

Año I.

1.º DE AGOSTO DE 1888.

Núm. 8.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

POR

el Doctor D. Pedro Gallardo

CIRUJANO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

*Premiado por la Universidad Central con los grados
de Bachiller, Licenciado y Doctor*

*Declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones
á las cátedras de Obstetricia de Granada y Terapéutica de Zaragoza
Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina
de Madrid, etc. etc.*



SUMARIO

Operaciones generales.—Operaciones que interesan la piel y sus dependencias (continuación).—Cuadro estadístico.—Quistes.—Lipomas.—Tumores malignos.—Heridas y cuerpos extraños.—Hematomas.—Agujas clavadas en las carnes.—Proyectiles de arma de fuego.—Cicatrices viciosas.—Sección de actualidad.—Un caso de ránula operado por punción é inyección iodada.—Crónica.

TOLEDO

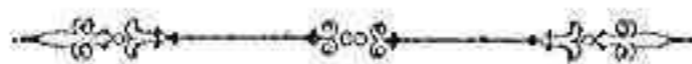
Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos
Comercio, 57 y Sillería, 15



Rev 412
1

EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones generales

1.º—OPERACIONES QUE INTERESAN LA PIEL Y SUS DEPENDENCIAS

(Continuación)



Estudiados en el número anterior los tres primeros grupos de esta clase de operaciones, vamos á terminar lo relativo á este punto principiando por los tumores.

Como puede notarse, echando una ojeada por el cuadro estadístico que seguirá á continuación, van colocados por el orden de menor á mayor gravedad con relación á su naturaleza y ajustándonos en lo posible á la clasificación todavía aceptable en el terreno clínico de benignos y malignos.

Los quistes y los lipomas no hay duda que son los tumores más benignos de todos cuantos se desarrollan en el organismo. Hay, sin embargo, notables excepciones en los quistes. Sabido es que los hidatídicos se forman con bastante frecuencia en el hígado, y perturbando las importantes funciones de este órgano, dan lugar á profundas alteraciones de la nutrición que acarrearán estados caquéticos de fatales consecuencias para la vida. De modo análogo producen la caquexia los del ovario.

A los quistes y lipomas, siguen en punto á benignidad, los tumores fibrosos ó fibromas. Cuando lo son realmente sólo de un modo indirecto, ya por su volumen, ya por la importancia del órgano en que tengan asiento, ya por las funciones que perturben, serán más ó menos graves, pero de ningún modo ocasionan la caquexia por su tendencia al reblandecimiento ó ulceración y á la infección general. Aunque el diagnóstico es fácil después de extirpados haciendo el análisis histológico, faltando éste puede quedar la duda respecto á su naturaleza, pues á simple vista no tiene el juicio los caracteres de certeza que en los quistes y lipomas. Mucha más dificultad hay para formar el diagnóstico de los demás tumores incluidos en el cuadro, pues así las simples excrecencias verrugosas, como los adenomas y sarcomas, sólo con el análisis histológico puede tenerse seguridad de que no sean tumores malignos: aun así, no se ha dicho la última palabra todavía respecto á su naturaleza, y su benignidad no está plenamente demostrada.

Por estas consideraciones, en nuestra estadística numérica incluímos entre los tumores malignos todos aquellos cuyo diagnóstico podía ofrecer dudas respecto á su naturaleza.

Operaciones

1.º—OPERACIONES QUE INTERESAN

(Continuación)

