

SANATORIO
* MADRAZO *

AÑO II. * NÚMERO 1
** JULIO DE 1912 **

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

PUBLICADO BAJO LA COLABORACIÓN DE LOS DOCTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO

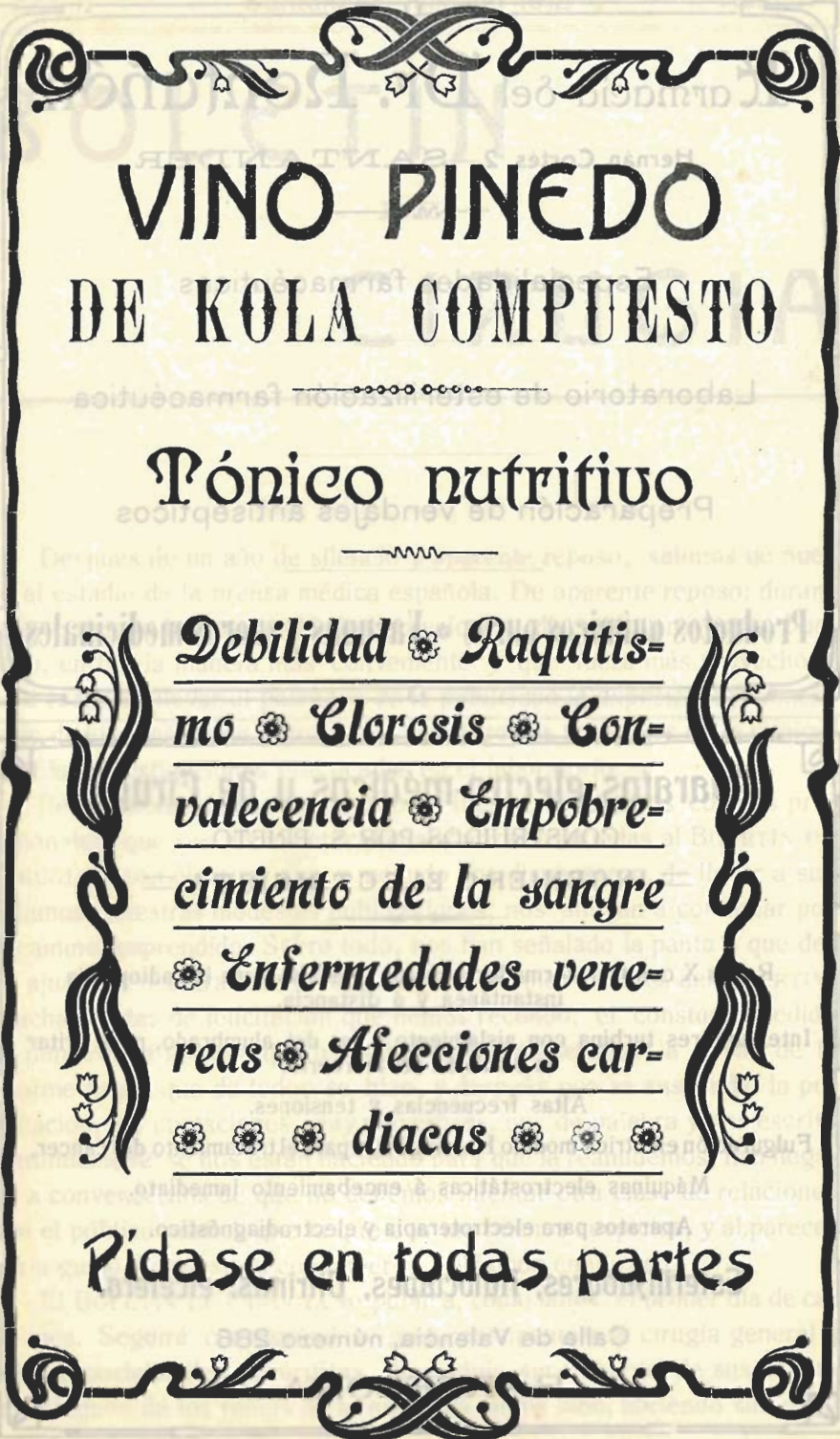
TRABAJOS ORIGINALES

JOAQUÍN SANTIUSTE: Apuntes clínicos sobre otros cuatro casos de extirpación total de la laringe.—**AGUSTÍN CAMISÓN:** Patología y terapéutica de las vías lagrimales.—Menéndez y Pelayo.

Revista de revistas.—Sociedades y Congresos.—Bibliografía.—Noticias.

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.



VINO PINEDO DE KOLA COMPUESTO

Tónico nutritivo

*Debilidad * Raquitis=*

*mo * Clorosis * Con=*

*valecencia * Empobre=*

cimiento de la sangre

** Enfermedades vene=*

*reas * Afecciones car=*

** * * diacas * * **

Pídase en todas partes

Farmacia del Dr. Montañón

Hernán Cortés, 2.—SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Productos químicos puros * Vacunas y sueros medicinales

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

Rayos X con transformador á chispa intensiva para la radiografía instantánea y á distancia.

Interruptores turbina con aislamiento á gas del alumbrado, para evitar la emulsión del mercurio.

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encebamiento inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Utrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

Después de un año de silencio y aparente reposo, salimos de nuevo al estadio de la prensa médica española. De aparente reposo: durante este tiempo hemos cambiado impresiones, discutido proyectos, buscado, en fin, la manera más conveniente y que fuera más provechosa para todos de llevar al palenque de la publicidad la exposición y comentario de los fenómenos patológicos por nosotros recogidos en la clínica, y de las investigaciones practicadas en el laboratorio.

Pero la solución nos ha llegado de fuera, de nuestros colegas profesionales, que con las inmerecidas alabanzas tributadas al BOLETÍN DE CIRUGÍA y con el honor que, a menudo nos dispensaron, de llevar a sus columnas nuestras modestas publicaciones, nos animan a continuar por el camino emprendido. Sobre todo, nos han señalado la pauta a que debe ajustarse nuestra futura conducta, los mismos lectores del BOLETÍN. Muchas cartas de felicitación que hemos recibido, el constante pedido de números atrasados, que ha agotado algunos de ellos, a pesar de la enorme tirada que de todos se hizo, y después que se suspendió la publicación, las invitaciones, muy numerosas, que de palabra y por escrito continuamente se nos están haciendo para que la reanudemos, han llegado a convencernos de que no debemos intentar otra clase de relaciones con el público médico que la que con tan buenos auspicios, y al parecer tan a gusto de nuestros compañeros, habíamos empezado.

El BOLETÍN DE CIRUGÍA se publica, como antes, el primer día de cada mes. Seguirá consagrándose preferentemente a la cirugía general y a las especialidades quirúrgicas, sin excluir, sin embargo, de sus columnas ninguno de los ramos de la medicina, antes bien, abriendo sus pági-

nas a la exposición de todos los problemas médicos y aun a los que caen dentro de los límites de la biología general.

Sus redactores serán ahora los mismos que antes fueron, con la excepción del señor Pelayo, de cuyos interesantes y bien escritos trabajos no nos veremos privados en absoluto, pues seguramente ha de ayudarnos en nuestra labor con su inteligente colaboración. Su puesto de redactor ha venido a llenarle el doctor Rodríguez Cabello, antiguo médico interno del Sanatorio, y al cual Centro ha vuelto a incorporarse después de una prolongada residencia en París, en cuyas clínicas de medicina interna ha completado sus estudios. Durante este tiempo, el doctor Camisón ha estudiado en la Universidad berlinesa la especialidad de oftalmología y a los trabajos con ella relacionados dirigirá preferentemente su actividad periodística.

Solicitamos la colaboración de todos los médicos españoles. Seguramente no ha de faltarnos. A ninguno detenga para escribir el recuerdo de los medios auxiliares de material y de personal con que cuentan los publicistas que trabajan en los grandes centros ú organismos médicos y de que él se ve privado. La medicina es ciencia experimental y de observación, ciencia de hechos; y uno solo, sagazmente observado, tiene en ocasiones más importancia para el adelanto de la ciencia que una copiosa estadística reunida por un observador de benedictina paciencia, pero falto de aquella inspiración genial, especie de videncia que acompaña a los grandes descubrimientos, patrimonio de pocos y escogidos espíritus. A Semmelweis, contemplando en la mesa de autopsias el cadáver del profesor Kolletschka, sembrado de metastasis purulentas, se le reveló de pronto la doctrina de la infección puerperal, que en muchos años de observación clínica no había podido descifrar. No siempre se rinde la ciencia a los más tenaces; pero sólo se entrega a quien ahínicamente y con alguna gracia la solicita.

I.—ORIGINAL

Apuntes clínicos sobre otros cuatro casos de extirpación total de la laringe

Por Joaquín Santiuste

Ya que me he propuesto dar cuenta en esta publicación médica, como lo hicimos en su primera etapa, de los casos de extirpación total de la laringe que vaya teniendo en mi práctica, será el objeto de este artículo el hacer algunas breves consideraciones sobre otros cuatro operados que a continuación expongo. El primero de quien voy á tratar es un enfermo al cual hice alguna alusión en algún artículo mío sobre esta materia.

