

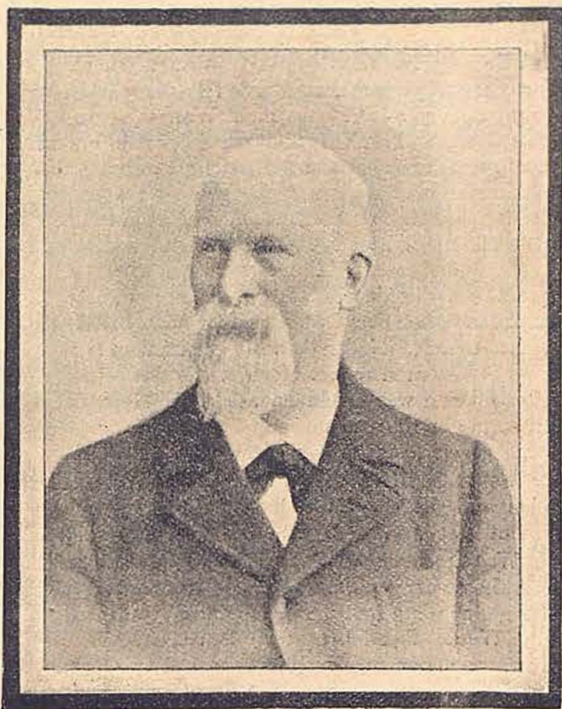
BOLETIN

— DE —

CIRUGÍA

I.—Original

Por Vicente Quintana.



FRANCISCO KÖNIG

Un artículo necrológico de König, bien pudiera sintetizarse en estas palabras: ha muerto un hombre bueno y sabio. Bueno, porque tras él han quedado lágrimas y sentimientos de íntimo dolor. Sabio, porque su vida ha sido trabajo, estudio, observa-



ción atenta, como la de todos los enamorados de la verdad y del culto científico.

Para König era un deleite el trabajo; la holganza un peso.

En su atención y en su cariño, siempre fué el primer puesto para el pobre del hospital, no para el cliente adinerado.

¿Qué más pudieramos decir de él?

König como ningún otro, obtuvo prácticos resultados en la clínica, cuando Wirchow amplificando y modelando en nueva forma los linderos de la Anatomía Patológica, imprimió un derrotero más cierto á la Cirugía, amparada la técnica quirúrgica con los procedimientos de Lister que convirtió en triunfos inmensos, lo que antes de Lister era fracaso y derrota.

El como Wolkmann, como Billrot, vieron en el vivo, en los huesos carcomidos, bañados en el pus, frágiles, ó espesos y ebúrneos, lo que el anatomo-patólogo estudiaba minuciosamente en el campo microscópico. Sus prácticas, fueron como reflejos, como proyecciones geniales emanadas de la investigación microscópica y por eso, cuanto él deja consignado, cuanto pertenece al caudal de sus prácticas ó de sus enseñanzas, es inconmovible por que asienta en firme base.

Sus resecciones articulares por traumatismo ó por causa microbiana aumentadas copiosamente durante la guerra del 66 y 70, hicieron de él un consumado maestro en cirugía ósea y articular.

El hizo resaltar la frecuencia del secuestro en forma de cuña con base articular en la tuberculosis: el principio frecuente de esta afección por embolia microbiana en la médula epífisaria: el papel nefasto de la fibrina favorecedora del desarrollo tuberculoso: el principio por hidrartrosis de las artropatías fímicas.

Son notabilísimos sus trabajos acerca de la gangrena diabética, de los accidentes mortales del cloroformo, de la tuberculosis renal, de la gangrena de hospital, cirugía plástica, etc., etc.; pero es sobre todo en cuanto concierne á la patología de los huesos y articulaciones, donde su personalidad se acusa, y adquiere relieve hasta el punto, que sus procedimientos de resección de la cadera, de la articulación tibio-tarsiana, de la artrectomía en los niños, procedimientos todos ellos fundados en el conocimiento exacto de la anatomía patológica del proceso, quedarán eternos é indelebles.

Su obra de *Cirugía Especial*, ha sido y es, el norte y la guía fiel de millares de médicos; hojeándola, percibe enseguida quien tiene costumbre de leer entre líneas y de mirar el tapiz por el revés, que es una obra científica, escrita con el pensamiento vuelto hacía la realidad. Obra toda sinceridad; libro para la enseñanza, y no un abecedario según él mismo decía.

Como todos los hombres grandes no se engreía ni gustaba de adulaciones y honores que muchas veces rehusó.

Sus amores eran los enfermos y los médicos ayudantes, que él llamaba sus hijos. Eran incompatibles con su talento y su corazón sano, el éxito innoble obtenido á costa de rebajar á otros, abusando de una situación privilegiada, ó el elogio hábilmente preparado tras las cortinas por el propio elogiado.

Por esto mismo, nunca buscaba ni pretendía cegar y atolondrar con la presentación de casos estupendos, sino cimentar en la clínica con el razonamiento y las enseñanzas prácticas, un concepto y una conciencia personales de la Cirugía.

König era llamado *la conciencia de la cirugía alemana* y esta conciencia, persistirá viva y palpitante en aquella parte de la humanidad, que guarda un recuerdo y una lágrima para los hombres que, como éstos médicos insignes, han vivido entre el dolor y las miserias del mundo; sujetos al ideal de atajar la enfermedad haciendo más hermosa la vida.....

* * *

Nació König en 1832 en Rotenburg, haciendo sus estudios universitarios hasta el Doctorado en Homberg. Fué varios años ayudante de Roser y luego médico de hospital en Hanau. Asistió á la guerra del 66 en Aschaffenburg y el año 69 recibió el título de profesor ordinario en Rostoch.

En 1870 estuvo en hospital de la Cruz Roja en Berlín y el 75 pasó á Gotinga donde permaneció 20 años y por fin en 1895 sucedió en Berlín á Bardeleben de la Caridad.

Hace seis años dejó la cátedra y abandonó el bisturí. Tuvo el bello gesto del gladiador que presiente la vejez, y ántes de que llegue y ponga nubes en la mirada antes viva y perspicaz, y temblor en el pulso, firme antaño, abandona el Circo con la frente en alto.

Dejó el paso á la juventud, á las esperanzas del mañana, y

desde entonces, sus hondas tristezas se agravaron y, solo volvía á ser el de siempre rodeado de sus médicos, de sus ayudantes, que él llamaba sus hijos.

En esta casa inspirada y orientada por la cirugía alemana, ha causado tristeza grande la muerte de König, el hombre bueno, el hombre sabio.

II.—Original.

Dos nuevos casos de extirpación total de la laringe

Por Joaquín Santiuste

El estuche fibro-cartilaginoso que constituye el armazón de la laringe, parece como si formara una coraza aisladora con el resto del organismo, que dificulta en cierto modo la marcha invasora de toda neoplasia maligna que asiente en el interior de dicho órgano. Por eso vemos la marcha tan lenta que como nos enseña la clínica tiene el cáncer laríngeo; su poca tendencia á hacerse externo, y en general mientras esto último no ocurre, la falta de infartos ganglionales. Por estas razones, bajo el punto de vista de la reproducción puede considerarse la extirpación parcial ó total, como uno de los más brillantes progresos de la cirugía moderna, siempre y cuando que el enfermo, no haya dejado pasar la debida oportunidad.

En el numero 1 de este BOLETIN DE CIRUGÍA, dimos cuenta de unos cuantos operados de extirpación total de la laringe, que á á la vez fueron objeto de una comunicación al III Congreso Español Oto-rino-laringológico, y en ella decíamos respecto á la precocidad del diagnóstico del cáncer, lo siguiente:

“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 transcendencia, 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 dá importancia á su mal, y cuando le consulta, ya tiene de existencia larga fe-

cha, habiendo adquirido un incremento que hace insuficiente toda intervención que no sacrifique totalmente el órgano.

