



BOLETIN MENSUAL

CASOS PRÁCTICOS

HERNIA INGUINAL, EXTREMADAMENTE VOLUMINOSA, EN UN NIÑO DE 6 AÑOS -- OPERADO -- CURADO.

Tratáse del niño J. P. de 6 años de edad, natural de Celrá que sin antecedentes morbosos que ofrezcan interés para la afección principal que sufre se presenta á nuestra consulta con motivo del extraordinario desarrollo de una hernia inguinal derecha, de la que ya se apercibió la familia á los dos meses, y que no ha sido jamás contenida por braguero alguno.

Procediendo á su exámen nos encontramos con un extraordinario abultamiento de la región escrotal al que falta bien poco para que su parte más inferior corresponda al nivel de la rodilla, tal es su extraordinario volúmen, borrándose completamente el pene y observando tan solo una pequeña depresión correspondiente al meato. En cuanto á su configuración es piriforme prolongándose superiormente en forma cilindroidea en la dirección del conducto inguinal.

La consistencia es bastante considerable, se deja deprimir con dificultad, no se encuentra fluctuación, y si se trata de hacer maniobras para intentar una reducción que no se logra, aqueja dolor muy intenso; á la percusión zonas de distinta sonoridad lo que nos hace creer en la existencia de intestino y epiploon dentro del saco herniario.

Interrogado el padre del niño, nos manifiesta que en diversas ocasiones ha tenido éste intensos dolores abdominales, vómitos, retención de vientre, es decir fenómenos de extrangulación, cosa fácilmente explicable dadas las condiciones de la hernia; fenómenos que cesaban con el reposo en la cama, y aplicación de paños húmedos calientes.

En cuanto al estado general es excelente; el niño, pasadas estas crisis dolorosas queda tranquilo, tiene buen apetito, sin que haya sido enfermizo, ni delicado.

El diagnóstico no era difícil; resultaba bien claro del exámen de la región y más aún teniendo en cuenta los datos que respecto á su origen y evolución, así como respecto á sus manifestaciones nos daba el padre del niño. Se trataba de una hernia inguinal congénita, en la actualidad irreductible, que habia ido engrosando paulatinamente, y á consecuencia del cual dependían los trastornos que repetidas veces habia aquejado el niño.

Como tratamiento fue propuesta y aceptada la intervención quirúrgica, que fué practicada á los seis dias, prévia la preparación necesaria en casos semejantes.

El niño guardó cama, desde el dia que fué decidida la intervención y se le fueron aplicando continuamente compresas húmedas calientes, lo que dió un buen resultado pues gracias á ello se redujo en parte el volúmen de la hernia y disminuyó su tensión que como ya hemos dicho era considerable. La víspera de la intervención se administró un purgante y luego varios enemas simplemente de agua hervida al objeto de lograr una completa evacuación intestinal.

Previas todas las condiciones de asepsia necesarias y anestesia general clorofórmica practicada por el ilustrado médico del pueblo señor Romagós, y asistido de nuestros ayudantes habituales practicamos la intervención en la forma siguiente:

Incisión oblicua de unos diez centímetros, siguiendo la dirección del eje de la prolongación cilindroidea del saco que ocupaba el conducto inguinal; sección del tegumento y tejido celular subcutaneo, hasta llegar á la aponeurosis del oblicuo mayor que dejé al descubierto; incisión de esta aponeurosis siguiendo la sonda acanalada introducida debajo de ella desde la abertura externa del conducto inguinal, con lo que quedó al descubierto el cordón espermático sumamente voluminoso, que se liberó en todo su contorno hasta separarlo de los tejidos contiguos; hecho esto disequé capa por capa del cordón hasta penetrar en la cavidad del saco, de la que salió una gran cantidad de líqui-

