FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DE LA INSUFLACION.

NUEVO PROCEDER OPERATORIO

TÉSIS

DE

EDUARDO R. TORRES

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE POTOSÍ — 60

1877

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DE LA INSUFLACION.

NUEVO PROCEDER OPERATORIO

TÉSIS

DE

EDUARDO R. TORRES

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DUPLICATA
BUENOS AIRES

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60—CALLE POTOSÍ—60

1877

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DÉCANO....	Dr.	D.	MANUEL P. DE PERALTA
VICE-DÉCANO	»	»	NICANOR ALBARELLOS
	»	»	MANUEL A. MONTES DE OCA
TESORERO..	»	»	MAURICIO G. CATAN
	»	»	CLETO AGUIRRE
	»	»	ERNESTO ABERG
	»	»	SANTIAGO LARROSA
	»	»	PEDRO A. PARDO
	»	»	MANUEL ARAUZ
	»	»	LEOPOLDO MONTES DE OCA
	»	»	EDUARDO WILDE
	»	»	PEDRO A. MATTOS
	»	»	JOSÉ T. BACA
		»	DOMINGO PARODI
	»	»	RAFAEL HERRERA VEGAS
SECRETARIO	Dr.	»	JACOB DE T. PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS			CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica..	Dr.	D.	Mauricio Gonzalez Catan.
Histología y Anatomía Patológica...	”	”	Ignacio Pirovano.
Fisiolojía general y humana.....	”	”	Santiago Larrosa.
Patolojía jeneral é Historia de la Medicina.....	”	”	José T. Baca.
Materia Médica, preparaciones y Terapéutica.....	”	”	Pedro A. Mattos
Patolojía esterna, operaciones y vendages	”	”	Leopoldo Montes de Oca.
Patología interna, enfermedades mentales y de niños.....	”	”	Manuel Arauz.
Higiene pública y privada.....	”	”	Guillermo Rawson.
Medicina legal y Toxicología.....	”	”	Eduardo Wilde.
Clínica Quirúrgica	”	”	Manuel A. Montes de Oca.
Clínica Médica.....	”	”	Manuel P. de Peralta.
Obstetricia y Clínicas respectivas....	”	”	Pedro A. Pardo.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	”	”	Cleto Aguirre.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr.	D.	Bartolomé Novaro.
Histología y Anatomía Patológica	”	”	Julio Muñoz.
Fisiología general y humana.....	”	”	Francisco Tamini (en ejercicio.)
Patolojía general é Historia de la Medicina.....	”	”	Jacob de T. Pinto.
Materia Médica, preparaciones y Terapéutica.....	”	”	Pablo Santillan
Patología esterna, operaciones y vendages.....	”	”	Lucio Melendez.
Patología interna, enfermedades mentales y de niños.....	”	”	Luis Tamini.
Higiene pública y privada.....	”	”	Pedro Mallo (en ejercicio).
Medicina legal y Toxicología.....	”	”	Manuel Blancas.
Clínica Quirúrjica.....	”	”	Juan A. Argerich.
Clínica Médica.....	”	”	Juan Bautista Gil.
Obstetricia y Clínicas respectivas.....	”	”	Antonio T. Ballester.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	”	”	Pedro Roberts.

Disectores :

Dr. D. Julian Aguilar. — Dr. D. Enrique E. del Arca

PRESIDENTE DE TÉSIS

Doctor Don MANUEL A. MONTES DE OCA

A MIS QUERIDOS PADRES

A mi distinguido Maestro

DR. D. MANUEL A. MONTES DE OCA

SEÑOR PRESIDENTE,

SEÑORES ACADÉMICOS:

Para todos los que siguen con alguna atencion el estudio de las ciencias médicas es un hecho que la cirujia moderna se encamina à grandes pasos hácia nuevos destinos, y que sus mejores resultados son debidos à que se ponen en práctica, tanto nuevos métodos como ciertos *detalles* que, ya facilitando las operaciones, ya asegurando sus éxitos, hacen esta parte de la medicina cada dia mas positiva. El vendaje de Esmarch, el sifon vesical, realizando, el primero, el ideal de la hemostatia en las amputaciones, evitando, el segundo, los perniciosos efectos del contacto de la orina con las heridas de la uretra, no son mas que detalles. La misma conservacion del perióstio en las amputaciones y resecciones, no es aún mas que un detalle, elevado por sus magníficos resultados á la categoría de precepto quirúrgico. Las curaciones anticépticas por oclusion, no son tambien sinó detalles, cuyos buenos efectos todos hemos observado.

El estudio de un detalle es tambien el tema de este trabajo, detalle cuyo brillante resultado todos hemos podido apreciar: *la insuflacion*.

Durante nuestra permanencia en la escuela, harto

teniamos que hacer para aprovechar nuestras lec_ turas y meditar sobre vuestras lecciones llenas de esperiencia y vuestros bondadosos consejos. No es un trabajo original el que os presentamos, ni tam- poco podríaslo esperar. Pero nos hemos dedicado á esponer un proceder de uno de nuestros maes- tros, del Señor Catedrático de Clínica Quirúrgica, proceder que en su servicio y en sus manos ha dado los mejores éxitos.

Creemos así cumplir un deber de reconocimiento para con nuestro maestro, para con la Escuela, presentando el bosquejo de un capítulo de Cirujía Argentina.

I

La *insuflacion* tiene por objeto la introduccion de aire en el tejido celular subcutáneo é intermuscular para evitar las disecciones largas, difíciles y peligrosas que se practican con el instrumento cortante, reemplazando á estos por los dedos ó por un instrumento romo.

El proceder para efectuar esta operacion es por demás sencillo, no necesitando por otra parte, instrumento especial, pues para el objeto basta un simple trócar en el pabellon del que se adopta una jeringa. En la clínica casi siempre se ha usado el trócar neumático como mas cómodo, pues con el trócar y jeringa ordinaria, á cada revolucion completa del piston de ésta, se tiene que separar del trócar, necesitando ademàs, para su buen ajustamiento, ejercer cierta fuerza sobre el trócar, lo que á veces, puede hacer variar su posicion ó direccion.

Dada la region cuya insuflacion se quiere obtener, y elegidos los puntos por los que se va á hacer, el cirujano toma un pliegue en la piel y hunde la punta del trócar á mayor ó menor profundidad, segun á donde quiera llevar el aire; y haciendo entonces funcionar el émbolo producirá el enfisema artificial, á medida de su deseo. Al sacar el trócar se deberá hacer perder la relacion

de los tejidos, á poner tira emplástica á fin de que el aire no escape.

Pero este enfisema tiene tendencia à estenderse y aunque su estension no dañe, hace que se inyecte mayor cantidad de aire que el necesario; debiendo, por el contrario, procurarse cuando se hace la insuflacion, limitarla lo mas posible á la region en que se vá á operar.

Todos los tegidos de la economía están envueltos por una capa de tegido celular mas ó menos abundante. De las producciones mórbidas podremos decir otro tanto; y así repitiendo la operacion anterior en cada uno de los puntos que haya determinado el cirujano, las obtendremos rodeadas de una atmósfera de aire, quedando la operacion reducida en muchos casos á una enucleacion.

Hasta ahora la limitacion del enfisema se ha hecho ejerciendo simplemente cierta presion con las manos de los ayudantes, y en algunas regiones no se podrá recurrir á otro método; pero en los miembros se usará con grandes ventajas de ligaduras colocadas por arriba y por debajo de la region que se insufla.

II.

Si bien en el estado fisiológico las relaciones de los tegidos y de los órganos nos son conocidos de una manera positiva, no sucede lo mismo en muchos

de los casos en que el cirujano tiene que intervenir. Ya es la hipertrofía de un tegido ó de un órgano que, rechazando los tegidos y órganos ambientes, hace que el bisturí mejor dirijido hiera, aunque superficialmente, partes que debiera respetar; ya es el escesivo desarrollo de vasos ó el aumento de su volúmen, que, por la hemorragía que ocasionan ó las dificultades que ésta añade á las de que por sí tiene la operacion, compromete su suceso. A veces tambien las relaciones naturales rodean la parte enferma de tantas dificultades, que notables cirujanos renuncian á hacer completa la operacion, como sucede con la estirpacion total de la parótida.

Si se pudieran hacer muchas operaciones en blanco, como las amputaciones de los miembros, cuántas dificultades se habrian vencido para el cirujano, y cuántos peligros ahorrados para el enfermo! Pero, si para todos esos casos no existe un vendage de Esmarch, hay, por lo menos, para algunos, una insuflacion.

Pensamos que las ideas esperimentales no son innatas, no surgen espontáneamente, siéndoles necesario una ocasion ó un escitante esterior, así como tiene lugar para todas las demás funciones fisiológicas.

Las dificultades halladas en su práctica por el señor Catedrático de Clínica Quirúrgica, han sido, sin duda, la ocasion por la que ha nacido este sencillo y eficáz proceder operatorio, que, como operacion prévia y coadyuvante está llamada á generalizarse, pues llena una necesidad.