En los comienzos, es tan insignificante la sintomatología y los sufrimientos del enfermo, que de proponerle la operación, 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, ó ha alcanzado esta región, en su crecimiento progresivo, á la estenosis, hay que agregar la no menos penosa y grave disfagia, no cabiendo más intervención, entonces, que la traqueotomía paliativa, ó la laringuectomía total con ó sin resecciones esofágicas. Mas tampoco hay que dejar de confesar, que muy particularmente al principio de la afección, y aun en estado relativamente avanzado, se presentan dificultades diagnósticas que hacen vacilar al clínico, para tomar una determinación inmediata de tanta gravedad. Hace próximamente cinco años, ví un enfermo con una intensa estenosis laríngea, y practicado el exámen laringoscópico formé el juicio de que se trataba de un epitelioma. El grado tan acentuado de la dificultad respiratoria, obligó á practicar con urgencia la traqueotomía, si bien con idea de hacer posteriormente la extirpación total; pero al mes, su estado local se modificó notablemente, la infiltración tumoral disminuyó, y tanto por no prestarse el enfermo, como también por dejar tiempo para la observación, se aplazó aquélla, y en vista de que la mejoría se fué acentuando, el aplazamiento se hizo definitivo. Aunque por residir en la localidad le era fácil al enfermo venir á verme con frecuencia, como le aconsejé, no pude seguir su observación nada más que los primeros meses, por más que alguna vez que otra le veía en la calle con el mejor aspecto de salud. La impresión que guardo de las últimas observaciones, que deben datar de tres á más años, es que aunque disminuída la infiltración tumoral, había quedado un engrosamiento hipertrófico de las cuerdas vocales, razón por la cual, no insistí mucho en quitar la cánula traqueal, accediendo al mismo tiempo á los deseos del enfermo que recordaba con horror sus accesos de disnea.

Pues bien, en la actualidad se nos vuelve á presentar el enfermo próximamente en la misma situación que la primera vez

que le observamos, y extraída una porción del tumor, el microscópico nos dice que es un epiteloma. Confirmado el diagnóstico con el microscopio, y siendo idéntico el aspecto clínico de hoy, con el que presentaba hace cinco años, resulta que entonces como ahora, se trataba de un epiteloma que ha tenido una detención en su desarrollo muy grande, hasta el punto de hacernos creer que habíamos sufrido una equivocación en el primer diagnóstico. Desde luego, si el enfermo, que hoy por hoy se encuentra en buenas condiciones, se presta á ello, le haremos la extirpación total.

También veo otro enfermo, que presenta desde hace ya bastante tiempo, una tumoración en la cuerda vocal izquierda superior, que después de la separación de una pequeña porción de tejido para hacer el exámen microscópico que resultó negativo, mejoró por espacio de unos tres meses, y parecía que la tumoración había disminuído; pero después ha vuelto á empeorar, siguiendo su marcha de crecimiento, aunque lenta, y por lo tanto, es otro candidato á la extirpación.

Cito estos hechos como algunos otros análogos que pudiera indicar, para hacer resaltar que, en general, la evolución tan lenta de un tumor de naturaleza maligna en este órgano, y hasta las detenciones en su crecimiento, dan lugar á las mayores vacilaciones respecto á un diagnóstico preciso y definitivo. No obstante, para un clínico experimentado puede servirle de base que todos aquellos casos en que formuló el diagnóstico de cáncer, y que la lenta evolución de la neoplasia parecía darle un mentís, el fin trágico del enfermo al cabo á veces de dos ó tres años, vuelve á confirmarle. Yo no recuerdo nada más que de un caso recaído en una distinguida persona de esta provincia, en el que aunque con dudas, me inclinaba más á la malignidad; coincidiendo con un eminente especialista de Madrid. El análisis microscópico fué negativo, y los hechos así lo confirmaron curando perfectamente el enfermo, y de esto debe hacer ya unos ocho años. En cambio muchas veces, el diagnóstico microscópico no resulta de una certeza absoluta, como hemos podido observar en uno de los enfermos mencionados más arriba, y en algunos otros casos que pudiéramos indicar.

No diré yo, que en el resto de la cirugía, no se presenten cánceres con esa marcha lenta, que en un principio parecen estar en

contradicción con su carácter maligno, pero lo que constituye en este caso la rara excepción, en la laringe puede decirse es casi regla general.

A estos casos de lento desarrollo pertenece uno de los dos enfermos operados últimamente en el Sanatorio, cuya historia es la siguiente: Ramón A, de 55 años de edad, domiciliado en Asturias, vino á consultarme por primera vez el 5 de Agosto de 1908 á causa de una ronquera, que tenía de fecha nueve meses, de una manera continúa, pues él anteriormente sufría á temporadas de ronqueras que pasaban con facilidad. Si á esto se agrega un poco de tos, era á todo lo que se reducía las molestias que aquejaba. Le hago el reconocimiento laringoscópico, y solo encuentro una infiltración no muy grande y desigualmente repartida en la cuerda vocal izquierda, que atendido la edad del enfermo me induce á sospechar fuera el principio de algún tumor maligno, y si bien no era lo suficiente para indicarle al enfermo, por el momento, que pudiera ser necesario someterle á una operación de importancia, le dije, no obstante, que aquello no era un simple catarro y que á la menor exacerbación de su ronquera volviera á verme.

Sin embargo, no lo hizo hasta el mes de Julio de 1910, justificando su retraso, en que se había encontrado mejorado hasta hacía un mes antes, en que la ronquera se había acentuado mucho, así como la sensación de estorbo en la garganta, ocasionándole dificultades para respirar y tragar. Reconocido detenidamente, pude observar que la infiltración había aumentado mucho extendiéndose á toda la cuerda vocal inferior y superior izquierdas, incluyendo el aritenoides é inmovilizando todo el medio lado. En estas condiciones, dada la extensión que había alcanzado la enfermedad, le propuse la extirpación total de la laringe, que se practicó el 13 de Agosto de 1910. La operación fué de unos tres cuartos de hora, empleando muy poca cantidad de cloroformo, y sin que hubiera ningún incidente digno de mención. El curso post-operatorio fué sin temperatura ninguna, y hubo la particularidad, rara en esta clase de operados, de haber tenido vómitos después del cloroformo. Sale al mes completamente curado, y según mis últimas noticias, que datan de unos quince días, sigue en perfecto estado de salud.

El segundo y último enfermo que hemos operado, José D, de

60 años de edad, residente en esta provincia, y aunque la primera vez que le vimos fué poco tiempo antes de operarse, dijo que la enfermedad que padecía tenía de fecha año y medio, habiendo empezado por ponerse algo ronco y que en la actualidad, á la ronquera que era completa se añadía una gran dificultad para respirar y deglutir. Reconocido, se encontraba el interior de la laringe enrojecido y fuertemente infiltrado, formando esta infiltración en la cuerda vocal derecha una especie de vegetación que se hacía prominente, siendo la que más obstáculo ponía al paso del aire. Diagnosticamos de epitelioma circular con marcado desarrollo en la cuerda vocal derecha.

Intentamos por de pronto quitar esa parte tumoral que sobresalía, con el objeto de disminuir la disnea; pero vimos que su base de implantación era mucho más ancha de lo que parecía, y desistimos de ello proponiéndole desde luego la extirpación total, la que se practicó en los últimos días de Noviembre. En esta operación los cortes de deliberación de la laringe se hicieron bajo la anestesia local, y sólo se aplicó el cloroformo un poco antes de la sección transversal de la traquea, prescindiendo también de él en los últimos tiempos de la operación. No hubo temperaturas más que el tercer día, 38° y su estado general fué magnífico. Pero dos ó tres puntos de la sutura de la faringe se exfacelaron, quedando una fístula faríngea, que tardó en cicatrizarse, no teniendo mas inconveniente que retardó la fecha de alta, que se le dió hace próximamente un mes.

En este caso, á pesar de no haber abultamiento al exterior, había atravesado el tumor toda la cara anterior de la epiglotis por su base, y había invadido el tejido celular del espacio anterior epiglótico, llegando hasta el hioides.

En este caso, como el anterior, se hizo el análisis histológico, que nos demostró se trataba en ambos casos de epitelioma.

III. Original

Sobre las indicaciones quirúrgicas en las infecciones hepáticas

Por Mariano Morales

Nos dirigimos á los prácticos con estas consideraciones que se refieren á los procesos hepáticos de mayor interés clínico, como son las angiocolitis, el absceso del hígado y la litiasis.

Las vías de contagio importantes clínicamente de las infecciones de hígado, son la linfática, biliar ó canicular y la sanguínea. Esta va tomando una importancia cada vez mayor por el estudio que se hace de las bacilemias ó septicemias primitivas que eliminan los microorganismos principalmente por el hígado después de haber atravesado la corriente circulatoria general. Así, la fiebre tifoidea juzgada como enfermedad de lesión intestinal inicial, parece á la hora actual como una septicemia con localizaciones metastásicas del bacilo de Eberth en las placas de Peyer, y la presencia del mismo casi constante en la bilis de los tíficos, es un gran argumento en favor del papel eliminatorio del hígado.

Las vías biliares según Gilbert y Lippmuau, tampoco son rigurosamente asépticas al estado normal, sino es para los microbios aerobios, las extrahepáticas son fisiológicamente habitadas por ciertos anaerobios y todo este microbismo hepático es causa frecuente del por qué estalla tan fácilmente la sepsis hepática con tal que una causa como el éxtasis ó la obstrucción, pongan dificultades á la marcha normal de la bilis.