do; ensanché la abertura hasta poder practicar una buena exploración lo que me permitió reconocer el contenido que consistía en unos veinte centímetros de intestino delgado á su unión con el grueso, el ciego con el apéndice, el colón ascendente y descendente hasta la S ilíaca y todo el epiploón. El epiploón se resecó, y al ir á reducir el intestino, hubo dificultad por la disminución del volúmen abdominal, habituado á contener bastante menos de lo normal, y luego nos encontramos con que el intestino grueso está adherido al saco como sucede en la mayor parte de las hernias que lo contienen, ya que aquel se forma á expensas del desdoblamiento del meso; esta circunstancia nos impidió tratar el saco como en un caso sencillo y seguimos la táctica siguiente: seccionamos circularmente el saco por debajo de su adherencia intestinal; sutura longitudinal á punto seguido de la abertura peritoneal, y luego con cuidado al objeto de no desgarrar los vasos nutricios del intestino se disecaron y se invaginó todo junto dentro la cavidad abdominal.

Ocupándonos luego del saco, comprobamos su amplia comunicación con la serosa testicular formando una sola cavidad; el testículo está atrofiado nótase tan solo como un pequeño relieve en el interior de la cavidad por lo que hicimos al mismo tiempo que la extirpación del saco, la castración unilateral, que ofrecía además la ventaja de poder reconstituir la pared abdominal sin dejar abertura alguna para el paso de los elementos del cordón y por lo tanto con mayor garantía de solidez.

Reconstituimos la pared en dos planos; uno profundo constituido por los músculos oblicuo menor y transversos con el borde posterior del arco crural, y un plano superficial formado por el oblicuo mayor, y luego sutura de la piel. Antes de proceder á esta última colocamos un tubo de drenaje con desagüe por la parte más declive de la cavidad de la bolsa del testículo extirpado. Como vendaje y para mayor seguridad se colocó una espica inguinal doble.

El curso post-operatorio fué excelente, la temperatura máxima fué de 38 grados el segundo dia que bajó inmediatamente con la administración de un purgante; el tubo de drenaje fué retirado á los cinco dias, la sutura cutánea á los siete; dia en que empezó á comer y á los quince dias se levantó ya curado, sin que haya vuelto á experimentar trastorno alguno, habiéndose reducido muchísimo el volúmen escrotal y apareciendo bien visible el pene que hasta antes de la intervención estaba borrado.

La mayor dificultad en este caso fué la reducción del intestino que materialmente no cabía en aquel abdomen tan disminuido de volumen y luego la circunstancia de tratarse de intestino grueso y en las circunstancias dichas que obligaron á proceder con el saco herniario en la forma ya explicada.

Después he aconsejado al enfermo el uso de un vendaje de tela resistente de forma apropiada para contener el abdomen á fin de que mientras la cicatriz, sea reciente, no sufra distención alguna.

DR. F. COLL TURBAU

Gerona Enero de 1911

del Hospital Provincial

OPOSICIÓN PARA MÉDICOS

DE

SANIDAD EXTERIOR

En la *Gaceta de Madrid* se publica lo siguiente:

1.º «Que los ejercicios de oposiciones para ingreso en el Cuerpo de Sanidad exterior den comienzo el día 1.º de abril próximo, publicándose sin pérdida de tiempo la correspondiente convocatoria, y

2.º Que ampliándose los términos de dichas oposiciones, queden afectadas á las mismas, no solamente las plazas á que la citada soberana disposición se refería, sino también en número de 15 de aspirantes aprobados en espectación de destino, bien para cubrir las nuevas vacantes que pudieran producirse ó sus resultas, bien para desempeñar los destinos especiales ó eventuales que por necesidades del servicio de defensa sanitaria hubieran de crearse.

En cumplimiento de lo dispuesto por Reales órdenes de 7 de Julio último y 12 del actual, se convoca a los médicos que aspiren á tomar parte en los ejercicios de ingreso en el Cuerpo de Sanidad exterior, á que las precitadas Reales órdenes se refieren, para que presenten sus instancias, documentadas debidamente, y efectúen el pago de los derechos marcados, dentro del plazo de sesenta días naturales, á contar de la fecha de publicación de la presente en la *Gaceta de Madrid*; previniéndose que dichas solicitudes deberán presentarse en el Negociado de personal de la Inspección general de Sanidad exterior, donde se librará el correspondiente recibo por el abono de los aludidos derechos.»

