



SANATORIO QUIRÚRGICO



M

ADR A Z O

SANTANDER

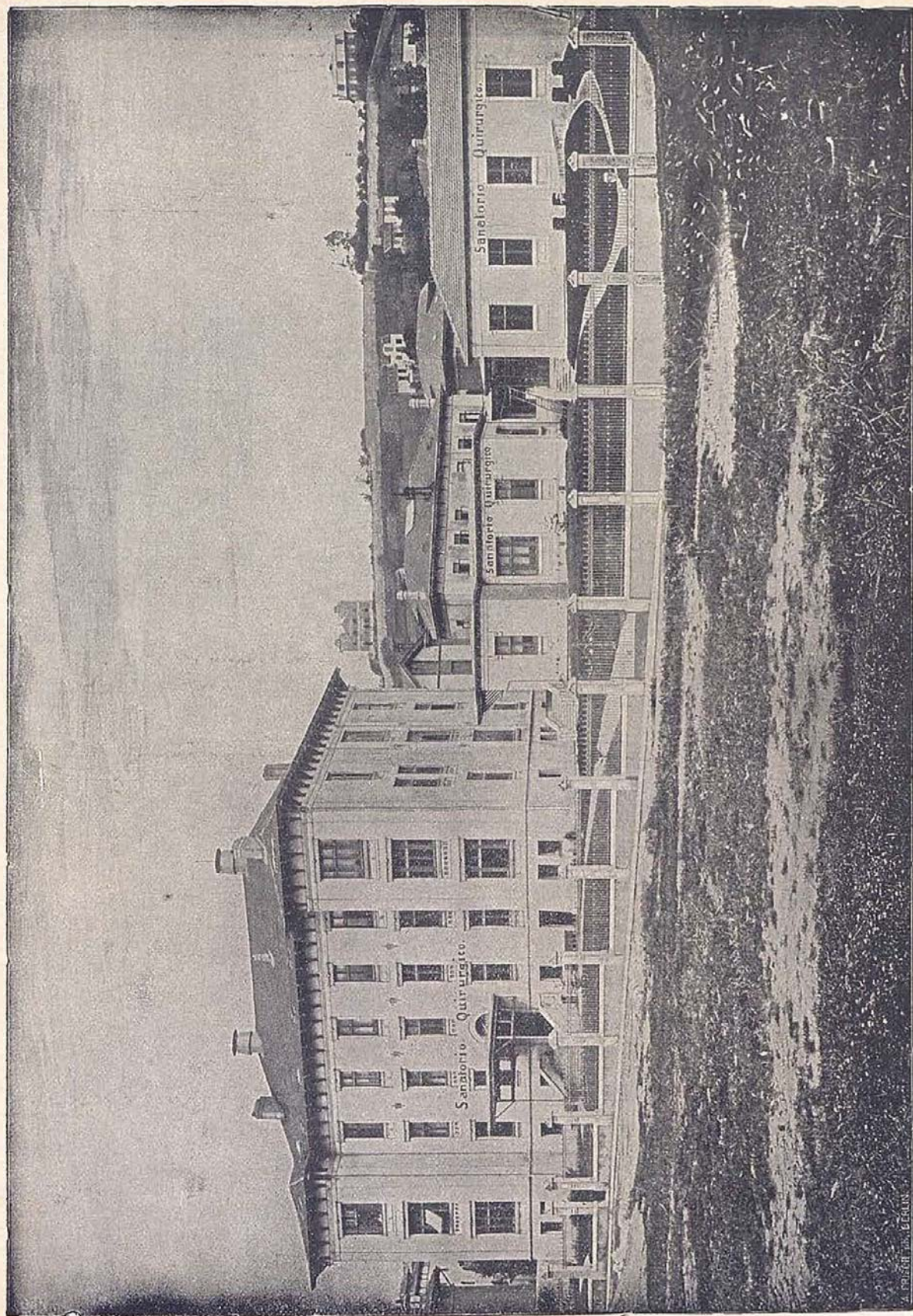
MEMORIA

Y

ESTADÍSTICA OPERATORIA

DE LOS

OCHO AÑOS



VISTA GENERAL DEL SANATORIO

A. PRITCHETT & CO. LITH.

MEMORIA

x

ESTADÍSTICA OPERATORIA

SANATORIO QUIRÚRGICO



SANTANDER



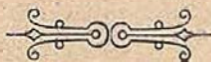
MEMORIA

Y

ESTADÍSTICA OPERATORIA

DE LOS

OCHO AÑOS

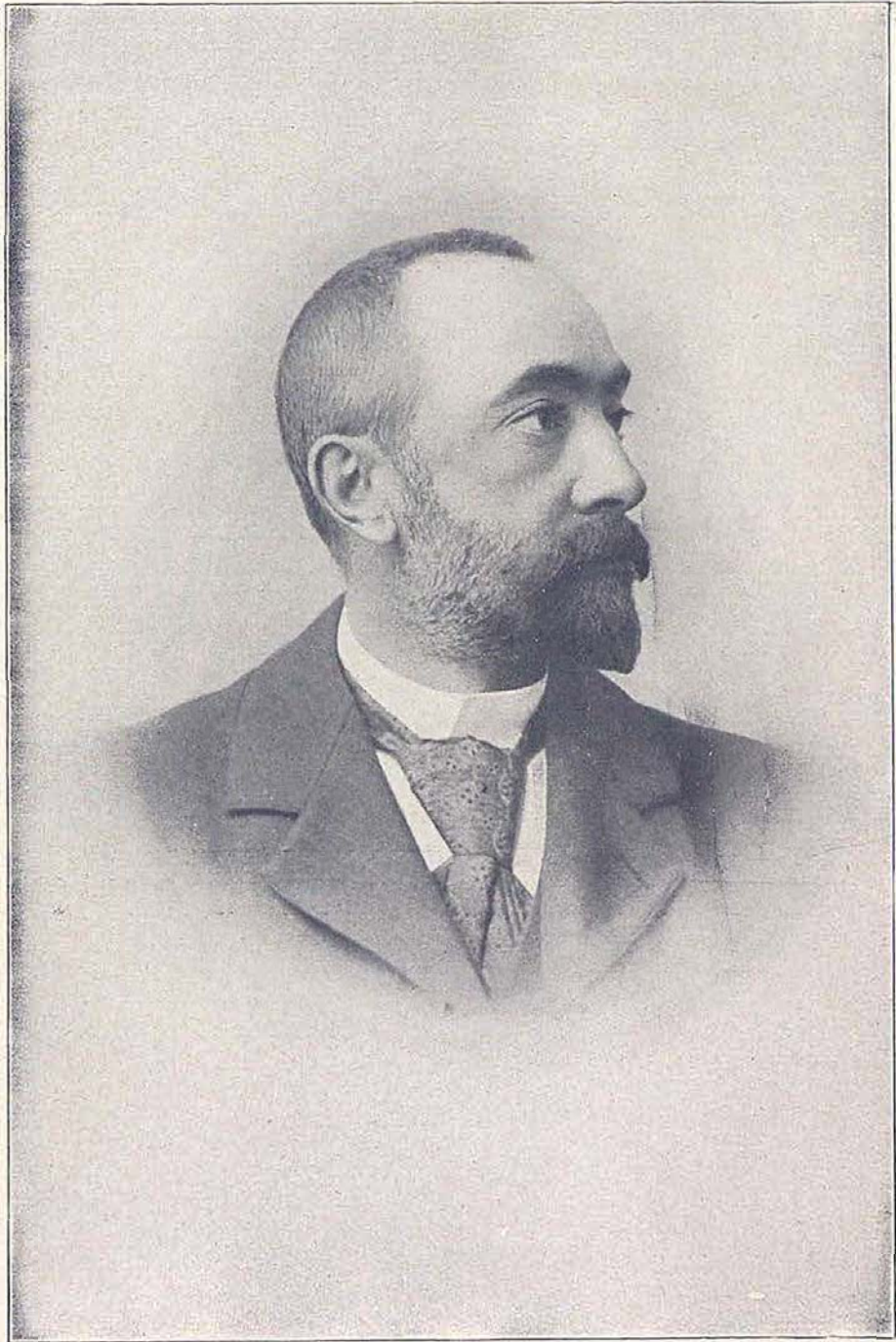


SANTANDER

Imprenta, litografía y encuadernación de Blanchard y Arce

WAD-RAS, 3 Y CALZADAS ALTAS, 11

1904



DOCTOR MADRAZO



DESCRIPCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

SUPRIMIMOS en esta Memoria la descripción hecha por nosotros en otras anteriores, y copiamos en su lugar algunos párrafos de un artículo que publicó *El Siglo Médico* en 14 de Septiembre de 1902, escrito por la castiza pluma del actual Director de Sanidad señor Cortezo, juicio que por la competencia del autor en estos asuntos, esperamos que no será discutido por nadie:

«Al día siguiente de mi llegada, primero de los sesenta que me proponía dedicar á lecturas, distracciones y perezas, tentóme la curiosidad por visitar el Sanatorio del doctor Madrazo, que si de reputación y descripciones ajenas conocía, deseaba ver y estudiar por mi mismo, como estas instituciones deben ser estudiadas, para lanzar opinión acerca de ellas; es decir, en su *anatomía* y en su *fisiología*; en lo que aparecen estáticamente, como edificios, organismos é instalaciones, y en lo que son dinámicamente, como función, como actividad y como disciplina.

»A mi primer visita han seguido varias, no sé cuántas, menos sé aún las que seguirán, pues serán tantas como el tiempo y la bondadosa acogida de sus directores me lo consientan.

»¿Qué es el Sanatorio de Madrazo? Como anatomía, es un hermoso edificio situado en el arranque de la altura que conduce al pintoresco *Sardinero*, frente á la poética bahía, que desde todas sus ventanas se domina, rodeado de hoteles risueños y jardinillos encantadores, ventilado por todas sus fachadas, oreado por las brisas del mar, y bañado por el sol cuando en este clima puede serlo.

»Del cimiento al acmé del tejado es en estructura y distribución, en materiales y mobiliario, un verdadero modelo, producto de la meditación, la imitación de lo bueno y la corrección de lo que la experiencia aconseja.

»Los gruesos muros de mampostería, con la seguridad, garantizan la preservación de los cambios de temperatura y de humedad, frecuentes en este clima, las dobles vidrieras, de perfecto ajuste, el armazón de hierro, los dobles pisos abovedados, las cubiertas impermeables de las paredes, los suelos de mosaicos ó de maderas barnizadas, todo lo que pueden llamarse *sus tejidos*, representa solidez, conveniencia de estructura,

facilidad absoluta de limpieza. Su aparato respiratorio y circulatorio está representado por un doble sistema de corriente de vapor y de aire, por ingenioso procedimiento, renovado, y por otro sistema completo de cañerías que conducen aguas frías y calientes, rigurosamente esterilizadas ó simplemente filtradas, según los usos á que se destinan.

• Encuéntranse en la planta baja colocados dos potentes generadores de vapor (modelo especial de la casa Korting, de Berlín, que es la que ha hecho estos trabajos), cuyo vapor, circulando por todo el edificio, presta múltiples y utilísimos servicios antes de volver condensado al generador que le dió forma.

• Es el primero de esos servicios el de purificar y calentar el aire, á cuyo fin existen también en la planta baja, dos potentes estufas, en donde por irradiación sufre el aire que á ellas llega, por grandes tomas subterráneas, dos al Norte y dos al Sur, la acción del calor, para pasar después á una gran cámara, que ocupa toda la superficie del edificio entre la planta baja y el primer piso; de esta cámara parten, en el espesor de los muros, anchos canales encargados de alimentar de aire á todas y cada una de las habitaciones, en las que por los registros, en las paredes colocados, se regulariza la entrada, como por otros análogos registros se facilita el paso del aire viciado á distintos canales que, incrustados también en los muros, afluyen á dos grandes ventiladores colocados en lo alto del tejado; de este modo se consigue no sólo dar al aire determinadas condiciones de pureza, sino también poder renovar el contenido en cada habitación todas las medias horas á tiro regular, ó en muy pocos minutos á tiro forzado, y variar á voluntad la temperatura entre 16 y 35°.

• Este mismo vapor llega al sotabanco, en uno de cuyos departamentos se encuentran tres grandes depósitos de hierro herméticamente cerrados: en el primero, de una capacidad mucho mayor que los otros dos, hácese hervir el agua, merced á un serpen-tín que en su interior colocado da paso á la corriente de vapor, y una vez que el agua ha alcanzado el grado de temperatura necesaria á su esterilización, pasa al segundo de los depósitos, en donde se deja perder ese exceso de temperatura, y así se tiene á todas horas agua esterilizada á una alta temperatura en el primero de los depósitos, y esterilizada fría en el segundo; nada más fácil que obtener en el tercero agua esterilizada y á la temperatura que se desee, con solo abrir alternativamente las distintas llaves de paso que entre sí ponen en comunicación estos tres depósitos, provistos todos de sus correspondientes termómetros y tubos de nivel. De los depósitos arrancan las tuberías que proveen de agua esterilizada, á la temperatura que se desee, á los distintos servicios que la reclamen.

• Independientemente de los anteriores, pero análogo en su disposición, existe otro depósito en el que, también por el vapor, elévase la temperatura del agua destinada á los baños.

• Hállanse en este mismo departamento dos esterilizadoras para material, de las que una, gran modelo de Lautenschläger, funciona por el vapor, y la otra, modelo más pequeño, funciona por el gas.

• No son estas solas las aplicaciones que del vapor se hacen, porque él sirve también para alimentar las esterilizadoras de instrumentos, sistema Lautenschläger que en las salas de operaciones están instaladas; él sirve para la desinfección de las ropas de enfermos y camas, en lejiadoras especiales; él sirve para inundar por escapes, á este fin destinados, las salas de operaciones, cuando se quiere que su acción se deje sentir en el interior de ellas, á fin de conservar la debida limpieza, y de él se hace otra porción de aplicaciones, que no precisa enumerar, porque bastan las anotadas para que se comprenda la importantísima función que se le ha confiado, haciendo de él el arma general de combate contra esa inmensa legión de microorganismos prontos al asalto allí donde aparezca el más pequeño portillo. Lo mismo la purificación del aire que la esterilización

del agua; lo mismo la esterilización del material quirúrgico que la más escrupulosa limpieza de instrumentos y aparatos, todo, todo cuanto en contacto haya de ponerse con las heridas de los operados, bien puede decirse que de una manera más ó menos directa ha estado bajo su acción benéfica para separar toda impureza y hacer inocente lo que sin este previo espurgo pudiera ser altamente pecaminoso.

•Completan el organismo, desde el punto de vista de la nutrición, las limpias, amplias y bien ordenadas cocinas, los comedores, y por último, los retretes y cañerías de desagüe, todos aislados por sifones perfectos, todos dotados con agua abundante y corriente, que escapa por la alcantarilla á través de nuevas válvulas y sifones.

•El sistema nervioso está representado por una bien provista biblioteca, en que al paso husmeé, y vi obras modernísimas de Cirugía, de Ginecología y de especialidades, escritas en alemán, inglés, francés é italiano. También á este sistema pertenecen las salas de operaciones y curas, que son: una para operaciones ordinarias, otra para Ginecología, otra para operaciones de vientre y otras dos para curas. Cada una de ellas dotada de instrumental especial, de aparatos y medios de cura peculiares, de iluminación natural y artificial espléndida, de lavabos múltiples, estufas de esterilización y cuanto puede exigir el censor más exigente.

•Pero si esta *anatomía* me complació y satisizo por todo extremo, aún la encontré inferior á la fisiología de la fundación cuando en días posteriores pude á mi sabor y á mis anchas penetrarme de ella.

•Quisiera yo que los que de extranjerizado y poco entusiasta de la ciencia patria me tachan, hubieran visto la franca alegría y la no escatimada expansión que sentí y manifesté al presenciar aquel trasunto de la actividad, de la sobriedad y de la seriedad ultra-pirenáica, ó mejor dicho *ultra-riniana*, de que lamento no poder dar más detallada cuenta. Una operación en el Sanatorio de Madrazo, dado el silencio que durante ella reina, parece hecha en un Sanatorio de Bergmam, de Nitzé ó de Landau, sin que se conceda nada á la comparación. Poca, poquísimos gente; absoluto silencio... ¡ah!, el silencio en cirugía operatoria ¡cuánto vale y significa!; en el operador significa serenidad, conocimiento de lo que hace, confianza en sí mismo y en sus colaboradores; en éstos, costumbre é inteligencia de lo que traen entre manos; compenetración con el maestro, persuasión de la importancia y santidad del acto que realizan; en el enfermo, perfección de la anestesia, tranquilidad cuando despierta, fe en el resultado, que es para él validez y vida.

•Será manía de espectador ó preocupación de cronista: pero cuando yo veo á un operador, nacional ó extranjero, hablar mientras opera, describir lo que hace, anunciar lo que hará, tararear, decir cuchuletas, increpar á los ayudantes, pedir á gritos instrumentos de cuya calidad se queja, decir donaires al paciente y disculpar ingeniosamente yerros y tropiezos, cuando esto veo, yo, que en materias de grandes operaciones, si bien espectador puro, soy aficionado perseverante, si no me retiro por cortesía de la sala operatoria, me retiro en espíritu y en confianza.

•Perdóneseme la digresión, y antes de terminar este artículo, para continuar en otros hablando de asuntos y establecimientos médicos de Santander, séame dado reproducir un estado de los resultados obtenidos en el Sanatorio de Madrazo, cuya imperfecta descripción antecede. »

DIVISIÓN EN CLASES Y PRECIOS DE ESTANCIAS

El SANATORIO se halla dividido en tres clases, según el precio que tengan á bien pagar los enfermos, y el mayor *confort* que deseen disfrutar.

LA PRIMERA CLASE se halla instalada en el edificio principal, en donde cada enfermo dispone con completa independencia de una habitación lujosamente amueblada.

En caso de que el enfermo ó enferma quiera acompañarse de alguno ó algunos de su familia ó servidumbre durante su estancia en el Sanatorio, podrá hacerlo tomando tantas habitaciones, cuantas sean las personas, para lo cual existen algunas que se comunican entre sí, y que se pagan independientemente. Cuando el enfermo es un niño puede igualmente ser acompañado de su madre, ó familia, en las mismas condiciones anteriores.

El precio por cada individuo instalado en primera clase es de **veinte pesetas por estancia.**

LA CLASE SEGUNDA se encuentra instalada en el edificio principal, en habitaciones perfectamente amuebladas; pero cada habitación está destinada para dos enfermos ó enfermas. Los enfermos de segunda clase pueden acompañarse de uno de su familia ó servidumbre ocupando la misma habitación que el enfermo.

El precio por cada individuo instalado en segunda clase es de **diez pesetas por estancia.**

LA CLASE TERCERA se halla instalada en dos pabellones independientes, uno para hombres y otro para mujeres. En cada uno de estos pabellones, además de las habitaciones destinadas á servicios generales, tiene un salón modelo de aseo y limpieza, destinado á la común instalación de enfermos.

En esta tercera clase no puede acompañar nadie de la familia al enfermo, de un modo permanente, como sucede en primera y segunda clase; sólo podrá ser visitado las horas y días reglamentarios de la semana.

El precio por estancia de enfermo de tercera clase es de **cinco pesetas.**

EN EL PRECIO DE LAS OPERACIONES se tendrá en cuenta, en primer lugar la importancia de la operación; en segundo, el número de curaciones subsiguientes hasta la salida del enfermo del Sanatorio; y en tercero y último lugar, la posición económica del enfermo, influirá también en el precio de la operación.

Es muy importante dar á conocer que todos los apósitos, curaciones y demás exigencias de material técnico que tras sí llevan los operados durante su estancia en el Sanatorio, son gastos que van todos comprendidos en el precio de la pensión, que como ya se ha dicho es de **veinte, diez y cinco** pesetas por estancia, según sea de primera, segunda ó tercera.