Marcelino F., que en la actualidad ya pasa de 60 años de edad, le vi por primera vez hace cinco o seis, en consulta con un distinguido compañero de esta localidad, con motivo de una grave estenosis de la laringe que amenazaba producir la asfixia. El reconocimiento laringoscópico mostraba que la causa de tal estenosis era una infiltración, de carácter vegetante no muy acentuado, de ambas cuerdas vocales que aparecía cubierta de una capa blanca no dejando nada más que una ligera hendidura para el paso del aire; y como la asfixia se veía que podía sobrevenir en cualquier momento, habiendo sufrido ataques sumamente alarmantes, se procedió á practicar la traqueotomía en el Sanatorio del Dr. Madrazo, para salvar este peligro de muerte inmediata, pero con intención de practicar más adelante la extirpación total.

Pero sucedió que con la mejoría obtenida con la traqueotomía, se fué dilatando la segunda operación, y por último se negó, en vista de su estado, á someterse á nueva intervención quirúrgica. Reconocimos al enfermo y pudimos ver que su estado local, en el espacio de un mes, había mejorado bastante, que la tumoración era menor, que la infiltración de las cuerdas producida por el mismo, había también disminuído, siendo mucho menor la estenosis y permitiendo respirar bastante bien al enfermo con la cánula tapada; de manera que el bienestar general del enfermo estaba en perfecta concordancia con su estado local, por cuya razón tampoco insistimos en nuestra idea de una operación radical. Pudimos hacer observaciones posteriores, aunque no todo lo frecuentes que nos-

otros deseábamos, però de todos modos lo suficiente para ir viendo acentuarse la mejoría, hasta llegar al punto de llegar a hacerle proposiciones de quitar la cánula, que él rechazó, pues se había adaptado muy bien a llevarla, y obturándola con una cuña de madera respiraba y hablaba muy bien, sin perturbarle en lo más mínimo en todas las ocupaciones de su profesión; y recordando sus apuros antes de la traqueotomía, no quería, por lo que en lo futuro pudiera ocurrirle, dejar cerrar esta supletoria vía de entrada al aire. En esta situación transcurrieron me parece que han sido cinco años, y en verdad que nosotros creimos haber sufrido un error en nuestro primitivo diagnóstico de epiteloma (aunque sin análisis histológico) pues parecía la curación casi completa. Hacía ya mucho tiempo que no habíamos vuelto a ver al enfermo, y se nos presentó diciéndonos que al renovar la cánula sangraba con frecuencia, que su voz se había extinguido, que a pesar de la cánula, en algunos momentos sentía ahogos, y que había echado por la misma, en alguna ocasión, trozos de carnosidad. Le reconocimos, y pudimos observar que la laringe estaba macizada de vegetaciones en forma de coliflor. Toda la historia que queda referida y a pesar de volver, en vista de esto, a nuestro primer diagnóstico, en vez de proponerle la total extirpación, pasamos a hacer la ablación de estas masas tumorales por vía endolaríngea, y una porción de ellas se las dimos al doctor Herrera para su análisis histológico, del cual resultó ser un epiteloma de los más malignos, quedándose sorprendido de los antecedentes que le dí del enfermo; pues por los caracteres clínicos se podía afirmar casi en absoluto que de la misma naturaleza y la misma afección era la de ahora que la que nos obligó a hacer la traqueotomía, a diferencia de ser el brote último de mucha más intensidad que el primero. No obstante el resultado del análisis histológico, decidimos todavía, ante la rareza del caso, quedar a la expectativa, advirtiéndole al enfermo que, caso de volverse a reproducir dichas masas vegetantes, no tendría más remedio que someterse a una operación más radical, a la cual no se prestaba muy propicio. No tardó mucho tiempo en venir la reproducción, y esto se repitió en dos nuevas ocasiones, y cada vez con más intensidad, cumpliéndose el «noli me tangere».

En virtud de esto, ya le propusimos la extirpación total de la laringe con gran insistencia, a la cual accedió, y después de muchas dudas y vacilaciones se le practicó según nuestra habitual técnica. No hubo ningún incidente en la operación digno de mención, y su curso operatorio fué infebril, no obstante, no pudimos remediar, a pesar del buen curso

de la herida, que persistiera una fistula faríngea pequeña en forma de infundibulum, que nos obligó a refrescar los bordes y dar dos puntos de sutura, con lo cual cerró de primera intención, sin que tuviera más trastornos el incidente que prolongar por algunos días más la alimentación del enfermo por sonda.

El segundo enfermo N. N., que después de un catarro sin expectorar, y con poca tos ó ninguna, venía teniendo una respiración ruidosa y dificultosa que se fué acentuando, hasta el momento en que le ví por primera vez que le impedía dormir y subir escaleras, y aún en estado de reposo se verificaba con un cornaje intenso. El enfermo no tiene antecedentes sifilíticos ni alcohólicos. Hecho el examen laringoscópico se ve que la causa de la estenosis laríngea es un tumor liso y al parecer duro, que asienta a la vez en la cuerda vocal y en la banda ventricular derecha, haciendo bastante prominencia en el interior de la laringe, dejando muy poco espacio para el paso del aire. Aunque juzgamos que la naturaleza de este tumor era maligna, antes de proponerle una extirpación total, le observamos durante un mes, y después creímos bien indicada la operación, la que se practicó en marzo de este año con buen resultado, y hasta la fecha su estado lo mismo que el del enfermo anterior, es completamente satisfactorio.

No tuvimos la suerte que en estos dos últimos enfermos en el tercero; aunque no en el orden cronológico, una breve historia clínica vamos a relatar a continuación:

Este enfermo, M. C., que cuando nosotros le vimos acababa de llegar de Méjico ya traqueotomizado, de unos 40 años de edad, había sido de una vida desarreglada, habiendo padecido la sífilis y bebido bastante. Sin duda por esta vida desordenada siempre, decía que había padecido de ronquera muchas veces, y una de ellas, un año antes de la fecha en que nosotros le vimos, que próximamente viene a hacer un año, lejos de desaparecer se fué acentuando hasta el punto de comprometerle la vida por asfixia y tener en Méjico que practicarle la traqueotomía. Reconocido, se encontró que tenía un tumor que rellenaba toda la laringe, vegetante y deleznable, que había invadido ya el cartílago tiroides y que estaban bastante abultadas y ensanchadas sus hojas laterales. Su estado general era malo, bastante desnutrido, pues además de haberse presentado gran disfagia (por estar invadido todo el vestíbulo de la laringe), la respiración, a pesar de la cánula, se hacía con dificultad.

No obstante este estado del enfermo, creímos indicado proponerle la cura radical, pues si bien estos casos tan avanzados no son nada se-

ductores para el cirujano, éste no debe subordinarlo todo a obtener bellas estadísticas, sino que debe intervenir mientras haya algunas probabilidades de salvar al enfermo de una muerte segura, siempre que llene una indicación científica, y el acto operatorio en sí sea compatible con la vida. No fué rechazada la operación por el enfermo, porque estos desgraciados, en el último período de su enfermedad, de tal naturaleza son sus sufrimientos y martirios, que siempre o casi siempre la aceptan. Así es que en el mes de agosto del año pasado se procedió a practicar la operación, que fué accidentada y difícil, porque el tumor estaba más extendido de lo que parecía, infiltrándose insidiosamente en los tejidos, y como era muy blando todo se despedazaba, y no pudo haber toda aquella limpieza compatible con esta operación hecha en buenas condiciones. Además, no sé por qué razón, la cánula que le pusieron en Méjico al hacer la traqueotomía, era de niño, y nos fué imposible introducir la cánula de Trendelenburg para practicar la cloroformización, así es que hubo que aplicar el cloroformo por medio de una compresa doblada aplicada sobre la cánula, lo cual perturbaba mucho todos los actos operatorios. A esto también hubo que agregar, que después de hecho el corte de separación de la laringe, entre el borde inferior del cricoides y el primer anillo de la traquea, resultó que la infiltración tumoral, en esa forma de reblandecimiento, invadía los dos primeros anillos, que hubo, por consiguiente, que extirparlos. Así es que la operación se hizo penosa y larga, y aunque pusimos gran empeño, a pesar de todas las dificultades, para que no entrara sangre en el aparato respiratorio, no se pudo evitar que alguna cantidad se introdujera.

El enfermo no fué su estado malo en las primeras cuarenta y ocho horas, pero hubo mucha expulsión de secreciones sanguinolentas, y siempre desde el principio una respiración un poco más frecuente que lo que corresponde a la que tienen estos enfermos inmediatamente después de la operación, que debido a la mayor cantidad de aire que cada vez pasa por la traquea directamente, se hace más lenta. Resultado de todo ello, y quizá también a algunas circunstancias que no es del caso enumerar, la respiración se hizo más frecuente, las secreciones desaparecieron, presentándose sequedad, y a la auscultación se notaron los fenómenos propios de una bronco-neumonía, y sin temperaturas elevadas, el enfermo falleció al quinto día después de la operación.

