

BOLETIN

— DE —

CIRUGÍA

I.—Original

Hernias raras de la pared abdominal anterior

Por José Teresa Bedera

Quiero descartar con este título las hernias que suceden á la cicatriz de una laparotomía, ya que estando actualmente tan multiplicadas las intervenciones ventrales no es del todo rara esta consecuencia.

Tres observaciones de hernias epigástricas y una de la región del ciego, en la *línea semilunar de Spiegel* motivarán las siguientes consideraciones:

A) El estudio de las hernias epigástricas es interesantísimo. Con frecuencia el enfermo al consultar desconoce en absoluto su padecimiento; si el médico no diagnostica por no haber tenido ocasión de estudiar, con anterioridad, casos semejantes, impone un tratamiento dietético y farmacológico cuando en realidad desaparecerían las molestias con una sencilla intervención.

No cabe tanta confusión si el exámen objetivo denota fácilmente la tumoración; esto pone sobre la pista y examinando más atentamente se llega á precisar la clase de enfermedad.

Hay quien considera más frecuente la hernia epigástrica en la mujer, teniendo en cuenta el embarazo como una gran causa predisponente. Otros en cambio (y son la mayoría) opinan que el hombre la padece más á menudo.



Los tres casos observados por mí eran varones. Dos de ellos achacaban su enfermedad á un violento esfuerzo. El otro llegó á nuestras manos pensando que su padecimiento era una úlcera gástrica, tan agudos eran los dolores que aquejaba. La palpación denotó un pequeño abultamiento, del tamaño de una avellana; había que explorar despacio y con suavidad para reconocerlo. Era sumamente dolorosa la presión.

Operatoriamente pudo comprobarse un pequeño saco recubierto de grasa y teniendo en su interior encarcelado un trozo de epiplon.

Mayores dimensiones revestían las otras dos hernias; nuevamente en una encontramos el epiplon; en la otra, el saco estaba vacío. Los enfermos al venir á la consulta sabían que eran portadores de la tumoración epigástrica.

La intensidad de los dolores y las molestias que los enfermos aquejan se atribuyen á ataques pasajeros de estrangulación, á tiranteses del epiplon ó á compresión de los filetes nerviosos que pasan por los pequeños orificios de la línea blanca.

El síntoma dolor puede decirse que nunca falta y cuando lo contrario ocurre se trata de una falsa hernia (hernia grasienta de Terrier) que viene á ser la primera etapa de la fabricación herniaria; los lipomas subperitoneales son los que creciendo hacia el exterior atraviesan los espacios existentes entre las vandoletas aponeuróticas y atraen tras de sí un infundíbulo de la hoja parietal del peritoneo; este infundíbulo puede convertirse en un saco herniario.

Así como se presentan casos en los cuales la hernia epigástrica hace pensar en una úlcera gástrica, puede ocurrir hallarse ambas enfermedades asociadas y entonces habrá que saber desligar los síntomas de una ó de otra. El doctor norteamericano W. Soper, refiere un caso de esta coexistencia; piensa que la presencia de la hernia epigástrica puede ser un impedimento para la curación de la úlcera, ya que después de la operación y á pesar de las trasgresiones de régimen no volvió á tener, su enfermo, el menor trastorno; aconseja en presencia de toda hernia epigástrica muy dolorosa, con sospechas de úlcera gástrica, explorar operatoriamente el estómago por si se descubre una úlcera aplicar el tratamiento apropiado.

Diagnosticada la afección de que me ocupo la cura radical se

impone; está exenta de peligros. Incindida longitudinalmente la piel se pone al descubierto el lipoma que recubre al saco; conviene quitar esta grasa para descubrirlo; si hiciese falta se dilata el anillo herniario. Una vez abierta la prolongación peritoneal, no descubriendo nada en su interior, hay que ligarla y resecarla. Es lo frecuente no encontrar ninguna víscera; el estómago se aloja con más facilidad en una hernia umbilical, pero no quiere esto decir que no pueda presentarse en una epigástrica; el impedimento es el pequeño volumen de la hernia, pero las hay de tamaño muchísimo mayor.

El cierre del orificio músculo-aponeurótico se reduce á dar unos puntos entrecortados, de preferencia con *crin* en sutura de *Lembert*; luego otro plano para la piel y tejido celular.

Al Congreso alemán de cirugía, en Marzo de 1910, presentó el Dr. Laewen, de Leipzig, un caso de una hernia de la línea blanca curada por trasplatación perióstica; hombre de 50 años con una hernia epigástrica más grande que el puño. Tres tentativas de cura radical fueron seguidas de recidiva. En la última operación practicada, el cierre del orificio redondeado fué imposible por razón de la rigidez y de la inextensibilidad de sus bordes; los dos músculos rectos se encontraban muy separados. En vista de ello, se implantó á nivel del orificio, entre el peritoneo y la aponeurosis adelgazada, un colgajo de periostio (medía diez centímetros de ancho por trece de largo) quitado de la cara anterior de las dos tibias del enfermo. La operación data de once meses, no habiéndose presentado la reproducción.

B) La variedad de hernias desarrolladas en la *línea semilunar de Spigel* ó sea en el borde externo del recto mayor, entre las fibras de la aponeurosis del transversal, es más excepcional que las anteriores.

Hé aquí los datos principales de nuestro enfermo: Tratábase de un sujeto sexagenario, el cuál desde hacía un año notaba después de las comidas una sensación de tensión en la fosa ilíaca derecha; de cuando en cuando crisis dolorosas con meteorismo, pero sin elevación térmica; estreñimiento habitual. La exploración denotaba una masa tumoral en la región del ciego, no muy dura, de contornos irregulares, submate á percusión; deslizable debajo de la piel y tejido celular, dando la sensación de que algo disminuía de volúmen por la presión.

El diagnóstico no resultaba claro; hacía pensar en una neoplasia maligna y este juicio formuló un doctor que con anterioridad había visitado al paciente.

Se examinó el caso varios días; en una de las exploraciones se pudo conseguir hacer desaparecer la tumoración bajo los dedos. Pudo esclarecerse el asunto; la masa tumoral era sencillamente una gran retención fecal en el ciego y parte del intestino grueso contenidos en un saco herniano, cuyo camino se había fraguado entre las fibras aponeuróticas del transverso.

Descubierto el verdadero secreto de las molestias cotidianas, su médico de cabecera practicaba hábilmente el masaje con el fin de desalojar las heces estancadas y reintegrar á la cavidad abdominal los intestinos desplazados. Una faja ortopédica resultaba insuficiente para contener la hernia y como las molestias se sucedían, la operación se impuso.

El intestino ciego y colón ascendente eran los elementos que se encontraron en el saco de una voluminosa hernia intestinal, la cual se había desarrollado entre el transverso y los oblicuos. No existían adherencias externas ni tabicamientos interiores; fácilmente se redujo la hernia y se reseco el saco. El anillo fué obturado por cinco puntos de crin.

En este caso que acabo de describir sucintamente á pesar de tratarse de una hernia voluminosa, el diagnóstico no se hizo, en los primeros momentos, de una manera terminante, debido á ciertas condiciones; pero en general esta afección no suele pasar desapercibida en sus comienzos teniendo en cuenta que la *línea semicircularis*, ó el borde externo de los rectos es sitio para que una hernia, particularmente en los viejos, haga su aparición espontánea.

II. Original.

Un caso de secuestro doble de la pared posterior del conducto auditivo externo consecutivo á un proceso osteomielítico primitivo de las células mastoideanas.

Por Joaquín Santiuste

Hace unos meses se presentó á consultarme J. G. (de Asturias) de seis años de edad, que según referencia de sus padres, tuvo hace un año próximamente, una fiebre calificada de infecciosa, que le duró cincuenta días, llegando al mayor estado de demacración. Empezó la fiebre con vómitos incoercibles que cesaron á las 24 horas. En el curso ulterior de la fiebre lo que más llamó la atención fué un estado de soñolencia, sin dolor en los oídos, ni supuración; ésta apareció á la terminación de la enfermedad.

A los dos meses, ya bastante repuesto y continuando la supuración, le notaron que por ambos conductos además de la abundante cantidad de pus asomaban carnosidades, motivo por el cual le llevaron á consultar con dos especialistas que le extrajeron porciones de estas carnosidades, las cuales volvieron á reproducirse al poco tiempo.

En el momento que nosotros le vimos, fluía por ambos oídos un pus cremoso y sanguinolento muy abundante. Después de bien limpios los oídos, aparecía rebasando el orificio externo del conducto auditivo del lado derecho, una masa polipoide voluminosa, y en el izquierdo, sin necesidad de especulum, nada más que levantando hacia arriba y atrás el pabellón de la oreja aparecían muy inmediatas las mismas masas poliposas que en el lado derecho. Examinamos la región mastoidea detenidamente, y no presentaba ninguna tumefacción, y sí únicamente ligero resentimiento á la presión.

El estado general era muy bueno; estaba el niño bien nutrido, comía y dormía perfectamente, estando alegre y contento.

Hay que dejar anotado que este niño que se había criado sano, nunca había sufrido ninguna enfermedad de los oídos.