Los enfermos cuya operación esté decidida, ingresarán en el Sanatorio antes de las cinco de la tarde de la víspera del día en que hayan de ser operados, con el fin de poderles preparar, y que tanto el baño general, como la purga, como la instalación del enfermo pueda hacerse sin alterar el servicio interior del Sanatorio.

De todas cuantas prendas de vestir tenga el enfermo, se hará entrega á la encargada de la ropería del Sanatorio.

De todo cuanto dinero, valores ó alhajas tenga el enfermo, se hará cargo el Administrador gerente, siendo él y la Caja del Establecimiento responsables de su pérdida, no así de aquellos intereses de que el enfermo no haya hecho entrega.

Los enfermos tendrán las mudas de ropas interiores necesarias durante su estancia en el Sanatorio. En las habitaciones de los enfermos, no se permitirán baules ni otros objetos que los reglamentarios con que cuenta la casa para el servicio de los mismos. Todo lo demás se hará entrega y pasará al almacén.

La casa se encarga del lavado y planchado de las ropas particulares de los enfermos.

La alimentación de los enfermos del Sanatorio es el complemento de una buena Cirugía. De poco serviría que un Cirujano separara la parte enferma de la sana, con habilidad, si después el organismo operado, carecía de energía para reparar lo perdido, y conseguir una rápida cicatrización. El Sanatorio da mucha mayor importancia á la cocina que á la Farmacopea.

La reglamentación de la alimentación del enfermo será siempre dirigida por los médicos del Establecimiento, ateniéndose siempre á las indicaciones técnicas; sólo se debe hacer constar que las comidas reglamentarias son tres, almuerzo comida y cena. Es claro, que en la alimentación así como en la instalación de los enfermos, hay diferencias entre primera segunda y tercera.

Existen dos cocineros encargados de dar cumplida satisfacción á necesidad tan importante como la de la alimentación.

Los enfermos de primera clase pueden comer en sus habitaciones y además tienen un comedor general para los de su clase.

Los de segunda clase, dado que se levanten, tienen que comer en el comedor general de su clase.

Los de tercera clase, tienen en cada pabellón su comedor, en donde comerán en colectividad cuando se levanten.

Los enfermos de primera y segunda, podrán recibir la visita de uno ó dos, lo más, de la familia ó amigos durante una hora, todos los días de tres á cinco de la tarde, teniendo en cuenta los visitantes, de limpiarse bien el polvo de pies y ropa al entrar en el Establecimiento.

Tendrán sumo cuidado los que visiten á los enfermos de no hacerlo en el caso de que existiera en su casa una enfermedad infecciosa, como fiebre tifoidea, fiebre puerperal, difteria, erisipela y supuraciones de cualquier parte del cuerpo.

Existe en el Establecimiento una biblioteca de autores españoles y franceses destinada á dar esparcimiento al espíritu de los operados.

Anexo al Establecimiento cuenta este Sanatorio con un señor Sacerdote, el cual se encuentra á disposición de los enfermos para las necesidades propias de su ministerio, y también este señor Sacerdote dice una misa diariamente en la Capilla del mismo y que pueden oír cuantos se hallen en condiciones.

Además de los enfermeros y enfermeras, el cuidado de los enfermos está encomendado á doce Siervas de María, cuyas virtudes y beneficios son bien conocidos de todos.

CONSULTA Y POLICLÍNICA

La consulta y policlínica se hallan emplazadas en un pabellón aparte, dedicado exclusivamente á estos servicios.

Esta consulta, que lleva el nombre de *consulta general*, tiene dos salas de espera, una para hombres y otra para mujeres, en donde los enfermos recibirán un número, para marcar el orden en que han de entrar á la consulta. Por este número se pagarán cinco pesetas, que es el precio de la consulta, incluyendo todo género de reconocimientos.

En la anteconsulta el Doctor agregado á la consulta recibe y trans-

cribe la historia patológica del enfermo, pasando con ella y el enfermo á la consulta para ser explorado por el Cirujano Jefe.

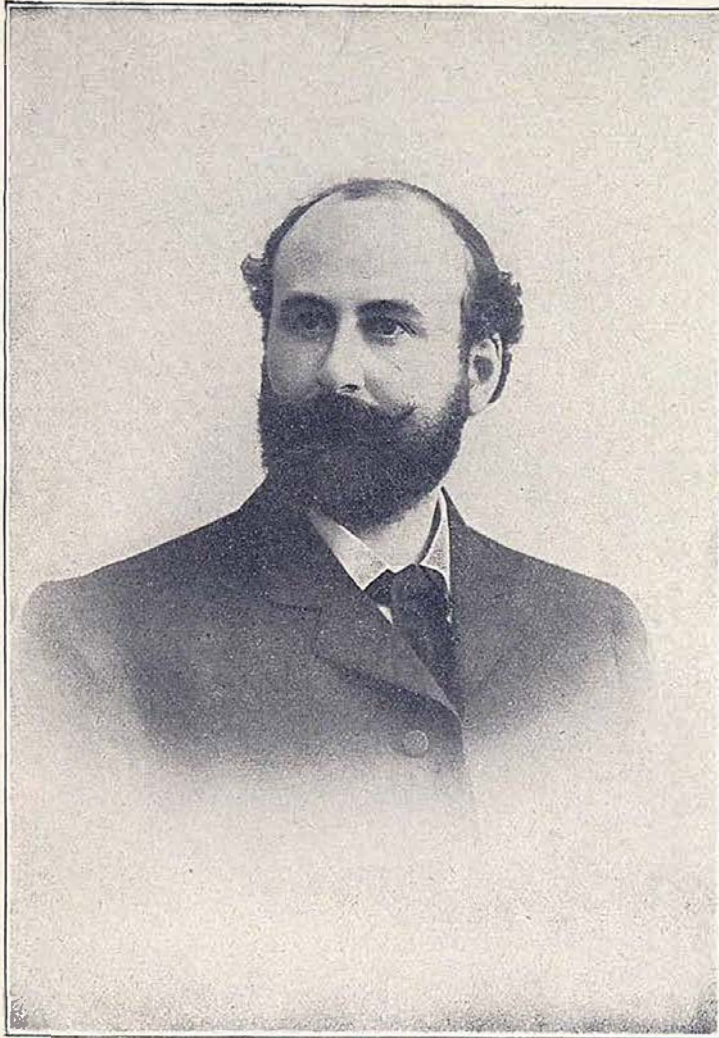
Además de esta consulta, que llamamos *general*, tiene el señor Director, en sus habitaciones particulares del edificio principal, un gabinete consulta, dedicado á aquellos enfermos ó enfermas que no quieren confundirse con la consulta general, ya por no tener que esperar tanto tiempo, ya por resultâr más discreto el acto.

Esta consulta, que se llama *privada*, cuesta **quince pesetas**.

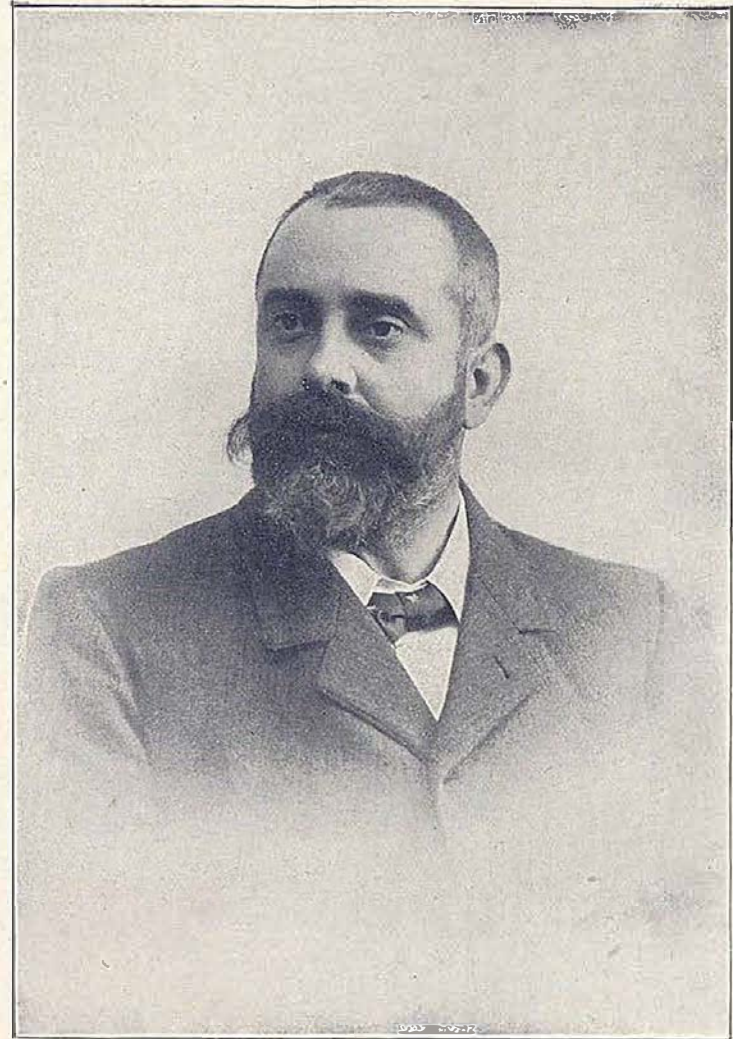
El objeto de la Policlínica es operar y curar aquellas pequeñas lesiones ó enfermedades, que no teniendo bastante importancia para entrar en el Sanatorio, y sufrir una operación que tras sí lleva el reposo y asiduo cuidado técnico, exigen, sin embargo, una intervención quirúrgica, que si bien leve, demanda los mismos cuidados y detalles técnicos respecto á manipulaciones y material que todas las demás de Cirugía.

En la Policlínica se curan entre otras muchas enfermedades quirúrgicas, pequeños tumores benignos extirpables, se colocan apósitos que necesitan las roturas de huesos, se reducen dislocaciones, se enderezan miembros, susceptible de hacerse sólo por el cloroformo, y el apósito subsiguiente; se tratan y curan los afectos de las vías urinarias, toda clase de úlceras, flemones, supuraciones, etc., etc., y en fin, todo cuanto patológico lleva consigo tratamiento quirúrgico y que se puede pasar sin operación que obligue al enfermo á permanecer en el Sanatorio.

El precio de estas curaciones es relativo á los gastos del material; sin embargo, se puede afirmar que las curaciones en general son de **diez pesetas** cada una y serán convencionales los precios de aquellas otras pequeñas operaciones que consigo llevan mayores gastos.



DOCTOR QUINTANA



DOCTOR SANTIUSTE



MEMORIA

A nuestros compañeros y amigos:

DESPUÉS de cinco años de silencio, de nuevo acometo la empresa de dar á conocer á mis compañeros y al público, la síntesis de las labores quirúrgicas practicadas en dicho plazo, y á la vez manifestar nuestra conciencia quirúrgica, el cómo la enseñanza de los hechos nos han confirmado en la manera de sentir, que ya anteriormente teníamos en ciertas materias, el cómo en otras hemos en parte rectificado nuestra conducta, y en fin, el modo en que vamos acomodándonos á nuestra mayor perfección, en busca siempre de la mayor seguridad del éxito y de la mayor sencillez del procedimiento. Sólo en esta constante labor de observaciones patológicas y de acometimientos operatorios, tocamos los percances de la lucha; las insidias patológicas por un lado y los medios imperfectos de que disponemos por otro; solo así, fuertes en la propia experiencia, con astucia en el entendimiento y afinando más y más los sentidos, llegamos á combatir con brillantez gran número de asaltos terribles con que á nuestra hermosa máquina asedian malicias externas.

En esta Memoria van recopiladas las labores de este Instituto durante los cinco últimos años, mas los que le precedieron desde su fundación. Encuentro satisfacción dando cuenta á mis compañeros de cuanto aquí se hace, pues me es agradable referir á las personas técnicas de las que gran número pueden afirmar mis manifestaciones, el mejoramiento que se va alcanzando en las prácticas de este Centro poniéndome en relación con mis compañeros, y buscando en su intimidad el ambiente que á mi entender, es el único apropiado para estrechar desde aquí los lazos del compañerismo.

La agrupación del material patológico que á continuación va expues-

ta, así como las observaciones y sentir quirúrgicos que se transcriben en las páginas de esta Memoria, es todo, absolutamente todo, hijo del inmediato esfuerzo de mi querido compañero don Vicente Quintana: convencido de su personalidad quirúrgica y de sus firmes convicciones, le he dejado en completa libertad para que su alma hablara con la soltura que su mano, segura en el trazo operatorio acostumbro á verla en la sala de operaciones: si bien en su enseñanza entraron por gran parte notables profesores extranjeros, y mi propia experiencia que siempre puse cariñoso á su lado, debo de confesar que aquellas aptitudes de astuta observación, así como aquella facilidad y destreza operatoria, y la valentía que revela en los momentos solemnes, haciéndose superior á los peligros, y dominándolos dentro del sereno y oportuno manejo de aquellos recursos de cirujano triunfador, digo que tales aptitudes son tuyas é hijas de la naturaleza que las prodigó en su cuerpo y en su alma.

He juzgado justo y prudente presentarle tal cual es á mis compañeros; que fueran sus sentimientos quirúrgicos los que hablasen, sin que para nada entrasen los míos, aún cuando en parte, de éstos fueran aquéllos oriundos. Es el segundo Jefe del Sanatorio y el Director en mi ausencia.

También recomiendo á mis compañeros la experiencia mayor cada día que el doctor Santiuste va amontonando en su especialidad de Garganta, Nariz y Oídos y que como él dice, viviendo como vive después de tantos años dentro de un organismo operatorio en que los grandes acontecimientos son diarios, el hábito de su cirugía especial, por lo general breve y humilde, se le llega á hacer ligera con corazón más alegre y más resuelta confianza.

El Dr. Morales, que después de llevar algunos años compartiendo en nuestra compañía los trabajos de este Sanatorio, pasó al extranjero para especializarse en medicina interna: su esforzada labor y sus especiales aptitudes han edificado en él un médico notabilísimo, cuyo esfuerzo utilizamos poniéndole á disposición de todos los enfermos del Sanatorio, que además de la particular cirugía, necesitan de la vigilancia y ayuda de un médico dedicado exclusivamente á la medicina interna.

El Dr. Juaristi, que anteriormente compartió su labor con nosotros, los apremios y urgencias de la vida le separaron con gran sentimiento de nosotros, y hoy vive henchido de alientos y esperanzas entregado á los menesteres profesionales en su nuevo emplazamiento de Irún. Este hueco en la labor y en mi alma, han venido á llenarle don Carlos Rodríguez y don Juan Herrera, distinguidísimos doctores que abren su corazón á los combates de la cirugía, con decidido propósito de llegar triunfantes.

Enrique D. Madrazo.



CIRUGIA GENERAL

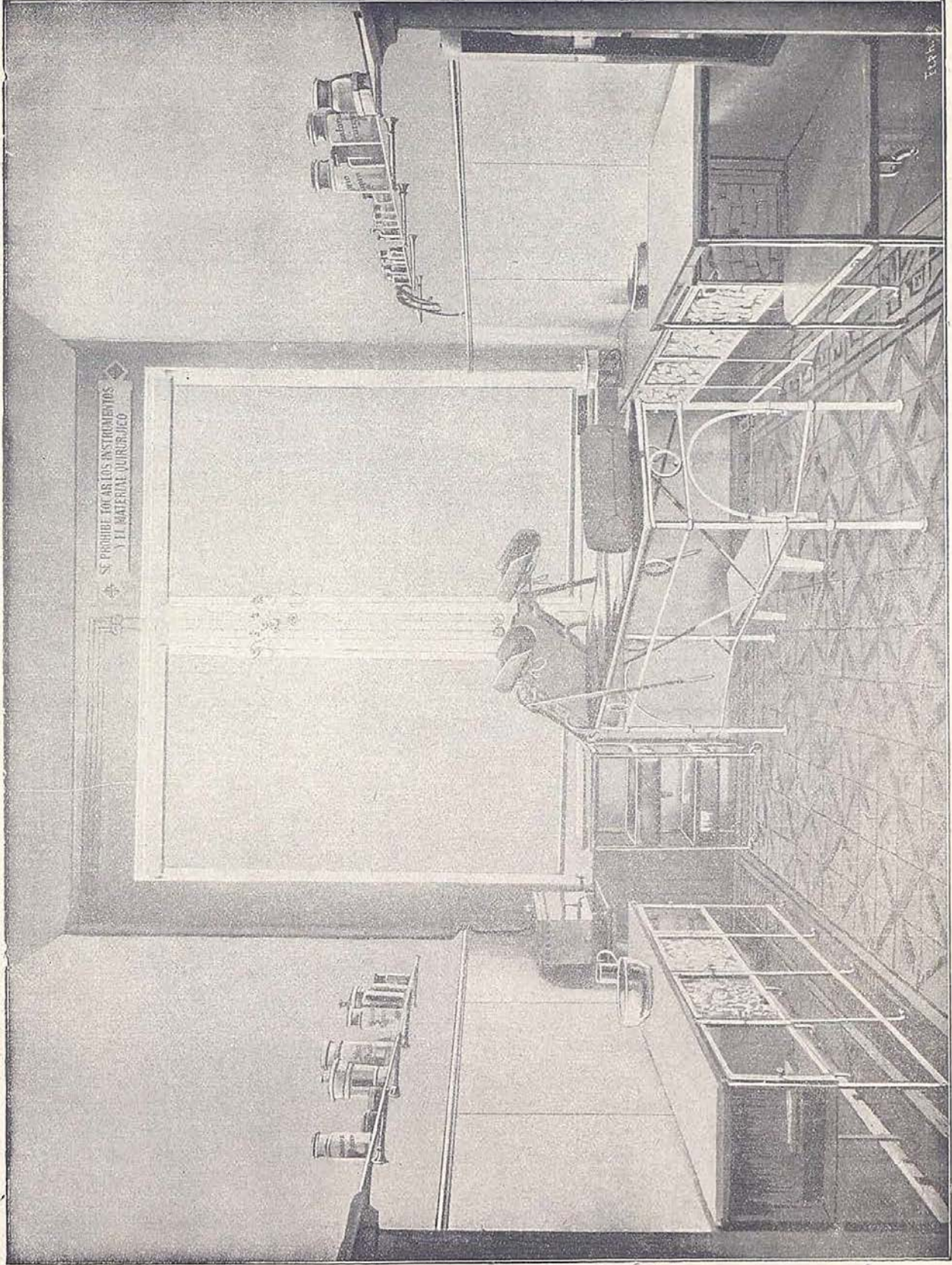
ANTES de presentaros la estadística de los ocho años transcurridos desde la apertura del SANATORIO, tócanos daros las gracias por el favor que nos venís dispensando enviándonos vuestros enfermos y conocidos, ayudándonos así en la realización de nuestra obra, que vamos logrando á costa de no pequeños esfuerzos y sacrificios.

Todo lo damos por bien empleado, pues la clase médica, roto ya el hielo de las primeras relaciones, cada vez se muestra más entusiasta por este Centro, y aumentando cada año el número de enfermos que de las cercanas provincias, y aun alguno de las lejanas, aquí acuden, podemos hoy presentaros una estadística nutrida, variada y numerosa, que como principal ventaja, nos ha dejado una gran enseñanza, que deseamos no se pierda, y de la que voy á comunicaros la síntesis, porque para mayores expansiones quirúrgico-literarias, ni tengo espacio en esta Memoria, ni queremos hacerlo en esta ocasión.