Algunas consideraciones se nos ocurren acerca de estos casos, y es que en los primeros, como en otras series que tengo publicadas, el resultado final fué satisfactorio; en uno de ellos se nos presentó fístula

faringea, lo cual hace que cada vez fijemos más la atención en que sea la sutura faringea hecha con el mayor esmero y cuidado, y poner especial atención en que sea a lo Lambert. Mas es muy posible que todas estas precauciones no basten a evitar el accidente, pues creo deben depender del derrame de la saliva y productos de la faringe en el campo de la herida en el acto operatorio, puesto que en el caso de estas fístulas siempre suele preceder una infiltración inflamatoria, que indica cierto grado de sepsis, que aunque benigna, tardía y sin fenómenos generales, da ocasión a incidentes y retrasos en la curación del enfermo, y a mayor abundamiento ser peligrosa, con sus secreciones sépticas, aunque le coge ya (pues generalmente, por mi observación personal, cuando se presenta suele ser a los siete u ocho días) en buenas condiciones de resistencia.

No somos partidarios de cambiar de métodos y procedimientos operatorios, mientras éstos no modifiquen lo fundamental de la técnica de una operación, pues creemos que lo más esencial para dominar aquélla es repetir siempre el mismo «modus faciendi». Además, no hay mejor base, y yo creo que la única, para modificar un procedimiento, que poseerle á la perfección.

Pues bien, en el principio de nuestras intervenciones adoptamos el procedimiento de Perier, o sea el de hacer la extirpación de abajo arriba por parecernos más fácil, pero con la experiencia de nuestras intervenciones para esta clase de operaciones, ya algún tanto numerosas, hemos reflexionado mucho sobre ello, y tanto para obviar los incidentes que quedan mencionados, como para lo fundamental de la operación, de evitar la entrada de sangre y productos de la faringe en la tráquea, y en una palabra, para quedar más en condiciones asépticas la herida, nos habíamos formado el propósito de adoptar el procedimiento de Gluck, es decir, empezar la extirpación por arriba, y antes de separar la laringe de la tráquea hacer la sutura faringea, de cuya manera la incomunicación es ya absoluta, y durante el acto operatorio no puede entrar ninguna cantidad de sangre en el árbol respiratorio. En consecuencia, nos decidimos para el primer nuevo caso que tuvieramos hacerlo a lo Gluck.

Esta ocasión se nos presentó hace unos días en un enfermo que sufría un tumor muy avanzado de la epiglotis, banda ventricular de uno y otro lado, ocupando todo el vestíbulo de la laringe, y que ya se había hecho extralaringeo, invadiendo el cartilago tiroides y toda la región subhioidea. A pesar de estas malas condiciones le operamos hace dos días,

y aunque por la invasión al cartílago tiroides con más intensidad y extensión de lo que creíamos, lo que impidió que se pudiera hacer un buen aislamiento de la laringe, que al hacer la abertura de la membrana tirohioidea nos encontramos, todo ese espacio invadido por el tumor, lo que obligó resecar también el hiodes, y con todas estas cosas no pudiéramos hacer el método en toda su pureza, quedamos muy animados a repetirlo, sin que esto sea definitivo, pues en cuanto al resultado, si bien el enfermo está muy bien, no han transcurrido más que dos días, tiempo insuficiente para poder predecir un resultado satisfactorio.

También establecimos en este operado una innovación, el dejarle sin cánula, gracias á las insistentes manifestaciones del doctor Quintana, que ya hace tres años lo hicimos también, no habiéndolo repetido por haber ocurrido un incidente de colapsus post-operatorio, a las dos o tres horas de la operación, y sin atribuirlo a esta causa, es lo cierto que habíamos abandonado esta idea que ahora volvemos a poner en práctica.

Otro incidente enojoso en esta operación es la mortificación del primer anillo de la tráquea, que como sabemos se presenta con relativa frecuencia. Esto creemos que vamos evitándolo desde hace algún tiempo, no cogiendo todo el espesor del cartílago al suturar la piel con la tráquea, sino sólo la mucosa o a lo sumo un pequeño espesor del mismo.

Desde que Bardenheuer estableció la modificación operatoria de rehacer la herida exofágica y unir la tráquea directamente a la piel, estableciendo una incomunicación completa con la faringe, método que fué aceptado por todos los cirujanos, la mortalidad dependiente directamente de la operación fué descendiendo de una manera notable, y por tanto las indicaciones han ido ensanchándose. Así es que si hace no muchos años la ejecución de esta operación era muy excepcional, y sólo unida a algún apellido de esos cirujanos cuyo genio quirúrgico les hace mundiales, hoy día se ha generalizado mucho más, y, aunque sin dejar de ser una operación grave y trascendental, ha entrado ya en la cirugía corriente.

Además de la gran mortalidad post-operatoria primitiva, según diferentes veces hemos repetido, también hacía que esta operación fuera en cierto modo rechazada por la situación moral en que quedaban los enfermos, privados del órgano de la voz. Mas esta idea tiene algo de exagerada, porque los que así piensan del estado lamentable en que quedan estos operados, siempre hacen la comparación partiendo de la idea de una laringe sana; pero si piensan que los individuos que vie-

nen a ser objeto de esta intervención su voz está ya casi extinguida, y si a esto se agrega la disnea o la disfagia, se verá que la transición no es tan grande como a primera vista parece. Cuando se ha visto muchos operados de esta clase, se puede comprobar que no son presa de ese tan acentuado decaimiento moral, sino que en su mayoría están contentos de haberse visto libres de una afección que les llevaba a la muerte con tan horribles sufrimientos. Además de esto, aunque las laringes artificiales no han dado resultado, se ha podido comprobar que en un gran número de individuos que aprenden a tragar aire y a expulsarlo de una manera especial, pueden llegar a alcanzar una voz sin laringe que se puede hacer oír a algunos metros de distancia, como pudimos comprobar en varios enfermos en el Congreso último de oto-rino-laringología, en Berlín. De esto mismo es caso notable el primer enfermo que citamos en este artículo; que como había sido traqueotomizado y en su segundo brote desapareció la cavidad laringea, para poder expresarse instintivamente hizo un aprendizaje de hablar, el mismo que tiene hoy día después de haber extirpado la laringe, y se le puede oír a una relativa distancia. Y quizás en alguna otra ocasión hablaremos de los trabajos que en este sentido se han hecho.

Respecto a las recidivas, que también se ha hablado de ellas para combatir la práctica de esta operación, yo creo que hasta serán inferiores a las que tienen lugar en los operados de cáncer en otras partes del organismo, mientras no haya salido del estuche cartilaginoso de la laringe, pues es observación corriente lo tardío que son los infartos ganglionares del cuello en esta afección. De todos modos, si por esta circunstancia fuéramos a desechar la operación, habría que suprimir la terapéutica quirúrgica del cáncer en medicina, que al fin y al cabo es hoy por hoy el único medio poderoso y eficaz de que disponemos para combatirlo.

En resumen, que la mortalidad de laringectomía, a medida que se va perfeccionando la técnica, no pasa de ser la que corresponde a la de las operaciones graves de la cirugía, y aun es posible que tiempo andando las aventaje.

Que la situación moral en que quedan los enfermos no es tan mala como la generalidad cree, y además hoy se va consiguiendo que los enfermos tengan voz sin laringe.

Y por último, que las recidivas del cáncer, si no son menos temibles que en otro órgano cualquiera, por lo menos no son más.

II.-ORIGINAL

PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA DE LAS VÍAS LAGRIMALES

Por Agustín Camisón

Puede decirse que la verdadera patología del aparato excretor de las lágrimas, la constituyen casi exclusivamente los procesos que toman asiento en el trayecto comprendido desde el saco lagrimal hasta la terminación del conducto nasal en el meato inferior de las fosas nasales. Y digo la verdadera patología, porque efectivamente ella es más grave y se resiste más al empleo de los medios terapéuticos en esta porción que en la correspondiente a los puntos y conductos lagrimales, la cual ofrece muy relativo interés, ya que es muy reducida y se combate rápida y fácilmente.

Los procesos que afectan al saco lagrimal y al conducto nasal que le continúa, se caracterizan, unas veces, como digo, por su tenaz resistencia a los más variados tratamientos, otras por las complicaciones oculares a que pueden dar origen, graves en algunas ocasiones, terminando otras por procesos inflamatorios agudos de carácter flegmonoso que hacen urgente una terapéutica activa. Una infección del aparato lagrimal es siempre una contraindicación para cualquier maniobra quirúrgica en el globo ocular, que es necesario aplazar hasta la curación de aquél, obligando a provocar una fístula para establecer un drenaje como único medio en aquellos casos que hagan urgente una intervención.

Son las relaciones anatómicas de esta porción del aparato excretor de las lágrimas, las que explican la frecuencias de sus afecciones. Estando en íntima relación de continuidad con las fosas nasales, fácil es comprender el papel etiológico que en los procesos lagrimales han de jugar todos aquellos que tomen asiento primitivamente en ellas.

Según las observaciones de Kuhnts, las afecciones del aparato lagrimal tienen en un 93,7 por 100 un origen nasal.

El mecanismo es en extremo variable; los experimentos de Aubarets han demostrado que es posible el paso de aire y de secreción de las fosas nasales al conducto nasal y respectivamente al saco lagrimal, por una insuficiencia funcional de los repliegues mucosos que hacen el oficio de válvulas. Del mismo modo pueden pasar al aparato lagrimal pequeñas partículas de secreción nasal con las fuertes expiraciones en el acto de sonarse; Schenk y Salus observaron la salida de sangre por los puntos lagrimales en una epístasis y de humo al fumar un cigarrillo.