De todo lo que queda referido llegamos á formar el diagnóstico de otitis media supurada que había dado lugar á la formación de pólipos.

Como al niño, parte ya por las manipulaciones anteriores, parte porque esa supuración tan abundante había producido erosiones y un gran estado de irritabilidad de los tejidos, no se le podía tocar sin dar lugar á lloros y grandes protestas, procedimos á practicarle la extirpación de los pólipos y limpieza de todas estas fungosidades bajo la anestesia clorofórmica. Esta intervención tuvo tan poco éxito como la que le habían hecho anteriormente, pues á pesar del mayor cuidado y constancia en las curas continuaba la supuración en gran escala, y volvía á presentarse el mismo tejido vegetante. Sólo conseguimos la desaparición en el oído derecho de aquellas vegetaciones más externas, que tenían su origen en las paredes del mismo conducto en su porción más exterior.

En vista, al cabo de cierto tiempo, de la persistencia de la afección procedimos á repetir la operación, también bajo la anestesia clorofórmica. Entonces pudimos apreciar la existencia de secuestros en la pared posterior del conducto que como gozaban de cierta movilidad, intentamos extraer por la vía natural sin poderlo conseguir. No nos quedaba otro recurso que la vía retroauricular. Nada más hecha la incisión de los tejidos blandos, vimos que el hueso en la pared externa del *antrum* estaba perforado; que el secuestro que habíamos visto anteriormente llegaba también á esta región. Sacado éste con suma facilidad vimos que era una lámina grande correspondiente á una gran parte de la pared posterior y superior del conducto auditivo externo. Pasamos en seguida al raspado y limpieza de las fungosidades que llenaban una cavidad que se encontraba debajo del secuestro. Entonces pudimos apreciar que el *antrum*, caja y conducto auditivo externo constituía una sola cavidad y por lo tanto hecha la operación radical.

Terminada la operación en el oído derecho, procedimos á repetir lo mismo en el oído izquierdo, encontrando idénticas lesiones.

Estas alteraciones que quedan referidas, iguales en ambos

oidos y que únicamente nos puso de manifiesto la extensa intervención operatoria descrita, nos indujeron á reflexionar más sobre el caso y relacionándolas con la historia nos ha llevado á modificar nuestro primer juicio, inclinándonos á creer, que se trataba de un proceso osteomielítico; que á la inversa de lo que generalmente suele ocurrir, tuvo su origen en la apófisis mastoide, considerándole análogo á las osteomielitis de los huesos largos de las extremidades, que con tanta frecuencia se ven en la cirugía general.

En efecto, según lo que queda anteriormente anotado, á este niño sano y sin haber estado nunca enfermo de los oídos se le presenta una fiebre con constantes vómitos en las primeras 24 horas, continuando la fiebre sin que llamara la atención de una manera señalada, más síntoma, que un estado de soñolencia. No se observa en el curso de la fiebre ningún síntoma auricular, y al final de la misma aparece una supuración muy abundante, notándose al poco tiempo las fungosidades. No es posible que la supuración en tanto tiempo hubiera quedado desapercibida, y creo que como en esas osteomielitis del fémur ó de la tibia el proceso local fué el causante de toda la enfermedad. El cuadro clínico de esta afección, no puede menos de traernos á la memoria su analogía con el que corresponde á esas osteomielitis bien conocidas y de origen muchas veces hematógeno. Las lesiones anatómo-patológicas son las que corresponden también á este género de infecciones óseas; secuestros grandes que abarcan casi toda la extensión del hueso donde asientan; la médula del hueso convertida en un detritus orgánico y fungosidades al rededor del secuestro. En este caso el gran secuestro comprendía la pared posterior del conducto auditivo, y el detritus orgánico de la médula, las células mastoides convertidas en fungus.

No hay que pensar en este caso en los vaciamientos que en las otitis crónica supurada produce los colesteatomas porque además de no ser estas las lesiones anatómo-patológicas, no existía otitis crónica supurada anterior. Podemos pensar que el origen primitivo fuera una otitis aguda supurada; pero ésta, aunque en ocasiones sorprende á uno con grandes destrozos en las células mastoides en poco tiempo, nunca la hemos visto llegar á producir secuestros de esta magnitud. Por otra parte una otitis aguda no tiene ese cuadro clínico, y además

dada la violencia séptica que en este caso había que suponerla, no podía pasar desapercibida, ni por sus intensos dolores, ni por la abundante supuración, en todo el transcurso de la enfermedad.

Además sabemos que una otitis aguda puede dar lugar á complicaciones intracraneales y todo lo que se quiera, pero nunca pasar silenciosamente, dando ocasión á la serie de trastornos que sufrió este niño. También es bien raro que sea bilateral. En cambio, por último, á nuestro juicio todo puede tener fácil explicación, considerándolo dependiente de un proceso osteomiélico de las células mastoides.

III.—Original

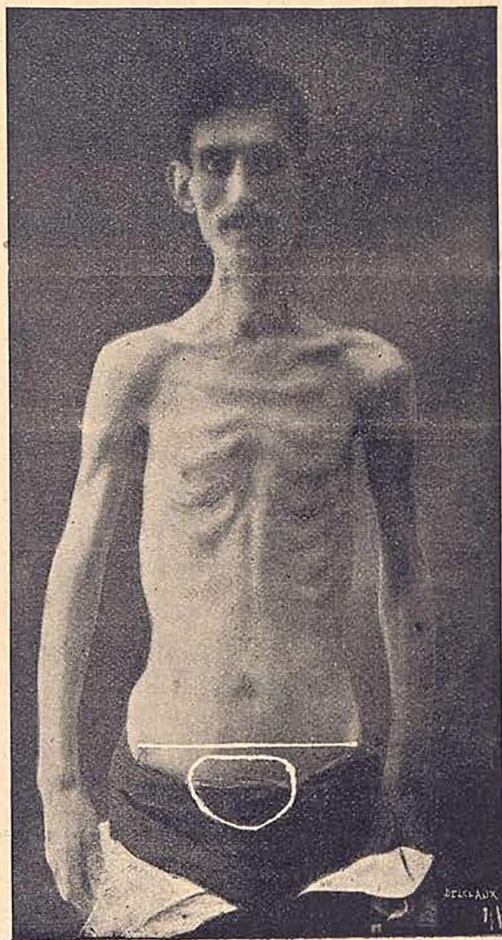
NOTAS CLÍNICAS

Por Mariano Morales

Un caso notable de gastrosucorrea

B. C., 23 años, soltero, vecino de Reinoso, mide de altura 1'80 metros. Pesa 49 kilos. Hace quince meses principió á sufrir del estómago, con dolores de hipersecreción alimenticia que se presentaban por la tarde y por la noche. Tres meses más tarde se calman y principia á sentir peso, alguna molestia mal definida y vómitos. Estos son alimenticios y acuosos. La desnutrición ha sido muy rápida y la sensación de hambre cada vez mayor.

Examinado el enfermo llama la atención su gran desnutrición, como puede verse en el grabado. El estómago se presenta enormemente dilatado, llega á seis traveses de dedo debajo del anillo umbilical, se ven algunas contracciones peristálticas. El cateterismo en ayunas rinde 4 litros de líquido de éxtasis con gran abundancia de residuos alimenticios y fuerte fermentación. Se lava el estómago, al enfermo se le obliga á permane-



cer á dieta dos días, y diez y ocho horas á dieta absoluta; se le examina en ayunas y sacamos de su estómago dos litros de un líquido amarillo verdoso, que analizado resulta que tiene 2,3 por 1000 de ácido clohídrico libre y 0,5 por 1000 de ácido clohídrico combinado. Las reacciones cualitativas del ácido clohídrico muy fuertes, ausencia de bilis por cuya razón el color del líquido debía ser debido al *Cryptococcus Salmo*. La reacción de Weter para investigar la sangre resulta negativa.

El diagnóstico de gastro-sucorrea con estenosis del piloro de origen ulceroso se impone á pesar de la ausencia de hematemesis y el resultado negativo de la reacción Weter.

Si el diagnóstico era claro la indicación precisa, practicando el Dr. Quintana con su característica habilidad una gastro-entrostomía anterior. Ninguna consecuencia operatoria y 20 días después sale del Hospital de San Rafael repuesto y sin molestias, está curado.

La operación confirmó el diagnóstico; el enfermo sufría una úlcera pilórica de pequeñas dimensiones que había determinado la estenosis del piloro.

Este caso es notable porque nunca habíamos observado una secreción en ayunas tan grande; las cantidades de 400 ó 500 gramos después de someter el estómago á reposo son extraordinarias, y dos litros en las condiciones de experimentación á que habíamos sometido al enfermo nunca lo habíamos visto ni leído. Pero tiene más interés clínico este caso por la forma de desarrollarse; su período doloroso fué muy breve, él mismo le daba poca importancia, y como el apetito era muy grande y la desnutrición intensa y rápida pasado este primer periodo en que el dolor calma, como no ha habido hematemesis ni síntomas de perigastritis, el clínico está autorizado para pensar si el síndrome que observaba era producido por alguna compresión de origen extragástrico ó consecutivo á una infección general como la tuberculosis.