Desde la ictericia catarral á la ictericia grave toda esta gama de ictericias infecciosas, son angiocolitis que unas veces serán primitivas y otras secundarias á la grippe, al cólera, á la fiebre tifoidea, etc., ó también á un estado patológico anterior de las vías biliares como la litiasis y las obstrucciones del coledoco.

Se comprende que quirúrgicamente estas son las más interesantes, porque en ellas el médico puede actuar no solo contra la infección, sino también contra la causa que la produce, pero no por esto debemos considerar enteramente del dominio de la medicina interna ó puramente médicas las otras, ó sean, las consecutivas á una infección general.

Los dos grandes síntomas de la infección hepática son, la fiebre y la ictericia. La fiebre puede tomar dos formas: intermitente sintomática que parece en su tipo á la fiebre palúdica aun cuando los ataques no son tan regulares como en esta, ni obedecen á la quinina, son generalmente vespertinos; y la forma remitente bilio-séptica que por progreso de la infección puede llegar hasta ser continua. La ictericia es constante, algunas veces es tan pequeña, que si en ella no se piensa puede pasar desapercibida ó confundida por la anemia y palidez del enfermo.

Con estos dos síntomas podemos decir que hay infección hepática, ahora debemos procurar averiguar la causa; fácil en la convalecencia de una fiebre tifoidea ó cuando existan antecedentes de litiasis, difícil en muchos casos. Abordados estos dos puntos pasamos al tercero ¿donde está localizada la infección? es decir si es una angiocolitis ó es una colecistitis. El dolor en el arco costal en el punto de inserción del recto derecho hace pensar en la inflamación de la vesícula biliar y si allí hay tumor el diagnóstico no es dudoso. Ahora bien, la vesícula aun cuando esté infectada no siempre es dolorosa, se necesita para ello que tome participación del peritoneo y que exista pericistitis, cuanto más intensa es esta, el diagnóstico más claro, porque no tarda en tomar participación la pared abdominal y se asiste al flemón biliar con su enrojecimiento, induración y fluctuación.

Nuestra conducta en presencia de una colecistitis aguda es esperar sometiendo al enfermo al reposo, dieta lactea y hielo en aplicación local; pero si los fenomenos locales toman una gran intensidad ó el estado general del enfermo es grave, se debe operar, porque dos peligros le amenazan, la destrucción de la célula hepática con sus consecuencias ó la perforación. Si la colecistitis es tífica los peligros son mayores por la gran frecuencia de las úlceras gangrenosas y perforantes que presentan estas vesículas.

Una vez pasada la crisis aguda ¿se debe intervenir? En térmi-

nos generales no, será siempre cumpliendo indicaciones especiales como podremos inclinarnos á una operación en frío.

En las angiocolitis propiamente dichas ó sea en las infecciones difusas de aparato biliar, la indicación operatoria surge de la gravedad de la infección.

Sobre todo deben llamarnos la atención los casos de fiebre continua ó bilioséptica intermitente con mucha repetición de accesos. La opinión de la indicación quirúrgica no está lo suficientemente generalizada para pensar que muchos de estos enfermos pueden curarse con el *hepaticus-drenage*, una hepatomegalia intensa ó unas reacciones urológicas como la hipoazoturia progresiva, una albuminuria y urobilinuria que indican una alteración grave de la célula hepática, son las indicaciones para la intervención.

En el absceso hepático propiamente dicho, es donde menos dudas se oponen á la intervención y si bien las estadísticas de Rendu demuestran que son muchos los que no se operan, esto obedece á los frecuentes errores de diagnóstico.

Nos referimos en este punto al verdadero absceso hepático que tiene por etiología el 90 por 100 de las veces la disentería de origen amibo, es decir la que se sufre en países cálidos.

Bertrand describe seis formas: aguda, subaguda, crónica, frustrada, larvada y latente. La que vemos aquí en los repatriados es la forma crónica y latente que después de una historia llena de peripecias sucumben muchas veces rápidamente á una agudización de su hepatitis purulenta.

Los síntomas importantes son los generales de una infección hepática que se manifiesta por la fiebre bilioséptica y el dolor. Generalmente se describe un dolor circunscrito que no es agudo, sino sensación de pesadez en el punto donde el absceso radica, pero por nuestra observación en tres casos de esta naturaleza el punto doloroso era el epigástrico por irritación del nervio frénico; cierto que en ellos había insulto de la pleura diafragmática que explica esta patogenia.

Cuando los signos físicos demuestran aumento de volumen del hígado y hasta fluctuación, el diagnóstico se impone si tenemos los antecedentes de la disentería y los síntomas de infección hepática; pero no siempre se presentan y por ello tienen importancia el frote perihepático de Bertrand, el ensanchamiento de

los espacios intercostales de Hache, la punción exploradora y, últimamente, Quadrone ha llamado la atención sobre la radioscopia, sobre todo en los abscesos que tengan evolución torácica acusará signos muy importantes, como la inmovilización de la mitad derecha del diafragma, su ascensión y un abombamiento parecido al que se observa en los quistes hidatídicos.

Lo importante en casos de duda, que son los más frecuentes, es pensar en el absceso y practicar una ó varias punciones exploradoras con aguja gruesa y larga y si las sospechas son bastante fundadas, con un aspirador.

La litiasis biliar es la enfermedad del hígado que dejando el campo de la medicina va entrando en el de la cirugía, y esto es sencillamente porque el éxito ha coronado la obra del cirujano. A la patogenia vieja de la diatesis, ha sustituido la de la infección; hoy para haber litiasis biliar dos cosas son necesarias: éxtasis ó dificultad en la marcha de la bilis, é infección; por esto es secuela de la fiebre tifoidea y otras infecciones y se padece con más frecuencia en las mujeres, porque el corsé y los partos modifican la secreción y eliminación biliar. Körte y otros aun admiten como causa tercera la diatesis, pero la verdad es que en el terreno de la clínica estos procesos constitucionales van perdiendo de día en día su importancia. Recordamos haber asistido en un mismo año tres casos de litiasis graves en un mismo domicilio y familia: madre, hija y yerno, hermoso argumento en favor de la diatesis, sino hubiera sido por este último, que ningún parentesco tenía con las primeras; más fácil era haber buscado apoyo en la infección familiar sino hubiese motivos por separado que hacían no extraña esta casualidad. La primera era vieja, la hija muy fecunda y el yerno gran comedor é infectado en América.

La litiasis pura hoy no se opera. Aun cuando nuestra terapéutica resulte en muchas ocasiones ineficaz, debemos de armar nos de paciencia y esperanza, porque frecuentemente vemos á los litiasicos mejorarse y curarse después de algunos años de crisis. Pero si las crisis son muy repetidas y dolorosas, se plantea la indicación quirúrgica; algunas vesículas biliares llegan á tener tan excesivo número de cálculos, que su expulsión natural no podría terminarse en la vida del enfermo.

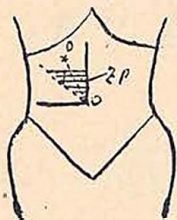
Las complicaciones de la litiasis hoy entran en el dominio de la cirugía. Pueden tener tres causas: la infección de las vías biliares, el atasco de un cálculo en las mismas vías, y la emigración anormal de los cálculos. La primera engendra la angiocolitis ó colecistites calculosa sobre las cuales no insistiremos de nuevo; la segunda la hidropesía de la vesícula y la obstrucción calculosa, y la tercera las fístulilias biliares.

El problema clínico que con más frecuencia se presenta al médico internista, se debe á detenerse un cálculo en las vías biliares. Si esto se verifica en el conducto cístico no tarda en formarse un tumor en la vesícula ó sea la hidropesía, tumor que como los hepáticos secunda los movimientos respiratorios, adquiere volumen muy variable y algunas veces intermitente. Si la infección se asocia ó se agudiza se forma el empiema de la vesícula. La indicación que mejor conviene en estos estados es la quirúrgica; todo lo que sea contemporizar es exponer al enfermo.

La obstrucción calculosa del coledoco tiene sintomatología algo variada y habrá casos difíciles, dudosos ó de certidumbre. Los típicos serán los que presenten la sintomatología que fijó Naunyn. 1.º Decoloración pasajera de los excrementos. 2.º Ictericia de intensidad variable. 3.º Ausencia de la dilatación vesicular. 4.º Volumen del hígado normal ó poco aumentado. 5.º Esplenomegalia. 6.º Ausencia de ascitis. 7.º Existencia de fiebre. 8.º Duración de la ictericia más de un año.

