

Tomo 1.º núm. 1

Junio, 1910

SANATORIO
MADRAZO

BOLETIN

DE

CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

E. D. Madrazo.
Juan Herrern.
Mariano Morales.

Vicente Quintana.
Joaquín Santiuste.
Manuel Pelayo.

José Teresa.
Agustín Camison.

SUMARIO

Trabajos originales

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

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGÍA

Un número mensual

Tirada: 3.000 ejemplares

BOLETIN

DE

CIRUGIA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

Dr. D. Rodríguez	Dr. D. Quintana	Dr. D. Gómez
Dr. D. Torres	Dr. D. Sandoval	Dr. D. Cárdenas
Dr. D. Martínez	Dr. D. López	

SUMARIO

Trabajos originales

El Dr. D. Martínez, en su trabajo titulado "Sobre el diagnóstico de las lesiones de la articulación de la cadera", propone un método nuevo para el diagnóstico de estas lesiones, basado en el estudio de los movimientos de esta articulación. El Dr. D. Torres, en su trabajo titulado "Sobre el diagnóstico de las lesiones de la articulación de la cadera", propone un método nuevo para el diagnóstico de estas lesiones, basado en el estudio de los movimientos de esta articulación.

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGIA

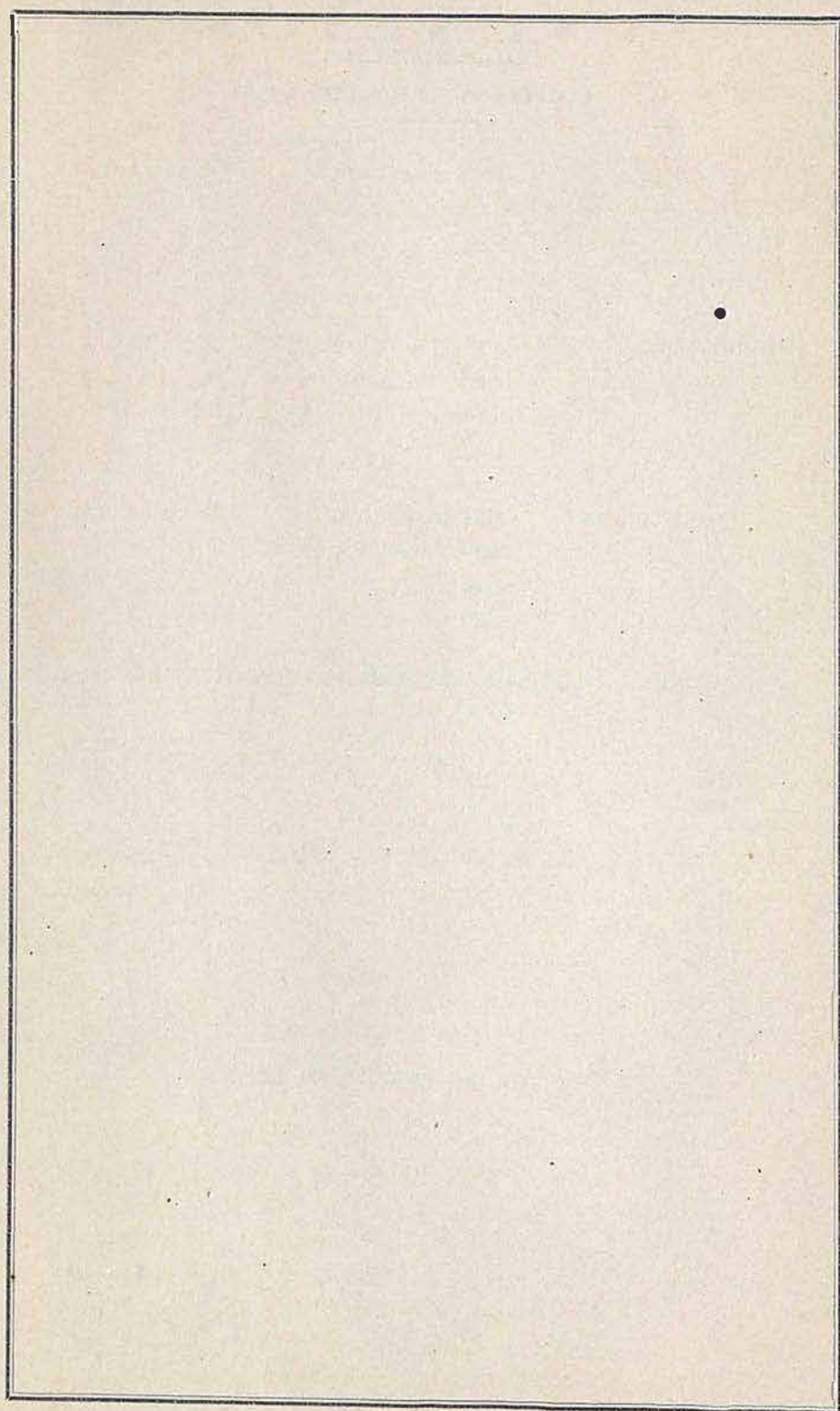
ANUNCIOS

TARIFA GENERAL

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

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

ESPACIO DE MEDIA PLANA



BOLETIN

• ——— DE ———

CIRUGÍA

I.—Original.