Estas ideas se reforzaban con el exámen radioscópico del enfermo, el óvalo blanco señalado en el fotograbado es una reducción de un radiograma obtenido con el rayo normal, el bismuto se acumula en la parte inferior del estómago y dá ésta imágen la impresión de una gran atonía del estómago. No podíamos pensar en un estómago binocular porque al hacer la compresión

de la bolsa gástrica ascendía la papilla de bismuto sin ninguna dificultad. La ptosis que se observa es funcional, las inserciones superiores del órgano estaban normales y si en la figura aparece caído es por la insuficiencia motriz. Ahora bien, la insuficiencia motriz demostrada por los rayos X se presenta en todos los casos de hipersecreción en ayunas y en nuestra opinión existe una relación directa entre estos dos fenómenos hasta tal punto que unidos pueden servir de base para la clasificación de las gastrosucorrea. La pequeña gastrosucorrea con 50 ó 60 gramos en ayunas va acompañada de una bolsa gástrica atónica cuyos límites bordean el anillo umbilical y los residuos del líquido que se extrae sólo son visibles al microscopio. La gastrosucorrea de mediana intensidad con 100 gramos ó más de líquido, dan radiogramas que descienden del anillo umbilical, éste aparece como centro de la bolsa gástrica, el líquido extraído contiene algún residuo visible sin el auxilio del microscopio. En las muy grandes la bolsa gástrica desciende por completo por debajo del anillo umbilical, éste queda por encima de la misma y la cantidad de líquido es muy grande.

Esta manera de ver la antigua enfermedad de Reichmann podrá parecer muy esquemática, pero ésto es lo que nos enseñan los enfermos y como el asunto tiene una gran importancia lo trataremos en otra ocasión.

En resumen las enseñanzas clínicas que de éste caso podemos deducir, son las siguientes:

- 1.º Que la úlcera gástrica puede determinar en poco tiempo una gran estenosis del piloro, evolucionando silenciosamente sin grandes dolores y sin hemorragia.
- 2.º Que la operación debe practicarse aun tratándose de casos desesperados como el que reseñamos, sin que el estado general deplorable sea contraindicación; y
- 3.º Que la gastro-enterostomía anterior, cuando la operación está bien indicada da buen resultado.

Tumor del Pancreas

E, E., de 16 años, de Laredo. Después de unos días de malestar siente un día un dolor en el costado derecho seguido de escalofríos y fiebre; poco después aparece una ictericia intensa y completa, el enfermo se desnutre rápidamente y tiene una por-

ción de síntomas gastro-intestinales corrientes en las obstrucciones del coledoco.

De la exploración resulta: Un muchacho muy demacrado, con una ictericia muy intensa y constante desde hace tres meses, edemas en los miembros y en el escroto, vientre ligeramente timpanizado. A la palpación se descubre un punto muy doloroso encima del anillo umbilical que impide la exploración, el hígado desciende cuatro traveses de dedo del arco costal, la vesícula biliar larga y gruesa llega hasta el punto de Mac Burney. Bazo hipertrofiado.

Se diagnostica tumor de la zona coledoca-pancreática. Se hace una laparotomía que demuestra la existencia de un tumor sarcomatoso de la cabeza del páncreas que aprisiona el duodeno y el coledoco. El drenaje hepático que practica el Dr. Quintana con un fin paliativo da resultado los primeros días, luego el enfermo fallece víctima de su dolencia superior á los esfuerzos de la ciencia.

El interés clínico de este caso consistía en que tal como su historia patológica se presentaba, se podía hacer el diagnóstico fundándose en la ley de Courvoisier. La vesícula biliar estaba sana, era indolora, se desplazaba con facilidad y su aumento de volumen era muy rápido. La ictericia era permanente é invariable. Los fenómenos febriles eran del principio y sin haber revestido los caracteres de la fiebre intermitente hepática. El enfermo sufría una obstrucción del coledoco de curso rápido y como no podía ser por litiasis porque le faltaba historia y le sobraban muchos signos, había que pensar en una causa extrahepática y fijar la atención en el páncreas.

El enfisema de Freund

Del cuadro del enfisema pulmonar clásico se ha separado una modalidad debida á la alteración primitiva de los cartílagos costales 2.º, 3.º y 4.º que provocan una dilatación rígida del torax en inspiración; esta forma que en 1858 describió Freund ha sido resucitada por Kildebrant en 1906, habiendo sido operados 40 casos con resultados muchos de ellos favorables.

La respiración se compone de dos actos, uno activo ó inspiración, otro pasivo ó espiración, en cuyo momento los cartílagos costales deformados por la inspiración, vuelven á su primitiva

posición, pero si estos han sufrido una transformación que camina á la calcificación fijan al torax en inspiración y el enfisema de Freund está constituido.

Si divulgamos este tipo de enfisema es para ver si nuestros compañeros tienen más fortuna de encontrar casos operables; el diagnóstico clínico de esta variedad no está todavía bien cimentado ó los casos no son frecuentes.

Los antecedentes de los enfisematosos tipo Freund difieren del enfisema ordinario en no figurar las bronquitis repetidas susceptibles de alterar el tejido pulmonar. La dilatación rígida del torax puede ser unilateral en el Freund porque la lesión domina y principia por los cartílagos intercostales 2.^o y 3.^o del lado derecho.

Los cartílagos enfermos son más voluminosos, más espesos y más irregulares. La radioscopia y radiografía pueden demostrar una opacidad al nivel de los cartílagos degenerados, el diafragma deprimido, los movimientos de excursión que se observan habitualmente en la pantalla fluoroscópica debilitados y los senos costo-diafragmáticos ensanchados.

Si se hace la Akidopeirastia ó sea la exploración del cartílagos con la aguja, puede encontrarse la degeneración del cartílagos, tropezar con zonas calcáreas ó placas muy fibrosas.

Cuando los enfermos están al principio, antes de haberse determinado lesiones cardio-aórticas, se benefician con la operación si ya han llegado á este período; según la experiencia de Tuffier la intervención no da ningún resultado.

La operación es muy sencilla, puede hacerse hasta con anestesia local, pues queda reducida á reseca los cartílagos enfermos en la extensión de uno á dos centímetros.

Se comprende que toda dificultad consiste en diferenciar los tipos, porque clínicamente los demás síntomas son iguales en ambos casos de enfisema.

Clínica Quirúrgica de San Rafael

Resecciones articulares.—Extensa resección costal

Por Manuel Pelayo

Dos intervenciones de las más interesantes entre las practicadas en el mes de Febrero quedan registradas en éste mismo número por nuestro compañero el Dr. Morales en un artículo suyo: son éstas, una gastro-enterostomía anterior por úlcera gástrica y enorme ectasia de éste órgano, y una laparotomía que confirmó el diagnóstico hecho *a priori* de tumor del páncreas que comprimía el coledoco y producía consecutivamente ictericia muy pronunciada.

De afecciones articulares sólo se han presentado en el último mes cinco casos que precisaran la resección correspondiendo á las siguientes articulaciones: cadera, hombro, muñeca, codo y garganta del pié. Sólo la cadera y la muñeca estaban sin operar, aún presentando ésta última fístulas: las demás hacía largo tiempo que habían sido operadas y más de una vez.

Indudablemente á pesar de lo que creen muchos de los que no dedican su atención especialmente á la cirugía, las tuberculosis de las articulaciones representan un escollo, un punto de los más difíciles de la cirugía que sólo puede ser vencido y no siempre, por los cirujanos ya hechos, familiarizados con la resección y con las afecciones osteo-articulares.

Por ésto unas veces es dable respetar una articulación, no resecarla, y extirpar no obstante el principio de una localización tuberculosa y otras en cambio no se llega despues de creer que se ha intervenido radicalmente, á eliminar todo lo enfermo. En estos dos extremos es fácil caer: unas veces, sólo interviene la cucharilla que arrastra algunas fungosidades de una fístula ó algunos pequeños fragmentos de hueso necrosado pero el afecto articular es más extenso y la dolencia sigue su curso: en otros casos se practica una resección que es inútil, que pudiera haberse sustituido con ventaja por una operación de ahorro teniendo ésta última en su favor, la falta de deformación y la completa integridad funcional.

De aquí ha nacido en gran parte la fama que tiene la cirugía

de huesos y articulaciones: fama de ser pesada en la reparación, fama de dar muchas veces muy mediano resultado.

Y partiendo de ésta mala reputación, ha salido ese proceder que Calot quiere erigir en método. Pero lo que hoy practica Calot, ya era ántes que él lo divulgara, una práctica de todos los días. Al principio todos los cirujanos procuran atajar el florecimiento de una tuberculosis articular, con la higiene y la inmovilización. Lo que pasa, es que pocos clientes y no hablemos de los que concurren á los Hospitales, se encuentran en el ambiente higiénico como los asistidos por Calot. Y sólo á estos dos medios prestan atención los médicos por cuanto en la virtud de las inyecciones intra-articulares, pocos son los que créen. Prescindiendo de Calot—aunque también á veces recurre al bisturí—y de otros cirujanos que no intervienen cuando las lesiones se han fistulizado, en los restantes el parecer es unánime.