En muchos casos la fiebre es pasajera ó podemos observar el enfermo en fecha relativamente próxima del principio de su obstrucción; entonces hay tres datos de gran importancia para hacer el diagnóstico que son: los antecedentes de litiasis, el buen estado general cuando el enfermo no está infectado y el dolor provocado en el coledoco que se encuentra á cuatro traveses de dedo de una línea que es bisectriz del ángulo formado por la línea media y otra que parte del anillo umbilical al punto vesicular (inserción del recto derecho á la décima costilla). Como la litiasis biliar se asocia frecuentemente con la pancreática, este punto del coledoco no tiene una importancia decisiva, pues como puede verse en la figura adjunta está muy próximo al punto pancreático de Desjardins, y en clínica estas fisuras rara vez se pueden diferenciar.

Un punto capital en las obstrucciones del coledoco es el atento



O. Anillo umbilical.-D. Punto Desjardins localizado á 6 centímetros del ombligo en una línea que partiendo de éste termina en la axila.-Z. P. Zona pancreática coledociana de Chauffard.

examen de la vesícula biliar, porque de él podemos sacar un gran elemento de diagnóstico diferencial entre la pancreatitis crónica, el cáncer de la cabeza del páncreas, el de las vías biliares y la obstrucción calculosa. En ésta, aun cuando haya retención completa de bilis, la vesícula está atrofiada, porque como es la fuente de los cálculos, cuando viene la obstrucción, ya se encuentra en período de esclerosis, mientras que en las neoplasias se trata de vesículas sanas que se dilatan. Tan importante es este signo que se le llama ley de Courooisier, ley con excepciones pero de utilidad práctica.

La emigración anormal de los cálculos determina como accidente más frecuente el flemón biliar. Los cálculos determinan el absceso y este se abre en una víscera vecina ó en la piel formando las fístulas biliares que reciben diversa denominación según los órganos que comunican; colecisto-duodenales, colecisto-cólicas, etc. Son fístulas irregulares que tienen la particularidad de dar pequeña cantidad de bilis. Algunas veces después de expulsar los cálculos, se cierran espontáneamente; otras veces necesitan el auxilio del cirujano, y cuando éste fracasa, que es lo más difícil, habrá que pensar en algún otro obstáculo ó en la estrechez del árbol biliar ocasionada por una ulceración de origen calculoso.

La elección del método corresponde al criterio del cirujano y á la naturaleza del caso, pero este punto se separa de la idea que nos habíamos propuesto; que era contribuir á la cirugía hepática con las clásicas enfermedades médicas del hígado.

EL DR. QUINTANA

El Dr. Quintana, nuestro querido compañero, ya restablecido por completo de la grave intervención quirúrgica que hubo de sufrir, ha vuelto á dedicarse á la práctica de la cirugía.

El día 2 de Enero del presente año, se encargó de su plaza de cirujano del Hospital de San Rafael, dándole posesión el Director del mismo don Juan Pablo Barbáchano.

Dicha plaza ha sido ganada en pública oposición, y ésta, ha tenido la notable particularidad de que el ejercicio práctico consistía en ejecutar en el vivo tres operaciones sacadas á la suerte de entre los enfermos de las salas de cirugía que estaban en oportunidad de ser operados, y con la ayuda y la garantía del tribunal, del que formaban parte el doctor Madrazo, y los doctores Barbáchano, Morales y Martínez Conde, con el diputado provincial don Francisco Escajadillo.

Sabemos que este ejercicio práctico ha sido comentado favorablemente, y sería de desear que se implantara en igual forma para los ejercicios de oposición á cátedras, pues seguramente los verdaderos cirujanos, los que á los conocimientos de patología unen el dominio de la técnica quirúrgica, se encontrarían con más vasto campo en el que demostrar su suficiencia.

El servicio de cirugía de que se ha encargado el Dr. Quintana, es muy importante por el número de camas (unas doscientas), y con el impulso que probablemente conseguirá dar á la clínica nuestro amigo, y añadiendo la cirugía que diariamente practica en este Sanatorio, bien puede asegurarse que al cabo del año no habrá otro cirujano en España que cuente con un número tan crecido de intervenciones. (1)

Si de las muchas cartas que hemos recibido interesándose por el restablecimiento del Dr. Quintana, por involuntario olvido hubiese quedado alguna sin respuesta, sirvan estas líneas de testimonio de nuestro reconocimiento.

Nada más debemos decir: el cariño que le profesamos y el convivir á diario, su modestia, en fin, ponen un sello á nuestros labios, y la pluma se detiene donde más gozarla en ser prolija.

Hagamos punto, y sea esta enhorabuena nuestra, el compendio de todo lo que quisiéramos decir, y de la admiración y el cariño que todos le profesamos.—MANUEL PELAYO.

(1) Pensamos insertar desde nuestro próximo número una relación de la cirugía que se practique en el Hospital, entresacando aquellos casos que por alguna particularidad se destaquen de los casos corrientes.

NOTICIAS

Se nos suplica la inserción del documento siguiente:

Á NUESTROS COLEGAS, Á NUESTROS CONTERRÁNEOS

El momento social actual, para la Medicina, es de suma trascendencia. Rompiendo con la rutina, á mediados del pasado siglo, creció por el método experimental con lozanía; y hoy, merced á su avance, se muestra como la guadora suprema de los pueblos. Buscando el origen de los males orgánicos, ha debido ocuparse en los sociales; y ha visto al hombre, no sólo condicionado por el medio físico, sino por el medio social en el cual vive. Es más; á medida que la humanidad progresa, ésto se manifiesta con mayor influjo: en la inmensa mayoría de casos, si los factores morbosos obran, es porque los sociales les favorecen. Siempre pendiente de ellos en el mundo, el hombre pende ya de ellos al comenzar su vida. Nacido de la tierra, es á un tiempo, hijo de la sociedad en que brota: es polvo, pero influido por los esfluvios de la Historia. En sus detalles, en su carácter, en su fuego vivífico hay el rescoldo, el centelleo de las generaciones innúmeras que fueron; hay la resonancia de sus luchas de sus deleites y tristezas; en su vida se percibe el eco perdurable de los muertos.

No nacen los hombres al acaso, sino con la marca de quienes les forman. No viven los hombres á la ventura, sino moldeados por quienes les rodean. Heredan, y les amoldan; y se adaptan ó perecen; y, aunque adaptados, sucumben á la vez, porque el mismo molde les amala. ¡Cuántos de los enfermos que asistimos son sólo víctimas de sus ascendientes! Víctimas de sus vicios, de sus pasiones y extravíos; pero éstos, ¿qué fueron sino reflejo de los extravíos y dislates de su tiempo? Los hijos son epilépticos; los padres fueron alcohólicos; pero la culpa es de la sociedad madrasta que les llevó al embrutecimiento. Los tiernos infantes, los rosados capullos, cuya gracia roe la infección paterna, ¿qué son sino la secuela de una sociedad ignorante y corrompida? Los jóvenes que, presa del tifus, se agostan en tristes lechos, ¿no nos dicen la vergüenza de una civilización imprevisora y sucia? Los flacos, los enclenques, los pobres cuerpos trocados en pasto de gérmenes tuberculosos; toda esa pobre humanidad maltrecha, cada día más mustia y decaída, ¿no evidencian el horror de talleres y casas, de trabajos y escuelas, de salarios y vicios, de toda la trama de la sociedad nuestra?

Es toda la sociedad la que así se ofrece como objeto de la Medicina. Saliendo de nuestros gabinetes, hemos de ahondar en sus entrañas; hemos de llegar hasta su propia esencia y purificarla implacablemente.

Hubo una medicina sacerdotal en remotos tiempos; fuimos luego simples prácticos, hoy pujantes, continuamos sublimándola, la labor de aquellas épocas. De nuevo, encaminamos á los pueblos; de nuevo, regulamos su exis-

tencia; de nuevo, formulamos las bases de una actuación favorecedora de la vida, y hasta de una moral que la enaltezca, como expresión de su excelencia y de su belleza.

Cuando así se labora en todo el mundo, fuera criminal que no cooperásemos á la gran obra redentora. Hemos de salir de la modorra en que vivimos y luchar por ella públicamente, donde quiera que precise. Por circunstancias diversas, quizá por culpa de todos, domina, desde algunos años, un espíritu farisáico en varias de nuestras corporaciones médicas. Impasibles ante los infortunios de la sociedad, sólo salen de su inercia para discutir minucias profesionales. Bien dice algún reglamento que los médicos «aprovechando todas las ocasiones que se les presenten en el ejercicio de su profesión, ya por medio de apostolados orales ó escritos, inculquen á todas las clases de la sociedad la eficacia de la medicina y de la higiene, combatiendo toda clase de preocupaciones perjudiciales, y ayuden á favorecer y desarrollar la cultura de las clases inferiores....»; pero quienes esto imprimen no cuidan de practicarlo: obcecados por personalismos, ni efectúan apostolados sociales, ni comprenden á quienes los realizan.

