

CORRESPONDENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Sr. *Director de «El Progreso Médico»*

|

Mi muy querido maestro y amigo:

Varias veces antes de mi salida de esa capital, hubo usted de expresarme sus deseos de publicar una serie de correspondencias, en que diera a conocer a los lectores de *El Progreso Médico*, la impresión que en mi ánimo causara la visita que iba a girar a las clínicas de los profesores americanos.

Conformes esos deseos con mis propósitos, remito a usted mi primer revista, llamémosla así, de lo que científicamente he visto en esta populosa ciudad de New York. Pero debo antes que todo advertir, que el corto número de días transcurridos desde mi llegada y sobre todo el escaso, casi nulo, conocimiento que del idioma tengo, no me permiten cumplir como quisiera, la misión que se me ha confiado.

Llamó mi atención grandemente desde el primer momento, la costumbre de los médicos neoyorkinos de no anunciarse en los periódicos, circunstancia tanto más sorprendente, cuanto que en este país juega el anuncio un papel capital en la vulgarización de las mercancías y en la reputación de sus fabricantes. Es tal la prevención que los médicos y el pueblo tienen con el que anuncie su profesión y domicilio, que en estos días, la crítica implacable se ha cebado contra un profesor, porque un periódico daba cuenta de su enfermedad a consecuencia de una inoculación practicando una autopsia. Todos han juzgado la tal noticia como un reclamo, y si esto es verdad, no se puede menos de confesar que ha sido un medio ingenioso de anunciarse y darse a conocer; y yo pienso al ver este criterio de la clase médica americana lo que dirán de los médicos de esa capital, donde más de una reputación no tiene otro origen que el anuncio pomposo y la gacetilla laudatoria.

Mas si tenemos que envidiar esa costumbre, ninguna diferencia se nota en las relaciones de los profesores entre sí. Aquí como allá la misma lucha intestina, análogas discordias, idéntico comportamiento con el compañero y cuando observan en éste algún tropiezo, algún error, todos están dispuestos a congregarse para sepultarlo con su reputación en las tinieblas del olvido.

La educación médica en esta país, encuentra inagotable material. La enseñanza objetiva es la única que se adquiere y se da; y las dos poderosas fuentes de la medicina contemporánea, la observación y la experimentación, el enfermo y el laboratorio, pueden ser prodigadas tan a larga mano, que los libros pudieran considerarse como fuentes de consultas o de guía en los trabajos que se emprenden. Pero a pesar de tan riqueza, es preciso reconocer que la educación general es insuficiente, y que el médico una vez en propiedad de su título, tiene por fuerza que asistir a alguno de los numerosos colegios de graduados para adquirir mayor práctica. En efecto, la clínica de partos, dura una semana para cada alumno y en ese espacio de tiempo sólo puede examinar, cuando más, a unas quince parturientas. Lo mismo acontece con las otras prácticas, pues en todas se observa gran insuficiencia.

Unicamente en las operaciones, se puede adquirir algunos conocimientos, pues a la semana se puede presenciar un gran número, practicadas por excelentes cirujanos. Aquí sucede lo que en todas partes, que algunos, por suerte, o por influencia, se adhieren a un cirujano y así adquieren práctica y pueden hacerse notables.

Paso a darle cuenta de las operaciones que se presenciado y de los salones de operaciones que he visitado.

El *Prebysterian Hospital*, creado y sostenido por los protestantes, es un edificio de seis pisos y si esta circunstancia no responde a las exigencias de la higiene, es tanta su limpieza que aquélla no tiene por qué avergonzarse de penetrar en su recinto. Este asilo, alberga en su seno individuos de ambos sexos, convenientemente separados. Sus salones, más pequeños que los de nuestro hospital *Mercedes*, contienen 20 camas.

Pero lo que más llama la atención en este hospital es el suntuoso salón de operaciones del doctor Mac Cosh. Un espacio de 15 metros cuadrados, con paredes de mármol hasta la mitad de su altura, sus puertas igualmente de mármol y su anfiteatro para cien personas, de hierro y de mármol; el pavimento es de mosaico blanco, salvo en la parte central en el espacio que ocupa la mesa de operaciones que son de color negro. La mesa de operaciones, modelo Edebohls, de hierro y cristal, es muy cómoda y puede colocarse en todas las posiciones para operaciones necesarias en cirugía en general como en ginecología. Alrededor varias mesas de hierro y cristal para

colocar los útiles de la operación y a un lado el aparato de Schimmelbusch, para esterilizar los instrumentos, en una solución de carbonato de sosa al uno por ciento, hirviendo durante cinco minutos, sumergiéndolos después en lá vasija refrigerante que contiene la solución de sosa previamente esterilizada.

Anexos al salón de operaciones hay tres departamentos; uno central en el que se coloca al enfermo en una camilla rodante para comenzar la anestesia; otra a la derecha donde se encuentra un magnífico arsenal de instrumentos otra a la izquierda destinada al cirujano y ayudante para el cambio de ropas y un cuarto de baños para si los riesgos probables de la operación exigen esa medida de asepsia.

En la operación se usan las esponjas comunes, preparadas y desinfectadas en el asilo. De los preparativos de la operación están encargadas dos enfermeras, así como de la limpieza de las esponjas en el transcurso de la misma; observándose en ellas una perfecta educación antiséptica y aséptica, pues están al corriente de los más minuciosos detalles.

Mientras se administra el cloroformo, el doctor Mac Cosh, hace la historia clínica del caso, manifestando las dudas que abriga respecto al diagnóstico y justificando la intervención a que va a proceder.

Anestesiado el paciente se rueda la camilla desde el departamento inmediato hasta la mesa de operaciones; se le transporta a ésta, sé lava cuidadosamente la región en que se va a operar y se cubre al enfermo con paños asépticos, de manera que únicamente quede al descubierto la región operatoria.

He visto practicar al doctor MacCosh varias operaciones, algunas de ellas muy interesantes. Una de ellas, la primera, fue una *papiloma del ano*, en una mujer de 27 años, que extirpó, suturando con seda los dos labios de la superficie cruenta resultante. Un *quistes coloideo del ovario*, tratado por la marzupialización de la bolsa, evacuación de su contenido y drenaje por la vagina y pared abdominal. Un caso de *hernia inguinal estrangulada*, tratada por la quelotomía. Una *desarticulación tibio tarsiana* en un individuo de 65 años, que anteriormente había tenido una gangrena senil del segundo y tercer dedo del pie izquierdo, y actualmente presentaba unas caries de los metatarsianos correspondientes. Al practicar su resección, se encuentran interesadas los otros metatarsianos y la mayor parte de los huesos del tarso, por lo que se practica la desarticulación tibio tarsiana por el procedimiento de Simes; incisión vertical que practicado de un maléolo, pasa por la cara plantar y viene a terminar en el maléolo opuesto, e incisión transversal de convexidad anterior que pasando por la cara dorsal una los dos

extremos de la incisión vertical. Practicada la desarticulación se resecaron las porciones salientes de los maléolos y se suturó con seda dejando un drenaje de gasa iodoformada.

Un *hematocele extra pelviano peritoneal*, reconociendo por origen, según el Dr. Mac Cosh, una preñez extrauterina, y ocupando la cavidad del ligamento ancho. Fue tratado por la ablación de la trompa y ovario izquierdo y colocación de un tapón de Mickuliez.

El Dr. Me Cosh en sus operaciones de vientre, usa un solo plano de sutura con seda aséptica, que comprenda la piel, aponeurosis y peritoneo. La herida la cubre con gasa aséptica en bastante cantidad, algodón aséptico y encima coloca un vendaje de franela sumamente cómodo y sencillo. Consiste en un paño cuadrado del ancho de la cadera, con seis cabos de ocho centímetros de ancho a cada lado; estos cabos se cruzan uno encima del otro, como las compresas del aparato de Scultet para las fracturas. Una vez aplicados, se fijan los inferiores con alfileres imperdibles y se cruza por encima del pubis, un cabo que viene del lado inferior del paño que sirve de base. La explicación quizás no lo haga aparecer con su sencillez natural, pero la vista del vendaje permite comprender fácilmente su comodidad.

Un caso de *fístula vexico-vaginal*, operado por el avivamiento y la sutura. Un caso de *tumor* blanco de la *articulacionti bio-tarsiana* en una joven de 20 años, en que se aplicaron varias inyecciones de éter iodoformado. Y en fin, un caso de *anquilosis* de todas las articulaciones de los miembros inferiores, consecutivas a una septicemia puerperal. Se administró el cloroformo para lograr vencerla.

Me presentó el Dr. Mac Cosh, algunos casos curiosos de su clínica entre los que merecen especial mención, una mujer en la que doce días antes había hecho una histerectomía completa por fibroma uterino, sin el menor ascenso febril, y un caso de quiste del páncreas, operado hacía quince días y que se encontraba en perfectas condiciones. Observé también un número ilimitado de fracturas de todo género, entre los que había algunas del cráneo muy notables.