SOBRE EL EMBARAZO EXTRA-UTERINO INTRA-LIGAMENTARIO

LAPARATOMIA POR EMBARAZO EXTRA-UTERINO DE CUATRO MESES

Antes de entrar de lleno al estudio de nuestro anunciado, voy á dar algunos datos referentes al embarazo extra-uterino en general, para así aclarar todo lo posible y resultar bien claro y conciso, como me propongo.

Sabido es desde luego, que el embarazo puede ser no solamente intra-uterino, sinó que desgraciadamente anida algunas veces el óvulo-fecundado, fuera de la cavidad uterina, llamándose, cuando así ocurre embarazo extra-uterino ó embarazo patológico.

Los sitios en que puede implantarse el óvulo-fecundado son: el peritóneo, ovario, trompa, cuello del útero, vagina.

Siempre que por causas varias no enfla el óvulo por la trompa, sinó que cae en el peritóneo, se llama á este embarazo, peritoneal por el sitio; cuando se desarrolla en el ovario, ovarico, que coincide con la rotura de la vesícula de Graaf y entonces es cuando dá acceso al espermatozoide; en los casos en que el óvulo y fecundado, ya, se detiene en la trompa, ya en su parte externa, media, interna ó pabellón, se le llama tubo-ovarico y siempre que su implantación, acontece en su extremo interno se le llama intersticial ó tubo-uterino; los embarazos del cuello, resultan muy raros é igualmente, sucede con los vaginales, aunque en éstos no andan conformes los autores por atribuirlos, unos á la placenta prévia ó negándolo como muchos.

El embarazo extra-uterino, intra-ligamentario, es el que deriva del embarazo tubarico, desarrollado en el espesor del ligamento ancho por la extensión de los mesocolons pelvianos accendente ó descendente; ya sea que la trompa se haya distendido y adelgazado por su parte inferior, es decir, la que contacta directamente con el ligamento ancho, bien pudiera ser tambien que hallandose rota la trompa en este sitio, haya depositado al ligamento ancho el producto de la concepción desarrollándose entre el espesor de los mesos uterino y colico.

La frecuencia de los embarazos extra-uterinos, son considerados

generalmente como raros; según estadística del Dr. Fasola (1), de 1565 embarazos, resultan haber cinco casos. El Dr. Toth (2) de 1700 encuentra 31.

Los embarazos intra-ligamentarios, son bastante raros, sobre todo el embarazo intra-ligamentario despues del quinto mes, que evoluciona hasta término.

Jayle y Delherim (3), entre los que observó algunos también Pozzi durante 6 años, admiten también que el embarazo es tubarico y que luego se rompe, cayendo de pleno al ligamento ancho.

Gilkrist (4) supone que serán sobre la proporción del cuarto mes y los que evolucionan hasta término hasta el sexto.

Cabe preguntar: ¿Influye la edad de la enferma y si es multipara ó primipara? Se ve que acontece en mujeres de unos 30 años y lo que se refiere á lo segundo se puede observar que varia; mas en la multipara, pero hay caso aunque raro, verse en la primipara.

El embarazo intra-ligamentario, bajo el punto de vista anatomopatológico, se puede concretar del modo siguiente: La rotura de la trompa tiene lugar como hemos dicho anteriormente, en su parte inferior, evolucionando en el espesor del ligamento ancho; el quiste fetal distiende y separa lentamente las hojas del ligamento ancho, dentro las cuales se situa y levanta, evolucionando hacia su parte superior.

