Año 1903 Nº 1337

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

NOTAS

SOBRE

CIRUJÍA

TESIS INAUGURAL

DE

JUAN MARTIN CALVIÑO

Ex practicante menor y mayor interno por concurso del Hospital de Niños

«LAS CIENCIAS»
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARAÑA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES

1903

Año 1903 N° 1337

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

NOTAS

SOBRE

CIRUJÍA

TESIS INAUGURAL

DE

JUAN MARTIN CALVIÑO

Ex practicante menor y mayor interno por concurso del Hospital de Niños

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARAÑA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES

1903

Art. 162 del Reglamento de la Facultad—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES.
» » ELISEO CANTÓN.
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología médica	Dr.	Pedro Lacayera
Física Médica	»	Jaime R. Costa
Química Médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	»	Juan José Naon
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y ifilográfica	»	Baldomero Sommer
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Julian Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejia
Clínica Médica	»	Luis Güemes
« »	»	Francisco Sicardi
Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
» Médica	»	Abel Ayerza
» Génito-urinarias	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia	Dr.	Adolfo Mugica
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Farmacognósia vegetal y animal	»	Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia	»	Pedeo N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	J. Manuel Irizar
Higiene	»	Ricardo Schatz
Química Analítica y Toxicológica	»	Atanacio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	»	J. Manuel Irízar

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr.	Juan R. Fernandez

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Anatomía, Fisiología, Patología	Dr.	León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	»	Nicasio Etcheparreborda

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Grfenwav
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Vacante Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomia Descriptiva	»	Juan D. Piñero. Joaquin Lopez Figueroa
Patología General y Ejercicios Clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	»	José Badia Marcelo Viñas
Bactereología	»	Juan C. Delfino
Higiene pública y privada	»	Leopoldo Uriarte
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto Leandro Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología Externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cramwell
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
Clínica Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Prdro Barbieri
Clínica Quirúrgica	»	Diógenes Decoud.
» Médica	»	Julio Mendez Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica		Facjndo Larguia Antonio F. Piñero.
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari
» Quirúrgica	»	José T. Borda
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia		Vacante
Química inorgánica aplicada		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)		Vacante
Higiene		Vacante
Quimica Analítica y Toxicológica		Vacante
Ensayo y determinación de drogas		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr.	Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clinica Obstétrica		Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Anatomía. Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.	Vacante

A mis Padres

Al Doctor Alejandro Castro

IN MEMORIAM

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DR. ROBERTO WERNIKE

Señores académicos:

Señores profesores:

Al presentar este trabajo como última prueba requerida para obtener mi título de doctor, me es grato que verse sobre los adelantos que cada día vemos producirse en nuestra carrera, en un rama tan vasta como es la cirugía.

En él se tratará tan solo sobre casos que he tenido la oportunidad de seguir al lado de mis queridos maestros, los Doctores Alejandro y Máximo Castro, á quienes debo mis conocimientos de cirugía.

Permítaseme también agradecer al Doctor Julio Mendez, al lado del cual formé mis primeros conocimientos de medicina y al Doctor Roberto Wernicke que me acompaña en este acto, mi reconocimiento.

Consideraciones sobre métodos operatorios

Al desarrollar este trabajo veremos un conjunto de casos, que el comentar en cada uno de ellos los diversos tratamientos operatorios hasta hoy descriptos, sería casi imposible, debido á que cada autor atribuye beneficios que considera del caso y como estoy convencido que el cirujano debe ajustarse á cada caso en particular y que debido á diversas disposiciones de órganos y lesiones modifica el método, resulta que muchas veces le es imposible seguir un método de los ya descriptos, sinó el que más convenga ó aquello de cada método que el caso lo requiera, y más de una vez nos vemos obligados al hacer una operación tomar de cada método de los ya descriptos aquello que más se requiera sin idear un método único y exclusivo, por lo cual nosotros nos contentaremos

con exponer nuestros casos y describir el tratamiento y método operatorio seguido conjuntamente con los resultados, haciendo algunas consideraciones de cada caso en particular, sin pretender que el tratamiento seguido es el de elección sinó para los casos que presenten el conjunto de signos y síntomas iguales á los nuestros, dejando su crítica para aquellos que al realizarlos vean los resultados que obtuvieran.

Apendicitis tuberculosa

Dos casos os presento sobre este tema, uno de ellos muy interesante, pues comenzó con una apendicitis y recien al año se desarrolló una lesión tuberculosa en la válvula ileocecal, comprendiendo el ciego, el otro no hubo transición de tiempo.

Los casos á exponer son poco frecuentes en nuestra clínica infantil, pues rara vez tenemos la oportunidad de observarlos.

Dichos enfermos, sin una etiología bien clara reunian un conjunto de síntomas que hacía solamente pensar en un tumor del intestino por su evolución y estado de nutrición general y que al intervenir quirúrgicamente, nos encontramos con lesiones tuberculosas, localizadas en puntos precisos, pues en ambos casos tenian el punto de partida la válvula ileocecal, solamente que en el pri-

mero tuvo un año antes una apendicitis, y que incuestionablemente ésta fué anterior á la nueva lesión, pues cuando se intervino no se encontró alterada ni la pared ni la válvula en lo más mínimo, al menos macroscópicamente, ni siquiera hacía sospechar que más tarde se desarrollaría su lesión tuberculosa.

Observación I

C. I., pensionista, entra al Hospital de Niños el 7 de Noviembre de 1901.

Antecedentes hereditarios: El padre murió de fiebre palustre, la madre sana.

Antecedentes personales: Fué alimentada con leche mercenaria hasta los dos años, tuvo varias enteritis, tos convulsa al año y medio; tres meses después, sarampión.

Ha tenido á los doce años varias veces cólicos, con evacuaciones alvinas y vómitos.

Desde hace seis meses se asusta con mucha facilidad, aun de lo más insignificante, llora y grita sin causa alguna.

A los doce años apareció su primera menstruación, continuando con toda regularidad.

La enfermedad actual empezó hace nueve días, con dolores muy fuertes en la fosa iliaca derecha, diarrea abundante, vómitos y fiebre de 39.5°.

Fué vista por un médico que prescribió bolsas de hielo al vientre y unas píldoras, con lo que consiguió detener la diarrea, pero los dolores y los vómitos persistieron hasta el día de la operación.