La primera conclusión que sacamos de nuestra práctica, es que la cirugía aquí ejecutada, siendo rigurosamente la más escrupulosa técnica, es casi inocente, y que si radicales fuimos antes, lo mismo seguimos siendo ahora. Los resultados que siempre se imponen, y que hacen variar ó afirmar la conducta de los hombres, nos aconsejan seguir los radicalismos quirúrgicos que siempre hemos practicado, y hoy aun la cirugía chica *creemos debe hacerse grande*; un foco osteomielítico se limpia mejor y se saca más fácilmente el secuestro cuanto mayor sea la incisión, esta misma abertura grande, en lugar de retrasar la cicatrización, la adelanta: al cirujano tímido que abre poca brecha puede pasarle desapercibido un tra-

yecto fistuloso situado profundamente cerca del hueso, en la cara opuesta á donde opera, y que comunica con la sepsis medular origen del proceso, aunque no por camino tan franco y visible como por la colección que abre ó la fistula que dilata, y que si no se limpia y drena convenientemente, será sostén y fuente inagotable del proceso séptico: que si las paredes del hueso que encierra el secuestro invaginado, por lo antiguo de la lesión, están eburneamente revestidas por la osteitis-osificante, es menester á golpe de escoplo ó con la cuchara fenestrada avivar esa superficie dura y no cruenta, y esto se hace muy bien con campo dilatado, y mal, muy mal, con estrecheces y apreturas. Esta mayor extensión y expansión quirúrgica, en el acto operatorio, donde todas las manipulaciones son fáciles, evitan la repetición de operaciones, siempre indispensables cuando la primera no ha sido radical. Si no se hacen con carácter de operaciones, esto es, con anestesia, preparación del enfermo y libertad de acción, no suelen tener buen éxito, deprimen al enfermo y alargan la duración unos cuantos meses más, por no haber hecho la primera operación extensa y radical.

Y si salimos de esta cirugía diaria y corriente, ejecutada ya por todos los prácticos, para remontarnos más y buscar los focos sépticos del cuello, de la profundidad del vientre, en el hombre con origen intestinal, en la mujer á consecuencia de lesiones útero-ováricas, tendremos los mismos resultados satisfactorios, brillantes y rápidos, cuanto más abramos y lleguemos á la profundidad; entendiendo bien que esto no significa destrozar los órganos, haciendo una verdadera carnicería, so pretesto de operar á cielo abierto, sino dar luz y desagüe, aprovechando los huecos que el proceso estableció en su obra de mina, y servirnos de ellos para conducir al exterior los productos sépticos, mientras el organismo, con su muro de cicatrización, se pone á cubierto de nuevas invasiones. Procediendo de esta manera, los destrozos que causamos son siempre mínimos, pues los vasos, nervios y paredes de vísceras, tienen concedida por la naturaleza resistencia superior en relación con su papel importante, á los órganos que atraviesan ó que los envuelven, y siguiendo su ejemplo, si la naturaleza los respeta, también debemos respetarlos nosotros. En el cuello, axila y parte superior del vientre todo va bien, la rica vascularización en unos lados y la adaptación de las partes en otros, hacen que pronto las superficies botonadas se pongan en contacto y que las heridas cierren fácilmente; pero si el proceso tiene origen óseo en uno de la columna vertebral, muy especialmente en la región lumbar, y se desarrolla bajo las robustas masas de los músculos del dorso, el espesor de éstos y sus fuertes aponeurosis, establecen resistencias muy duras de vencer espontáneamente, y la sepsis antes de manifestarse al exterior, mina sus numerosas inserciones, formando muchas cavidades de muy difícil y casi imposible drenaje, tanto por su número, como por el excesivo movimiento á que están some-



SALA DE LAPAROTOMÍAS

tidas las partes que han de reunirse. Esta condición de reposo, difícil de llenar en aquellas regiones donde la cicatrización ha de hacerse en el sitio de deslizamiento de un tendón sobre un plano óseo, por ejemplo, detrás del de Aquiles en el talón, en el hueco poplíteo, especialmente en el rincón interno, detrás del semi-tendinoso, la cumplimos nosotros en estos casos poniendo un apósito inamovible ó movo-inamovible. Si la sepsis se localiza en la pelvis por encima de la línea innominada, ya sea su origen en el periostio vertebral, ya la masa muscular del ileo-psoas, el hueso iliaco ó que venga del riñón; dominar un proceso séptico crónico en esta región, lo considero un *tour de force* de la cirugía. La fístula, ese estrecho trayecto de paredes fibrosas, que aunque no peligroso para el enfermo cuando estas son resistentes y se cuida bien, permanece abierto durante largo tiempo después de la operación, es muy difícil de evitar y es la desesperación de los cirujanos en la curación de los procesos sépticos crónicos, en estas regiones de grandes masas musculares, como la lumbar, ó de cavidades cuyas paredes osteo-fibrosas no se adaptan, como sucede en la fosa iliaca interna. Insisto en lo de proceso crónico, porque la sepsis aguda esté donde esté, es muy fácil de curar con amplios desbridamientos y uso adecuado de una enérgica hidroterapia quirúrgica. En los casos agudos los tejidos reaccionan contra la inflamación con todas sus facultades de riego, de inervación, de integridad, que á veces bastan para dominar el mal y echarle al exterior, sin necesidad de nuestra ayuda; pero en los crónicos, todas estas condiciones se han perdido lentamente en la lucha contra la infección, y los tejidos, desprovistos de estas ventajas, no responden ni á los estímulos del agente patógeno, ni á los medios con que nosotros tratamos de ayudarlos. En todos aquellos tejidos indurados por largas inflamaciones crónicas, el proceso de regeneración es sumamente largo y perezoso. Por estas lesiones, sólo una enferma hemos perdido, de las muchas que con sepsis aguda ó crónica, han ingresado en este Sanatorio en esta etapa de los últimos cinco años, la cual sucumbió de una septicemia crónica que tomó origen en un absceso para-nefrítico. Y todas nuestras incisiones, nuestra hidroterapia, nuestra antisepsia, nuestros desvelos, fueron inútiles á pesar de sus progresos, para vencer una sepsis encastillada entre los rincones formados por la inserción á la columna vertebral de los músculos del tronco: este caso ha sido para nosotros de gran enseñanza: en este Centro ninguno ha puesto á prueba tanto como él, lo difícil de vencer supuraciones crónicas en la región comprendida de costillas falsas á línea innominada. Otros hemos tenido, en los cuales se ha conseguido la curación drenando la pelvis por trepanación del hueso iliaco. Pero esta desgracia nos hace considerar desde hoy las fístulas crónicas en esta región como difíciles de atacar, y para muy pensadas las circunstancias en que conviene acometerlas.

Si salimos de esta cirugía á *Stafilo y streptococcus*, y echamos un vistazo aún dentro de la cirugía parasitaria á la originada por tuberculosis, veremos que en muchas ocasiones tiene grandes ventajas el ser muy radical, llevándose por delante lo que se pueda, pues esto, en vez de retrasar la cura, la adelanta y evita generalizaciones. En la tuberculosis articular de los niños y adolescentes, empleo con buenos resultados las inyecciones intersticiales de iodoformo y glicerina al 10 por 100, repetidas cada diez días, y seguidas de la compresión por encima para producir éxtasis venoso, según el método de Bier. Casi siempre á las seis inyecciones el tejido lardáceo capsular se ha vuelto enjuto, y la articulación, inmovilizada en el mes siguiente por un aparato de yeso, queda después en libertad de movimiento y perfectamente curada. En los casos en que el resultado no es tan brillante, puede quedar la articulación curada, aunque sin movimiento, pero las inyecciones modifican lo bastante la tuberculosis para impedir un nuevo brote, y evitar una infección mixta en el curso de la lesión primitiva. Esto no sucede siempre, y en los casos que á pesar de las inyecciones el proceso no se domina, hay que recurrir á las resecciones parciales ó totales, y á veces hasta la amputación. Esta intervención que tratamos de impedir á todo trance, es difícil de evitar; si no en tanta escala como la pérdida del miembro, por lo menos en una resección, en aquellas lesiones articulares tuberculosas que llegan á nuestras manos dos ó tres años después de sus comienzos. En estas infecciones, como en todos los desequilibrios orgánicos, un pronto diagnóstico y un acertado tratamiento al principio, ahorraría muchas víctimas. En todos los casos que he tenido de tuberculosis en los niños en las articulaciones de rodilla y pie, cogidos al principio, los resultados han sido brillantes, siempre que en el momento que se inicie la recidiva, cuando ésta se presenta, que es rara vez, repitamos el tratamiento. En las articulaciones de codo y cadera los resultados no son certeros, porque estas articulaciones no tienen tan buen punto de ataque para llevar la inyección, y en ellos la lesión no empieza por la cápsula, sino casi siempre por la epífisis. Esta es la razón porque en los adultos la intervención quirúrgica precoz se impone en estas articulaciones, especialmente en la cadera, á poco que se vea que la enfermedad no retrocede con otros tratamientos. Bien entendido, que la operación precoz en el adulto, lleva consigo la idea de poder reducir la intervención á cortos límites, para evitar en las resecciones típicas la cojera, mayor cuanto más nos acercamos al gran trocanter. En los juegos de la mano, prefiero siempre el uso del bisturí y la cucharilla á las inyecciones, y estoy por la intervención precoz, ya se trate de niños, ya de adultos. En éstos me inclino á la resección típica en todas las articulaciones, reservando las atípicas y parciales para los niños. Estos vaciamientos y limpiezas parciales, dan más trabajo y son más difíciles y largos de

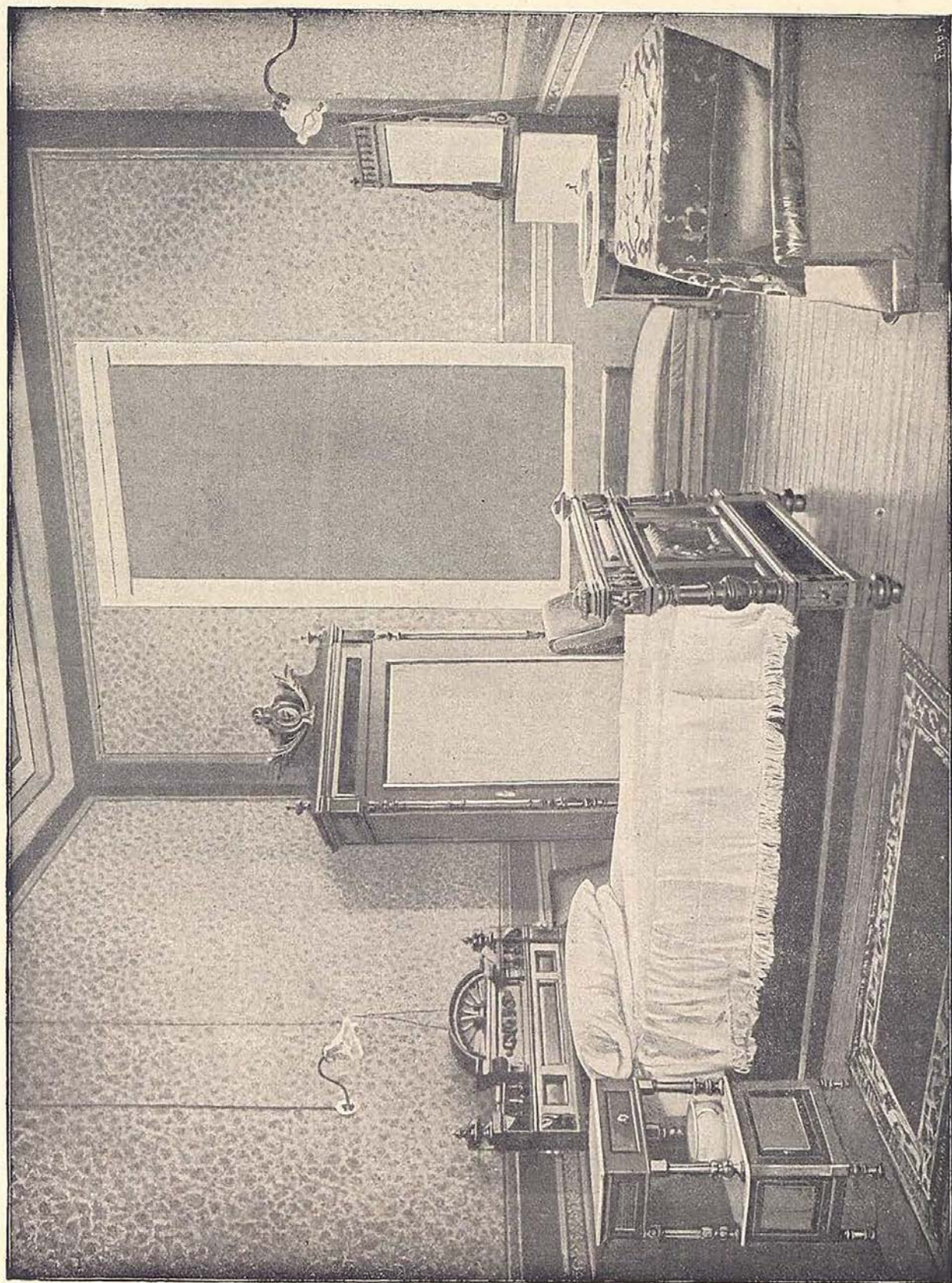
curar que las intervenciones regladas, pero en los niños son preferibles. Esta cirugía conservadora tiene el inconveniente de durar mucho, y que por lo tanto, no pueden resistirla las constituciones muy débiles ó ya muy debilitadas, que se depauperan enseguida, y á las que es menester quitarles pronto de encima la fuente de intoxicación. Es sorprendente la rápida mejoría que alcanzan los enfermos que llegan en este estado, cuando para quitarles el mal se les amputa. Libres del foco que les intoxica y del rezumo constante que los agota, pierden enseguida el aspecto cadavérico, desaparece la demacración, y los efectos de la cirugía para el estado general no pueden ser más brillantes. He observado en los casos que tengo de amputación, que el beneficio para el organismo en general es grande. El efecto es sencillamente el de una podá.

En las amputaciones no he tenido más que una muerte, que en rigor no debe achacarse á esta cirugía, pues fué de pulmonía. Hicimos la anestesia como todas, con el cloroformo; así es que no podemos echar la culpa al éter. Se trataba de un viejo, y en éstos ya he observado, que sea por el traumatismo, por el enfriamiento, por el cloroformo ó por las tres cosas juntas ú otras que no se me alcanzan, las pulmonías después de las operaciones son frecuentes. Tanto me preocupan ya, que yo con los viejos sigo la táctica de levantarlos desde el tercer día, sea cualquiera la importancia de la operación que les hayamos hecho, para ponerme á cubierto, por lo menos, de la pneumonía hipostática. Fuera de este caso, que como véis no puedo achacarlo á la operación, todos los demás, tanto en amputaciones y desarticulaciones como en decolaciones, han sido favorables, y considero esta cirugía completamente inocente. Para la amputación uso la venda de Esmarch, que digan lo que quieran sus detractores, no tiene más que ventajas. Esas hemorragias al levantarla, de que éstos se quejan, es sencillamente que no saben quitarla. Debe soltarse así: una vez trazados los colgajos y ligados los vasos principales, que nunca son más de cuatro á diez, según la importancia de la operación, y que se ven muy bien en la herida (cuanto mejor se hacen los colgajos menos vasos se interesan), se rellena la herida de gasa, echando por encima los colgajos para hacer compresión, cogiendo el tapón de gasa en medio de las superficies cruentas, se quita rápidamente la venda y se mantiene la compresión tres ó cuatro minutos; al cabo de los cuales abrimos la herida, y la encontramos seca al principio, y enseguida aparecen aquí y allá puntitos que dan sangre roja, que se ven con mucha facilidad, porque se destacan muy bien del resto de la superficie seca. Esa hemorragia en masa, negra, venosa, que no deja trabajar, ocultando la herida, y que algunas veces he visto perder tiempo á los cirujanos restañándola, es debida: primero, á la ligera parálisis de los vasos, que sólo les dura en el primer momento que les vuelve el riego, y que con el tapón la empapamos, impedimos que sal-

ga y disminuimos á una pequeña cantidad, dando lugar en los tres ó cuatro minutos de la compresión á que recobren los vasos su contractilidad; y segundo, á que al no quitar la venda francamente, al disminuir la compresión sin desaparecer por completo, la circulación de retorno, que es la única que está impedida, se hace mal, y toda la sangre que llega cerca de la periferia sale por la herida bajo la forma de hemorragia venosa y en sábana. La venda, pues, no tiene la culpa de lo que la achacan; sirve, y sirve muy bien, pero hay que saber usarla; imprescindible no es, nosotros algunas veces, y especialmente en las decolaciones de hombro y cadera, nos pasamos sin ella, empezando la operación, lo mismo para la cadera que para el hombro, trazando primero el colgajo que coge los vasos, y ligando éstos como primer tiempo de la operación; luego se acaba ésta quitando el miembro como si fuese un tumor, según preconizó Verneuil. El empezar por un corte circular cerca de la raíz del miembro protegido por la venda de Esmarch, ligar los vasos, y luego, ayudándonos con una incisión externa hacia arriba sobre el gran trocater, desarticular, es también muy práctico: técnica que hace ya muchos años vi practicar en Alemania, y que aunque me parece muy buena no sigo, porque para mí no tiene dificultad el extirpar un miembro como un tumor. Haciendo pronto la separación de la extremidad del miembro como la ablación del tumor, la pérdida de sangre es insignificante, pues los vasos de alguna importancia son siempre muy pocos, y es fácil ligarlos con prontitud, si no tenemos por delante como estorbo el impedimento de lo que vamos á quitar. Por eso aconsejo extirpar primero lo que nos proponemos, parando la hemorragia poniendo una pinza ó tapando con gasa ó con el dedo los vasos importantes que sangren, y una vez quitado el miembro ó el tumor, terminar la hemostasia con libertad de acción, con calma y escrupulosidad.

Para las amputaciones prefiero siempre, en gracia á la brevedad y por haber observado los buenos resultados funcionales del muñón, los métodos circulares, haciéndolos algo elípticos, esto es, no precisamente perpendiculares al eje del miembro, sino que el plano de la sección resulte oblicuo al mismo, y darle más amplitud al colgajo allí donde se pueda tomar más fácilmente, ó es forzoso dejarlo para compensar la diferente retractibilidad de las masas musculares.

Desarticulaciones de rodilla, pie y codo, ni he practicado ninguna en esta última época, ni las aconsejo. Quedan los muñones inservibles para la aplicación de aparatos protésicos, pues necesitando éstos para el mecanismo del juego disponer de un cierto espacio de seis á siete centímetros por encima y debajo de su articulación, si el muñón cae dentro de esta distancia, imposible el poder usar un miembro artificial con movimiento. En cambio soy muy partidario de las amputaciones osteo-plásticas y la del cirujano ruso Pirogow, origen de todas ellas, por su facilidad en la



HABITACIÓN DE PRIMERA CLASE

ejecución y sus magníficos resultados, creo que debían estar en la intención de todos los prácticos, para evitar muchas amputaciones de pie, en las cuales, si se hubiese intentado un Pirogow, se hubiese logrado, y con ello dejar al enfermo un miembro casi tan útil como el sano, pues los resultados funcionales, con una bota bien hecha, son excelentes. Es éste un punto en el que debemos parar la atención, y mientras la piel nos dé colgajo para la amputación osteo-plástica, no debemos llevar el bisturí á ciegas, con un plan preconcebido, por encima de la articulación, sin cerciorarnos bien, después de una detenida exploración, que el pie no tiene remedio y que no podemos conservar siquiera un trozo de calcáneo. Para este reconocimiento me ha dado muy buenos resultados partir el pie en dos por la parte interna, corte que pone al descubierto muy claramente todos los huesos y las articulaciones.

Mi conducta con los muñones, después de serrado el hueso, es la siguiente: en los grandes muñones hago siempre dos ó tres suturas enclavadas, para reunir los planos profundos y evitar oquedades; en los pequeños reuno los extremos de los músculos con dos puntos perdidos, luego, por encima, la piel á punto seguido y aproximando mucho los bordes, para buscar una buena adaptación, pues las pequeñas desviaciones de la piel, ó el sitio por donde introduzco la gasa para el drenaje en los grandes muñones, son los que tardan en cerrar.