En cortes de cadáveres congelados se ha podido observar en los embarazos intra-ligamentarios próximos á término, que el quiste habia distendido el peritóneo hasta la altura del pancreas; las partes laterales de la pelvis, se encontraban desnudas de serosa, junto con la pared posterior del útero y una parte de la pared del abdomen; queda, pues, no más un ancho fondo á modo de dedo de guante que se extiende entre un cuerno del útero y el trigono vesical, pndiéndose ver de esta manera, cuan difícil ha de ser la extirpación del saco fetal. Tanto que el saco sea extra-peritoneal, la marcha clínica de estos embarazos se puede conocer bien; no se puede empujar el peritóneo plástico de las adherencias que con el intestino tengan el quiste fetal intra-ligamentario.

Se ha podido observar algunas veces, dos cubiertas de origen fetal corión y amnios, la cubierta de origen materna estaba formada por elementos del ligamento ancho hipertrofiados, reforzada por fibras musculares lisas; esta cubierta de 3 ctm. proximamente de espesor,

(1) Fasola.—Anales de Obstetricia.—Firenze 1888 pág. 145.

(2) Beitrage zur Frage.—Archivos 1896 pág. 461.

(3) Revista de ginecología de Jayle y Delherm.

(4) Famosa tesis de 1890.

estaba cubierta de peritoneo por su parte inferior, del colon por una parte y del intestino delgado por otra ó sea la superior. En este caso la placenta se inserta en la cara posterior del quiste un poco por debajo de la parte media de su cara posterior; el líquido amniótico, resulta inodoro, de color morenuzco y consistencia espesa.

Por parte materna se encuentra el útero hipertrofiado del volumen de un útero gravido de tres meses.

Aunque el diagnóstico del embarazo ectópico es posible en la mayoría de casos, no ocurre así en el intra-ligamentario puesto que la mayor parte de tocólogos lo consideran imposible.

Se creía que todo embarazo que pasaba del quinto mes, era abdominal, pero hoy día se sabe que tanto el embarazo tubo-abdominal, tubo-intraligamentario o supperitóneo pelvico y el ovarico y tubo-ovarico, pueden evolucionar hasta término.

En el embarazo intra-ligamentario se sabe que está cubierto por un plastón espeso de tejido y mientras que en el abdominal las partes fetales son inmediatamente perceptibles debajo las paredes del abdomen, no hay por esto síntomas patognomonicos de dichos embarazos; en la sintomatología la marcha no es siempre la misma y el profesor Pinard (1) ha demostrado despues de sus observaciones particulares que es pretendida superficialidad de las partes fetales en el embarazo abdominal y el estar cubierto de una capa espesa de tejido no siempre resulta cierto.

Si el feto es vivo podrá diagnosticarse de que se trata de un embarazo extra-uterino; por el examen físico, se aísla el quiste fetal y si practicamos el cateterismo podemos convencernos de la vacuidad del útero; los dolores muy vivos (algunas veces) la pérdida de sangre que generalmente acompaña los embarazos ectópicos; la fijeza, la irregularidad y la movilidad relativa del tumor puede confundirse con un embarazo normal; las dificultades lo hacen confundir con un embarazo gemelar con hidro-aminos, un quiste del ovario etc.

Si el feto muere, se conocerá por los caracteres ritmicos y expulsivos de los dolores; si el feto está muerto hay que tener gran cuidado con los datos ananésicos, sin ellos, todos los errores de diagnóstico con los tumores será posible; un embarazo extra-uterino podrá confundirse con un tumor fibroso, un hematocele pélvico ó un quiste del ovario etc. Recuerdo yo un caso de embarazo peritoneal á término (durante mi estancia en el hospital Baudeloque por el año 1904) que operó el Dr. Potoki, al cual yo ayudé, que se dudo mucho sobre el

(1) Tesis de Balli 1900

diagnóstico. pues todos los que la reconocimos, opinabamos diferente, por parecer que á mas del embarazo, habia un fibroma del útero, y nos encontramos que lo que daba la sensación de fibroma era la masa placentaria insertada en el fondo de Dowglas; la enferma y niño fueron bien; relato este caso para hacer ver que hasta en los casos al parecer fáciles el diagnóstico es difícil.