De lo que dejamos dicho, fácilmente se compren-

den las grandísimas ventajas de la insuflacion y su ningun inconveniente. Nada mas comun que encontrar comprendidos y aún adheridos á las degeneraciones ó hipertrofías de los tegidos ó glándulas los vasos y nervios principales de la region, prolongando, por su diseccion laboriosa, la operacion y multiplicando sus peligros; pero ejecutando este sencillo tiempo prévio, no solo se abrevia su duracion, sinó que se evitan esos peligros con la diseccion hecha con el dedo ó con el cabo del bisturí. Otro tanto diremos si en esas producciones están comprendidos los tendones, etc. ¿Y si hay que operar en regiones delicadas, por contener órganos importantes para la vida, como el intestino, en caso de hernia? Solo responderemos que los peligros de la quelotomía, por herida del intestino, desaparecen por completo si ponemos en práctica el proceder auxiliar de la insuflacion.

¿No se ha preconizado la ligadura preventiva de la carótida primitiva ó de la esterna para la estirpacion de la glándula parótida? ¿No se ha negado tambien, la posibilidad de hacer su estirpacion total? Ahora bien, la insuflacion evita esa ligadura que tan grave es, y hace, no solamente posible, sinó relativamente fácil su enucleacion total.

« Cuando el fondo de los quistes reposa sobre ciertas partes que seria peligroso atacar, dice Follin, se puede recurrir á una estirpacion incompleta tal como Percy la ha aconsejado por primera vez, y preconizado Chopart. » El proceder de que tratamos hace desaparecer estos peligros y, convirtiendo fácil su estirpacion total, hace radical la curacion.

Uno de los numerosísimos procederes para la cura de los tumores erectiles, es la ligadura de las ramas ó troncos arteriales que lo mantienen y lo nutren. Nada mas racional, por otra parte, si recordamos el efecto que la compresion ejercida sobre ellos produce en el tumor, cuyo volúmen y resistencia disminuyen al momento. Pues bien, ¿no se podría hacer una insuflacion y disecando todos los tegidos ambientes ligar los vasos aferentes ó formando con ellos un pedículo echar una ligadura estemporánea? Lo creemos posible.

III.

Antes de pasar adelante, debemos consignar aquí, que este proceder, invencion del señor Catedrático de Clínica Quirúrgica, Dr. D. Manuel A. Montes de Oca, fué puesto en práctica por él por primera vez en su servicio á principios de 1874. Por una equivocacion que no comprendemos la *Tribune Médicale*, periódico médico que se publica en Paris y el *Dictionnaire des Sciences Médicales* de 1876, publicacion anual que hace tambien en Paris el Dr. Garnier, se lo han atribuido á nuestro condiscípulo Dr. Aguilar, cuando éste en un estudio que hace de este proceder y que apareció en la *Revista Médico-Quirúgica* de esta ciudad, dice: « En obsequio á la verdad diremos que hemos buscado la descripcion de este método, en autores antiguos y

modernos, siendo infructuosas todas nuestras investigaciones».

« Preguntando à algunos personas dedicadas á la cirugía, no nos han podido dar razon, ni han sabido indicarnos fuente alguna de donde poder sacar datos para su mejor apreciacion».

« Solo la hemos visto describir y practicar por nuestro Catedrático de Clínica Quirúrgica. »

Y en el mismo artículo, mas adelante, hablando de la insuflacion y de la hemostosia por las pinzas de Pean, añade: « Pasaremos á hacer una suscinta reseña de los casos operados por los dos métodos combinados durante nuestra asistencia á la Clínica Quirúrgica bajo la direccion del Dr. D. Manuel A. Montes de Oca en los años 1874 y 75. »

IV.

Para apreciar mejor las ventajas de este proceder, veamos cuáles son las operaciones en que nuestro maestro ha aplicado su proceder y otras en que es aplicable.

Abceso por congestion. — Nadie ignora las dificultades que rodean el diagnóstico de los tumores que se asientan en la region del triángulo de Scarpa y los cuidados que se deben tener cuando su diagnóstico puede dejar lugar á la mas ligera duda, en el momento de la operacion. Para que se vea

de cuanta eficacia fué en este caso el auxilio de la insuflacion, vamos á presentar en resúmen la historia de este enfermo.

En el mes de Agosto de 1875 entró al servicio del Dr. Montes de Oca el jornalero N. N. de 35 años de edad, italiano, de buena constitucion.

Contaba que hacia año y medio sintió dolores agudos al nivel de la region lumbar, hácia las primeras vértebras, pero que entonces se encontraba aliviado de ellos. Observàndolo presentaba un tumor prominente en la parte superior, anterior é interna del muslo izquierdo.

En la visita, el señor Catedràtico, despues de interrogar y examinar al enfermo, diagnosticó un abceso por congestion de la columna vertebral emigrado à la region crural.

En el decúbito horizontal el tumor era del tamaño de un huevo de gallina; pero cuando se le hacia parar crecia considerablemente, aumentándose el dolor lumbar.

Llevado el enfermo á la sala de operaciones y colocado en la cama, el señor Catedrático introdujo un trócar en la parte mas declive del tumor, donde los tejidos ofrecian menos resistencia y adaptando el cuerpo de bomba del trócar neumàtico se estrageron con dificultad unas diez onzas de un líquido seroso, citrino, inodoro y con pequeños grumos.

El operador sacó el trócar en vista de esto, é incindió la piel en una direccion paralela á la arteria femoral, despues de haber practicado en tres puntos diferentes la insuflacion, y sirviéndose de los dedos separó fácil y rápidamente los tejidos hasta

llegar á la envoltura del abceso. La vena femoral que notablemente engrosada se presentó despues de incindida la piel, fué respetada sin mayores precauciones, gracias al instrumento que disecaba, el dedo. La operacion terminó con la abertura del abceso.

Hemos visto hacer esta operacion con la mayor facilidad, y creemos que de otro modo, sinó imposible, á lo menos hubiera sido muy difícil y se hubiera prolongado mucho tiempo. Debemos observar otra circunstancia: la bolsa que envolvia el púS tenia todo el aspecto del intestino, tanto que muchos de los alumnos que habian diagnosticado una hernia, creian ver confirmado su diagnóstico. El caso, à la verdad, era dificil de resolver, y en tales circunstancias todo el empeño del cirujano en hacer una buena diseccion es poco.

Quistes.—Infinidad de métodos se han propuesto para el tratamiento de estas producciones, pretendiendo unos hacer reabsorber su contenido, evacuándolo otros, ya provocando la adhesion por inflamacion de sus paredes, ya quitando el quiste. Pero aunque estos distintos métodos y los procederes que han originado hayan dado cada uno sus éxitos, no se puede desconocer que los dos grandes métodos de tratamiento á que podemos recurrir son: la ablacion y la obliteracion.

Por otra parte, ciertos quistes de paredes gruesas y que contienen coágulos sanguíneos resisten completamente á todas las medicaciones, siendo entonces la estirpacion el único recurso.

Bien es verdad que esta pudiera ser parcial,

como mas fácil, y provocar luego la supuracion. Pero entónces se presenta el peligro de la erisipela, y una cicatriz, siempre mas ó menos imperfecta.

«La estirpacion completa del quiste, dice Follin, cuando puede ser practicada, produce una curacion radical. Debe ser intentada siempre que el quiste no repose sobre partes cuya herida sea peligrosa.»

Pero estos peligros desaparecen por medio de la insuflacion, y la estirpacion tal como la desea Follin, para obtener la curacion radical, no solo es siempre posible, sinó fácil.

Recordamos haber estirpado un quiste melicérico del volúmen de un pequeño huevo de paloma, que hacia prominencia en la tabaquera anatómica del miembro izquierdo y cuyas paredes estaban adheridas á la arteria radial. La diseccion despues de una buena insuflacion, fué fácil, no usando el bisturí despues de la incision de la piel.

Tumores glanglionares. — *Adenomas.* — En la estirpacion de estas producciones es donde tiene su triunfo mas completo la insuflacion, por los inmensos peligros que rodean á los procederes ordinarios.

En el tratado de medicina operatoria de Sédillot y Legouest encontramos lo siguiente refiriéndose à la estirpacion, «siempre larga, dificil y laboriosa» de las masas glanglionares de la region cervical: «Por dos veces M. Sédillot no dudó en ligar y cortar una porcion de la yugular interna, comprendida en glanglionitis invasora de naturaleza sospechosa; los enfermos han curado; *pero son atrevi-*

mientos muy peligrosos y tal vez seria mas prudente considerar estos casos como desesperados y dejar una pequeña parte del tumor en la herida. »

Parecer es este que se podria generalizar á los tumores semejantes, desarrollados en la ingle, él áxila, etc.

Hemos subrayado parte de lo transcrito para hacer resaltar el consejo que dan estos dos cirujanos y que, armados de la insuflacion no debemos seguir. Hemos visto adherencias sólidas y estensas ceder á las presiones del dedo que diseca, cuando anteriormente se ha practicado ese proceder.

Vamos á recordar sumariamente tres casos de adenomas axilares, uno de la glándula submaxilar y otros tres de la glándula parátida, teniendo lugar la última de estas estirpaciones completas en el mes anterior.

Los tres casos de *adenomas axilares* que hemos podido observar eran notables tanto por el volúmen del tumor como por lo profundamente colocados, de modo que, principalmente en uno de ellos, no se podria calcular hasta donde irian sus prolongaciones.

