

BOLETIN

DE

CIRUGÍA

I.—Original

Traumatismo de la parótida

Por José Teresa Bedera

La importancia de los vasos y nervios que encierra la celda parotídea hacen de ella un sitio peligroso para los traumatismos y en general una mala región para intervenir. La carótida externa, en su terminación, camina en plena glándula parótida, y en este trayecto intra-glandular emite la auricular posterior, numerosos ramos parotídeos y sus terminales; temporal superficial y maxilar interna; la vena yugular externa que recibe cierto número de afluentes, se encuentra en un plano más superficial y finalmente los nervios facial y aurículo-temporal atraviesan el territorio por la parte superior.

Si un traumatismo ha interesado el tronco arterial ó una de sus terminales, habrá que ligar los dos extremos del vaso seccionado y si esto no resulta posible recurrir á la ligadura de la carótida externa, por debajo del ángulo de la mandíbula, ó á la carótida primitiva.

En prueba de ello, la historia clínica siguiente:

J. P. recibe una pequeña cuchillada debajo del oído derecho, le ocasiona abundantísima hemorragia; es auxiliado inmediatamente, quedando contenido el derrame sanguíneo merced á un taponamiento con percloruro de hierro, por haber resultado infructuosas las tentativas de forcipresión. A los ocho días se le



vanta la cura; no sangra la herida. Cuatro días más tarde, nueva y copiosa hemorragia; vendaje compresivo con una venda de goma. En estas condiciones viene al Sanatorio, unas cuantas horas después de ocurrido el accidente, por residir el enfermo muy distante de la clínica.

El sitio aproximado de la herida, la abundante pérdida sanguínea, aparición de hemorragia secundaria y si esto fuera poco la parálisis facial que se apreciaba en el lado derecho, eran antecedentes para pensar, con grandísimo fundamento, que el filo de la navaja había seccionado la carótida externa y el nervio facial. Juicio que nos sirvió para preparar inmediatamente la intervención.

Con toda clase de cuidados fué descubierta la región, hallando una herida de dos centímetros de extensión, desde el cartílagos trago hasta la inserción del lóbulo de la oreja. Unos momentos de expectación y la herida no sangra. En plena zona parotídea apréciase un abultamiento pulsátil, parece un aneurisma, no siendo en realidad más que un hematoma arterial (falso aneurisma). Indudablemente el instrumento vulnerante penetró de una manera oblícua, de arriba abajo y de delante atrás, resbalando por el borde del maxilar en la parótida. Los planos quedaron desvirtuados y obturado el pequeño orificio con un tapón empapado en percloruro, favorecióse la formación del hematoma arterial. La hemorragia se repite en cuanto se desprende la escara que formó el medicamento coagulante y cesa de ejercerse compresión en el orificio de salida para la sangre.

No habiendo que preocuparse por la lesión del nervio facial, puesto que ya estaba seccionado, la incisión operatoria fué trazada en sentido vertical, hasta cinco centímetros por debajo del ángulo de la mandíbula. Limpia de coágulos rápidamente la herida, apareció el surtidor arterial, pero no pudiéndose completar la hemostasia *in situ*, fué preciso descubrir la carótida externa por debajo del músculo digástrico y ligarla.

Como este caso que acabo de indicar ocurre la mayor parte de las veces en las heridas profundas de la región parotídea. Resulta una excavación estrecha y profunda, donde es muy difícil encontrar los extremos del vaso ó de los vasos seccionados; siendo más racional la ligadura á distancia. Además que si el traumatismo respetó el facial y el origen del conducto de Sté-

non, es posible que el cirujano buscando el vaso lesionado sacrifique unos elementos tan importantes.

El enfermo que ha motivado estas líneas no presentó nada de particular en su marcha post-operatoria. Más otras veces las fístulas salivares suelen complicar estos traumatismos.

Es interesantísimo desde el primer momento cerciorarse si está seccionado el origen del conducto excretor, para procurar una reunión inmediata; si ésta no se obtiene la fístula es irremediable y definitiva. El único medio de suprimir cosa tan molesta es sacrificar una porción de la glándula salivar, ya que los procedimientos autoplásticos y demás recursos quirúrgicos ideados para cerrar las fístulas del conducto parótido, son únicamente aplicables cuando están situadas en la porción bucal ó en la maseterina.

Sin estar seccionado el conducto de Sténon puede presentarse la fístula glandular y hasta una colección subcutánea de saliva debajo de la cicatriz; su curación es relativamente fácil. Para prevenir este contratiempo conviene durante unos días utilizar vendajes compresivos y limitar todo lo posible los movimientos del maxilar.

II.—Original

Un caso de tumor sarcomatoso muy avanzado de las fosas nasales

Por Joaquín Santiuste

Entre los tumores que asientan en las fosas nasales y sus cavidades anexas, los malignos figuran con un tanto por ciento muy pequeño, pero en cambio su gravedad es muy grande, porque generalmente dada la facilidad que presenta esta región, por sus múltiples divertículos, para propagarse antes de llegar á exteriorizarse y producir trastornos de importancia, hacen que en la mayor parte de las ocasiones, cuando se presentan á nuestra observación resulte ineficaz toda clase de tratamiento.

Despreciando el enfermo sin darles importancia los primeros fenómenos de obstrucción nasal, solo cuando ésta es completa ó se presentan fuertes dolores ó deformidades al exterior, es cuando les preocupa y tratan de poner remedio á su mal pero, generalmente resulta ya demasiado tarde. Hay que haber intervenido en algún caso para darse cuenta del inmenso trabajo destructor y de extensa propagación que de una manera silenciosa hacen estos tumores bajo la capa ósea externa, antes de llegar á producir la menor alteración en ésta. Esto obliga á que estas intervenciones sean muchas veces verdaderamente brutales, por la extensión que alcanzan, para hacer una extirpación completa, y además, lo que es peor, dada la extensión de la superficie atacada, y las anfractuosidades de ésta su poco éxito, en cuanto se refiere á la reproducción.

A esta clase de tumores pertenece el caso que vamos á relatar:

F. A., de 49 años de edad, natural de Villegas (Burgos), empezó á notar en el mes de Abril de 1910 algo que le estorbaba para respirar por la nariz izquierda, á lo que no dió importancia porque creyó se trataba de un simple catarro.

Pasó algún tiempo, y viendo que lejos de desaparecer ó por lo menos disminuir ese estorbo, era cada vez mayor, sintiendo ya también obstrucción en el lado derecho, pensó que se trataba de algo más que de un simple catarro nasal, por lo cual se decidió á consultar en Burgos su enfermedad, en cuyo punto le dijeron que eran pólipos nasales, aconsejándole que fuera á operarse á Valladolid como así lo hizo.

Algo dudoso debió ver el caso este compañero cuando le dijo que antes de proponerle ningún tratamiento, tenía que hacer un estudio microscópico del tumor cuyo resultado le anunciaría. A los ocho ó diez días le escribió diciéndole que el tumor era de buena naturaleza y que podía ir á operarse cuando quisiera. En virtud de esto se operó en dicha localidad, aunque no con el mismo con quien había consultado, no sé por qué circunstancia. La intervención se redujo á la extracción de porciones de tumor por medio de unas pinzas, operación que se repitió dos veces en el intervalo de un mes. Esto ocurrió en el mes de Agosto del mismo año y en vista de que sus molestias no desaparecían, en el mes de Noviembre marchó á Madrid, según le había aconsejado el mismo operador de Valladolid, y allí se repitió la misma operación por vía intranasal, sin resultado alguno. En vista de esto, le propusieron hacer una operación más extensa por vía externa. Como durante este tiempo empezó el enfermo á sentirse débil, inapetente y presentársele vómitos frecuentes, no teniendo más que relativa tolerancia para la leche, tomó miedo á permanecer más tiempo en Madrid, y se volvió á su pueblo á reponerse, decidiendo después venir á este Sanatorio.

Cuando se presentó á nuestra observación, si mal no recuerdo el día 12 de Enero del año actual, presentaba la cara del enfermo un aspecto singular, como puede verse por la fotografía que acompaña (fig. 1.^a) Por la nariz izquierda colgaba un tumor de forma cilindroidea que llegaba hasta el borde de el labio superior; su coloración era en unos puntos grisácea y en otros rojo obscura, y entre el tumor y las ventanas de la nariz fluía una sanies purulenta. La mejilla de este lado aparecía abultada y el enfermo dice que sentía en este sitio, como una especie de acorchamiento. En la región frontal, se notaba una infiltración bastante acentuada y algo difusa; no se percibía fluctuación, pero sí una sensación de renitencia.