Setiembre 9 de 1901. Estado actual: niña bien desarrollada, con regular panículo adiposo, estado general bueno.

Presenta en la fosa iliaca derecha una gran hiperestesia que se irradia á todo el vientre, siendo la exploración difícil por el dolor y la defensa muscular, sobre todo, al nivel del apéndice, se palpa un ligero empastamiento y una obscuridad á la percusión en toda la fosa iliaca derecha, hay vómitos contínuos, constipación, temperatura 37.5°, pulso 130.

Operación. Incisión de la piel como para ligar la iliaca externa, desprendimiento del peritoneo correspondiente á la fosa iliaca para explorar la región, no se palpa ningun abceso, ni se siente el apéndice en su sitio normal; se abre el peritoneo adherido á algunas ansas intestinales que son ro-

jas, cubiertas de un barniz fibrino purulento, en el cual se encuentra algunos grumos espesos; el ciego se haya situado en el flanco derecho, fijo por un mesociego corto, el apéndice es posterior y se encuentra acodado, está rojo y fijo por adherencias al flanco y contra el ciego; se extirpa el apéndice que mide 5 centímetros de largo por 8 milímetros de diámetro, no contiene cálculo, es permeable y está lleno de materias líquidas, después se extrae los grumos fibrinos purulentos situados en los mesos y se deja la herida ámpliamente abierta con un buen drenaje; curación.

Setiembre 10. Ha habido mucho drenaje, se cambian las gazas y algodones de la curación externa, temperatura 37.5°, hay vómitos frecuentes.

Setiembre 11. La niña sigue bien, han desaparecido los vómitos, pulso y temperatora normal.

Setiembre 13. Se sacan las gazas del drenaje, no hay pus, se cierra la herida suturando el peritoneo, luego el plano muscular y por fin sutura endodérmica de la piel, se deja en la parte superior de la herida un tubo de drenaje fijo.

Setiembre 14. Estado general excelente y así se ha mantenido con las curaciones diarias sin

observar novedad hasta el día 21 de Setiembre; que se saca el tubo de drenaje y dá salida á un poco de secreción sero-purulenta, presentando una pequeña ulceración de tres centímetros en los puntos de sutura inmediatos al orificio del tubo de drenaje, siendo la temperatura normal.

La secreción fué disminuyendo poco á poco y cicatrizándose la ulceración, hasta que salió de alta curada el día 26 de Octubre de 1901.

Cirujano Alejando Castro, ayudante el autor.

En este estado salió de alta para volver de nuevo al servicio el día 28 de Julio de 1902.

Cuando salió no sintió ninguna novedad durante un mes.

Al fin de éste tuvo una sensación dolorosa en la cicatriz y dos días después una hinchazón á la que no dieron importancia, ni aún el médico que la vió.

El vientre funcionaba irregularmente, pues había que darle una cucharada de magnesia cada siete días, y así movía con regularidad.

La menstruación adelantaba algunos días, se hacía sin dificultad, pero siempre muy abundante, tenía frecuentemente deseos de orinar, haciéndolo en gran cantidad.

Hace dos meses comenzó á sentir fuertes dolores, que se producían cuando se tocaba ó se movía; éstos estaban localizados en la fosa ilíaca derecha y se irradiaba al torax; en estos dos meses estuvo bastante constipada, alternándose á la diarrea una nueva constipación. Durante este último periodo enflaqueció mucho, tuvo cefalalgias y epitasis; nunca tuvo fiebre ni vómitos.

Estado actual. Presenta dolores en la fosa ilíaca derecha, produciéndose por la presión ó cuando se mueve, éstos están irradiados por todo el abdómen. Palpando se siente irregularidades dolorosas pequeñas, generalizadas sobre la fosa ilíaca derecha; colocando una mano en la parte anterior y sosteniendo con la otra por detrás, se siente un tumor irregular con abollonaduras que le desplaza y es muy doloroso; no hay diarrea. ni esterorragías, sino una constipación que sólo cedía con enemas; la temperatura nunca pasó de la normal.

Agosto 6 de 1902. Se hace una incisión de ocho centímetros sobre el borde externo del recto derecho, la cual se halla exactamente dividida por la línea que va de la espina ilíaca antero-superior al ombligo, se abre el tejido celular y se llega á la aponeurosis posterior, se abre el peritoneo, se

busca el ciego, el cual está constituído por un tumor de forma irregular, consistente y desplazable, los ganglios del mesenterio están aumentados de volumen é infartados, teniendo algunos el tamaño de un huevo de paloma, se reseca los ganglios infartados y se aisla el ciego con compresas, sacándolo fuera de la herida operatoria, se aplican clamps superiores é inferiores, se reseca el tumor y después se termina con una enterorafía circular completa, se sutura en parte la herida operatoria, se deja un buen drenaje y curación. Al mismo tiempo se hace una inyección de 250 c. c. de suero y una de cafeína.

Todo el día tuvo vómitos frecuentes, á pesar de la dieta hídrica á que estaba sometida, pulso frecuente 110, no hay temperatura.

Agosto 7. Persisten los vómitos, se le dá café caliente por cucharaditas, en la noche continúan los vómitos. Poción Rivieri.

Agosto 8. Toda la noche tuvo vómitos, el vientre está doloroso, no hay fiebre, pulso frecuente, tenso, regular 100 pulsaciones, se cambia la curación y no habiendo pus se deja sólo una gaza; en este día á la tarde paran los vómitos.

Agosto 9. Se le ordena una enema, no hay

fiebre, poco dolor, hay accesos de hipo que duran corto tiempo.

Agosto 10. Estado general bueno, se sacan las gazas, el hipo está suspendido, no hay dolor ni fiebre, pulso normal.

Agosto 12. Sin novedad, se alimenta con caldo.

Agosto 14. Se sacan los puntos de sutura, la herida sigue bien; los días siguientes ha estado sin novedad, se levanta de la cama á una silla. En este estado llega el día 30 y empieza á sentir dolores en la fosa ilíaca derecha y una dureza que es dolorosa á la presión; se le ordena fomentos é inmovilización.

Setiembre 3. Se nota que la cicatriz se pone roja y un poco tumefacta, siendo muy dolorosa;

Setiembre 7. Se incinde y sale un pus bien ligado; pocos días después se nota la extremidad de un hilo, el que es tironeado todos los días hasta sacarlo completamente, mide diez centímetros y tiene un nudo.