En esas circunstancias tambien es cuando debemos esmerarnos en hacer una insuflacion bien hecha. Para conseguirlo, para tener verdaderamente rodeado el tumor por una atmósfera de aire, es necesario practicar con el trócar insuflador unas cuantas punciones profundas, à fin de que el aire vaya tambien al tejido celular que envuelve profundamente el tumor. Hecho esto y practicada la incision de la piel, los dedos del operador hacen lo demas, como lo

hemos visto en estos y en los otros casos operados por nuestro Catedràtico.

Las prolongaciones de estos adenomas se estendian entre las ramas del plexo braquial y numerosas venas las envolvian. En dos casos una gruesa rama, proveniente de la arteria axilar, alimentaba el tumor. Las pequeñas masas ganglionares situadas entre los vasos y nervios estaban adheridas á ellos. La diseccion fué fácil, quedando la region preparada como para una demostracion anatómica.

El primero de estos casos (1874) era un niño de veinte meses, de temperamento linfàtico y que fué presentado á la policlínica del Sr. Catedrático. Habia tenido anteriormente desarreglos intestinales de poca importancia é infartos ganglionares en el cuello y en la ingle. Decian sus padres que harian unos cinco meses le apareció en la parte media del borde anterior del áxila derecha un pequeño tumor duro, móvil, indolente, sin cambio de coloracion en la piel que lo cubria. Este tumorcito fué aumentando paulatinamente hasta alcanzar el volúmen de un huevo de ganso.

En el momento que lo examinamos, presentaba este tumor una forma irregular, pero bien limitada. Se prolongaba hácia el hueco axilar, estando colocado en el trayecto de la arteria del mismo nombre. La piel de la periferia no presentaba adherencia con la produccion, pero los limitados y difíciles movimientos que se imprimian en totalidad, demostraban las fuertes conexiones que la unian con los tejidos profundos.

En vista del buen estado general de este niño, el Sr. Catedrático resolvió operarlo.

Se hizo la insuflacion en dos puntos distintos, lo que bastó para que el enfisema rodease la produccion. Con un bisturí convexo se hicieron dos cortes semi-circulares que comprendian una porcion de piel de seis centímetros de longitud por cuatro de ancho. Los dedos del operador se insinuaron entre la piel y el tumor y fácilmente se pudo llegar así hasta su pedículo, que fué separado por la tijera.

Presentaba este adenoma relaciones muy importantes con los vasos de la region, estando colocado sobre el pectoral menor y cubierto, en alguna estension, por el borde inferior del pectoral mayor y en el resto por la piel. Hácia atrás y arriba estaban la arteria y vena, siendo la primera tan superficial que sus latidos eran muy apreciables.

El resultado de esta operacion fué feliz, sanando este niño por completo.

El segundo caso, era un hombre de 51 años, de constitucion robusta, pero de temperamento linfático. Ha tenido varias enfermedades, entre ellas, sífilis.

Haria como dos meses (Agosto 1874) cuando lo vimos, que notó un pequeño tumor en la parte lateral derecha del tórax, indolente por sí y poco doloroso á la presion, que gradualmente fué aumentado de volúmen, à pesar de la medicacion prudente que se le oponia, hasta que adquirió tales dimensiones que los movimientos del brazo correspondiente eran díficiles.

El tumor estaba limitado hácia arriba por el borde inferior del pectoral mayor, abajo llegaba hasta el borde superior de la cuarta costilla, por delante

hasta la tetilla, desde donde se prolongaba hácia atrás á la cavidad axilar.

El Sr. Catedrático, despues de haber practicado la insuflacion en dos puntos, uno, entre el tumor y la piel, otro, entre él mismo y sus adherencias profundas, hizo sobre el tumor dos incisiones curvas de arriba hácia abajo y adelante que se miraban por su concavidad. Abandonando en seguida el bisturí procedió á la enucleacion con los dedos. Prolongaciones profundas y fuertes adherencias aponeuríticas mantenian firme el tumor, á pesar de estar ya enucleado; entre estas prolongaciones se notaban varias venas muy desarrolladas que salian del centro del tumor y que fué necesario cortar, al separar la produccion del resto del individuo. Hácia arriba una prolongacion del tumor, llegaba hasta la arteria axilar y dificultaba la diseccion; sin embargo esta se hizo sin accidente alguno.

Estraido el tumor de la manera referida, se vió que tenia dimensiones tan voluminosas que su aspecto esterior estaba lejos de revelar. Era un tumor irregularmente ovoídeo; su diámetro mayor era de 21 centímetros y el menor de 16: su peso era próximamente una libra.

El resultado de esta operacion fué tambien feliz.

Vamos á poner íntegra la historia del tercer enfermo, levantada por nuestro condiscípulo, Sr. Bengolea y la descripcion de la operacion, hecha por otro condiscípulo, el Sr. Ayerza:

Angel Dipanguino, italiano de 23 años de edad, soltero, de oficio albañil, de temperamento limfático y constitucion débil, refiere que, habiendo hecho un esfuerzo escesivo, al conducir una carretilla carga-

da de ladrillos, se le desarrolló á dos traveses de dedo bajo el áxila un tumor enrojecido, doloroso, duro, movible, no adherente á la piel, y del volúmen de un huevo de paloma.

Una curandera le aconsejó se aplicara en el sitio enfermo cataplasmas de lino con sal, bajo cuyo influjo creció el tumor hasta alcanzar el volúmen de un huevo de pato, escoriándose al mismo tiempo los tegumentos.

Cuatro meses despues, convencido de la impotencia de dicho tratamiento, resolvió venir á este Hospital. Entró el 14 de Octubre, ocupando la cama número 26 de la Sala 3ª. Aplicarónsele cataplasmas de lino que le calmaban mucho el dolor; pero el tumor se abrió espontáneamente el 23 de Noviembre, dando paso á una materia purulenta, abundante y espesa. El enfermo á pesar de que mejoraba manifiestamente, se negó á permanecer mas tiempo en el Hospital, de donde salió el 25 de Diciembre.

Trascurrido mes y medio volvió al Hospital, aquejado de una afeccion, localizada en la rodilla derecha y caracterizada por tumefaccion y dolor, curada mediante la aplicacion de dos ventosas y un caústico; afeccion que en vista de los síntomas y el tratamiento seguido, creemos seria una artritis aguda.

Sano ya de esta enfermedad, salió del Hospital, á donde se vió obligado á volver cinco dias despues por sufrir en la rodilla izquierda la misma afeccion que habia padecido en la derecha. La artritis asumia la marcha y las manifestaciones de las enfermedades en que se observan metástasis. Ocupó

la cama número 35 de la Sala 4ª, donde le aplicaron en la rodilla una pomada blanca, que probablemente seria de yoduro de potasio. Curó à los ocho dias, trasladándose á las articulaciones del metacarpo y los dedos. Esta afeccion, dice el enfermo, fué debida á la presion por la cuerda de que se valia para cambiar de posicion en la cama. Fué muy poco grave y curó el mismo dia mediante algunas cataplasmas de lino.

Durante el tiempo que permaneció en la Sala 4ª formósele al enfermo un nuevo tumor en el costado izquierdo, cuatro traveses de dedo bajo el àxila, en el borde constituido por el encuentro de las caras del tórax lateral izquierda y posterior. Era este tumor doloroso, como el primero, y aumentando contínuamente de volúmen, llegó à reunirse con él.

Hé aquí la descripcion de la operacion, escrita por el Sr. Ayerza.

Colocado el enfermo en la mesa de la sala de operaciones en la posicion decúbito dorsal y estando ya todo dispuesto de antemano se procedió à la estirpacion de sus tumores adenomatosos, siguiendo el proceder de la insuflacion.

Llevado el brazo izquierdo del enfermo arriba y afuera, estando en flexion forzada el antebrazo sobre el brazo y sostenido en esta posicion por un ayudante, se dió principio á la introduccion del aire por debajo del tegido celular, valiéndose para obtener lo que el cirujano se proponia, del trócar neumático.

Introducido el trócar entre el tejido celular y la masa muscular, en un punto distante 5 ó 6 centímetros hácia su parte esterna, de la tetilla izquierda

y á su misma altura, despues de dos golpes de émbolo pudo notarse que, una pequeña cantidad del aire introducido escapàbase por la inferior de las dos aberturas fistulosas.

Estrájose el trócar y se le hizo penetrar en seguida á la misma distancia que en la primera puncion hácia arriba del mamelon de la tetilla, pudiendo muy bien trazarse una línea que al unir el punto de la puncion con el mamelon de la tetilla y este con el parage por donde por primer vez se introdujo el instrumento, fórmanse un triàngulo rectángulo cuyo ángulo recto estaria en el manelon, ó sea el punto de union de nuestras líneas imaginarias. Introdújose allí el aire de la misma manera que en la primer puncion y nos ofreció el mismo fenómeno, con la variante que era la abertura superior la que daba salida al aire introducido.

Hiciéronse otras dos punciones en su parte superior y lateral izquierda del tronco, ambas llevaban la misma direccion, esto es, de fuera adentro, de abajo arriba y de atrás adelante.

Siendo ya la cantidad de aire que debajo de la piel existia suficiente, el cirujano con un bisturí recto practicó una incision semicircular que, partiendo inmediatamente por debajo de la articulacion acromio-clavicular fué á terminar al borde antero superior del gran dorsal. La parte convexa de esta solucion de continuidad de la piel y el tejido celular miraba al esternon.