TUMORES.—HERIDAS Y CUERPOS

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	Diagnósticos.
1 Cipriano	Novés	26	S.	Quiste seroso región escapulo-dorsal
2 Olalla de la Cruz	Ventas Peña Aguilera	11	»	Id. hidatídico región dorsal
3 Sra. de D. Joaquín Guzmán	Orgaz	24	C.	Id. id. parte superior del muslo
4 María Castaño Ciruelos	Gerindote	15	S.	Id. hidatídico hombro izquierdo
5 Francisca García	Bargas	50	V.	Id. sinovial como un huevo parte media primer metatarsiano izquierdo
6 Inés Corberá	Toledo	23	S.	Id. sebáceo en la mejilla
7 Marcos Gómez	»	48	V.	Id. id. id.
8 María Cruz García	Chozas de Canales	16	S.	Id. id. región superciliar derecha
9 Ciriaco M. de la Mota	Sonseca	49	C.	Id. id. región occipital
10 Lorenza Rodríguez	Torrijos	40	C.	Id. id. región temporal izquierda
11 Domingo Ruiz	Noez	59	C.	Id. id. voluminoso, mamila derecha
12 Pablo Uceda	Bargas	20	S.	Quistes sebáceos regiones superciliar y mastoidea, el primero como un huevo de paloma, y el segundo de doble volumen
13 Aniceto del Prado	Toledo	30	S.	Id. id. región superciliar izquierda
14 Luis Redondo	Mora	»	»	Id. id. en la frente
15 María Fernández Prieto	Mora	»	»	Id. id. carrillo izquierdo
16 Eugenio Hernández	Toledo	30	S.	Id. id. región malar derecha
17 Magdaleno Cerro	San Pablo	30	C.	Id. id. región lagrimal
18 Benigno Cuerva	Huecas	40	C.	Id. id. región frontal
19 Rafael Rute	Málaga	54	V.	Id. como de un huevo al nivel del gran trocánter y parte media muslo izquierdo (Abscesos por congestión?)
20 Juana Morgado	Torremocha (Cáceres)	9	»	Lipoma voluminoso región dorsal
21 Pedro Ballesteros	Novés	45	C.	Id. región dorsal 14 onzas de peso

generales

LA PIEL Y SUS DEPENDENCIAS

(Continuación)

EXTRAÑOS.—CICATRICES VICIOSAS.

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso.	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Extirpación	»	Junio 79.	»	Curación.
Id.	»	2 Set. 73.	14 Oct. 73	Id.
Id.	»	Oct. 78 . . .	»	Id.
Dos punciones simples con aspiración del líquido, y otra seguida de inyección iodada	12 Mar. 81	15 Ab. 81.	15 May. 81	Alivio (alta pedida.)
Punción con una aguja llevando enebreados varios hilos á manera de sedal	19 Ab. 79.	20 Ab. 79.	25 Ab. 79.	Curación.
Extirpación	»	Febrero 74	10 Mar. 74	Id.
Id.	»	8 Ab. 74.	19 Ab. 74.	Id.
Sedal. Inflamación y supuración. Abertura con el bisturí	»	7 Nov. 76.	18 Dic. 76	Id.
Extirpación	»	7 Dic. 76.	6 Enero 77	Id.
Id.	»	12 Ab. 77.	3 Mayo 77	Id.
Id. Erisipela flegmonosa consecutiva pecho y hombro	14 Febr. 79	17 Febr. 79	23 Ab. 79.	Id.
Extirpación	4 Junio 80	7 Junio 80	4 Julio 80.	Id.
Id. Erisipela flegmonosa consecutiva	12 Febr. 81	16 Febr. 81	6 Abril 81	Id.
Extirpación	»	Junio 79.	»	Id.
Id.	»	Set. 81 . . .	»	Id.
Incisión	2 Nov. 81.	2 Nov. 81.	25 Nov. 81	Id.
Extirpación. Flemón consecutivo	27 Nov. 85	30 Nov. 85	3 Enero 86	Id.
Incisión	11 May. 86	11 May. 86	23 May. 86	Id.
Punción y aspiración. Inflamación consecutiva. Abertura con el bisturí	»	Marzo 76.	20 May. 76	Alta pedida.
Extirpación	»	1868	»	Curación.
Id.	»	4 Set. 75.	23 Set. 75.	Id.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	Diagnósticos.
22 Gabino Ortega.....	Novés.....	84	V.	Id. voluminoso pediculado que insertándose en la región occipital, caía sobre la espalda.....
23 Clara Gómez.....	Menasaibas.	57	C.	Id. parte media é interna del muslo izquierdo.....
24 Manuel Aparicio.....	»	75	V.	Excrecencia verrugosa región malar.....
25 D. N. Mayo.....	Polán.....	60	C.	Id. id. en el cuello.....
26 Leandro Fernández....	Novés.....	65	C.	Tumor fibroso cara palmar primer metacarpiano mano derecha.....
27 Manuel V. Fernández..	Sonseca....	30	C.	Id. fibro-plástico ingle izquierda.....
28 Santiago Ajenjo.....	Novés.....	67	C.	Id. id. ulcerado parte superior, muslo derecho.....
29 Agustín Ballesteros ...	Toledo.....	13	»	Id. id. antebrazo derecho.....
30)				
31) Mariano Alvarez.....	Toledo.....	50	C	Id. id. (parte sup. brazo izq.º) reproducido sobre la cicatriz de la 1.ª extirp. y de las tres restantes. Después de la 5.ª operación nose ha reproducido ni hay indicios
32)				
33)				
34 Cirila Arco.....	Toledo.....	50	C.	Id. sarcomatoso, rodilla derecha.....
35 Bárbara Fernández....	Toledo.....	65	V.	Linfo-sarcoma ulcerado axila derecha....
36 Manuel Azafia.....	San Pablo..	57	C.	Adenoma ulcerado parte anterior y superior cuello.....
37 Rufino Bargueño.....	Bargas.....	16	S.	Id. región submaxilar.....
38 Ignacio de Vera.....	Val de Santo Domingo.	46	C.	Epitelioma ulcerado región temporo-malar
39 Tomasa Pérez.....	Novés.....	76	V.	Id. id. región frontal y ángulo externo ojo izquierdo.....
40 Benigno Martín Mateos	Cuerva... ..	68	C.	Id. id. mejilla derecha.....
41 Juan Gómez.....	San Pablo..	45	C.	Id. región malar izquierda.....
42 Luciano Pérez.....	Polán.....	61	C.	Id. región malar derecha.....
43 Rosa R. Monroy.....	Cáceres.....	54	»	Id. ulcerado región frontal.....
44 Jesús Redondo.....	Bargas.....	60	C.	Id. id. carrillo izquierdo.....