Los dolores persisten con intervalos de varios días, después se nota otro punto fiuctuante, se abre y dá pus, curaciones secas y húmedas alternándose, siempre se nota la dureza dolorosa.

Ha quedado un trayecto fistuloso que supura

muy poco sin fetidez, no hay dolores espontáneos ni vómitos, ni hipo, ni fiebre, con pulso tenso regular normal y con su lesión intestinal curada, y los padres resuelven llevarla á su casa.

Cirujano Máximo Castro, ayudante el autor.

Observación II

C. P., de tres años de edad, entra al servicio de pensionista el día 4 de Abril de 1902.

Antecedentes hereditarios. Los padre sos sannos.

Antecedentes personales. A la edad de cinco meses tuvo enteritis, después siempre ha sido muy sano, hasta hace veintiún días, que empezó la enfermedad actual con vómitos repetidos durante dos días; se le administró un purgante con lo que movió muy poco el vientre. Después los vómitos han continuado con intervalos, nunca han sido fecaloideos.

Tres purgantes de calomel y varios otros no hicieron ningún efecto.

Hace diez y ocho días que no mueve el vientre; no tiene fiebre en todo este tiempo.

Estado actual. Llega al servicio con 104 pulsaciones, facie peritoneal, vientre timpanizado dolo-

roso, siendo el dolor más marcado en la fosa ilíaca derecha; la palpación es muy difícil, la percusión dá matitez hídrica libre y en regular cantidad.

Abril 4. Previa anestesia clorofórnica, se palpa un tumor en la fosa iliaca derecha, laparotomía mediana y se encuentra el peritoneo espesado.

Al insindirlo, sale líquido acítico y luego aparece el epiplon congestionado y lleno de granulaciones.

En la fosa iliaca derecha hay un tumor que es posible extraerlo fuera de la herida operatoria. Al hacerlo se constata que está formado por el apéndice que ha adquirido el volumen del dedo pulgar cubierto de granulaciones tuberculosas, estando este espesado en un centímetro. El ciego participa de la inflamación é infiltración, tocándose al través de la pared intestinal la válvula ileo cecal que está dura, hay ganglios en el mesenterio y mesocolon. Se reseca el segmento ileo cecal con el apéndice, se hace la coprostasia con la pinza de presión progresiva de Doyen, se pone dos ligaduras y se reseca entre ambas, dejando el intestino secionado á cuatro traveses de dedo de su implatación cecal, se reseca el mesenterio y se ligan los vasos; idéntica maniobra sobre el colón.

Se anastomosan las extremidades libres en tres planos, haciéndose una enterorafia circular completa, se cierra la cavidad uniendo la herida operatoria en tres planos.

Abril 5. Ha pasado la noche muy mal, quejándose de dolor al vientre y mucha sed, ha tenido vómitos, ha movido el vientre dos veces, tiene 38° de temperatura, pulso sumamente frecuente y filiforme.

A las 11 a. m. del mismo día se le hace una inyección de 0.10 centígramos de cafeina con 50 gramos de suero Hayem.

A las 5 p. m. se le pone un fomento caliente en el vientre.

A las 8 p. m. se le hace una inyección de cafeina, prescribiéndose al mismo tiempo enemas de agua salada para amortiguar la sed y muere á las 10 p. m. en medio de los síntomas antes dicho.

Cirujano Máximo Castro, ayudante el autor.

Ahora bien, en ambos casos se ha seguido una misma intervención quirúrgica, es decir, tratar de eventrar el tumor para poder orientarse bien la parte y dirección del intestino enfermo, la extirpación de los ganglios, la resección del mesenterio

y adherencias, para concluir con una enterorafia circular completa.

La operación en sí es sumamente delicada, no tan solo por su choc quirúrgico, sinó por las miles complicaciones yel peligro de infección, pero con los adelantos de la ciencia, con esa asepsia y antisepsia tan bien garantida y con cirujano tan hábil como es el Dr. Máximo Castro, hemos conseguido resultados favorables en uno de ellos, mientras el otro fué fatal. En este segundo caso había que considerar el estado del paciente y que la intervención se hizo de completa necesidad.

Por lo expuesto, creo que dicha intervención es en realidad un medio para prolongar y muchas veces para salvar la vida al enfermo, pero requiere una asepsia y antisepsia rigurosa y una mano hábil y rápida de cirujano.

Los resultados se hacen más favorables á medida que se interviene más cerca del comienzo de la enfermedad, dificultad que se tropieza, ya sea por culpa de los padres que no atribuyen importancia á la enfermedad y que es lo que sucede la mayoría de las veces, ya al facultativo que muchas veces se contenta con un examen superficial.

Quistes hidáticos

La frecuencia relativa con que esta enfermedad se presenta á nuestra clínica, me ha inducido ha presentaros dos casos, en uno de los cuales se extrajeron dos quistes con intervalo de meses, siguiendo un procedimiento adecuado á ellos, por medio del cual hemos obtenido una curación rápida y completa.

La etiología de los quistes es ya bien conocida puesto que ya no se discute y su diagnóstico no presenta dificultad, sobre todo tratándose de quistes hidáticos del hígado, á no ser que estuvieran supurados, porque entonces vendría á variar los síntomas, con lo que se le pudiera confundir con otras enfermedades de dicho órgano.

En cuanto al tratamiento, es lo que más varie-

dad hay y entre ellos se encuentra el que presentamos en nuestro caso.

Lo detallaremos, no porque creamos que sea el método de elección siempre á seguir, sinó por tratarse de un método poco usado y en los casos presentes es el mejor, pues en los diferentes á los nuestros presenta sérias dificultades, no solo por la intervención en sí, sinó que el cirujano debe poseer una noción completa del órgano sobre su anatomía é histología, á fin de evitar los inconvenientes que le reportaría al pretender disecar la ruptura de un vaso sanguíneo ó biliar, lo que traería hemorrágias graves que pondrian en peligro la vida del paciente.

Observación I

G. T., de 11 años de edad, entra al servicío el día 4 de Julio de 1902.

Antecedentes hereditarios. Los padres son sanos.

Antecedentes personales. Niña que siempre ha sido sana; hace dos años los padres notaron un tumor situado en el flanco derecho que incomodaba muy poco á la niña, después de esto ha ido aumentando, hasta el volumen actual; hace días

empezó á incomodar á la paciente, siendo algo doloroso á la presión, por cuya causa entra al servicio.