En el 80 por 100 de los casos es verdad que la resección debe ser una operación reglada, sistemática, hecha con amplitud; pero queda una minoría de casos en que una operación de ahorro cura más pronto y mejor que otra extensa y mutiladora.

Estos desperdigados apuntes tienen su base en lo que veo y observo desde que asisto al Hospital de San Rafael, y en lo que practica el cirujano del mismo Dr. Quintana. Y en la misma jornada en que se hace una resección tipo, se extrae, por ejemplo, un secuestro de la epífisis sin abrir la articulación consiguiéndose al par de la curación una reintegración funcional absoluta. Así es que en el codo, por ejemplo, hay con suma frecuencia puntos atacados que si se saben distinguir y se suprimen, previenen la invasión de toda la superficie articular. Estos puntos primitivamente afectos, residen unas veces en el olécranon, otras en la epitroclea y á veces por debajo de la cabeza del radio. En estos puntos suele haber una mayor sensibilidad á la presión encontrándose al intervenir ó un absceso frío ó un grupo de granulación blanduja.

También es la edad un punto que tiene suma importancia en la decisión del cirujano. En un niño, con los cartílagos de conjunción en actividad, una extensa resección solo se practicará en caso extremo, puesto que ha de dejar tras de sí una mutilación, peligro que no se corre tratándose de adultos.

He presenciado una resección costal extensa: tanto, que se quitaron las costillas 2.^a á 10.^a ambas inclusive. La incisión que ví practicar no se parece en nada á la conocida de Schede. Esta incisión que hizo el cirujano del Hospital, tiene la forma de una *T* invertida y tenía por tanto una rama vertical y horizontal la otra que cruzaba á la primera. Esta incisión dió mucho campo que era muy preciso, puesto que las costillas se cortaron en la longitud de 5 á 10 centímetros.

El paciente era un herrero que tenía una antigua cavidad en la pleura, fuente inagotable de supuración. Mas á pesar de todo, su estado general era muy bueno: hombre corpulento y de grandes resistencias.

Tenía en el lado izquierdo que fué donde se practicó la intervención, una cicatriz como si hubiere sufrido una intervención de Schede. Las costillas eran asiento de una noviformación ósea grandísima lo cual nada me llamó la atención porque he visto algunos casos similares, en que esta hiperproducción ósea llegaba al extremo de constituir verdaderas tumoraciones de gran desarrollo.

Claro es que la primera vez que se interviene en casos de esta naturaleza, no es posible preveer esta noviformación de huesos, pero al tener que operar segunda vez y encontrarse con ellas, hay que prescindir de obrar subperióticamente y extirpar el hueso nuevo y el periostio.

Con esta incisión en *T* espera el Dr. Quintana mejorar los resultados de las toracoplastias. Los dos colgajos que resultan tienen mucha nutrición y por ende gran vitalidad: no tienen ninguna tendencia á retraerse hacia arriba sino al principio hacia afuera, poniendo así al descubierto la herida. Además las vísceras torácicas quedan mejor protegidas, y después cuando viene la retracción cicatrizal, cuando se forma el bloque de granulación, es más fácil que se rellene la cavidad y por lo tanto que se obtenga la curación.

De las 54 operaciones ejecutadas en Febrero por el cirujano del Hospital, fácilmente encontraríamos asunto para prolongar estas notas, pero el espacio es poco y dejamos para el próximo número algunas ligeras consideraciones acerca de las osteomielitis.

REVISTAS

La anestesia en el tratamiento del cáncer laríngeo, por Boulay.—Los numerosos tratamientos imaginados contra el cáncer laríngeo, se muestran tan á menudo impotentes, que muchos laringólogos desilusionados por la experiencia, renuncian á emprender el tratamiento de esta afección. Por esto debemos recoger todo aquello que puede dar la esperanza de curar, ó por lo menos calmar los sufrimientos del paciente.

Mientras que los diversos tratamientos empleados hasta el día, como embadurnamientos, instilaciones, cauterizaciones, exeresis, etc., etc., se dirigen principalmente á las alteraciones locales, se ha buscado en estos últimos años modificar éstas de una manera indirecta, atacando un síntoma que considerado hasta ahora como accesorio, parece por el contrario jugar un papel importante en la aparición y la extensión de las lesiones; este es el dolor.

Entre el *complexus* sintomático de la inflamación (rubor, calor, tumefacción, dolor) este último podría ser un factor esencial sino el principal.

Según Spiess, en toda inflamación, la irritación primitiva de los nervios sensitivos percibido ó no bajo forma de dolor, determina un reflejo que conduce á la hiperemia y consecutivamente hay rubor y dolor. La distensión de los vasos, la exudación producida por la hiperemia, ejercen una compresión sobre las extremidades nerviosas de las partes inflamadas y provocan así un dolor secundario. Si la congestión y la tumefacción aumentan, se produce la anestesia por compresión de los nervios sensitivos. Entonces, pero solo entonces, cuando falta el reflejo, se ve disminuir el calor y la tumefacción. Imitando á la naturaleza, es decir, produciendo una anestesia de los ramos sensitivos de la región enferma, parece que debe obtenerse el mismo resultado; la cesación del reflejo y la cesación de los fenómenos inflamatorios.

Admitiendo este concepto, no hay inconveniente en disminuir los fenómenos inflamatorios que acompañan á toda tuberculosis laríngea, mediante la anestesia tan completa y duradera como se pueda obtener.

Hay que recordar los numerosos anestésicos que se han empleado en la tuberculosis laríngea, aunque siempre de un modo efímero; el wiski diluído en agua que recomendaba Lennox-Browne, el extracto de cultivo de bacilos de Koch, propuesto por Lavrand, la peronina, la antipirina, etc., etc.

De esta larga lista de medicinas, tres deben ser separadas en obsequio á sus beneficios ciertos: el mentol, la cloretona y la cocaína. El mentol en solución oleosa á 1 por 20 tiene una eficacia grande en los casos en que los dolores no son muy grandes. El poder anestésico de la cloretona y de la cocaína es mucho más marcado, pero su efecto no es más duradero.

Tres procedimientos han sido propuestos para combatir los dolores de

los tísicos laríngeos, que sin ser de una eficacia real y absoluta constante, son no obstante superiores á los demás y merecen ser conocidos.

Estos procedimientos son las inyecciones submucosas de novocaina, la hiperemia pasiva de Bier y las inyecciones de alcohol en el tronco del laríngeo superior.

Inyecciones submucosas de novocaina.—En verdad no es absolutamente nuevo este procedimiento, que solo difiere de las inyecciones submucosas de cocaina, en que siendo aquel cuerpo mucho menos tóxico, es posible administrarle á más alta dosis.

La inyección debe hacerse con la ayuda del laringoscopio valiéndose de una aguja especial que hace cuerpo con la jeringa, con el fin de prevenir cualquier descuido que dejara caer el aparato en la laringe.

Todas las regiones laríngeas son accesibles á la inyección.

Las primeras inyecciones deben ir precedidas de una anestesia local de la mucosa laríngea con novocaina. La solución será inyectada en uno ó varios puntos de la laringe según la extensión de las lesiones. Spiess se sirve de una solución acuosa cuya dosificación varía desde 2 hasta 5 por 100.

Se obtiene ventaja asociando la adrenalina que aumenta el poder anestésico y disminuye al mismo tiempo el poder tóxico. Esta inyección hecha á la dosis de 1 ó 2 cc. que puede ser repetida dos ó tres veces por día según las necesidades, es bien soportada y no provoca reacción local.

Renovada tres ó cuatro días seguidos, estas inyecciones determinan una anestesia que puede prolongarse hasta quince días y permite al pobre enfermo alimentarse aunque antes sufriera una grande disfagia.

Hiperemia pasiva.—El método de Bier ha sido aplicado á las formas disfágicas de la tuberculosis laríngea, sirviéndose de una venda elástica de dos centímetros y medio de anchura, provista de corchetes en una de las extremidades para adaptarse á los objetos que tiene en la otra punta. Su superficie cutánea presenta un coginete ovalado que se adapta á la gotiera de la yugular. Esta venda se coloca debajo de la laringe y progresivamente se va aumentando el tiempo que la tiene colocada el enfermo, hasta conseguir que la resista 18 ó 20 horas.

En los casos favorables disminuye la disfagia; por un procedimiento análogo; Polyak ha mejorado al 80 por 100 de los enfermos.

No obstante hay casos desgraciados que se empeoran en sus dolores al aplicarles la venda.

Inyección de alcohol en el nervio laríngeo superior.—Ha sido aplicada por Hffmann siguiendo el proceder de Frey; es decir, inyectando el anestésico en la atmósfera celulosa del laríngeo superior. La técnica es la siguiente: el paciente sentado ó acostado; se limpia bien con éter la región lateral del cuello. El operador coge la laringe con la mano izquierda y colocando el pulgar sobre el sitio que no ha de sulrir la inyección, la rechaza hacia el lado opuesto con el fin de hacerla prominente sobre los tegumentos. El índice explora entonces el espacio de ordinario bastante pobre en tegido celular, que media entre el borde superior del tiroides y al borde inferior del hioides hasta que encuentre un punto doloroso característico. En el momen-

to en que el dedo se apoya en este sitio, el enfermo acusa una sensación dolorosa muy manifiesta que se traduce por un parpadeo del lado correspondiente. Este punto es aquel por donde el laríngeo superior con su rama interna, atraviesa la membrana tiro-hioidea.