También he presenciado algunas operaciones practicadas por el Dr. William Bull en el New York Hospital, cuyo salón de operaciones responde a todas las exigencias modernas. Un anfiteatro de madera muy limpio y suficiente para 300 personas; una gran vidriera al frente y otra en el techo dan entrada a un torrente de luz. En el centro la mesa de operaciones de hierro y cristal; a los lados varias mesas de hierro y cristal para los instrumentos y útiles accesorios para la operación. En frente del anfiteatro, un aparato de Schimmelbusch para la esterilización de instrumentos y una pizarra en donde

se hace constar el número de pinzas, de paños de gasa y de esponjas redondas y planas, que se destinan a la operación. En las partes laterales del anfiteatro hay dos departamentos uno para el instrumental y otro para la *toilette* del cirujano y ayudantes. Vi que el Dr. Bull después de lavarse cuidadosamente sus manos las envolvió en un paño aséptico hasta el momento de la operación.

Las operaciones que he visto realizar al Dr. Bull, han sido: un caso de *hernia crural irreducible* (derecha) en una mujer de 55 años, del volumen de la cabeza de un adulto. Las múltiples adherencias fueron divididas entre dos ligaduras y resecado una gran porción de masa epiplóica y del saco dio un punto de sutura, de la aponeurosis del pectíneo a la arcada de Falopio, y terminó la operación suturando la piel con seda. Un caso de *fractura de la tibia* con cabalgamiento de los fragmentos, en que se hizo la sutura ósea; y un caso de *hernia inguinal* en que practicó la llamada cura radical.

En el hospital de los judíos Mount Sináí presencié una *craneotomía* por tumor del cerebelo. El Dr. Gerster, nos dijo que los trastornos experimentados por este individuo, y el abultamiento que se notaba en la parte derecha del occipital, le hacían pensar en la existencia de un tumor del cerebelo; que practicaba la craneotomía y no la trepanación, porque con esta corría el riesgo de interesar el seno lateral derecho. Inclina la piel hasta el hueso, siguiendo una línea curva de convexidad superior, que partiendo de la apofisis mastoidea derecha, terminara a dos centímetros a la izquierda de la protuberancia occipital externa; separó con una legra la aponeurosis epicránea y con una gubia curva fue separando las distintas capas del hueso hasta que ayó sobre la dura madre. Lentamente fue agrandando la abertura y con un espacio de cuatro o cinco centímetros cuadrados, exploró minuciosamente, extrayendo algunas fungosidades de la cara externa de la dura madre, y que reservó para el microscopio. Practicó algunas punciones exploradoras y solo extrajo una corta cantidad de líquido céfalo raquídeo. Haciendo constar las dificultades con que tropezaba y la diferencia que existe entre operar en un vivo y en un cadáver; hizo la antiséptica de la herida y suturó la piel con seda, colocando antes un drenaje de gasa yodofornada.

El salón de operaciones del Mount Sináí, no merece este nombre. Es un cuarto que se ha habilitado para ese objeto, pero que no puede compararse ni con el que antiguamente existía en el hospital de Paula. Cirujano, ayudantes y expectadores, todos aglomerados alrededor de la mesa, no dejan ni la libertad de movimientos necesaria, ni permiten la posibilidad de una asepsia perfecta.

Lo contrario he de decir del suntuoso salón de operaciones del *Roosevelt Hospital*. Sus paredes de mármol, su techo de cristal; y su anfiteatro donde pueden haber 500 personas; todo revela una gran riqueza y una esmerada limpieza. Allí vi operar al afamado doctor Me. Burney, reputado como uno de los buenos cirujanos de New York, un caso muy curioso de *quistes del páncrea*, diagnosticando antes de la operación. Abultamiento como de una naranja en la parte izquierda y superior del ombligo, liso, redondeado, poco móvil, independiente de la pared abdominal; fluctuación profunda, muy oscura. Entre el tumor y las últimas costillas, existe un espacio sonoro, como de cuatro centímetros, que aleja la idea de un tumor hepático o de la cápsula suprarrenal. Trastornos digestivos y crisis dolorosas frecuentes. La dispepsia, las diarreas grasosas y la diabetes, hicieron pensar en una neoplasma pancreático.

La intervención consistió en la laparotomía, sutura de la bolsa quística a los labios de la herida abdominal, incisión, evacuación del contenido quístico y drenaje con un tubo doble;

Un gran *sarcoma* de la parte inferior del brazo, tratando por la desarticulación escápulo-humeral y un caso de *osteosarcoma* del maxilar superior, del que se hizo la resección.

En el día de ayer presencié varias operaciones que practicó el Dr. Cleveland en el Woman's Hospital. Una *traquetorrafia*, y una *perinorrafia*, que no ofrecieron importancia alguna. Una laparotomía por *quiste del ovario*, que revistió el carácter de exploradora, pues las múltiples adherencias del ovario al intestino dificultaban su extirpación, cerrándose el vientre con un solo plano de sutura; y en fin, un *acostamiento de los ligamentos redondos* por retroversión uterina.

El salón de operaciones del Woman's Hospital, es pequeño, con sus paredes cubiertas de mármol hasta dos metros del suelo y el resto pintado al óleo; aunque sin ventanas, tiene luz suficiente, pues su techo es de cristal. El doctor Cleveland es el cirujano americano de los que he visto operar hasta ahora, que se rodean de menos ayudantes; uno directo, otro para los instrumentos, uno para la anestesia y una enfermera ocupada de la limpieza de las esponjas. Observa una asepsia escrupulosa y su habilidad y destreza operatoria son innegables. En su salón de operaciones vi reproducida la precaución que noté, por vez primera, en el salón del doctor Bull, de enumerar en una pizarra el número de esponjas, paños y piezas que se han destinado a la operación; esto quizás parezca trivial, pero su utilidad la conocen muy bien los numerosos cirujanos que han olvidado algún objeto dentro de la cavidad abdominal.

El Mauhattau Ege and Eer Hospital, es muy pequeño, pero en su dispensario se asisten diariamente más de 300 pacientes. En el departamento de ojos del Dr. Emmerson, pude observar en el corto espacio de tiempo de des horas, un muestrario casi completo de las enfermedades de los ojos. El Dr. Reyling, compatriota nuestro, y primer asistente del Dr. Emmerson, me dirigió en el mensaje del oftalmoscopio y me hizo examinar algunos casos. Terminada la consulta presencié varias operaciones del Dr. Emmerson, una catarata trau-
traumática, una iridectomía, una catarata congénita y una blefaroplastia.

Debo hablarle también, señor director, del Dispensario de Enfermedades de Mujer del «Hospital Roosevelt», a cargo del Dr. Saviege, al que fui presentado por otro médico del mismo, compatriota nuestro, D. José M. Ferrer.

Corto tiempo hube de permanecer en aquel dispensario por el que han de pasar las enfermas antes de entrar en el hospital, pero pude darme cuenta del gran material clínico que allí existe y de la utilidad que ha de reportarme una permanencia de tres o cuatro meses en aquel consultorio.

Antes de finalizar quiero participar a Ud. y a los lectores de «El Progreso», el nombramiento de instructor de enfermedades de las vías urinarias, en el Post Gradúate, hecho a favor de nuestro compatriota, Dr. Ezequiel de la Calle. Los Dres. Reiling y La Calle, son los únicos extranjeros que han logrado formar parte del profesorado de dicha escuela.

Queda, como siempre de Ud., Sr. Director, afmo. discípulo y amigo

Q. B. S. M

Enrique Núñez

(1893)

II

Sr. director del «Progreso Médico»

Mi estimado maestro y amigo:

Sorprendente ha sido la actividad quirúrgica en los hospitales de New York durante el mes de noviembre. Los que están al corriente de cuantas operaciones se practican aquí; lo que a mi juicio, es enteramente imposible por el número de hospitales y cirujanos que existen, consideran que ha sido uno de los más propicios en intervenciones.

Es indudable que un *furor operatorio*, domina en el ánimo de la mayoría de los cirujanos de este país. Operaciones innecesarias son practicadas diaria-

mente, sin que detenga la posibilidad de un desastre, o de una mutilación injustificada. Una gran estadística, *that is the question*; poder contar a fin de año las operaciones por millares, es la idea imperante. Estadística falaz y engañosa en que se falsean y se presentan los hechos a voluntad del fabricante, haciendo ver sus resultados del modo más conveniente a su fantasía e interés; no faltando quien tome en serio esos resultados en apariencia tan brillantes, para utilizarlos, preconizando algún método operatorio.

Esa cualidad que raya aquí en lo inverosímil, hace que sean muy pequeñas y raquíscas las ocultaciones de que tanto nos asombramos en la Habana. Pero aquí, como en Cuba, hay un crecido número de conceptuados cirujanos que diariamente censuran esa fatalidad que pesa sobre nuestra profesión; enérgicas censuras que no logran abatir esa verdadera *operomanía*, que por desgracia va haciendo numerosos prosélitos en la joven generación médica del país.

En esta ciudad hay muchos buenos operadores, pero hay muy pocos cirujanos. Aquéllos dominan la cuchilla, con ella practican secciones perfectas y artísticas, emprendiendo cualquier operación por difícil y arriesgada que parezca; pero raras veces la intervención está justificada y muchas más raras aún se realiza la operación que las condiciones del caso exige, sino siempre la que merezca las simpatías del operador.