Julio 6 de 1903. Estado actual: Niña bien desarrollada, con buen panículo adiposo, estado general bueno.

Presenta en el flanco derecho un tumor duro, liso, con abollonaduras, indoloro, que es mate á la percusión, movil con la respiración y que se extiende hasta dos traveses de dedo de la línea blanca, un través de la espina iliaca antero superior, en la línea axilar posterior y se continúa con el hígado, el cual no aumenta su percusión por arriba; no se logra palpar el borde inferior del hígado.

El tumor es renitente, da muy escasa sensación de fluctuación y hay un ligero peloteo abdominal; no hay vómitos, no hay fiebre.

Julio 11 de 1902. Incisión de la piel en extensión de diez centímetros por encima del recto derecho, comenzando por un dedo debajo del reborde costal, incisión de la apeneurosis, abertura del peritoneo.

Se trata de eventrar el tumor, lo que se consigue, el cual está adherido al colon ascendente,

separándole por diseción, el tumor tiene forma de una pera, cuya parte pediculada está adherida entre las dos hojas del borde inferior del hígado, se diseca extrayéndolo completamente. La diseción ha dado muy poca sangre, se sutura el hígado con puntos superficiales y profundos, se reseca una pequeña parte del epiplón que estaba adherido al quiste, se sutura en dos planos y se deja un tubo de drenaje.

Julio 12. La paciente tiene un poco de dolor en el sitio operatorio, no hay fiebre 36.8°, pulso 70, respiraciones 25.

Julio 14. El dolor ha desaparecido 36.9°, pulso 78, respiraciones 26.

Julio 16. Se saca el tubo de drenaje 36.8°, pulso 71, respiraciones 26.

Julio 17. No ha habido defecación, se ordena una enema simple, 37.2°, pulso 75, respiraciones 24.

Julio 19. El trayecto fistuloso dejado por el tubo va en vías de cicatrización, 36.9° de temperatura, pulso 70, respiraciones 25.

Julio 22. La herida está cerrada, haciendo un examen prolijo no se nota nada de anormal, la enferma ha curado y se da de alta.

Cirujano Alejandro Castro, ayudante el autor.

Observación II

M. P., de 7 años de edad, entró al servicio el 5 de Julio de 1902.

Antecedentes hereditarios. Padres sanos.

Antecedentes personales. Ha tenido sarampión á los ocho meses, que curó sin consecuencias, varias veces gastro enteritis, nunca ha salido al campo.

Estado actual. Niño bien desarrollado, con regular panículo adiposo, estado bueno de nutrición.

Presenta un tumor globuloso que se extiende desde el hipocondrio derecho hasta el hueco epigástrico, á dos centímetros de la línea blanca, sigue los movimientos de la respiración acompañando al hígado, es indoloro, se desliza bajo la piel, es liso, renitente y da mate á la percusión.

El hígado está aumentado de volumen, llegando su borde inferior hasta dos traveses de dedo debajo del reborde costal y no es doloroso ni expontáneamente ni á la presión, el borde superior del hígado llega hasta el cuarto espacio intercostal, los bordes del hígado son palpables, no hay fiebre.

Julio 14 de 1902. Incisión por encima del borde del recto derecho desde el reborde costal hasta el ombligo, se insinde la aponeurosis y se llega al peritoneo. Examinado el hígado se ve el quiste alojado en su borde interno y cara superior y enquistado en sus dos tercios y del tamaño de una naranja, se aisla con compresas, se punza y da salida á un líquido cristal de roca, se extrae la membrana periquística y se sutura el hígado con puntos superficiales y profundos, la hemorragia ha sido poca.

Examinando, se ve que hay otro quiste del tamaño de una mandarina, situado en el borde y cara inferior, que se deja para una nueva intervención. Se sutura la pared en dos planos y se deja un tubo de drenaje.

Julio 16. Estado general bueno, tiene un poco de dolor expontáneo en la herida operatoria que aumenta á la presión, 37.2° de temperatura, 68 pulsaciones, 26 respiraciones.

Julio 17. Se saca el tubo de drenaje, el dolor persiste, se deja una mecha de gaza de drenaje. 36.9° de temperatura, 67 pulsaciones, 24 respiraciones.

Julio 18. Se ordena una enema simple. 37.2°

de temperatura, 70 pulsaciones, 25 respiraciones.

Julio 19. Se sacan los puntos de sutura, no hay dolor ni fiebre.

Julio 22. El niño está sano y se da de alta por voluntad de los padres para entrar al servicio un mes después.

Cirujano Alejandro Castro, ayudante el autor.

Setiembre 9 de 1902. Entra de nuevo al servicio para ser operado de su otro quiste.

Estado actual. Niño que se conserva en un estado excelente, presenta una cicatriz operatoria, examinando al enfermo y haciendo una palpación superficial y profunda, no se observa nada de particular y los datos clínicos no nos da ningún signo que nos haga presumir la presencia de un quiste visto y palpado durante la intervención anterior.

Setiembre 24 de 1902. Se interviene siguiendo el procedimiento ya descripto, disecando y extrayendo el quiste y su membrana periquística, suturando el hígado con puntos superficiales y profundos y curándose el niño en 7 días, con lo cual se le dió el alta definitiva.

Cirujano Máximo Castro, ayudante el autor

Sarcomas oseos

Dos son los casos que voy á describir localizados en diversa región, los cuales tienen más interés bajo el punto de vista científico, pues el examen histolo patológico vino á confirmar nuestro diagnóstico clínico, que el terapeútico; pues á uno tan solo conservó dos meses más de vida para morir por una metastasis del pulmón y el otro ya lo tenemos con un sarcoma del hueso iliaco.

Los sarcomas oseos son tumores comunes á todas las edades, por lo cual no es raro encontrarlos en los niños, donde se halla con relativa frecuencia.

La etiología de nuestros casos nos trae mayores datos y bien podemos atribuirla á la etiología general ocasionada por traumatismo ó roce frecuente.

Su fin terapeútico es extirpar todas las partes del hueso enfermo y ganglios próximos á él, pero como siempre estos tumores se encuentran localizados en las epifisis de los huesos largos ó en los bordes de los chicos, cuando se resuelve á intervenir hay que pensar siempre en una desarticulación, como veremos en nuestros casos.