Siendo esto evidente se deduce enseguida que el aire puede arrastrar los gérmenes y dar origen a una infección, ya que éstos se encuentran lo mismo en la mucosa nasal que en la conjuntiva y aún más en aquella que en esta. Tienen más importante papel etiológico todas aquellas alteraciones nasales que obran de un modo mecánico ya obstruyendo la desembocadura del conducto nasal, ya produciendo un obstáculo más alto que impida el curso de las lágrimas. Son infinitas estas alteraciones que unas veces son inflamaciones de la mucosa que pueden alcanzar aquella del conducto nasal, otras son hipertrofia de los cornetes, pólipos, retracciones cicatriciales en estas regiones, desviaciones del tabique nasal, etc., etc.

Del mismo modo influyen en las afecciones lagrimales todas aquellas que afectan a los senos vecinos; el empiema del seno maxilar y frontal y los procesos supurativos de las células etmoidales son causa muchas veces de afecciones secundarias, pues ya se ha observado el paso de las supuraciones crónicas de estos senos y del etmoides al aparato lagrimal. Los procesos óseos, tuberculosos ó sifilíticos, conducen de igual forma á una infección del saco lagrimal, especialmente, con manifestaciones clínicas diversas.

En la propagación al aparato lagrimal, a través de los huesos, de los procesos patológicos que asientan en la mucosa de aquella cavidad, tienen un papel importante la red venosa y los vasos linfáticos, pues como es sabido, la de la mucosa de los senos y fosas nasales, se anastomosa con la correspondiente a la de la mucosa lagrimal. Del mismo modo se unen la red venosa del saco lagrimal y del conducto nasal, con la vena facial anterior, la vena oftálmica y la infraorbitaria. Por último, Zuckerkandl, ha señalado una vena lacrimo-facial, la cual se une a una gruesa rama que viene de las células etmoidales y atraviesa el hueso lagrimal; esto explica la propagación de los procesos etmoidales.

A. Onodi, en un interesante trabajo sobre las relaciones del aparato lagrimal con el nasal, publica casos notables de vicios de conformación

congénitos á los cuales atribuye un importante papel en la etiología de los procesos lagrimales aunque, por su extremada rareza, son de poca utilidad clínica.

Todas estas consideraciones nos obligan a indagar en las vecindades del aparato lagrimal una causa que pueda explicarnos sus afecciones; es necesario, imprescindible, en todo enfermo que presente síntomas de obstáculo al paso de las lágrimas, el reconocimiento de las fosas nasales; hoy que tan de la mano van las especialidades oftalmo y rinológica, son fácilmente descubiertos procesos, a cuya curación se llega sin grandes dificultades.

Ultimamente he tenido ocasión de ver una enferma con epífora, sin ectasia lagrimal, sin afección ocular ni conjuntival que la explicara y que no presentaba síntomas de estrechez al cataterismo, con el cual había sido tratada mucho tiempo inútilmente. La indiqué la necesidad de una exploración de las fosas nasales, donde creía podía existir la causa del padecimiento. La reconoció el doctor Santiuste, el cual notó un pólipo nasal, con degeneraciones fibromatosas, que le hacían de consistencia dura, que se insertaba por un ancho pedículo en el meato medio, cerca del infundibulum, y descansaba sobre el cornete inferior, al que comprimía; presión que venía a ejercerse igualmente sobre el orificio terminal del conducto nasal al que debía obliterar, por lo menos en parte, siendo esta la causa del obstáculo al paso de las lágrimas. La extirpación del pólipo vino a restablecer poco a poco la función sin otro tratamiento.

Clínicamente se caracterizan las afecciones crónicas del aparato lagrimal, según el grado de las lesiones, ya por la simple epífora, sin secreción purulenta, o por ésta unida o no, a una dilatación del saco. Huelga decir, que sin que las vías lagrimales estén interesadas, hay infinidad de causas de epífora que es necesario descartar antes de pensar en una dacrio-cisto-blenorrea; casi todos los procesos inflamatorios agudos la producen; (conjuntivitis ezematosa, keratitis, iritis, escleritis); los cuerpos extraños de la conjuntiva, sobre todo del párpado superior, de la córnea, etc., siendo notable en estos últimos casos el hecho de que se presente también lágrimeo en el ojo no afectado, sin que hasta ahora se haya explicado la causa de esta especie de irritación simpática. También en las desviaciones de las pestañas cuando éstas rozan el globo ocular; en el ectropion de cualquier naturaleza que sea; y, por último, como manifestaciones de hipersecreción claramente nerviosas (enfermedad de Basedow); asimismo todos los obstáculos al paso de las lágrimas que asienten en los puntos y conductos lagrimales.

La exploración de un enfermo con trastornos lagrimales, que afecten al saco y al conducto nasal, nos pone en seguida al corriente del obstáculo al paso de las lágrimas, así como su grado. Este se halla en ocasiones en el saco, estando permeable el conducto nasal y ocasionado por la presencia de repliegues anormales en sus paredes que impiden el curso de las lágrimas. A veces también existen obstáculos por afecciones secundarias del saco, tuberculosas, sífilíticas y hasta trocomatosas, sin que el conducto nasal tome participación en ello.

Pero casi siempre el obstáculo radica en el conducto nasal, ocasionado por inflamación aguda de la mucosa, o solamente de la mucosa nasal que corresponde á la desembocadura de aquél en el meato; es un ejemplo el coriza. Aquellos casos en los cuales se presenta la epífora casi repentinamente, dependen de la inflamación de la mucosa nasal que muchas veces se propaga á la del canal nasal. Efectivamente, en estos casos cesan todos los síntomas cuando la inflamación aguda de la mucosa ha desaparecido. Puede también existir un proceso inflamatorio crónico de origen secundario, como parece que ocurre en todos aquellos de las vías lagrimales; así como estrecheces u obliteraciones consecutivas a cicatrices muchas veces óseas. Como es natural, estas estrecheces son más manifiestas á la entrada del canal nasal, punto que normalmente ya es de menor calibre que el resto del conducto.

Se observa en algunos recién nacidos una obliteración del orificio inferior del conducto nasal, anomalía congénita que se diagnostica por la salida de pus a través de los puntos lagrimales cuando se ejerce presión sobre el saco lagrimal, ya que tal anomalía da lugar á una infección de las vías lagrimales.

La tuberculosis del canal nasal o de los alrededores del saco lagrimal, muy frecuente en los niños, es causa de estrechez; algunas veces se observa en los adultos bajo la forma de un tumor pastoso del saco, que sin embargo deja pasar las lágrimas en cuanto se ejerce la menor presión sobre él. Estas granulaciones tuberculosas del saco suelen perforarle y aparecer en la piel; esto es muy frecuente en los niños.

La sífilis, en su período terciario, suele tener también asiento en las vías lagrimales, ya bajo la forma de un tumor gomoso del saco, forma rarísima, y de la cual sólo se han descrito tres o cuatro casos, o bien por propagación de la de los huesos.

En los adultos, las estrecheces suelen ser consecutivas a inflamaciones de la mucosa y submucosa del canal nasal por efecto de pequeños

abcesos en el coriza, y de inflamaciones propagadas de los senos vecinos y de las células etmoidales.

Para reconocer si existe una inflamación de la mucosa, o si por el contrario, el obstáculo es ocasionado por una cicatriz, se inyecta según el proceder de Stock, un centímetro cúbico de eusemina en el saco lagrimal, y cinco minutos más tarde se vuelve a inyectar una cantidad de suero salino; si éste aparece en las fases nasales, se trata de una inflamación de la mucosa, sino aparece o lo hace incompletamente, se trata de una estrechez cicatricial.

Sea cualquiera el mecanismo de la estrechez, es lo cierto que las lágrimas sufren una estancación que es bien clara de conocer, porque a la presión ejercida sobre el saco éstas refluyen por los puntos lagrimales. Las paredes de éste se van dilatando poco a poco, especialmente la anterior, hasta que se hacen inestensibles, quedando constituida entonces la ectasia del saco, el tumor lagrimal. Este, llamado mucocoele a causa de los caracteres de su contenido, no debe confundirse con el verdadero mucocoele, tumor muy raro, que es independiente del saco lagrimal, aunque con él tenga relaciones, y que es la consecuencia de la etmoiditis crónica con dilatación; del llamado hidrops del laberinto etmoidal. Las células del etmoides en este proceso están dilatadas por un contenido que presenta la consistencia de un moco espeso, llegando hasta la de la gelatina, dilatación que con el transcurso del tiempo hace presión sobre la lámina papirácea del etmoides y sobre el unguis, a los cuales perfora por un proceso de rarefacción, penetrando en la órbita. Cuando son las células etmoidales anteriores las que toman parte en el proceso, el mucocoele se dirige hacia el ángulo interno del ojo, haciendo presión sobre el saco y siendo por tanto una causa de epífora.