Los últimos son verdaderos cirujanos, y como tales, dominan sobre todo la intervención; el instrumento cortante constituye en sus manos un recurso del que sabrán hacer buen uso cuando sea necesario. Cuando la contemporalización no es posible sin que peligre la vida del paciente, intervienen pronto y enérgicamente, pero siempre apropiando la operación al caso en cuestión, y nunca practicando sistemáticamente determinado proceder.

La cura operatoria de la hernia y la laparotomía por *probable* apendicitis, son las operaciones de que más *uso* se hace, en los hospitales de New York.

En efecto, solamente en un mes, he presenciado 39 intervenciones en casos de hernias. Parece que los éxitos operatorios obtenidos por Lucas Champoiniere, han resonado en la América del Norte, y el deseo de sobreponerse en la en la estadística al cirujano de París, obliga a intervenir en todos los casos de hernia.

Pero es de justicia consignar que muchos, no todos, han suprimido el pretencioso título de *cura radical*, que la incertidumbre de sus resultados imponía rechazar. Efectivamente, cuando se han presenciado tantas recidivas y cuando se piensa que el operado ha de continuar sometido a un tratamiento mecánico, como es el empleo del braguero, so pena de verse reproducida la

bernia, no se puede menos que condenar muchas veces la operación, por inútil, a pesar de los beneficios que su título permite esperar; y tras esa primera consideración asalta nuestro ánimo otra más amarga, a manera de censura, sobre los cirujanos que intervienen en todos los casos sin justificación alguna.

Si existe alguna operación perfectamente reglada en sus indicaciones y en su proceder, ésta es la cura operatoria de la hernia; y es a nuestro juicio, esa misma sencillez de la operación, la causa inmediata de tantas intervenciones innecesarias y del olvido en que se dejan sus indicaciones.

Analicemos los casos, observados y veremos que aquí reina una verdadera herniomanía. Los accidentes hemiarios, verdaderos guías de la intervención, no se tienen nunca presente para decidir la operación. En los 39 casos observados, ninguno era de hernia dolorosa, ninguno de hernia incoercible; y únicamente tres, eran de esas hernias irreductibles, que adquieren cédula de vecindad en el escroto, casos en que más o menos tarde, pero según algunos casi inevitablemente, puede sobrevenir algún accidente que obligue a intervenir en condiciones fatales. En esos tres casos puede considerarse justificada la intervención.

Entre los casos operados, diecinueve eran de hernias congénitas, y en éstos, seis solamente eran de más de 20 años de edad. Este dato de la edad es de importancia, dada la posibilidad de la curación con el braguero; éste no fue empleado más que en cinco casos antes de intervenir y por un tiempo tan corto (dos o tres meses), que no merece tenerlo en cuenta.

Numerosos son los casos de hernia congénita que hemos visto en adolescentes, curar espontáneamente o con el uso del braguero, lo que nos hace pensar que en los casos de hernia congénita la operación está menos indicada en los niños y adolescentes que en los adultos mayores de 20 años.

Ocho de los casos eran de hernia reciente, de menos de tres meses, sin haber originado trastorno alguno; del vendaje hemiario podía esperarse en esos casos, un servicio, no paliativo, sino curativo, siempre que una vez reducida la hernia no se le deje salir de nuevo, y sin embargo, en ninguno de esos casos el braguero fue utilizado.

Diez de los casos eran individuos mayores de 60 años, entre ellos, dos de hernia irreductible; sujetos en que verdaderamente no debe operarse sino cuando algún accidente obligue a ello, pues operar en esa clase de individuos es inútil y hasta peligroso.

Hemos visto dos casos de hernias múltiples: uno, inguinal (derecho), crural (izquierdo) y umbilical, y en el que se operaron las dos primeras; el otro, inguinal (doble), crural (izquierdo) y laparocèle espontáneo al nivel

del borde externo del músculo recto (derecho) del abdomen. Hernias múltiples, que indudablemente son hernias de debilidad y en las que la operación no permite esperar ni aún una mejoría durable.

He de señalar el procedimiento preconizado por Mac Burney, con la idea de evitar la recidiva de la hernia. Partiendo del hecho de que las cicatrices más sólidas son las que proceden de largas supuraciones, hace que el trayecto hemiario oblitere por granulación, suturando la piel a los planos profundos, sobre los dos bordes de la incisión. Este procedimiento que yo recuerdo haber leído, parece que no ha prestado los servicios que los primeros resultados permitían esperar. Se nos han presentado varios casos operados por ese método, en que la recidiva no tardaba en establecerse.

Es indudable que en los hospitales de New York hay ancho campo para estudiar en conciencia las indicaciones de la cura operatoria en las hernias: pero el capítulo más interesante, el de la *Estadística* ha de quedar en blanco, por que una vez que el operado abandona el hospital, es imposible obtener datos ciertos sobre su estado y el resultado de la operación.

En los 39 casos en que se ha intervenido, solo conocemos de un modo cierto, el resultado de cuatro que han pagado con su vida la audacia de los cirujanos. En los cuatro, la operación era completamente innecesaria, y los cuatro pregonan la excelencia e inocuidad de la misma.

Reveses que muchos ignoran porque la mayor parte de las veces se dejan sumidos en la oscuridad; y si nos limitáramos a presenciar las operaciones y a ver salir los operados del anfiteatro, de seguro que todos curarían radicalmente. Esto quiere decir que las ocultaciones y adulteraciones son tan comunes en New York como en la Habana.

La operación por hernia estrangulada, se presenta raras veces; pues siendo una operación de urgencia se interviene con rapidez, sin perder gran tiempo en tentativas de taxis, poniendo siempre en práctica las quelotomías precoces, de la que se puede esperar resultados bastante lisonjeros.

Las consideraciones que me sugieren las intervenciones que he presenciado en casos de *probable* apendicitis, las reservo para mi próxima correspondencia, pues espero aumentar mi estadística y robustecer mis opiniones con nuevos hechos.

Pasemos en seguida, una *revista* a mi libro de clínica, eliminando numerosos casos de escasa importancia de amputaciones, resecciones, autoplastias, etc.

Fibroma uterino intersticial. Laparo histerectomía completa. Dr. Mac Cosh. *Prebysterian Hospital.* Mujer bien constituida, de 40 años de edad, nulípara. Hace cuatro años notó un tumor en el bajo vientre, que ha ido aumentando de volumen hasta alcanzar actualmente el de la cabeza de un

adulto. Menstruaciones desde hace 30 meses, profusas y dolorosas; fenómeno de compresión por parte del recto y de la vejiga. El tumor algo movable en el sentido vertical, casi nada en el transversal, estaba como enclavado en la pelvis. La histerometría daba 11 centímetros de cavidad uterina.

El 1º de noviembre se procedió a practicar la histerectomía. Incisión de unos 15 centímetros; destrucción de algunas pequeñas adherencias epiploicas, extracción del tumor fuera de la cavidad; sección de los anejos entre dos ligaduras. Separación de la vejiga de la parte inferior del tumor; con una fuerte aguja de Deshamps se atravesó sucesivamente cada pared lateral de la vagina para ligar los vasos uterinos. Se hizo un ojal en la pared vaginal posterior, y con la tijera se seccionó toda la vagina por encima de la ligadura anteriormente practicada. Se aplicaron algunas ligaduras en la superficie de la sección vaginal; con dos puntos de seda en cada ángulo, se aminó el orificio vaginal, y se colocó un drenaje de gasa iodoformada. Sutura del vientre en dos planos, peritoneal con seda y tegumentario-aponeurótico con crin de Florencia.

A los siete días se le quitaron los puntos y a los quince abandonó el lecho. La temperatura máxima fue de 38°8, al cuarto día de la operación.

Sarcoma del muslo. Enucleación. Dr. Bull. New York Hospital. Hombre de 57 años de edad, en la parte media de la cara anterior del muslo izquierdo presentaba un tumor redondeado, del volumen de un grueso puño, blando, indolente y movable bajo la piel; la circulación venosa muy desarrollada, la temperatura local aumentada, 37°7, y los ganglios inguinales considerablemente infartados. El tumor tendría unos seis meses, desde que se notó su existencia.

El día 2 de noviembre fue enucleado el tumor, que tenía su asiento sobre la aponeurosis a la que le unían algunas adherencias; la piel estaba libre. Los ganglios fueron extirpados.

Epilepsia traumática. Trepanación. Dr. Weir. New York Hospital. Niño de doce años, que hará cuatro meses sufrió un violento traumatismo con fractura de la bóveda del cráneo en la región fronto-parietal izquierda. Quince días después del traumatismo empezaron a notarse durante la noche convulsiones epileptiformes limitadas a la cara y al miembro superior; fenómenos convulsivos precedidos casi siempre por una verdadera aura sensitiva y sin que nunca la pérdida del conocimiento fuera primitiva. Una fuerte emoción, pero sobre todo, la compresión de la región, asiento del traumatismo, bastaban para determinar una violenta crisis.

Este individuo jamás había tenido ataques epileptiformes; y este dato unido a la localización y carácter de los movimientos convulsivos, y a la

causa más próxima, el traumatismo, autorizaban el diagnóstico de epilepsia traumática.