En el primero, por tratarse de un traumatismo quirúrgico tan grande, pocos son los casos en que el cirujano se resuelve á intervenir y el método á seguir es variable.

Es claro que el ideal es hacer una desarticulación sub-perióstica, pero nuestro caso lo imposibilita, pues estando el periostio enfermo no hay que pensar en él y limitarse tan solo á formar un muñon triangular y resistente tan solo con músculos.

Una vez elegido el método, la gran precaución del cirujano está en la hemorragia debida á los gruesos vasos que va á cortar, pero nada más cómodo que en el niño, pues tan solo con la compresión digital de la aorta abdominal á la división de las iliacas, solo basta para hacer una operación en blanco, como se realizó en nuestro caso, luego creo explicada la causa por la cual se ha seguido

el método que pasamos á describir y cuyos resultados inmediatos no se hicieron esperar, aunque más tarde vemos reproducirse la lesión con una metástasis que antes habria respetado la articulación, cavidad cotiloidea y el hueso iliaco.

Observación I

Sarcoma del femur

T. S., de 3 años de edad, entró al servicio el día 14 de Julio de 1902.

Antecedentes hereditarios. El padre hace cuarenta años que padece de reumatismo, la madre ha tenido siete hijos y dos abortos anteriores al niño á examinar.

Antecedentes personales. Niño criado al pecho hasta los dos meses, después alimentación mixta.

Ha sido sano hasta hace ocho á nueve meses que empezó á sentir un dolor en el muslo entre el tercio medio y tercio superior, que al mismo tiempo que aumentaba el dolor se iba hinchando el muslo acompañándose de fiebre.

El aumento del muslo ha ido creciendo hasta el tamaño que presenta actualmente, con fiebre contínua y alta, por cuya causa entra al servicio.

Estado actual. Niño bien desarrollado, con buen panículo adiposo, estado general bueno.

Presenta en el muslo derecho una deformación constituida por un abultamiento fusiforme que se extiende desde los condilos al gran trocanter, cuya mayor circunsferencia es de treinta y dos centímetros, que está situada en unión del tercio medio y tercio superior; el gran trocanter está libre, lo mismo que la articulación, hay una micropoli adenitis generalizada, con adenitis inguinal del mismo lado, del tamaño de un poroto grande, temperatura 38° y una ligera flutuación, sin poder fijar en ningún punto francamente.

Abril 25 de 1902. Después de una asepsia y antisepsia perfecta, se hace un vendaje compresivo con la banda de Esmachr, comenzando por la punta de los dedos para terminar en el muslo en su parte media, con el objeto de producir la isquemia del miembro, una vez hecho se resuelve la hemostasia completa para el tiempo operatorio por medio de la compresión digital de la aorta abdominal.

Se hace una incisión en la cara externa y superior del muslo, partiendo á la altura de la espina iliaca antero superior, después reuniéndola de

manera de pasar á cuatro traveses de dedo por debajo del pliegue inguinal, siguiendo hasta el punto de partida, de manera de formar una raqueta. Se insinde las partes profundas, se desarticula la cabeza para terminar con el resto de las partes carnosas. Se ligan los vasos, se sutura el muñón en triángulo, dejando un tubo de drenaje, curación y vendaje inmovilizado.

Del estudio histolo patológico de la pieza, resulta tratarse de un osteo sarcoma del femur.

Abril 27. Sigue sin novedad. 36.9° de temperatura, 69 pulsaciones.

Abril 28. Sin novedad. 36.8° de temperatura, 69 pulsaciones.

Abril 29. Se saca el tubo de drenaje y se pone á su vez gaza seca esterilizada.

Abril 30. Se sacan los puntos de sutura y la herida queda un poco abierta.

Mayo 1°. La herida va cicatrizándose muy bien, no hay dolor. 36.9° de temperatura, 70 pulsaciones.

Mayo 3. La herida está casi curada.

Mayo 6. El niño está sano, con un muñón resistente, fuerte, indoloro, la herida está cicatrizada y se da el alta.

Cirujano Alejandro Castro, ayudante el autor.

En el mes de Diciembre los padres lo traen al consultorio externo.

De un nuevo examen resulta haberse producido una metastasis, formándose un sarcoma que toma la cavidad cotiloidea y gran parte del hueso iliaco.

Proponiendo una nueva intervención, los padres no aceptan, por lo cual lo retiran del servicio.

Nuestra segunda observación se trata de un tumor que suele confundirse con los epoulis, tumores del reborde albeolar y propio casi siempre de la primera infancia y que muchas veces recien á su estudio histolo patológico resuelve la cuestión.

Sobre esta intervención pocos son los casos que conozco realizados en la primera infancia y en dicho Hospital se ha intervenido dos veces hechas ambas por mi estimado maestro el Dr. Máximo Castro; uno de los casos hace siete á ocho años, cuya historia y datos no lo he podido encontrar y el otro es el que pasaremos á describirlo.

En ambos ha habido diferencia en el resultado, pues uno de ellos curó y no ha vuelto á repro-

ducirse al menos hasta el año pasado que tuve oportunidad de examinarlo, el otro sucumbió por una metástasis pulmonar.

En cuanto á su intervención el cirujano debe limitarse á resecar la parte menor posible del maxilar sentando la base que una extremidad le forme la parte articular y la otra la extremidad del tumor.

Pensar en hacerla subperióstica sería lo mismo que el anterior imposible, limitándose tan solo á hacer su diseción á bisturi, tratando de conservar en la sutura de ambas mucosas del carrillo y del suelo de la boca libre de todo contacto con el interior de ella afin de evitar la supuración de los puntos de sutura, manteniendo la boca lo más aséptica que sea posible por medio de colutorios.

Observación II

Sarcoma del maxilar inferior

A. S. de 8 años de edad, entró al servicio el 19 de Agosto de 1902.

Antecedentes hereditarios—Padres son sanos—Antecedentes personales—Niña criada al pecho

hasta los dos años, tuvo coqueluche á los dos años, escarlatina á los tres, saranpión á los cinco; estas enfermedades curaron sin traer consecuencias.

Después siguió bien hasta hace dos meses que los padres notaron un tumor en la mucosa de la boca que tomó el volúmen actual con mucha rapidez, por cuya causa entra al servicio.