Este tumor se presenta con una extremada rareza, según acusan las estadísticas de Müller, Treitel, y especialmente de Uffenorde, que es quien ha publicado un trabajo sobre las enfermedades del etmoides, nutrido de casos clínicos. Se diferencia del tumor lagrimal, en que su asiento es más alto y en que no se vacía su contenido a la presión; sin embargo, casos hay, sobre todo cuando el canal nasal está obstruido e igualmente la desembocadura de los conductos en el saco, en los cuales es muy difícil el diagnóstico, que sólo se confirma en el acto operatorio; de los tres casos que yo he tenido ocasión de ver, dos en la clínica de Michel y uno en la de Axenfeld, en dos el diagnóstico no se hizo hasta el momento de proceder á la extirpación del saco.

Cuando la ectasia lagrimal está constituida, los gérmenes pueden

llegar al saco convirtiendo su contenido, líquido claro y no séptico, en una secreción purulenta, donde por el examen microscópico se descubren estreptococos, estafilococos, pneumobacilos de Frielländer, pneumococos, etc., etc. Si esta secreción llega a producir una lesión en el epitelio del saco, los gérmenes atraviesan las capas profundas y conducen a un flemón de los tejidos que le rodean, flemón que termina por abrirse paso a través de la piel, estableciendo una fístula. La dacriocistitis flegmonosa conduce de esta forma a una fístula lagrimal.

El ideal terapéutico sería poder llegar a la curación de todas estas afecciones por un procedimiento conservador, pero desgraciadamente éste no ofrece resultados más que en determinados casos.

Cuando se trata de una inflamación aguda de la mucosa del saco lagrimal y del conducto nasal, serán suficientes la inyección por medio de la jeringa de Anel o de otra cualquiera, primero de eusemina y después de suero salino, para llegar en varios días a la curación del proceso. Cuando existen estrecheces del trayecto, el camino a seguir es muy distinto; en estos casos puede ocurrir que no haya secreción, que se trate de la simple epífora, o que a la presión del saco aparezca secreción purulenta o muco-purulenta en los puntos lagrimales, ya sin dilatación o bien con ectasia lagrimal.

En el primer caso se llega a una curación del proceso, mediante el cateterismo asociado a las irrigaciones, con medicamentos diversos; los que yo empleo con mejores resultados son la eusemina (mezcla de cocaína y adrenalina), el fluorol, el sulfato de zinc y el nitrato de plata. Sólo hay que tener en cuenta que el cateterismo está contraindicado en los procesos agudos e igualmente en las grandes estrecheces cicatriciales, lo mismo mucosas que de los huesos.

También en los casos de secreción purulenta, sin ectasia del saco, puede llegarse en algunas ocasiones a la curación, sólo con los medios indicados y contando en una gran paciencia por parte del enfermo, pero hay veces en que esto no es posible, siendo necesario acudir al tratamiento que debe aplicarse en la dacrio-cisto-blenorrea con ectasia del saco, como único tratamiento efectivo. En estos casos todo cuanto quiera contemporizarse con el cateterismo y lavados, es perder el tiempo y dar lugar a una infección del ojo, sobre todo en aquellos individuos que por razones de su oficio están expuestos a traumatismos, por insignificantes que sean. Ejemplo de ello es el *ulcus serpens*, tan frecuente en las gentes, con vías lagrimales infectadas. En una estadística del mes pasado que publica Ths. Gunnufsen, de la clínica de Schiötz, sobre 154

úlceras serpiginosas de la córnea, observadas durante los últimos cinco años, hace notar que de estos 154 individuos, 129 tenían afecciones del saco lagrimal.

Este tratamiento es la extirpación total del saco lagrimal: no la extirpación con materias caústicas ni con el termo-cauterio, medios con los cuales tampoco se tiene resultado, a pesar de que lo afirmen muchos oculistas, pues con tales procedimientos nunca se destruye toda la mucosa, quedando restos que retienen allí los gérmenes.

Es necesario tener en cuenta pequeños detalles anatómicos que sirvan de orientación. El saco lagrimal está alojado en la fosa lagrimal, formada por dos huesos, el ungüis y la apófisis frontal del maxilar superior, que la limitan por dos bordes salientes; la cresta lagrimal posterior y la anterior. Esta es la que sirve de guía para saber la situación del saco y sobre ella ha de recaer la incisión que comprenderá todas las partes blandas hasta el perióstio. La pared interna del saco lagrimal se adhiere íntimamente a éste, por lo cual es necesario despegarle completamente con el periostotomo. Después de haber disecado por completo la pared anterior del saco teniendo cuidado de no interesar la piel, es necesario seguir la disección hasta la entrada del canal nasal, raspando después la mucosa de éste con una cuchara o rechazarla fuertemente hacia el conducto con un estilete resistente. Sutura de la piel y cicatrización por primera intención.

Es suficiente la anestesia local con cocaina y adrenalina, y sólo en enfermos pusilánimes habrá que acudir a la anestesia general.

Puede extirparse al mismo tiempo la porción palpebral de la glándula lagrimal, o ejecutarlo en otra sesión, después de pasado algún tiempo, si al enfermo le molestara la epífora. Siempre después de la extirpación del saco, la hipersecreción lagrimal es muy pequeña, puesto que desaparece la irritación conjuntival ocasionada por la conjuntivitis crónica que acompaña a las infecciones del aparato lagrimal.

Desde que Czermark hizo la extirpación total del saco disecándole, ha entrado en la práctica como procedimiento de elección. Todos aquellos otros procedimientos, especialmente el de Toti, que tienen por objeto establecer una comunicación del saco directamente con la cavidad nasal por la resección de una parte del ungüis, y de la pared posterior del saco, quedando por consiguiente permeable el curso de las lágrimas, son procedimientos que han dado resultados inseguros.

Las indicaciones precisas para la extirpación del saco son: dacriocistitis purulenta, dacriocistitis acompañando al tracoma, y en todas

aquellas que recaigan en la gente obrera, en la úlcera a hipopión que coincida con una dacriocistitis; en la tuberculosis del saco; en los sacos en que habiendo necesidad de ejecutar una operación en el globo ocular existe al mismo tiempo una dacriocistitis; en las estrecheces cicatriciales difícilmente franqueables y, por último, en la ectasia del saco.

En todos estos casos, no debe contemporizarse con tratamientos más ó menos conservadores, de los cuales, a decir verdad, no hay que esperar más que fracasos.

MENÉNDEZ Y PELAYO

El nombre glorioso del sabio muerto en Santander el 19 de mayo último, no puede ser extranjero en ninguna Revista española de carácter científico: menos ha de serlo en nuestro BOLETÍN DE CIRUGÍA, que se escribe y se publica en el pueblo en que él nació y ha muerto, y al que conservó durante toda su vida entrañable cariño. A la capital de la Montaña ha legado su magnífica Biblioteca de más de 40.000 volúmenes, entre los que hay verdaderos tesoros bibliográficos.

Todas las ciencias se han beneficiado de su labor gigantesca, porque aún aquellas más alejadas del extenso campo que preferentemente laboró su portentosa inteligencia y su actividad infatigable, le son deudas de progresos notables, cuando menos en su parte histórica.

La historia de la Medicina nacional debe al esfuerzo y patriotismo de Menéndez y Pelayo, trabajos inestimables, que se refieren más que al estudio de las doctrinas médicas, a cuya disciplina era extraño, al de los sistemas filosóficos profesados por algunos médicos españoles.

Escribió de Arnaldo de Vilanova, aprovechando numerosos tratados del médico catalán, por él mismo descubiertos en algunas bibliotecas italianas. A Gómez Pereira dedicó un extenso capítulo en la *Ciencia Española*, analizando «La Antoniana Margarita», y presentándole como precursor de Descartes. De Servet trazó en los «Heterodoxos Españoles» una estupenda biografía, en la que no se sabe qué admirar más, si la ciencia del autor (entonces joven de veintiún años) o la pluma del artista que la escribiera.

De Francisco Vallés, *El Divino*, de doña Oliva Sabuco de Nantes, de Huarte, de Isaac Cardoso y de otros muchos, se encontrarán en las obras de Menéndez y Pelayo abundantes noticias sobre sus vidas e ideas filosóficas, sin que falten tampoco, como de pasada, y cuando la originalidad de ellas lo merecen, algún comentario y crítica acertada sobre las doctrinas médicas que sustentaron.

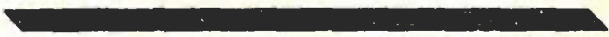
Nadie que escriba de historia de la medicina patria podrá pasarse sin consultar el inventario de la ciencia española, recopilado por nuestro sabio.

Su magisterio alcanzó a todos; y a nosotros, los que escribimos en castellano de ciencias naturales, nos aleccionó directamente, en uno de sus discursos, con las siguientes frases, no exentas de alguna dureza, justificada en quien como Menéndez y Pelayo fué tan grande artista y un enamorado de la

forma: «El más incorrecto de nuestros escritores amenos puede pasar por un dechado de pureza, casi por un clásico, al lado de los que son tenidos por más literatos entre los tratadistas de Medicina, de Matemáticas, de Filosofía y aún de Bellas Artes. Con la idea (que dista mucho de ser exacta) de que, en ciencia, los libros antiguos sólo sirven para la historia y la erudición, todo el mundo estudia en libros modernos; y como éstos, por nuestra inferioridad científica actual, son casi siempre libros extranjeros o traducciones y rapsodias bárbaras, se ha ido formando al lado del castellano de la conversación y del castellano de la literatura, todavía no enteramente viciados, una especie de greguería o lengua franca, más propio de los antiguos arraeces argelinos que de los profundos metafísicos, antropólogos, estéticos y sociólogos que nos traen y comunican las últimas revelaciones del verbo de la ciencia. No basta la conservación de las tradiciones de la lengua patria en los géneros poéticos; no basta tampoco que fulgure y relampaguee en la tribuna, con efecto más inmediato que hondo: es menester que el arte de la palabra descienda hasta los últimos confines de la prosa técnica y la bañe con algún reflejo de hermosura».