El día 4 de noviembre se practicó la trepano-craniotomía, por el siguiente método. Incisión antero-posterior de unos 10 cm. de largo, a partir de dos tíaveses de dedos de la raíz del cabello y a dos centímetros a la izquierda del sitio correspondiente a la sutura biparietal. En los extremos de ésta, dos incisiones, convergentes, de unos ocho centímetros, y separados en su parte más extensa, por un espacio de unos cinco centímetros. En el centro de este espacio trapezoidal se practicaron tres incisiones perpendiculares, la una a la otra, constituyendo un colgajito cuadrado de 3 cms. de ancho, que fue disecado y echado para afuera. Por este espacio se practicó una trepanación con la corona de 2 cms. de diámetro; trepanación que tenía por objeto separar la dura madre y protegerla con una pequeña espátula «ad hoc», al hacerse la craniotomía.

Las tres incisiones primeramente practicadas fueron profundizadas hasta llegar al hueso. La sección del hueso fue realizada con el termo-sierra eléctrico, de un modo sencillo y rápido. Los ángulos fueron unidos con la gubia y el martillo. Entonces con una fuerte y pequeña palanca introducida por la incisión interna, se produjo la fractura del lado externo, de la porción de hueso comprendida entre las incisiones del tegumento. Echados hacia fuera el hueso y la piel, a la que estaba adherido, quedó un espacio trapezoidal, suficiente para el objeto deseado. La dura madre estaba un poco engrosada y adherida al hueso; se reseco una pequeña porción, y se colocó un drenaje de gasa iodoformada. Se separaron las pequeñas esquirlas que resultaron de la fractura que se hubo originado, y se cerró la herida, colocando la porción ósea en el sitio que antes había ocupado, sosteniéndolo la piel que fue suturada con crin de Florencia. El drenaje con la gasa fue establecido por el orificio de la trepanación.

Los accesos epileptiformes desaparecieron y el enfermito sigue en perfecto estado, habiendo cicatrizado su lesión operatoria.

Quiste de la vagina. Estirpación. Dr. Mac Cosh. *Prebysterian Hospital*. Mujer de 29 años, que desde hace algún tiempo viene sintiendo una sensación de molestia en su vagina, que a veces la imposibilita a caminar. El simple examen con la vista nos mostró entre los grandes labios un pequeño tumor del volumen de un limón, liso, redondeado, fluctuante, ocupando la parte inferior de la pared posterior de la vagina de la que le separaba una estrangulación a manera de cuello.

El 6 de noviembre se procedió a la extirpación del tumor. Dos incisiones curvas a cada lado del tumor y que vinieran a unirse por delante y

por detrás, disección de la mucosa vaginal a fin de extirpar por completo la bolsa quística. Casi estaba finalizada la operación cuando se rompió la bolsa quística; pero, a pesar de eso, pudo disecarse por completo. Sutura con seda de los dos labios de la incisión y aplicación de un tapón de gasa iodo- fórmica.

Tuberculosis del testículo. Castración. Hernia entero-epiploica. Cura operatoria. Perforación del intestino. Sutura. Dr. Gerster. *Mount Sinaí Hospital*. Hombre blanco, de 23 años de edad, contrajo Hace año y medio una blenorragia que ha resistido a todo tratamiento, hasta hace tres meses que desapareció espontáneamente. Durante el período agudo de la blenorragia, tuvo su prostatitis aguda y su orqui-epididimitis del lado izquierdo. En sus familiares hay antecedentes tuberculosos.

El epididimo izquierdo está aumentado de volumen, duro, abollado e indolente. El testículo atrofiado presenta algunas placas de induración. El tacto rectal demuestra un aumento de volumen de la próstata.

El día 8 de noviembre se practica la castración por tuberculosis; diagnóstico que se ve plenamente confirmado.

Una pequeña hernia en apariencia epiploica fue operada, y durante la operación fue perforada una asa intestinal que ocupaba el centro de la masa epiploica. Se hizo la sutura del intestino por el método de Lembert-Czerny. Sutura con crin de Florencia, de la piel, colocándose un drenaje de gasa iodofórmica.

Fractura de la tibia y peroné. Consolidación viciosa. Osteoclasia manual. Dr. Bull. *New York Hospital*. Joven de 19 años de edad, sufrió hace mes y medio y una caída que le produjo la fractura de su pierna derecha. Un aparato de fractura mal colocado, motivó el que la consolidación resultara viciosa, formando los dos fragmentos un ángulo como de 160°. Teniendo en cuenta la edad y la seguridad de que la osteoclasia manual bastara para corregir el vicio de la consolidación, se reprodujo la fractura y se aplicó un excelente aparato de yeso. La operación se realizó el 28 de noviembre.

Genirvalgum simple. Osteotomía. Dr. Bull. *New York Hospital*. Hombre de 16 años, con un genu-valgum simple (lado izquierdo). El ángulo formado por la pierna y el muslo, no era muy pronunciado, pero existía un acortamiento de un cm. en el miembro.

El 9 de noviembre se practicó la osteotomía por el proceder de Mac Ewen. La incisión en un solo tiempo llegó hasta el hueso, interesando al periostio; la osteotomía se comenzó con el osteótomo de Mac Ewen N^o 1 y después los números 2 y 3. Se determinó manualmente, la fractura de la

lámina ósea que no había interesado el osteótomo y se colocó en el miembro, en la posición conveniente. Sutura de la herida con crin de Florencia, cura aséptica y aplicación de un vendaje emplastrado, que acostumbra a dejar durante sesenta días.

Epitelioma del útero. Colpo-bisterectomía. Dr. Krug. *Germán Hospital.* Mujer de 37 años de edad, múltipara, bien constituida; el examen al especulum mostró la existencia de un pequeño tumor en la cavidad cervical, que el microscopio reveló ser de naturaleza epitelial.

Es corriente entre los cirujanos de este país, practicar la ablación del útero con preferencia a la amputación alta del cuello, en los casos de tumores malignos de éste, por localizados que ellos sean. La edad, la buena constitución de la enferma y el rápido desarrollo del mal, justificaban en este caso, una intervención tan radical.

El día 15 de noviembre fue practicada la operación, siguiendo este método: aplicación de un especulum de valva ancha de Sims, descenso forzado del útero con dos pinzas de Musseaux. Con un bisturí de lámina corta y estrecha se practicó una incisión alrededor del cuello al confundirse la mucosa que le cubre con la de la vagina; decolación de la mucosa vaginal en una pequeña porción. Creación de un ancho ojal comprendiendo el peritoneo, en el fondo del saco posterior, acentúase el descenso y con un dedo introducido por el ojal, se deprimió fuertemente hacia adelante la base del ligamento ancho izquierdo y se le utilizó como guía de una aguja de Deschamps, armada con seda tr enzada muy fuerte para ligar la arteria uterina. La operación se repite en el lado derecho. Con una tijera de buen filo se incinde el fondo de saco lateral al ras del útero; se incinde más profundamente el fondo de saco anterior y se destruyen las adherencias que unen al útero y a la vejiga, sin interesar el peritoneo. Siendo pequeño el útero, con un dedo introducido por el ojal posterior, se le pudo hacer bascular invirtiéndolo hacia atrás. Con una aguja de Deschamps, y seda fuerte se ligan la parte superior de los ligamentos y se seccionan éstos entre la ligadura y el útero; se termina la sección del fondo de saco anterior y se extrae el útero.

Colócase una esponja con un fiador en la cavidad peritoneal; se dan dos puntos de sutura con seda fina en cada ángulo del orificio vaginal; se extrae la esponja y se coloca un drenaje de gasa iodoformada y se hace un taponamiento de la vagina.

Los hilos de seda con que se practican las ligaduras, se dejan de bastante longitud, y colgando por la vagina, haciéndoles nudos especiales a cada lado.

De esta manera si por una casualidad escapa alguna ligadura, y se presenta una hemorragia, el cirujano sabe donde aplicar la pinza hemostática.

Estos hilos se cortan a los ocho días. Pude presenciar esta operación en este caso, cuyo estado no deja nada que desear.

Carcinoma del recto. Fístula recto-vaginal. Avivamiento. Sutura. Doctor Krug. **Germán Flospital.** Mujer joven, de 32 años, múltipara, con un cáncer del recto que ha perforado el tabique recto-vaginal en su parte media. La vagina era amplia, se reseco una pequeña porción de la pared vaginal y se suturaron los bordes con seda fina. Esta operación, ha tenido únicamente un objeto paliativo, librando por algún tiempo a la pobre enferma de la repugnante condición en que se encontraba su vagina. (Noviembre 15).

Endometritis crónica. Desgarraduras del cuello con ectropion. Raspado. Amputación a dos colgajos. Dr. Krug. **Germán Hospital.**

Mujer de 26 años, unípara, que hace seis meses tuvo una septicemia puerperal consecutiva a una retención placentaria. Al examen con el especulum se demuestra la existencia de una metritis hemorrágica, desgarradura doble del cuello y ectropion de la mucosa.

Se le practicó un raspado del útero con la cucharilla de Thomas y la apatación del cuello a dos colgajos, dando la sutura con crin de Florencia. Drenaje uterino con gasa yodoformada. (Noviembre 15).

Cálculos vexicales. Talla perineal media. Dr. Brown. **Prebysterian Hospital.** Individuo de 62 años, con el cuadro fenomenal completo que indicara la existencia de la piedra en la vejiga y con antecedentes suficientes para diagnosticar que los cálculos, de origen vexical, eran secundarios. En efecto, una cistitis crónica que padecía este individuo desde hacía doce años con varios episodios de retención durante ese tiempo, era un dato expresivo para el diagnóstico y digno de tener presente para el tratamiento.