En seguida, tomando por punto de partida la estremidad superior de la incision practicada, hízose otra que viniendo á terminar en el mismo parage que la primera, presentaba su convexidad há-

cia afuera, ofreciendo ambas á la inspeccion la forma de una ojiva unida en ambas estremidades.

Terminados ya estos dos tiempos por decirlo así, de la operacion, se dió principio á la diseccion de la série de tumores, ayudado de la sonda canalada y el bisturí en la parte inferior y de la primera y los dedos únicamente en la superior, donde la arteria y la vena axilares, no menos que el plexo-braquial, rechazan siempre la presencia del instrumento cortante en casos semejantes al que nos ocupa.

Rotas las bridas que servian de adherencia á los tumores, con este procedimiento, y particularmente la que existia por debajo y atrás de la arteria axilar, ligadas tres pequeñas arterias, las que fueron divididas en la diseccion de la parte inferior, y perfectamente lavada la herida, pudimos, á la simple vista ver los latidos de la arteria axilar que se hallaba á descubierto, la vena que la acompaña y el plexo-braquial.

Al mismo tiempo pudimos ver tambien el borde libre del pectoral mayor, y el supero-anterior del gran dorsal.

Introducida despues en la herida una bola de algodon, y practicada una sutura de puntos separados, reunidos perfectamente los bordes de la herida, quedó una cicatriz de forma semi-circular que media 23 centímetros de longitud.

Con la aplicacion de hilas, compresas y un vendage apropiado quedó terminada la operacion.

Este enfermo curó radicalmente de sus tumores axilares.

El *ademoma submaxilar* que hemos observado en la Clínica del 74 era notable por su estension há-

cia la parte lateral de la cara y su marcha rápida. Tomamos de la historia de este caso escrita por el Dr. Solveyra los siguientes pàrrafos, en que trata de la localizacion del tumor y de la operacion á que dió lugar.

«Hace año y medio y sin causa conocida, vió aparecer nuestro enfermo por dentro y debajo de la parte lateral izquierda del cuerpo de la mandíbula inferior, al nivel del sitio correspondiente á la glándula submaxilar, un tumorcito del volúmen de una almendra, duro y poco movible, indolente por sí y á la presion y sin cambio de color de la piel que lo cubria. Este tumor ha permanecido estacionario durante seis meses, conservando sus caractéres anteriores y sin molestar al enfermo; solo hace dos que empezó á desarrollarse muy lentamente al principio, despues sin presentar uniformidad en su marcha. El aumento de volúmen del tumor, se ha verificado siempre con preferencia hácia la parte superior; el enfermo nos refiere que cuando empezó su desarrollo, desalojó su primer posicion para colocarse en el mismo ángulo de la mandíbula. A este tiempo se refieren los dolores espontáneos y punzantes que empezaron á molestar al enfermo y que lo decidieron á ponerse en tratamiento; sin que esto fuera un obstáculo á la marcha del tumor que siguió creciendo hasta adquirir el volúmen que actualmente tiene.»

«El enfermo presentaba el dia de su entrada al Hospital (29 de Julio 1874), sobre el ángulo de la rama vertical izquierda de la mandíbula y ocupando casi toda la region maseterina, un tumor que se estendia desde la parte lateral izquierda del

cuerpo de este hueso hasta dos centímetros próximamente por debajo del lóbulo de la oreja izquierda, por una parte, y del borde anterior de la rama de la mandíbula hasta el borde anterior del tercio superior del esterno-cleido-mastoideo por otra; ocupaba por consiguiente parte de la region supra-hiódea por su límite inferior, de la porotídea por su superior, de la carotídea por su posterior.»

«La circunferencia de su base media 25 centímetros; su diámetro oblícuo mayor era de 15 centímetros tomado de detras adelante y de abajo arriba, y de 11 centímetros el menor, medido de arriba abajo y de dentro afuera; su mayor altura de 3 centímetros.»

«La superficie del tumor presentaba en algunos puntos de su estension, sobre todo en su vértice, un color violáceo poco intenso, que desaparecia á la presion del dedo para volver en seguida; en estos puntos era de una dureza un poco elástica lo que daba al tacto una sensacion de falsa fluctuacion notable, principalmente en su vértice; doloroso por sí, aumentaba su sensibilidad por la presion, los dolores eran punzantes, á veces dislacerantes y se irradiaban hácia el resto de la cara y mitad de la cabeza del mismo lado.»

«Era movible por su base, pero con una movibilidad obtusa. La temperatura de la piel del tumor estaba poco aumentada. Las funciones de los órganos inmediatos no habian esperimentado ninguna alteracion, la secrecion de la glándula no se habia modificado, no existia infartacion ganglionar, la circulacion de los vasos del cuello se hacia bien. El pulso era lento pero lleno, presentaba 66 pul-

saciones por minuto; la respiracion se hacia libremente; por último, no habia nada notable del lado de las funciones digestivas. Se le prescribieron aplicaciones tópicas laudanizadas.»

«Al dia siguiente no se presentó en el enfermo nada digno de atencion.»

«El 31 de Julio el tumor se habia desarrollado notablemente, sobre todo hácia su parte superior; la distension de la piel llegaba hasta un centímetro próximamente del lóbulo de la oreja izquierda; en su superficie desigual presentaba dos especies de mamelones, situado uno en el centro del tumor, el otro un poco por dentro del primero, dándole esta disposicion una forma como bilobulada, bastante irregular.»

«La coloracion de la piel que lo cubria de un rojo violáceo, y correspondia únicamente á dos ó tres puntos, habia aumentado de intensidad y estension; estaba amoratada y se habia propagado casi hasta la circunferencia de la base; la piel en esa porcion estaba íntimamente adherida al tumor y brillante, pero perdia estos caratéres à medida que se aproximaba á la periferia, donde disminuia su adherencia conservando un tinte erisipelatoso.»

«El 1° de Agosto, el tumor presentaba un color amoratado mas intenso, su volúmen se habia desarrollado notablemente á espensas de su parte superior y posterior, la piel de su vértice estaba adelgazada y era sitio de una pequeña escoriacion, la intensidad de los dolores que se irradiaban á la region lateral del cuello y posterior de la cabeza le habia impedido dormir durante la noche. La rapidez relativamente estraordinaria, en el desarrallo del vo-

lúmen del tumor, la ulceracion superficial que amenazaba estenderse á la totalidad del mismo, y la presencia de los dolores insoportables que acusaba el enfermo, eran otras tantas causas que reclamaban elocuentemente una intervencion pronta y eficaz, y en efecto, esa mañana se decretó la estirpacion del tumor, para lo que el enfermo fué trasladado á la sala de operaciones. Una vez cloroformado este y antes de practicar la operacion principal, nos sorprendió sobre manera ver la aplicacion de un procedimiento preliminar, que debia contribuir mas tarde al éxito brillante y á la rapidez notable con que se ejecutó la estirpacion de este tumor: nos referimos á la insuflacion del tejido celular subcutáneo circunvecino á la base de aquel, que se hizo por medio del aire introducido convenientemente con un aparato á propósito».

«Este procedimiento, nuevo para nosotros, y que quisieramos ver generalizado y elevado al rango de regla operatoria tiene una ventaja práctica de la mayor importancia, cuya realizacion influye poderosamente en el éxito último de la operacion: la fácilidad de la diseccion de los tejidos adyacentes al tumor que se opera, y por consiguiente la rapidez que no perjudica en nada á la seguridad del acto, mientras que disminuye, por la prontitud con que se ejecuta, los dolores y sufrimientos que esperimenta el paciente.»

«No hemos tenido ocasion de ver mas que una vez el procedimiento que referimos; pero ello ha sido suficiente para convencernos de las ventajas pràcticas que presenta y decidirnos á emplearlo en todos los casos de ablaciones de tumores que se pre-

senten con perfecta integridad de la piel inmediata. »

« Despues de la insuflacion del tumor, y cuando el eufisema que se produjo, nos dió á conocer que las aréolas de tejido celular, subcutáneo é inter-muscular estaban ampliamente dilatadas, se procedió á la operacion. »

« Practicada una incision curvilínea en la parte interna del tumor, en una estension como de 4 centímetros, el cirujano introdujo el dedo que paseó á su alrededor, separando con una rapidez sorprendente la piel de los tejidos inmediatos, en toda la lonjitud de la línea de circunscripcion. »

«En este momento nos fué fácil á los presentes á la operacion, ver escapar por la incision practicada una masa de un color gris rosado, coherente, de forma irregular, semejante á la sustancia cerebral reblandecida, que á medida que aparecia era separada con facilidad por el dedo explorador del cirujano, deslizado rápidamente por sobre la cubierta fibrosa á que estaba adherida por toda su superficie interior. Llegó el momento de la segunda parte de la operacion, con la que todos creimos que empezaba el peligro. »

«El operador despues de separar con un corte de tijera una parte de la piel alterada, procedió á esplorar el sitio de las adherencias del saco con los tejidos inmediatos y á destruirlas. »

« El tumor habia estado haciendo cuerpo con el vientre posterior del digástrico, y unido tambien íntimamente á la cara anterior del músculo masétero que lo seperaba de la cara anterior de la rama vertical de la mandíbula. »

« Separado de estas relaciones por una diseccion

prolija, no quedaba mas que romper las adherencias que presentaba el saco fibroso con la piel, lo que se hizo con alguna dificultad, probablemente á causa de la incompleta insuflacion de la piel en este sitio.»