Por la propia dignidad, por la dignidad patria, por la misma nobleza de nuestro sacerdocio, hemos de acabar con un estado que nos llevaría al anadamiento. Con plena conciencia de nuestro ministerio, cumplamos con él. Estudiemos las condiciones sociales; inquiramos como médicos, sus defectos; busquemos la manera de enmendarlos; divulguemos los preceptos sanitarios, y demostremos sin tregua la eximia bondad de nuestra ciencia como soberana consejera de los hombres. Hemos sido, por demasiado tiempo, simples seguidores de sus dolencias; prevengámoslas; seamos, ante ellos, alegradores augures de salud magnífica.

Fundamos con este objeto el *Instituto Médico-social de Cataluña*, Su fin es «el estudio y perfeccionamiento de la Medicina y de las condiciones sociales relacionadas con ella.» Confiamos en que nuestros colegas se asociarán gustosamente á nuestra obra; á ella les invitamos, y al propio tiempo, á cuantos, sin ser médicos, quieran ayudarnos con leal esfuerzo.

Seamos sacerdotes de la Vida; luchemos contra cuanto la mancille ó amigre; el derecho á la Vida es el primero de todos los derechos.

Barcelona 15 de Noviembre de 1910.

Dr. Aguadé.—Dr. Brasó.—Dr. Cortés Valls.—Dr. Estil-las Reixach — Dr. Sabaté Cantó.—Dr. Joaquin Vitró.—Dr. Fontbona.—Dr. Queraltó.—Dr. Falgar.—Dr. M. Segalá Estalella.—Dr. Farreras Munner.—Dr. Rodríguez Méndez.—Dr. Llorens Fábregas (Lérida).—Dr. Epifanio Belli (idem).—Dr. Janssens.—Dr. Diego Ruiz (Gerona).—Dr. F. León Luque.—Dr. Blavia Pintó (Lérida).—Dr. Hellín (idem).—Dr. Estadella (idem).—Dr. Vejobueno (Tarragona).—Dr. Luis Soler (idem) —Dr. Luis Comenge.—J. Más Alemany.—Francisco Sugranes.—B. García Neira.—Dr. Manuel Sala (Vilafranca).—Dr. Carlos Condis (idem) —Antonio Lluch (idem).—Dr. E. O. Raduá.—F. de P. Guardia Vial.—Dr. Escarrá (Arbós). J. Puig Ferrater.—Dr. Rodríguez Ruiz. Francisco Carreras. Dr. Solá Espriu (Arenys de Mar).—

S. Bavi Bracons.—Francisco Fors. Dr. Ferrer Prat.—A. García Font.—Dr. Llauradó (Pont de Armenteras).—A. Martínez Pita (idem).—Dr. Sastre Piqué (Riudecols).—Rómulo Rocamora.—Dr. Eusebio Belli (Lérida).—Doctor Fontova (idem).—Dr. Rabasa (idem).—Dr. Diana (idem).—Carmelo Blanco.—Dr. Masllorens (Vilafranca).—Dionisio Lluch (idem).—Ramón Quer.—Dr. Nogueras.—Domingo Calsina.—Manuel Brasó.—Dr. Ricardo de Vilafranca (Tarragona).—Dr. Mallofré Torras (idem).—R. de Rabassa.—Dector Agustín Solá.—Emilio Porta. Angel Sabatés.—Dr. Peiró.—Dr. Cabestany (Vilaseca).—Dr. Torres Carreras.—Dr. Mestre Puig (Molins de Rey).—Doctor J. Tomás de Lacalle.—Dr. Córdoba.

(Siguen las firmas).

Los socios se clasifican en honorarios, de mérito, protectores, numerarios, delegados y correspondientes.

Para ser socio numerario, residente ó correspondiente son precisas una ó más de las siguientes condiciones:—*A.* Tener un título profesional.—*B.* Presentar una memoria original sobre tema relacionado con el objeto del Instituto.—*C.* Haber realizado trabajos meritorios de acuerdo con los propósitos del Instituto. Los socios que satisfacen la cuota social son numerarios, donde quiera que residan: y los que no satisfacen cuota son delegados si viven en Cataluña y correspondientes si viven fuera de ella.

Las adhesiones deben dirigirse al Dr. Fontbona, A baixadors, 11 bis, 1.º

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

REVISTAS

Ilio gastromesenterio crónico, por Stavely (Washington). (Surgery and Obstetrics, tome XI Jase. 3, Septiembre 1910 p. 288 á 297.)

Se han observado personalmente dos casos de esta rara afección. A continuación va un resumen de estas dos observaciones:

Caso 1.º Mujer de 35 años. Hace doce años que ha sido operada de una colpotomía por absceso pelviano consecutiva á un aborto. Después de esta operación y durante cinco días, vomita la enferma un líquido verde-negruczo en gran cantidad; se la creyó perdida. Sin embargo, curó, pero desde entonces tiene un dolor gástrico continuo, con sensación de plenitud, tiene frecuentemente náuseas y vómitos y estreñimiento continuo.

S. vió la enferma en 1907, y sin hacer diagnóstico preciso la operó. El estómago estaba repleto de gas y muy dilatado, así como el duodeno que tenía lo menos diez centímetros de diámetro. La distensión del duodeno se continúa hasta la inserción del mesenterio; el yeyuno, por el contrario, está estrechado; el piloro estaba dilatado, tanto que daba paso á cuatro dedos; levantado el mesocolon transverso, se veía el duodeno retroperitoneal muy distendido. S. decidió hacer una duodeno-yeyunostomía; la operación fué facilitada por la distensión duodenal

La enferma curó y después de tres años goza de perfecta salud y puede comer de todo sin inconveniente.

Caso 2.º Mujer de 37 años. Sufre desde hace 14 años ataques de indigestión caracterizados por una sensación de plenitud gástrica con eruptos y calambres muy dolorosos; estos ataques se suceden sin causa aparente. En 1908 tuvo una crisis más intensa con vómitos negruzcos y biliosos muy ácidos, que duraron quince días.

S. vió la enferma en Diciembre de 1909 y la operó el 5 de Enero de 1910. Extrajo un cálculo de la vesícula biliar é hizo una colecistotomía. A pesar de la dilatación considerable del estómago y el duodeno, el piloro estaba dilatado. S. no hizo nada más que la colecistotomía á causa del estado precario de la enferma. Después de la intervención, vomitó la enferma una cantidad considerable de líquido negruzco, cediendo por la posición elevada de los pies y con lavados del estómago.

Se la volvió á ver en Abril de 1910: tenía todavía de vez en cuando crisis de distensión gástrica pero la posición genu-pectoral la mejoraba mucho.

Si la primera observación de S. es bien típica anatómicamente considerada, no se puede decir otro tanto de la segunda, que es muy vaga.

S. estudia después los casos ya publicados (Robinson, Bloodgood, Cristian, Scott, Finney) y deduce de este estudio que el «ilio crónico gastromesenterio» (la palabra es por demás deplorable: para ser claro ó siquiera inteligible, podía haber dicho «ilio gastro-duodenal por compresión mesentérica») es una afección bien caracterizada, sino clínicamente, por lo menos

anat6micamente. La dilataci6n considerable del duodeno hasta su inserci6n mesent6rica es el criterio anatomico. El tratamiento debe ser por la gastroenterostomía (dos casos, Robinson y Scott) 6 aun m1s l6gicamente por la duodenoyunostomia (un caso de S. se impone en los casos rebeldes. S6lo queda un punto obscuro en esta cuesti6n: saber la causa de la dilataci6n duodenal hasta la inserci6n del mesenterio. ¿No había allí una úlcera de la tercera porci6n del duodeno cicatrizada y estenosante? S6lo el tiempo podr1 decir lo.—(P. Lacene.—*Journal de Chirurgie*).—M. P.

Complicaciones de los carcinomas recidivados de la mama.—Elder pasa revista 1 todas las complicaciones de las recidivas en el c1ncer de la mama. Estudia primeramente las complicaciones 6seas y despu6s de recordar que las embolias cancerosas atacan de preferencia las v6rtebras, las costillas, el estern6n, los huesos del cr1neo, etc. refiere una observaci6n de met1stasis cancerosa en la tibia de una enferma de 36 a6os. Esta complicaci6n se present6 cuatro a6os despu6s de la aparici6n de una recidiva local.