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso.	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Extirpación de un tajo sobre el pedículo con un cuchillo de amputaciones.....	»	26 Jun. 75	5 Set. 75..	Defunción de diarrea pasiva mucho tiempo después de cicatrizada la herida.
Extirpación.....	2 Abril 84	7 Abril 84	9 Junio 84	Curación.
Id. ».....	»	23 May. 74	8 Junio 74	Id.
Id. ».....	»	Abril 83..	»	Id.
Id. ».....	24 Febr. 86	25 Febr. 86	20 Ab. 86.	Id.
Id. ».....	»	16 Nov. 74	5 Dic. 74.	Id.
Id. ».....	7 Julio 86	8 Julio 86.	1.º Ag. 86	Id.
Id. ».....	13 Ab. 86.	13 Ab. 86.	8 Mayo 86	Id.
Extirp. (cuatro veces sin contar la primitiva	»	{ Enero 77. Junio 80. Febr. 83.. Mayo 87..	»	Id.
Extirpación.....	16 Ag. 86.	17 Ag. 86.	25 Set. 86.	Id.
Id. del tumor y varios ganglios.....	»	7 Oct. 73.	15 Dic. 73.	Alta pedida (defunción en su casa en Enero 74, de reproducción y caquexia.)
Extirpación.....	4 Marzo 82	6 Mar. 82.	31 Mar. 82	Curación.
Id. ».....	19 May. 85	19 May. 85	2 Junio 85	Id.
Id. ».....	»	23 May. 74	8 Junio 74	Id.
Id. del primero y aplicaciones repetidas en el segundo de pasta de Fr. Cosme..	»	Marzo 76.	26 May. 76	Id.
Extirpación y autoplastia.....	»	28 En. 77.	31 En. 77.	Defunción de apoplejía cerebral accidental.
Extirpación y autoplastia.....	23 Ag. 78.	24 Ag. 78.	3 Oct. 78.	Curación.
Id. id.....	14 Set. 85.	21 Set. 85.	26 Set. 85.	Defunción de erisipela que se extendió al brazo.
Extirpación.....	»	Agosto 83	»	Curación.
Id. y autoplastia.....	31 Ag. 86.	2 Set. 86..	21 Set. 86.	Defunción de neumonía intercurrente.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	Diagnósticos.
45 María Sánchez.....	Mascaraque.	32	C.	Id. tercio medio pierna derecha.....
46 Juana Braojos.....	Gálvez.....	73	V.	Id. región external.....
47 Gregoria López.....	Carpio Tajo.	15	S.	Aguja clavada profundamente rodilla derecha.....
48 Abdona Muelas.....	Toledo.....	40	C.	Id. región tenar.—Flemón consecutivo palma de la mano.....
49 D. L. R.....	Toledo.....	»	»	Id. de gancho clavada en la palma de la mano.....
50 Cesárea Marín.....	Sonseca.....	19	S.	Id. clavada profundamente á raíz del dedo anular derecho cara palmar.....
51 Juliana de la Rosa.....	Puebla Montalbán.....	25	S.	Id. clavada pierna izquierda.....
52 Antonio Rosado.....	Layos.....	26	S.	Contusión en la región escapulo-humeral.—Hematoma consecutivo.....
53 Máximo Romero.....	Ventas Peña Aguilera.....	27	S.	Herida por arma de fuego en la región axilar izquierda, penetrando el proyectil debajo del pectoral mayor.—Trayecto fistuloso consecutivo.....
54 Pedro R. Monroy.....	Menasalbas.....	22	S.	Id. id. en la barba con incrustación del proyectil en el hueso.....
55 Mariano Serrano.....	Toledo.....	31	C.	Id. id. brazo derecho partiéndose el proyectil y denudando el hueso.....
56 Lucio Morales.....	Horcajo de los Montes.....	23	C.	Id. id. cicatrizada y con el proyectil región anterior inferior muslo.....
57 Primo Martín.....	Ajofrín.....	20	S.	Bala enquistada parte posterior derecha del cuello.....
58 Félix Pla y Romero.....	Toledo.....	23	S.	Herida por arma de fuego parte superior externa muslo izquierdo con dos trayectos fistulosos largos y profundos.....
59 Eduardo García.....	Fuensalida.....	12	»	Id. id. pierna derecha.....
60 León Galán.....	Toledo.....	15	»	Id. id. pierna izquierda.—Flemón consecutivo.....
61 Tiburcio.....	Mazaramb.....	18	S.	Id. id. palma de la mano.....
62 T. A.....	Toledo.....	»	»	Id. id. región temporal.....
63 Evaristo Ruiz Ruedas.....	Toledo.....	12	»	Cicatriz viciosa muñeca derecha con retracción considerable de la mano é imposibilidad para la flexión.....
64 Catalina Ruiz.....	Real de San Vicente.....	15	»	Adherencias del brazo al tronco en una gran extensión, de resultas de una quemadura.....