«Despues de verificada esta parte de la operacion, fué fácil ver el lugar poco antes ocupado por el tumor, como perfectamente disecado, libre de tejidos anormales y ocupado por los músculos y vasos de esta region en perfecto estado de integridad, notándose únicamente la dislocacion del borde anterior del esterno-cleido en su tercio superior, que, dirigido hácia atrás, duro y engrosado, estaba completamente separado de sus relaciones normales, probando desde luego, la compresion que sobre él habia ejercido el cuerpo del tumor.»

«Empezada la operacion á las 11 de la mañana, habia terminado del modo mas feliz que podia esperarse á las 11 1/4.»

Estos últimos renglones, despues de la lectura que antecede y de la consideracion de las delicadísimas regiones en que se ha tenido que obrar, hablan bien alto en favor del proceder que nos ocupa. Las arterias lingual y facial, el nervio hipogloso mayor estaban descubiertos.

Este enfermo salió completamente sano á mediados de Setiembre, despues de haber corrido con felicidad los peligros de la erisipela.

Adenomas parotídeos. Es la region parotídea una de las mas delicadas por lo importante de los órganos que la componen, y los que están con ella en inmediata relacion. Colocada debajo del conducto

auditivo, delante de la apófisis mastóides y del esterno-cleido-mastoídeo, detrás de la region maseterina, de la articulacion temporo-maxilar y de la rama de la mandíbula, y limitada inferiormente por una línea que continuase el borde inferior de la region, tiene una forma escavada mas ó menos profundamente. Esta escavacion puede compararse á un prisma triangular, aunque es mas ancha y rondeada inferiormente. Los vasos y nervios profundos del cuello pasan cerca del ángulo de union de sus paredes; pero *estando separado de la cavidad que nos ocupa á lo menos por una delgada hoja lanimosa*, siendo por esta posible, observan algunos cirujanos, la estirpacion *completa* en el *cadaver* sin interesarlos, y aún á veces sin descubrirlos, añaden otros. Pero en lo que todos están contestes es en reconocer que en cuanto al vivo, es lo mas frecuente que el estado patológico altere estas relaciones.

Ademàs de la glàndula parótida que llena incompletamente esta cavidad, està recorrida, rodeada ó nó por su parénquima, por la arteria carótida externa con sus venas correspondientes, que penetra por detràs y por dentro del àngulo de la mandíbula, dando orijen en el espesor de la glàndula misma à la occipital, auricular, trasversal de la cara, maxilar interna y temporal.

El Dr. Creus al hablar de la disposicion y relaciones que afecta esta glàndula, dice: «Resulta de esta disposicion, que es frecuente, que no sea posible estirpar muchas veces totalmente este órgano sin ligar el tronco y las ramas que dá, prescindiendo de las mas pequeñas; asi lo practica mi querido maestro el doctor Sanchez Toca, y así lo he ejecu-

tado mas de una vez en el vivo, obteniendo la estirpacion *total* sin dejar en la cavidad la mas pequeña granulacion. Cuando la carótida no está rodeada por las granulaciones glandulares, sinó cubierta por ellas, no es preciso su lesion ni su ligadura, como de ello he encontrado dos ejemplos entre las seis veces que he practicado esta operacion; y *como antes de verlo es imposible saber con fijeza qué posicion ocupa el vaso,* he adoptado como regla, separándome en esto del doctor Toca, el proseguir el aislamiento del tumor por abajo, sin perder de vista ni de *tacto* el punto que ocupa el vaso durante la diseccion, que hago aquí *muy lenta y á cortes pequeñísimos:* si observo que la arteria entra en el espesor del tejido glandular *la aislo y la corto entre dos ligaduras* y si no entra la dejo intacta siguiendo la diseccion hácia arriba hasta la maxilar interna, que, convertida por la diseccion en pedículo del tumor, es la última que se liga.»

Ademàs, agrega mas adelante dicho autor lo siguiente: «Tambien atraviesa la sustancia de la glàndula, dirigiéndose hacia adelante, abajo y afuera, el nervio facial, cuya seccion, de la cual resulta la paràlisis de la mitad correspondiente de la cara, es tambien indispensable en la estirpacion completa y puede acontecer en alguna de sus ramas, por lo menos. Finalmente, tambien se encuentra aquí, entre otras de menor importancia, la rama aurícolo-temporal del maxilar inferior, susceptible de neuralgias.»

Veamos ahora cuál es la opinion de Guérin. «La estirpacion de la parótida, dice, es una operacion que consiste en *disecar* esta glándula *con cuidado,*

en separarla de las partes próximas que se esfuerza en respetar y en quitarla como se haria con cualquier otro tumor. Pero esta diseccion es estremadamente delicada, y si se olvidase la disposicion de los vasos se espondria al enfermo á morir de hemorragia.»

Y despues de hablar de las dificultades de esa diseccion, añade: «Para quien conoce bien las prolongaciones naturales que la parótida envia en medio de los músculos que la circunscriben, es muy difícil esperar mucho de la estirpacion de esta glándula.»

«Si fuese preciso, dice al concluir, estirpar la totalidad de la parótida, seria útil comenzar por hacer la *ligadura de la carótida primitiva,* pero para espresar en pocas palabras mi opinion sobre esta estirpacion, diré que si puede constituir un *tour d'adresse,* no existe un solo caso en el que sea útil recurrir à ella.»

De ninguna manera estamos conformes con esta opinion exagerada y en la clínica hemos visto casos en que la estirpacion total era precisa para prevenir la reproduccion del mal. Cierto es que si existiesen todos los peligros de que se la rodea mas valdria quedarse mas acà, que esponer la vida del enfermo.

La opinion de Dubreuil es semejante à la de Guérin, aunque no cree en la no utilidad de la estirpacion total.

Sédillot y Legouest en su tratado de Medicina operatoria admiten la estirpacion completa y dan consejos para su consecucion y evitar los grandes y muchos peligros que la rodean.

Conforme con esta última opinion hemos visto practicar dos veces esta difícil operacion à nuestro Catedràtico. Es increible el eficàz auxilio que presta este proceder en esta region, y si la recordamos se comprenderà como puede quedar envuelta en una atmósfera de aire. En lo mas profundo de esta cavidad puede obrar el dedo, instrumento inteligente, con conciencia de lo que hace, por el tacto, evitando así los peligros de una hemorragia que pudiera ser mortal; mientras que el bisturí corta lo mismo un músculo que una artéria.

En el presente curso ha tenido ocasion de practicarla de nuevo, con el mismo suceso que el de las anteriores. Reproducimos aquí en resúmen la historia de este enfermo, levantada por el alumno de clínica Sr. Alexander :

Salvador P., español, de 24 años de edad, de buena constitucion, soltero y de profesion comerciante, entró el 7 de Abril al Hospital y ocupó la cama número 28 de la sala de Clínica Quirúrgica á cargo del Dr. M. A. Montes de Oca, trayendo en la region izquierda del cuello un tumor bastante consistente que hasta ese momento no habia incomodado al paciente.

Refiere el enfermo que sus padres como hermanos fueron y son perfectamente sanos, escepto uno que es enfermizo. En cuanto à sus dolencias anteriores dice haber sido atacado por dos veces de fiebre tifoídea, como tambien por dos gonorreas simples que no tardaron en desaparecer. A la edad de 16 años se apercibió de una pequeña dureza al nivel de la glàndula parótida izquierda, la cual no le molestaba de manera alguna, escepto cuando el tiempo

era variable, sintiendo entonces una impresion gravativa, molestía que no le movió à ponerse en tratamiento, sinó cuando el tumor ó dureza adquirió un gran volúmen, à la edad de 21 años, época en la que se decidió á ver un médico, quién le administró los primeros medicamentos, instituyéndole un tratamiento por el yodo, — yoduro de potasio al interior, y tintura de yodo al esterior aplicada una ò dos veces al dia sobre el tumor. Pero habiéndose desgraciadamente presentado los síntomas del yodismo, éste adandonó à su médico y se trató largo tiempo por sí solo con remedios caseros, que no le produjeron ningun bien, como tampoco ese medio racional, la compresion por medio de plomo ó estaño que empleó durante cerca de tres años, hasta que resolvió ver á un curandero que le suministrase medicamentos. Entonces se puso en manos de un veterinario, quien despues de recetarle muchas pomadas terminó por abrirle en cruz dicho tumor, como si se tratase de un autax ó forúnculo, como creia. Encontràndose el tumor bastante inflamado y supurando abundantemente, el enfermo dejó al veterinerio, decidiéndose ver nuevamente à otro médico. El Dr. Baca ha sido quien últimamente le ha atendido y hecho desaparecer los accidentes inflamatorios, como tambien cicatrizar la abertura dejàndonos al enfermo en las mejores condiciones, como para practicar una operacion, recomendada tambien por este facultativo.