En otro enfermo de 41 a6os con recidiva en Abril de 1910 y que muri6 s6bitamente en Mayo del mismo a6o, se not6 en la autopsia una carcinoma que se extendía 1 todo el tri1ngulo supra-clavicular derecho y una met1stasis cancerosa en las costillas cuarta, quinta y sexta y en el h6mero derecho. Adem1s había edema pulmonar, bronco-pneumonia, calcificaci6n del cuerpo tiroides y edema de todo el miembro superior derecho.

En otra enferma de 46 a6os que sufri6 la amputaci6n del seno izquierdo en 1904 y del seno izquierdo en 1906, se present6 una fractura del tercio medio del f6mur en Diciembre de 1908. Esta fractura no se consolid6 y entr6 en el hospital en Enero de 1909 para que se le practicase la sutura 6sea.

En la operaci6n se demostr6 que los dos extremos 6seos presentaban en la m6dula una tumoraci6n. Se desarticul6 la cadera. La neoplasia era maligna. El examen del torax, no revel6 la presencia de ninguna recidiva. Pero despu6s de la operaci6n se presentaron sntomas pulmonares, y tres meses despu6s la enferma sucumbi6.

La autopsia hizo patente la generalizaci6n 1 las costillas y 1 las v6rtebras.

Entre las otras complicaciones del c1ncer de la mama, insiste sobre lo que 6l llama «el brazo linf1tico» y el elemento dolor. Preconiza como tratamiento una secci6n nerviosa si el edema invade el miembro entero, aconseja la linfangioplastía que 6l ha practicado obteniendo una disminuci6n del edema y la cesaci6n de los dolores.

Elder recuerda la generalizaci6n 1 los ganglios del mediastino.—The Canad1 Lancet. (*Journal de Chirurgie*).—M. P.

Estudio sobre el tratamiento de las heridas penetrantes del torax.—Holmberg desde 1899 hasta 1009, ha cuidado 1 324 heridos del torax en el *Instituto Medical Feminin*.

Heridas por instruemento cortante.—De los 160 casos de heridas penetrantes, nueve veces adem1s de la pleura y el pulm6n, había otros 6rganos

lesionados; 38 veces la pleura sólomente estaba lesionada; el diafragma cinco veces; la médula una; el abdómen dos, y el pericardio una.

Bajo el punto de vista de la sintomatología, se notó pneumotorax, 48 veces (49 por 100) en las heridas de la pleura; 22 veces en las del pulmón y dos hubo pneumotorax bilateral.

Hemotorax.—27 veces en las heridas de la pleura y 45 en las del pulmón

Enfisema subcutáneo.—52 veces en las heridas de la pleura; 34 en las del pulmón.

Hemoptisis.—En el 50 por 100 de los casos de las heridas pulmonares. Este es un excelente síntoma de la herida pulmonar; desgraciadamente en la mitad de los casos no aparece más que hasta el segundo ó tercer día, aunque su ausencia no es de un gran valor diagnóstico.

En todos los casos el tratamiento fué idéntico; desinfección enérgica de la herida con la cucharilla cortante con ó sin desbridamiento, después sutura exacta de la herida pleural y de la cutánea con ó sin drenaje.

Solamente dos veces en que se sospechaba la herida del corazón ó del diafragma se practicó una resección costal.

La curación fué obtenida 101 veces por primera intención, 32 por granulación después del drenaje y 7 con supuración.

12 enfermos sucumbieron por anemia aguda, por pneumotorax bajo presión, por infección y por herida del pericardio y del abdomen.

Heridas por arma de fuego.—H. ha reunido 39 casos: 4 no penetrantes con 26 curaciones y 13 muertos. En 35 casos de heridas penetrantes, 25 veces el pulmón era el único atacado y 6 había al mismo tiempo herida abdominal, 2 veces herida de la médula, 1 fractura de la clavícula y 1 herida de la arteria subclavia.

Como síntomas se observa: pneumomox en 13 casos, hemotorax en 17, enfisema en 10, y 14 hemoptisis.

El tratamiento fué habitualmente el siguiente: en caso de lesiones exclusivamente torácicas no acompañadas de fenómenos inquietantes, asepsia de la herida y cura antiséptica. Tres veces hubo que taponar la herida por hemorragia, una ligar la subclavia y tres veces laparotomía por penetración en el abdomen.

De los 13 muertos hubo casos de herida de la médula y del intestino, otros sucumbieron rápidamente por hemorragia interna, y algunos de septicemia.

Lesiones subcutáneas del torax.—H. ha reunido 19 casos de ruptura de una víscera torácica sin lesión cutánea con 9 muertos. 19 veces había fractura de las costillas. Las lesiones interesaban el pulmón y un bronquio grueso, el miocardio y el diafragma, y en dos observaciones había contusión pulmonar. (*Journal de Chirurgie.*)—M. P.

Un caso de sarcoma melánico del recto.—Entre los tumores malignos del recto, los sarcomas contribuyen en la proporción de uno ó dos por ciento y de éstos los melánicos absorben los dos tercios.

Generalmente asientan muy abajo inmediatamente por encima del ano. Su superficie es desigual, lobulada, recorrida por surcos, á menudo ulcerada. De coloración roja, oscura y negra al corte.

La particularidad interesante de ellos es que son por lo general poco estenosantes. El recto se dilata más bien que no estrecharse, pero á pesar de todo, el volumen de estos tumores, puede ser tan considerable que al fin originen la obstrucción.

Hay que tratarlos por operaciones radicales, no dejándose engañar por su tendencia á pediculizarse.

El autor ha observado un caso en una mujer de 72 años. Después de un período en el que no había sino estreñimiento y hemorragias, apareció un tumor pediculizado que tenía la apariencia de un pólipo. Al tacto se notaban varios tumores situados al rededor de la pared rectal. Gracias á una incisión de la pared posterior de la vagina, se escindió el tumor resecaando un segmento del intestino y suturando el cabo adherente al ano. Apareció una fistula en la vagina que bien pronto se cerró espontáneamente, restableciéndose las funciones ocho meses después: había metastasis en el hígado.

Después de 1900, Ciechowski ha podido juntar más observaciones de cáncer melánico en el recto. En conjunto hasta 10. (*Journal de Chirurgie.*)—
M. PELAYO.

Contribución al estudio de la sintomatología de los tumores de la médula y de su tratamiento, por Hunt y Woolsey.

Estos autores presentan en colaboración un importante trabajo sobre los tumores de la médula espinal. Ha observado 13 casos de estos, 6 eran neoplasias extra-medulares. Uno de los enfermos murió inmediatamente á consecuencia de la operación y otro de recidiva al cabo del año. Pero los otros cuatro son éxitos operatorios porque fueron curados de sus parálisis.

Los 7 casos que completan la serie, comprenden 5 laminectomías.

De las 11 operaciones, 8 comprendiendo las 6 axéresis, fueron practicadas por W.

Caso 1.º Tumor extra-medular del segmento cervical inferior; ablación; curación.

Mujer de 31 años. Principió por dolores hace un año á nivel de la región posterior del cuello y en el hombro izquierdo. Parálisis flácida del hombro izquierdo y parálisis espástica de la pierna izquierda.

Placas de anestesia á nivel de la tercera costilla izquierda.

Caso 2.º Tumor extra-medular (fibro-sarcoma) que asentaba á nivel del 8.º par cervical y de los primeros pares dorsales. Ablación. Curación.

Hombre de cuarenta y cinco años. Principió hace siete años por dolores en la región posterior del cuello y en la cara interna del brazo derecho. Debilidad en la mano derecha, atrofia del antebrazo. Parálisis de la pierna derecha. Trastornos de la sensibilidad al nivel de la región de la tercera costilla, sobre todo á la izquierda. Extirpación.

Caso 3.º Tumor extra-dural (fibro-sarcoma) de la región cervical superior (II, III y IV segmento). Recidiva á los diez meses.

Caso 4.º Tumor extramedular (sarcoma de células redondas) de los seg-

mentos cervical inferior y dorsal superior; paraplegia, parálisis de los esfínteres. Muerte tres días después de la operación.

Caso 5.º Tumor extramedular (sarcoma de células redondas) del décimo segmento dorsal. Extirpación. Curación.

Hombre de 59 años. Dolores localizados desde siete años, después parálisis y trastornos de la sensibilidad.

Caso 6.º—Tumor extra-medular de la región lumbo-sacra.

Hombre de 58 años. Dolores, parálisis de los esfínteres. Extirpación del tumor. Desaparición del dolor. Nada de modificaciones funcionales. Recidiva y muerte. *Journal de Chirurgie*.—M. P.