Estado actual—Niña bien desarrollada con buen panículo adiposo, estado general bueno.

Presenta en la mucosa de la boca del lado derecho un tumor duro, con abollonaduras y que se estiende desde el primer molar hasta el ángulo de la mandíbula por toda la parte externa del maxilar, siguiendo por la mucosa bucal que hace aparecer abultado ese lado de la cara; el hueso del maxilar está espesado, hay gánglios en el cuello, no hay dolor, ni fiebre.

Agosto 25 de 1902—Insición costeando la rama horizontal y adcendente del maxilar inferior del lado derecho é insindiéndola en el ángulo se corta la facial entre dos pinsas, se diseca á bisturí toda la parte descripta, se extrae el primer molar, se corta con sierra de cadena el maxilar á la altura del molar extraído y se sigue la di-

sección hasta la articulación completa del maxilar inferior de ese lado, se extrae los ganglios infestados adheridos al maxilar, se arrastra consigo el tumor, se ligan los vasos, se reseca el dentario, se sutura con hilo muy fino la mucosa del carrillo con la del suelo de la boca, se sutura la piel y se deja un tubo fijo de drenaje.

La niña ha seguido bien sin fiebre, sin dolor y con bastante apetito; en este estado se ha mantenido un mes con la herida casi cerrada, sin dar supuración y con solo unos pequeños brotes carnosos.

Setiembre 27—Empieza á tener un aliento fétido neoformándose una fístula en la línea operatoria que supura poco, pero tenía fiebre 38.° aunque no hay dolor, ni se palpan ganglios.

Setiembre 28—Aparece una dispnea pronunciada con 39° de temperatura y 40 respiraciones.

Al examen tenemos fetides de aliento, herida supura poco, en el tórax encontramos una zona de matites que abarca todo el lóbulo inferior del pulmón, con desaparición de la respiración y un abobedamiento de la cavidad torásica en dicha región. Se hace varias punciones con resuttado negativo.

Se le hace un tratamiento médico.

Setiembre 29—Sigue en el mismo estado, con sudores profusos y haciéndose más pronunciado la fetides del aliento que se toma hasta á la distancia —38.9° de temperatura, 35 respiraciones.

Setiembre 30—Aparecen esputos muco-sanguinolentos, la herida conserva el mismo estado, 39.5° de temperatura, 45 respiraciones. Se aplican una série de ventosas y se ordena fomentaciones calientes al rededor del tórax y labajes contínuos de la boca con una solución de tymol.

Octubre 1°—El ánimo decae cada vez más, el enflaquecimiento se hace cada vez más pronunciado, sigue con su tos, esputos muco-sanguinolentos, fetides de aliento, en la matites se ha desarrollado un soplo.

Temperatura 39.3°—respiraciones 38.

Octubre 2—Sigue en el mismo estado—Temperatura 39.3°—respiraciones 37.

Octubre 3—Aparecen epitasis algo considerables, se hacen inyecciones de suero, inyecciones de ergotina—Temperatura 39.5°—respiraciones 38.

Octubre 4—Ha tomado el aspecto de una intosicación general, con aliento mucho más fétido, 39.8° de temperatura, 42 respiraciones, sudores

profusos, epitasis repetidas, esputos sanguinolentos y abundantes; al examen del pulmón parece haberse formado una cavidad en el mismo sitio de la matites, se hacen inyecciones de bicloruro de quinina, de suero gelatinisado y de ergotina.

Octubre 5—Muere á las 9 a. m. en colapsus.

En la autopsia se constata la muerte producida por un hemotórax con destrucción de todo el lóbulo inferior del lado derecho, con formación de cavidades, con dilataciones bronquias, con gangrena y un tumor del pulmón que más tarde los estudios anátomo é histolo-patológicos demostraron de que se trataba de un sarcoma á celulas redondas del lóbulo inferior del pulmón derecho.

Cirujano Máximo Castro, ayudante el autor.

Espina bífidas

—

El conjunto de casos que sobre esta lesión congénita paso á describir, os demostrará los resultados obtenidos según la premura con que se ha intervenido, lo mismo que el mayor ó menor grado de infesión en que se encontraba la ulceración al intervenir quirúrjicamente.

La espina bífida ó hidrorachis, es la abertura ó separación congénita de los arcos vertebrales al través de la cual hace hernia la médula y sus envolturas con una cantidad de líquido céfalo raquídeo que varía en cada caso.

Las más comunes, es la que presentamos en nuestros casos, siendo la dorso lumbar en primera línea, siguiéndole la lumbo sacra y después las otras vértebras de las cuales no tenemos ningún caso.

En cuanto á su etiolojía, fácil es explicarse la espina bífida formada por la falta de reunión de los apofisis espinosas de las vértebras; pero, porqué no se ha cerrado? porqué se ha suspendido esa fusión?

El diagnóstico no presenta mayormente dificultades, pues reune un conjunto de signos y síntomas propio de ella.

Observación I

Espina bifida sacro lumbar

Y. C. de tres días de edad, entra al consultorio el día 23 de Noviembre de 1898. La madre tuvo un parto laborioso.

El niño presenta un tumor ulcerado que mide once centímetros de largo por doce centímetros de ancho, la piel está adelgazada, presenta un aspecto cicatricial, es trasparente, fluetuante, parcialmente reductible; el orificio raquídeo no se puede palpar, hay persistencia de la fontanella, circunsferencia del craneo es de cuarenta y dos centímetros; no hay convulsiones, ni perturbaciones nerviosas, haciendo presión sobre el tumor la fontanella se estiende.

Noviembre 24 de 1898. Bajo la anestesia clorofórmica se cauteriza á termo cauterio toda la parte ulcerada, después incisión de la piel contorneando la ulceración, abierta se ve el contenido que hay líquido céfalo raquídeo y las terminaciones de la cola de caballo; se hace la diseción completa de estas ramas nerviosas, se sutura en gareta á la dura madre para contenerla, se hace un segundo plano osteo músculo aponeurótico, tomando las espinas iliacas postero superiores y se sutura la piel á puntos separados superficiales y profundos, se hace una curación.

Las curaciones se han sucedido todos los días sin interrupción hasta su curación completa sin haber supurado—se dá el alta.