Descripcion del caso. — El tumor, del tamaño de una pera, se encuentra sobre los vasos del cuello, al nivel de la glàndula parótida izquierda ocupan-

do una estension de cinco centímetros de largo por seis de ancho sin determinar los menores accidentes de compresion. La consistencia es bastante firme como la de la fibromas. Sin adherencia con la piel, y esta completamente sana, de modo que nos permitirá hacer perfectamente la insuflacion: por último su color un poco mas subido que el del resto de la piel, debido à un mayor desarrollo de vasos venosos.

Las condiciones generales del individuo son inmejorables: ninguna perturbacion se ha presentado en su salud.

Operacion.— Cuatro dias despues de su entrada à este Hospital se procedió à la estirpacion del tumor. Préviamente cloroformado el paciente, se practicó la insuflacion del tegido celular con el objeto de facilitar la diseccion de órganos tan importantes como los que rodeaban el tumor. Hecho esto se incindió la piel verticalmente en una longitud igual à la del diàmetro vertical del tumor; aislàndose el producto mórbido de sus grandes adherencias con los órganos vecinos, por medio del mango del bisturí y los dedos, con gran facilidad, à pesar de la poca cantidad de aire que pudo inyectarse, por la inperfeccion de los insufladores.

Encontràndose completamente adherida la glàndula parótida en su parte posterior, se hizo una segunda incision horizontal desde el medio de la primera hàcia atràs, y se practicó una nueva insuflacion en la profundidad de los tegidos, con lo cual se facilitó la diseccion de vasos tan importantes como las venas yugulares, la arteria carótida, y el nervio

facial, del que solamente se cortaron algunos ramos terminales; resultando entónces completamente estirpada la glàndula parótida, desde que únicamente quedaron algunas granulaciones no alteradas en el fondo de la herida.

Despues de practicar algunas ligaduras sin importancia, se hizo una curacion simple.

Actualmente las condiciones del individuo son buenas y la herida està en via de cicatrizacion.

Existe alguna desviacion, en la cara, hácia el lado derecho, que dia á dia và desapareciendo.

Conocemos otro caso de un infarto de un gànglio cervical, del volúmen de un pequeño huevo de paloma. La operacion que no duró sinó unos ocho minutos, poniendo en pràctica el proceder de la insuflacion, fué hecho por los Dres. Montes de Oca y Pinto.

Por último, y para concluir con esta clase de enfermedades, incluimos la historia de un tumor ganglionar de que estuvo afectado nuestro condicípulo Sr. Bengolea, y que á insinuacion nuestra ha escrito en resúmen. Es la siguiente:

Sin causa apreciable se me desarrolló un tumor en el lado izquierdo del cuello, á tres traveses de dedo debajo de la apófisis mastóides, de forma irregularmente elíptica, circunscrito y resistente, cuya movilidad permitia comprender su independencia de los tegidos contiguos: á su nivel la piel conservaba el color y la temperatura normales, deslizándose con facilidad sobre él, si se ejercia una presion, aún moderada. Solo sentia una ligera molestia al inclinar la cabeza en direccion al hom-

bro izquierdo ó al reposarla sobre la almohada durante el sueño.

Cuando lo apercibí por primera vez su volúmen equivaldria á la tercera parte del segmento esterno de un huevo de pavo; creció y llegó á estenderse próximamente tres centímetros en todas direcciones.

Tales síntomas no dejaban duda alguna acerca de la naturaleza del tumor, que solo podia hallarse constituido por gánglios linfáticos hipertrofiados à causa de la inflamacion crónica.

Operacion. — No disminuyó su volúmen bajo la accion de los medicamentos y me resolví á sufrir la operacion que me propuso el Dr. D. Manuel A. Montes de Oca, á quien habia visto operar un adenoma en la Clínica Quirúrgica del Hospital General de Hombres, en poquísimo tiempo y con singular facilidad, no solo por su reconocida destreza como cirujano, sinó por el aislamiento del tumor, obtenido por medio de la insuflacion.

El dia 24 de Octubre procedió el Dr. Montes de Oca asistido de los Dres. Marenco, Solá y Golfarini á la estirpacion del tumor. Hízome adoptar el decúbito lateral derecho y dirigir la cabeza hácia el hombro izquierdo para conseguir la relajacion de los músculos y facilitar la penetracion del aire: la insuflacion fué habilmente dirigida y apenas sentí la perforacion de la piel, por la estremidad afilada del aspirador de Dieulafoy.

El aire penetró con facilidad entre la piel y el tumor y se estendió hasta cerca de la clavícula por abajo y hasta la oreja por delante; hácia atrás y arriba el enfisema se hallaba limitado por la nuca

y la apófisis mastóides. La distension de los tegidos producida por la entrada del aire solo me ocasionaba una sensacion de peso, muy poco dolorosa. Satisfecho el operador de las ventajas que prometia la insuflacion ya obtenida, ejecutó en la piel, de arriba abajo, una incision de tres traveses de dedo de largo, que comenzaba á otros tres debajo de la apófisis mastóides, introdujo los dedos en la herida con el objeto de aislar el tumor, pero, despues de algunas tentativas infructuosas y considerando corta la incision, la prolongó e un través y medio mas hácia abajo, lavó con agua la sangre de los lábios de la herida para darse cuenta con la mayor claridad del estado y disposicion de los tejidos y de las exudaciones que habian aglomerado los gánglios en masas compactas.

El Dr. Montes de Oca, complementó entónces, con tracciones repetidas la accion de la insuflacion y dividiendo por medio de la tijera y el bisturí las bridas inflamatorias que retenian los lados y la base de implantacion de las masas ganglionares conglobadas, estrájolas con suma facilidad, procediendo luego à la curacion de la herida practicada para la operacion. Esta duró veinte y cinco minutos y produjo hemorragias insignificantes. Es de advertir que la implantacion ganglionar llevó al cirujano hasta la diseccion de la arteria subclavia á la entrada de los escalenos.

Curacion — La herida que se queria hacer cicatrizar por segunda intencion, fué llenada de hilas despues de cauterizar con nitrato de plata los gànglios restantes que formaban el fondo de la herida, para evitar la reproduccion del tumor; el enfisema

continuó por espacio de dos dias, pasados los cuales desapareció bajo la influencia de un vendage circular, de cuya compresion no es difícil formarse idea, si se tiene presente que no se oponia de ninguna manera à la circulacion de vasos tan superficiales como los del cuello. La herida exhaló durante veinte dias un pús de buena naturaleza y en cantidad poco considerable y sus labios no tardaron en cicatrizar, sin dejar fístula alguna.

Aunque la inflamacion originada por el traumatismo infartó los gánglios circunvecinos y sustituyó al antiguo un nuevo tumor, un mes despues de la operacion este comenzó á decrecer muy lentamente y tres meses mas tarde me encontraba casi completamente curado.

La cicatriz era muy exhuberante, pero conseguí deprimirla al nivel del tegumento esterno por medio de tres cauterizaciones con nitrato de plata segun me lo habia aconsejado el Dr. Montes de Oca.

Hemos observado tambien un *lipoma* desarrollado en el tórax de un enfermo que se presentó á la policlínica de nuestro Catedrático. Su estirpacion completa fué verificada poniendo en pràtica su proceder de la insuflacion, con el objeto de hacerla mas ràpida y fácilmente, obteniendo su curacion en pocos dias.

Creemos pues, que siempre que se presenten *tumores* en estas ú otras regiones análogas, sean de la naturaleza que fueren, deberémos, previamente á su estirpacion, practicar la insuflacion, con el objeto de hacerla mas rápida y evitar peligros para el enfermo.

Ligadura de arterias. — La insuflacion tambien viene á facilitar esta operacion en algunas arterias, haciendo su separacion facilísima de los tejidos ambientes. La hemos visto practicar dos veces por el Sr. Catedrático de Clínica, una en la arteria humeral al nivel del pliegue del codo, á consecuencia de una herida del antebrazo, por oponerse el enfermo á la amputacion que era la operacion indicada; otra en la femoral, en el triángulo de Scarpa, para detener una hemorragia consecutiva á una amputacion rotuliana, cuyo muñon habia sido atacado de gangrena.

Transfusion. — Despues de describir minuciosamente la posicion de las personas que desempeñan algun papel en esta suprema operacion, dice el Dr. Moncoq, refiriéndose á la puncion de la vena del individuo anémico: «Para decirlo propiamente es este el único punto difícil de la operacion».

En efecto, en un individuo anémico, y anémico en tal grado para que se decida esta operacion, la apariencia de las venas no es muy clara. Por otra parte la region en que se practica, el pliegue del codo, tiene sus peligros. Creemos que la insuflacion, descubriéndonos completa y fácilmente la vena haria mas fácil esta operacion.

Autoplastias. — Numerosas son las ocasiones en que esta operacion se pone en práctica. Cuando la piel está completamente normal, cuando no ha contraido adherencias á causa de un tumor ú operaciones que se hayan practicado anteriormente en su inmediacion, su diseccion no tiene nada de difícil;

pero si condiciones contrarias tienen lugar, se hace muy difícil la separacion del tegumento esterno. La insuflacion viene aquí á prestar un precioso contingente. Hemos visto á nuestro Catedrático practicar la restitucion de un párpado inferior con la mayor facilidad, estando la piel que sirvió para esto en parte adherida íntimamente á los bordes de la herida causada por la estirpacion de un gran fibroma del antro de Higmoro.