SOCIEDADES

Comunicación á la Sociedad de Cirugía de Chicago

Tratamiento conservador de los abscesos frios, por E. G. Beck.—Todos los cirujanos del mundo están conformes en que no se deben abrir los abscesos frios ni drenarlos, pero no están acordes para establecer un método uniforme que prevenga las complicaciones que siguen á la ruptura espontánea de estos abscesos. Calot dice: «Abrir un absceso espodilítico ó permitir su ruptura, es abrir la puerta por donde casi siempre entra la muerte.» En el tratamiento de los abscesos frios el punto de vista más importante para el médico es la vida del enfermo.

Así es, que mientras un absceso frio no está abierto permanece inofensivo, pero en cuanto se abre se convierte en una fuente de peligros. La infección secundaria es entonces la regla, y la septicemia, y la muerte son la consecuencia.

El siglo último ha sido testigo de numerosos cambios en el tratamiento de los abscesos frios, dependiendo los métodos de las opiniones admitidas y adoptadas momentáneamente como reglas en la patología de estos abscesos.

Antes del gran descubrimiento de Pasteur, cuando los cirujanos no tenían ninguna concepción de la asepsia, el tratamiento era fuera de toda regla irracional. Dupuytren, Larrey y otros trataban los abscesos frios por grandes incisiones, pero David era enemigo de este proceder. La mortalidad en esta época, según Follin, era de 56 por 100 en las enfermedades de la cadera y en las caries vertebrales.

Después de la introducción de la asepsia y de las enseñanzas modernas sobre la tuberculosis, de los huesos y de las articulaciones, el tratamiento fué cambiado y considerando el absceso frio como una infección por el bacilo de Koch, se preconizó la supresión radical y pronta del nucleo infeccioso de origen. Desgraciadamente la muerte por shock en estas resecciones extensas de la cadera y de las vértebras resultaba enorme y los resultados finales deplorables á consecuencia de las deformaciones subsiguientes.

Este método fué reemplazado por otro menos radical que se limitaba al absceso mismo sin atender al origen óseo del cual provenia, y se empezó á hacer el raspado y hasta la extirpación de la pared del absceso procediendo con todas las posibles precauciones de asepsia. La curación por este método no es permanente y aunque los resultados inmediatos son á veces excelen-

tes y hasta durables, lo más frecuente es que la cavidad se llene de nuevo, que la herida se abra y que se declare la infección secundaria.

El tratamiento de elección del absceso frío es sin duda el método conservador. Consiste en dejar al absceso que se reabsorba, lo que puede obtenerse por el reposo absoluto y la inmovilización y colocando además al paciente en las mejores condiciones de higiene.

Calot establece las siguientes reglas en el tratamiento de los abscesos fríos: 1.º Es prohibido el tocar á los abscesos fríos que no se encuentran á la mano. En este caso no hay peligro en su ruptura espontánea. 2.º Es permitido tratar los abscesos que se pueden fácilmente atacar aunque no estuviesen á punto de agujerearse espontáneamente. 3.º Es nuestro deber tratar con urgencia los abscesos prontos á romperse, que en este caso son fácilmente asequibles.

El tratamiento consiste en la aspiración y en la inyección de una substancia de virtud curativa. Estas substancias son muy variadas y una de las que con frecuencia emplea Calot, tiene esta composición:

Aceite de olivas.....	50 gramos
Eter sulfúrico.....	50 „
Creosota.....	2 „
Yodoformo.....	2 „

En Enero de 1908 hemos empleado la pasta de bismuto como substancia modificatriz, en el tratamiento conservador de los abscesos fríos y la hemos encontrado muy eficaz.

Hemos estudiado en varios centenares de casos los efectos de la pasta de bismuto por reacciones citológicas, y resulta de esas investigaciones que ejerce una acción bienhechora sobre el absceso mismo y sobre su contenido.

Los abscesos tuberculosos contienen por lo general una materia estéril, restos de tejidos y algunos leucocitos; 24 horas después de la inyección de la pasta de bismuto se puede notar en el líquido contenido en el absceso la presencia de leucocitos polinucleares en abundancia, y lo mismo se ven aparecer filamentos de tejido fibroso mezclados con un gran número de leucocitos y glóbulos rojos.

La acción bactericida de la pasta de bismuto no está basada en el poder antiséptico del bismuto, sino sobre todo en la producción de leucocitosis local. El bismuto tiene una acción quimiotáctica.

Las ventajas de la pasta de bismuto en inyecciones sobre las otras substancias, son las siguientes:

- 1.º La pasta es inyectada por la abertura de una pequeña incisión en lugar de emplear un trocar.
- 2.º Rehusando el empleo de la aguja y del aparato aspirador, se evita el peligro de herir los órganos internos ó los vasos.
- 3.º A través de la pequeña incisión es posible hacer pasar los más grandes restos de tejidos tuberculosos imposibles de evacuar por una aguja.
- 4.º La pasta inyectada en la cavidad, permite el derrame de las secre-

ciones á lo largo de las paredes, pero impide la entrada de sustancias infecciosas y previene la infección secundaria.

5.º Las otras sustancias modificatrices deben por lo general ser renovadas, mientras que la de bismuto no precisa ser inyectada más que una vez. Además la inyección es indolora y no irritante, y los resultados son tan buenos como los obtenidos con otras sustancias. (*Revue de Chirurgie.*)—M. P.

De la Sociedad de Cirugía de París

Sobre una variedad de fractura complicada con hemartrosis, por Fontoyunt.—Se trata de una fractura del radio complicada con hemartrosis. Esta fractura no ha sido mencionada y se caracteriza por un derrame tal, que la sinovial aparece distendida y forma relieve en el puño, observándose de preferencia cuando se mira éste de perfil.

El líquido contenido en la sinovial distendida es sangre casi pura. En cuanto á la fractura del radio es muy característica. La línea de fractura remonta hacia arriba sobre la diáfisis radial por encima del tendón de inserción del supinador largo, y pasa hacia afuera de las inserciones del pronador cuadrado.

Casi verticalmente dirigida hacia abajo penetra en la articulación, despegando por entero la carilla triangular que se articula con el escafoides subyacente, de tal manera, que la extremidad radial rota y el escafoides se encuentran dirigidos hácia fuera.

Como síntomas de los tres casos observados se perciben:

1.º Deformación siempre idéntica caracterizada por una hinchazón dolorosa muy claramente hemisférica localizada en la parte postero-externa de la muñeca y que borra los detalles de la tabaquera anatómica.

2.º Alargamiento considerable de la base de la muñeca con ligero descenso de la apófisis estiloides.

3.º Fluctuación muy clara al nivel de la hinchazón que indica una colección intra-articular.

4.º Un dolor claramente localizado en un punto correspondiente á la parte más elevada de la línea de fractura é independiente de la tumefacción. Por la punción se demuestra la presencia de un derrame de sangre en la articulación.

El autor relata después tres observaciones, en las que ha empleado primero la punción y después un aparato de contención. Al cabo de los cinco días ha aplicado el masaje y al octavo día la movilización.

El resultado funcional ha sido excelente.—M. P.

Sociedad de ciencias médicas de Lyon

Esporotricosis.—M. Bonnet presenta un hombre de 49 años que en Diciembre de 1909 tuvo un primer absceso sobre el dorso de la mano izquierda.

Actualmente se notan nódulos cutáneos múltiples fistulizados, y en parte curados; una periostitis del cúbito izquierdo con aumento notable del volumen de este hueso; un grueso goma de la pantorrilla derecha y una artropatía de la rodilla del mismo lado. No había hidrartrosis pero sí hinchazón de los tejidos periarticulares.

Quiste tiroideo sebáceo. Tixier y Alamartine han extirpado un tumor adherido al cartilago tiroides. La operación reveló la existencia de un pedículo que pasando por detrás del hueso hioides remontaba en el interior de la base de la lengua. Este quiste contenía materia sebácea pero sin pelos.

Se trata de un tumor de origen bronquial.

Puñalada en el abdomen.—Perforación del intestino delgado y herida del mesenterio.—M. Tavernier ha operado hace tres semanas á un hombre que había sido herido de una cuchillada en el flanco derecho dos horas antes. Un asa larga de unos ochenta centímetros salía por la herida presentando tres perforaciones y una herida del mesenterio que sangraba abundantemente. Sutura de las perforaciones y ligadura de los vasos que daban sangre.

En el abdomen se encontró una gran cantidad de sangre rendida por la arteria epigástrica. Curación.

Este hombre debe en gran parte su curación á la evisceración espontánea del intestino, circunstancia que hizo menos peligrosas las perforaciones y alejó el peligro de peritonitis.