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso.	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Términación.
Extirpación.....	10 Nov. 80	13 Nov. 80	13 Dic. 80.	Curación.
Id.....	19 Febr. 80	27 Febr. 80	30 May. 80	Id.
Extracción mediante una incisión.....	»	18 Set. 76.	1.º Oct. 76	Id.
Incisiones.—Extracción.....	»	30 Ab. 77.	27 May. 77	Id.
Extracción mediante una incisión.....	»	Set. del 86	»	Id.
Id. id.—Flemón difuso consecutivo en el antebrazo y erisipela flegmonosa.....	29 Set. 86.	29 Set. 86.	4 Mar. 87.	Id.
Id. con pinzas sin incisión.....	15 Set. 84.	15 Set. 84.	4 Oct. 84.	Id.
Id. del líquido por aspiración.—Supuración consecutiva.—Abertura con el bisturi..	»	26 Febr. 78	1.º Julio 78	Id.
Id. del proyectil.—Inyecciones iodadas. Comprensión.....	6 Nov. 80.	»	21 En. 81.	Id.
Id. id. mediante una incisión.....	5 Junio 81	5 Junio 81	15 Jun. 81	Id.
Id. de la bala al abrir un foco de supuración.	2 Mayo 81	»	25 Jun. 81	Id.
Incisión profunda para la extracción del proyectil.....	15 Mar. 82	8 Ab. 82...	14 May. 82	Id.
Extracción mediante una incisión.....	30 En. 83.	2 Feb. 83.	19 Mar. 83	Id.
Incisiones en los trayectos.....	22 En. 83.	»	1.º Set. 83	Id.
Extracción del proyectil mediante una incisión.....	11 Jun. 85	16 Jun. 85	24 Oct. 85.	Id.
Id. id. id. para abrir el foco de supuración.	24 Ab. 87.	25 Ab. 87.	30 Jun. 87	Id.
Id. id. mediante una incisión.....	»	Junio 83.	»	Id.
Incisión para dar salida á la supuración y extracción de esquirlas.....	»	Set. 83...	»	Defunción.
Sección de la cicatriz y de los tendones al nivel del 4.º y 5.º metacarpiano.....	6 Mayo 79	16 May. 79	9 Julio 79	Curación.
Separación de las adherencias mediante incisiones y disección.—Sutura.....	12 Jun. 86	12 Jun. 86	20 Dic. 86	Id.