A esto había que agregar dos grandes infartos ganglionares debajo del ángulo de la mandíbula que completaba el cuadro. Introduciendo un estiléte en las fosas nasales, que era el único exámen que se podía hacer en estas, se notaba que el tumor estaba libre de adherencias en una cierta extensión.

La palpación en la frente era sumamente dolorosa; según dice el enfermo esta infiltración de la frente se había presentado durante el viaje á esta localidad.

El aspecto que presentaba el tumor, su curso relativamente rápido, no podía hacernos dudar que se trataba de un tumor maligno, que por su aspecto clínico, podíamos con todas probabilidades diagnosticar de sarcoma, como resultó del análisis histológico hecho por nuestro distinguido compañero el Dr. Pelayo.

La tumefacción de la frente la consideramos de origen séptico por la rapidez de su aparición, la sensación de resistencia mencionada, y el aspecto séptico del enfermo.

De esta misma naturaleza considerabamos los dos infartos ganglionares, puesto que en los sarcomas no es lo ge-



(Fig. 1.^a)

neral que se presenten.

En resumen, expusimos á la familia que á nuestro juicio se trataba de un tumor maligno, muy avanzado y que para intentar la curación del enfermo, se precisaba hacer una operación muy grave, y que á pesar de eso no podíamos garantizar la reproducción dado el estado avanzado á que había llegado la enfermedad.

Apesar de estas reservas, no creímos como queda indicado que la tumefacción de la frente era debida á la extensión y propagación del tumor á esta región, como pudimos ver al operarle; puesto que en este caso, ni con las reservas que quedan hechas

más arriba hubieramos propuesto al enfermo la operación.

El 18 de Enero último se practicó ésta, haciendo una incisión en la línea media de la nariz que comprendía todas las partes blandas, dislocando hacia afuera el hueso propio de la nariz y la apofisis ascendente del maxilar superior. Puesta de esta manera al descubierto la fosa nasal del mismo lado, vimos que toda ella estaba repleta de masas tumorales fungosas, que sangraban bastante pareciendo que partían de las células etmoidales, aunque su primitivo origen no podía precisarse bien. Procedimos á su vaciamiento y en el curso de él pudimos apreciar que la cavidad naso-faríngea estaba completamente macizada, que la pared interna del seno maxilar, había sido destruída por el tumor que llenaba dicho seno, habiendo distendido sus paredes externas óseas. Por la parte superior, había subido al seno frontal, había destruído su pared anterior ósea, y la tumefacción con renitencia, que nosotros hemos mencionado era producida por estas fungosidades del tumor. Mas con ser tan grandes como quedan indicados los destrozos ocasionados por este tumor, nos encontramos además, que había destruído la lámina interna del frontal, dejando al descubierto las meninges en una extensión como del tamaño de un duro

Aunque algún tanto descorazonados por la extensión tan grande del tumor, que no había dejado cavidad que no atacase, incluso la craneana, extirpamos completamente todo el tumor por lo menos en lo que estaba á la vista, lo que hizo que la operación fuera algún tanto pesada.

El curso de la operación fué muy bonancible en los diez ó doce días primeros, sin fiebre y el aspecto local de la herida muy bueno, haciéndonos concebir esperanzas de un buen resultado, á pesar de lo pesimistas que salimos de la sala de operaciones.

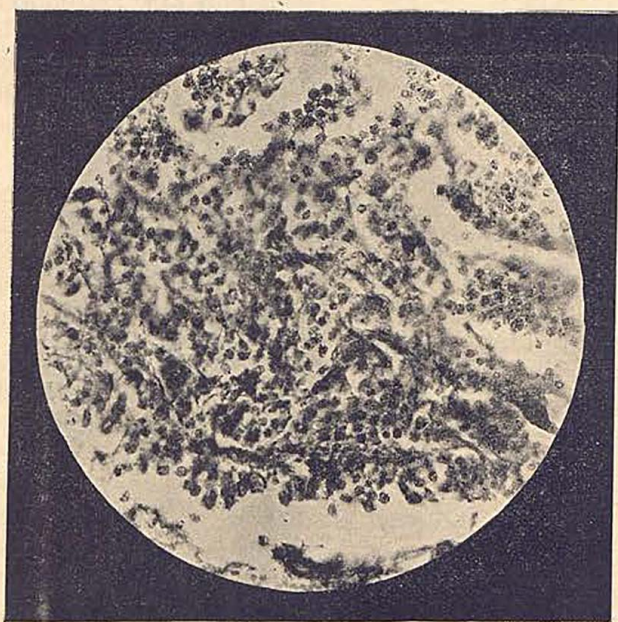
Al cabo de este tiempo, cuando el enfermo estaba ya levantado, empezó á sentir dolores en la región lumbar que se resistieron á desaparecer con los diferentes medios empleados; no obstante esto, no nos alarmó esta persistencia de los mismos, pues el enfermo nos dijo que ya anteriormente había sufrido esos dolores que calificaba de reuma. Mas á los diez ó doce días de la iniciación de éstos, empieza el enfermo á sentir gran dificultad para orinar, hasta el punto que se precisa sondarle, lo

cual ya nos alarma. Consecutivamente á esto se presenta una parálisis completa de ambas extremidades inferiores.

Aunque en la herida en ese tiempo empieza á iniciarse reproducción del tumor ésta no puede esplicarnos los trastornos que quedan indicados, los cuales no creemos puedan explicarse de otra manera nada más que por metástasis.

Apesar de la falta de resultado nos ha parecido interesante publicar todo lo que queda mencionado sobre este enfermo, por creerlo de interés y enseñanza clínica, siendo sumamente excepcional la paraplegia post operatoria.

A continuación expone nuestro distinguido compañero el Doctor Manuel Pelayo el estudio histológico del tumor que puede acompañar con las láminas micro-fotográficas, gracias á la amabilidad y deseos de auxiliar á todo estudio científico, del sabio biólogo Doctor Rioja. (Fig. 2.^a)



(Fig. 2.^a)

Microfotografía de la preparación del Dr. Manuel Pelayo, debida al Director de la Estación Biológica, Dr. Rioja.

• Los fragmentos de tumor objeto de nuestra observación, fueron incluidos en parafina previos los pases sucesivos por alcohol, alcohol y cloroformo, cloroformo, solución de parafina en cloroformo y parafina fundida.

La coloración se hizo con tionina. Esta sustancia tintórea tiene la ventaja de no colorear con exceso, y de proporcionar claras y hermosas preparaciones de los núcleos celulares. Tiene además la propiedad de descomponerse en tintes variados sobre las inclusiones celulares, y de colorear en rojo las *Mastzellen* de Ehrlich pudiéndose observar gracias á él, con limpieza las figuras mitósicas.

Los cortes se sumergieron siguiendo en todo la técnica de Cajal, durante tres minutos en una solución concentrada de tionina; después lavado rápido en agua, decoloración en alcohol, y con el objeto de teñir el fondo de la preparación, se aclararon en esencia de clavo que tenía disuelta un poquito de eosina. Luego paso rápido por esencia de clavo incolora, y lavado en xilol para quitar el exceso de eosina. Montaje en bálsamo disuelto en xilol.

Con este proceder, hemos obtenido preparaciones en las que aparecen los núcleos celulares de azul intenso, los músculos de azul claro, y de rosa la trama conectiva.

Observando nuestras preparaciones á pequeño aumento, se ve la estructura sencillísima del tumor: está constituido por una aglomeración de corpúsculos diminutos con todos los caracteres de las células embrionarias del tejido conjuntivo asentando sobre una escasa cantidad de estroma fibro-conjuntivo. Una disposición constantemente observada, es la siguiente: los vasos bastante numerosos, engrosados y algo deformes, aparecen rodeados de una atmósfera de tejido conjuntivo que partiendo del capilar, irradia en forma de cabellera dividiéndose en manojos y fascículos, que hacen el papel de andamiaje sobre el que se implantan las células.

En otros puntos de la preparación, ya apenas se distingue el armazón y solo vemos células de contorno neto, redondas, y juntas, aunque sin deformarse por presiones recíprocas. Son abundantes los acúmulos leucocitarios.

En algunos vasos aunque hacen excepción, no podemos distinguir la atmósfera fibro-conjuntiva, y solo se ve una invasión y ocupación de las paredes vasculares, por las células neo-formadas.