Cuando la rotura dice Pozzi, en lugar de efectuarse en la cavidad abdominal, se produce en el espesor de los ligamentos anchos, la hemorragia es menor, queda limitada y los síntomas son menos graves.

Puede dividirse en dos la marcha de estos embarazos: 1.º en que el estado general no ha dado lugar á grandes inquietudes y 2.º en que subitamente se presenta reacción peritoneal de un modo visible, pero lo hace en mucha menos violencia que en los otros embarazos ectópicos; habrá dolores, hemorragia pero en modo alguno, como acontece en el embarazo tubarico.

El tacto vaginal da datos que permiten de ordinario diagnosticar un tumor que es intra-ligamentario. con la palpación y el tacto combinado, se percibe tumoración redondeada remitante unilateral, adherido al utero que lo inmoviliza; puede este tumor llenar uno de los fondos laterales y llegar hasta el posterior; es imposible darle movimiento y sobretodo que no se modifica, despues de haber dado cloroformo á la enferma; además el útero puede ocupar diferentes posiciones.

En los primeros meses los síntomas son parecidos á los del embarazo normal, pero instantáneamente puede venir lo que Barnes llama cataclismo, con accidentes peritoniticos siempre graves y amenazadores formando con los dolores los desordenes; de la defecación, micción y gran número de síntomas que deben llamar la atención; no son estos los síntomas solos sinó que además metrorragias no de origen menstrual y la presencia de un tumor hematico en el fondo de saco posterior y con temperatura si es que se ha infectado.

En otros casos el huevo puede continuar viviendo, no presentando la enferma el aspecto de una mujer embarazada, pero no sin privarse de las compresiones del recto y dolores que adquieren el caracter expulsivo; tal es la marcha del embarazo ectópico.

Algunas veces á partir del 5.º mes el embarazo intra-ligamentario es mas silencioso, que los demás embarazos extra-uterinos no dando lugar á los grandes síntomas alarmantes, de todos modos se ha podido hacer constar algunos signos alarmantes, como vomitos, dolores intensos, metrorragias, siendo producidos antes del sexto mes.

Puedese el feto transformar en los embarazos extra-uterinos lito-pedión ó degeneración putrida.

El pronóstico puede ser considerado bajo dos puntos de vista: pronóstico por la madre y por el niño.

Orillard (1), cita 61 casos de embarazo extra-uterino; 26 muertes rápidas, 8 lejanas y 27 éxitos; 17 niños han sobrevivido; estas cifras nos prueban bastante que las operaciones primitivas practicadas por todas las variedades de embarazos extra-uterinos, dan unos datos de poca vitalidad.

De una serie de observaciones Jayle y Felharm, dan como conclusión, que en el embarazo intra-ligamentario es el pronostico todavía mas grave; casi siempre la muerte del feto ha tenido lugar sea que la operación haya sucedido á la muerte, sea que la intervención haya tenido lugar durante la vida del feto.

En general el pronóstico es grave por la madre; haremos nosotros notar, que es menor en el embarazo intra-ligamentario.

La muerte del feto y el retardo de la circulación placentaria rinden todavía un pronóstico mas favorable, apuntaremos nosotros que generalmente antes del 5.º mes da poca frecuencia á accidentes graves que indican, por ejemplo, una laparatomia ya por oclusión intestinal etcétera.

Werth dice: que todo embarazo ectópico debe ser considerado como un tumor maligno y extirpado como tal y el profesor Pinard (1) que «todo embarazo extra-uterino diagnosticado, pide una intervención quirúrgica». Cornil, estudiando recientemente la histología del embarazo ectópico encuentra que dicho embarazo evoluciona como un neoplasma de los mas graves.

El tratamiento del embarazo intra-ligamentario no difiere casi de los embarazos ectópicos que podremos dividirlos en cuatro casos.