La uña del pulgar permanece en el mismo sitio para servir de guía de este punto. Se hunde la aguja perpendicularmente á una profundidad aproximada de centímetro y medio, después dulcemente se la mueve en diversos sentidos hasta que el enfermo acusé un dolor vivo en la oreja del mismo lado; pues esto indica que la aguja está en contacto con el tronco nervioso. Luego se vierte lentamente el contenido de la jeringa que debe ser un centímetro cúbico de alcohol de 85° calentado á 45°.

Las primeras gotas producen un vivo dolor en el oído; se suspende unos momentos la inyección y después se continúa. Antes de terminar ésta, se dirige suavemente la jeringa hacia atrás para atacar el asa que conduce algunas fibras sensitivas al recurrente. Después se inyecta otro centímetro cúbico y se tapa la puntura con colodión.

Durante la inyección, es preciso que el enfermo no hable ni haga movimientos de deglución porque en este caso, fatalmente habría desplazamiento de la aguja. En el caso que las lesiones sean bilaterales será forzoso empezar la misma maniobra en el lado opuesto.

La anestesia que se consigue con este proceder es variable desde algunas horas hasta quince, veinte ó cuarenta días.

Tiene no obstante algunos inconvenientes; como son, la dificultad de encontrar el punto preciso: á veces el dolor que provocan es sumamente fuerte, etc. (*La Presse Medicale*).—M. PELAYO.

Sintomas de los quistes hidatídicos rotos en el vientre. La triada sintomática de los quistes rotos en el vientre, es la siguiente: eosinofilia peritonitis con derrame, y urticaria aunque éste último síntoma puede faltar. Tabbutt y Welsh han tenido oportunidad de demostrar este hecho clínico en una mujer de 42 años que sufría desde su infancia de crisis hepáticas.

Dos semanas antes de su admisión, había tenido una de esas crisis y después vómitos, el vientre distendido y las venas superficiales distendidas; había líquido en el interior del vientre. La fiebre intermitente y el pulso pequeño y rápido. Ni prurito ni erupción.

Por la punción se retiró un líquido que dejaba un sedimento granuloso al cabo de algunas horas. Este sedimento contenía algunas células endoteliales pero sobre todo leucocitos en particular eosinófilos. La reacción de fijación fué negativa, pero el líquido hidatídico empleado no hacía la prueba concluyente.

En la operación se encontró un gran quiste roto en la cara inferior del hígado. Aunque la urticaria faltó, los otros dos síntomas permitieron hacer el diagnóstico.

Un caso raro de herida del estómago.—Un obrero de 38 años, recibió una cuchillada en el lado izquierdo del abdomen. Por una herida de tres

centímetros de larga situada á dos traveses de dedo por encima de la espina antero-superior izquierda, salía una porción del epiplón. Nada de vómitos, vientre flácido; nada de macidez anormal. Pulso 78°. Como se producía una gran hemorragia por la herida, Lunckeembain resolvió intervenir. Se vió que la causa de la hemorragia era una arteria mesentérica desgarrada. Después de la limpieza del epiplón y de separar los coágulos, no se vió ninguna herida en el intestino y cuando se disponía á cerrar la pared abdominal, y al palpar el colon transversal, un gran chorro de líquido sanguinolento llenó el vientre. Un fuerte olor ácido hizo entonces pensar en una herida del estómago.

Nada había en la cara anterior de este órgano, pero al descubrir su cara posterior se apreció una herida grande de dos centímetros por encima de la gran corvadura.

El autor explica esta herida rara del estómago, por una ptosis ligera y dilatación del órgano.

Osteosarcoma de una falange.—Se trata de un enfermo de 45 años, sin más antecedente que una infección pulmonar. Actualmente se quejaba de dolores en la extremidad del índice desde hacía dos meses y medio. A pesar de la tumefacción del enrojecimiento, el enfermo continuó trabajando hasta hace diez días. En este momento, el enfermo presenta su dedo completamente deformado: la uña hacía prominencia, y en el pulpejo se percibía una tumefacción fluctuante hasta tal punto, que se pensó en incindirle.

Entonces se tuvo la idea de hacer una imagen radioscópica, la que demostró que la falange estaba por completo destruida. Se descartó el diagnóstico de espina venosa y de osteomielitis, puesto que con la falange destruida no podía ser sino un osteosarcoma. El tratamiento indicado es la amputación. (*La Presse Medical*).—M. PELAYO.

Enseñanzas que se pueden obtener con el histerómetro.—La primera cuestión que es preciso fijar es si el uso del histerómetro determina la salida de sangre; desde luego, usado con gran cuidado y en ningún caso la violencia. Si al retirar el histerómetro no sale teñido en sangre ó sólo muy escasa cantidad, se puede prescindir del diagnóstico de cáncer del útero. En la mayoría de los casos, el raspado de las paredes del útero con el extremo botonado del histerómetro puede hacer sangre y puede tratarse de una endometritis simple ó fungosa. La abundancia de la hemorragia con un roce insignificante, desde luego hace presumir la existencia de una neoplasia maligna.

Pero la exploración no debe limitarse á esto, pues que permite además percibir los bordes indurados del tumor, y las desigualdades de su superficie ulcerada.

Con la sonda, se nota bien la sensación de elevación con resaltes bien marcados de su extremo. Estas sensaciones son táctiles y auditivas. Táctiles, obedecen á la irregularidad de la mucosa, porque en vez de rozar con una superficie igual y blanda, da la impresión que se pasa el instrumento

por algo duro, verdadero cuerpo extraño, fibroso ó cartilaginoso, lo cual también se percibe por la oreja. Esta impresión de rugosidad que dan los bordes sobre el fondo de la ulceración neoplásica, es bien clara. Hay causas de error? Los restos de placenta, las vegetaciones de la endometritis fungosa, casi no pueden dar origen á confusiones.

Para aplicar el histerómetro, hay que prescindir del especulum ó quitarle una vez que se ha introducido aquél en la matriz; por lo mismo, hay que evitar también las pinzas que pudieran colocarse para fijar el cuello uterino.

Su introducción es fácil en una matriz vertical ó en retro-versión. Si está en antero-versión bastará corregirla con una mano aplicada al abdomen.

La exploración debe ser metódica y suave, paseando el instrumento por las caras anterior y posterior del órgano, y por el fondo, sitio en que es más difícil la exploración. Violet (*Lyón Medical*).—M. PELAYO.

Berträge sur Klinischen Chirurgie. 70 Bd. Supplementheft. 1910.—Con un prólogo del profesor A. Narath, se ha publicado la relación anual de la clínica quirúrgica de Heidelberg referente al año de 1909. El trabajo se refiere á las 2,252 operaciones practicadas durante ese tiempo. La anestesia se hizo con cloroformo 582 veces, éter y cloroformo 652, éter 365, con el cloruro de etilo 14 veces. La anestesia lumbar, no se practicó casi nunca, por la razón de que con la anestesia local, que se hizo á 524, se obtuvieron muy buenos resultados.

Berisch da cuenta de los trabajos hechos en el laboratorio de radiografía donde se llevaron á cabo 2.234 exploraciones.

La mortalidad general fué de 5,2 por 100 y la operatoria de 6,4: las causas de la muerte fueron: 26 veces traumatismos, 22 infecciones, 16 tuberculosis; tumores: 7 sarcomas y 26 carcinomas, 17 apendicitis, 8 hernias inguinales, 5 crurales.

Möller escribe sobre las lesiones de la cabeza; entre ellas 3 extirpaciones del ganglio de Gasserio con una muerte por meningitis.

Rosenbach: las enfermedades del cuello y nuca: 83 linfomas tuberculosos, 152 bocios (de ellos 141 benignos), 102 resecciones y 23 enucleaciones (5 malignos); 6 Basedow, con una mortalidad de 5 entre 128 operados.

G. Hirschl: trata de los traumatismos y enfermedades del vientre (112 traumatismos y enfermedades del estómago y duodeno, 56 carcinomas).

Las enfermedades del intestino y del peritoneo corren á cargo de Simon: 9 tumores (4 resecciones intestinales); 791 apendicitis, se operaron 178 con muerte de 16, (de ellos 17 con peritonitis encapsulada) 3 muertes y 16 con peritonitis purulenta difusa (11 muertes), 75 operaciones de apendicitis en frío que ofrecieron algunas dificultades operatorias pero en los últimos 4 años no han dado ningún caso de muerte.

L. Arnesperger se ocupa de las enfermedades del hígado, páncreas y vías biliares: 125 casos con 10 por 100 de mortalidad general: en 34 colecistectomías con drenaje hepático ninguna defunción: en 18 casos se trataba de sarcomas ó carcinomas.

De las hernias trata Krall: 476 de las cuales se operaron 455 con el 2 por

100 de mortalidad. Fueron hernias inguinales 299, murieron 7 (29 estranguladas, 3 muertes), 53 crurales, 6 muertes: 20 umbilicales (19 libres, 1 estrangulada). Se presentó una hernia publica traumática y una obturatoria de curso mortal.