Con el objetivo de inmersión, se precisa la forma individual de cada célula. Son estas como llevo dicho, redondas, distinguiéndose entre la mayoría, algunas que son más pequeñas. El núcleo grande, está fuertemente coloreado, envuelto en una capa no escasa de protoplasma. Otras, tienen un núcleo gigantesco, y algunas en fase de kariokinesis.

En resumen, se trata de un sarcoma encefaloide, cuya disposición celular implantándose en haces de tejido conjuntivo que parten de los vasos, recuerda la estructura de la forma llamada linfo-sarcoma por el parecido que tiene con el tejido adenoide.

El pronóstico es maligno, pues aún dentro de la clase sarcoma, estas variedades constituidas por células embrionarias con escasa cantidad de estroma, ocupan un puesto avanzado entre las neoplasias malignas. •

III. Original

Tumor voluminoso de la mama

Por Agustín Camisón

Este caso, aun cuando no es de gran enseñanza, presenta la interesante particularidad del enorme volumen que había alcanzado en los ocho años que llevaba de existencia.

La mujer portadora de él, tiene 45 años; es casada y ha parido cinco veces, habiendo criado á todos sus hijos sin tener que suspender jamás la lactancia por ninguna afección de las mamas. Hace ocho años, y al terminar de criar el último, empezó á notar un abultamiento en la mama derecha, duro, movable, indoloro y del tamaño de una nuez, que ha ido creciendo hasta alcanzar el que ahora presenta: la mama izquierda casi ha desaparecido por completo. Hace unos tres días aquejaba dolores con elevación térmica y escalofríos.

Cuando nosotros observamos la tumoración, presentaba un aspecto liso en gran parte de su superficie, interrumpido á trechos por tuberosidades del tamaño de una nuez; en algunos sitios era duro; se notaba en otros fluctuación no muy marcada. En su parte inferior habíase producido una ulceración por el roce de la mama con la pared torácica, punto sobre el que gravitaba el peso del tumor.

Perfectamente movable sobre la pared costal con la que no presentaba ninguna adherencia. No se notaban ganglios.

Era de sospechar el carácter benigno de la tumoración por el tiempo transcurrido desde que la enferma se dió cuenta de él; pero también parecía natural creer que en aquella glándula se obraría un proceso de degeneración maligna, lo que no es raro observar en tumores benignos de larga fecha.

Muchas veces, después de haber extirpado, lo que se creyó un edenoma simple, es preciso hacer la ablación completa de la

mama, por haber puesto de manifiesto el análisis microscópico, la presencia de núcleos malignos en medio del tejido propio del tumor glandular; y esto que ocurre con tumores de corta fecha, parece hacer más lógica la suposición de que en los antiguos la degeneración se hubiera efectuado.



Por esto creo que no debe contemporizarse con las tumoraciones de la mama; no con las que desde sus comienzos se diagnostican de malignas, en las cuales no debe perderse un momento, sino aun con los sencillos fibro-adenomas. Efectivamente, con una intervención á tiempo se puede evitar el sacrificio de la mama que no sería posible cuando se hubiera dado lugar á establecer un proceso degenerativo.

Como estos tumores suelen aparecer en época temprana, cuando la mujer está en pleno período genital, la pérdida de una mama en tales circunstancias sería muy lamentable. Esto aparte de que supone siempre una operación más importante, ya que en muchos casos se precisa el vaciamiento axilar.

El diagnóstico que se hizo del tumor fué de fibro-adenoma quístico, con sospechas, como dije antes de encontrar algún núcleo de mala naturaleza.

Se aconsejó la operación que tuvo lugar á los pocos días.

Incisión clásica abarcando todo el tumor. Este perfectamente encapsulado y libre de adherencias á la pared costal. No se encontraron infartados más que dos pequeños ganglios por debajo del pectoral mayor que se extirparon. Sutura continua, pues á pesar de la gran cantidad de piel extirpada con el tumor, no fué necesario acudir á los ingertos por quedar suficientes colgajos para su aproximación. Drenaje á través de un ojal hecho en la pared interna de la axila.

Al practicar un corte, una vez extirpado el tumor, y en cuanto se empezó á incidir con el bisturí, brotó un chorro de

pus: había un absceso que se formó cuando la mama presentaba una puerta de entrada en su superficie con la ulceración producida tres días antes. En esta fecha empezó la enferma á sentir dolores, escalofrios y fiebre ligera. El resto del tumor estaba formado por quistes, de contenido sero-sanguinolento, lo que motivaba su tamaño.

El análisis microscópico, hecho por el Dr. Pelayo, demostró el carácter benigno del tumor: era un fibro-adenoma con predominio del tejido conjuntivo. Los ganglios extirpados eran simplemente inflamatorios por infección de la mama.

Clínica Quirúrgica de San Rafael

Por Manuel Pelayo

Durante el pasado mes de Enero se han practicado en el Hospital de San Rafael las siguientes operaciones:

Día 4 de Enero

Cura radical de una hernia inguinal izquierda.—Una amputación de la mama derecha.—Vaciamiento y esquirolotomía de la tibia izquierda en un niño.—Desarticulación del dedo gordo del pié derecho.—Legrado del hueso femur en un muñón. Total 5

Día 7 de Enero

Cura radical de una hernia inguinal izquierda.—Cura de una hernia inguinal derecha.—Resección de la cadera izquierda. Total 3

Día 10 de Enero

Extirpación de unas almorranas con el termocauterio. Total 1

Día 12 de Enero

Cura de una hernia inguinal derecha.—Cura de una hernia inguinal derecha.—Extirpación de un voluminoso fibroma *moluscum pèntulum* del brazo izquierdo.—Una amputación del muslo en el tercio inferior.—Un raspado intrauterino.—Una trepanación y secuestrotomía por osteomielitis en el femur izquierdo en su cara interna y muy cerca de la articulación. Total 6

Día 14 de Enero

Hernia crural y sarcoma testicular del mismo lado.—Desarticulación del índice derecho.—Cura radical de una otitis media. Total 6

Día 17 de Enero

Operación en una hernia umbilical estrangulada.—Una resección de la rodilla derecha.—Extracción de unos fragmentos de clavícula y de unos perdigones que habían quedado á consecuencia de una herida por arma de fuego, lado derecho.—Una resección de la cadera izquierda. Total 4

Día 19 de Enero

Operación radical de un hidrocele derecho con resección de la vaginal.—Un legrado intra-uterino.—Una resección del quinto metatarsiano.—Un vaciamiento de la tibia derecha por osteo-tuberculosis y raspado de varias úlceras tuberculosas del cuello cabelludo.—Trepanación de una osteomielitis del femur fistulizada en su cara interna, lado izquierdo.—Cura radical de una otitis media.—Abertura y drenaje de la fosa iliaca derecha por peritonitis localizada consecutiva á una apendicitis. Total 7

Día 21 de Enero

Una cura radical por hernia inguinal derecha.—Unahistorectomía vaginal por cáncer del fondo del útero.—Resección de la décima costilla en su articulación vertebral: estaba careada y había por detrás de ella un hueco que se drenó.—Abertura y drenaje de un hematoma subtricipital consecutivo á un traumatismo.—Extirpación de un sarcoma del triángulo de Scarpa persiguiéndose los ganglios pasando por encima del ligamento de Pupart hasta el sacro Total 5

Día 24 de Enero

Cura radical de una hernia crural estrangulada.—Intervención en una tuberculosis de la mama Total 2

Día 26 de Enero

Una hernia inguinal izquierda.—Ora inguinal derecha. Total 2

Día 28 de Enero

Una enucleación del ojo derecho.—Una fistula del ano ciega interna.—Un absceso caliente de la fosa iliaca externa Total 3

Día 31 de Enero

Extirpación de un enorme lipoma del muslo izquierdo.—Extracción de un cálculo vesical á través y por dilatación de la uretra.—Extirpación de unos ganglios cancerosos de la axila derecha sin tumor apreciable de la mama y amputación de la misma.—Intervención por caries de las costillas 2.ª y 3.ª cerca de la inserción esternal.—Punción de un hidartrosis de la rodilla derecha Total 5

En resumen: 44 intervenciones en la sala de operaciones, 5 en la de cura, á más de apósitos para fracturas, colocación de apósitos enyesados, pequeñas intervenciones de Policlínica, etc., etc.

El Dr. Peredo ha practicado: un legrado intrauterino, una resección del 5.º metatarsiano, una extirpación de higroma pre-rotuliano y la excisión de unos gomas de la región poplíteas.