No desaprovechemos la lección del gran maestro.

A su hermano Enrique, compañero nuestro, aunque por dicha para las letras castellanas retirado del ejercicio activo de la profesión, damos el más sentido pésame por la muerte del insigne polígrafo, cuya pérdida llora toda España.



REVISTAS

Zeitschrift für Klinische Medizin. 73 Band.

A. OIGAARD, KOPENAGUE: *Tratamiento de las enfermedades cardiacas y vasculares de origen sifilítico.* —El autor deduce de sus investigaciones las siguientes consecuencias:

La reacción de Wassermann es indispensable para el diagnóstico de las lesiones sifilíticas del corazón y de los vasos. En muchos casos, sin embargo, es posible establecer un diagnóstico clínico, con muchas probabilidades de acertar, de aortitis sifilítica (Heller). La sífilis del corazón y de los vasos, se presenta (con la rara excepción de algunas formas especiales) bajo el cuadro clínico de estas tres enfermedades: aneurisma de la aorta, insuficiencia aortica y aortitis sifilítica.

La reacción de Wassermann es ordinariamente muy pronunciada, aún en aquellos casos en que la infección es muy vieja. El tratamiento debe ser exclusivamente mercurial; los resultados suelen ser sorprendentes. El tratamiento debe proseguirse hasta que desaparezcan los síntomas subjetivos, y tres semanas después de la desaparición de la reacción de Wassermann. La reaparición de los síntomas exige inmediatamente reanudar el tratamiento antisifilítico, aún en el caso en que la reacción de Wassermann sea negativa.

* * *

H. KÖSTER, GOTHENBURG: *Pleuritis y tuberculosis.* —La estadística, cuidadosamente recogida por el autor, demuestra que, lo menos en la mitad de los casos de pleuritis serosa hidiopática, padecida por personas de 15 años para arriba, se presenta posteriormente una tuberculosis. En los niños menores de 15 años, el pronóstico es mejor, sólo en la tercera parte de los casos se presentan más tarde lesiones tuberculosas. Ocurre además, que las tuberculosis de los adultos, consecutivas a una pleuritis, tienen un curso más rápido y un pronóstico más sombrío.

También en la pleuritis hidiopática seca, tan rara en la infancia, se presenta más tarde la tuberculosis en una proporción mayor del 40 por 100. En los más de los casos, así de pleuritis hidiopáticas secas, como con derrame, las manifestaciones tuberculosas ocurren dentro de los cinco años siguientes á la desaparición de la enfermedad. Por excepción, la tuberculosis es consecuencia de la pleuritis con derrame de etiología bien determinada, como las reumáticas, tíficas y las de origen nefrítico.

M. J. KOSTENKO, CHARKOW: *Sobre et hipernefroma*. —Kostenko ha analizado, con el fin de investigar su histogenesis, veintidós casos de hipernefroma (de ellos tumores de las glándulas suprarrenales y tumores renales). De sus investigaciones se deducen los resultados siguientes: Los tumores de esta clase que se presentan, ora en el riñón, ora en las glándulas suprarrenales, se pueden dividir en dos clases: una hipernefomas típicos (de gran semejanza con la sustancia cortical de las glándulas suprarrenales) y otra atípicos (desfigurados por modificaciones secundarias).

Tales tumores, e igualmente los que se presentan en otros órganos, tienen un idéntico origen histológico, ambos deben considerarse como neoformaciones, derivadas de las células de las glándulas suprarrenales.

El diagnóstico de los hipernefomas típicos se deduce fácilmente de su constitución histológica, pero también los atípicos, a pesar de sus numerosas degeneraciones (formaciones glandulares cisto-papilares, hialina, esclerosa, edema) presentan los caracteres de la estructura suprarrenal.

* * *

V. SCHMIEDEN UND E. HAYWARD, BERLÍN: *Estado actual del empleo experimental y terapéutico de la materia colorante «rojo-escarlata» (Scharlachfarbstoffe)*. —El empleo del rojo-escarlata (ungüento rojo-escarlata y ungüento de amidoazotoluol) está indicado en todos aquellos casos, en que existiendo una superficie cruenta, que anatómica y clínicamente sea susceptible de cubrirse con epitelio, convenga activar su epitelialización (como una superficie granular no infectada o una superficie desnuda con pequeñas islas epiteliales).

El empleo de este producto, de ninguna manera hace superfluo el de los injertos de Thier. En los experimentos hechos en animales con el rojo-escarlata, se han obtenido proliferaciones epiteliales atípicas, las cuales, a pesar de su semejanza con el cuadro histológico del epiteloma, son cosa distinta de esta neoplaxia, como lo demuestran de consuno la clínica y la experiencia.

* * *

ALI KROGIUS, HELSINGFORS: *Sobre la enterostomía, como operación vital en los peritoníticos y enfermos de oclusión intestinal*. —Krogius ha practicado 107 enterostomías, desde el año 1901; de ellas 37 primarias, y 70 secundarias. Curaron 36 casos (13 de las primarias y 23 de las secundarias).

Es la enterostomía de gran efecto en las peritonitis, cuando la parálisis peritonítica está limitada a una zona restringida del intestino; habrá que ex-

cluir, en tales casos, una peritonitis generalizada, y la existencia de obstáculo mecánico.

Entra también en juego la enterostomía en aquellos casos de ileus, por obstrucción mecánica o por encarcelamiento de un asa intestinal en un anillo herniario, cuando los enfermos acuden al cirujano antes de que se presente la peritonitis generalizada.

En todos estos casos, cuando el lavado del estómago y los enemas se hayan empleado sin resultado, está indicada la enterostomía, naturalmente, por encima del obstáculo, que de ordinario se encuentra en el intestino delgado. Fenómenos de inanición no se presentan nunca, cuando la fístula está hecha en sitio conveniente. Parte de las fistulas curan espontáneamente, otras después de una operación.

Annals of Surgery. Phila. 1911

W. J. MAYO: *Úlceras del estómago y del duodeno*.—Hasta el mes de enero del año actual se han operado en la Clínica de Rochester 1.000 casos de úlceras del estómago y duodeno.

En contra de las ideas, generalmente admitidas, según las cuales la úlcera benigna es mucho más frecuente en el estómago que en el duodeno, resulta de la estadística de mayo, que 428 veces la lesión estaba en el estómago, y 572 en el intestino: la relación es todavía más favorable para el duodeno, si se tiene en cuenta que hasta el año 1906 toda úlcera situada en las inmediaciones del píloro se clasificaba como gástrica. Desde el 1.º de junio del año arriba indicado, hasta el 17 de enero de 1911, se operaron 621 casos, de ellos 201 eran úlceras gástricas, y 401 duodenales. En 19 casos, ambos órganos eran asiento de procesos ulcerosos. Tampoco la idea de que sea la mujer la que con más frecuencia padezca en tales órganos ulceraciones de carácter benigno, encuentra confirmación en esta estadística. Por el contrario, de los 1.000 casos que la componen, 255 pertenecen al sexo femenino, y 745 al masculino, finalmente, tampoco resulta cierto, que en la mayor parte de los casos, se trate de ulceraciones múltiples, puesto que en una proporción mayor del 75 por 100, la úlcera era solitaria.

En cuanto á los resultados operatorios hay que referir que, de los 1.000 murieron un 2.4 por 100: 379 casos fueron operados antes de 1.º de junio de 1906; es decir, en una época en que la técnica no había alcanzado el grado de perfección a que ha llegado después de aquella fecha. Algunos de aquellos enfermos hubieran podido salvarse de haberse operado según los métodos actuales.

Conclusiones: 1.ª El tratamiento de todas las úlceras duodenales y de las obstrucciones pilóricas debidas a procesos ulcerativos, por medio de la gas-

troyeyunostomía y escisión, es satisfactorio, puesto que el 97 por 100 de los casos se curan o mejoran notablemente. 2.^a 85 por 100 de las úlceras situadas en el estómago, se curan o se mejoran notablemente con la escisión o con la sutura compresiva que disminuye la vitalidad, combinadas con la gastro-entérostomía. El otro 15 por 100 pueden sufrir alguna influencia más ó menos favorable de la operación. 3.^a La mortalidad de las úlceras crónicas, tratadas quirúrgicamente, es menor del 2 por 100.

Journ. Am. Med. Assoc. Chicago.

