del pene.*—El pene se levanta fuertemente hacia arriba y se secciona con el bisturí la membrana peno-escrotal extendida.

2.º *Cistostomía hipogástrica.*—Se hará baja y tan pequeña como sea posible, y sin suturar la mucosa á la piel puesto que no será más que temporal; se coloca en la abertura un drenaje sifón de Albarrán, que se reemplaza una vez cicatrizada la herida por una sonda de Pezzer.

Segundo tiempo.—1.º *Obtención del injerto venoso.*—Se preferirá la vena safena en la parte superior del muslo pues que importa obtener una vena de suficiente calibre y longitud. Una vez obtenida se conserva en suero artificial caliente ó en el suero de Locke.

2.º *Liberación y avivamiento del meato hipospádico.*—Se introduce una bujía cónica en la uretra por el meato hipospádico; se disea circularmente á favor de una incisión de un centímetro por encima y por debajo del orificio hipospádico, y se aviva de un tijeretazo.

3.º *Tunelización del pene.*—Se hace sea de atrás adelante penetrando el trocar bajo los tegumentos de la cara inferior del pene á favor de la pequeña incisión liberatriz del meato, ó de delante atrás empezando por el glande y yendo á salir por la incisión, hecha en el meato. Se emplea al principio un trocar de un calibre medio y después, otro mucho más grande para agrandar el orificio practicado por el primero; se mantendrá puesto el tiempo preciso para terminar la hemostasia.

4.º *Engarzamiento del trasplante venoso sobre la bujía.*—Con una bujía de goma lubricada, se engarza el trasplante teniendo precaución de que la parte inferior de la bujía quede libre.

5.º *Colocación del trasplante venoso.*—Una vez retirado el trocar y con una hemostasia perfecta, se introduce la bujía con su injerto hasta que aparezca por el meato hipospádico y aboque á la uretra.

6.º *Sutura del trasplante y de la uretra.*—Esta sutura se hace con catgut doble cero por puntos en U para adosar las dos túnicas internas de la vena y de la uretra. Se comienza por el punto posterior el más difícil. Para ejecutarle la bujía es atraída fuertemente hacia abajo y adelante la aguja penetra entonces de arriba abajo por la pared venosa, atraviesa las dos paredes; después vuelve á pasar de abajo arriba perforando primero la uretra, después la vena. Los demás puntos se dan de manera idéntica.

7.º *Sutura de la incisión de liberación del meato hipospádico.*—Se sutura en los planos, uno con catgut inmediatamente por encima del abocamiento de la vena y la uretra, y otro, cutaneo superficial. Se deja un pequeño drenaje.

8.º *Sutura de la parte superior de la vena á los labios del orificio balánico.*—Se hace con cuatro puntos de catgut, la bujía se retira entonces muy dulcemente.

Cuidados post-operatorios.—El drenaje se retira al cabo de 24 ó 48 horas. Al 5.º ó 6.º día se hace una inyección de aceite de olivas esterilizado que se repite cada día hasta el décimo ó décimo cuarto, en que se empieza la dilatación con una bujía número 13 ó 14 en sesiones cada dos ó tres días.

El autor termina confirmando su creencia de que este procedimiento puede dar los mismos éxitos que el de Nové-Josserand con una técnica más sencilla.—J. Tanton.—(*Journal de Chirurgie*).—M. PELAYO.

Un caso seguido de éxito de sutura de la arteria femoral casi totalmente desgarrada

Se trata de un hombre que ingresó el 5 de agosto en el hospital Mohabit con una herida en la raíz del muslo. Se encuentra en el triángulo de Scarpa, una pequeña herida de medio centímetro y con los bordes desgarrados; ligera hemorragia y hematoma poco desarrollado. Los latidos de la arteria son normales por encima de la arteria, y débiles por debajo; la hinchazón del muslo aumenta en los días siguientes. Operación el 12 de agosto con anestesia lumbar por la estovaina y hemostasia por el procedimiento de Montburg; la vena presenta un agujero y la arteria está casi totalmente seccionada. Se afloja la compresión por el procedimiento de Montburg y se practica la hemostasia con pinzas. La vena se ligó y la arteria es regularizada al nivel de cada segmento y se remplazan las pinzas por ligaduras poco apretadas. Sutura según la técnica de Carrel-Stich con tres puntos equidistantes y reuniéndolos luego con una sutura á punto por encima. La sutura de la arteria se hizo por encima de la femoral profunda. Nada de hemorragia en

los días siguientes. El 28 de agosto se levanta el apósito y se percibe el latir de la arteria. El 2 de noviembre la marcha es perfecta sin nada de edema.