GINECOLOGÍA

En esta rama de la cirugía es quizá donde el arte de operar ha conquistado más laureles, y la patología de los órganos sexuales de la mujer, que aún hace poco tiempo estaba encomendada á la terapéutica farmacológica, con éxito tan dudoso, ha caído por completo bajo la férula operatoria y cura en casi todo cuanto interviene, con tal que lo haga con oportunidad de tiempo y lugar. La alta cirugía ginecológica es la que parece ha sido el motivo primero de la reputación y el acrecentamiento del prestigio de este Instituto operatorio; pero todos los días tenemos ocasión de apreciar la trascendencia de la pequeña ginecología, y son muchísimas las pacientes que pasan por esta consulta, desconfiadas de los médicos y su arte, aburridas de inyecciones y de especulum, de cauterios y tapones, de raspados y otras injurias, indicado á destiempo y generalmente mal

hecho, sin conseguir purificar la matriz impura, hacerla fecunda, ni repone-la en su normal posición cuando abultada, dolorosa y en congestión, cae y se disloca trastornando sus funciones. Esa impunidad con que se acomete la pequeña cirugía ginecológica, contribuye con la alegría y ligereza del modo de hacer al desprestigio de todo el arte quirúrgico, y principalmente al de la misma ginecología, que de tal suerte camina entre tropiezos y caídas. De otra manera nos juzgarían las gentes, y muy otros serían los beneficios que prestaríamos, si más concienzudamente, con mayor experiencia y más positivo conocimiento de los afectos del útero y sus anexos se procediese en tales determinaciones operatorias: el honor no está en traer y llevar el especulum ni en meter y sacar el histerómetro, sino en limpiar los órganos de sus enfermedades, y devolverles sus funcionales naturales.

En las enfermedades de la mujer, veréis que se ha enriquecido mi estadística extraordinariamente en estos cinco últimos años, y es que sigue este SANATORIO, por el favor de las gentes, especializando esta rama Terapéutica, y muy particularmente la de la grave Cirugía abdominal. Pero no es para ésta sola para la que resulta beneficioso y casi indispensable un Centro de Cirugía bien montado. También la pequeña Cirugía ginecológica, que por estar desprovista de riesgo suele hacerse y prodigarse por todas partes, viene á nosotros, donde la ejecutamos con los mismos severos métodos asépticos que si se tratara de la gran Cirugía. A este rigor atribuyo el buen resultado que en el tratamiento de las endometritis obtengo, y también á que sólo aplico el legrado en aquellos casos en que la infección está limitada á la matriz. Contribuye también á la curación el reposo absoluto de quince días á que someto á mis enfermas después de la operación, y el riguroso plan higiénico que recomiendo cuando la paciente sale de mi clínica.

Como podéis ver en la estadística, son pocas las intervenciones que en el aparato sexual femenino han quedado reducidas á estos límites, y el número de operaciones por simple legrado no guarda proporción con las que practicamos para mayores empeños. La causa que da origen á estos legrados, son las infecciones puerperales y las gonocócicas; siendo aquellas en gran número, debidas al dedo infectado del comadrón, y al pícaro irrigador, de funestísima aplicación post-partum, y á las operaciones dis-tócicas con poco esmero practicadas: las endometritis por causa del gonococo, son más frecuentes en las grandes urbes, y la energía de penetración de este agente morbosos es mucho mayor que el de las infecciones puerperales y más rebelde al tratamiento.

Es esta operación del legrado, con ser tan fácil de ejecutar y beneficiosa para las enfermas, una de las que más han desacreditado á la Ginecología. Al raspado de la matriz se han lanzado muchos ginecólogos de

esos que pudiéramos llamar de especulum é hysterómetro, que diagnostican las enfermedades de esta víscera y sus anexos sólo por el sentido de la vista: tienen ésta tan perspicaz, que sólo con ver el hocico de tenca, saben á qué atenerse: lo que pasa por encima de los fondos de saco vaginales no les importa, y con tal que salga un poco de moco por el cuello y haya algo de ectropión, diagnostican "úlceras del cuello de la matriz," y aconsejan el raspado.

Las enfermas que después de esta operación siguen con sus fiebres, con sus metrorragias, sus dolores ováricos y todo lo que tenían antes de la intervención, hacen perfectamente en desacreditarnos. Por eso es muy doloroso que se lancen á la Ginecología aquéllos cuyas excursiones operatorias tienen que limitarse al exíguo campo de un legrado uterino. Para ponerse á cubierto de una sorpresa, hay que conocer hasta donde pueden llegar estas infecciones, que comienzan por el hocico de tenca y las más se limitan dentro de la matriz, como generalmente sucede con la infección puerperal á stafiló y streptococcus, y otras pasa el proceso á trompas, ovarios y peritoneo, como de ordinario sucede con el gonococo; precisando en estos últimos casos una exploración más lejana y profunda dentro de la pelvis, que tiene que hacerse con los dedos finamente educados, si ha de encontrarse el proceso en sus escondrijos. Formular un buen diagnóstico se impone para lograr buenos resultados con esta magnífica intervención, para la cual yo sólo tengo palabras de alabanza.

Después de bien limpias con la cucharilla las caras uterinas y los rincones dondê nacen las trompas, inyectamos con la jeringa de Braum percloruro de hierro, cuyo exceso sacamos luego merced á un poco de agua. Algunos autores dicen que esto es peligroso, y citan peritonitis como consecuencia de la inyección, aconsejando en su lugar el taponamiento con gasa iodofórmica. Nosotros nunca hemos visto ningún contratempo por el uso del percloruro después de los legrados; bien es verdad que precede á nuestros raspados una dilatación á fondo del cuello uterino, cuya cavidad ensanchamos siempre hasta dejar pasar el dedo pequeño, siendo imposible que con esta fácil salida hacia adelante, el líquido cáustico permanezca mucho tiempo en la cavidad de la matriz; ni remonte hacia las trompas.

La dilatación del cuello uterino, además de permitirnos explorar digitalmente los casos sospechosos de malignidad para poner remedio á ello en el acto, deja persistente una amplia apertura del orificio del cuello, á lo que doy mucha importancia terapéutica. Maniobra de dilatación que algunas veces repito, especialmente para las endometritis acompañadas de esterilidad, tanto para favorecer la renovación de la mucosa enferma, como para facilitar la impregnación sexual.

No puedo dejar sin recordar en este asunto que en los procesos inflamatorios de la matriz juegan un papel muy importante, ayudando á las in-

fecciones, como causa predisponente, las desviaciones uterinas y la falta de periné.

Esta falta de periné, ó su mucha relajación que es lo mismo, hacen que las vísceras pelvianas sean arrastradas por la acción de la gravedad y por el peso de los órganos que sobre ellas descansan, y siendo insuficientes los ligamentos anchos para contener este descenso, la matriz cae y bascula hacia atrás, su circulación queda dificultada y esta congestión subsiguiente es terreno abonado para la infección.

En estos casos, después de quitar la mucosa enferma, restauramos siempre el periné, sin escatimar nada del espesor que puede dársele, convencidos de que tal cerramiento de pelvis contribuye mucho al buen resultado de las operaciones, sin que sea de temer que lo ganado de este modo pueda perderse durante el trabajo de partos posteriores, puesto que esta relajación grande de los tejidos sólo tiene lugar por lo general en mujeres que han pasado de los cuarenta años.

Para las desviaciones uterinas es muy distinto el criterio que se sigue, según que sean movibles ó fijas. En las primeras, si no es muy marcada la desviación, pocas veces produce molestias á la enferma y podemos considerarla como fisiológica, dada la facilidad de los movimientos de delante á atrás de la víscera, según lo exigen las necesidades funcionales de los órganos vecinos. Cuando percibimos una de estas desviaciones al practicar el tacto, debemos pensar en que la culpa de lo que siente la enferma no está en la desviación, y buscarla del lado de los ovarios ó de la vejiga. Un cálculo, una simple cistitis, un ovario caído, si es que no hay otra asociación morbosa, pueden ser los responsables de los síntomas acusados por la enferma. Estas desviaciones no merecen tratamiento y las enfermas llevarán su desviación sin molestarlas siquiera, siempre que corriamos la otra causa patológica; en estas enfermas es en las que se colocan los pesarios, que para mí tienen más efecto sugestivo que real. Aunque la desviación sea movable, si la retroversión es muy marcada, la matriz grande y hay fenómenos dolorosos, la operación de Alexander-Adams, sola ó combinada con la vagino-fijación en las que tienen fuerte periné, y completada por la reparación de éste, en las que no le tienen, me ha dado muy buenos resultados. Estas operaciones deben de combinarse para que sus resultados sean eficaces. Fijada la matriz en un solo punto, su peso resulta para éste mucha carga; fijándola sobre dos ó tres puntos, las tracciones ejercidas sobre cada uno son mucho menores.

Para estas operaciones que practico en la vagina y periné con carácter plástico, ya para remediar desviaciones, ya descensos, ningún material de sutura tiene para mí las ventajas del catgut, reforzándole con algún punto de crin. En las fístulas vevico-vaginales, como han de usarse hilos muy finos, aquel material tiene el inconveniente de que se absorbe

enseguida, por lo cual nosotros, de los dos planos de sutura que hacemos en las fístulas, para el profundo empleamos seda número 0, y el superficial con crin; este último, excelente material suministrado por el gusano de seda, nos presta en la superficie vaginal valiosos servicios, y apretando poco los hilos y dejando largos los cabos, son muy fáciles de retirar, á pesar de su tendencia á hundirse en las carnes.

El mayor número de fístulas vexico-vaginales nos lo suministran las provincias de Castilla la Vieja, donde abundan las pelvis sumamente pequeñas en todos sus diámetros. Por difícil que parezca la curación de una fístula, creo que es empresa que debe de acometerse casi siempre, hoy que lo imposible ha desaparecido casi de la Cirugía plástica. Muchas de éstas, dadas por incurables y operadas sin éxito varias veces, se han puesto en nuestras manos y han curado perfectamente, si no á la primera, á la segunda operación. Dejar á las enfermas en continuo tormento, sin remedio, por la duda de que la operación tenga buen éxito, me parece poco humano y poco científico.

Siguiendo con las retroversiones toca hablar de las que tienen verdadera importancia, esto es, de las retroversiones adherentes, fijas al peritoneo visceral y parietal pelviano por los tractus fibrosos que tras de sí deja la inflamación; la disociación de éstos, rompiéndolos y atacándolos por el *Douglas* para dejar libre la matriz y conducirnos con ella después como con los úteros libres, aunque caídos, no me parece racional conducta, hoy que la experiencia me ha hecho cambiar un tanto, pues al principio de mi práctica hice algunas de estas operaciones, que muchos ginecólogos distinguidos aún practican. Las matrices caídas fijas y adherentes, cuya inflamación siempre radica en los anexos, el tratamiento que mejor las cura, el infalible, es la extirpación. Como en estos casos la esterilidad es indubitable por el funcionamiento anormal y definitivo de trompas y ovarios, la extirpación uterina no puede hallarse jamás contraindicada por razones de fecundación. Esta medida parecerá audaz y temeraria á los que consideran todavía la histerectomía como peligrosísimo lance, pero vean en nuestra estadística la benignidad de esta operación, especialmente cuando se trata de procesos inflamatorios, y no tendrán duda de que el tratamiento más racional, siempre que pueda hacerse (en algunos casos es sumamente difícil), para una desviación fija y dolorosa, es la histerectomía vaginal.

Esta operación, en cuya técnica hemos conseguido un gran perfeccionamiento, la practicamos siempre en los casos de supuraciones anexiales. El perfecto drenaje que establece y la extensa extirpación de los tejidos enfermos, cura definitivamente estas lesiones, que operadas por el vientre son más peligrosas por la infección peritoneal, y sujetas á recidivas. Siempre que se haga imposible en las pio-salpingitis la extirpación

uterina, nos tenemos que conformar con los amplios drenajes peri-uterinos, de curación mucho más larga y penosa, aunque sin riesgos. Estas aberturas de los fondos vaginales son excelentes, ya como incisión exploradora para establecer un buen diagnóstico y tiempo precioso antes de las operaciones por esta vía; ya por el amplio campo que nos da, lo mismo por el fondo de saco anterior, como aconseja Dhürsen, como por el posterior, que es el que prefieren todos los demás operadores. Nosotros usamos mucho estos caminos para vaciar colecciones pequeñas y bien enquistadas, para quitar ovarios caídos dolorosos y para enuclear pequeños miomas subserosos ó intersticiales, suturando después la matriz y dejando á la mujer en la integridad de sus funciones. Aunque con mucho hábito de la vía vaginal, que es desde luego la que da acceso más inocente al vientre, cuando la matriz pasa ya del volumen de algo más de un puño, como es frecuente en los fibro-miomas, la quito siempre por laparotomía. De esta manera compensamos el traumatismo de más que hacemos por el vientre, con lo menos que comprimimos y violentamos las vísceras por abajo. Y si dejamos abierto el vientre por aquí, los peligros operatorios son casi nulos. La prueba de esta inocencia me la da el que en los muchos casos de histerectomía vaginal que hemos operado no he perdido más que dos enfermas, una por hemorragia á los ocho días y otra por pneumonía hipostática.

Esta gran benignidad de la histerectomía vaginal me ha hecho pensar en que la franca comunicación del vientre con la vagina, en vez de ser peligrosa, es una garantía de la que podemos usar siempre por no tener ninguna desventaja. La fácil salida de los exudados y de la sangre y su absorción por el tapón de gasa que dejamos, impide la acumulación de estos líquidos, que se presta extraordinariamente al desarrollo de gérmenes, que alguna vez pudiéramos por descuido llevar á la herida, ó pudieran llegar á ella filtrándose por la vecindad del recto; no hay que temer este peligro si conservamos seco el campo cruento. Tampoco hay ningún peligro en que dos ó tres asas intestinales se pongan en contacto con el tapón, el cerramiento del muñón no las coge luego en la cicatriz y no hemos tenido nunca fenómenos de obstrucción; creo que los descritos, como tales, son simplemente peritonitis á evolución sub-aguda.

Yo, que al principio de mis operaciones en los fibromiomas voluminosos hacía la amputación subtotal, obteniendo con ella un 8 por 100 de mortalidad, á pesar de dejar perfectamente cubierto el muñón de peritoneo, pareciéndome mucho esta mortalidad, y temiendo si la infección me vendría de los gérmenes que se albergan en la cavidad del cuello, y que es imposible destruir, para ponerme á cubierto de este peligro practiqué la extirpación total, pero cerrando el vientre por arriba y por abajo después de la operación, y dejando la cavidad peritoneal completamente in-

dependiente de la vagina. Esta operación me proporcionó también algunos desastres, y como la infección ya no podía provenir de los gérmenes del cuello, por no existir éste, pensé en que la causa de ella pudiera ser la retención de la sangre y exudados acumulados en el bacinete. Esta opinión vino á robustecerla el que algunas operaciones laboriosas de histerectomía, que empezadas por abajo hubo que terminar por laparotomía, fueron seguidas de brillantes resultados, á pesar de haber acometido el vientre sin las precauciones que habitualmente tomamos para las laparotomías; éxito que atribuimos á que para no prolongar la anestesia y también por ser las operaciones de difícil ejecución, dejamos drenaje por la vagina que quedaba abierta por completo. Desde entonces mi conducta en los fibromiomas es quitar el tumor con la mayor rapidez posible, acometiéndole por donde se pueda. No doy gran importancia á que se rompa ó no primero el Douglas, ni tampoco á llevar la extirpación de lado á lado, empezando por un ligamento para terminar en el otro; creo que la conducta depende del caso, aunque reconozco que en los fáciles es muy bonito el Doyen, y una vez quitado el tumor, uno el peritoneo á la vagina sin dejar superficie ninguna cruenta en el vientre, y dejo un gran tapón de gasa que haga una sola cavidad de la vagina y del vientre. La perfecta purificación previa de la vagina se impone, y la mejor manera de llevarla á cabo es la desinfección discontinua desde la víspera. En los últimos 41 casos operados con libre abertura vaginal no he perdido ninguna enferma.

Si hablase de los quistes del ovario por los casos que aquí han venido, tendría que juzgar esta operación como muy difícil, aunque esta afirmación extrañase á muchos médicos, que por haber visto pocas operaciones de esta índole y haberles tocado casos sencillos, la consideran muy fácil. De todo hay. Algunos casos son tan sencillos que puede operarlos brillantemente el más torpe de los cirujanos, y en cambio la extirpación de otros, viejos, llenos de adherencias por todas partes, la considero como difícil operación. Recomiendo que para evitar estas dificultades se abstengan de puncionar los quistes como único tratamiento, pues las adherencias son muchas veces efectos de estas manipulaciones, mandadas ya desterrar.

Cuando resulta laboriosa la operación de quistes, papilomas ú otros tumores del ovario, en los cuales es preciso hacer gran destrozo en la pequeña pelvis, practicamos, para hacer más benigna la operación y darle gran inocencia, la histerectomía, por utilizar las ventajas de este excelente drenaje.

LAPAROTOMIAS

Es la cirugía ventral la que por sí sola constituye la inmensa mayoría de los casos mortales de intervención operatoria, aún en aquellos centros en que con más escrupulosidad perseveran en los métodos asépticos, y cuyos profesores cuentan con reconocida experiencia: tales son de sutiles las infecciones en la cavidad del abdomen, y pasan sin apercibirse en ocasiones entre los dedos del cirujano. Son dados á errores los diagnósticos de naturaleza, forma, extensión y relación del proceso con los órganos contenidos en dicha cavidad: tan dificultosas son de vez en cuando estas operaciones y se envuelven en tales riesgos, que exigen habilidad sólo alcanzada con una vieja práctica, y con rectificaciones anteriores que la hayan hecho dueña del terreno que pisa y que le guíen á puerto de salvación. Es esta sección de la cirugía la que mejor asienta en estas grandes instituciones quirúrgicas, por ser las de más empeño, que no están al alcance del ordinario ejercicio y además demandan la cooperación de dos por lo menos cirujanos de talla, y rotos á las operaciones ventrales, sin lo cual sería imposible acometer con garantías de éxito una terapéutica quirúrgica de tanta trascendencia como la de que nos vamos á ocupar.

La laparotomía es la operación que más ha contribuído al perfeccionamiento y extensión de los métodos asépticos. Teniendo la superficie peritoneal la misma extensión que la del cuerpo humano, las infecciones de esta serosa alcanzan proporciones aterradoras. Muy susceptible á los micro-organismos infecciosos, no lo es menos á los agentes irritantes (sublimado, fenol, etc.), por cuya razón, para destruir aquéllos, se ha tenido que prescindir de éstos. De esta lucha contra los agentes patógenos de la supuración y la necesidad de conseguirlo sin el empleo de los antisépticos, ha salido la asepsia actual; en nuestras salas de operaciones se utilizan el agua y el calor, con el doble fin de destruir los micro-organismos y rodear los órganos de una atmósfera húmeda, pura y caliente: de las seguridades que dá esta absoluta pureza, en las manipulaciones quirúrgicas, se ha beneficiado el arte para el tratamiento operatorio de las lesiones de todos los órganos de la economía. Al corazón, á los vasos, al cerebro, á los nervios, á todas las vísceras llega hoy el cirujano con sus instrumentos, y con ellos cura.

Para estas intervenciones preparamos la sala la víspera, limpiándola minuciosamente. El suelo queda humedecido, con el fin de impedir que las



HABITACIÓN DE SEGUNDA CLASE

corrientes de aire levanten polvo, evitando además que el ya suspendido en aquél se deposite en las mesas, que cubrimos, al efecto, con paños empapados en sublimado. La sala queda cerrada con llave para impedir visitas indiscretas. A la mañana siguiente, día de la operación, se transporta el material que en ella ha de usarse, esterilizado por la víspera á última hora, y guardado dentro de los mismos aparatos para mayor seguridad. Las compresas y paños que han de meterse en el vientre, se vuelven á esterilizar momentos antes de la operación, con el fin de que al ponerse en contacto con las vísceras, conserven todo su calor y pureza. Ya no falta más que hervir palanganas é instrumentos, calentar suero artificial, desinfectar bien las manos del cirujano y asistentes, y recibir al enfermo, cuya piel está purificada de antemano: al efecto, se le baña dos á tres veces, se rasura la región, se le limpia con jabón, éter y sublimado, sucesivamente, se pinta con tintura de yodo la futura incisión, y se coloca luego una cura húmeda de sublimado. Sea cualquiera el motivo de la intervención, es preciso la vacuidad del tubo digestivo, obtenida por el ricino y enema. Prescindimos de los desinfectantes de la mucosa intestinal, aunque vayamos á operar sobre estos órganos. Preceden á la operación lavados con la sonda, cuando vamos á intervenir en el estómago.