Quiste del ovario roto en el peritoneo.—Bonnet cuenta la historia de una mujer de 37 años que á consecuencia de un salto sintió un dolor brusco en el abdomen.

La operación demostró en el vientre un quiste gelatinoso que tenía una perforación por la cual el contenido se había derramado en el peritoneo. No había torsión del pedículo que explicara la perforación.

La pared del quiste examinada al microscopio demostró que tenía una malignidad local susceptible de ingertarse en la vecindad. (*Revue de Chirurgie*).—M. P.

Sociedad médica de Saint-Etienne

Cáncer del colon transverso en una mujer embarazada de tres meses, por M. Viannay.—Se trataba de una mujer de 37 años que desde seis, estaba atacada de una constipación tenaz con crisis frustradas de oclusión intestinal.

El diagnóstico fué de cáncer del intestino grueso ó estrechez tuberculosa del intestino delgado.

Laparotomía infra-umbilical media; escirro en la parte media del colon transverso. El tumor fué extirpado, estableciéndose después una anatomosis lateral. Curación y continuación del embarazo.

Tumor mixto del testículo.—M. Guinard ha observado á un hombre joven de 27 años, que presentaba los síntomas clásicos de una estenosis pilórica, al mismo tiempo que una tumoración epigástrica.

El exámen completo demostró que se trataba de un tumor del testículo, tan pequeño, que pasaba desapercibido.

El tumor epigástrico estaba formado por una voluminosa adenopatía prevertebral. Este individuo murió en la caquexia.

Salpingo-ovaritis supurada abierta en el ombligo.—M. Viannay relata un ejemplo de esta abertura espontánea. Se trata de una mujer de 24 años que había tenido dos años antes un parto complicado. Fué entonces operada de un absceso pelviano por una simple colpotomía.

Hace un año los dolores volvieron al mismo tiempo que se formaba un absceso supra-púbico que se abrió en el ombligo á mediados de Agosto

La operación demostró que la fístula descendía hacia la cúpula vaginal, donde terminaba en una colección purulenta que fué simplemente drenada por la incisión alta.

Sarcoma primitivo del ombligo.—M. Blanc ha extirpado á un hombre de 50 años un tumor claramente limitado al ombligo cuya rareza contrasta con la frecuencia de los tumores propagados al ombligo.

El análisis microscópico ha demostrado que se trataba de un sarcoma de la pared abdominal vecina al ombligo. —M. P.

Sociedad de Cirugía de New-York

Gangrena del pulmón.—M. James y Hitzrot presentan un enfermo que tenía los síntomas de una supuración pulmonar, confirmada por una punción exploradora que rindió un pus obscuro y fétido.

Con anestesia local se incindió por debajo del ángulo del homoplato y

sobre la octava costilla, de la cual se reseco un fragmento, llegándose entonces á una cavidad que contenía pus y tejido pulmonar esfacelado.

Un segundo enfermo presentaba igualmente fenómenos de supuración gangrenosa del pulmón, con una expectoración abundante en tres capas.

Toracotomía bajo la anestesia local y resección parcial de la octava costilla. Había una bolsa superficial comunicando por una abertura de la pleura parietal con una bolsa profunda en la que se abría un grueso bronquio.

Una operación de Talma que data de hace nueve años.—El interés de esta observación reside en el hecho de la larga mejoría procurada con la observación de Talma (Abril 1901 á Septiembre 1909.)

Tiroidectomía por bocio exoftálmico.—M. Willy Meyer presenta un hombre de 36 años que tenía todos los síntomas de la enfermedad de Basedow desde hacía cinco años. Se puso al descubierto la totalidad del tiroides. A pesar de la ligadura de los vasos tiroideos, la hemorragia era abundante. Se extirparon próximamente los dos tercios de la glándula.

Tratamiento operatorio de las fracturas. (Discusión en el LXXVIII Congreso de la Asociación médica británica).—Para Arbuthnot Lane, el tratamiento operatorio es actualmente, absolutamente indicado en la mayoría de las fracturas de los huesos largos todas las que se acompañan de desviación porque es el solo que permite la coaptación exacta de los fragmentos y restablece el hueso en su forma primitiva.

La técnica de la intervención abarca varios puntos de gran importancia; la piel debe ser cuidadosamente excluida del campo operatorio por compresas fijadas en los bordes de la incisión. El mejor método de contención de los fragmentos es, á nivel de las diáfisis, el empleo de placas de acero sujetas con tornillos que no pasan del tejido compacto.

En las epífisis este procedimiento rara vez es preciso, puesto que la reducción es suficiente y se sostiene bien con un buen aparato.

Championnière no está conforme con este proceder porque muchas veces la perfección anatómica no es sinónima de perfección funcional y muchas otras circunstancias influyen en el resultado final.

Gilberg Barling comprende la reserva con que un gran número de médicos acojen el tratamiento quirúrgico, porque supone un cierto peligro para la vida y porque toda supuración retrasa la curación.

Deauesley no admite el tratamiento operatorio más que en ciertas fracturas. Así los métodos antiguos dan resultados casi perfectos, por ejemplo, en las fracturas del miembro superior exceptuando las de las proximidades, de las articulaciones. Por el contrario las fracturas de la parte superior del femur ó de su parte inferior, no dan resultado bueno más que con la operación. Pero es preciso recordar que á veces sobreviene la infección y además, que la reducción es con frecuencia difícil.

Villems es partidario decidido de los métodos no sangrientos. La operación no está indicada más que: 1.º en las fracturas recientes irreductibles por la interposición de las partes blandas; 2.º fracturas consolidadas en mala posición, y 3.º en las fracturas intra-articulares ó yusta-articulares.

Spencer combate el tratamiento operatorio en las fracturas del cuerpo del fémur, de la pierna y de los maleolos; la extensión da buenos resultados en la primera y en las otras la aplicación bajo anestesia de aparatos minuciosos es suficiente.

Whitelocke es partidario de la operación en las fracturas de la rótula, del olécranon, del calcáneo pero empleando ligaduras reabsorbibles.

Peterson.—La operación debe ser la regla en la edad media de la vida á excepción de las del cuello humeral ó femoral, ó de las fracturas sin deformación que radican en las proximidades de la garganta del pié.

Shentón ha examinado á los rayos X antes, inmediatamente después y largo tiempo de la fractura, casos en los que se había intervenido con la operación ó en los que no se había intervenido. En estos últimos, la restauración rara vez es funcionalmente perfecta é igualmente la coaptación, habiendo con frecuencia trastornos más ó menos acusados de la articulación vecina.

Los operados tienen por el contrario una breve convalecencia y una perfección funcional casi siempre absoluta, sin trastornos articulares.

Por lo tanto el resultado anatómico y funcional incomparablemente superior.

Groves insiste en que la coaptación perfecta no es el sólo factor que influye en el resultado que obtenemos con nuestros fracturados y cree que una de las fracturas en que más indicado está el tratamiento operatorio es, en las del maxilar inferior.

Fagge considera como una indicación formal del tratamiento operatorio la imposibilidad de reducir y contener en buena posición una fractura. Los que se oponen sistemáticamente al tratamiento operatorio, pecan de ilógicos puesto que no operan por el temor de convertir en abierta una fractura cerrada y sin embargo operan en las fracturas de la rótula, en cuyo caso la infección pudiera tener aún más desagradables resultados.

Fullerton, Vernon, Renton y Young, exponen pareceres idénticos en uno ú otro sentido.

Tratamiento quirúrgico de las artropatias nerviosas, por Duroux.—Se admite generalmente que el papel de la cirugía en las artropatias nerviosas es muy restringido, limitándose á algunas amputaciones. La resección no ha sido practicada más que excepcionalmente. Duroux comunica en su trabajo tres observaciones de Jaboulay; en las dos primeras se trataba de artropatias tibio-tarsianas acompañadas de supuración. En el tercer caso la afección radicaba en la quinta articulación metatarso-falángica. Basándose

en estos hechos y en otros de resultado favorable publicados en Alemania, estima que se pueden sacar beneficiosos resultados de la resección, pero deben distinguirse las artropatías simplemente tróficas de aquellas otras en que la lesión principal va acompañada de infección.

La artropatía trófica simple puede ser atrófica ó hipertrófica: en el primer caso el tratamiento debe ser principalmente ortopédico, la resección está contraindicada, puesto que no daría más que resultados desastrosos. En las formas hipertróficas la resección tiene algunas indicaciones en los jóvenes, sea para restablecer el movimiento ó para producir la anquilosis en buena posición.

En la artropatía supurada la indicación operatoria es decisiva por los fenómenos infecciosos que comprometen la vida del paciente.--M. PELAYO.

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