E. S. JUDD: *Sobre 542 casos de prostatectomía*.—Hasta el año de 1911 se han operado en la Clínica de los hermanos Mayo 542 prostatectomías. Se hizo la operación, en 461 casos, contra la hipertrofia simple de la próstata; en 74 contra tumores cancerosos, y en 7 contra procesos tuberculosos. Se empleó en la mayor parte de los casos la vía perineal. 60 por 100 de los casos operados viven hoy y disfrutan de buena salud. De 81 operados que han muerto 30 eran cancerosos, y 21 han fallecido a causa de otras enfermedades. 21 adquirieron enfermedades renales, dentro de los dos meses consecutivos a la operación.

En casi todos estos casos demostró la autopsia que se trataba de infecciones o inflamaciones del riñón viejas, que hicieron explosión después de operados y provocaron una nefritis aguda. Es interesante la preparación del enfermo para la operación. Desde algunos días antes se le coloca una sonda permanente, con lo cual disminuyen los síntomas molestos, el peso específico de la orina, que suele ser alto disminuye, y con ello el enfermo recobra energías.

J. H. O.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

Sociedad de naturalistas y médicos de Dresde

FRIEDRICH HESSE: *Sobre el tratamiento quirúrgico de los traumatismos del corazón*.—Después de tratar extensamente de la estadística, la anatomía patológica y el diagnóstico de los traumatismos cardíacos, se ocupa el orador de la terapéutica de estas lesiones, poniendo a contribución los resultados de su personal experiencia y los de la bibliografía. Se declara abiertamente contra el tratamiento expectante, y preconiza la intervención tanto para los casos ciertos de herida del corazón, como para aquellos otros en que tal diagnóstico no sea más que probable. Recomienda operar, mientras sea posible, por fuera de la pleura, y emplear la incisión de Kocher o Rehn, sin ser exclusivista nunca, y siempre teniendo en cuenta las especiales condiciones de cada caso. La condición primera que ha de llenar el corte, es que permita un acceso amplio hasta el corazón, teniendo en cuenta al hacerlo, que puede, más tarde, ser necesario ampliar la incisión o dejar un drenaje de pericardio.

Se extiende luego el expositor, sobre la importancia de la pleuritis secundaria, que muchas veces complica la convalecencia, y de su tratamiento, y opina que lo mejor es, como él muchas veces ha practicado, proceder de un modo profiláctico cuando durante la operación se ha abierto ampliamente la cavidad pleural, hacer, en cuanto aquélla se termine, una incisión en el sitio clásico, por debajo de la escápula, y colocar un drenaje en el punto más declive de la cavidad de la pleura.

HESSE refiere 10 casos de intervención por lesiones cardíacas (Clínicas de Würzburg y Stettin), en las cuales él ha tomado parte; de ellos 6 operados por él mismo. De los 6 murió uno á las siete horas de haberse operado, se trataba de una herida por arma de fuego en el ventrículo izquierdo. Los otros 5 casos eran de heridas punzantes (2 del ventrículo izquierdo, 1 del derecho y 2 de la aurícula izquierda), fueron operados en los años de 1906, 1908 y 1909, y Hesse los presenta en la misma sesión. Uno de ellos se fatiga algo cuando hace algún ejercicio violento, los otros 4 están completamente sanos. Objetivamente no se puede apreciar, a parte de la cicatriz en la región precordial, más que una pequeña desviación de la macidez cardíaca hacia la izquierda, y un ligero retraimiento de la mitad del mismo lado del tórax. En casos quedaron adherencias entre el pericardio y la pared torácica.

XLI Congreso de las Sociedades quirúrgicas de Alemania

KOCHER, BERNA: *Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago*.—En la Clínica de Berna se han operado, desde 1898 a 1911, 80 casos de úlceras gástricas. Para el diagnóstico diferencial entre úlcera gástrica y carcinoma del estómago, tiene una gran importancia la prueba de Gluzink.

De las 80 operaciones, setenta veces se practicó la gastro-enterostomía, solamente diez veces operaciones radicales. La mortalidad entre las primeras fué del 1 por 100, entre las segundas alcanzó el 10 por 100. Entre todos los casos operados 64 se pudieron observar, por lo menos, durante cinco años, de los cuales 50 gozaban de buena salud; 10 aquejaban pequeñas molestias; 2 se encontraban en situación poco satisfactoria (uno sufrió nueva laparotomía), 2 murieron de carcinoma. En ningún caso se demostró hiperacidez después de operados.

Reflujo de la bilis se presentó en casi todos los operados, más abundante al principio, y en menor cantidad a medida que se alejaba la fecha de la intervención. Se forma una especie de cierre muscular en el punto donde se practica la gastroenterostomía que llega á funcionar como un verdadero píloro. El carcinoma es mucho menos frecuente en los enfermos gastroenterostomizados que en los ulcerosos no operados: sólo se presenta aquella neoplasia en el 1'7 por 100. Es evidente la acción profiláctica de la operación, por lo que se refiere al carcinoma; probablemente debido a la menor irritación por ausencia de la hiperacidez. En los 7 casos de úlcera cancerosa tratados por Kocher, la acidez fué siempre muy grande. No todas las úlceras deben extirparse, sino sólo aquéllas sospechosas de degeneración cancerosa. El diagnóstico diferencial no se puede hacer durante la operación, sino antes de intervenir, preferente por medio de la prueba de Gluzinsk. Como operación radical es preferible la resección á la excisión.

*
**

PAYR, LEIPZIG.—Ha operado 34 úlceras reseándolas (de ellas dos muertes) y 10 con excisión (una muerte). 19 viven, 12 sin ninguna clase de molestias. Durante la laparotomía no es posible hacer el diagnóstico diferencial entre un tumor maligno y otro benigno. Según esto, toda úlcera callosa debe ser extirpada. El empleo de clamps magulla y daña los bordes de la herida.

*
**

KÖMMEL, HAMBURGO.—Las úlceras callosas de la pequeña curvadura, sin más, se han de resecar. Las úlceras callosas, que asientan en el píloro, si coexisten con hiperacidez, deben operarse en dos tiempos, si en el intervalo (que no ha de pasar de un mes) no desaparece la tumoración por sí sola. De sus en-

fermos, 70 viven sin molestias, 10 con trastornos subjetivos y 6 con alteraciones objetivas.

Hace el orificio de la gastroenterostomía amplio, y cree, en contra de lo que muchos opinan, que siempre se utiliza la nueva vía.

BIER, BERLÍN.—Según su experiencia, el paso de la úlcera callosa al carcinoma es una rareza patológica que se observa muy pocas veces. El cáncer casi siempre empieza como tal lesión. En contra de la práctica preconizada por Kausch, juzga Bier que es preferible incidir el estómago transversalmente y el intestino longitudinalmente. Jamás ha observado círculo vicioso.

Ha operado dos veces radicalmente fistulas gastro-cólicas, fáciles de diagnosticar por medio de los Rayos X.

SCHNITZLER, VIENA: *Sobre perforaciones obturadas del estómago.*-- Schnitzler entiende por tales perforaciones, aquellos casos, en los cuales, al abrirse una úlcera gástrica en la cavidad del peritoneo, rápidamente viene a obturar el orificio uno de los órganos del vientre (hígado, pancreas) o la pared abdominal. Protesta el orador de la opinión, corrientemente admitida, de que la abertura de una úlcera gástrica en la cavidad del vientre casi nunca deba operarse, supuesto que el enfermo sucumbe rápidamente á una peritonitis generalizada, y que en todo caso, la intervención debe practicarse en las 12-24 primeras horas y fundándose en el estudio de cuatro casos de perforación gástrica que en menos de dos años ha tenido ocasión de observar, es de opinión que las ideas corrientes sobre este punto, deben someterse a nueva revisión, y otro tanto ocurre con los referentes a las llamadas *úlceras penetrantes* del estómago. En los cuatro casos, al shock y al dolor de la perforación, siguió un período de calma, sin ningún síntoma de peritonitis, y en la laparotomía practicada de dos á cuatro días más tarde, se pudo observar, en los cuatro casos, que el orificio abierto en la pared del estómago estaba tapado por el hígado.

En la operación pudo comprobarse que la perforación era reciente. También mostró la perforación y el curso clínico, y que los enfermos tampoco hubieran muerto aunque no se hubiera intervenido quirúrgicamente. Otro hecho que la operación puso en claro, es que de no haberla practicado se hubiera formado una *úlcera gástrica penetrante*, y que la génesis de estas lesiones se debe buscar en las *perforaciones obturadas*.

Otra de las ideas admitidas, que Schnitzler pone en duda, es que a la formación de las *úlceras gástricas penetrantes* preceda la formación de adherencias entre la pared del estómago y un órgano de la cavidad abdominal. En primer lugar, no se observa nunca, aún en aquellas úlceras que han profundizado hasta la serosa, modificación alguna en la pared externa del estómago: es además un hecho comprobado por numerosos autores que, aún en aquellos casos de úlceras callosas, no se encuentran adherencias.

También habla en favor de las ideas de Schuitzer, que en las laparotomías practicadas por *úlceras gástricas perforantes*, nunca se encuentran adherencias viejas, en ninguno de los puntos de la circunferencia de la ulceración. Y finalmente, la imposibilidad de separar un órgano vecino del estómago, a él unido por adherencias que han determinado una *úlcera penetrante*, sin caer, seguramente, en la cavidad de aquella viscera, es para el autor una prueba más que viene en apoyo de su teoría, esto es, que como hecho previo de toda *úlcera penetrante*, está la formación de una perforación simple del estómago: un órgano vecino (hígado, pancreas, pared anterior del vientre) se aplica contra el orificio abdominal y le obtura, y después se desarrolla el proceso de penetración de la úlcera en aquel órgano.