El enfermo entra en la sala de operaciones sin más vestido que un ropón de baño, que abandona al tenderse en la mesa, en la que se le vuelve á purificar la piel, y se le recubre por completo de paños esterilizados y mojados en sublimado, para que queden bien ceñidos al cuerpo.

La marsupialización de quistes hidatídicos, las gastro-entereotomías, hernias umbilicales, etc., pueden operarse con sólo la anestesia local, pues la sensibilidad de las vísceras es mucho menor que la de la piel, en donde Schleich la suprime por completo.

Cuando se hace uso del cloroformo, la anestesia debe de llevarse á la resolución completa para evitar los vómitos, que provocando eventraciones dificultan las operaciones; esta salida de intestinos puede presentarse en el acto operatorio, ó como accidente tardío, cuando se practican incisiones muy extensas, por lo que seguimos la conducta contraria. No comprendemos, al incidir, el ombligo, sino que lo contorneamos con el bisturí, con lo que se facilita la cicatrización y se evitan las dificultades que pueden acarrear posibles adherencias á este punto de tumores (principalmente quistes ováricos), ó la persistencia de los senos onfalo-mesentéricos en el ligamento hepato-umbilical.

La operación debe llegar á su término con la mayor rapidez; las laparotomías de larga duración son de pronóstico poco favorable. Todo cirujano que acomete la empresa de abrir un vientre, debe contar con fuerzas para resolver pronto y bien cuantas dificultades se presenten, sin vacilar ante lo imprevisto, conduciéndose con la misma seguridad, con

igual confianza, que si en nada variase el estado de cosas que se había supuesto al formular el diagnóstico. Si el encontrarse con más adherencias de las supuestas, con la necesidad de reseca un asa intestinal, con hemorragias difusas ó abundantes, difíciles de cohibir, dificultades con frecuencia aumentadas por estrecheces pélvicas, por las vísceras que pugnan por salir, al tiempo mismo que se rompen las paredes de un quiste hidático ó dermoide, y su contenido se desparrama en el vientre, si estas dificultades, si estos accidentes han de llevar la perplejidad ó la zozobra al ánimo del cirujano, vale más que no se aventure á empresas superiores á sus fuerzas, y se limite á un campo de acción en que las sorpresas sean menos frecuentes ó menos trascendentales que en la cavidad abdominal.

En la Cirugía gastro-intestinal, este ahorro de tiempo que para las laparotomías en general recomendamos, no debe de ser tan extremado que por él pierda la técnica en minuciosidad y en cuidado, que deben de ser grandes. El perfeccionamiento de esta técnica se va haciendo más inocente cada día, y es de esperar que pronto los médicos dirijan á los cirujanos los enfermos del estómago é intestinos, en condiciones de ser operados. No sólo se ha de acudir á la cirugía en los casos de cáncer, en los que estas operaciones, como siempre que se trata de curar este proceso, dejan mucho que desear, sino que en las úlceras y dilataciones gástricas, la mortalidad es hoy escasa y los resultados son brillantes.

Cerramos el vientre con tres suturas: la del peritoneo á punto seguido y perdido; luego otra, entrecortada, con crin, cogiendo todos los planos, y por último otra superficial, á punto por encima, también de crin. En las incisiones muy cortas suprimimos la sutura del peritoneo y solo hacemos la entrecortada y la superficial. Levantamos á los ocho ó diez días la sutura y protegemos la cicatriz con una gasa sujeta por esparadrapos.

En los casos en que no cerramos el vientre, dejamos siempre el drenage de gasa; en todas partes lo preferimos á los demás, pero en ninguna como en el vientre es ventajoso sacar los líquidos por capilaridad.

Solemos dejar este drenage en el peritoneo de tres á cinco días, al cabo de los cuales ó se retira definitivamente ó lo reemplazamos por otro menor, según los casos.

Pocas veces nos hemos visto obligados á abrir vientres ya operados; en estos casos creo que no se debe de incidir sobre la cicatriz anterior sino al lado de ella, para huir de las adherencias que el intestino ha contraído con la cicatriz antigua, para facilitar la cicatrización y para darnos mejor cuenta del estado de los órganos atacándolos por fuera.

Respecto á las laparotomías exploradoras, las creemos en absoluto inocentes y de una utilidad diagnóstica grandísima; nos basta una pequeña incisión que permita el paso á dos dedos para salir de toda duda, sin violentar apenas el organismo que cierra rápidamente la brecha practicada.

Si sobreviene alguna de las dos principales complicaciones accidentales de las laparotomías, las hemorragias internas ó la peritonitis, nuestra conducta es la siguiente: en las primeras, después de abrir nuevamente el vientre, buscamos, para ligarlo, el vaso que sangra; nos ayuda á vencer este estado de anemia profunda el inyectar suero en grandes cantidades (seis ú ocho litros diarios), pero sin introducirlos de una vez en el torrente circulatorio, para evitar que el rápido aumento de tensión que esto produciría arrastrase los trombos hemostáticos ya formados. El peligro disminuye si se prescinde del catgut para ligar pedículos ó vasos dentro del vientre.

La peritonitis es la complicación más grave y frecuente de las laparotomías; creemos que casi todos los operados de vientre que se mueren de la operación es por peritonitis, y en éstas deben incluirse muchos casos descritos como obstrucciones post-operatorias, neumonías, colapsos, etc., etc., erróneamente calificados por no comprobar con la autopsia juicios emitidos sin esta prueba y que satisfacen más al operador.

HERNIAS

Siguiendo con las operaciones que practicamos en esta región, y en la cual muchas veces abrimos la cavidad del vientre, me parece oportuno hablar aquí de las hernias.

La operación de la hernia con el propósito de obtener la cura radical, es una conquista de que debe estar orgullosa la moderna cirugía, pues es tan grande el número de individuos con tal lisiadura, y tan extenso, por lo tanto, su beneficio, que puede ser que ninguna otra operación quirúrgica pesara tanta utilidad técnica. Es la cura radical, operación que no sólo ataja accidentes como la extrangulación, que son casi siempre mortales, sino que al cerrar definitivamente el boquete que da salida á las entrañas ventrales, cura, ipso facto, transtornos en las vías digestivas, sufrimientos frecuentes en las regiones que se presentan dichos afectos, y la gran importancia que trae consigo la nueva aptitud para el esfuerzo; lo que quiere decir que la marcha y la fatiga, el salto y la carrera, el poder montar á caballo y realizar todo genero de trabajo físico, para lo que hace impotente la hernia, vuelve á sus naturales extremos como antes de la *quebradura*. Pero estas ventajas alcanzadas con la herniotomía ha lan-

zados á aprendices de cirujano á rasgar á diestro y siniestro, confiando en la relativa impunidad del método aséptico de la cirugía, y sin tener en cuenta las dificultades frecuentísimas que se presentan en este lance operatorio, vienen desastres mortales que no debían acumularse á la operación, y sí á la impericia, y el ningún resultado en la cura definitiva por la mala traza é imprevisión operatoria. Debo confesar á mis compañeros, que después de la enorme práctica en que esta operación entra por muchos centenares de veces ejecutada en esta clínica, no con miedo, pero sí con expresiva atención, sigo al bisturí y la tijera en la variada anatomía patológica que rodea y esconde un saco herniado; ¡nada tan delicado y fino como ciertas paredes intestinales de hernias atadas é irreductibles, que de antiguo traen una historia de atascos y colicos! ¡nada tan difícil de desenredar como la multiplicidad de sacos en una sola hernia, epiplón largo y adherente al saco y al tubo intestinal, tumores de grasa de origen epiplóico, intestino ciego con el apéndice adherente, vejiga de la orina, etcétera! Son tales las dificultades y lo frecuentemente variada la anatomía patológica de esta enfermedad, que no temo afirmar que la cura radical de la hernia, es la operación más difícil que hay en la cirugía y la más dada á incertidumbre y tropiezos, sin una gran experiencia, que sólo á fuerza de hacer y más hacer, de rectificar y más rectificar, se consigue el absoluto dominio y alcance de sus ventajas indudables.

Los numerosos casos que he logrado reunir en brillante estadística de la cura radical de las hernias, me autorizan para sentar algunas conclusiones, que considero ya definitivas, sobre esta beneficiosa operación. Es la primera y más importante, que pocas operaciones llenan en la cirugía su fin tan cabal y completamente como ésta. Convicción que he sacado de la observación de las 324 operaciones que llevamos practicadas, con sólo una muerte y siete reproducciones. La inocencia de la operación es casi absoluta, y por esta razón muy rara vez está contraindicada.

El perfeccionamiento de la técnica, que se traduce por la rápida ejecución, y el poderla hacer casi siempre sin cloroformo, nos permite no temer aquellas complicaciones que en los enfermos averiados y en ruína constitucional, se presentan después de las operaciones, como consecuencia de la ruptura del equilibrio orgánico, y que en esta intervención, en razón de su sencillez, es extraordinariamente raro que suceda. Nosotros la hemos practicado en niños de tres años y en viejos de ochenta, en sujetos catarrosos, en arterio-esclerósicos, en alcohólicos y en individuos de poca resistencia orgánica, y en todos con los mismos buenos resultados. La seguridad de que éstos son completamente satisfactorios, nos autoriza para proponer esta operación á los lisiados del bajo vientre, como el remedio infalible para sus molestias y peligros. Estimo de trascendental importancia que los médicos se persuadan que la cura radical de las hernias quirúr-



SALA DE ENFERMOS DE TERCERA CLASE

gicamente es una realidad. Son muchos los enfermos, que deseosos de suprimir las molestias que les produce su hernia, y que no alivia el braguero, se inclinan por la operación, pero se interpone el médico de cabecera y les disuade de tal empresa, creyendo de buena fe que la operación es de dudosos resultados y muy peligrosa. Aquí hemos operado á muchos compañeros, que se han sorprendido de la facilidad con que les hemos librado de su mal.

De las hernias aquí operadas la mayoría eran de pequeño tamaño y fácilmente reductibles, inguinales las más, operadas en mujeres las menos. Por la sencillez de la operación cuando la hernia es pequeña y reductible, creo que este es el estado en que se debe aconsejar francamente la operación, antes que se haga mayor y que los roces establezcan adherencias de las vísceras al saco, haciéndolas irreductibles. Cuando estas bridas existen y además la hernia es voluminosa, la operación resulta más difícil, porque es preciso librar al intestino de todas ellas para que se reduzca, y al hacerlo, las paredes intestinales, que siempre en estos casos están dilatadas y adelgazadas, se desgarran con facilidad. Teniendo alguna práctica, el sentido del tacto nos da casi con seguridad idea en el reconocimiento del enfermo en la consulta, de si lo contenido en el saco es intestino ó si es omento, y del grado de resistencia que hemos de encontrar una vez abierto para reducirle. No así, en cambio, podemos apreciar en la exploración si el contenido del saco es intestino delgado ó si lo es el grueso, si la vejiga, el ovario ó el apéndice-cecal. Entre las operadas aquí, éste se encontró dos veces en hernias voluminosas acompañando al ciego. Las dos se resecó al mismo tiempo que se operaba la hernia. En una de ellas, operada en un niño de tres años, el apéndice tenía grandes proporciones y el dejarle hubiese sido un probable manantial de desdichas; en el otro caso su tamaño no pasaba del normal, pero libre de peligros el quitársele por este camino, y estando ya al exterior, lo decidimos así. Estos dos casos fueron inguinales derechas. La vejiga también se nos ha presentado dos veces en mujeres, en un caso se hirió al despegarla y hubo que resecar un trozo, en el otro bastó con reducirla. Ultimamente también se nos ha presentado la vejiga en una hernia inguinal izquierda, operada en un compañero de la provincia de Navarra. En los demás casos el íleon ó el omento; este último algunas veces sólo, en forma de hernia irreductible, formando un tumor del tamaño de un puño.

El procedimiento operatorio que actualmente sigo, y que aconsejo, es el de Kocher, el eminente cirujano de Berna, sólo que en vez de fijar el saco después de pasado por el ojal de las aponeurosis, á lo largo de éstas por fuera hasta el anillo inguinal, le corto cerca de la aponeurosis, después de cerrarle con una ligadura y fijarle á aquélla con dos ó tres pun-

tos de sutura, y le abro por encima de estas suturas en forma de rosetón, para que el proceso de cicatrización lo haga un todo con la piel. Uno los pilares con dos ó tres puntos de tanza, detalle al que doy mucha importancia porque se soporta muy bien por los tejidos, y no apretándolos demasiado para que no los corten, los mantienen siempre unidos, y doy importancia para la más segura y rápida cicatrización á no dejar ninguna ligadura para los pequeños vasos que cortamos, ni para los epigástricos superficiales, que siempre se encuentran en la parte inferior de la herida, y que cierro por torsión. Ningún drenaje y ligera compresión con el vendaje, que procuro recoja bien los testes.

Para el resultado definitivo la primera intención es muy esencial, y la más rigurosa asepsia se impone, con el fin de obtener una cicatriz limpia y estrecha. Las cicatrices extensas, anchas, formadas por segunda intención, son tejidos poco resistentes por donde las recidivas buscan camino.

Para evitar éstas, es preciso aislar bien el saco, profundamente hasta por encima del anillo, para no dejar cerca del orificio interno del mismo principios de infundibulum, que se presten á una nueva salida. Este despegamiento, difícil muchas veces por las cubiertas que rodean al saco y por la excesiva delgadez de éste, que se desgarrá á la menor tracción, se facilita cortando las aponeurosis superficiales del anillo externo, maniobra que nos deja libre acceso al fondo, donde el despegamiento ya es más fácil, y usando para disociar las túnicas envolventes del saco, en lugar de instrumentos cortantes, el dedo rodeado de una gasa. Las presiones que ejerce el dedo, interpuesta una gasa entre él y los tejidos, por la mayor adherencia que establece, se dirige mejor y son menos violentas, satisfaciendo su empleo al que lo ensaya por lo rápido y poco peligroso.

Cuando por ser la hernia congénita, la parte inferior del saco forma la vaginal misma del teste, aislo bien en la salida del anillo el cordón, valiéndome del dedo y la gasa, y una vez hecho esto, corto transversalmente el saco dejando la parte inferior perdida y sin ligadura dentro del escroto, y tratando la parte superior como si el saco no fuese comunicante.

En el escroto se presentan, á consecuencia de negligencias en la hemostasia, hematomas que complican bastante la situación de los operados, más por las molestias que producen, que por el peligro de infección que con una buena asepsia no es de temer. Habiéndonos pasado esto algunas veces, hemos tenido que abrir de nuevo la herida, para ligar el vaso que nos llenaba de sangre la cavidad escrotal, y si bien es fácil dar con él, la nueva manipulación es desagradable, y á pesar de la pequeñez del vaso, es indispensable, porque la compresión no basta para detener la invasión de la sangre dentro del saco escrotal, por la piel del pene y planos subcutáneos próximos á la incisión, y es forzoso ligar el vaso para impe-

dir que esta infiltración, si conjuramos sus peligros de momento, por lo menos retrase la cicatrización.

Las hernias recientes y en general las poco pronunciadas, las opero casi siempre sin cloroformo, con anestesia local. No hay más tiempo sensible en la operación que el despegar el saco del cordón, pero esta sensación, que no es de dolor, sino de angustia, además de su corta duración, la podemos suprimir en los sujetos muy sensibles con una inyección previa de morfina. El pellizcamiento de las boquillas de los vasos, que es el momento más doloroso de una operación después de la sección de la piel, por las ramitas nerviosas que siempre les acompañan, se limita mucho en esta operación por los pocos vasos que se cortan.

Hernias extranguladas.—Cuando opero hernias extranguladas, que en esta clínica son raras, hago la incisión, no sobre el saco, sino en el anillo, dando de esta manera más seguridad á la liberación del mismo, que aconsejo practicar con mucho campo. El conseguirlo ofrece muchas veces grandes dificultades, cuando no contiene líquido que le diferencie de las tunicas accesorias, por la dificultad de distinguirle de éstas, para lo que se precisa una vista fina y bien educada.

El reducir el saco sin abrirle, ó sea la herniotomía extra-peritoneal de J. L. Petit, no tiene, hoy que disponemos de la asepsia, razón de ser, y la considero muy peligrosa, porque puede entrar en el peritoneo el líquido acumulado en el saco, que es sumamente séptico. La abertura del saco se impone para ver el estado del intestino y resolver lo que proceda.

Esta conducta no debe ser siempre rigurosamente observada, y queda al buen juicio del cirujano el no abrir el saco, cuando por lo reciente de la extrangulación no son de temer necrosis del intestino, y las condiciones de lugar, sujeto y personal quirúrgico ó material de curas, no garantizan las complicaciones que pudieran surgir abriendo el peritoneo.

El líquido del saco es ya un dato sobre el estado de las vísceras; si es claro, el intestino conserva su integridad, pero si está turbio, negruzco y con mal olor, casi podemos asegurar que la fisiología del intestino está perdida. Viendo el intestino, por el color, brillo y contractilidad, nos aproximamos más al conocimiento de su vitalidad, y juzgamos si podemos meterle en el vientre tal como está, debemos reseca la parte enferma ó fijarla fuera provisionalmente, para hacer la resección más tarde: esto es lo que hacemos nosotros en los casos de duda, porque la resección primaria tiene el inconveniente de prolongar la operación, agravándola por el estado acolapsado de estos enfermos, el de no limitar bien la falta de vitalidad del intestino y que el esfacelo se produzca por más arriba de lo cortado después de reducido.

Yo fijo el intestino por más arriba de la extrangulación, con uno ó dos puntos de sutura á cada extremo del asa alrededor del anillo, le envuelvo

en gasa y á las veinticuatro horas hago la reducción. Cuando viene la necrosis y se establece el ano preter-natural, aplazo la resección bastantes días, que utilizamos para reponer al enfermo y limpiar la parte que va á ser operada. Una vez ejecutada la anastomosis, reduzco el intestino, pero no cierro la herida, la deajo abierta con drenage tres ó cuatro días. Estoy muy satisfecho de este proceder, y aunque no tan brillante como la resección en el primer momento, le recomiendo como muy seguro por los buenos resultados que me ha dado.

TUMORES DE LA MAMA

He de llamar la atención de mis compañeros sobre el emplazamiento de las neoplasias en este órgano, por la frecuencia con que se ofrecen, por la gravedad que entrañan, y por la pronta y no siempre fácil decisión quirúrgica con que se deben de acometer. Bajo el punto de vista clínico deben de tener presente que el noventa y cinco por ciento de los tumores de la mama son malignos, y corresponden á las diferentes variedades de cáncer, que ya predominen en unos los elementos celulares y constituyan la forma de crecimiento más agudo, de más rápida generalización é infección general, ya se hallen formados de mucho estroma y menos celulas, que le dan más dureza y lentitud en la evolución, lo cierto es que todos, así como el sarcoma, aunque éste en número mucho más restringido con respecto al anterior, son malignos y terminan por matar irremisiblemente á la enferma. El médico debe saber también que todas las restantes especies tumorales, como adenomas puros, fibromas, quistes y la misma tuberculosis enquistada, si bien su caracter es el de benignidad, no por eso dejan de crecer y traer trastornos á la glándula, que conviene evitar. Esto quiere decir, que en cuanto se encuentra el profesor con cualquiera de estos tumores, debe aconsejar una operación quirúrgica oportuna, que cure en breve tiempo y radicalmente. Entiéndase por oportuna la operación que se practica en los primeros meses de evolución tumoral, y por radical la que pone á cubierto á la interesada de una nueva reproducción del tumor. Respecto á la manera de intervenir, también desearíamos que se reaccionara contra esa idea corriente, que parece existir entre los médicos, que no son cirujanos, por supuesto, que consideran la extirpación del cáncer de la glándula mamaria como una práctica quirúrgica ligera y

baladí, sin dificultades ni riesgos; á buen seguro que están en gravísimo error los que tal piensan, y no sólo insignificante, sino muy serio y de profesor experimentado, tiene que ser el trazo operatorio, si ha de extirpar con la neoplasia aparente todos los tejidos que la experiencia demuestra pueden ser asiento de nuevos brotes tumorales, una vez extirpado el principal; y la extensión que debe darse á la piel eliminada, que se ha de restaurar á menudo por autoplastias y trasplantaciones, y los músculos que hay que arrancar con la glándula, y los ganglios y vías linfáticas que hay que diseccionar en toda la axila y debajo de la clavícula, entre troncos de nervios, arterias y venas, ponen en más de una ocasión en grave aprieto al cirujano más connaturalizado con esta labor; otras veces son mamas grandes y vasculares, y regiones de abundante grasa, que oscurecen y dificultan el campo de intervención: si á esto se añade que no hay curación radical sin una grande y amplísima extirpación, se comprenderá la frecuencia con que observamos en esta clínica casos de reproducción que vienen á consultarnos, y en los que una mayor experiencia y habilidad en la primera operación hubiera evitado la mortal recidiva.