Sonnenburg (Deutsche Medicinische Wochenschrift) Journal de Chirurgie.

El tratamiento de la enfermedad de Basedow

Kocher admite que los trastornos de la enfermedad de Basedow, están en relación con la función tiroidea cualquiera que sea por otra parte la causa inicial de la lesión glandular. El número de operaciones practicadas es considerable. Las estadísticas permiten apreciar el valor del tratamiento quirúrgico. Heinec ha intentado este trabajo de crítica con 500 casos. Kocher llega hoy á 1.000 casos comprendiendo entre otras, dos series una de Mayo referente á 190 casos, y otra de Kocher de 376, Heinec ha reunido además 100 casos tratados por recursos médicos. Esta ha dado 18 curaciones 27 mejorías y 33 resultados nulos á más de 22 muertos. Asi pues la enfermedad ha seguido su curso 55 veces por 100. La estadística operatoria del mismo autor acusa un 86 por 100 de curaciones. Entre estos se cuenta cierto número de individuos que han conservado el exoftalmos. Lo que importa bajo el punto de vista operatorio, es la antigüedad de la lesión. Los casos graves pero recientes importan mucho menos que los inveterados. La muerte resulta con frecuencia de la necrosis ó de la degeneración grasosa del hígado, y del riñón. Una buena técnica evita las complicaciones pulmonares, Mayo dice que los enfermos que presentan edemas irregularidad del pulso y albuminuria, deben ser abandonados á su suerte. No es esta la opinión de Kocher que opina que un tratamiento médico preliminar puede hacer accesible la operación. En la estadística de Kocher en un tercio de los casos una sola operación ha sido bastante para asegurar la curación; en 20 casos á pesar de múltiples operaciones no se les pudo arrancar á la muerte. En 19 ya de antemano se sospechaba que no sería suficiente una sola operación.

Los fracasos provienen 1.º Resultados nulos.—Comprende los casos muy graves con grueso bocio bilateral, en los que á pesar de la extirpación de una mitad de él, y de la ligadura de los vasos del resto, la parte que quedó no sufrió regresión espontánea.

Recidivas.—En otros casos los síntomas se han reproducido enseguida.

Persistencia de ciertas lesiones secundarias.—Los accidentes propiamente dichos se suprimieron pero no, las lesiones irremediables como la degeneración del corazón.

Persistencia de ciertos fenómenos de caracter histérico.—Estos síntomas que pertenecen al dominio de la medicina consisten en calores, palpitaciones agitación, insomnio etc.

En resumen en casi todos los casos se ha conseguido la mejoría y en un gran número la curación.—*A Kocher Muenchener medizinische Wochenschrift). Journal de Chirurgie.*

Resección y sutura circular de la arteria femoral por aneurisma difuso

Un joven de 16 años recibió un tiro de revolver por debajo de la arcada de Falopio en el lado izquierdo con una fuerte hemorragia en chorro, que fué cohibida por la compresión. Cuatro días después empezó á notar latidos anormales en la cadera izquierda. Tres semanas más tarde se comprobaron todos los síntomas de un aneurisma arterial que asentaba al nivel la base de el triángulo de Scarpa en el lado izquierdo. El enfermo sufría vivos dolores irradiados á la pierna.

Se hizo al principio una ligadura temporal poco apretada de la arteria iliaca izquierda; esta ligadura practicada dos días antes de la operación principal ocasionó vivos dolores en todo el miembro. Se hizo enseguida la incisión del saco que estaba lleno de coágulos. Se colocó un pequeño clam especial sobre la arteria femoral por encima del saco; se notó entonces, una perforación circular por la cual salía sangre en abundancia: un nuevo clam fué emplazado por debajo de la perforación, y la porción de arteria comprendida entre ambos fué resecada. Sutura según la técnica de Garre-Stich. Al cabo de un mes la curación era completa.

Lieblein (Beiträge zur klinischen Chirurgie). Journal de Chirurgie.