Julio 26 de 1899. No hay señales de recidiva circunsferencia de la cabeza de cincuenta y dos centímetros, persistencia de la fontanella anterior, desarrollo normal, paniculo adiposo considerable, debilidad muscular en las piernas, intelijencia despejada, relajación de los esfinteres vesical y anal.

Abril 16 de 1900. No hay recidiva, la cicatriz es sólida, las piernas tienen más movimientos, circunsferencia de la cabeza de cincuenta y un centimetro y medio, la intelijencia bien, la incon-

tinencia de orina persiste lo mismo que en el esfinter anal pero este presenta una ulceración al nivel del ano.

Enero 7 de 1901. Estado general bueno, intelijencia desarrollada, no hay hidrocefalia, fontanellas consolidadas, circunsferencia de la cabeza es de cincuenta y dos centimetros, los miembros tienen pocos movimientos persistiendo su paresia lo mismo que la de los esfinteres resical y anal.

Octubre 28 de 1901. Estado general bueno, no hay hidrocefalia, circunsferencia de la cabeza es de cincuenta y dos centímetros, la intelijencia está bien, los miembros tienen un poco más de movímientos, persistencia en la relajación de los esfinteres, hay ulceraciones en el ano.

Julio 8 de 1902. Estado general excelente, intelijencia bastante bien desarrollada, circunsferencia de la cabeza es de cincuenta y tres centímetros, empieza á caminar hace cinco meses, el esfinter rectal está normal, persistiendo la relajación vesical.

En este estado, era el último después de su exámen prolijo.

Observación II

Espina bífida lumbar

S. B. de un mes, entra al consultorio el día 10 de Octubre de 1900.

La madre tuvo parto normal.

El niño presenta un tumor redondeado del tamaño de un huevo de gallina, con el eje vertical reductible, piel ulcerada, la separación de las vértebras es considerable, hay parálisis de los miembros, el ano hace saliencia al exterior.

Operación: cauterización de la ulceración, abertura lateral del saco, estirpación de la piel ulcerada, el contenido está constituido por líquido céfalo raquídeo y un ramillete de filetes nerviosos que terminan en la pared del saco, se diseca una collereta de la dura madre, la que se sutura por encima de los elementos nerviosos en el canal raquídeo la abertura raquídea es bastante ámplia, se forma un colgajo osteo músculo aponeurótico, tomando las espinas iliacas postero superiores se sutura verticalmente y después la piel á puntos separados.

Se sigue las curaciones diarias hasta sanación completa, no ha habido supuración.

Este enfermo no ha vuelto más al consultorio.

Observación III

Espina bifida sacro-lumbar

L. A. de dos días, viene al consultorio el día 8 de Abril de 1901.

El parto fué de nalga—siendo muy laborioso.

Presenta un tumor con piel ulcerada en el centro y de aspecto cicatricial, trasparente á la periferia, el líquido cefalo raquídeo filtra al través de la ulceración, separación vertebral de dos dedos, el tumor es reductible, no hay otras perturbaciones nerviosas.

Cauterización de la ulceración, abertura lateral del saco, estirpación de la piel ulcerada, el contenido está constituido por líquido cefalo raquídeo y un ramillete de filetes nerviosos que terminan en la pared del saco, se diseca una collereta de la duramadre, la que se sutura por encima de los elementos nerviosos en el canal raquideo, la abertura raquidea es bastante amplia, se forma un colgajo músculo osteo aponeurótico, tomando las

espinas iliacas postero superiores para formar un segundo plano y se sutura la piel.

Curaciones diarias hasta sanación completa. Dado de alta no vuelve más al consultorio.

Observación IV

Espiga bífida sacro lumbar

C. F., de tres días, viene al consultorio el día 22 de Mayo de 1901.

La madre tuvo parto normal.

Al nivel de la última vértebra lumbar y principio del sacro presenta un tumor del tamaño de una mandarina, con una basta ulceración vertical por la que sale líquido céfalo raquídeo sanguinolento, los miembros inferiores están en contracturas y flexión, tiene diarrea, ano escondido.

Incisión de la piel contorneando la ulceración en dirección al eje del cuerpo, después de la cauterización de ella y se ve el contenido que es la cola de caballo, diseción de las ansas intestinales, se hace un primer plano con la dura madre y se sutura en jareta, colocando dentro las ansas nerviosas; un segundo plano osteo músculo aponeurótico tomando las espinas iliacas postero supe-

riores, se sutura verticalmente y sutura de la piel á puntos separados: curación.

Después de dos días de curación, durante los cuales ha habido diarrea, los miembros han estado en contractura, ha tenido convulsiones frecuentes y repetidas, fallece en una de sus convulsiones.

Observación V

Espina bífida sacro lumbar

M. T. M., de un día, viene al consultorio el día 1º de Octubre de 1901.

La madre tuvo parto normal.

Existe una ulceración en el centro del tumor aplastado, la abertura raquídea es bastante grande por la abertura de la piel se ven los elementos nerviosos que terminan en el sacro. existe un citocele vaginal.

Cauterización de la ulceración, abertura lateral del saco, extirpación de la piel ulcerada, el contenido está constituido por filetes nerviosos que terminan en el sacro, se diseca una collereta de la duramadre, la que se sutura por encima de los elementos nerviosos, se hace un segundo plano

osteo músculo aponeurótico, tomando las espinas iliacas postero superiores y se sutura la piel formando su último plano; curación.

Noviembre 6 de 1901. Curada de su cicatriz operatoria—estado general bueno.

Mayo 1° de 1902. Paraplejia, hidrocefalia moderada, la fontanella anterior está saliente, circunsferencia del cráneo es de 43 centímetros, esfinter vesical relajado, no hay residiva.

Julio 3 de 1902. Circunsferencia del cráneo es de 44 centímetros, su inteligencia se desarrolla bien, la paraplejia ha disminuido, lo mismo que la relajación del esfinter vesical — esfinter anal normal.

En este estado fué el de la última vez que lo examinamos.

Observación VI

Espina bífida sacro lumbar

S. M., de seis días, viene al consultorio el día 19 de Julio de 1902.

La madre tuvo parto normal.

Presenta un tumor achatado con una ulceración en la parte superior y media, el resto de la piel

espesada y de aspecto cicatricial, conteniendo un poco de líquido que se reduce con la presión y que aumenta con los gritos del paciente.