Las neoplasias de esta glándula son muy frecuentes. Se puede decir que la patología de los tumores en general, ha sido estudiada por los innumerables que ha dado para el conocimiento de todas las variedades los de la glándula mamaria. Por el emplazamiento del órgano, situado por fuera del armazón óseo del tronco, á modo de apéndice, como lo es, que permite su fácil exploración, y el haber sido esta glándula blanco de la cirugía, aún en la época preantiséptica, podemos considerar la patología de los tumores del seno, como una especie de prólogo al estudio de los tumores en general, lo mismo que á su diagnóstico y tratamiento.

De las muchas variedades de tumores que pueden presentarse en la mama, á nosotros sólo nos interesa como cirujanos estudiarlas bajo dos formas: como benignos y como malignos. Esta calificación no tiene significación anatómica, pero presenta bajo el punto de vista práctico una gran importancia. Como un foco séptico puede envenenar todo el organismo, lo mismo un tumor maligno envía lejos de su sitio de implantación prolongaciones que arraigan en puntos y órganos alejados del en que tomó origen, y se convierten en centros de nuevas proliferaciones, al mismo tiempo que se desarrolla la perturbación general degenerante del organismo, que se llama caquexia. Sobre estos tumores malignos es acerca de los cuales queremos llamar la atención de nuestros compañeros, pues los benignos, sobre ser muy raros en esta glándula, dan siempre lugar á remediarlos con acierto. El tumor más frecuente de la mama es el cáncer, ya sea bajo la forma de cáncer simple ó tubular, ya bajo la forma de escirro, y las otras formas de neoplasias malignas se observan tan pocas veces, en comparación con aquéllas, que á éstas debe uno referirse para dar los caracteres

de la malignidad. Esta clase de tumores tienen marcha invasora, tienden á meter dentro del tumor y confundir con él las partes circundantes, haciéndolo todo uno; su marcha suele ser rápida, pues aunque en algunas formas, como en el escirro atrófico, suele ser muy lenta, estos cánceres no son frecuentes; producen la tumefacción dura, indolente y bien limitada de los ganglios linfáticos vecinos; después que esta invasión se acentúa y dejada la enfermedad á su desarrollo, el tumor tiende á ulcerarse, ulceración que se presenta cuando el tumor invade la piel, proliferando por esta abertura y destruyéndose al mismo tiempo, segregando un líquido como agua de carne unas veces y otras purulento, que unido á la caquexia, que desde la invasión de los ganglios va creciendo incesantemente, acaban con la enferma. Para evitar esta terminación, es preciso operar muy precozmente, pues la recidiva, si no, es segura y pronta; la tendencia de los tumores malignos á la reproducción es enorme. En los tumores de la mama la duda sobre su naturaleza y la indecisión por mucho tiempo acerca de la oportunidad ó no de la intervención, debe rechazarse energicamente. Conviene resolver pronto, é inclinarse á la operación si nuestro diagnóstico no es seguramente benigno. Como si no bastan los caracteres externos del tumor, una vez incindida la piel y puesto al descubierto, el aspecto de éste es más que suficiente para clasificarlo justamente, en los casos dudosos, con una incisión previa, hecha en el mismo momento de la operación, puede hacerse un diagnóstico exacto, y medir y decidir perfectamente el alcance de la operación.

Esta debe ejecutarse con mucha valentía y seguridad. Parece mentira que cirujanos con alguna práctica, se limiten, hoy que la experiencia nos ha demostrado los buenos resultados de sumar la extirpación de los músculos pectorales y el vaciamiento de la axila á la de la glándula enferma, á extirpaciones parciales de la mama, que no dan resultado definitivo, ni siquiera duradero, por el pueril temor de los vasos de la axila ó de que falte piel para cubrir la herida operatoria.

La ablación debe ser completa y muy extensa, tanto en la superficie como en la profundidad. Si nos vemos forzados á quitar mucha piel y ésta no da para unirse y proceder á la sutura, una trasplatación remedia este inconveniente, y el acercarnos á las costillas simplifica la operación, y se hace mejor y más pronto quitar los dos pectorales que sólo el mayor; extirpando los dos la hemorragia es mínima, pues la torácica suprema y sus ramas van entre el mayor y el menor; además, esta extirpación nos permite más fácil abceso en la profundidad de la axila y debajo de la clavícula. Si ésta estorba para seguir la cadena ganglionar infra y supra clavicular, se la reseca (ya he tenido que hacerlo dos veces) temporalmente, y se la sutura después. Los ganglios de la axila se disecan fácilmente; más difícil es quitar la grasa que envuelve á estos ganglios y vasos linfáticos, y

que rellena el intersticio muscular por donde caminan en unión de los vasos. La torácica suprema y los torácicos largos son los que tenemos que limpiar y cortar si es preciso, corte que puede hacerse impunemente. Nosotros nos hemos visto obligados á cortar en dos casos la vena axilar, sin que las enfermas, que eran sujetos muy delgados, tuvieran edema en el brazo; en cambio, por flebitis y por seccionar la cefálica, he tenido edemas muy persistentes.

El ganglio que recoge la corriente linfática de la mama, y el primero por lo tanto que invade el proceso neoplásico, está colocado en la axila sobre la pared costal, detrás del pectoral mayor, sobre la tercera ó cuarta costilla; pero la masa principal de los ganglios está siempre reunida en el sitio en el cual los vasos torácicos largos y la arteria subscapular se abren en la axilar, éstos son los que sistemáticamente deben quitarse siempre, para que la operación sea radical, sin por esto dejar de ir á buscarlos donde los hubiera, cosa fácil siguiendo los grandes vasos, explorando y limpiando la fosa supraclavicular.

Nuestros resultados en esta operación, que practicamos mucho, son brillantes; el 25 por 100 de los casos podemos contarlos como curaciones definitivas, el otro 75 se divide entre las curaciones de más de tres años y las reproducciones al poco tiempo de la operación. Estas las hemos observado en mujeres muy jóvenes y en casos cuya marcha era muy rápida. Cuando la reproducción no se presenta en los primeros meses, puede confiarse mucho en que no se presentará más tarde. La curabilidad que va dando el cáncer de la mama entre las manos de ciertos cirujanos, hace que se vea la posibilidad de llegar á los mismos resultados en otras regiones, y si bien es cierto que en ninguna otra región, por el momento, puede la cirugía ser tan radical, y que á esta virtud se deben los resultados en esta operación, en la cual se puede llevar el cirujano toda la masa tumoral, perimuscular y periganglionar, no lo es menos el que la técnica va perfeccionándose cada día, que la mortalidad en las operaciones más arriesgadas va disminuyendo rápidamente en estos últimos años, y que el hábito de operar á diario y en regiones peligrosas, hace al cirujano más valiente, y no considerar difícil operar entre los grandes troncos vasculares, nerviosos ni viscerales, haciendo posible en una época próxima que los beneficios que se consiguen hoy en la extirpación de la mama, se logren en los tumores de otros órganos. Los cirujanos de cancerosos, y lo son los que están encargados de hospitales donde sólo se admite á estos enfermos, van haciendo cada vez más extensas las extirpaciones, y probando que la resistencia del organismo á la mutilación es muy grande.

Por el mismo proceso que el cáncer de la mama ha pasado el de la matriz: intervenciones muy limitadas y hechas á última hora, en los albores de la ginecología: operaciones colosales y precoces en nuestros días.

De la amputación del cuello, á la extirpación total de la matriz por el vientre, con parte de la vagina y limpieza de los ganglios pélvicos, hay mucha distancia, y si bien es cierto que esta última operación resulta todavía con una aterradora mortalidad, que disminuye muchísimo el número de sus partidarios, á pesar de los buenos resultados á la larga que con ella se obtienen, el perfeccionamiento de su técnica especial y la de la cirugía en general, hará que, pasado algún tiempo, la ejecuten todos los cirujanos como procedimiento corriente.

En el útero el cáncer del cuello tiene más gravedad que el del cuerpo, por la más fácil propagación del primero por la vía linfática. En las mujeres jóvenes de treinta á cuarenta años, se desarrolla con mucha rapidez y recidiva antes del año. En los del cuerpo, cogidos muy á tiempo, cuando empieza, en mujeres que se ponen en tratamiento á las primeras metrorragias, la histerectomía da magníficos resultados; nosotros tenemos muchos casos de curación definitiva. Pero desgraciadamente son muy pocas las enfermas que llegan en este caso, y la mayor parte de ellas vienen á nuestra consulta tan sumamente tarde, que en muchas no es posible ni la operación paliativa. Esta la hacemos destruyendo toda la matriz con la cucharilla y el termo-cauterio, y cauterizando después á los ocho días con cloruro de zinc, se produce una gran escara y la cavidad que resulta de ella granula y cierra muy pronto; el resultado de esta operación es alargar la vida y evitar sufrimientos durante uno ó dos años, y en casi todos los casos da este resultado.

Entre todas las implantaciones tumorales, estas dos, las del pecho y las de la matriz son las más frecuentes y abundan mucho en esta clínica. Noto con satisfacción que nuestra clase médica va concediendo á este asunto la importancia que merece, y que muchos enfermos vienen á someterse á la operación en muy buenas condiciones, gracias á un diagnóstico precoz y oportuno de su médico de cabecera.

APARATO GÉNITO-URINARIO MASCULINO

Las operaciones en esta rama de la cirugía me han confirmado el juicio que yo ya tenía, de que proporcionan sorpresas desagradables y son peligrosas, cuando la enfermedad es de carácter séptico y data de antiguo. El parénquima renal, resistente y de difícil destrucción por los

procesos sépticos agudos, perdidas estas condiciones de resistencia y de vitalidad, lentamente por los crónicos, recobra muy mal sus funciones; y siendo su fisiología importantísima para descartar de la economía los productos de la desasimilación que envenenan el organismo, los efectos de éstos se sienten en cuanto forzamos el trabajo del filtro con una sobrecarga. Este exceso de trabajo después de una operación, puede presentarse fácilmente, bien por una elevación térmica como consecuencia de una ligera infección, difícil de evitar en las operaciones de estas vías, ya por la eliminación del narcótico empleado para la anestesia. No cuento en este esfuerzo el consiguiente que cae sobre un riñón después de quitado el otro. Cuando tal sucede, el que dejamos suele y debe estar sano, y además por deficiencias del riñón enfermo, acostumbrado á llevar toda la carga; luego el exceso de trabajo sólo es aparente. Los peligros á que me refiero, ocurren en los enfermos de las vías urinarias, cualquiera que sea el emplazamiento de la lesión, siempre que ésta tenga alguna importancia y que el mal sea crónico, pues el aparato urinario, además de estar unido por la continuidad de sus tejidos, lo está por la vena líquida que por él camina. Fluido que cuando corre bien es un obstáculo al desarrollo de las infecciones que de fuera vienen y medio de limpiar las que dentro se forman; pero que cuando se estaciona ó se retarda su curso, es condición abonada para la infección y para los éxtasis renales, con sus consecuencias fatales la albuminuria y la intoxicación urémica. La exploración minuciosa y detenida de los enfermos que tienen que sufrir operaciones en estos órganos, y la observación diaria y constante durante algunos días, unido á un régimen dietético severo, en aquellos que calificamos como graves, son condiciones precisas para operar con acierto y buenos resultados en las vías urinarias.

Cirugía renal hemos tenido poca, pero estamos satisfechos de la estadística; en dieciseis nefrectomías y en cuatro nefrotomías, no hemos perdido más que dos enfermos. Resultados que nos satisfacen porque el estado en que llegaron casi todos estos enfermos, era poco halagüeño. Los dos lo fueron en las nefrectomías, uno por riñón calculoso, acompañado de pionefrose, y el otro por riñón quístico; en este vimos después de muerto que el otro riñón también lo estaba, aunque en mucha menor escala. A este enfermo, ya sumamente débil, le provocó la operación una gastrorragia copiosísima de la cual murió (1). Las nefropexias las considero completamente inocentes, pero yo no las hago. Mi conducta en los últimos tres casos ha sido la extirpación. Quizá parezca demasiado radical el extirpar un riñón por estar flotante, pero los curados de esta manera no vuelven á doler jamás. Mi opinión es, que la mayor parte de los riñones caídos no

(1) Necropsia, cáncer.

se deben fijar; en casi todos los casos hay enteroptoses, y la caída de los intestinos y la relajación de todo el vientre es general: en estos casos aconsejo amasamiento y un buen vendaje, y con esto suele bastar. Ahora, cuando el riñón es movable, muy doloroso y sin enteroptose, lo más seguro es la extirpación. He visto, no sólo en mis casos, sino en los de otros cirujanos, que la fijación es poco segura.

Intervenciones en la vejiga hemos tenido muchas, casi siempre la causa han sido los cálculos. Para sacar éstos, prefiero ahora la talla á la vía natural, pues la litolapaxia tiene más riesgos y complicaciones postoperatorias, por mortificar algunas veces en esta operación las paredes de la vejiga, injurias que nunca cometemos con la mucosa vexical en la talla. La que practico es la hipogástrica, y ya haga la incisión transversal que es la que prefiero, ya la vertical, siempre cerramos la vejiga, habiendo obtenido casi en todas la cicatrización por primera intención; cuando no se obtiene ésta, dejamos la herida sin sonda ni gasa, á manera de drenaje, limitándonos á aislar con la pasta de airol la piel en los alrededores de la herida, y nunca hemos visto fenómenos de infiltración de orina.

No puedo dejar sin recordar aquí que en los niños, en los cuales tan frecuentes son los cálculos y que tan frecuente es también que se resistan á dejarse introducir la sonda exploradora, por la palpación combinada de una mano por el ano y otra por el vientre, se aprecian fácilmente los cálculos; esta misma exploración en el adulto, cuando la próstata no está aumentada, la aconsejamos como muy útil para el diagnóstico de cálculos ó de tumores. De resultados más positivos bajo el cloroformo.

De las cistotomías que he practicado para curar cistitis rebeldes, no estoy satisfecho del resultado, pero siempre serán un recurso del que disponer en último extremo, y que por lo menos produce un alivio pasajero.

Para extraer cuerpos extraños, no he tenido necesidad de abrir ninguna vez la vejiga en el hombre; en la mujer sí, cuatro veces; las demás he sacado siempre los cuerpos extraños por la uretra. Entre ellos media sonda de cristal, de mujer, que en una operada de histerectomía se rompió al hacer el cateterismo. Por esta razón he desechado esta sonda á pesar de su fácil esterilización, después de las operaciones en que dejo pinzas.

En la uretra es grande el número de intervenciones que contamos, las más uretrotomías internas; esta operación, cuya técnica aprendió Madrazo con el mismo Maisonneuve, y de la cual ha sido partidario y ha practicado desde entonces muchísimas veces, sin que influyeran para nada en su espíritu en contra de esta operación, ni la oposición que la hicieran los otros cirujanos de París por aquella época, ni la poca afición que tenían por ella los cirujanos alemanes de más renombre para tratar estas lesiones. Nosotros, que tenemos en nuestra clientela un gran contingente de

enfermos de Ultramar, nos vemos frecuentemente solicitados para tratar estas lesiones, y siempre que la estrechez sea menor que el nueve ó el diez de la escala Charriere y de origen gonorreico, hacemos la uretrotomía interna. La dilatación lenta, gradual y progresiva, la usamos para las estrecheces poco pronunciadas y para ayudá de otros tratamientos. La uretrotomía externa la hacemos en aquellos casos de estrechez complicada con fístulas, abscesos urinosos, cálculos en forma de aceituna enclavados en la uretra, y roturas de ésta, con anillo cicatricial que las produzca. Los resultados de esta operación son también muy satisfactorios, pero la curación es larga, necesita de treinta á noventa días ó más, según el trozo resecado, pues la reparación de la uretra es lenta. En los casos en que la uretrotomía externa se ha hecho en estrecheces insuperables, por no poder pasar ni las bujías más filiformes, la cicatrización es mucho más rápida, y en uno de ellos hasta la hemos logrado por primera intención.

Antes de terminar mis impresiones sobre la cirugía de esta sección, quiero señalar que los hidroceles los opero todos sin cloroformo y por la simple abertura del saco, con lavado de sublimado al 1 por 1.000 y taponamiento de gasa iodofórmica, que retiro á los tres días.

Esta técnica, mucho más sencilla que la resección de la túnica propia, y de tan buenos ó mejores resultados, pues con ella nunca he tenido ni una recidiva, y con la resección de la túnica propia sí, tiene la ventaja no pequeña de no necesitar como esta última el uso de la anestesia general. Esta operación, y lo mismo la del varicocele, las he simplificado tanto en su técnica, á fuerza de ejecutarlas, que casi las calificamos ya de operaciones de policlínica.

Para combatir en los viejos las coartaciones prostáticas que se oponen á la fácil salida de la orina, más frecuentes en ellos que las estricturas uretrales, aunque éstas también alguna vez tenemos que remediárselas á los que tuvieron borrascosa juventud, ha conquistado la Cirugía nuevos laureles, poniendo remedio á una enfermedad tan molesta y peligrosa como la hipertrofia de la próstata. La extirpación de ésta, y con ella por lo tanto la barrera que cierra el paso á la orina, operación en que veníamos estrellándonos, se ha resuelto con satisfacción completa del cirujano y paciente por la vía perineal, consiguiendo la cura radical, por este medio superior y más seguro que la castración y subsiguiente atrofia que nosotros hemos practicado en años anteriores. Tres casos de casi total extirpación de la próstata, que hasta la actualidad llevamos hechos, nos alientan á perseverar en tal conducta, que consideramos poco menos que inocente.

NUESTRA TÉCNICA

Los compañeros que nos visitan, y los que sin hacerlo tienen relaciones profesionales con nosotros, al pedirnos la nueva MEMORIA, han insistido para que, al mismo tiempo que presentamos la estadística, exponamos algunas notas respecto á nuestra técnica quirúrgica.

Esta es muy sencilla, se reduce á poner en práctica lo que en teoría sabemos todos. Nosotros tenemos para ejecutar rigurosamente la asepsia la ventaja de que estamos plenísimamente convencidos de su eficacia y de su verdad, por los numerosos casos que á diario nos lo demuestran, y que estas manipulaciones de previsión y precaución, ejecutadas á diario, producen en el espíritu lo que pudiéramos llamar el instinto de la asepsia, que para que sea perfecta tiene que hacerse así, casi inconscientemente. Pero no es sólo el impedir la llegada de los gérmenes patógenos á la herida el ideal que debe buscar el cirujano; esta circunstancia, aun conseguida en absoluto, y lograrla así es difícilísimo, no basta, pues la infección no es el único peligro de las operaciones, también tenemos que temer la hemorragia, la anestesia y las complicaciones postoperatorias. Para llenar la primera de estas condiciones, la del tratamiento de las heridas, el Wundbehandlung de los alemanes, nosotros nos servimos exclusivamente de la asepsia, usándola con todo rigor en las salas de operaciones y en la de curas, y procurando que, aun en las habitaciones de los enfermos, tienda un manto protector bajo la forma de la más severa limpieza en todos los objetos, pero muy especialmente en las ropas de cama. Estamos convencidos que la frecuente renovación de éstas y su legiación al vapor durante varias horas, contribuye mucho á conservar puro nuestro ambiente, á pesar de la muchísima cirugía séptica que recibimos.