- 1.º Embarazo extra-uterino antes del 5.º mes, con niño vivo.
- 2.º Embarazo extra-uterino antes del 5.º mes con niño muerto.
- 3.º Embarazo extra-uterido antes del 5.º mes con niño muerto de mucho tiempo.
- 4.º Quiste fetal antiguo supurado con ó sin fistula.

1.º Todos los cirujanos procuran asegurar la madre y extraer un niño vivo y viable, pero no todos siguen esta línea de conducta, procurando salvar la madre y preocupándose poco por la vida del niño.

Los Dres. Pinard y Segond, exigen para intervenir el máximo de viabilidad.

2.º Antiguamente no pensaban en la intervención, sinó que se-

(1) De la intervención quirúrgica en el embarazo extra-uterino cuando el niño es viable.

(2) Pinard: Anales de ginecología y obstetricia del 1895. Agosto.

guian en estado de expectación indefinida, acusando un $62 \frac{1}{2}$ por 100 de mortalidad, que hizo que lo abandonaran ellos mismos; pero hoy día; todavía está sobre el tapete si se debe intervenir ó no inmediatamente. Litzmann, Pinard y Segond, aconsejan esperar la interrupción de la circulación quiste-placentaria: Pozzi declara que la intervención inmediata es la mejor al lado que Segond prefiere la expectación armada.

3.º Puede darse el caso de que el quiste fetal se conserve sin descomponerse, ni supurar, pasando así mucho tiempo aunque esto no quiere decir que aunque se forme litopedión no es inofensivo para la mujer.

4.º No cabe duda, la intervención inmediata.

Después de este bosquejo clínico sobre los embarazos ectópicos, voy á reseñar un caso de mi experiencia particular.

Trátase de una mujer de cuarenta y un años. Tres partos fueron normales y después de una pausa de nueve años, notose embarazada; pasaron dos meses de supresión menstrual, pero ya notó ella que antes de la primera falta perdía mucho; desde que se sintió embarazada fué víctima de grandes dolores abdominales, apercibiéndose un tumor en el hipogastrio derecho hasta el ombligo y por el tacto vaginal, ocupación del fondo de saco lateral derecho; el utero tirado hácia el lado izquierdo: diagnosticué la enferma de embarazo extrauterino; practicamos la laparatomía y nos encontramos con un embarazo de cuatro meses, pero muerto; hicimos la marzupialización del saco y al ser extirpada la masa, hubo bastante hemorragia, pero luego de bien lavado taponé con gasa y la enferma curó con bastante rapidez.

Figueras, Noviembre de 1910

DR. J. MAS DE XAXÁS

SOBRE LA CIRUJÍA CONSERVADORA DE LAS EXTREMIDADES

Fractura por aplastamiento de la pierna izquierda

Sabido es que el cirujano ante todo debe procurar de un modo especial no sacrificar ninguna parte de nuestro organismo hasta el último extremo; es decir debe agotar todos los medios quirúrgicos hasta recurrir á la amputación.

Hago incapié en este punto de un modo remarcable porque antiguamente se practicaban muchas amputaciones por falta de medios de que hoy disponemos, para alargar lo posible el estado de conservación

de los tegidos en espera de buena reparación: La impresión antigua y moderna ha cambiado completamente; siempre que la nutrición del miembro, parezca asegurada, el ánimo del cirujano á de declinar por la conservación (Tilleaux). Verdaderamente la cirujía y sobre todo de las extremidades ha avanzado en gran manera debido al espíritu conservador. Tengo ya varios casos en mi larga experiencia, que aun pareciendo en un principio que la amputación sería el final curativo. gracias al moderno adelanto quirúrgico conservan el miembro y lo que es mas, en las mismas condiciones de fisiología normal. Las defensas organicas son poderosas y el trabajo de reparación rápido.

Continuamente nos enteramos por casos clínicos de éxitos palpables debidos á la cirujía conservadora y uno más es el que servirá de tema para contribuir al éxito quirúrgico.