Incisión de la piel contorneando la ulceración en dirección al eje del cuerpo, después de la cauterización de ella y se ve el contenido que es la cola de caballo; diseción de las ansas terminales; se hace un primer plano con la dura madre saturándola en fareta y colocando dentro las ansas nerviosas; un segundo plano osteo músculo aponeurótico y por fin se sutura la piel á puntos separados. Curado es dado de alta y no vuelve más al consultorio.

Observación VII

Espina bífida sacro-lumbar

R. M., de seis días de edad, viene al consultorio el día 12 de Agosto de 1902.

La madre tuvo parto normal.

Tumor ovalado del tamaño de un huevo de gallina fluctuante, parcialmente reductible, la piel que lo cubre presenta una ulceración en la parte media rodeada de una zona de aspecto cicatricial traslúcida, en algunos puntos hay manchas angio-

matosas y está rodeada de pelos, el ano presenta una deformación característica por ausencia de pliegues.

No hay contracturas ni fenómenos nerviosos.

Cauterización de la ulceración, abertura lateral del saco, extirpación de la piel ulcerada, el contenido está constituído por líquido cefalo raquídeo y un ramillete de filetes nerviosos que terminan en la pared del saco en su parte culminante, se diseca una collereta en la dura madre, la que se sutura por encima de los elementos nerviosos en el canal raquídeo, la abertura raquídea es bas tante amplia, se forma un colgajo ósteo-músculo-aponeurótico tomando las espinas ilíacas postero-superiores, sutura de este plano para terminar con la piel con puntos separados; curaciones.

Agosto 15. En el niño empieza á notarse fenómenos nerviosos y diarrea.

Agosto 17. El punto de sutura más próximo al ano se ha infestado, da salida de pus.

Agosto 18. Se sacan todos los puntos de sutura, dá poca supuración sin fetidez.

En este estado permanece en casa de sus padres debido á su edad y fallece el 21 de Agosto de 1902.

Observación VIII

Espina bífida sacra

J. Z., de 11 días de edad, viene al consultorio el día 30 de Setiembre de 1902.

La madre tuvo parto normal.

Tumor sacro de forma redondeada, alargada en sentido vertical, reductible, fluctuante, la piel ulcerada en el centro de aspecto cicatricial al borde y con algunas manchas angiomatosas.

Cauterización de la ulceración, abertura lateral del saco, extirpación de la piel ulcerada, el contenido está constituído por líquido cefalo raquídeo y un ramillete de filetes nerviosos que terminan en la pared del saco en su parte inferior, se diseca una collereta de la dura madre. la que se sutura por encima de los elementos nerviosos en el canal raquídeo, la abertura raquídea es bastante amplia, se forma un colgajo ósteo-músculo-aponeurótico tomando las espinas ilíacas postero superiores, el que se sutura verticalmente; después sutura de la piel por puntos separados.

Curaciones diarias hasta su curación completa.

Noviembre 28 de 1902. Vuelve con su herida

cicatrizada; la circunferencia del cráneo es de cuarenta y tres centímetros, fontanella frontal ligeramente saliente, el desarrollo se hace bien, no hay relajación de estinteres.

En este estado es el último en que lo vimos.

Por lo expuesto, vemos que de los ocho casos tan sólo dos han muerto y sanaron los restantes, habiendo podido seguir observando tan sólo tres, mientras que los otros, una vez curados de su intervención quirúrgica, no han vuelto al consultorio.

Dichos enfermos que se han salvado, han conservado lesiones más ó menos marcadas que iban desapareciendo con el tiempo, como lo prueba bien claro las observaciones seguidas de nuestros tres casos y en particular sobre nuestra primera observación; y por lo tanto, consideramos ésta una intervención que siguiendo el tratamiento descripto, puede llegar á suspender todos los signos de compresión y relajación que se conservarían, si es que el niño vive, y cuyos signos, aunque han aparecido enseguida de su intervención quirúrgica, han ido desapareciendo hasta casi en su totalidad; por lo que creemos que es en

la actualidad una intervención muy provechosa, siempre que se intervenga á la brevedad posible, á fin de evitar la infección de la ulceración, completándolo con una asepsia y antisepsia rigurosa, para evitar una nueva infección de la herida operatoria debido á la proximidad del ano y la edad del paciente, que necesita un cuidado exclusivo.

En todos estos casos sobre espinas bífidas, ha actuado como cirujano nuestro querido maestro el Doctor Máximo Castro, y como ayudante en los primeros casos, el mayor de cirujía de años anterior, y el autor en los últimos, correspondientes á los dos últimos años, que es el tiempo que ha durado su paso por el servicio de cirujía.

Concluyo con estas observaciones que podría multiplicar, pues mi solo objeto es presentaros aquello que corresponde al servició de cirujía del Hospital de Niños al frente del cual estaban mis maestros los Doctores Alejandro y Maximo Castro, casos que he podido seguir al lado de ellos y que considero de importancia y demuestran que el método operatorio á seguir depende de cada caso en particular.

Al terminar, permítaseme dedicar este humilde trabajo á la memoria de mi querido é inolvidable

maestro el Doctor Alejandro Castro, á quien tuve la dicha de conocerlo y estar bajo su dirección y la desgracia de perderlo tan pronto.

JUAN MARTIN CALVIÑO.

Marzo 1903.

Buenos Aires, Marzo 18 de 1903.

Nómbrase á los Señores Académicos Dr. José Penna. Profesor Titular Dr. Obdulio Hernandez y Profesor Suplente Dr. Daniel Cranwell, para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. BACA.
Zenon Aguilar,

Abril 13 de 1903.

Señor Décano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis precedente:

« En el local de la Facultad á 13 de Abril de « 1903, reunida la Comisión que subscribe encar-

« gada de dictaminar respecto de la admisibilidad
« de la tesis del ex-alumno Sr. Juan Martin Cal-
« viño que versa sobre cirujía, resolvió admitirla.
« Con lo que terminó el acto. Firmado: José
« Penna—O. Hernandez—D. J. Cranwell—Carlos
« Robertson, Pro-Secretario.

Zenon Aguilar.

Abril 13 de 1903.

Entréguese esta tesis al autor para su impresión fijándose por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca.
Zenon Aguilar,

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Diagnóstico diferencial del antrax con la peste bubónica.

Tratamiento de los quistes hidatídicos.

Mecanismo de la propagación de los sarcomas.