La esterilización de las manos la logramos así: agua caliente y jabón diez minutos, aclararse en agua limpia para quitar el jabón, alcohol á 50 ó 60 grados uno ó dos minutos, sublimado al 1 por 1.000 dos minutos. No usamos cepillo para las manos, sino pelotas de hilo de madera pasadas por la estufa, y que después de usadas uno ó dos minutos se tiran, reemplazándolas por otra. Con esta preparación estamos seguros, y los resultados nos lo demuestran, de la completa purificación de nuestras manos. Cuando éstas, por la fuerza de las circunstancias, han tenido que tocar una herida eminentemente séptica, ántrax, edema maligno, etc., etc., no

tocan en veinticuatro horas ninguna otra herida, y las sometemos á repetidos lavados como queda dicho anteriormente, y después las sumergimos en permanganato de potasa al 3 por 1.000 hasta que se ponen negras, quitando luego el permanganato con ácido oxálico. Para ayudar la acción del estropajo seguimos usando la arena de mar muy fina, por lo bien que realiza la limpieza mecánica, pulimentando la cara palmar de las manos y dedos y espacios subungueales, que son las partes más difíciles de limpiar y las más á propósito para llevar la infección á las heridas. Este medio, que hace tiempo recomendó Madrazo, he visto que ha sido tratado recientemente, con todo el interés que merece, en revistas extranjeras, á propósito de la utilidad del marmorseife de Scheleich.

Los instrumentos los esterilizamos por la ebullición en agua con carbonato de sosa en el aparato Schimmelbusch, y luego se depositan en una bandeja de cristal, cubiertos con un paño esterilizado, en donde se van secando uno á uno, y así bien secos nos servimos de ellos.

El material de curas que gastamos: gasas, algodón de madera (papel), almohadillas de hilo de madera y paños de lienzo para envolver y proteger las partes operadas, las libramos de gérmenes por medio del vapor en el aparato Schimmelbusch. Al material para las laparotomías sistemáticamente, y también á casi todo el que nos sirve para las otras operaciones, le damos vapor dos veces. Método discontinuo. La gasa iodofórmica pasa también por la estufa después de preparada. La hacemos de manera que resiste cuatro y cinco esterilizaciones sin perder el iodoformo.

El material de ligaduras y suturas: el catgut, por el procedimiento de Saul, da muy buen resultado, raro ver una infección muy ligera. Sin embargo, por estas y otras razones uso restringido. Seda, ebullición en sublimado 1 por 1.000, veinte minutos discontinuos. Tolerancia perfecta de los tejidos á este material, que nosotros preferimos, pueden dejarse suturas superficiales, si está bien preparada la piel, catorce días sin que se altere un punto. Crin é hilo de plata, ebullición con los instrumentos. Los hilos incluidos ó de Pagenstecher los encontramos excelentes, dada nuestra manera de comprender la cirugía, pero no los usamos por estar satisfechos con la seda y crin.

Se opera bajo el régimen seco: secos los instrumentos, secas las manos, seca la gasa y el papel y seca todo lo posible la herida mientras se opera. Nosotros las abluciones con regadera si es en la superficie y con irrigador en las cavidades, los usamos antes de empezar la operación con mucha profusión, después que entra en juego el bisturí, todo seco.

El cloroformo que empleamos, el Salicylid cloroform, llamado cloroformo Anschütz, entre 3.400 cloroformizaciones, tres ligeros accidentes clorofórmicos sin la más pequeña importancia, vencidos con un poco de respiración artificial. Este anestésico le administramos con la mascarilla

sencilla modelo corriente; hemos ensayado el aparato de Gepert y de Junker en unas 400 cloroformizaciones, pero los hemos abandonado por la mascarilla en gracia á la sencillez. La media proporcional de nuestras dosis suele ser de 50 gramos por anestesia, pero teniendo en cuenta que la cloroformización es abierta, el enfermo absorbe unos 15, que es el consumo que resulta con el aparato de Gepert para una cloroformización ordinaria.

Nuestro sistema es, al principio aire y muy poco cloroformo, tranquilizar al enfermo y convencerle que respire sin miedo. Los enfermos que sin ser timoratos protestan á las primeras inhalaciones con viva resistencia no fingida, requieren mucha precaución, son tendenciosos al síncope cardiaco ó al laríngeo. Pasadas las primeras inspiraciones y visto que esto no es de temer, dosis fraccionada, gota á gota, poco aire y poco cloroformo. La cantidad de esto que debe tomar el enfermo es la justa para anestesiarle, pero ni una gota más. Una vez el enfermo en el sueño clorofórmico, se consigue más quitándole el aire que echándole cloroformo, y lo primero no es peligroso y lo segundo sí. Siguiendo este procedimiento con un cloroformizador atento, que vigile principalmente la pupila y los movimientos diafragmáticos, la anestesia tiene muy pocos peligros ó ninguno. El operador, sin separar la vista de la herida, puede seguir la marcha de la anestesia. Sangre negra en la superficie cruenta, cianosis, exceso de cloroformo. Si la sangre deja bruscamente de fluir, ¡ajo al corazón del enfermo!, puñetazo en la región precordial, cafeina y alcanfor. El síncope respiratorio se corrige fácilmente con la respiración artificial de Silvester y las tracciones rítmicas de la lengua de Laborde, ejecutadas lenta y enérgicamente, sin asustarse y manteniendo la herida cubierta durante estas manipulaciones para no infectarla. De otro modo, los accidentes sensibles serán dos: el clorofórmico y la infección. El cloroformo de preparación reciente, puro y tal como le entregan hoy los buenos fabricantes en envases de poca cavida y que le protegen del aire y de la luz hasta el momento de usarle, tiene poquísimo peligro. De todas suertes, siempre será un tóxico y como tal debemos procurar que nuestros enfermos tomen la menor cantidad posible. Lo justo, pero nada más. La marcha postoperatoria de los enfermos que consumen poco cloroformo es muy favorable. Esto se nota particularmente en las laparatomías y operaciones graves.

Afortunadamente y en prestigio del método anestésico general clorofórmico, podemos ofrecer una estadística de cerca de 4.000 operados, que añadiendo los que han sido repetidas veces cloroformizados durante el tratamiento quirúrgico, más aquellos otros que lo fueron únicamente con un fin diagnóstico, ó por otras pequeñas operaciones de Policlínica, y que en esta Estadística no consten, sí podemos afirmar que llegan á 5.000 las

anestésias clorofórmicas que llevamos practicadas en este Sanatorio, entre las cuales no hemos tenido que lamentar ninguna catástrofe. No queremos decir con lo expuesto que siempre esté en la mano del cirujano el evitarlas, porque existen casos fuera de toda previsión, y que han puesto en derrota al más experimentado cloroformizador, y que ocurren en las clínicas donde con más severidad y disciplina se ejerce la cirugía; pero es indudable que el cloroformo bien purificado, bien tenido en fresca temperatura y en la oscuridad, recientemente salido de la fábrica, y además administrado por médico competente y que diariamente está en tal mecánica, casi está libre de todo peligro.

Anestesia local.—La usamos mucho, practicando bajo ella algunas operaciones de relativa importancia, tales como hernias, tallas, extirpaciones de tumores, pleurotomías con resección de costillas, laparotomías exploradoras y todas las demás de menor cuantía. Usamos la anestesia por infiltración con solución Schleich y el embotamiento de la sensibilidad es absoluto. Nosotros nunca hemos practicado la inyección cocaino-raquídeana, porque desde hace ya siete años venimos empleando la anestesia Schleich con magníficos resultados, y la facilidad é inocuidad que presenta no puede ser mayor. Para que las anestésias locales resulten, es preciso que el operador sea rápido y que domine la operación. Con estas condiciones, el operador, creo que tenga tan buen resultado con el Schleich como con el Tüfier. Los resultados que obtiene este último con la cocaínización de la médula, los obtendría lo mismo con la anestesia local inyectando agua hervida; son debidos á su rapidez operatoria.

La hemostasia la terminamos siempre muy concienzudamente; vasos pequeños torsión, de cuarta clase para arriba ligadura. Material de ligadura, la seda.

Drenajes, rarísima vez en los asépticos, de gasa y pequeños, que levanto al tercer día para no reemplazarlos. De gasa también en los sépticos, en estos prefiero grandes rellenos á modo de taponamientos.

Para concluir, doy gran importancia á la técnica; á su perfeccionamiento debe hoy la cirugía sus progresos. El que la posee, no solo curará á muchos enfermos en la mesa de operar, sino que diagnosticará seguramente muy bien, pues la seguridad y el atrevimiento quirúrgicos que le permiten sus facultades, le consienten llegar á diario á los procesos, abrirlos y ratificar juicios. La técnica es lo más importante para todas las justas aplicaciones de la ciencia, y aunque consecuencia de esta, á veces por ella y sólo por un pequeño detalle, se ensancha y se dilata el horizonte del saber humano. De la marmita de Papín á la máquina de Watt y á la locomotora moderna, hay un abismo de utilidad y de progreso, pero el vapor es el alma de las tres y nadie negará que la primera es el origen de la última. De los mosquetes de Hernán Cortés á los cañones Krupp de

tiro rápido, en precisión, alcance, velocidad y poder destructor, hay enorme distancia; con pólvora funcionan los dos y su finalidad es la misma, sólo con detalles se ha llegado á los cañones modernos. El mundo de lo pequeño, el microcosmos se puede estudiar y la micrografia es hoy lo que es, por el perfeccionamiento de su instrumento indispensable el microscopio, la aplicación de colóraciones á los cortes y el uso de aparatos que permiten dar éstos extremadamente finos. Grandes descubrimientos, grandes progresos y beneficios para la humanidad, por la suma de pequeños detalles que al unirse representan un mundo. Esto es para mí la técnica, el arte del detalle, el dejar como permanente la maniobra que una vez nos sacó de apuros y nos dió buen resultado, el suplir de repente con facilidad y rapidez lo que parecía insuperable, el desarrollar el sentido de la precisión, del acierto y de la oportunidad y no olvidar en ningún momento que la física-química no es más que una, y que si no se opera bien, se opera mal. El procedimiento casi siempre es lo de menos, la manera de hacerle importa más.

Dr. Quintana Trueba.

Santander, Diciembre de 1903.



CAPILLA



AL tener la alta distinción de figurar en este gran centro quirúrgico como cirujano encargado de la especialidad de garganta, nariz y oídos, estimo deber manifestar que la condición más esencial é importante para poder merecer la confianza de mis compañeros y amigos, es que toda mi educación quirúrgica la he adquirido al lado de mi ilustre maestro señor Madrazo y en este Sanatorio, cuyo material, como véis, le constituyen ya por miles las operaciones.

Sabido es ya, y no hay para qué mencionar, que la base de los éxitos que hoy consigue la cirugía es con los métodos asépticos. Pues bien, este Sanatorio fué construído *ad hoc* para la aplicación más amplia y radical de los mismos con arreglo á las convicciones más profundas de su excelencia, que los éxitos de la práctica habían producido el ánimo de nuestro ilustre maestro, que desde la aparición de la era antiséptica y aséptica en el extranjero, no economizó medio ni sacrificio alguno para apoderarse de estos nuevos métodos, y ser el primero que en nuestro país los implantó. Mas no se vaya á creer que con una estufa de desinfección para material é instrumentos, agua esterilizada y unos cuantos antisépticos, puede cualquiera levantar pendón de cirujano, pues tales ideas traerían fatales consecuencias para enfermos y para los que bajo este concepto se pudieran creer cirujanos. No, ni esto es la Cirugía, ni la asepsia es un procedimiento tan sencillo, porque para su aplicación, el menor detalle, por simple que parezca, necesita una reconcentración de atención, al mismo tiempo que una multiplicación de la misma en todo lo que le rodea á uno, que sólo una práctica diaria y numerosa, bajo una dirección rigurosa, pueden dar la posesión del mismo. Mas si en esto no cabe improvisación alguna, mucho menos en lo restante; sólo á fuerza de acumulación de hechos, al lado de grandes maestros que guíen nuestro espíritu, se aprende á perseguir

el germen patológico en nuestro organismo, que siempre trata de hacer traición al dedo y vista no experimentados; sólo también en estas condiciones se facilita la resolución instantánea que el cirujano tiene que tomar en el acto operatario, y en una palabra, sólo así puede adquirirse el concepto y hábito quirúrgico, que el carácter que hoy tiene la Cirugía exige.

La especialidad de garganta, nariz y oídos, con el progreso cada vez más creciente de su técnica, ha ido sustituyendo especies patológicas que sólo podían ser sostenidas por pobreza en medios de exploración, por otras más racionales, más científicas y objetivas, basadas y fundamentadas en análisis diagnóstico, también más científico y objetivo, y que en tiempos no lejanos era impracticable. Pues bien, á medida que ese análisis ha ido produciendo dicha evolución, la terapéutica farmacológica ha ido perdiendo terreno, y la quirúrgica, con la fuerza de los hechos, ha ido invadiéndolo todo, haciendo tomar á la especialidad un carácter esencialmente quirúrgico; y si bien un número determinado de estas operaciones necesitan una técnica especial, que al fin y al cabo siempre en su esencia es quirúrgica, hay otro número cada día más creciente, que por su importancia, extensión y gravedad entran en el campo de la gran Cirugía, las cuales no se pueden acometer tranquilamente con los solos recursos de la especialidad. Fundándome en estas someras ideas generales, considero de gran importancia para mí el haber encontrado, á raíz de la vuelta de mis viajes de estudio sobre la especialidad en el extranjero, la buena acogida de tan ilustre maestro, con un Centro de tan nutrido material. Considero que le coloca á uno en condiciones excepcionales el especializarse procediendo de la Cirugía general.

Además, para terminar estas breves consideraciones, no quiero dejar pasar, por considerarlo de transcendental importancia, que el que reciba en este Sanatorio nuestros cuidados quirúrgicos, de especialidad siempre, tendrá á su lado á los grandes cirujanos acostumbrados á diario á tocar las entrañas, y á resolver también á diario los más graves y complicados problemas de la alta Cirugía.

Dr. Joaquín Santiuste.



ESTADÍSTICA DE LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS

Una estadística operatoria con que termina esta MEMORIA dirigida á médicos y clientes, es trasunto exacto del movimiento quirúrgico habido en este Sanatorio desde su fundación. Los números en este caso no tienen por objeto resolver ningún problema técnico pendiente, ni tampoco satisfacer la vanidad de los cirujanos que en dicha labor han intervenido, pues de antemano dice el señor Quintana, y yo afirmo, que no han faltado yerros, y que en el número de muertos que la nublan hemos tenido casos por defectos de arte y experiencia, y en los restantes, que fué la inmensa mayoría, acometimos las operaciones con la esperanza de que aquel organismo deteriorado pudiera resistir las injurias quirúrgicas que creíamos indicadas. También en estos últimos hechos hubo falta de apreciación, y nuestros sentidos resultaron impotentes para medir con precisión las energías con que aún contaba el enfermo, porque de haber sabido de antemano la inutilidad de nuestra intervención, á buen seguro que hubiéramos desistido de ella.

Pero ya que no es vanagloria de técnico y artista, ni procedimiento científico el que la ciencia hable á gente profana, sí creo conveniente poner á mis compañeros al alcance de la labor que aquí ejecutamos, y con los números á la vista puedan deducir de nuestra experiencia, éxitos y fracasos, y, caso de que crean en la lealtad que en ellos pongo, les sirva de guía para en todos aquellos acontecimientos que por mí pasaron ó que en su ayuda pudieran ir. Así mismo doy en el catálogo de operaciones aquí hechas norte á los clientes para que juzguen sobre las que en este Sanatorio se practican, callando las que no hemos tenido ocasión de hacer, y otras de especialidad que jamás haremos. De esta suerte los enfer-

mos podrán ilustrarse acerca de nuestra práctica, grande en unas y mucho menor en otras, como en aquéllas á fuerza de hacer van fáciles y sobre ruedas, y como en otras no estamos tan experimentados, ya por su menor frecuencia, ya por no haber concurrido con preferencia á este Instituto. A todo esto se da importancia en la Memoria por dirigirse en parte á gente que no tiene verdadera conciencia de esta sección de la medicina, cuya terapéutica violenta y cruel y cuya inmediata y gravísima responsabilidad tan hondamente nos aparta de los restantes proyectos médicos curativos.

Al ofrecer al público la Estadística de este Sanatorio—que no es la primera ni será la última—tampoco he querido perder la seriedad que esta comprometida profesión entraña; y si bien tengo alto interés en dar á conocer á otras gentes las labores que médicos y cirujanos á montones han visto, y saben ciertamente, no quisiera que mi rectitud ni severidad profesional se confundiera con esa literatura parlera de folletos y periódicos, que con secretos, misterios, falacias y engaños resurgen los tiempos de juglares, nigromantes y alquimistas, que al contacto de su magia y don excepcional, como por encantamiento, limpian de lisiaduras y resucitan los muertos, sacando de este modo y furtivamente, no la enfermedad ó defecto del cuerpo, sino el dinero del bolsillo, cuando más distraído y con la boca abierta está el crédulo y esperanzado paciente.

Muéveme á dar cierta extensión á mi propaganda la importancia del Instituto que lleva mi nombre, y para que éste viva y prospere, como á ello es acreedor, precisa que su influencia salga del radio de unos cientos de operados que por estas salas pasan anualmente, y se extienda á más clientela que la que basta á un solo cirujano. Es este Sanatorio montado con una porción de exigencias técnicas, pide muchos gastos de capital, personal técnico y no técnico, y un entretenimiento que, si bien garantiza el éxito de las operaciones, trae sacrificios pecuniarios excepcionales.