Después de los trabajos de Franke, Sooser, Büngner y Schede que tratan de las lesiones de los órganos genito-urinaris, de la pelvis y recto y de las extremidades, viene una relación de Sobstein sobre los enfermos observados en la policlínica, cuyo número asciende á 10.054.— J. HERRERA.

Masaje del corazón en el tratamiento del síncope clorofórmico, por Depage.

D., en un hombre de 15 años que sufría desde hace mucho tiempo de una osteomielitis practicó una operación para extirpar un secuestro de la diafisis femoral. La supuración prolongada había minado fuertemente el estado general, el enfermo estaba anemiado, el hígado voluminoso, el pulso débil y rápido.

La operación fué practicada bajo la acción del cloroformo y después de haber soportado la anestesia durante media hora sufriendo un síncope respiratorio que cedió después de algunos movimientos de respiración artificial. Pero bien pronto sobrevino un segundo síncope con la cara tan lívida que denunciaba claramente el síncope cardiaco. La respiración sostenida durante un cuarto de hora no consiguió ningún resultado. D., se decidió á abrir el vientre á nivel de la región epigástrica, y á intentar el masaje del corazón aplicando una mano debajo del diafragma y la otra sobre la pared del toráx. Prolongó este masaje durante diez minutos y se obtuvieron algunos movimientos respiratorios pero no latidos cardiacos. Volvió á insistir en el masaje durante otros diez minutos pero siempre con el mismo fracaso, continuando no obstante la maniobra durante cuarenta y cinco minutos. La respiración tenía alguna tendencia á volver pero en cuanto se suspendía el masaje, la respiración se detenía. D., entonces recurrió á combinar el masaje con una inyección intravenosa de suero artificial y apenas se había inyectado medio litro cuando el corazón empezó á latir primero lentamente, pero después con un brio verdaderamente asombroso. La respiración se estableció hasta llegar á la normalidad, y la operación pudo ser terminada.

Vuelto el enfermo á la cama, despertó con agitación y persistió luego la incontinencia de orina, pero no hubo trastornos oculares, ni parálisis, ni contractura. Por la noche el pulso era de 86 y la temperatura que era de 35 subió rápidamente bajo la influencia de una inyección de suero.

Al día siguiente por la mañana el enfermo no había todavía vuelto á la consciencia, seguía con somnolencia, lanzaba gritos roncós, rechinaba los dientes, sin nada de parálisis ni de insensibilidad. En este estado que persistió por unos días hasta que se agravó con temperatura de 40,5, pulso incontable, respiración 36 al minuto y murió en seguida.

La autopsia demostró las particularidades siguientes:

El corazón un poco aumentado en su tegido conjuntivo, en algunos sitios fragmentación del miocardio y desaparición de la estriación transversal de las fibras musculares.

En el hígado desaparición considerable de los capilares y de las venas perí y centro lobulares; infiltración grasa considerable.

En el estómago dilatación considerable de todos los vasos de las tunicas del estómago; en la submucosa un considerable trombus.

En el riñón enormes trombus en parte necrosados llenando las venas y bastantes arterias; los capilares dilatados al máximum en ciertas regiones y también había hemorragias capilares. Las células epiteliales en su mayoría están atacadas de degeneración granulosa ó de necrosis; los glomérulos congestionados, los tubos contienen numerosos cilindros.

En el sistema nervioso gran parte de las células están en estado de cromatolisis ó en vía de atrofia ó de necrosis total. Estas últimas rodeadas de núcleos de neuroglias satélites. El tejido nervioso aparte de esto no presenta más que alteraciones en las fibras con ó sin mielina, el tejido conjuntivo, los vasos y las meninges.

En resumen, el caso citado constituye una verdadera experiencia de fisiología que confirma:

1.º Que el corazón puede reanimarse después de haber estado una hora sin latir, mientras que el cerebro más sensible es incapaz de volver á funcionar cuando la circulación ha estado suspendida durante un plazo excesivo.

2.º Demuestra que las inyecciones intravenosas aconsejadas teóricamente por Mocquot constituyen realmente un excelente adyuvante del masaje del corazón; en efecto, para que el corazón pueda recuperar sus movimientos es preciso que el masaje pueda empujar la sangre hasta las arterias coronarias; ahora bien, en el síncope cardiaco hay parálisis vascular, la sangre se acumula en las partes declives y no se puede por solo el masaje reintegrar la función circulatoria y el suero ayuda poderosamente á la acción del primero. (Comunicación á la Sociedad belga de Cirugía).-M. PELAYO.

Patogenia y tratamiento de las varices, por Moro.— La discusión acerca de la patogenia de las varices no está acabada y lo mismo puede decirse relativamente á su tratamiento.

Para M. las varices, sobre todo las del miembro inferior son debidas á un reflujo patológico de la sangre de las venas profundas en las superficiales; este reflujo patológico debe ser atribuído á una insuficiencia y á una dilatación de las venas comunicantes atacando á sus válvulas.

El punto en que este reflujo patológico de la profundidad sobre la superficie se hace sentir más intensamente, es á nivel del abocamiento de la safena interna en la vena femoral.

La resección de la safena interna en el punto en que verifica este abocamiento, es, pues, una operación lógica y de gran resultado. En la clínica de Novaro no se limitan á hacer una resección como la dicha sino que se practica al mismo tiempo en otros puntos correspondientes á venas dilatadas en sus ramas comunicantes.

M. refiere una estadística de 42 enfermos operados con éxito con arreglo á estos principios en la clínica Novaro y solamente en dos hubo recidiva. El

19, es decir, en el 44 por 100 no se había practicado más que la resección de la safena en el punto en que pie aboca á la femoral en 23 enfermos ó sea en el 56 por 100 se intervino varias veces para resecar diversas venas comunicantes y el resultado final ha sido igualmente satisfactorio.

Para determinar los puntos del reflujo venoso profundo se repite la prueba de Trendelburg hasta que se hayan descubierto y precisado los puntos en que es preciso comprimir para impedir que se ingurgiten las venas varicosas por el solo efecto del peso; muchas veces se demostraba de esta manera un reflujo á nivel de la embocadura de la vena safena externa en la poplítea.

M. insiste además en la necesidad de operar los varicosos pronto, es decir, antes que las dilataciones varicosas no sean excesivamente grandes y no hayan producido trastornos tróficos cutáneos.

Las úlceras son curadas ó por lo menos mejoradas con esta resección de los puntos de reflujo venoso.—M. PELAYO.

Contra el tratamiento por la expectación de los tumores intra-craneanos. Horsley (The Britis Medical Journal).—En el momento actual y á causa de las dificultades que presenta el diagnóstico de localización de estos tumores, el tratamiento se limita á emplear el yoduro potásico y á la medicación sintómica hasta que aparecen los síntomas indudables de hipertensión (neuritis óptica, cefalsa, vómitos.)

Se pierde con este proceder un tiempo precioso y precisa que los neurologistas acaben con esta práctica tan desastrosa. Es indispensable para ello que busquen con atención los síntomas reveladores precozmente de tumor cerebral, ateniéndose á la clasificación de Hughlings Jakson en síntomas de hiperfuncionamiento y de hipofunción.

a) *Sintomas de hiperfuncionamiento.* En primer término H. propone que todo caso de epilepsia localizada que no es sin duda idiopática, sea tratada por la operación explorada, entendiendo por epilepsia localizada aquella en la que el comienzo del ataque puede ser dependiente de un territorio de la corteza cerebral. Una intervención de este género no tiene otro riesgo que el de no demostrar nada, y el día que entre esta intervención en la práctica se descubrirán muchos tumores que empezaban á desarrollarse é igualmente muchas lesiones desconocidas hoy de la corteza que no se descubren á no ser en la autopsia.

b) *Sintomas de hipofuncionamiento.*—En segundo lugar H. insiste en que desde que una lesión destructiva de la corteza va en aumento, se la trate por la operación exploradora.

Para él toda parálisis progresiva sensitiva ó motriz de origen intracraneano, necesita de esta operación.

Como las pruebas de la compresión cerebral son tardías, es incomprendible esta parsimonia tan censurable como si se tratara de un sarcoma del muslo, por ejemplo. Por esto se han buscado cuáles son los síntomas más precoces de esta compresión en cada lóbulo, ó si se quiere cual es la función de estos lóbulos.

Por lo que se refiere á los signos de la destrucción de los lóbulos frontales y de los trastornos subsiguientes de la mentalidad, no se ha hecho un estudio para buscarlos sistemáticamente. Igualmente en las lesiones de la región Rolándica se da tanta importancia á la pérdida de los movimientos que se ha descuidado la busca de la desaparición de la memoria de los movimientos que es mucho más precoz.

Así es que los primeros síntomas que hay que buscar son los concernientes á la función sensorial.

Toda disminución progresiva en el campo de la visión, cualquier modificación del oído, los trastornos de la deambulacion, debe ser un aviso sobre la existencia posible de un tumor para imponerse el tratamiento conveniente; tumor que probablemente radicará en el lóbulo temporal ú occipital.