El Dr. Palacio ha intervenido para operar tres hernias una de ellas con sarcoma del testículo, una amputación del índice de la mano derecha, un cáncer del labio, y una que nos digeron diagnosticada de psoriasis.

Todas las restantes han sido ejecutadas por el Dr. Quintana.

Tanto para reglamentar el servicio de cirugía de San Rafael, como para poder atender á sus múltiples atenciones quirúrgicas, el Doctor Quintana, ha destinado para operar en el Hospital los miércoles, jueves y sábados desde las nueve hasta las doce de la mañana.

De entre todos los casos operados durante el pasado mes, he de entresacar y desglosar algunos que presentan un marcado relieve, dejando á un lado y para el próximo número, algunas consideraciones de conjunto relativas á la patología de huesos y articulaciones verdadera cirugía hospitalaria, que destaca por su

abundancia, y en general por lo avanzadas que se presentan las lesiones.

El caso n.º 13 Cármen Arias, operada el día 17 de Enero, es muy interesante.

Esta enferma ingresó en el Hospital en la madrugada del día 15 en un estado extremadamente grave. Cinco días antes se le había estrangulado una hernia umbilical y era la impresión que producía de las más pesimistas y desesperadas. Sobre el vientre hinchado, timpánico, asentaba en la región umbilical, una tumoración grande como una cabeza de niño, y muy dolorosa. Los tegumentos que cubrían ésta tumoración, mortificados, tenían un color negruzco á trechos verdoso y en algunos puntos ya roto y desprendido el epitelio, fluía lentamente la serosidad.

Como se deduce observando las fechas de entrada de la paciente y la de la operación, transcurrieron dos días durante los cuales la enferma estuvo sometida á la expectación. La razón de ésta es la siguiente:

La operación en las condiciones en que hubo de ser practicada con esfacelos, cubriendo toda la piel que formaba el saco, con obstrucción intestinal absoluta desde cinco días antes, en un estado general amenazador, dependiente no sólo del conflicto mecánico consecutivo á la estrangulación, sino también á la reabsorción tóxica, era de un pronóstico casi fatal. No se trataba de una vulgar hernia umbilical estrangulada, puesto que en los casos corrientes, la intervención operatoria inmediata es de una indicación indudable. Aquí la cuestión á meditar y resolver, era cual proceder alentaba más, y permitía aumentar las leves y menguadas esperanzas de salvación. El Dr. Quintana ha visto ya en unos cuantos casos de ésta categoría aproximada, salvarse los enfermos á pesar de haber transcurrido varios días después de la estrangulación, y si ésta contingencia feliz se esperaba con poca fe, el operar no tenía más valor que el de un recurso, en este caso precario y mezquino.

En estos dos días se usaron todos los recursos adecuados sin obtener el más mínimo alivio y entonces, en las condiciones apuntadas, se practicó la operación.

El Dr. Quintana, ayudado en ésta como en todas las operaciones por el Dr. Peredo—distinguido tocólogo del Hospital con sumo acierto y maestría,—practicó una incisión circunscribiendo

todo el volumen de la hernia para caer fuera de la zona de mortificación infectada después de haber tratado antisépticamente la región con enjabonamiento, y lavado con alcohol, sublimado, permanganato y pintura con tintura de yodo. La zona de esfacelos comprendía todo el espesor hasta la aponeurosis é igualmente la septicidad por lo cual, hubo de repetir sobre la aponeurosis el embadurnamiento con la tintura de yodo, después de lo cual fué estirpado el saco. El contenido de éste, era todo el colón transverso también sin vida, séptico y esfacelado. Hasta éste momento todo se desarrollaba fuera de la cavidad abdominal lo que explica que la enferma, no acusara nétamente más que los síntomas de extrangulación grave que padecía. Después de lavar con sublimado el campo operatorio, desbridó el anillo umbilical para extraer los dos extremos del colón que estuvieran sanos, seccionarlos y proceder después á la sutura. La resección intestinal que hubo que hacer tendríá una longitud aproximada de treinta centímetros.

La enferma reaccionó mediante la cafeína y las inyecciones de suero, pero entraron en escena los síntomas de peritonitis y falleció al siguiente día.

Caso núm. 37 Rosa Vinero, operada el día 24 de Enero.

Aquí nos encontramos con una hernia crural extrangulada días ántes y con fenómenos claros de peritonitis. El contenido herniario aparte el intestino, consistía en gran cantidad de epiplón. Nunca será excesivo insistir acerca de los peligros de la contemporización en casos como los referidos. En ambos hubo consejo del médico que indicaba urgentemente la operación y no fueron atendidos sino cuando el peligro era inminente. Lo que unas horas ántes sólo era un accidente más ó menos serio que podía con facilidad ser vencido, en el curso de un día, hasta en plazos más pequeños se hace de una gravedad formidable.

Por esto es meritorio cuanto tiende á divulgar entre los profanos este peligro evidente ante el que se muestran sorprendidos y desconcertados, juzgando que el principio de la dolencia aparecía leve y sin peligro.

Es digno de apuntar *el caso 45* operado el 31 de Enero concerniente á una mujer, que presentaba unos ganglios cancerosos en la axila izquierda sin tumoración apreciable ni en la mama ni en ningún otro sitio, con todos los caracteres de haber empe-

zado el proceso maligno por los ganglios. Siendo enferma de bastante edad y desde luego menopausica, se extirpó la mama y se hizo un vaciamiento axilar llegando por arriba hasta la clavícula por debajo del pectoral menor porque allí, en lo alto, se encuentra siempre en estos casos levantando fuertemente el músculo, uno ó varios ganglios que fácilmente pueden pasar desapercibidos.

Entre los accidentes traumáticos merece consignarse el *caso número 21*.

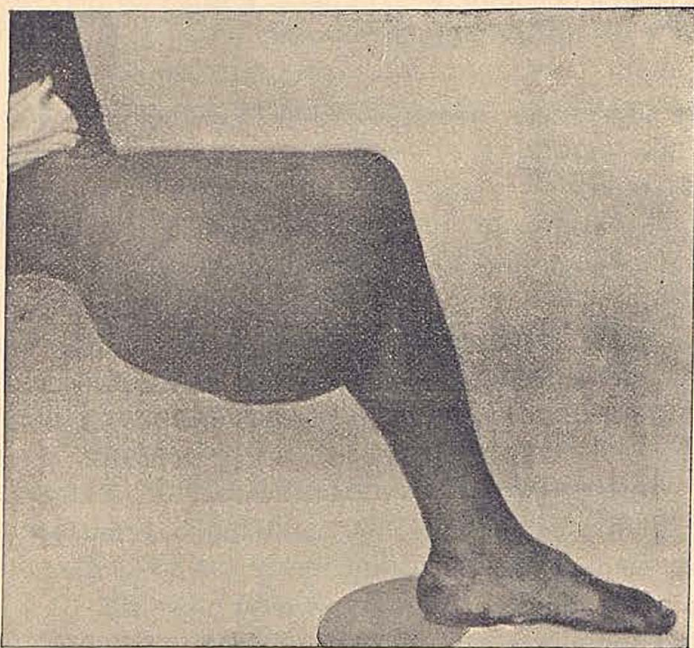
Tratábase de una muchacha que recibió un disparo de perdigones desde metro y medio de distancia en la región clavicular izquierda en el cuello, y en la cara. Estos últimos estaban incrustados en el tejido celular, y se sacaron fácilmente por presión.

La herida principal asentaba sobre la misma clavícula de forma alargada, paralela á este hueso el cual sirvió de protectorio y de escudo á los vasos. Hubo en los primeros momentos un poco de hemoptisis que no se repitió y nada más. A los dos días se levantó la cura y entonces, se extrajeron diversos fragmentos de clavícula solamente retenidos por el periostio, y varios perdigones diseminados en la herida. El curso ha sido por completo satisfactorio: ni hemorragias ni fenómenos sépticos.

Se operó el 22 de Enero al que hacía *el núm. 34*. La enferma una niña de 12 años, tenía un sarcoma exuberante y ulcerado en la cara anterior y parte media del muslo izquierdo. Circunscrito el tumor con dos incisiones y extirpado, fué el Dr. Quintana persiguiendo hasta lo último, la repercusión ganglionar. Y así remontando por el muslo, y pasando por cima del ligamento de Poupert, penetró en el vientre y despegando suavemente y poco á poco el peritoneo á través del cual se vislumbraban las circunvoluciones intestinales, logró llegar hasta el sacro suprimiendo en este recorrido cinco ganglios pélvicos.