El dia 9 de Mayo pasado, fuí llamado, con urgencia para intervenir en un individuo que en su pueblo natal de la Armentera y en el momento en que con varios operarios, cambiaban la muela de un molino y estando dicha piedra levantada para ser trasladada, les resbaló y aplastó debajo de ella la pierna izquierda de J. T.

En estas circunstancias y á petición de los dignos médicos de cabecera, fuí entonces yo llamado y me encontré con lo siguiente: El fracturado muchacho de unos 20 años de edad, de regular constitución con una fractura por aplastamiento del tercio inferior de la pierna izquierda; los tejidos blandos cortados en forma transversal y por cuya herida salían varios fragmentos de tibia y sobretodo el fragmento superior en forma cortante; noté hemorragia, bastante manifiesta sin duda debida, á las pequeñas ramitas musculares, medula osea y sobre todo á la maleolar interna que quedó seccionada.

Previa la extensión continúa manual practicada por mis compañeros, exploré la fractura y me encontré que el peroné estaba fracturado cominutamente y aplastados los fragmentos en la cara anterior de la masa muscular posterior y dentro de la fractura tibial, trozos de media y calzoncillos formando un verdadero magna; procuramos extraer todos los trozos mas pequeños de hueso y pedazos de ropa; se hizo la antisépsia del mejor modo posible y acordamos colocar un vendaje que describiré y la extensión continua; pasando un dia y viendo que la reacción del enfermo era perfecta, coloqué una férula de zinc en la parte externa de la pierna y sujeta por los extremos con estrechas vendas de tarlatana y con tiras aglutinantes; se colocó la extensión continua, quedando pues la pierna en buenas condiciones para su

buena limpieza; la herida supuró abundantemente apesar de los medios antisépticos y las curas escrupulosamente efectuadas por mis distinguidos colegas; presentóse el enfísema (neumatocele) de toda la extremidad, con colección purulenta en el espesor de los muslos externos. Hay que en estos casos no confundir el enfísema benigno con el putrido, atribuido antiguamente al vibrión séptico (Chauveau et Aloing), pero hoy día se ha podido comprobar que solo es debido á especies múltiples de anacrobios: fuí pues llamado nuevamente y viendo que la temperatura era poca y que el estado de infección siendo algo alarmante, no era desesperante, me concreté á dilatar el abceso, saliendo una gran cantidad de pus; el enfermo mejoró, pero viendo que el pus que manaba de la fractura, era mucho, indiqué á la familia de común acuerdo con sus médicos, una intervención y esta se efectuó el día 25 de junio; prévia anestésia clorofórmica, exploré detenidamente la fractura encontrándome que del peroné, se habian casi desprendido dos secuestros que extirpé, drené siguiendo á lo largo del peroneo lateral largo, saliendo el drenaje por la parte media y lindante con el borde posterior del extensor común de los dedos y tibial posterior, luego avivé y suturé una sección transversal en el flexor largo de los dedos y tibial posterior y últimamente procuré regularizar los dos trozos de tibia de mayor tamaño, los suturé con un hilo de plata, procurando también aprisionar un trozo posterior; coloqué (luego de bien lavada y drenada, con varios tubos) la pierna en una gotiera que me sirvo yo siempre en parecidas circunstancias.

Debido á la intervención y al estado de desnutrición, quedó algo colapsado, pero fué reaccionando, hasta que pocos días después me anunció el médico, que presentaba el miembro buen aspecto con signos de cicatrización osea, pues la sangre extravasada, en estos casos, se le juntan elementos celulares de diferentes ordenes, leucocitos, células, del periostio, que contribuyen á un hinchazón considerable que se percibe en el nivel de la fractura, formando el círculo que ha sido descrito admirablemente por Dupuytren y en las partes blandas la capsula musculo-periosrica, estudiada preferentemente por Gosselin.

El enfermo fué paulatinamente mejorando y en la actualidad, marcha sin necesidad de apoyo con bastante perfección, ha engrosado en carnes y su estado general es muy bueno.

Figueras, Octubre 1910

DR. J. MAS DE XAXAS