El 17 de noviembre se practicó una talla perineal media, extrayéndose cuatro pequeños cálculos fosfáticos y practicándose después un lavado de la vejiga, seguido de la evacuación con el aparato aspirador de Bigelow.

Estos cálculos vexicales, pequeños y fosfáticos, en un individuo viejo y con una cistitis crónica tan antigua, no era un caso que justificara la talla y menos la perineal. Era un caso en que la litroticia hubiera sido ventajosamente practicada, sin exponerlo a los accidentes de la talla perineal en los viejos.

No se nos dijo, si se había hecho el análisis de la orina, pues no sería de extrañar que, dada la cronicidad de la cistitis, el ureter y el riñón fueran asientos de lesiones, sobre las que viniera a ejercer una funesta influencia

él traumatismo. Lesiones que suponemos presentara este enfermo y que fueron la causa de su muerte veinticuatro horas después.

El análisis minucioso de la orina, es una precaución que nuestra corta experiencia nos demuestra debe ser observada siempre en los casos de cálculos vexicales, sobre todo los secundarios, pues la nefritis ascendente no es muy rara en tales casos. Dos observaciones completas, que hubimos de recoger en el hospital «Nuestra Señora de las Mercedes», nos probaron la funesta influencia que el traumatismo ejerce sobre las lesiones renales y uretéricas.

Esos dos casos de talla, unidos al que hemos visto en New York, arraiga en nuestro ánimo la opinión de los autores clásicos, de que la litroticia es la operación de elección y la talla, una operación excepcional.

Retroversión uterina. Operación de Alexander. Dr. Mundé. *Mount Sinai Hospital.* Mujer de 32 años, unipara, desde su único parto llevado a término hace tres años, ha tenido dos abortos, menstruaciones abundantes y dolorosas, trastornos nerviosos, tenesmo uterino y rectal y alguna dificultad en la locomoción.

Al tacto vaginal, el cuello se encuentra en su posición normal y en el fondo de saco posterior, un tumor redondeado que se continúa con el cuello y es movable. La palpación abdominal unida al tacto vaginal demuestra que ese tumor es el cuerpo del útero. Los anejos sanos y siendo el útero movable, esa operación se encontraba justificada.

El 18 de noviembre se practicó la operación por el siguiente método: incisión de 7 a 8 centímetros sobre el anillo inguinal derecho y casi paralela a la arcada de Falopio; ligados los vasos seccionados y separada la grasa de la región, se procede a buscar los pilares del orificio externo del anillo, entre ellos, se encontró un cordón sonrosado algo cubierto por haces fibro-celulosos, extendidos del uno al otro pilar. Rasgados esos haces y separados de sus relaciones con el ligamento redondo, que fue perfectamente aislado, se procede a su estiramiento en una extensión de 8 a 9 centímetros; una sonda fue introducida en el útero para apreciar las oscilaciones que sufría con el acortamiento. Fijado con una pinza de presión continua, modelo de Mundé, el límite del acortamiento, se cubrió la herida con gasa iodoformada y se reptió la operación del lado opuesto.

Procedióse entonces a fijar el ligamento; con una aguja de curvatura pronunciada, armada con crin de Florencia, se dio un punto de sutura que comprendiera, al mismo tiempo que la piel, el pilar interno, el ligamento redondo y el pilar externo del anillo; se dieron cuatro puntos de sutura más, que interesaran el ligamento, y se seccionó la parte restante del mismo, con-

cluyóse de suturar la herida, repitiéndose la misma operación en el lado opuesto, y poniéndose un pesario para mantener al útero en su posición hasta que la adherencia de los ligamentos estuviese establecida.

La curación aplicada consistió, en pequeños pedazos cuadrados de gasa iodofórmica adheridos a la piel con colodion.

Doble ovariectomía por fibroma en el ovario derecho y salpingo-ovaritis quística en el lado izquierdo. Dr. Mac Cosh. *Prebyterian Hospital.*

Morena de 42 años, unípara, con un tumor pequeño en el lado derecho notado desde hace cuatro años; el examen reveló además otro tumor quístico en el lado izquierdo.

La operación practicada el 21 de noviembre, no ofreció nada de notable. El tumor del lado derecho era fibroso; en el lado izquierdo la trompa dilatada junto con el ovario contenían líquido sanguíneo. El vientre fue suturado con dos planos y no se colocó drenaje alguno.

Pequeños quistes del ovario. Dr. Brown. *Prebyterian Hospital.* Mujer blanca, de 31 años, múltipara, con trastornos menstruales variables y dolores frecuentes en la región ovárica derecha. El examen reveló que el ovario se encontraba algo aumentado de volumen.

Una laparatomía exploratoria fue practicada el 21 de noviembre, encontrándose el ovario derecho sembrado en su superficie de cuatro o cinco quistes pequeños. No considerándose necesaria la ablación del ovario, se cauterizaron dichos quistes con la punta más fina del termo-cauterio. Sutura del vientre en tres planos.

Hemos visto posteriormente a la operada, no habiéndose presentado los dolores que con tanta frecuencia le aquejaban.

Quiste del ovario izquierdo. Ovariectomía. Fibroma intersticial sub-peritoneal del útero. Histerectomía completa. Dr. Krug. *Germán Hospital.* Mujer blanca, de 43 años, múltipara, cuyos trastornos genitales venían notándose desde hacía ocho años; metrorragias profusas, leucorrea, dolores frecuentes, trastornos en la micción y defecación. Vientre voluminoso, al través de sus paredes, la palpación permitía percibir un tumor liso y redondeado, movable, fluctuante. La zona de matitez comprendía todo el flanco izquierdo, pasaba de la línea media y como a tres traveses de dedos por encima del ombligo; la matitez no cambiaba de forma con la posición de la enferma. El tacto vaginal revelaba la existencia de un tumor fluctuante que ocupaba el fondo de saco lateral izquierdo y parte del posterior. El útero estaba aumentado de volumen y desviado a la derecha.

El examen físico del tumor imponía el diagnóstico de ***quiste del ovario***, pero la metrorragia y leucorrea, existentes, siendo raras en los quistes del

ovario, unidas al aumento de volumen del útero, permitían suponer la existencia simultánea de un fibroma uterino.

De todos modos la intervención se imponía en breve plazo, pues el tumor iba adquiriendo un crecimiento rápido.

Abertura del vientre, destrucción de las laxas adherencias que existían entre el quiste y el peritoneo, fijación del quiste con dos pinzas de Nelaton, punción con el bisturí, evacuándose unos 2 000 gramos de un líquido claro. Extracción de la bolsa quística y sección de la trompa entre dos ligaduras.

Siendo más amplio el campo operatorio, se notó que el útero era asiento de un fibroma intersticial, algo más voluminoso que un puño, por lo que se practica la histerectomía completa.

Yo creo que en este caso, siendo pequeño el fibroma uterino, se encontraba indicada la ablación de los anejos del lado opuesto, pues es uno de los casos en que la operación de Hegar, puede prestar buenos resultados.

El método operatorio seguido, fue el siguiente: sección de la trompa derecha entre dos ligaduras, ligadura de los vasos uterinos pasando una aguja de Deschamps armada con fuerte seda, por cada pared vaginal lateral; incídese la pared vaginal entre la ligadura y el útero, se termina la sección de la vagina, separando antes la vejiga y desprendiendo el útero. Ligados algunos pequeños vasos de la superficie de la sección vaginal se introduce por el orificio vaginal un gran pedazo de gasa yodoformada, que, dando a la vagina una forma cilíndrica, facilita la sutura de los ángulos de la herida, sirviendo de drenaje. Los hilos de las ligaduras principales son pasados a la vagina, seccionándose a los ocho días. La pared abdominal se sutura con crin de Florencia, pero antes de anudarla, se colocan varios puntos de sutura aponeuróticos, con seda.

Fibroma uterino. Laparo-histerectomía. Dr. Krug. *Germán Hospital*. Mujer de 40 años, múltipara, con un voluminoso tumor de vientre, con abolladuras, duro, que había originado grandes trastornos nerviosos, y de compresión por parte del recto y de la vejiga. El examen del tumor revela tratarse de un fibroma del útero cuya existencia habíamos supuesto con sólo ver el aspecto del vientre.

El día 22 de noviembre se practica la laparo-histerectomía, siguiendo un procedimiento análogo al empleado en el caso anterior; pero existían tan íntimas adherencias con el recto, que originaron, durante su desprendimiento, la perforación de éste, haciéndose preciso suturarlo en una extensión de unos 4 centímetros. Algunos pequeños vasos de la superficie de la sección vaginal, imposibles de ligar, prolongaron algún tiempo la operación, haciendo necesaria una sutura «ad hoc», que comprendiera esos pequeños vasos.

Ocho días después presenciamos la cura que se hizo a este caso, así como al anterior; los hilos de las ligaduras fueron seccionados a raíz del nudo. El estado de ambas era satisfactorio; el último caso había tenido un acceso febril de 38.3 al día siguiente de la operación.