Quistes

Los que figuran en el cuadro estadístico pueden distribuirse del siguiente modo:

Quistes	{	Serosos	1
		Hidatídicos	3
		Sinovial	1
		Sebáceos	13
		Indeterminados	1

El único caso de quiste seroso simple que hemos observado, se refiere al enfermo núm. 1 del cuadro, que presentaba en la región escapulo-dorsal un tumor mayor que un puño, de forma ovalada, con bastante relieve sobre la piel, de superficie lisa y uniforme que daba al tacto una sensación de elasticidad, pero no se apreciaba fluctuación. Al primer examen nos pareció, por esta circunstancia, un tumor sólido; pero reflexionando que cuando la cavidad de un quiste está completamente llena, el líquido no puede dar por el estado de tensión de las paredes la sensación de fluctuación que necesita para ello el transporte de la masa líquida de un punto de la superficie á otro, (como puede comprobarse llenando una vejiga de agua y haciendo que esté tan comprimida que no deje espacio alguno vacío) formamos el juicio de que se trataba de un quiste seroso. No hicimos punción exploradora para asegurarnos, porque proponiéndonos desde luego hacer la extirpación, era más ventajoso para ésta que estuviese completamente lleno si era líquido, y si era sólido para nada hacía falta.

Formado este juicio, procedimos á la operación, practicando una incisión en la piel en el sentido del diámetro mayor con mucho cuidado para no interesar la membrana quística. En seguida, con ayuda de unas pinzas de dientes de ratón finas (las de oftalmología) disecamos la piel á uno y otro lado para desprenderla de la cubierta del quiste hasta eliminar éste completamente íntegro. Sus paredes eran muy delgadas y la superficie interna lisa, como una serosa: el contenido era serosidad transparente.

De los tres quistes hidatídicos, dos tratamos haciendo la extirpación y en el otro la punción seguida de inyección iodada. El primero

era un tumor como el descrito anteriormente, algo mayor y situado también en la región dorsal. Al terminar la operación y examinar su contenido encontramos que estaba formado de líquido seroso y de hidatides en bastante número y de diversos tamaños, hecho que no me sorprendió porque ya en las clínicas de la Facultad de Medicina, estando de interno, había visto operar por punción con un trocar un tumor análogo situado en el muslo.

El segundo (núm. 3 del cuadro) se refiere á la esposa de un ilustrado compañero de Sonseca, mi querido amigo D. Joaquín Guzmán. Era un tumor algo mayor que un huevo, situado en la parte superior del muslo; y después de extirpado se vió que contenía hidatides también en bastante número. Hecho el examen con el microscopio, se vieron con mucha claridad los equinococos (ó sean los scolex de la tenia equinococus) con su corona de ganchitos y sus ventosas ó chupadores, no solamente en las vesículas que se descubrían á simple vista sino en otras invisibles que había en la superficie interna de la membrana quística, que era de bastante espesor y de un color blanco como la clara de huevo cocido, tan característico que, una vez visto, no se confunde con nada.