OPERACIONES PRACTICADAS EN EL SANATORIO MADRAZO

DURANTE LOS OCHO AÑOS

		Operados	Curados	En trata- miento	Muertos	OBSERVACIONES
Amputaciones	Del brazo	9	8	1	»	
	Decolación escápulo-humeral	4	3	»	1	
	Del antebrazo	3	8	»	»	
	Metacarpo-falangianas	26	26	»	»	
	Decolación coxo-femoral	6	6	»	»	
	Del muslo	19	17	»	2	
	De la pierna	23	23	»	»	
	De Lisfranc.....	1	1	»	»	
	De dedos	45	45	»	»	
	Pirogoff.....	6	6	»	»	
<i>Total de amputaciones</i>		147	143	1	3	
Resecciones articulares..	Sacro-iliaca.....	1	1	»	»	
	Coxo-femoral.....	23	22	»	1	
	De la rodilla.....	54	52	1	1	
	Del tarso	12	12	»	»	
	Tibio-tarsiana	20	19	1	»	
	Del hombro	16	16	»	»	
	Del codo	31	31	»	»	
Del carpo.....	11	11	»	»		
<i>Total de resecciones articulares</i>		168	164	2	2	
Vaciamientos y resecciones óseas en la continuidad, por caries y supuraciones consecutivas á procesos sépticos y tuberculosos las más.	Cranectomías.....	4	4	»	»	
	De la apófisis mastoides	3	3	»	»	
	Del frontal.....	6	6	»	»	
	Del parietal.....	1	1	»	»	
	Del maxilar superior	9	9	»	»	
	Del maxilar inferior.....	19	18	1	»	
	Condro costal.....	6	6	»	»	
	De dos costillas.....	14	13	»	1	
	De ocho costillas.....	5	4	»	1	
	De seis costillas.....	4	3	»	1	
	De cuatro costillas.....	9	8	»	1	
	De una costilla	9	9	»	»	
	De las vértebras dorsales (laminectomías).....	5	5	»	»	
	De la clavícula	4	4	»	»	
	Del húmero.....	8	8	»	»	
	Del radio	4	4	»	»	
	Del olecrano.....	5	5	»	»	
	Del carpo y metacarpo	10	10	»	»	
	De una falange.....	15	15	»	»	
	Del sacro.....	4	4	»	»	
Del hueso iliaco	9	8	1	»		
Del fémur	23	22	»	1		
De la tibia	32	30	1	1		
De la tibia y peroné.....	7	7	»	»	Traumatismos.	
Del calcáneo.....	9	9	»	»		
Del metatarso	13	13	»	»		
<i>Total de resecciones óseas en la continuidad ..</i>		242	233	3	6	

		Operados	Curados	En trata- miento	Muertos	OBSERVACIONES	
Limpiezas de procesos tuberculosos.....		59	56	1	2		
<i>Total de limpiezas de procesos tuberculosos..</i>		59	56	1	2		
Limpiezas de procesos sépticos.....		62	60	»	2		
<i>Total de limpiezas de procesos sépticos.....</i>		62	60	»	2		
<i>Tumores de la mama...</i>	Adenomas.....	14	14	»	»		
	Fibromas.....	11	11	»	»		
	Fibro-sarcoma.....	10	10	»	»		
	Carcinomas.....	123	123	1	1		
	Quistes.....	4	4	»	»		
<i>Total de extirpaciones de tumores de la mama</i>		164	162	1	1		
<i>Actinomicosis</i>	De la rodilla.....	1	1	»	»		
	De la pierna.....	1	1	»	»		
	Del maxilar inferior.....	1	1	»	»		
<i>Total de operaciones por actinomicosis.....</i>		3	3	»	»		
<i>Operaciones practicadas en el vien- tre.....</i>	Explenopexia.....	1	1	»	»		
	Exploradoras por tumores inoperables.....	50	50	»	»		
	Peritonitis difusas sépticas.....	4	1	»	3		
	Quiste hidatídico del hígado.....	20	17	1	2		
	Quiste hidatídico del bazo.....	1	1	»	»		
	Quiste dermoideo del ovario.....	7	7	»	»		
	Quiste dermoideo supurado del ovario.....	5	4	»	1		
	Quistes multiloculares del ovario.....	35	30	1	4		
	Quistes incluidos en los ligamentos anchos.....	14	12	»	2		
	Castración ovárica por fibromiomas.....	10	10	»	»		
	Cistosarcoma del ovario.....	3	3	»	»		
	Fibroma del ovario.....	3	3	»	»		
	Pio-salpingitis.....	25	25	»	»		
	Fibromiomas uterinos.....	151	140	1	10		
	Embarazo extrauterino.....	8	6	1	1		
	Ventro fijación uterina.....	1	1	»	»		
	Colecistotomías por litiasis.....	5	5	»	»		
	Apendicitis.....	22	17	»	5		
	Apendicitis supurada perforante.....	4	3	»	1		
	Tuberculosis intestinal.....	3	1	»	2		
	Mixoma peritoneal difuso.....	1	»	»	1		
	Resección total del ciego por apendicitis.....	3	3	»	»		
	Gastrotomías.....	1	1	»	»		
	Resección total del estómago.....	2	1	»	1		
	Gastro-enterostomías.....	19	16	»	3		
	Resecciones y suturas intestinales...	Anos contra natura.....	1	»	»	1	
		{ Por hernia umbilical.....	1	1	»	»	
		{ Por herida penetrante.....	1	1	»	»	
	Fistula estercoracea.— Por hernia inguinal y crural.....	{ Por hernia inguinal.....	12	12	»	»	
		{ Por tumores.....	6	3	»	3	
	Flemones estercoraceos.....	7	5	1	1		
	Hernias estranguladas.....	10	6	»	4		
Absceso renal.....	1	1	»	»			
Absceso pélvico.....	1	1	»	»			
Tuberculosis retroperitoneal.....	1	»	»	1			
<i>Total de operaciones practicadas en el vientre</i>		439	388	5	46	El otro poco tiempo después fuera del Sanatorio.	

		Operados	Curados	En trata- miento	Muertos	OBSERVACIONES	
Cura radical de hernias ó quebraduras	Hernias umbilicales (resección del saco y pared abdo- minal).....	14	14	»	»		
	Hernias inguinales.....	283	280	1	2		
	Hernias crurales.....	27	27	»	»		
	<i>Total de curas radicales de hernias.....</i>	<i>324</i>	<i>321</i>	<i>1</i>	<i>2</i>		
Operaciones practicadas en los órga- nos génito- urinarios de la mujer....	Legrados, por endometritis.....	121	120	1	»		
	Legrados uterinos con escisión del cuello.....	153	153	»	»		
	Vaciamiento y cauterización profunda con el termo por cáncer inoperable.....	39	38	1	»		
	Amputaciones del cuello y segmento inferior de la matriz.....	19	19	»	»		
	Colporrafias.....	85	84	1	»		
	Colpoperineorrafias.....	39	39	»	»		
	Vagino-fijación.....	25	25	»	»		
	Colpotomías posteriores.....	17	17	»	»		
	Histerectomías vaginales.....	67	63	1	3		
	Operación de Alexander-Adams.....	7	6	»	1		
	Pólipos uterinos.....	31	31	»	»		
	Pólipos uretrales.....	3	3	»	»		
	Dilatación uretral y extracción de cálculos.....	5	5	»	»		
	Fístula véxico-vaginal.....	33	29	»	1	3 sin lograr éxito.	
	Fístula véxico-uterina.....	2	2	»	»		
	Fístula recto-vaginal.....	6	6	»	»		
	Extracción de cuerpos extraños de la vejiga.....	5	5	»	»		
Talla vaginal.....	7	7	»	»			
Cistotomía suprapuviana.....	2	2	»	»			
Fisuras múltiples vulvo-vaginales (vaginismo).....	3	3	»	»			
Oclusión de la vagina.....	4	4	»	»			
<i>Total operaciones en los órganos génito-urinarios de la mujer</i>	<i>673</i>	<i>661</i>	<i>4</i>	<i>5</i>			
Operaciones practicadas en los órga- nos génito- urinarios del hombre.	Hidrocele.....	40	39	1	»		
	Hematocele.....	6	6	»	»		
	Varicoceles.....	27	27	»	»		
	Circuncisión.....	25	25	»	»		
	Hipospadias.....	9	9	»	»		
	Amputación del pene.....	10	10	»	»		
	Castración.....	23	23	»	»		
	Fístulas urinarias.....	11	10	»	1		
	Estrecheces. {	Dilatación gradual.....	26	26	»	»	
		Uretrotomías { Internas.....	53	52	1	»	
		Externas.....	11	11	»	»	
	Litotricias.....	4	4	»	»		
Tallas..... {	Medianas.....	4	4	»	»		
	Suprapuvianas.....	38	35	»	3		
Extirpación de próstata.....	3	2	1	»			
<i>Total operaciones en los órganos génito-urinarios del hombre</i>	<i>290</i>	<i>283</i>	<i>3</i>	<i>4</i>			
Cirugía renal.	Abscesos paranefríticos.....	4	3	»	1		
	Nefrectomías {	Riñón quístico.....	1	»	»	1	
		Riñón flotante.....	3	3	»	»	
		Riñón tuberculoso.....	2	2	»	»	
		Pionefrosis.....	8	7	»	1	
		Sarcomas.....	2	2	»	»	
	Nefrotomías. {	Por litiasis.....	3	3	»	»	
		Por uronefrosis.....	1	1	»	»	
	Nefropexias.....	2	2	»	»		
<i>Total de operaciones de cirugía renal.....</i>	<i>26</i>	<i>23</i>	<i>»</i>	<i>3</i>			

		Operados	Curados	En trata- miento	Muertos	OBSERVACIONES
Anquilosis...	{ Coxo-femoral.....	7	7	>	>	
	{ De la rodilla.....	16	16	>	>	
	{ Del codo.....	10	10	>	>	
	<i>Total de operaciones practicadas por anquilosis</i>	33	33	>	>	
Pie varus.....	{ Tenotomías { De un solo pie.....	31	31	>	>	
	{ De los dos pies.....	22	22	>	>	
	{ De los dos pies con resección.....	10	9	>	1	
	<i>Total de operaciones por pie varus</i>	63	62	>	1	
Transplantaciones y autoplastias.....		50	49	1	>	
	<i>Total de transplantaciones y autoplastias</i>	50	49	1	>	
Operaciones en los ojos..	{ Absceso lagrimal.....	8	8	>	>	1 sin resultado.
	{ Cataratas.....	6	4	>	1	
	{ Amputación parcial del ojo.....	10	10	>	>	
	{ Enucleación.....	12	12	>	>	
<i>Total de operaciones practicadas en los ojos</i>	36	34	>	1		
Operaciones del ano.....	{ Fístulas pelvirectales.....	18	18	>	>	
	{ Fístulas de ano.....	46	46	>	>	
	{ Tuberculosis perianal.....	5	5	>	>	
	{ Tumor fungoso muy voluminoso.....	1	1	>	>	
	{ Procidencia del recto.....	21	21	>	>	
	{ Imperforación del recto.....	6	6	>	>	
	{ Fisura del ano.....	20	20	>	>	
	{ Almorranas ó hemorroides.....	64	63	1	>	
<i>Total de operaciones practicadas en el ano</i>	181	180	1	>		
Extirpación de tumores..	{ Lupias de regiones diversas.....	20	20	>	>	
	{ Quistes.....	25	25	>	>	
	{ Lipomas.....	23	23	>	>	
	{ Escrófulas del cuello ó linfadenomas de cuello.....	41	41	>	>	
	{ Angiomas.....	12	12	>	>	
	{ Neuromas.....	2	2	>	>	
	{ Papilomas.....	15	15	>	>	
	{ Encondromas.....	10	10	>	>	
	{ Sarcomas.....	33	32	>	1	
	{ Fibro-encondromas.....	7	7	>	>	
	{ Epiteliomas.....	75	70	>	5	
	{ Carcinomas.....	6	6	>	>	
	{ Bocios quísticos.....	23	23	>	>	
	{ Bocios vasculares.....	10	9	>	1	
	{ Quiste asfixiante.....	1	1	>	>	
	{ Lupus.....	15	15	>	>	
	{ Queloides.....	9	9	>	>	
	{ Idatide.....	3	3	>	>	
	{ Pólipos del recto.....	8	8	>	>	
	{ Uña encarnada.....	10	10	>	>	
{ Extensas cicatrices del cuello.....	6	6	>	>		
{ Higromas.....	5	5	>	>		
<i>Total de extirpación de tumores</i>	359	352	>	7		

	Operados	Curados	En trata- miento	Muertos	OBSERVACIONES
Aneurisma de la poplitea.....	1	1	»	»	
Aneurisma de la glútea mayor	1	1	»	»	
Extirpación parcial de lengua.....	15	15	»	»	
Extirpación total de lengua.....	9	7	»	2	
Sutura del nervio mediano.....	1	1	»	»	
Sutura del radial	1	»	»	»	Sin resultado.
Quiste dentario.....	1	1	»	»	
Ránulas.....	4	4	»	»	
Elongación del ciático.....	1	1	»	»	
Resección del frontal (nervios).....	1	1	»	»	
Contracción de Dupuytren.....	3	3	»	»	
Resección del nervio maxilar superior.....	3	3	»	»	
Varices y úlceras varicosas	17	17	»	»	
Labio leporino	10	10	»	»	
Estafilorrafia.....	1	1	»	»	
Reducción de fracturas.....	29	29	»	»	
Reducción de luxaciones.....	35	35	»	»	
Extirpación de laringe.....	3	3	»	»	
Traqueotomías	17	17	»	»	
Amigdalotomías.....	22	22	»	»	
Pólipos de la laringe.....	25	25	»	»	
Resección de tabique.....	24	24	»	»	
Resecciones de cornete parcial y total.....	30	30	»	»	
Pólipos de la nariz.....	28	28	»	»	
Aberturas de senos frontales	4	4	»	»	
Aberturas de senos maxilares	6	6	»	»	
Extirpación de vegetaciones adenoides.....	36	36	»	»	
Paracentesis del tímpano.....	20	20	»	»	
Antrotomías	10	10	»	»	
Extirpación de pólipos del oído.....	18	18	»	»	
<i>Total de operaciones varias.....</i>	<i>376</i>	<i>373</i>	<i>»</i>	<i>2</i>	

*Operaciones
varias.....*

RESUMEN GENERAL

DE LAS OPERACIONES PRACTICADAS DURANTE LOS OCHO AÑOS
EN EL SANATORIO MADRAZO

	Operados	Curados	En trata- miento	Muertos	OBSERVACIONES
Amputaciones.....	147	143	1	3	
Resecciones articulares.....	168	164	2	2	
Resecciones oseas en la continuidad.....	242	233	3	6	
Limpieza de procesos tuberculosos.....	59	56	1	2	
Limpieza de procesos sépticos.....	62	60	2	2	
Tumores de la mama.....	164	162	1	1	
Actinomicosis.....	3	3	2	2	
Operaciones practicadas en el vientre.....	439	388	5	46	
Cura radical de hernias.....	324	321	1	2	
Operaciones practicadas en los órganos génito-urinaris de la mujer.....	673	661	4	5	3 sin éxito
Operaciones practicadas en los órganos génito-urinaris del hombre.....	290	283	3	4	
Cirugía renal.....	26	23	2	3	
Anquilosis.....	33	33	2	2	
Pie varus.....	63	62	2	1	
Transplantaciones y autoplastias.....	50	49	1	2	
Operaciones practicadas en los ojos.....	36	34	2	1	1 sin resultado
Operaciones practicadas en el ano.....	181	180	1	2	
Extirpación de tumores.....	359	352	2	7	
Operaciones varias.....	376	373	2	2	1 sin resultado
TOTAL.....	3.695	3.580	23	87	

Santander 31 de Diciembre de 1903.

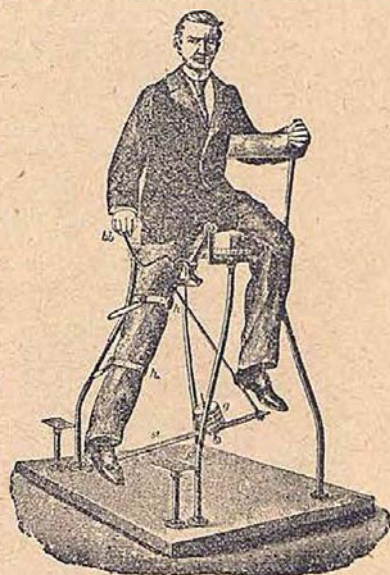
Enrique D. Madrazo.



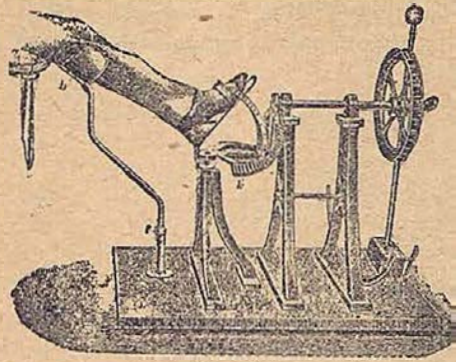
ORTOPEDIA

UNA institución quirúrgica como la que este Sanatorio representa, necesitaba con verdadera urgencia la organización de un gabinete ortopédico, que viniera á complementar la utilidad que en sí llevan las operaciones quirúrgicas. Todas las operaciones que directamente se practican sobre los huesos, las articulaciones ó los músculos traen consigo, después de la curación de la enfermedad que las motivaron, impedimento, casi siempre temporal, del funcionamiento del aparato locomotor, cuyos defectos, ya estáticos, ya dinámicos, vienen á remediarse, supliendo de una manera mecánica y pasiva, por medio de máquinas y aparatos, aquellas deficiencias musculares y articulares, que por sí solo el enfermo tardaría en recobrar ó quizás resultaría definitivo.

Existe un gran número de enfermedades de los miembros: pie, pierna y muslo, mano, antebrazo y brazo, que después de curadas dejan tras sí incorrecciones de los músculos y tendo-



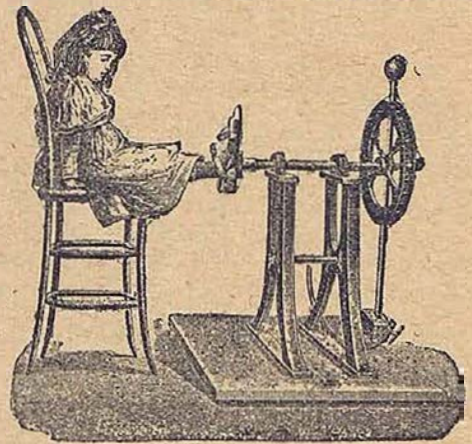
nes, rigideces é inmovilidad de las articulaciones que limitan ó imposibilitan el movimiento de tales miembros,



para cuya curación se precisa la ayuda que dentro de un gabinete ortopédico encuentra el enfermo.

Además de estas causas tan frecuentes de trastornos y defectos en el aparato locomotor, que un oportuno tratamiento ortopédico viene á remediar, se ofrecen á la diaria observación del médico deformidades é imperfecciones de los miembros, que son de nacimiento, y que hacen muy penosa ó del todo imposible la locomoción, ya por defectos físicos en los huesos, en las articulaciones ó en los tendones y músculos, las que generalmente con un poco de cirugía ortopédica y un mucho de tratamiento ortopédico no cruento, se consigue devolver funciones tan importantes como las que á los miembros están encomendadas y á toda la armadura ósea en general. Esos pies, que desde su nacimiento se dirigen ya hacia adentro, ya hacia afuera del verdadero eje estático, y que obligan á arrastrarse en vez de andar; esas piernas que en unos individuos se doblan hacia adentro, en forma de paréntesis (zambo), y en otros hacia afuera (estebado), y en todos ellos se aprecia la pérdida de las condiciones mecánicas de la estética normal, que trae consigo la dificultad de los movimientos, la falta de resistencia y la fealdad consiguiente, á todos ellos urge un tratamiento ortopédico conveniente si el cirujano quiere alcanzar la mayor suma de utilidad posible.

Además de estas causas tan frecuentes de trastornos y defectos en el aparato locomotor, que un oportuno tratamiento ortopédico viene á remediar, se ofrecen á la diaria observación del médico deformidades é imperfecciones de los miembros, que son de nacimiento, y que hacen muy penosa ó del todo imposible la locomoción, ya por defectos físicos en los huesos, en las articulaciones ó en los tendones y músculos, las que generalmente con un poco de cirugía ortopédica y un mucho de tratamiento ortopédico no cruento, se consigue devolver funciones tan importantes como las que á los miembros están encomendadas y á toda la armadura ósea en general. Esos pies, que desde su nacimiento se dirigen ya hacia adentro, ya hacia afuera del verdadero eje estático, y que obligan á arrastrarse en vez de andar; esas piernas que en unos individuos se doblan hacia adentro, en forma de paréntesis (zambo), y en otros hacia afuera (estebado), y en todos ellos se aprecia la pérdida de las condiciones mecánicas de la estética normal, que trae consigo la dificultad de los movimientos, la falta de resistencia y la fealdad consiguiente, á todos ellos urge un tratamiento ortopédico conveniente si el cirujano quiere alcanzar la mayor suma de utilidad posible.



Las deformidades de la columna vertebral, ya por las enfermedades que frecuentemente la asedian y quebrantan, ya por las desviaciones que en su período de desenvolvimiento la suelen sorprender, la incurvan y retuercen de tal modo, que no sólo trastornan las justas proporciones de la estética, sino que desvían y dislocan órganos y vísceras á ella anexos, perturbando funciones muy esenciales á la vida.

Por estas razones se ha creído conveniente para esta institución quirúrgica y útil para sus clientes la organización de un centro ortopédico, donde puedan encontrar alivio ó curación un gran número de enfermos ó lisiados, que bien lo han menester.