Pocas veces se hacen unas tan completas extirpaciones. Hoy para todos los cirujanos el tumor es lo de menos. Es la inoculación ganglionar la que casi siempre al hacer una intervención, nos tiene ganado el camino y el éxito ó el fracaso no estriba sino en la inteligencia con que se persigan estos puntos avanzados á veces imposibles de descubrir por que ellos, son los causantes de la recidiva y luego de la generalización.

Observaciones núm. 3 y 26. En la primera vimos un niño de dos años con tumefacción en toda la tibia izquierda, supuración, fístulas y fiebre. Incisión larga uniendo los agujeros fistulosos. Hueso denudado. Se hiende con el escoplo, y aparece un secuestro invaginado, frágil, obscuro, de extremos astillados con múltiples agujeros ojivales. Este secuestro era de la misma longitud que la tibia y al extraerle con la pinza de secuestros, dejó una cavidad grande en la tibia rellenándose con gasa yodofórmica. El niño va ya muy mejorado. En *el caso 26*, la causa era la tuberculosis: había también fístulas y manifestaciones tuber-



culosas en sitios diversos de la piel. Se hizo como en el caso anterior un vaciamiento medular total, y se rasparon las manifestaciones cutáneas.

Entre las varias resecciones de cadera practicadas citamos las que corresponden á los números 8 y 22.

En la primera la anquilosis era antigua como se demostró en la operación. Vimos además, que el proceso tuberculoso había destruído el cuello femoral y consecutivamente, se habían soldado formando cuerpo, el trocanter y el iliaco, En el sitio de la ca-

vidad cotiloidea, quedaba un hueso grande capaz seguramente de almacenar 150 gramos de pus.

La otra coxalgia comunicaba por una fístula con la ingle. Se atacó por atrás, pero al llegar á la articulación y observar la anquilosis densa existente, que representaba el proceso defensivo, favorable á la curación, se intervino por la parte anterior avanzando y profundizando desde la fístula hasta dar en la articulación que contenía pus, fungosidades y restos necrosados de la cabeza femoral reducida á una cáscara delgada. En ambas se dejó drenaje.

En las dos se trataba de casos avanzados, que curarán gracias á la anquilosis.

El último caso del que me voy á ocupar es el que aparece en la fotografía adjunta, que debemos á la amabilidad del instrumentista señor Pintado.

Era un lipoma enorme que ocupaba toda la altura de la diáfisis femoral. La piel intacta, solo en el polo inferior del tumor estaba algo estasiada y de color azulado. Para la extracción hubo que practicar una incisión muy larga, viéndose que ya en algunos puntos, empezaban los músculos á sufrir la degeneración mixomatosa.

Es caso frecuente sobre todo en los hospitales, la presentación de enfermos como éste, que presencian impasibles durante años y años, el crecimiento de un tumor, y sólo le atienden cuando les origina grandes molestias. El portador de este lipoma, ya apenas podía andar, aún separando mucho las piernas y tenía necesidad de usar unos pantalones hechos con la idea de dar albergue al tumor huésped. Sin embargo esta benignidad en que se escudan los enfermos para retrasar lo posible una intervención quirúrgica, no es absoluta. Hay que tener presente las degeneraciones malignas á que se exponen, y en la misma operación con las incisiones grandes, y el manoseo de mayor cantidad de tejidos, aumentan en razón directa los peligros infecciosos.

También de buen gusto me ocuparía de una histerectomia vaginal por cáncer y matriz fibrosa, y de una peritonitis secuela de un ataque apendicular,—curada,—pero no tengo espacio y hago punto.

La lucha contra el cáncer de la matriz

Por Juan Herrera Oria.

Jeder Arzt muss als ein Dogma festhalten, dass der Uteruskrebs nicht nur heilbar, sondern sogar in den meisten Fällen danerud heilbar ist, sofern er unverzüglich nach dem Auftreten der Symptame operiert wird.

Para todo médico debe ser un dogma, que el cáncer de la matriz no sólo es curable, sino que en la mayor parte de los casos es susceptible de curación radical, si se opera inmediatamente de aparecer los primeros síntomas.

(Winter: Die Bekämpfung des Uterushrebses.)

El problema que preocupa á la medicina actual es la curación del cáncer. Si alguna vez se llegara á curar médicamente este azote de la humanidad, cada día más extendido, es caso que hoy por hoy nadie puede afirmar; los escasos resultados obtenidos en la tuberculosis, permiten cuando menos ponerlo en duda. Durante mucho tiempo, dice Winter, quizá siempre, el cáncer no tendrá otro tratamiento curativo que el quirúrgico. Comprendido así el problema de la curación, no del cáncer, sino de los enfermos cancerados, el asunto queda reducido á saber cómo y cuándo se han de operar.

El cómo se ha de operar, es una cuestión que la cirugía moderna tiene resuelta. Se ha de operar con la mayor amplitud posible. En ginecología á las amputaciones del cuello de la matriz que era hace unos años la operación que se practicaba en casos de cáncer de éste órgano, sustituyó primero las llamadas amputaciones altas y después la histerectomía vaginal, más tarde la histerectomía vaginal se hizo acompañada de la extirpación de los parametrios y finalmente se ha llegado á la histerectomía abdominal total, con vaciamiento de la pelvis y extirpación de ganglios. Todavía es pronto para hacer el balance de estos métodos operatorios, sobre todo del último; pero un hecho es ya evidente: las curaciones definitivas que ahora obtenemos son en

mayor número que las conseguidas hace años, con una cirugía menos radical. El cálculo que hace un autor, según el cual éstas curaciones han ascendido del 10 % al 26 %, no parece aventurado. Pero éstas cifras están muy lejos del ideal á que debemos aspirar. Para conseguirlo, el cirujano, ha hecho todo lo que está en su mano, cuando llega con el bisturí á los límites de lo operable; límites infranqueables sino se han de interesar órganos vitales. La ginecología, por ejemplo, con los métodos abdominales de Wertheins y Mackenrodt, ha tocado estos límites. Pero, desgraciadamente, aún con éstas operaciones radicalísimas, suele llegar el ginecologo demasiado tarde.

Hay que procurar que los enfermos vayan á las manos del operador tan pronto como se presenten los primeros síntomas.

Winter en el año 1891 inició una investigación en la Real Clínica de enfermedades de la mujer de Berlín, para determinar cuáles son los obstáculos que, á la mujer impiden llegar oportunamente á la mesa de operaciones. De aquella investigación sistemáticamente practicada y continuada después, durante su profesorado en Königsberg, resultó que estos obstáculos se pueden reducir á tres grupos:

1.º Obstáculos que proceden de falta de conocimiento ó de negligencia del médico de cabecera.

2.º Obstáculos que proceden de la ignorancia de los comadrones.

3.º Obstáculos que proceden de los enfermos mismos.

En España podemos prescindir del segundo grupo, porque aquí el oficio de las comadronas suele reducirse á la asistencia á los partos: y no intervienen en afecciones ginecológicas, para lo que no tienen suficiente preparación, sin que esto quiera decir que sus conocimientos tocológicos sean bastantes, salvo raras excepciones.

Desde luego podemos afirmar que de los otros dos grupos el que tiene más influencia es el de las mismas enfermas. En Alemania se ha tratado de ilustrar á las mujeres en esta cuestión, sirviéndose para ello de conferencias, publicación de opúsculos y de artículos en periódicos de todas las clases y el resultado obtenido es cuando menos dudoso, no faltando algunos autores que le han denunciado como perjudicial: en fin porque esta no es cuestión definitivamente resuelta y porque de todas maneras

no cabría dentro de los límifos de este artículo, vamos á prescindir también del tercer grupo y á ocuparnos tan solo del primero.

El *médico de cabecera* es por regla general el primero con quien la enferma consulta los síntomas que en su aparato genital se presentan.

De la investigación á que ántes hice referencia resulta que en más del 50 por 100 de los casos, el médico particular fué el primero consultado.

Se comprende la gran importancia que para las enfermas ha de tener, la conducta de su médico y la idea que sobre esta enfermedad se haya formado.

No es raro encontrarse con médicos, á veces médicos de gran ilustración que no creen en la posibilidad de curar las afecciones cancerosas. Pues bien; esto es un error, un grandísimo error que puede traer fatales consecuencias para las enfermas que le padecen.

El cáncer es una enfermedad curable. Esta es una afirmación que ya no es permitido discutir. No es una opinión, es un hecho. Está demostrado experimentalmente. Todos los ginecólogos cuentan entre sus operadas, algunas que después de quince ó veinte años de la extirpación del tumor viven en perfecto estado de salud sin que la neoplasia se haya reproducido.