Recordamos con este motivo un enfermo que se nos presentó hace años en el Hospital con un tumor voluminoso en la región hepática: después de estar algún tiempo en el Establecimiento, viendo que no se le prescribía una terapéutica tan activa como deseaba, se marchó á Madrid ingresando en el Hospital general, en donde le hicieron varias punciones y no sé si también alguna inyección: pasado mucho tiempo se presentó de nuevo en nuestro Hospital con una ancha abertura en la pared abdominal, por donde salía una abundante cantidad de supuración y á través de ella se veía una membrana de color blanco que desde luego nos pareció lá cubierta de un quiste hidatídico; un día al hacer la cura se enfiló por la abertura fistulosa y agarrándola con una pinza de curar fué extraída con facilidad. Su tamaño era como de un coco y abierta se encontró en su interior un líquido sero-purulento, pero no hidatides. Raspando con un cuchillito fino su superficie interna y colocando una pequeña cantidad de esta sustancia entre dos cristales, se examinó con el microscopio y se vieron claramente una infinidad de ganchitos de la cabeza de la tenia equinococus, lo cual no dejó duda acerca de la naturaleza del tumor. El color blanco de clara de huevo cocido, es pues muy característico en

la membrana de cubierta de los quistes hidatídicos y con sólo examinarla puede determinarse su procedencia.

Volviendo al caso que estamos estudiando, después de examinar al microscopio las vesículas y la sustancia adherida á la superficie interna de la membrana del quiste, sometimos al mismo examen el líquido, viéndose en él algunos ganchos sueltos de los que forman la corona. Este hecho es de mucha importancia para el diagnóstico de esta clase de tumores, porque haciendo una punción exploradora y descubriendo en el líquido algunos ganchitos se puede desde luego afirmar que se trata de un quiste hidatídico.

Esto nos sirvió de fundamento para diagnosticar el tercer caso que figura en el cuadro (núm. 4) que fué operado, no por extirpación como los anteriores, sino por punción con aspiración del líquido seguida de inyección iodada. Era este quiste del tamaño poco más que un huevo y estaba situado en el hombro: teniendo dudas acerca de su naturaleza, hicimos la punción exploradora, y llamándonos la atención la transparencia del líquido extraído, hicimos el examen con el microscopio, percibiendo claramente los ganchitos característicos de la cabeza de la tenia. En vista de esto, recordando una opinión que afirma que los equinocos encerrados en la bolsa quística mueren tan pronto como se les priva del líquido, y recordando también un éxito sorprendente obtenido con la punción simple en un caso de quiste hidatídico del hígado que hace años traté en unión con el reputado Profesor de Sonseca D. Ruperto Pérez Agua y de cuyo hecho he de ocuparme en el lugar correspondiente, me decidí á emplear en este caso el mismo procedimiento; y con efecto, con el intervalo de quince días le hice dos punciones seguidas de aspiración del líquido; mas viendo que después de la segunda el líquido se reproducía y que la enferma no tenía paciencia para aguardar al resultado de nuevas punciones, resolví hacer una inyección iodada (10 gramos de tintura de iodo, 20 gramos de agua y 20 centigramos de ioduro potásico). A las veinticuatro horas el quiste estaba lleno y á los tres ó cuatro días comenzó la reabsorción, y no pudiendo retener á la paciente en el Hospital para ver el resultado definitivo, tuve que darla el alta muy aliviada.

Aunque de los quistes sinoviales hemos de ocuparnos, especialmente al tratar de las operaciones de las articulaciones, hemos incluido en esta sección el núm. 5 del cuadro, porque por su volumen,

por su asiento en la parte media del primer metatarsiano, en donde apareció aumentando después poco á poco de volumen y por su movilidad, nos pareció que merece mejor el nombre de quiste que las demás hidropesías de las cápsulas articulares. Tratado por la punción simple con una aguja de sutura, que llevaba enebreadas varias hebras de seda fenicada que se quedaron á manera de sedal y una compresión moderada, al tercer día estaban adheridas las paredes y se retiraron los hilos y al quinto tomó el alta la enferma curada.