La conclusión de todo esto es, que desde que se ha sospechado la existencia de un tumor, hay que operar para extirparle ó para hacer una trepanación descompresiva.

Otro punto interesante es el de saber si debe en todos los casos procederse á la cura antisifilítica. Hoy como quiera que la reacción de Wassermann aun siendo negativa no da garantía absoluta de que no pueda ser debido á la sífilis un tumor cerebral, hay que proceder en estos casos á la cura específica que no debe durar más de seis semanas y si en este tiempo no se ha producido una mejoría manifiesta, hay que prescindir de él.

Además, conviene siempre á los casos de neoplasma sífilítico el tratamiento específico.

Actualmente se reconce que en general la sífilis cerebral no se cura con el mercurio aun aplicado á dosis masivas y lo más que se puede esperar es una mejoría por cierto tiempo y esto es verdad sobre todo para los gomas, la paquimeningitis y la neuritis óptica crónica.

Por esto ha llegado el tiempo de aplicar una dosis fuerte del medicamento en contacto de la lesión.

H. ha obtenido mejorías rápidas en casos en que el tratamiento interno había fracasado, abriendo el espacio subdural é irrigándole con una solución de sublimado al 1 por 100.

Si se encuentra un goma se le extirpa quirúrgicamente como si fuera un foco de tuberculosis. H. ha empleado este proceder con éxito en todos los casos de sífilis cerebral, salvo en dos casos de paquimeningitis que terminaron con la muerte.

La neuritis óptica beneficia también con un tratamiento parecido y como proviene siempre de una meningitis sub-aguda, se comprende que la abertura del espacio subdural y la irrigación del mismo con sublimado debe conducir á la curación.—M. PELAYO.

Cura radical y diagnóstico precoz del cáncer de la laringe. Vedova II Policlínico —El autor establece desde luego un paralelo entre los resultados proporcionados por los diversos métodos de tratamiento.

La intervención endo-laríngea ha dado en 57 casos 20 recidivas y 11 curaciones después de tres años.

La laringotomía ha dado en 299 casos un resultado favorable, en 109 casos con 30 por 100 de recidivas.

La laringuectomía total 19 por 100 y 22 por 100 de muertos por la operación.

El autor insiste en que el diagnóstico no se suele hacer precozmente á pesar de que en su opinión es posible llegar á su diagnóstico pronto sin un examen que precise al especialista.

En el primer período generalmente largo, existe ronquera ó por alteraciones en el timbre de la voz, según que el tumor sea glótico ó subglótico. Los dos tipos llegan á producir la afonía. Existe además una tos quintosa, hemoptisis y un dolor local propagado á la oreja y algo de disnea y de espasmo glótico

Estos son los síntomas que harán pensar en un cáncer sobre todo cuando se trate de un enfermo de 40 años en cuyos antecedentes se encontrarán casi siempre irritaciones constantes ó la sífilis.

El examen no descubrirá corrientemente ni adenopatía ni adelgazamiento. Claro es que precisa entonces un examen laringoscópico para diagnosticar la tumoración.

El cáncer de la laringe está en cierta manera aislado del resto del organismo, no solo por las particularidades de su irrigación sanguínea, sino que también por asentar en un órgano en el que se encuentra encerrado en un estuche cartilaginoso.

Por lo que respecta al tratamiento, la laringotomía por lo menos cuando se practica en un período precoz, es técnicamente más fácil, menos traumatizante y menos grave por lo tanto que la laringuectomía que se complica muy á menudo de accidentes pulmonares y que por otra parte si muchas veces cura no hace más que dejar curaciones en enfermos que inspiran lástima. Debe reservarse á los tumores difusos é infiltrados.—M. PELAYO.

SOCIEDADES

Reunión libre de cirujanos de Berlín

Tres casos de perforación de úlcera del estómago curados por la operación.—Mr. Muhsan presenta tres enfermos operados; el uno, dos horas, el otro tres y el tercero siete horas, después de la perforación.

En dos de ellos, Muhsan se limitó á suturar los bordes de la perforación pilórica y hacer la gastro-enterostomía: en el tercero, la úlcera de la gran curvadura era callosa, con bordes muy duros para hacer la sutura y practicó la excisión.

Estos casos, son los únicos que el autor ha logrado curar entre doce enfermos á pesar de que dos veces se intervino antes que hubiese peritonitis. Uno murió de neumonía después de la curación de la herida: otro falleció á consecuencia de un absceso subfrénico desconocido. Los restantes enfermos sufrían ya una franca peritonitis.

Una operación nueva, aplicable al tratamiento de la sindactilia.—M. Schreiber presenta numerosos enfermos operados por un procedimiento derivado del de Zeller que da inmejorables resultados. Hé aquí la técnica: á nivel de la comisura, se talla sobre el dorso un colgajo triangular de base metacarpiana y con el vértice á nivel de la primera articulación interfalángiana. Después el repliegue interdigital se incide y el colgajo vuelto sobre la comisura y su vértice se fija con algunos puntos en la cara palmar.

En cuanto á los dedos, no es preciso más que envolverlos en una cura aséptica.

Al cabo de quince días se quita la cura y en este momento las heridas de los dedos están ya epidermizadas en toda la superficie y gracias al ancho colgajo comisural las falanges tienen completa movilidad terminándose con algunas sesiones de ejercicios para devolver la elasticidad precisa.

La operación es tan sencilla y tan rápida que puede practicarse sin anestesia alguna en los niños: ventaja de consideración, porque operando tempranamente se impiden los trastornos tróficos que aparecerían por fuerza en las falanges inmóviles de la sindactilia.—M. PELAYO.

Sociedad médica de los hospitales

Contención de las ptosis del estómago.—Gaston Durand, etc., han seguido con el examen radioscópico de gran número de casos de ptosis del estómago, los efectos del cinturón inextensible con pelota neumática de Enri-

quez Por este medio casi todas las ptosis pueden ser reducidas y hasta hacer volver el estómago á su estática normal de una manera definitiva. En algunos casos no obstante aumentan los fenómenos dolorosos.

Artritis blenorragica supurada consecutiva á una prostatitis de siete años de antigüedad.—Pisavy et Rendu, presentan la observación de un enfermo que tenía una artritis purulenta de la rodilla derecha. La punción dió salida á 89 cc. de pus que el exámen bacteriológico demostró que había sido producido por el gonococo.

La infección gonococica primitiva, databa de ocho años; en esta época la infección se localizó en la prostata que continuó crónicamente inflamada. La virulencia del microbio, había sido exaltada por una infección intercurrente (estomatitis aftosa) que sensibilizó las mucosas, y favoreció la fijación del gonococo sobre la articulación: la afección muy dolorosa evolucionó de una manera benigna y el enfermo curó completamente. La temperatura durante toda la evolución de los accidentes fué poco elevada, puesto que no pasó de 36'6

Neoplasma intra-craneano.—M. Martel y Vincent presentan una mujer joven que ha sido tratada hace más de un año por la trepanación descompresiva á causa de padecer un neoplasma. Esta mujer presenta trastornos en el carácter, una fuerte cefalea, vómitos, trastornos en la marcha; ataxia con latero-pulsión hacia la derecha. No había lesiones grandes del fondo del ojo, pero sí un poco de exoftalmia. No había ningún trastorno motor sensitivo ni reflejo.

A pesar de estos trastornos en la marcha, los autores no pensaron en una localización cerebelosa sino en una localización frontal. Atribuyeron los síntomas en la deambulación al laberinto y á causa de la hipertensión craneana, además de que había en esta enferma síntomas evidentes del laberinto.

Se hizo una trepanación y rápidamente desapareció la cefalea, los trastornos psíquicos y los de la marcha.

Los autores insisten sobre los beneficios obtenidos en este caso con esta operación que se hizo pronto, al comienzo de los accidentes. Insisten también en que los síntomas de la marcha, no deben siempre hacer pensar de una manera exclusiva en la localización cerebelosa.

M. Hirlz ha observado recientemente tres casos de tumores cerebrales caracterizados por cefalea, trastornos psíquicos, lesiones del fondo del ojo y hemi-paresia. Estos enfermos fueron rápidamente trepanados y los accidentes desaparecieron, pero uno de los enfermos murió poco después; los otros dos han muerto dos ó tres meses después de la operación.

M. Souques insiste también en la utilidad de una trepanación descompresiva, precoz. Recuerda que ya ha mencionado alteraciones del laberinto en las lesiones del lóbulo frontal. (*La Presse Medical*).—M. PELAYO.

Sociedad de naturalistas y médicos de Dresde

Diagnóstico radiológico de la nefrolitiasis, por Hartung.

El orador presenta la siguiente estadística observada en su práctica:

Desde el año 1904 ha explorado con los rayos X 269 enfermos en los cuáles se sospechaba que hubiera células renales; 151 eran hombres y 118 mujeres; en conjunto practicó 669 exploraciones. En 45 enfermos se obtuvieron fotografías positivas de las piedras, de ellas 30 hombres y 15 mujeres; 28 veces los cálculos se encontraban en un riñón, 2 veces en ámbos, 13 en un ureter, una vez en un riñón y en ureter, y otra en un riñón y ámbos ureteres.