En ninguna universidad del mundo se enseña caso contrario de esto.

Cuando á un médico (no especialista, naturalmente, que esto no se escribe para ginecólogos) se le queje una enferma de trastornos genitales, no ha de olvidar, en la posibilidad de que se trate de un cáncer uterino, que todo tumor de esta naturaleza, tiene ó ha tenido una época en que se ha podido operar, con muchas probabilidades de curarse.

La primera obligación del médico es *proceder inmediatamente al reconocimiento.*

Con frecuencia llegan á las consultas de ginecología enfermas de cáncer inoperable; que llevan seis ó siete meses sometidas á tratamientos empíricos sin haber sufrido nunca un reconocimiento. Fueron á su médico quejándose de flujos, de hemorragias ó dolores abdominales y éste recetó y dispuso un plan sin haber hecho una detenida inspección de la enferma, sino es que todo lo atribuye á pasajeros trastornos menopáusicos, y ob-

serva una conducta expectante de fatales consecuencias para la mujer. Cuando la persistencia y el progreso de los síntomas, y quizá el principio de la caquexia delatan ya la enfermedad á la simple vista, es cuando se decide á practicar un reconocimiento que no sirve más que para pronosticar un inmediato y funesto desenlace.

El médico ha cumplido con su deber si inmediatamente de presentarse los primeros síntomas ha reconocido á la enferma y ha hecho un diagnóstico exacto.

Hacer un diagnóstico cierto no es difícil para la mayoría de los médicos, cuando se trate de un carcinoma avanzado del cuello uterino. El diagnóstico de un cáncer incipiente ó de una neoplasia epitelial del cuerpo de la matriz, es cosa de mayor dificultad. En las universidades en que naturalmente no puede haber especialistas, no se sale por regla general en condiciones de hacer un diagnóstico de esta naturaleza. Un estudiante alemán según Winter, habrá tenido ocasión durante los estudios de reconocer una docena de cánceres uterinos, generalmente avanzados.

Siendo por regla general en aquel país el material clínico más abundante que el de nuestros hospitales y otro el espíritu de la enseñanza que el de nuestras facultades; calcúlese cuantos casos de cáncer habrá visto un estudiante español ántes de ponerse á ejercer. Yo no ví ninguno. Cuando el médico no tenga seguridad en su diagnóstico clínico, le quedan dos caminos, ó hacer el anatómico, analizando un trozo del tumor ó mandándole analizar, ó remitir la enferma á un ginecólogo sin pérdida de tiempo.

En cuanto á la operabilidad ó no operabilidad del tumor, es problema que sólo el especialista puede resolver y muchas veces ni él mismo ántes de la intervención operatoria puede decidir sobre esta cuestión. Pero, en fin, de ninguna manera es cosa del médico sino del cirujano.

La mortalidad por cáncer de la matriz, es todavía muy elevada. A medida que los médicos van adquiriendo el convencimiento de que no es una enfermedad incurable y de que estas nociones van también penetrando en los círculos femeninos, el número de operaciones prematuras es cada vez mayor y con ello y con los progresos de la técnica quirúrgica que nos permite

practicar intervenciones que hace unos años hubiera sido imposible intentar, el número de curaciones obtenidas aumenta poco á poco.

En treinta y cinco años ha descendido en Alemania la mortalidad por tuberculosis pulmonar del 32 por 1.000 habitantes á 16, es decir, la mitad. Este descenso de la causa de mortalidad por tuberculosis, se ha conseguido sin que hasta hoy los infinitos trabajos de investigación en los laboratorios y clínicas de todo el mundo hayan descubierto un remedio específico contra el bacilo de Koch. Se ha hecho á fuerza de higiene, sirviéndose de todos los recursos de la publicidad (libros, discursos, exposiciones, hojas, folletos, etc.), para que á todos llegue el conocimiento de la conducta que se ha de observar para evitar el contagio y poner remedio á la enfermedad en sus comienzos, que es cuando se puede detener en su marcha.

El disminuir la mortalidad producida por el cáncer uterino, es todavía más fácil. Porque se dice pronto esta ó aquella enfermedad se combate con la higiene (y en general todas se benefician de ella), pero la higiene social es muy cara y sobre todo no se puede implantar de una vez en un país que de ella carece; con sus numerosos organismos y con la educación y cultura que exige en el pueblo que lo ha de recibir.

Pero en el cáncer uterino á medida que aumentan las intervenciones quirúrgicas tempranas, irá disminuyendo la cifra de mortalidad.

Esto basta.

REVISTAS

Sobre el método ideado por el Dr. Hans Leyden, de la administración del Salvarsán en fricciones.

El exmédico de la Embajada alemana en Madrid, mi amigo el Dr. Hans Leyden, benemérito para nosotros, porque es un hispanófilo militante, enamorado de nuestro país y de lo que hay de típico y original en sus costumbres, de las que tiene perfecto conocimiento, no adquirido en los escenarios de «varietés», ha publicado en la *Medezinische Klinik* un artículo sobre un nuevo procedimiento ideado por él para administrar el arsenobenzol.

El Dr. H. Leyden empieza enumerando los inconvenientes y peligros de los procedimientos hasta ahora usados (inyecciones subcutáneas, intravenosas é intramusculares), considera además como una grave desventaja de estos procedimientos el temor que causan en los enfermos que, hace que muchos de ellos no quieran someterse á una curación, de las afecciones sífilíticas, tan eficaz y seguro é imposibilitan la difusión de un tratamiento que puede acabar por desarraigar la funesta infección.

El profesor Ehrlich ha puesto á disposición del autor el material necesario y los resultados por él obtenidos, en los casos hasta ahora empleados, son satisfactorios y animan á continuar las pruebas en mayor escala.

El Dr. H. Leyden describe de esta manera su técnica:

En primer lugar un baño general, con agua caliente que limpie la piel, la desengrase, abra los poros y estimulando la circulación la prepare para la absorción del medicamento. Las partes del cuerpo mejor dispuestas para hacer la aplicación del preparado son el pecho, abdómen, parte interna del brazo y la espalda. Si están cubiertas de una capa abundante de vello, se deben someter á un lavado con alcohol jabonoso y arenilla fina esterilizada, lavado abundante con agua esterilizada; después de seca se frota la región con éter.

En los primeros casos, empleó la ensemína como anestésico local, pero después como vió que el tratamiento era indoloro, y que cuando más deja una pequeña picazón ó escozor, como pudo convencerse ensayando el procedimiento en sí mismo, ha prescindido de ella. Los pacientes deben permanecer durante la fricción en posición horizontal. La preparación del medicamento es la misma que la que se hace para las otras aplicaciones; solución arenosa, neutra (comprobada con la fenoltaleína) ó ligeramente ácida. La solución debe ser completa, las cantidades que se empleen cada vez no muy grandes y las fricciones sostenidas para facilitar bien la absorción. Las primeras dosis empleadas fueron de 0,4 grs, luego teniendo en cuenta que un tanto por ciento del preparado se pierde sin absorberse, ha doblado aquella dosis. Las frotaciones se hacen con la mano y no ofrecen ninguna dificultad siempre que la cantidad empleada cada vez sea pequeña. La absorción es rápida, en 10 minutos está terminada la operación. La piel queda seca y

apenas se distingue por su color de la piel normal. Si la aplicación se hace sobre la piel, sin previa preparación, la absorción parece nula. Una modificación muy ventajosa ha sido añadir al líquido ya preparado una cantidad de glicerina; en este caso la receptividad de la piel parece modificarse favorablemente por la acción de la glicerina y la frotación es más fácil y cómoda.

En uno de sus enfermos con manifestaciones de la mucosa-naso-faríngea, probó administrar el 606 localmente, directamente sobre la mucosa y el resultado fué positivo. Desde entonces emplea juntas las fricciones y las inhalaciones. Las inhalaciones las hace con inhaladores especiales de la casa Parke, Davis y C.^o, Glaseptic, que permiten proyectar la solución glicerinada en forma de finísima lluvia.

Las conclusiones del autor son: que su procedimiento tiene la ventaja de ofrecer menos peligros y no producir molestias. No exige una asepsia tan exquisita como los métodos de inyecciones, la administración es más fácil y se puede repetir varias veces sin inconveniente sobre la misma superficie. Para el médico es algo más embarazoso y exige más tiempo; para el enfermo resulta algo más caro.—J. H.

Sobre las hemorragias graves por heridas de la pared abdominal anterior, por Brau.