El mayor número de los quistes que figuran en el cuadro corresponde á los sebáceos, distribuídos de este modo:

Quistes sebáceos.	{ Región superciliar.	3
	{ Malar	3
	{ Frontal	2
	{ Carrillo	1
	{ Lagrimal	1
	{ Occipital	1
	{ Temporal	1
	{ Mamaria	1

Como se ve, abundan más en la cara y cabeza, debido á que aquellas partes tienen más folículos pilo-sebáceos que ninguna otra; pues sabido es que su formación es debida á la obstrucción de los conductos excretores y retención del producto de secreción dentro de los folículos sebáceos ó pilosos, que dilatándose y haciéndose el asiento de una irritación ocasionada por la retención misma, dan lugar al desarrollo del quiste.

En cuanto al volumen, el mayor ha sido el de la mamila, á éste han seguido los de la cabeza, siendo los menores los de la cara, que no han excedido del tamaño de un huevo de paloma.

El diagnóstico de estos tumores no suele ofrecer dificultades, sin embargo, pueden confundirse con los abscesos por congestión como nos ha sucedido una vez en un niño de ocho á nueve años que presentaba en la región superciliar un tumorcito que, diagnosticado de quiste sebáceo, resultó ser un absceso por congestión, error que conocimos al practicar la extirpación.

Respecto á la terapéutica, hemos empleado la mayor parte de las veces la extirpación, una sola vez el sedal y dos veces una simple incisión con extracción del contenido. Estas operaciones merecen mejor que ninguna otras el calificativo de operaciones de complacencia que daba Dupuytren á aquellas que no están justificadas por un peligro

serio para la vida ó la salud, y contra las cuales tronaba y con razón aquel ilustre Cirujano, porque en muchas ocasiones, aun siendo pequeñas é insignificantes, dan lugar á complicaciones que pueden entrañar mucha gravedad. Buena prueba de esto tenemos en nuestro cuadro estadístico, pues de diez extirpaciones, tres han sido seguidas de erisipela flegmonosa.

De todos los métodos de tratamiento, el sedal es sin duda alguna el peor, pues la inflamación que provoca obliga á practicar la abertura con el bisturí y se hace padecer doble al enfermo. La incisión ó simple punción con extracción del contenido conviene en los quistes pequeños, pero cuando son medianos ó grandes no hay otro recurso más expedito que la extirpación practicada con todas las precauciones antisépticas para evitar en lo posible las consecuencias á que antes nos hemos referido.

Existe, por último, en el cuadro un caso (el núm. 19), en que no pudimos determinar con perfecta claridad si se trataba de quistes inflamados ó de abscesos por congestión.

Lipomas

De los cuatro tumores (y no ocho que por error material figuran en la estadística numérica) de esta clase que aparecen en el cuadro, tres eran de gran volumen y el cuarto de tamaño como de un puño.

El primero (núm. 20 del cuadro) se refiere á una niña de nueve años que tenía en la espalda un tumor que se notaba á través de la ropa y en el que se venía observando la tendencia á crecer de un año para otro. En consecuencia de esto parecía que el desarrollo general no era el que correspondía á su edad, y que cierta palidez y demacración que presentaba, debían referirse al crecimiento del tumor, puesto que el apetito era bueno y todas las funciones se desempeñaban con normalidad. Consultado acerca de la extirpación del tumor, no vacilé en aconsejarla, fundado en las anteriores consideraciones, á pesar de la corta edad y condiciones individuales de la niña; y efectuada sin contratiempo alguno, la cicatrización siguió un curso regular. Pasado algún tiempo, tuve la satisfacción de ver que mejoró extraordinariamente su estado de nutrición y desarrollo, llamando la atención de las gentes lo que creció en un año después de haberla quitado el morral ó mochila que llevaba á la espalda.