De todos los casos explorados los cálculos se expulsaron espontáneamente 9 veces en enfermos cuya exploración radiológica fué positiva y en otras 9 en que el resultado de la exploración fué negativo. Hay que advertir que en éstos últimos, por diferentes razones, no se pudo hacer más que la radiofotografía de uno de los riñones: por lo tanto la exploración fué incompleta.

En 125 con toda certeza se pudo excluir la existencia de la nefrolitiasis; pero en 53 de éstos enfermos padecían del riñón:

- 4 veces nefritis parenquimatosa
- 11 » infección del riñón (parte de ellos gonocócico).
- 4 » pielitis.
- 4 » pionefrosis.
- 4 » hidronefrosis.
- 3 » tuberculosis renal.
- 18 » riñón movable (de ellos 3 con acodamiento del ureter).
- 3 » tumores del riñón.

Los otros padecimientos fueron:

- 12 veces lesiones de la vejiga de la bilis, algunas de ellas cálculos.
- 11 » apendicitis ó peritiflitis.
- 16 » enfermedades del estómago ó intestino (incluyendo el cáncer).
- 7 » adhesiones peritoneales.
- 8 » arterio esclerosis y gota.
- 9 » padecimientos nerviosos (incluso histerismo).
- 7 » enfermedades de la vejiga.
- 2 » tumores del bazo.

Sufrieron una intervención quirúrgica 41 enfermos, 22 hombres y 19 mujeres; de estas operaciones en 4 no hubo carcinomas entre el resultado obtenido y los datos de la exploración radiográfica. 13 veces se encontraron cálculos con radiofotografías positivas; 1 vez á pesar de ser la exploración radiográfica negativa, se extrajo una pequeña piedra y en tres casos que la exploración fué positiva, no se pudo encontrar cálculo ninguno. Hay que advertir que no en todos los casos se abrió el riñón y que por tanto bien pudo ocurrir que los cálculos pasaran inadvertidos. Por otra parte la operación no siempre se hizo inmediatamente después de la exploración radiográfica y

no es imposible que las piedras se hubieran eliminado cuando el paciente fué á la mesa de operaciones.

Errores de diagnóstico con los rayos Röntgen se cometieron 13 veces, lo cual da una proporción de 4'8 por 100. Rebajando de esta cifra aquellos casos en los cuales el resultado de la exploración fué de casos muy sospechosos de cálculos y otros en los que la exploración se limitó a un sólo riñón, el tanto por ciento de errores se reduce á 1'85.—J. HERRERA.

Sobre cirugía de los cálculos renales, por P. A. Müller.

El autor ha operado 10 casos de cálculos del riñón, 7 de ellos de infectados y 3 con infección, entre estos últimos uno de ambos riñones. Los asépticos eran 3 oxalatos y 4 uratos y todos únicos. Los infectados eran uratos, carbonatos, fosfatos y siempre múltiples. Los enfermos fueron 6 hombres, 3 mujeres y un muchacho de 12 años.

Entre los asépticos, son dignos de mención dos, en los cuales el único síntoma fué una hematuria sin dolor ninguno. El diagnóstico se hizo en la misma operación, puesto que la exploración radiográfica no se había practicado, porque no se sospechó la existencia de las piedras. Estos casos demuestran que en toda hemorragia de los riñones hay que pensar en la existencia de cálculos; en tales casos se debe hacer por mano perita una exploración con los rayos X, la investigación del funcionalismo del riñón, la citoscopia y cateterismo de los ureteres, para determinar bien el origen de la hemorragia; si bien la causa de ella faltando otros síntomas muy pocas veces se podrá precisar.

En otros 5 casos la radiografía fué positiva, en 2 negativa á pesar de que en uno de ellos los cálculos existían en ambos lados (fosfatos, carbonatos). Este caso había sido operado seis veces. Se trataba de una enferma que, infectada por un cateterismo mal hecho en el curso de un puerperio, padeció una pionefrosis doble que tardó en desarrollarse 3 años, con formación secundaria de cálculos. Además de la nefrolitotomía doble, en el lado izquierdo con incisión de numerosos abscesos de la corteza renal y de las papilas, sufrió otras 4 intervenciones entre ellas 2 nefrotomías, derecha é izquierda, y finalmente se la extrajo del ureter de este lado un cálculo del tamaño de dos pepitas de dáttil, que había escapado á la exploración con los rayos X y al cateterismo del ureter. La enferma quedó con dos fistulas renales que la hacían soportable la existencia.

En los otros dos enfermos con cálculos infectados, después de una nefrotomía, hubo que extirpar el riñón.

Müller emplea la incisión lumbar oblicua y en caso de necesidad la amplía dividiendo la pared abdominal hasta la línea alba si es necesario, como ocurrió en uno de los casos por él operados. Nunca tuvo necesidad de resecar la última costilla. Jamás obtuvo hemorragias post operatorias, ni ha tenido casos de muerte por la intervención.

La incisión transversal de Marwedel, ni la emplea, ni la concede ninguna ventaja.

Divide el riñón á lo largo según Tufier y Zondek y con los dedos toca y reconoce los cálculos.

Sutura el riñón con catgut, pero nunca ni en los casos asépticos po completo, sino que deja un canal para un drenaje del grosor de un dedo, el cual retira á los 3-5 días.—J HERRERA.

Sociedad médica de Colonia

Prostatectomia, por Frisz Cahen.

Después de una breve exposición de la historia de esta intervención quirúrgica, durante los últimos veinte años, refiere Frisz Cahen cinco casos operados en los dos años anteriores y presenta los órganos extirpados, del tamaño de una manzana pequeña, aproximadamente. De ellos dos corresponden á enfermos de 57 años y los otros tres á viejos de 72.

En un caso, que padecía una retención completa y escalofríos diarios, se le hizo primero una cistotomía y catorce días después la extirpación de la próstata: en otro enfermo la indicación de la operación la dió una gran hemorragia consecutiva al cateterismo. Las operaciones de los otros tres casos se hicieron porque el tratamiento por el cateterismo no era compatible con la vida social de los enfermos.

Todos los enfermos se curaron y cuatro han permanecido hasta ahora sin retención de ninguna clase: un viejo de 72 años enfermo, muy debilitado, murió en su casa después de medio año de operado.

La técnica de la prostatectomia parece definitivamente fijada. La prostatectomia suprapúbica de Freyer se practica en Alemania casi universalmente.

Este método le practica Fritz Cahen de la siguiente manera: anestesia lumbar, la pelvis ligeramente elevada, incisión transversal de la fascia, según Plannenstiel para descubrir la vejiga, ancha abertura de este órgano y disección obtusa de la prostata. Sutura cuidadosa de la vejiga en dos planos, hasta que no quede más que un orificio como del diámetro del dedo pequeño; cierre de las partes blandas.

En los primeros casos dejó una sonda permanente por la uretra y cada dos horas practicaba un lavado por ella. En los últimos ha abandonado el empleo del cateter y hace los lavados por el orificio superior. Con el uso de la sonda permanente sobrevino dos veces una epididimitis, que en uno de los enfermos produjo una supuración que duró mucho tiempo.

Del análisis microscópico de las prostatas extirpadas resultó tratarse siempre de alteraciones adenomatadas, nunca careinomatadas.—J. HERRERA.

PUBLICACIONES MÉDICAS RECIBIDAS

A. Saenz Alonso y R. Camiña.—*El 606 en el tratamiento de la sífilis.*— Los autores de ésta obrita, han hecho un estudio completo de la medicación por el arseno-benzol y de los problemas que con ella se relacionan directamente. Todos los detalles que es preciso conocer para la administración del 606 quedan explicados de una manera clara y concisa: técnica de la inyección, estudio comparativo de las vías por las cuales se administra el medicamento, dosis, fenómenos consecutivos, recidivas, ultramicroscopia Wasserman, contraindicaciones, diversas enfermedades en que se aplica aparte la sífilis etc., etc.

Los casos que se han publicado de muerte por administración intempestiva del dioxido-amido-arseno-benzol, indican claramente, que es preciso no propinarle sin estar en completo dominio de las contraindicaciones, y sin conocer cuál es la vía más favorable para obtener el resultado asombroso que proporciona.

Es en resúmen un libro útil que prestará señalados servicios á los médicos que hayan de usar éste cuerpo que ya ha entrado en la práctica diaria de la medicina.



E. Lopez Somoza y E. Julvez.—*Preceptos legales que afectan á los médicos titulares.*— Los señores Somoza y Julvez han recopilado en un tomo, cuantas disposiciones se han dictado desde 1904 en que apareció la Instrucción general de Sanidad pública, que tienen relación con el servicio benéfico-sanitario de los pueblos.

En dicho tomo figuran también algunos preceptos de la Ley de Sanidad y el Reglamento de 1891 aún vigentes.

El libro es de utilidad para todos los médicos titulares.—M PELAYO.

De regreso de su excursión invernal, ha tomado la dirección de su Sanatorio el Dr. Madrazo.

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

NOTA.—Se interesa á los Sres. médicos que no reciban con regularidad el BOLETIN DE CIRUGIA, que lo avisen á la Administración, para corregir las faltas.

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