BIBLIOGRAFÍA

Se ha publicado la Memoria reglamentaria del Hospital provincial de San Rafael, de Santander, correspondiente al año de 1911.

El digno director del benéfico establecimiento, doctor Barbáchano, en una breve y bien escrita introducción, da cuenta de la toma de posesión del cargo de cirujano del Hospital por el doctor Quintana, en los siguientes términos: «Después de muy brillantes oposiciones, fué propuesto por aclamación por el tribunal, que reconoció, como no podía menos, las altas dotes de ilustración científica y la excepcional pericia que para ocupar dicho cargo se reúnen en dicho señor.»

Asimismo se cubrió durante el referido año, también por oposición, una plaza de médico de guardia, que vino a ocupar el que entonces era compañero nuestro de redacción, señor Pelayo, de quien dice el doctor Barbáchano: «En honrosa lid con otros distinguidos compañeros, que también demostraron sus amplios conocimientos, exteriorizó las excepcionales condiciones que le adornan.»

El número de enfermos asistidos durante todo el año fué de 2.243, que con los que habían quedado del anterior suman 2.450. De ellos ingresaron en medicina 815 y en cirugía 1.635; el número de estancias se elevó a 70.830.

El doctor Quintana se limita a presentar, sin comentario ninguno, la estadística de las intervenciones practicadas, «próximamente el doble de las que se han hecho en años anteriores». Sin espacio para analizarla, nos limitaremos á decir que el número total de intervenciones alcanza la respetable cifra de 702, y que en la numerosa lista figuran repetidas veces las grandes intervenciones de la moderna cirugía (gastroenterostomías, extirpaciones de estómago, del colón, del recto, histerectomías, extirpaciones de la lengua, de la próstata, resecciones de grandes articulaciones, etc.), y al lado de éstas otras de menor empeño, que tocan a todos los órganos, hasta la cirugía ocular (enucleaciones, cataratas, etc.)

A la Diputación montañesa y a todo el personal del Hospital de San Rafael felicitamos por la labor realizada durante el año de 1911, que honra á todos.

Ginecopatías en relación con las neurosis y neuro-artrilismo: por el doctor don Francisco Botin—En un elegante opúsculo, editado en los talleres de J. Martínez, se ha publicado la conferencia pronunciada en el Instituto Ru-

bio, de Madrid, por el distinguido ginecólogo montañés, el 25 de enero de este año. En ella están apuntadas las ideas más nuevas sobre el tema arriba enunciado.

La ginecología, como todas las ramas de la cirugía, en su rápido y triunfador crecimiento, había rebasado, sin duda ninguna, los límites de sus naturales dominios; calmado el fragor de los primeros entusiasmos e imparcialmente analizada la labor y los resultados obtenidos en los últimos años con el tratamiento quirúrgico a todo trance, han vuelto las cosas a lo que era razonable y algunas posiciones injustamente ocupadas, han sido devueltas a los tratamientos generales, a quien en justicia pertenecen.

Tal es la tesis que el doctor Botin desarrolla, antes de entrar a tratar el verdadero objeto de su conferencia; cuya segunda parte está dedicada a las neurosis, dando entre ellas preferente atención al histerismo. La exposición de la doctrina va amenizada con el recuerdo de algunos casos de su práctica profesional.

Finalmente estudia el neuro-artrismo, discutiendo muy atinadamente la teoría de Robin sobre la influencia que tal discrasia pueda tener en las ptosis genitales. Aquí hace una compendiada y muy clara descripción del aparato sustentador de los órganos sexuales femeninos; como consecuencia de ella rechaza la posibilidad de prolapsos uterinos producidos por una caída, y tampoco admite que en todos los casos sea el neuro-artrismo el responsable de tales lesiones.

El doctor Botin termina su trabajo con las siguientes palabras: «No apasionarse por ninguna teoría, venga de quien viniere, sin discurrir por cuenta propia, con el gran libro de la clínica siempre delante, y de esta manera nos pondremos en un justo medio, que es el modo de acertar y de dar a Dios lo que es de Dios y al César lo que es del César.»

J. H. O.

NOTICIAS

A nuestros lectores

Todos los médicos que reciban el **BOLETÍN DE CIRUGÍA** o de él adquieran conocimiento, pueden tenerse por colaboradores de la revista. Con mucho gusto recibiremos y publicaremos cuantos artículos se nos remitan.

Aunque las páginas del **BOLETÍN** se han de consagrar principalmente a la cirugía y a las especialidades quirúrgicas, ningún tema que se relacione con las ciencias médicas, y aún con las biológicas en general, dejará de encontrar en él hospitalaria acogida.

Los días 26, 27, 28 y 29 de agosto se celebrará en Bilbao el *IV Congreso nacional de otorino-laringología*, primera reunión de la Asociación Española de esa especialidad.

La Junta directiva la forman los señores siguientes: doctor don Ramón Castañeda, de San Sebastián, presidente; doctor don José A. Gáldiz, de Bilbao, y doctor don Luciano Barajas, de Madrid, vicepresidentes; doctor don Eduardo G. Gereda, de Madrid, secretario general; doctor don José Horcasitas, de Madrid, tesorero, y doctor don Fernando Fernández, de Bilbao, secretario segundo.

Las ponencias oficiales son dos:

Doctor Cisneros: *Cirugía de la laringe*.

Doctor Tapia: *Diagnóstico de la tuberculosis*.

Las sesiones tendrán el carácter más práctico posible, celebrándose con este motivo intervenciones quirúrgicas antes de las sesiones científicas, en el Hospital de Basurto y en la Policlínica de especialidades.

Habrá también exposición de instrumental en los salones inmediatos al del Congreso.

XVII Congreso internacional de Medicina

Se verificará en Londres del 6 al 12 de agosto de 1913, bajo la presidencia de Sir Thomas Barlow, siendo secretario W. P. Horringam.

Se dividirá en 22 secciones, que se denominarán: 1.^a, Anatomía y Embriología; 2.^a, Fisiología; 3.^a, Patología general y Anatomía patológica, con

una subsección de Patología química; 3.^a, Bacteriología é inmunidad; 5.^a, Terapéutica (Farmacología, Fisioterapia, Balneología); 6.^a, Medicina interna, 7.^a, Cirugía, con una subsección de Ortopedia y otra de Anestesia general y local; 8.^a, Obstetricia y Ginecología; 9.^a, Oftalmología; 10, Pediatría; 11, Neuropatología; 12, Psiquiatría; 13, Dermatología y Sifiliografía; 14, Urología; 15, Rinología y Laringología; 16, Otología; 17, Estomatología; 18, Higiene; 19, Medicina legal; 20, Servicios sanitarios marítimo y militar; 21, Patología tropical, y 22, Radiología.

Del Reglamento del Congreso, lo más importante y que verdaderamente pueda interesar á nuestros lectores, son los artículos siguientes:

Art. 3.^o El Congreso tiene un objeto exclusivamente científico.

Art. 4.^o Serán miembros del Congreso.

a) Los médicos que lo hayan solicitado y que hayan pagado la cuota que se indica.

b) Los sabios presentados por los Comités nacionales ó por el Comité ejecutivo que hayan pagado la misma cuota.

Art. 5.^o La cuota es de 25 coronas, o de 25 francos, o de 20 marcos, o de 20 Kroner, o de 5 dollars.

Las mujeres e hijas de congresistas que deseen aprovechar las ventajas que se les conceden, deben pagar media cuota.

Las cuotas deben enviarse por giro postal, pagadero a *The Treasurers XVII th International Congress of Medicine*, designando la sección en la que cada miembro quiera inscribirse. En los países en que no exista sistema de cambio internacional postal, habrá que valerse de banqueros. Ninguno podrá ser inscrito como miembro del Congreso sin haber pagado su cuota.

Al mismo tiempo que la solicitud de admisión se ruega el envío de una tarjeta indicando sus títulos y dirección precisa. Los cambios ulteriores de residencia deberán ser noticiados inmediatamente. El Bureau del Congreso enviará las tarjetas de identidad en los ocho días siguientes á la recepción de la cuota.

Art. 18. Toda la correspondencia será dirigida al Bureau del Congreso en esta forma: *The Hon. Gen. Secretary XVIII th International Congress of Medicine, 13, Hinde Street, London W.*

En los sobres de las cartas relativos á trabajos científicos de las secciones, se debe mencionar la sección a la que corresponde el envío o la demanda. Estas cartas serán transmitidas inmediatamente por el Secretario general a los Presidentes de las secciones.

En atento B. L. M. nos ruega el doctor Queraltó que demos cuenta en nuestro BOLETÍN DE CIRUGÍA de la constitución de la Sección Catalana del «Instituto internacional para la difusión de las Experiencias Sociales».

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA
EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

**Elaborado á base de produc-
tos purísimos**

—
PÍDASE EN TODAS PARTES