B. insiste en la vascularización de la pared abdominal por la epigástrica y la circunfleja iliaca. Esta última, juega un papel más importante de lo que se le atribuye clásicamente y relata dos casos en los que hubo hemorragia mortal; en uno de estos casos, pensó en la arteria epigástrica, pero la disección de la pared, demostró que se trataba de la circunfleja.

Insiste también en lo variable que es el trayecto de esta arteria y aconseja para evitar su herida, el hacer la punción en la línea media. También refiere dos casos en los que con una mínima hemorragia externa, había una considerable hemorragia intraparietal é intraabdominal por lesión de los vasos de la pared. (*Journal de Chirurgie*).

Tratamiento operatorio de la epilepsia.

Las indicaciones y los resultados del tratamiento operatorio de la epilepsia son mal conocidos.

Teil ha estudiado una veintena de casos de epilepsia que han sido tratados en la clínica de Breslau de muchos años hasta hoy; epilepsias jaksonianas y también de las llamadas esenciales. Para él, el tratamiento operatorio está indicado:

1.^o En todos los casos de epilepsia cortical de origen traumático (todo el mundo está conforme sobre ésta indicación).

2.^o En los casos de epilepsia generalizada de origen traumático.

3.^o En los casos de epilepsia generalizada en que hay una cicatriz ósea del cráneo.

4.^o En la epilepsia jaksoniana no traumática.

5.^o En los casos generalizados en que está complicada con fenómenos paralíticos sobre todo, cuando al principio de la enfermedad las convulsiones epiléptiformes están localizadas.

6.º En la epilepsia esencial cuando se la cree de causa orgánica ó cuando es rebelde al tratamiento médico.

Los métodos operatorios que se pueden emplear son los siguientes:

- 1.º Ablación de las esquirlas, cuerpos estraños ó lesiones de orden meramente traumático.
- 2.º La ablación de los centros epilépticos según Horsley.
- 3.º La trepanación en válvula de Kocher.

El primer método es de una eficacia reconocida. El método de Horsley tiene inconvenientes y á pesar de la reaparición progresiva de los movimientos en la mayoría de los casos, se puede á veces observar trastornos persistentes debidos á la destrucción de la corteza.

El método de Kocher basado en el hecho de que los ataques de epilepsia se acompañan de hipertensión intracraneana, es una intervención descompresiva: pero Kocher considera la hipertensión como la causa de la epilepsia, lo cual es muy discutible: da algunos resultados:

El resultado de estas operaciones no es muy lisongero; pero algunas veces se observan éxitos inesperados, aunque hay que contar también con las recidivas algunas veces al cabo de cinco años.

Los resultados mejores se observan en los casos en que hay lesiones locales parietales ó craneanas. *Journal de Chirurgie*.

Extracción de un cuerpo extraño del pulmón, por Seydel.

El caso presentado ofrece el interés grande de la larga duración de la permanencia del cuerpo extraño (5 años); los errores de diagnóstico á que ha dado lugar, y las dificultades del mismo.

Una niña tragó un clavo de dos centímetros de largo. Como no experimentó ni dolor ni trastorno de ninguna clase, se supuso que el clavo había sido tragado. Al cabo de cuatro semanas se notaron trastornos de catarro bronquítico seguido quince días después de pulmonía derecha grave con pleuresia exudativa.

Después hubo expectoración, fiebre, etc., que no se sabía á qué atribuir, puesto que la radiografía no demostró nada.

Al cabo de cinco años un médico demuestra la presencia de una dilatación de los bronquios, y piensa en un cuerpo extraño, demostrando una radiografía más afortunada al nivel de la séptima ó de la octava vértebra dorsal, á la derecha de la columna y del borde derecho del corazón, su existencia. Se pudo localizar el clavo en la parte superior del bronquio del lóbulo inferior derecho.

El exámen clínico demostró en la base del pulmón una macidez que llegaba por arriba hasta la línea axilar media. En toda esta zona había estertores húmedos de burbujas pequeñas.

La porción del pulmón que rodeaba al cuerpo extraño ofrecía las lesiones de pulmonía intersticial con condensación.

Con este diagnóstico, es claro que la extracción del cuerpo extraño se imponía. En una primera sesión de broncoscopia con el aparato de Brünig, se

vió el clavo. Pero para combatir la irritabilidad del bronquio derecho, hubo de emplearse la cocaína.

Dos días después se intentó de nuevo la broncoscopia superior, pero con tal irritabilidad brónquica, que se temió el empleo de dosis peligrosas de cocaína, prefiriéndose por esta razón la traquetomía y la broncoscopia inferior. El clavo asentaba sobre el bronquio inferior derecho ó una de sus ramas. Se le extrajo no sin trabajo al mismo tiempo que el tubo, porque la situación oblicua del clavo no permitía retirarle por dentro del mismo.

El niño ha curado. *Journal de Chirurgie.*

Cáncer alto del esófago y su tratamiento, por Pernicie.

Mujer de 31 años, sin antecedentes patológicos que en el cuarto mes de su quinto embarazo, acusa disfagia que crece hasta el parto, con ronquera permanente.

Como no puede tragar más que líquidos, se intenta el cateterismo que fué seguido de una hemorragia. El dedo introducido en la faringe, reconoce una masa situada por detrás de la epiglotis. El examen laringoscópico demuestra que el orificio superior de la laringe está edematoso, las cuerdas vocales normales y la faringe laríngea está invadida por una masa vegetante circular que llena los senos piriformes. Una biopsis patentizó que se trataba de un epiteloma.

La operación fué como sigue: incisión transversal infra-hioidea desde un esterno cleido al otro y en las extremidades de ésta, otras dos incisiones verticales. Hemostasia cuidadosa. Se practica para dar campo una hemitireoidectomía izquierda. Al separar la traquea del esófago, se encuentra una prolongación del tumor que fué extirpada. La traquea seccionada fué entonces fijada por un ojal del colgajo músculo cutáneo continuándose la anestesia por este sitio. Se coloca una gruesa seda por detrás y al rededor del esófago y por debajo del neoplasma. Después de haber protegido la herida con compresas, se abre el esófago y se anuda—después de haber introducido una sonda—sobre ésta; después se secciona el conducto y se fija en el ángulo inferior de la incisión vertical izquierda. Una vez hecho esto, se extrae la masa laringo-faríngea, dejando la epiglotis en su sitio. Se cierra cuidadosamente la faringe suturando la mucosa de la base de la lengua á la mucosa posterior de la faringe.

El enfermo estuvo alimentado por la sonda y la cicatrización se hace poco á poco. *Journal de Chirurgie.*

Traumatismo y tuberculosis, por Ribera y Sans.

A consecuencia de las experiencias de Hueter y de Schuller, todo el mundo admite la posibilidad de que á consecuencia de un traumatismo se desenvuelva una tuberculosis localizada, quirúrgica.

La cuestión no obstante dista de estar resuelta. Además Lannelongue y Achard hicieron notar que en los tuberculosos, ni las fracturas ni las luxaciones determinaban el desenvolvimiento de una lesión tuberculosa. Joanel demostró que el traumatismo localizaba con menos frecuencia de lo que se creía la tuberculosis y estas divergencias son, las que han conducido á

Ribera á experimentar tanto desde el punto clínico como anatomo patólogo.

Bajo el punto de vista clínico es cierto que existen hechos en los que las relaciones entre el traumatismo y la tuberculosis son indudables. El autor refiere casos y observaciones relativas á la muñeca, el codo, el hombro, la rodilla y la cadera y concluye que en el cuarenta y cinco de los casos el desarrollo de un tumor blanco está precedido de un traumatismo. El mecanismo de su acción es difícil de explicar y es por esto porque ha comenzado unas interesantes experimentaciones.

De los resultados obtenidos en lo que concierne á la tuberculosis genital provocada en conejos, saca las siguientes consecuencias:

1.º Todos los procedimientos de inoculación después de traumatismos directos, son capaces de provocar la tuberculosis del útero, aunque esta localización no se haya obtenido más que once veces.

2.º La vía más favorable para producir la invasión tuberculosa general, es la venosa.

3.º El traumatismo localiza muy raramente la tuberculosis en el útero, pues de 14 veces que las inoculaciones fueron seguidas de infecciones generales, sólo en dos casos hubo desarrollo en el útero.

4.º La inoculación directa de esputos ó de bacilos de Koch en el útero traumatizado, produce muy frecuentemente la tuberculosis más ó menos generalizada pero raramente la del útero exclusivamente.