Cáncer del peritoneo y del hígado. Laparotomía. Dr. Bull. New York Hospital. El día 23 de noviembre fuimos invitados para presenciar una laparotomía. La incisión de la pared abdominal no ofreció nada de particular, pero el peritoneo estaba engrosado y degenerado, lo que llamó mucho nuestra atención, pues recordamos una laparotomía exploradora que allá por el mes de diciembre de 1891, practicaron en la Quinta de Higiene, los doctores Casuso y Delgado, en un caso de difícil diagnóstico que la operación demostró tratarse de cáncer del epiploon con invasión del peritoneo. El doctor Bull al encontrarse con el peritoneo, presentaba la degeneración cancerosa. Incindido el peritoneo, dióse salida a un líquido oscuro y muy abundante. El examen del peritoneo reveló que las palabras del maestro eran ciertas y que el origen del cáncer del peritoneo era secundario, pues el borde anterior del hígado, cuya cara superior correspondía a la pared del vientre, llegando hasta el ombligo, presentaba a la vista, abolladuras y nodulos blanquecinos propios del cáncer hepático.

Es de notar que, ni la edad de la enferma (37 años), ni su aspecto exterior permitían suponer la existencia de la diatésis cancerosa en tan avanzado estado.

El vientre fue cerrado de nuevo, sin que la intervención revistiera otro carácter que el de la laparotomía exploradora.

Otitis media purulenta. Inflamación de las células mastoideas. Trepanación. Dr. Mac Cosh. Prebysterian Hospital. Niña de 15 años, que hacía seis meses tenía un catarro purulento del oído. Hace tres semanas, repentinamente fue presa de dolores violentos en el oído y en la cara, escalofríos, fiebre, delirio, insomnio, etc.

Actualmente presenta: piel de la región mastoidea rojiza, caliente, edematosa, dolorosa profundamente a la más leve presión; la otorrea continúa en bastante cantidad. La membrana timpánica perforada; la otitis media pertenece al grupo de las granulosas. La pared posterior del conducto auditivo óseo está rojiza, edematosa.

La operación fue practicada el día 25; el doctor Mac Cosh, nos dice que en cinco casos que ha tenido, ha preferido siempre la gubia al trépano, pues aquel permite ir avanzando más gradualmente y detenerse cuando sea

necesario, por algún accidente. Incisión inmediatamente por detrás de la inserción del pabellón sobre la apófisis; separado el periostio, con una gubia y el martillo, se fueron levantando pequeñas laminillas óseas hasta que se cayó en la cavidad mastoidea. Los tabiques que separan a las celdillas estaban casi todos destruidos; la cantidad de pus era muy pequeña. Se limpió perfectamente la cavidad y se hizo una cura aséptica.

Con la operación desaparecieron los dolores intensos de la enfermita, que desde el mismo día pudo conciliar el sueño.

Várices venosas de la pierna y el muslo izquierdo. Denudación y extirpación. Dr. Brown. Prebysterian. Hospital. Hombre de 55 años, de pobre constitución, presentaba dilataciones varicosas de las llamadas serpentina, en el trayecto de la safena interna, en la parte inferior del muslo y superior de la pierna. Jamás ha tenido ni la más pequeña ulceración, ni dolor, ni hemorragia que pudiera justificar la intervención, y a pesar de eso, el día 27 de noviembre se resecaron dos porciones de la vena dilatada. Una en la parte superior e interna de la pierna, como de ocho centímetros, y otra de la inferior e interna del muslo, como de 15 centímetros.

Indudablemente que la operación no habrá de modificar en lo más mínimo la alteración que seguramente existiría en la circulación profunda; y a nuestro juicio, un buen vendaje y el cambio de su profesión (conductor de tranvía), le hubieran sido más beneficiosos que la operación, sin exponerse a correr los riesgos que ésta pudiera traer.

Retroversión del útero. Operación de Alexander. Dr. Mundé. Mount Sinai Hospital. Mujer de 39 años, múltipara, bien constituida que viene sufriendo, desde hace algún tiempo, de una retroversión uterina, dolorosa. El 29 de noviembre se practicó la operación de Alexander, siguiendo análoga técnica que en el otro caso que describimos anteriormente. Sólo citaremos las particularidades que ofreció el caso. El ligamento redondo del lado derecho, muy adelgazado, fue muy difícil de separar de las láminas fibro-celulosas que le unen a los pilares del anillo inguinal; pero en el lado izquierdo, fue donde pudimos apreciar las dificultades y accidentes que pueden sobrevenir en la operación. Existiendo una pequeña hernia inguinal, la investigación del ligamento fue sumamente difícil; al fin pudo encontrarse y aislarse; pero era sumamente delgado. Comenzó el estiramiento y aún no se había acortado cuatro centímetros cuando se rompió el ligamento, retrayéndose al fondo del conducto inguinal. Después de algunas inútiles tentativas, para poder traer hacia afuera el extremo del ligamento redondo, no hubo otro recurso, que fijar el extremo de dicho ligamento, con una aguja de curvatura muy pro-

nunciada, armada con doble crin de Florencia. Terminándose la sutura de la piel y fijando el ligamento opuesto.

Esa rotura del ligamento redondo ¿de qué causa dependió? ¿Sería dependiente de adherencias uterinas, de que el útero no poseía la movilidad, que el mismo Mundé ha señalado como condición indispensable para practicar la operación? Muchas roturas del ligamento redondo depende de esa causa, pero en este caso ¿cómo nos explicaríamos el acortamiento de 8 centímetros felizmente realizado en el lado izquierdo, y sobre todo, las oscilaciones que sufría la sonda colocada dentro de útero, a medida que se acortaba el ligamento mismo que se rompió. Estas dos circunstancias unidas, nos hacen pensar, que la rotura del ligamento redondo izquierdo, se debió a una alteración del tejido, y no a una inmovilidad uterina.

Quiste del espacio poplíteo. Extirpación. Dr. Bull. *New York Hospital*. Hombre de 34 años; presentaba en el espacio poplíteo izquierdo, por encima del cóndilo interno, una tumefacción del volumen de una naranja pequeña; tumor fluctuante, cuya tensión y consistencia aumentaban durante la extensión del miembro.

Poniendo el miembro en semi-flexión, aplicando la mano izquierda sobre la rodilla, y ejerciendo con la derecha, presiones continuadas sobre el quiste, ni su volumen disminuyó, ni la mano aplicada sobre la rodilla percibió choque alguno. El tumor no era reductible.

Desde hacia un mes el tumor venía dificultando algo la marcha y era asiento de algunos dolores.

El 1º de diciembre, fue enucleado el tumor, gracias a una hábil disección; resultando ser completamente independiente de la sinovial articular. Drainage de gasa, sutura con seda y cura aséptica.

Observo, Sr. director, que esta correspondencia va tomando proporciones alarmantes, y como es muy probable que en este mes de diciembre, en que hay tantas fiestas, no haya ocasión de observar numerosos casos, me reservo para la próxima algunas *Notas* extractadas de mi libro de clínica, entre las que se cuentan varias resecciones importantes, desarticulaciones, autoplastias. etc.

Como siempre, Sr. director, queda a sus órdenes, su afectísimo discípulo y amigo.
Enrique Núñez

III

Sr. director de «El Progreso Médico».

Mi querido maestro y amigo:

En mi anterior correspondencia ofrecí a usted ocuparme de las intervenciones que he presenciado en casos de apendicitis, afección que a juzgar por cuya literatura debe a los profesores americanos meritisimos y numerosos las estadísticas publicadas, adquiere aquí una frecuencia extraordinaria, y trabajos.

Pero es justo confesar al mismo tiempo, que sen tantas las operaciones practicadas, que ya el mundo científico comienza a preguntarse con sobrado fundamento si no es posible que en muchos de los casos tomados como apendicitis se hayan cometido errores de diagnóstico, y que si no es la laparotomía, más bien que la resección del apéndice, la que cura o acalla por algún tiempo los fenómenos morbosos que se toman como base de la inter' vención.

Es la apendicitis una de las afecciones en que se ve lo injustificado de la separación artificial que se ha pretendido establecer entre la medicina y la cirugía; ella no puede colocarse en ninguna de las dos ramas, a pesar de la intransigencia americana al decir sus médicos que todas las apendicitis son del dominio quirúrgico. Esta opinión que no garantiza la clínica, se ha arraigado profundamente en el ánimo de los' cirujanos norteamericanos, que en presencia de un caso de apendicitis, aunque es mejor decir en presencia de un caso en que suponen la existencia probable de la apendicitis, intervienen sistemáticamente sin pérdida de tiempo, sin esperar la aclaración del diagnóstico, sin poner en práctica los medios médicos de que podrían obtenerse beneficiosos resultados.

Esta conducta extraña en una escuela médica que se tiene como práctica, expone a errores constantes, porque no siempre, en los veintiocho casos que he visto intervenir, la laparotomía al mostrarnos en todos sus detalles el estado de los órganos abdominales, permitió apreciar las lesiones de la apendicitis.

Los médicos norteamericanos parten del supuesto de que toda la apendicitis es mortal en más o menos tiempo y que sin la intervención quirúrgica el enfermo tendría corta vida. Al formular esta apreciación olvidan por completo las estadísticas de los médicos alemanes y franceses, que han obtenido hasta un 96% de curaciones gracias a un tratamiento médico apropiado.