SOCIEDADES DE CIRUGIA

Apendicitis traumática.—Por M. Guinard, á la Sociedad de Cirugía de París sesión de 29 de Julio de 1910. Insiste sobre lo delicada que es la cuestión de la existencia ó la no existencia de la apendicitis traumática, y dejando á un lado los casos que se pueden prestar á discusión y enfocando el asunto preguntó ¿el traumatismo actuando sobre un apéndice sano y vacío, es capaz de provocar la apendicitis? Un gran número de casos atestiguan que después de un tiempo más ó menos largo sobrevienen accesos de apendicitis, en individuos que sufrieron traumatismo de la fosa iliaca izquierda. En la apendicitis que sobreviene inmediatamente después del traumatismo, se trata de arrancamiento del apéndice ó de la agravación de una apendicitis crónica preexistente. Cita una observación en la que una mujer yendo por la acera fué lastimada por un pesado objeto que era conducido por un camión, esta mujer que no había padecido nunca del vientre presentó un dolor que desapareció en quince días pudiendo desde entonces dedicarse á sus ocupaciones. Después de quince días fué llamado para atender un caso típico de apendicitis curado entonces con hielo, y después de un mes con una intervención operatoria. La observación de M. Picqué prueba solamente que un traumatismo puede originar un acceso de apendicitis á un sujeto, que ya antes padecía del apéndice, pero de ninguna manera, invalida la opinión de que la apendicitis traumática pura, es decir aquella que aparece semanas ó meses después del traumatismo, no exista.

M. Broca.—Asegura que no todas las apendicitis pueden ser diagnosticadas por los pequeños síntomas hoy tan conocidos, y no es raro el caso de

que al operarse encuentren lesiones antiguas de apendicitis, que ningún otro síntoma había revelado. No está conforme con lo sostenido por M. Guinard referente á que sea preciso para considerar como traumática un apendicitis que haya transcurrido un largo intervalo de tiempo.

M. Delorme.—Admite la existencia de la apendicitis traumática pero fundándose en su práctica, hace constar lo rara que es. Cita un caso en el que unos días después de haber recibido una coz de un caballo, se presentaron síntomas legítimos de apendicitis sin que el enfermo tuviese historia anterior de apendicitis.

M. Jalaguier.—Dice que no ha observado nunca la apendicitis traumática.

M. Kirmisson.—Ha visto con frecuencia niños atacados de apendicitis con el antecedente del traumatismo, pero no ha encontrado la prueba que decida la influencia que haya podido tener este.

M. Moty.—Se coloca entre los partidarios de la apendicitis traumática por una observación que poseo.

M. Tuffier.—No ha visto nunca la apendicitis traumática y cree que los casos que se presentan como tales deben ser mejor interpretados: cita una observación. Se trataba de un niño que después de un traumatismo, presentó dolores en el vientre, durante unos días; después nada durante un mes. De repente, apendicitis supurada; se podría relacionar una y otra cosa, pero la salida de cálculos estercoráceos con la supuración, demuestra que la infección era antigua sin que tuviera nada que ver con el traumatismo.

M. Guinard.—Insiste en que todos los hechos negados, no tienen fuerza para contrarestar á un sólo hecho positivo y en que se han planteado con poco acierto los términos de la cuestión; termina diciendo que no se puede negar formalmente la apendicitis traumática sin analizar cuidadosamente las observaciones publicadas.

Absceso pelvi-peritonítico ante uterino, por M. Louis.—*Memoria de Lejars.*—El hecho observado por M. Louis, se refiere á una mujer de 33 años sin antecedentes morbosos—ni partos ni abortos y con menstruación regular.—Tenía dolores en el vientre desde hacía cuatro meses, con un principio brusco, vómitos y meteorismo del vientre. El tratamiento se siguió durante unos días en la idea de que se trataba de una apendicitis. Al cabo de mes y medio todo había desaparecido. Dos meses más tarde, se repitió un nuevo ataque de la misma naturaleza y M. Louis descubrió entonces un tumor, situado en la línea media, supra-púbica que llegaba hasta un través de dedo del ombligo, inmovil, resistente y que no tenía la dureza del fibroma; el tacto vaginal, no revelaba nada ¿Qué era? ¿Un quiste ovárico? ¿Un hematoma enquistado anterior? Louis practicó la laparotomía media, y encontró una gruesa masa adherida á la vejiga rechazada hacia arriba y adelante. Punzado el tumor, dió salida á litro y medio de pus dándose entonces cuenta, de que el saco estaba enteramente contenido en el fondo del saco vésico-uterino.