5.º La inoculación de fungosidades es el procedimiento más ineficaz.

En vista de estos resultados prosiguió para llegar á un acuerdo en lo que se refería á la acción del traumatismo y de la inoculación.

En un primer grupo de casos hizo inoculación de bacilus en la articulación, y en otra serie, inyección de bacilos pero no intraarticular.

En resumen: todos los procedimientos han producido la tuberculosis de la médula ósea. La tuberculosis articular no se revela más que cuando se inoculan bacilos asociados.

No obstante, es indudable la acción del traumatismo. ¿Cómo obra éste?

Se ha dicho que la caída, el dolor, el golpe. no hacían sinó atraer la atención del enfermo que ya anteriormente estaba enfermo.

No hay duda, dice Ribera y Sans, la elección del bacilo por la médula ósea; ésta puede contener los bacilos sin que existan lesiones específicas.

Está también absolutamente demostrado que el sitio de predilección, es el tejido esponjoso y que el tumor blanco es casi siempre consecutivo á lesiones linfáticas que han pasado desapercibidas.

Se comprende fácilmente el proceso patogénico; los ganglios linfáticos son centros ó núcleos de donde parten los microbios para localizarse en la médula ósea; sobreviene un traumatismo paraarticular y entonces, los bacilos se encuentran en un terreno donde las resistencias siquiera sea en mínima cantidad han desaparecido y dan lugar á lesiones que sin el traumatismo no se hubieran producido.

Esta teoría difiere pues esencialmente, de la que supone la preexistencia de un núcleo tuberculoso avivado por el traumatismo. *Journal de Chirurgie.*—M. PELAYO.

SOCIEDADES

De la Sociedad de Cirugía de París

Accidentes lejanos, consecutivos á los traumatismos.— (Sesión del día 10 de Enero de 1911). M. Demoulin, en la sesión del 21 de Diciembre último, nuestro colega Picqué nos ha referido los accidentes nerviosos distantes, relacionados con los traumatismos craneanos.

El profesor Delbet, nos ha hecho conocer que estos accidentes (crisis epileptiformes, síndrome de parálisis general, demencia) se ven en una proporción considerable en los enfermos en que la reacción de Wassermann ha sido positiva pareciendo como si el traumatismo, tuviese una acción localizadora de la sífilis en el cerebro y meninges.

Los traumatismos craneanos son frecuentes en los accidentes del trabajo y á veces, se siguen del síndrome de la parálisis general y hay gran interés en averiguar cual ha sido el papel del traumatismo sobre el desarrollo de esta afección.

Unos creen que este papel es nulo, los demás, piensan por el contrario que es muy importante.

Mr. Picqué: ya el año último, á propósito de una comunicación de Auvray, yo registré mi opinión sobre las relaciones entre el traumatismo y la sífilis.

Pienso que hoy conviene continuar las observaciones.

Fractura de la extremidad inferior del radio. *M. Morestin.* En el mes de Febrero último ha ingresado en mi servicio de Tenón, un hombre de 30 años que se había caído de una escalera y se produjo á la derecha una fractura de la epitroclea y á la izquierda, una fractura del radio.

La primera no ofrecía nada de particular pero la lesión del radio, es mas interesante.

Esta, es una fractura vertical, que comienza en el borde cubital del hueso á tres centímetros proximamente de la articulación, viniendo á terminar en la interlínea radio-carpiana entre el escafoides y el semilunar.

El fragmento despegado corresponde exactamente al semilunar.

Las apófisis estiloides están intactas y lo mismo los huesos del carpo.

El enfermo no presentaba ninguno de los síntomas de las fracturas del radio.

Tenía una hinchazón del puño, que comprendía todo él y era muy moderada.

Todos los movimientos estaban conservados aunque eran dolorosos.

La investigación del dolor fijo despertado por la presión, no daba resultados claros para hacer sospechar este tipo de fracturas tan raro.

Sin la radiografía, este enfermo hubiese sido considerado como afecto simplemente de un esguince de la muñeca.

Sobre la prótesis metálica del cráneo.—M. Rouvillois: Os he presentado en la sesión anterior, al joven oficial al cual yo había tapado una brecha craneana con una prótesis compuesta de una pieza de oro. Os he presentado al enfermo, como un ejemplo de resultado satisfactorio después de bastante tiempo de ejecutada la operación. La placa que se aplicó, tendría unos cinco centímetros de larga por tres de ancha, pero esta pequeña dimensión no quiere decir que su uso no fuera indispensable porque el fin principal que tenía, era mantener reducida una hernia cerebral que el traumatismo había producido.

La fijación de la placa se hizo por medio de tres agarraderas que entraban por deslizamiento en tres agujeros de pequeño calibre previamente practicados en el hueso á algunos milímetros de los bordes de la herida ósea.

M. Tuffier: Yo desearía precisar las indicaciones precisas de la prótesis, en los traumatismos del cráneo que creo muy reducidas, y en el caso presentado había una muy pequeña hernia cerebral distinguiéndose en la radiografía con dificultad cual es el lado lesionado.

Yo he observado hace tres años, con el profesor Jeoffroy, á un hombre de 40 años, muy probablemente sífilítico y alcohólico que á consecuencia de una caída sobre la cabeza, presentó durante tres días todos los síntomas de una conmoción cerebral grave. Un año después del accidente, quedó paralítico general. M. Jeoffroy no dudó en relacionar estrechamente estos síntomas con el traumatismo y consideró al herido como imposibilitado de trabajar más en la vida.

Se fundaba en que ningún práctico sin temor á error, podría afirmar que sin traumatismo se hubiera localizado de la misma manera el efecto sífilítico en las meninges y cerebro.

El accidente, debe ser por consiguiente considerado como responsable por lo menos en cierta medida, de la aparición del síndrome de la parálisis general sobre todo cuando ha sido perfectamente demostrado, que era el caso de la observación apuntada.

Yo he visto otro paralítico general joven también sífilítico y alcohólico, que no había sufrido fuera del accidente de trabajo que le ocasionó la muerte, más que heridas sin importancia en los miembros inferiores, lesiones que no habían dejado reliquias.

El peligro de dejar una placa metálica en contacto del cerebro, no es para despreciar y tiene además la pretensión de proteger la sustancia cerebral de un golpe que atacara precisamente en el sitio desprovisto de hueso. Yo he investigado en otro tiempo, y me he convencido que los accidentes eran bastante raros.

En una joven á quien practiqué la trepanación extensa y que Championiere vió conmigo, quedaba después de la curación, una pequeña hernia cerebral. Esta joven es hoy madre de familia y no ha tenido nunca la más mínima alteración.

Creo, pues, que esta prótesis que se nos ha presentado, no era de una precisión grande y hé aquí la prueba:

Hace diez y ocho años vi á un alumno de la escuela Politécnica, que presentaba un hundimiento de toda la parte derecha del frontal; hice una larga trepanación, y extraje fragmentos óseos del lóbulo frontal. El enfermo curó con una ligera hernia cerebral.

Continuó sus cursos en la escuela, salió, y actualmente es capitán de artillería, sin que nunca haya presentado alteraciones de ningún género; simplemente lleva la parte anterior del kepis transformada en rígida por medio de una placa de aluminio.

Reunión libre de cirujanos de Berlín

Quiste del cerebelo operado.—Schemisden presenta una mujer de 24 años en la que el diagnóstico de tumor del cerebelo pudo hacerse antes de la operación á consecuencia de los trastornos de la sinergia cerebelosa que presentaba aparte de los fenómenos basales de compresión encefálica.

Puesta toda la cara posterior del cerebelo al descubierto, la punción evacuó un quiste del tamaño de un huevo de gallina y resecó casi toda la pared del quiste y drenó.

Desaparición rápida de todos los síntomas.

Mal de Fobb sub-occipital.—Kleinschmidt presenta las piezas que provienen de un enfermo atacado de esta enfermedad que murió súbitamente.

Los cóndilos occipitales, el atlas y el áxis, estaban casi por completo destruidos por la masa cascosa.

La cabeza está como hundida en la columna vertebral, el ligamento cruciforme deshecho y la apófis odontoides del áxis ha perforado la dura madre y comprime el bulbo.—M. PELAYO.

Daremos cuenta de aquellas obras cuyos autores nos remitan un ejemplar, y publicaremos una nota bibliográfica al recibir dos ejemplares.

~~~~~  
 Rogamos que al reproducir cualquiera de  
 nuestros trabajos se cite la procedencia.  
 ~~~~~