Esta autoplastia por deslizamiento, por la que el Dr. Montes de Oca tiene predileccion, auxiliada por la insuflacion, se practicó tambien, entre otros casos, á consecuencia de un epitelioma del maxilar inferior, en el que hubo que resecar la capa esterna del hueso; y en dos resecciones del mismo hueso por caries, para llenar la gran herida hecha.

En un epitelioma del hombre derecho tambien hemos visto practicar la insuflacion. Su estirpacion se llevó á cabo, hecho préviamente el enfisema, incindiendo circularmente la piel al rededor de la produccion; tomando la piel que comprendia el epitelioma con una pinza y haciendo una ligera traccion, se desprendió del tegido subcutáneo insuflado. Una autoplastia términó la operacion.

Amputacion de la mama.—Las mayores dificultades que se presentan en esta operacion son las adherencias de los tumores desarrollados en esta glándula con el pectoral mayor, y sus prolongaciones al hueco axilar.

Dos escirros de la mama han sido estirpados por el Dr. Montes de Oca, poniendo en práctica su proceder prévio, la insuflacion, auxiliado en un

caso por el Dr. Argerich, en el otro por el Dr. Pintos y los alumnos de la Clínica.

El primero tenia lugar en una mujer como de unos 35 años. La parte mas anterior del tumor estaba muy adherida á la piel ocasionando una pequeña retraccion del pezon. Toda la glándula estaba invadida y la piel que le sirve de cubierta algo vascularizada. Los gánglios axilares infartados, habiendo algunos del tamaño de una pequeña nuez.

Hecha la insuflacion el círujano operador Dr. Montes de Oca hizo una incision elipsoídea, en la que quedó circunscrita la porcion de piel que debia estirpar. Separada con los dedos la piel que cubria lateralmente la produccion, se trató de separar la base de esta, encontrándosela fuertemente adherida á la superficie anterior del pectoral mayor. Esta separacion se efectuó con algun trabajo y por arrancamiento en algunas partes. Prolongada la incision en el hueco axílar para poner á descubierto las últimas raíces del mal, aparecieron en una completa amalgama los gánglios hipertrofiados, los vasos y nervios de esta region. No ponemos en duda que una diseccion hecha con suma delicadeza hubiese salvado todas las dificultades; pero vale mas tener un medio que asegure el resultado para el enfermo y abrevie tanto la duracion de esta diseccion.

La artería radical se veía latir completamente aislada, despues de haber separado dos gánglios que estaban adheridos á ella. Tres ó cuatro arteriolas cortadas al principio de la operacion, fueron ligadas, terminando esta, felizmente, gracias á la insuflacion.

Véase pues, con cuanta facilidad, poniendo en práctica el proceder de nuestro maestro, se dá cumplimiento á los consejos de Dubreuil, quien, hablando de los tumores de esta region, cuyas raíces se prolongan hasta el axíla, dice: «Cuando existen gánglios que participan en la alteracion que constituye el tumor, se prolongan las incisiones hasta la region axilar para estirpar estos gánglios, estirpacion que reclama las mayores precauciones en razon de sus relaciones con los gruesos vasos axilares. *Es preciso enuclearlos con un instrumento romo ó con los dedos*, ó bien antes de desprenderlos, aplicar una ligadura sobre el pedículo por el que se continúan con las partes próximas».

Elefantiasis del escroto.—En estos tumores formados por la hipertrofía de los tejidos de las bolsas, la epidermis se encuentra espesada, la dermis indurada é hipertrofiada; el tejido celular subescrotal se trasforma en una masa celulo-fibrosa infiltrada de un líquido espeso, albuminoso y gelatiniforme; condiciones que dificultan mas ó menos las operaciones que se practican sobre ellos.

El enfermo que nos ocupa ha sido observado por nuestro condiscípulo Dr. Aguilar, quien ha publicado una historia completa de él en la «Revista Médico-Quirúrgica».

En resúmen, este enfermo que entró á la Clínica en Setiembre del 75 llevaba dos tumores, uno que se estendia desde el púbis hasta la raiz de las bolsas, otro desde este último paraje hasta un centímetro por delante de la márgen del ano. El testículo izquierdo adherido al tumor: los cordones espermá-

ticos y los gánglios inguiniales infartados: la piel del púbis habia descendido. Su volúmen era el de una cabeza de adulto y su superficie ictiósica. En el periné existia un trayecto fistuloso por donde salia la orina. El estado general del enfermo era satisfactorio.

Ante semejante caso el Sr. Catedrático se proponia estirpar la piel superabundante, dejando unas bolsas de volúmen normal y devolver á la orina la salida ordinaria.

Puesto en posicion el enfermo, el primer cuidado del círujano fué practicar con esmero una buena insuflacion. Dos incisiones semicirculares y esternas limitaban los colgajos que debian reconstituir las bolsas. Una tercera incision hecha en la línea media, le condujo hasta la uretra, no sin alguna dificultad por el estado de los tejidos; encontrando á esta convertida en un cordon fibroso, la estirpó en una estension de cuatro traveses de dedo y colocó una sonda. Profundizando la diseccion de las dos partes en que habia divido el tumor, descubrió los testículos. Hecho esto, enucleó fácilmente el enorme tumor y reunió los colgajos laterales, dejando unas bolsas de volúmen normal.

Notable fué en esta operacion la prontitud con que se desprendió el tumor de las partes ambientes y la separacion del testículo izquierdo de con los tejidos tan engrosados y con los que habia contraido fuertes conexiones.

Quelotomia.—El número de enfermos que le deben la vida à esta importantísima operacion es incalculable, obteniéndose éxitos en todas las épocas

de la vida, desde la edad de seis meses hasta los cien años, y es bien conocida la historia que publicó *The Lancet* en 1849, refiriendo la observacion y buen resultado de semejante operacion en una vieja de ciento nueve años, bien averiguados, operada por Morris. Al mismo tiempo la herniotomia es una de las operaciones quirúrgicas mas dificiles, no siendo esta dificultad estraña à los esfuerzos á que se han entregado de cuando en cuando algunos cirujanos, para tratar de proscribirla. Cierto es que casi siempre hay algo de imprevisto cuando se opera, lo que le hacia decir á Pétit cuando practicaba esta operacion, que no sabia ciertamente lo que iba hacer.

Nos podemos dar cuenta de esta dificultad y del dícho de Petit recordando la region en la que se opera.

La region inguinal, donde se verifican las diversas variedades de hernias de este nombre, representa un triángulo limitado hacia arriba por una línea imaginaria que fuese horizontalmente de la espina iliaca antero-superior al borde esterno del músculo recto, hàcia abajo por el ligamento de Falopio y hácia adentro por el mismo músculo recto.

En el triàngulo asi determinado se encuentra comprendido el canal inguinal, destinado al paso del cordon testicular en el hombre, del ligamento redondo en la mujer.

Pero lo que mas nos interesa es el órden de superposicion de los tejidos que forman en esta parte la pared abdominal. La piel, las dos hojas de la fascia superficial y la aponeurosis general de cubierta por delante, y por detras el peritoneo y el

tejido conjuntivo subperitoneal, contiene la pared propiamente dicha, formada por cuatro órganos fibrosos, que son de delante atrás la aponeurosis de insercion del oblícuo esterno, las fibras musculares inferiores del oblícuo interno y del trasverso y la fascia trasversal, estando en el espesor de estas cuatro membranas, el conducto inguinal.

La direccion de este, es oblicua en dos sentidos, uno con relacion á una línea horinzontal, porque el orificio superior esta de 12 á 14 milímetros por encima del arco crural y el inferior corresponde á la estremidad interna é inferior de este ligamento; otro con relacion á su direccion antero-posterior, porque sus dos orificios, que si estuvieran en la misma línea casi se tocarian, siendo de dos centímetros á lo mas el espesor de los tegidos que atraviesan, se encuentran separados por todo la longitud del conducto que es de tres á cuatro centímetros por término medio.

Quédanos por recordar la posicion relativa de sus dos orificios. Uno de ellos es superficial, inferior, subcutáneo, interno con relacion al plano medío, esterior con respecto á la cavidad, y se llama comunmente anillo inguinal; el otro es profundo, superior, subperitoneal, esterno, interior ó abdominal.

Si examinamos la cara posterior de la mitad inferior de la pared del abdómen, observaremos debajo del perítoneo en la línea media, desde la vejiga al ombligo, un cordon fibroso, resto del uraco, y otros dos que convergen al mismo punto desde las partes laterales de la vejiga urinaria, que fueron las arterias umbilicales. Por fin todavia mas afuera se distingue la arteria epigàstrica, que nace de la ilíaca

esterna, à 5 ó 6 milímetros del arco crural y à veces mas arriba, camina sucesivamente hàcia adentro y arriba, enlaza con su concavidad la del cordon espermático ó del ligamento redondo, y despues se halla à cuatro centímetros del músculo recto, paralela à él, y formando un relieve que señala la semicircunferencia interna é inferior del orificio abdominal del conducto inguinal.