Tan corriente es la opinión norteamericana de que la apendicitis no cura sin la intervención quirúrgica, que un afamado profesor, cuyas operaciones

se cuentan por centenares y cuyo nombre no citaré por el respeto que debo a su ciencia y a su reputación, ha expresado públicamente: «que si al pasar de noche por un cementerio, todos los que han perecido por apendicitis sin intervención quirúrgica abandonaran sus sepulturas con una luz en sus cabezas, el camino estaría alumbrado *a giomo*».

Este pensamiento fantástico que alucina y atrae a los que desconocen los trabajos extranjeros y se contentan con el conocimiento de la ciencia local, regionalismo bastante generalizado, carece en absoluto de todo fundamento, pues el tratamiento médico, aunque juzgamos con Talamón que estas cuestiones no se resuelven con estadísticas, ha logrado un número de curaciones bastante considerable, sin exponer a los peligros que entraña toda laparotomía.

Si la apendicitis puede originar la muerte por no ponerse en práctica los recursos quirúrgicos, esto no es tan constante como precisan los médicos norteamericanos; la intervención quirúrgica tiene sus indicaciones perfectamente establecidas y porque erróneas apreciaciones hayan podido conducir a un funesto desenlace no interviniendo a tiempo, no debemos caer en el exceso contrario e intervenir prematuramente al más ligero indicio de la afección. Creemos más racional detenerse en presencia del caso y preguntarse cuál es la indicación que más conviene emplear, si un tratamiento médico oportuno puede conducir a la resolución del mal, o si es preciso intervenir precozmente para evitar un resultado funesto.

Hacer lo contrario será precipitarse y actuar irreflexivamente sin establecer el juicio necesario entre el proceso morboso y los medios de que disponemos para combatirla eficazmente; y sin embargo, esa detención tan necesaria, tan natural y lógica no entra en la práctica norteamericana, y menos mal, si la afección resulta una verdadera apendicitis, en cuyo caso podría reducirse la cuestión a apreciaciones de escuela; pero en varios pacientes (11), en que un médico discreto y práctico hubiérase detenido en un examen más minucioso y hasta hubiera esperado la aparición de nuevos síntomas que confirmaran sus prevenciones diagnósticas, hemos visto intervenir y al encontrarse el cirujano en presencia de un apéndice sin lesión alguna que permita pensar en la existencia de una afección apendicular, resecarlo inmediatamente, unas veces porque siendo algo más grueso o más largo que lo normal, se toman estos detalles como restos de una antigua afección inflamatoria; y otra, lo que es bastante sorprendente, porque es un órgano inútil, sin fisiología, aunque perjudicial y nocivo.

Tales teorías y argumentos en favor de una doctrina podría conducir muy lejos, y nada extraño sería que se llegara a extirpar órganos que si

tienen su misión fisiológica que llenar pueden ser fuentes de peligros ulteriores.

No satisfecha la escuela norteamericana con recomendar la intervención precoz en los casos de apendicitis, ha llevado su exageración hasta fijar numéricamente el plazo en que la intervención ha de realizarse, antes del cuarto día y con preferencia antes de las cuarenta y ocho horas.

Esta precocidad tiene, según ellos, la doble ventaja de facilitar el estudio de las lesiones de la apendicitis en sus primeros momentos y de oponerse a que sobrevengan accidentes graves que hagan peligrar la vida del enfermo, siendo al mismo tiempo una condición propicia para el éxito del tratamiento.

No se debe esperar, dicen los médicos norteamericanos, a que se realice la rotura de las paredes del apéndice, la formación del absceso y la peritonitis, sino que es preciso prevenir esos accidentes, y esto se consigue con la intervención quirúrgica precoz.

Este criterio hace suponer que todas las apendicitis han de concluir por la perforación, la formación del absceso y la peritonitis; y nada hay más erróneo, pues se presentan tantas variedades de apendicitis, que puede afirmarse que la mayor parte ni se perforan, ni concluyen por la supuración y no puede desmentirse por hipótesis y suposiciones arbitrarias.

Por otra parte, aceptamos por completo el criterio de que no debe esperarse para intervenir a que el pus venga a colectarse bajo la mano, sino que debe dársele salida desde que se suponga su existencia en la fosa ilíaca. Criterio que debe aceptarse por estar conforme con las leyes generales que guían al cirujano y que de seguro todos acatan por no ignorar los peligros a que exponen las supuraciones profundas.

Si la escuela norteamericana no recomienda, ni preconiza otro tratamiento para la apendicitis que la intervención quirúrgica precoz, nosotros de acuerdo con las escuelas francesa y alemana, ni aceptamos que el bisturí sea el recurso *último*, ni creemos que sea el único tratamiento, pues son bastante numerosos los casos en que con una terapéutica activa y no sangrienta se han obtenido resultados maravillosos.

Existiendo diversas formas de apendicitis, es justo que antes de instituir tratamiento alguno se formule un diagnóstico preciso y así como hay formas que exigen la intervención quirúrgica en plazo breve, aunque no con la precocidad que la ejecutan los norteamericanos, hay otras en que la contemporización se impone y en que una medicación bien instituida y perfectamente conducida permite curar al enfermo sin que corra los peligros de la intervención.

Es imposible desde los primeros momentos predecir si una apendicitis será o no perforante, y los medios médicos son los que deben ponerse en planta entonces, porque si la perforación no existe, ese tratamiento instituido en tiempo, descongiona las paredes apendiculares, impidiendo, o al menos no favoreciendo, la ulceración, punto de partida para la ruptura y la peritonitis consecutiva; y en el caso de que la ruptura exista, puede limitar la peritonitis a las proximidades del apéndice.

Aun cuando se revele una peritonitis parcial, juzgamos oportuno el no intervenir desde un principio, pues pudiendo explicar la propagación de la inflamación, está permitido el pensar que sea susceptible de resolución.

Las grúas de la intervención quirúrgica en la apendicitis la tenemos en el diagnóstico de la perforación, con peritonitis generalizada o con supuración periapendicular.

No militamos ni en el campo de los contemporizadores que esperan la curación por la evacuación espontánea del pus, ni en el de los que profesan la opinión extrema, de la intervención precoz, pues si los unos hacen correr a los pacientes los riesgos de la infección purulenta, de la peritonitis generalizada, etc., los otros queriendo evitar los accidentes de la perforación sustituyen sus peligros probables por los de la operación y se exponen a un lamentable error, porque el diagnóstico preciso de la apendicitis depende muchas veces de la marcha de la enfermedad, del cuadro que se nos exteriorice durante su curso y no de las impresiones recibidas en su *debut*. Opinión corroborada por once casos, que hemos presenciado, operados en las primeras horas de la enfermedad y en los que podía pensarse tanto en una apendicitis como en otras variadas afecciones, y en los cuales gracias a una intervención tan precoz se hallaron los apéndices sanos aunque unas veces se decía estaba dilatado, otras degenerado, esclerosado, vestigio de inflamaciones antiguas que el organismo había soportado con pasmosa indiferencia.

Esos errores si no han tenido resultados graves para los pacientes, gracias a la inocuidad que hoy día garantiza la antisepsia, permitiendo emprender arriesgadas operaciones, no dejan de ser lamentables e infructíferos para la ciencia porque tras ellos viene la ocultación y el *disfraz*, el deseo de un amor propio inexplicable de justificar el diagnóstico y la intervención desfigurando los hechos y acomodándolos al capricho de su imaginación.

La intervención precoz pero razonada es la conducta aconsejada por los médicos franceses y la que debe seguirse; intervención que no debe preten-

derse fijar de un modo matemático y que solo el curso de la enfermedad, la aparición del pus o la extensión de la peritonitis deben guiar.

Si en la peritonitis generalizada por perforación, es la intervención la única probabilidad de salvación que resta al enfermo, ella debe practicarse en breve plazo para que resulte útil; la laparotomía hecha en tiempo, cuando con la peritonitis, no hay aún colapso o cuando la septicemia no es muy avanzada, está justificada plenamente; los americanos con sus resultados así lo han probado. Pero en las formas de peritonitis parciales, sin tendencias a extenderse, no hay por qué precipitarse y se debe esperar a que algún signo revele la presencia del pus; esta contemporización auxilia eficazmente al cirujano permitiéndole precisar el diagnóstico de la supuración, favoreciendo la limitación del foco, su separación más completa del resto de la serosa y la formación de sólidas adherencias con las paredes del vientre, facilitando de ese modo la operación y asegurando la total evacuación del pus.

'Intervenir antes es exponerse a infectar el resto del peritoneo por no estar bien formadas ni ser suficientemente resistentes las adherencias; operar más tarde, es privar al enfermo de los beneficios de un excelente recurso, haciéndole correr riesgos inútiles y prolongando indefinidamente la supuración.

En las formas de apendicitis parietal o complicadas de simples peritonitis parciales por propagación inflamatoria, la operación so pretexto de adelantarse a la perforación, no está fundamentada a juzgar por el crecido número que han curado sin intervención del bisturí.