Lejars se extiende después en consideraciones acerca del diagnóstico y el origen de estos tumores inflamatorios vesico-uterino, pelvianos, y cita como uno de sus orígenes poco corrientes, las inflamaciones anexas, las afecciones del apéndice y admite por último después de citar varios casos análogos de su práctica, que en la observación de M. Louis se trataba según toda probabilidad de una perforación de la Sifaca como lo atestigua además de la falta de síntomas genitales, el principio brusco del mal.

Bulletins et Memoires de la Societé de Chirurgie.—M. PELAYO.

Sobre el tratamiento de la peritonitis consecutiva á la apendicitis, por Hohmeier. Sociedad médica de Altona.

La mortalidad de la apendicitis ha disminuido notablemente, debido á las intervenciones precoces; así en el hospital de Altona, incluyendo todos los casos de apendicitis habidos en los años de 1903 y 904 dió una mortalidad de 37,7 por ciento, y en el año 1909 sólo 8,3 por ciento.

Importa mucho intervenir rápidamente, en la peritonitis que, sigue á la perforación del apéndice: cuanto primero se opere, tanto mejor será el pronóstico. Durante los últimos 5 meses, se han operado en el domicilio de los enfermos, 20 con peritonitis difusa de origen apendicular; de ellas murieron dos; una muchacha de 17 años, moribunda cuando se empezó la intervención, y un niño de 3 y medio que estaba en el 5.º día de enfermedad.

Este resultado tan satisfactorio le atribuye Hohmeier á los minuciosos cuidados postoperatorios, con frecuencia más difíciles que la misma operación. El vientre, abierto por una incisión no muy grande, se lava hasta que el líquido salga claro; después se cubre con un tubo de drenaje, de cristal ó de goma que llegue hasta el fondo de Douglas y se cierra el resto de la herida. El enfermo recibe en los primeros días abundante cantidad de suero normal por el recto y si tiene vómitos frecuentes lavado del estómago. La sutura por planos en tales casos, tiene el inconveniente de que fácilmente dá lugar á la formación de abscesos y de que las hilas profundas puedan dar supuraciones duraderas. Para evitar la sutura, Hohmeier recomienda, cuando se puede sospechar que las adherencias del apéndice no serán muy grandes, practicar una incisión entre los rectos muy pequeña de 3 cm. de larga. A pesar de lo reducido de la abertura el apéndice se puede extirpar con facilidad y el peritoneo lavar bien: el drenaje llena la hendidura practicada y no es necesario suturar. Esta incisión se puede practicar muy bien lo mismo en paredes gruesas, que delgadas. Para los casos de peritonitis, puras Hohmeier recomienda esta misma técnica.

Cesarea postmortem: feto vivo, por Rieck. Sociedad de Obstetricia y ginecología de Berlín.

Embarazada á término, en plena salud sufre un ataque, se pone cianótica y muere en dos minutos. A los pocos minutos la vió Rieck, los latidos del feto se percibían aún. Frecuencia 80 al minuto. Sección en la línea media,

extracción de un feto de 3.300 gramos, con todo el aspecto de la asfixia blanca y que pudo ser reanimado al poco tiempo.

Autopsia. La orina de la mujer no contenía albúmina. A parte de una hidrocefalia interna crónica y unos focos hemorrágicos en la pleura no había más lesiones macroscópicas. Microscópicamente se encuentran en el parenquima renal numerosos focos necróticos muy pequeños. Causa probable de la muerte: Uremia ó eclampsia.

La ley debe obligar á intervenir siempre en estos casos.