Estudiada ya la region y recordando lo que es una hernia cuando se complica con el terrible accidente de la estrangulacion, podemos decir que los dos momentos mas difíciles para el operador, momentos en los que tiene que apelar à toda su habilidad y conocimientos, son cuando va à descubrir el saco y cuando practica la debridacion del anillo que produce la estrangulacion. Es preciso en el primer momento usar de las mayores precauciones. El espesor de las partes que rodean la hernia puede variar à causa de un gran número de complicaciones, como la inflamacion, la hinchazon, la induracion de las láminas celulares, el desarrollo de quistes serosos, de abcesos, de infartos glandulares, de pelotones de tejido adiposo interpuestos, que presentan à veces la apariencia de un saco herniario, que hacen titubear. Por estos motivos son los minuciosos consejos que dan los autores.

Ahora bien, el proceder de nuestro Catedràtico, la insuflacion, viene à evitar algunos de estos peligros y atenuar otros. La diseccion hasta llegar al saco, la abertura de éste, se harán sin peligros, evitando con facilidad los vasos que se presenten, como la hemos podido presenciar algunas veces y como se ha practicado seis. Esto se comprende

fácilmente: estos tejidos se prestan de una manera especial, por el tejido celular que los envuelve, para la insuflacion; se distienden, se separan, duplicándose sus capas por decirlo así, pues entre cada una de ellas se crea una nueva formada por el aire proyectado. El tiempo que se emplea en esta operacion modificada por este proceder no es ni la mitad del que se ocupa con el modo ordinario. El tiempo que dura una operacion siempre está en razon directa de las dificultades con que tropieza el operador y los cuidados que debe poner.

Talla.—Una sola de estas operaciones ha sido practicada por el Sr. Catedrático, auxiliándose de la insuflacion.

El proceder que prefiere nuestro maestro es el de Nélaton, llamado pre-rectal. Sabemos que este último cirujano considerando que el recto y la uretra pueden ser aislados de los tejidos flojos que los unen en el periné, desde la superficie tegumentaria hasta la punta de la próstata á la que el recto se adhiere intimamente, ha aconsejado llegar al vértice de la próstata guiándose sobre la pared anterior del recto y abrir la uretra en la parte anterior de su porcion prostática.

Este proceder cuida el bulbo y las arterias que se dirigen á él; permite llegar por un camino ancho y directo hasta el cuello de la vejiga, y segun opinion de su autor, estraer fácilmente càlculos voluminosos; pero presenta dificultades reales en la disección del intestino, esponiendo á la lesion de este órgano y á las de las arterias hemorroidales inferiores.

«Esta talla prerectal, dice Thompson, es una modificacion de la bilateral: en ella la incision curvilínea y la herida son hechas muy cerca del recto, tan cerca, que el primer tiempo no es sinó la *minuciosa diseccion* de su cara anterior.»

Con objeto de hacer facilísimo este primer tiempo de la operacion el Dr. Montes de Oca puso en práctica su proceder. Despues de efectuar la insuflacion, hizo la incision curva á unos 12 milímetros del borde del ano y acabando de incindir el esfinter con otro corte, abandonó el bisturi. La diseccion del recto se hizo fácil y prontamente con el índice de su mano derecha, hasta llegar á la uretra, gracias al tejido celular prerectal, insuflado. La operacion terminó como todas las tallas bilateralizadas, siendo su resultado inmediato, inmejorable.

Nuestro condiscípulo Dr. del Arca, dice en su Tésis, refiriéndose à este enfermo: «El dia 19 (Diciembre 1875) fué operado por talla *prerectal*, proceder de Nélaton. Dos dias pasó perfectamente, *orinando al segundo por la uretra por haber cicatrizado la herida perineal por primera intencion.* Pero à la noche de ese mismo dia se desarrolló una peritonitis que le causó la muerte en pocas horas.»

¿Contribuyó à este resultado la insuflacion que se practicó? ¿Puede serle perjudicial al enfermo la pequeña distension del tegido celular prerectal que tiene lugar, favoreciendo la infiltracion de la orina entre sus mallas?

A la primera pregunta no podríamos responder de una manera categórica, por cuanto un solo ca-

so no puede darnos base para induccion alguna, pero nos inclinamos por la afirmativa, porque evitando el traumatismo, la herida del recto, orígen de afecciones difíciles de curar, por lo fàcil de su separacion, se asegura el éxito.

A la segunda pregunta contestaríamos aconsejando el *sifon vesical* que tan buenos resultados ha dado en la Clínica, en operaciones de la uretra, evitando el contacto del líquido urinario con la herida. No llegando ninguna gota de este líquido en contacto de este tegido celular distendido, no solo quedaria la operacion reducida en este respecto à los antiguos términos, sinó notablemente mejorada. El peligro que algunos temen habria desaparecido.

Hablando de las causas de la muerte despues de la operacion de la talla, dice Thompson: «La muerte despues de la talla puede resultar de una inflamacion ràpidamente invasora, à consecuencia de *infiltracion de orina* en los espacios celulares interviscerales, cuando han sido abiertos por incisiones demasiado estensas.»

«Este caso se presenta á veces, pero mucho menos à menudo, à mi parecer, que lo que se cree generalmente. Cierto es que en la autopsia de individuos, cuyos càlculos voluminosos habian sido estraidos con trabajo se han encontrado las conexiones celulares, tanto del cuello como del bajo fondo de la vejiga, rotas, infiltradas de una mezcla de orina y pús, mientras que el peritoneo, sobre-todo el pelviano, presentaba vestigios evidentes de inflamacion. Pero hay lugar à creer que en este caso la infiltracion de orina no ha sido la causa, sinó el efecto del flemon. La *celulitïs*, debida al

traumatismo ha desasociado las conexiones íntimas,-é inmediatamente despues de infiltrarse la orina en los tegidos así desorganizados, ha determinado una peritonitis purulenta, si no existia ya, agravàndola siempre en este último caso. Tal parece ser la verdadera esplicacion de los hechos que se ven desarrollarse durante ese período mas ó menos corto, que sucede à la operacion en los casos desgraciados.»

«La infiltracion no tiene lugar fatalmente porque la orina bañe la seccion de estos espacios celulosos, para servirme del término consagrado. En efecto, esas lagunas celulares entre los músculos, entre las vísceras no existen sinó en las preparaciones anatómicas, cuando nos proponemos poner en relieve los planos de tegido conjuntivo que unen los órganos y facilitan su deslizamiento recíproco.»

«Mucho dudo que una infiltracion pueda verificarse en un individuo de buena constitucion, sinó están ya alterados. Para comprender lo que se tiene costumbre de decir á este respecto, seria preciso admitir que existen entre los órganos en cuestion verdaderas cavidades prontas, mecánicamente hablando, para recibir el líquido urinario,—ahora bien nada de semejante tiene lugar. Véase mas bien lo que sucede en el niño. Las láminas celulares son tan flojas, tan finas, como es posible; la vejiga es irritable, se contrae con fuerza y energía; en contacto inmediato de estas capas conjuntivas recientemente incindidas corre la orina despues de la operacion, y sin embargo cuán rara es la infiltracion urinaria en esa edad! Pero si alguna vez el tegido celular está inflamado, si ha perdido su inte-

gridad, ó tal vez si el individuo es de constitucion dudosa, si es uno de aquellos de quienes vulgarmente se dice que tienen *mala encarnadura* (the flesth never heals well), entónces la infiltracion se hará, rapida y fatal».

Tan autorizada opinion como es la de Thompson nos afirman en que los hechos vendrán á demostrar la inocuidad de la insuflacion aplicada á la talla. No es la pequeña distension, que el proceder de que nos ocupamos hace en los areolas del tegido celular lo que puede ocasionar la temida infiltracion. El limitado enfisema que se ocasiona queda muy reducido, desaparece, por decirlo así, al practicar la herida con el litótomo, y haciendo una pequeña presion. Pero la diseccion del recto ya se ha hecho con facilidad y prontitud, se ha conseguido el objeto, el proceder ha tenido su aplicacion eficaz.

No creemos tampoco que este solo caso nos autorize à dar una solucion completa de la cuestion, pero lo decimos con conviccion, tenemos esperanzas en que nuevas operaciones practicadas por nuestro Catedràtico empleando su proceder como auxiliar, nos proporcionen hechos que dén una respuesta satisfactorio.

En resúmen diremos que, la insuflacion, por la facilidad de su aplicacion y los beneficios que proporciona, facilitando las operaciones, abreviando su duracion, evitando los peligros que las rodean y ahorrando sufrimientos al paciente, debe ponerse

en pràctica en las operaciones que dejamos apuntadas.

Que en vista de las grandes ventajas y de los peligros que evita especialmente en la estirpacion de tumores, debe elevarse en estas operaciones al rango de los preceptos quirúrgicos.

V°. B°.

M. A. MONTES DE OCA.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMÍA. — ¿ Cuáles son los órganos contenidos en el tórax y aparatos de que hacen parte ?

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA. — Absorcion de los medicamentos.

PATOLOGÍA EXTERNA. — Clasificacion de las heridas bajo el punto de vista quirúrgico.

CLÍNICA QUIRÚRGICA. — Amputaciones subperiósticas.

CLÍNICA MÉDICA. — Diagnóstico diferencial entre la nefritis parenquimatosa ó mal de Bright y la nefritis catarral.

MEDICINA LEGAL. — ¿Pueden informar como peritos los que no son médicos ?

OFTALMOLOGIA. — Diagnóstico diferencial entre el glaucoma y la cíclitis.

OBSTETRICIA —. Modo de accion del forceps.