En los casos de apendicitis llamada de repetición o de recaídas, en que las lesiones crónicas del divertículum hace que los ataques sean sucesivos en cortos intervalos, estado que se ha comparado al de la salpingitis en la mujer, han sido tratados por la resección del apéndice. Estos casos que con un tratamiento médico de larga duración y minuciosamente vigilado podrían curar; pero prácticamente no parece posible, sobre todo en los individuos pobres que han de llenar con el trabajo todas sus necesidades, por los cuidados y requisitos que exige, y la resección del apéndice aunque difícil a veces por las condiciones del caso, debe ponerse en práctica, privando de ese modo al enfermo de sufrimiento y molestias sucesivas, pero, no interviniendo desde los primeros accesos, sino cuando el número de ellos nos pruebe la insuficiencia e inutilidad del tratamiento médico instituido.

De los 28 casos que he presenciado 21 eran hombres; todos se encontraban entre los 25 y 50 años de edad. En 5 casos la intervención no fue precoz; de ellos, 3 presentaban peritonitis generalizada por perforación y se encontra-

ban entre los 7 y 12 días de enfermedad; ninguno estuvo sometido a tratamiento médico antes del cuarto día de los fenómenos iniciales. Las causas de la afección y sus accidentes fueron cuerpos extraños (escibalos en 2 y cálculos biliar en 1); uno de los dos primeros falleció a las 12 horas de la operación.

En los otros dos casos existía acceso peritiflítico y peritonitis parcial, encontrándose en el sexto y noveno día de enfermedad. El pus fue evacuado en bastante cantidad; ambos casos curaron.

En 8 casos, la inflamación estaba limitada a las paredes del apéndice en 7 y en 1 estaba extendida a una pequeña porción del peritoneo; se intervino antes de las 48 horas, sin existir signo alguno que exigiera esa intervención tan precoz. Estos casos hubiera podido esperar a que se presentase alguna complicación que hiciera necesaria la operación.

Los 4 casos restantes eran individuos que habían sufrido varios accesos de la llamada apendicitis de recaídas y ameritaban la operación, pues aunque en ninguno de los casos se habían observado más de tres accesos, eran individuos de muy pobre condición, circunstancia desventajosa para someterse a un régimen médico tan cuidadoso, largo y costoso, como exige esta variedad de apendicitis.

Para terminar estas observaciones sugeridas por el número tan crecido de intervenciones por apendicitis, que he presenciado en corto tiempo y en el reducido campo de cuatro hospitales, debo manifestar que la causa obedece al valor casi patognomónico que se da al signo llamado *pimío de Me. Burney*, sitio de extrema sensibilidad que corresponde a la base del apéndice y se encuentra situado en el trayecto de una línea que una a la espina iliaca anterior y superior con el ombligo, a cuatro traveses de dedos por dentro de la espina. Signo de reconocida importancia aunque no de un valor absoluto pues está probado que los enfermos se engañan frecuentemente al localizar los dolores de diversas afecciones.

Voy a presentarle ahora, algunas *notas* de las que figuran en mi libro de clínica, reservándome las que pienso utilizar cuando llegue la oportunidad de darle cuenta de mis observaciones sobre la electroterapia en Ginecología.

Cálculo renal. Nefrotomía, doctor Bull. ***New York Hospital***.

Hombre de 37 años, de fuerte constitución, que ha sufrido en distintas ocasiones accesos de cólicos nefríticos y expulsado arenilla por la orina; hace dos meses los dolores en la región renal hicieronse continuos y fuertes, exacerbándose con el más pequeño movimiento, habiendo tenido en ese tiempo cua-

tro hematurias cuyo origen renal era fácil de establecer. La localización del dolor, las hematurias, los cólicos nefríticos y la expulsión de arenillas, sirvieron de base al diagnóstico de cálculo renal, y justificaban la nefrotomía exploradora.

Colocado el enfermo en decúbito lateral derecho descansaba su flanco sobre una almohadilla redondeada, su muslo izquierdo en flexión y el derecho en extensión. El siguiente proceder fue empleado: incisión lumbar, oblicua, lado izquierdo, comenzando sobre la última costilla, tres traveses de dedos por fuera de las apófisis espinosas, y terminando hacia abajo a corta distancia de la cresta ilíaca, a seis traveses de dedos por fuera de las apófisis espinosas. Esta incisión comprendió la piel, gran dorsal, músculos de la pared abdominal por fuera de la vaina de los de la masa común, hasta caerse sobre la atmósfera grasosa del riñón.

Separada esa atmósfera que envuelve al riñón, se encontró éste ligeramente aumentado de volumen, su coloración algo subida y su consistencia normal, excepto al nivel del hileo, donde se percibía como una consistencia muy diferente de la del resto del riñón. Abridándose aun dudas, sobre si esta dureza fuese producida por un cálculo alojado en la pélvis renal se procedió a la *acupuntura*. Por el borde convexo del riñón en un punto opuesto al hileo se introdujo una agujilla muy fina que permitió percibir la sensación indescriptible porque se traduce el choque contra el cálculo.

No quedando dudas, la operación dejaba de ser exploradora, y en seguida se practicó la incisión del riñón, sobre su borde convexo, en su parte media, de unos 3 centímetros de longitud, comenzada con el termo cauterio y terminada con el bisturí. La hemorragia bastante abundante, obligaba a veces a detenerse para utilizar la compresión con gasa iodoformada. Llegada la incisión a la pélvis, se explora ésta con un dedo y se procede a extraer el Cálculo operación sumamente laboriosa, para la que fueron inútiles durante algún rato, cuantas tentativas se hicieron con pinzas y curetas, para lograr su extracción. Al fin después de largas maniobras, logróse asir el cálculo con una fuerte pinza de Pean y extraerlo. Cálculo voluminoso, irregular, acodado, de unos 5 ó 6 centímetros de largo por 2 de ancho, con dos coloraciones una blanca y otra oscura y de superficie áspera.

La abundante hemorragia, difícil de cohibir, obligaron a practicar un taponamiento con gasa en vez de la sutura del riñón. La piel y los músculos fueron suturados con crin de Florencia, dejando un espacio de 3 centímetros, que diera paso al lechino de gasa que prestaba el doble servicio de tapón y

de drenaje y que probablemente originará una fistula urinaria, que habrá de exigir una nueva operación.

Cálculo renal. Hidronefrosis. Nefrotomía. Dr. Briddon. *Prebysterian Hospital.* Hombre de 49 años con un tumor lumbo abdominal, redondeado, liso, movable considerablemente, con una fluctuación profunda, indolente a la presión, aunque acusaba vagos dolores en la región lumbar: algunas veces expulsaba orina al parecer purulenta. El diagnóstico formulado fue de hidronefrosis aunque no podía decirse la causa probable, por no suministrar el paciente antecedentes que pudieran ilustrar sobre ella.

Análoga posición que el caso anteriormente descrito; incisión rectilínea como de 12 centímetros que viniera a corresponder al borde externo del cuadrado de los lomos; la exploración digital apreció al nivel de la pelvis renal dilatada por la orina que contenía, la presencia de un cuerpo duro que al instante fue diagnosticado como cálculo. Incisión de la pélvis, evacuación de alguna cantidad de orina fétida, extracción de un cálculo algo oscuro del volumen de una avellana y de tres muy pequeños como guisantes. Colocación de un drenaje de gasa iodoformada y sutura de la pared con crin de Florencia.

Bocio quístico unilateral. Extirpación Dr. Kammerer. *Germán Hospital.* Mujer de 36 años, presenta un tumor en el lado derecho del cuello, desde de hace unos 20 años aproximadamente; tumor indolente y de lento crecimiento, dificultando algo en estos últimos tiempos la deglución; ligeros trastornos en la voz y en la respiración. El tumor seguía a la laringe en sus movimientos durante la deglución.

El tumor, del volumen de una naranja, era duro en algunas porciones y otras blando y fluctuante; la piel estaba libre de adherencia. Su asiento y los trastornos originados, aunque ligeros, llevaron al diagnóstico de bocio.

La intervención quirúrgica fue bastante simple; incisión vertical en la parte lateral derecha del cuello sobre el tumor, de unos 10 centímetros de longitud. Enucleación del tumor que correspondía al lóbulo derecho, acto operatorio sumamente difícil y arriesgado por las relaciones tan próximas del tumor con la carótida y la yugular. Sección del lóbulo lateral quístico, previa ligadura que pusiera a cubierto de la hemorragia. Colocación de un drenaje de gasa iodoformada y sutura de la piel con crin de Florencia.

Prolapso del recto. Prorectoplasstia. Dr. Kammerer. *Germán Hospital.* Hombre de 28 años, con un prolapso del recto que apesar de innumerables ingeniosos medios puestos en práctica, no se había podido contener.

La intervención quirúrgica a la que los americanos llaman proctoplastia consistió en: incisión circular al nivel de la unión de la mucosa rectal con la piel, disección de la pared rectal en un corto trayecto, acentuación del prolapso, aplicación de varios puntos de sutura que fijaran el intestino, sección con el bisturí de la porción intestinal sobrante, aplicación de una corona de sutura con crin de Florencia y separadas entre sí por un espacio de un centímetro. Se colocó en el recto un tapón de gasa yodoformada atravesado por un tubo de goma que diera salida a los gases del intestino.

Queda como siempre a sus órdenes, su afmo. amigo y discípulo.

Enrique Núñez

New York, enero 5 de 1894.

Tomos: V y VI de «El Progreso Médico». 1893-1894.