MIS PROPÓSITOS

Por Enrique D. Madrazo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II.—Original.**TRATAMIENTO DE LAS FORUNCULOSIS**

Por Vicente Quintana.

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

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

El médico práctico debe estar bien convencido de que con

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

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

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

Con razón llama Kocher al forúnculo una Stafilomicosis circunscripta del cutis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III—Original

PROSTATECTOMIA FREYER

CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS ⁶

Por José Teresa Bedera

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.—Original**Ligeras consideraciones****SOBRE ALGUNOS OPERADOS DE CANCER INTRA Y EXTRA-LARÍNGEO**

Por Joaquín Santiuste

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

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

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

sus principios á una simple ronquera, el enfermo no da importancia á su mal, y cuando le consulta, ya tiene de existencia larga fecha, el padecimiento habiendo adquirido un incremento que hace insuficiente toda intervenci6n que no sacrifique totalmente el 6rgano.

En los comienzos, es tan insignificante la sintomatología y los sufrimientos del enfermo, que de proponerle la operaci6n, casi siempre es ésta rechazada. Cuando se presentan en estado avanzado de la enfermedad, cambia por completo el cuadro y á los trastornos funcionales de la voz, hay que agregar la estenosis laríngea que pone en gran peligro la vida del enfermo, y si el tumor asienta en el vestíbulo de la laringe, 6 ha alcanzado esta regi6n, en su crecimiento progresivo, á la estenosis, hay que agregar la no menos penosa y grave disfagia, no cabiendo más intervenci6n, entonces, que la traqueotomía paliativa 6 la laringuectomía total con 6 sin resecciones esofágicas. En el primer caso, 6 sea estenosis por cáncer, se encontraba uno de los tres enfermos, de quienes nos vamos á ocupar; y en el segundo de estenosis y disfagia, los otros dos, cuyas breves historias exponemos á continuaci6n:

Fermín C., natural de Santander, de 56 años de edad, se presenta á consultar el día 3 de Junio de 1908 con motivo de una ronquera que sin toser apenas ni expectoraci6n, viene aquejando desde el mes de Febrero del mismo año, y que sin dolores ni más molestias, se va acentuando cada vez más, llegándole á preocupar, de que al andar algo de prisa y subir escaleras se fatiga, haciéndose algo ruidosa la respiraci6n, así como también al dormir. Este hombre, fuerte y de buena constituci6n, no había estado enfermo nunca hasta entonces; y aunque no era bebedor hasta embriagarse, se desayunaba con dos copas de aguardiente; era bastante fumador; no ha tenido enfermedades venéreas ni sifilíticas.

Hecho el reconocimiento laringosc6pico, se veía una tumoraci6n en la cuerda vocal derecha, que englobaba también la banda ventricular, con una base de implantaci6n difusa y mal determinada; su color era rojo oscuro no muy intenso, interrumpido en algunos puntos por placas blancas. El sitio más saliente del tumor correspondía á la parte media de la cuerda, pero comprendía en longitud casi toda ella. Formé el juicio de un tumor

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V.—Original

ROTURA ESPONTÁNEA DEL ÚTERO

HIDROCÉFALO

Por Juan Herrera Oria.

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

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

por mi observado, probablemente corresponde al último grupo.

La historia es esta:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REVISTAS

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

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

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

Se desiste de otra intervención.

La segunda observación se refiere á una mujer de 38 años con cáncer del cuello uterino que comenzaba á invadir la vagina y el parametrio izquierdo. El dos de Febrero del 905, hysterectomía abdominal con extensa ablación del parametrio y ganglios correspondientes (los cuales, al microscopio, no eran cancerosos). En el mes de Julio presenta la enferma una fístula en la cicatriz y en Octubre del mismo año con un estado general bueno, aumento de peso y sin induración vaginal, se percibe un tumor duro, del tamaño de un puño, limitado, independiente de la fístula y asentado por debajo de la cicatriz.

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

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

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

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

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

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

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

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

Diagnóstico de tumor del mesenterio probablemente maligno.

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

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

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

SOCIEDADES DE CIRUGIA

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

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

En ciertos casos el ano sacro puede ser definitivo.

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

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

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

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

SOCIEDAD ANATÓMICA DE PARIS

(SESION DEL 27 DE MAYO DE 1910)

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

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BALE

16 DE DICIEMBRE DE 1909

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

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

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

ROBERTO KOCH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