Discusión: Kaufurann observó hace 13 años un caso semejante en la clínica de Obshausen. La parturienta murió en el primer ataque de eclampsia, á los 13 minutos se la extrajo, por cesarea, un feto vivo que falleció á las 8 horas. En las moribundas aconseja Kaufurann, por humanidad, intervenir por la vagina.—Bamberg cita un caso ocurrido en la clínica de Winkel, en el cual se extrajo un feto vivo á los 4 minutos de la muerte de la madre, ocurrida por embolia pulmonar.—Saniter, pudo apreciar, en un caso de la clínica de mujeres de Berlín, que después de 13 minutos que estaba muerta la mujer, todavía se oían los latidos fetales. No pudo hacerse la cesarea por oponerse el jefe de la clínica.

Termina Rieck la discusión presentando la estadística de los casos de cesarea postmorte que se conocen: 330.

Resección de un carcinoma del piloro, por E. Martín. Academia de Colonia.

Se trata de un caso precozmente diagnosticado, tumor pequeño móvil, con sólo dos ganglios con metastasis. La resección pilórica por el método de Kocher se hizo facilmente. El diagnóstico temprano del carcinoma del estómago, todavía no es posible más que tratándose del carcinoma del piloro: á pesar de los progresos que se han hecho en las medidas de exploraciones (rayos X, gastroscopia) el diagnóstico hoy por hoy no puede fundamentarse más que en los datos clínicos. Martín recomienda en los casos dudosos practicar la laparotomía exploradora. La experiencia ha demostrado que con la cirugía se pueden obtener magníficos resultados definitivos en el carcinoma del estómago. Una resistencia tumoral, ó una dificultad notable de la movilización gástrica en padecimientos viejos del estómago, son para él indicaciones de la incisión exploradora. Los resultados de las resecciones gástricas por carcinoma son alentadores; la última série de Kocher, consta de 44 resección con sólo 4 muertos, y de estos 3 estuvieron complicados con resección del colon.

Los peligros de las operaciones en el estómago han disminuido extraordinariamente en los últimos diez años. E. Martín en su última série de 21 gastroenterostomías hechas por afecciones no carcinomatosas no ha tenido una sola defunción.

Tuberculosis del ciego, por Creite. Sociedad médica de Gotingo.

Hombre de 46 años, con catarro en el vértice del pulmón izquierdo, padece desde hace varios años dolores cólicos en el lado derecho del vientre: como al mismo tiempo presentaba fenómenos de ictericia, el médico que le asistía tomó los dolores por cólicos hepáticos. Al reconocerle en la clínica quirúrgica se vió que tenía, por debajo del hígado una resistencia dolorosa, independiente de aquel órgano; en la operación reconoció que era el ciego. Resecados colon ascendente y ciego, se insertó el ileon á la cara lateral del colon transverso por medio del botón de Murphy. La operación no ofreció ninguna dificultad. El ciego extirpado, cuya luz estaba un poco estrechada, presentaba numerosas ulceraciones, que en parte invadían la capa submucosa, en que la mucosa estaba considerablemente engrosada y en algunos puntos presentaba verdaderas vellosidades inflamatorias. La submucosa infiltrada por un tejido de granulación blanco amarillento. Se encuentran además ganglios infectados y algunos de ellos caseificados.

Herida penetrante del abdomen interesando el útero grávido. Sutura de la matriz. Parto normal. Curación, por Boissard y Chenier. Sociedad obstétrica de París.

Se trata de una mujer, que en una tentativa de suicidio, se hirió en la matriz. Estaba embarazada de ocho meses y medio. La herida uterina, una herida lineal, no tenía más que un centímetro de longitud. En la clínica quirúrgica donde ingresó la enferma, se suturó el útero, el peritóneo y las paredes del vientre. Llevada á la maternidad, empiezan los dolores de parto á las cinco horas de hecha la operación y dá á luz un niño en estado de muerte aparente, que presenta en una nalga una herida de 3 cm. de longitud. Reanimado el feto, muere á las doce horas, á causa de una pequeña hemorragia de la laringe ocasionada al meter el tubo laríngeo. La mujer salió del hospital curada. —J. HERRERA.

AGUA DE HOZNAYO

ALCALINA, BICARBONATADA SÓDICA

Provincia de Santander

Recomendada por los médicos
para régimen en enfermos de
estómago, intestinos y artritis

*El uso de ella facilita la digestión y evita ade-
más todas las enfermedades
que se adquieren por el consumo de
aguas impuras*

DEPÓSITOS:

Farmacia del Dr. Hontañón.

Droguería de Pérez del Molino y C.^a

SANTANDER