El segundo caso (núm. 21 del cuadro) era de un tamaño algo menor que el anterior, su peso, después de extirpado, 14 onzas, estaba situado también en la espalda y su extirpación fué motivada igualmente por su volumen y su tendencia á crecer. La operación no ofreció dificultades como sucede ordinariamente en esta clase de tumores, cuya enucleación es fácil y la hemorragia moderada. Bajo este punto de vista, hemos observado notable desarrollo en los vasos arteriales de su cara posterior ó profunda que son los nutricios, así es que la disección marcha bien hasta llegar á los bordes ó límite de la cara anterior con la posterior, en cuyos puntos principian á aparecer vasos de algún calibre que aumentan en número á medida que se avanza en la disección de la cara profunda y necesitan expedición para hacer su ligadura á medida que se van interesando para evitar que la hemorragia sea considerable. Por lo demás, en este caso nada más hay digno de mención como no sea la circunstancia de cicatrizar casi por primera intención la extensa herida resultante de la intervención quirúrgica.

El tercer caso (núm. 22 del cuadro) es interesante por recaer en un pordiosero de avanzada edad que llevaba hacía muchos años inserto en la región occipital por un pedículo como de unos cuatro centímetros de grueso un lipoma muy grande, del tamaño como de una cabeza, que colgaba en la espalda en donde el pobre lo tenía sujeto con una especie de morral que llevaba atado á la parte anterior del cuello. De pueblo en pueblo se dedicaba á pedir limosna por los del contorno, sin alejarse mucho del de su naturaleza, siendo muy estimado por su buen humor y ayudándole no poco su tumor para excitar en su favor la caridad pública. En tal situación, un día sufrió una herida contusa bastante extensa en la parte inferior del tumor y esto le obligó á solicitar el ingreso en el Hospital, presentando una ulceración de mal aspecto que comprendía la tercera parte de su superficie y supuraba abundantemente. Considerando más breve y fácil de curar la herida resultante de la extirpación que esta extensa úlcera y siendo bueno el estado de nutrición y de fuerzas á pesar de la edad avanzada, desde luego le propusimos la operación, y aunque al principio la rehusaba porque el tumor le ayudaba á ganarse la vida, consintió en ella con la promesa de facilitarle el ingreso en el Asilo provincial, en donde tendría una vida más descansada y tranquila. Para efectuarla, dada la delgadez relativa del pedículo, nos pareció que lo



mejor sería hacer una sección circular con un cuchillo de amputaciones en dos tiempos, comprendiendo en el primero la piel á cierta distancia del punto de inserción para que quedase suficiente cantidad para cubrir la herida, y el segundo al nivel de la piel retraída comprendiendo el resto del pedículo. Hecho el primer corte, la piel se retrajo muy poco, porque siendo el pedículo fibroso estaba identificado con él, por lo cual rápidamente se dió el segundo corte, y como el sujeto no estaba anestesiado, por no haberlo considerado preciso atendida la brevedad de las maniobras, sobrevino un síncope que duró breves momentos, debido sin duda á la impresión moral y al cambio brusco de la circulación extracraneal. Repuesto el enfermo, nos admiró no encontrar, como esperábamos, ningún vaso de mediano calibre, siquiera en el pedículo, tanto, que no fué precisa ninguna ligadura. Á pesar de la poca retracción de la piel aún hubo suficiente para cubrir la herida sin necesidad de disección: se dieron, pues, puntos de sutura y fué conducido á su cama en buen estado. Después sobrevino reacción moderada, y en quince ó veinte días estaba la herida completamente cicatrizada. En buen estado continuó todo el verano aguardando su ingreso en el Asilo, pero antes de conseguirlo, en consecuencia de excesos en las comidas, sobrevino una diarrea que en pocos días puso fin á su existencia.

El cuarto caso (núm. 23 del cuadro) era una enferma de una ovexidad extraordinaria que tenía un lipoma del volumen como de un puño en la parte media é interna del muslo, y aunque para nada le molestaba, como había notado que de día en día iba creciendo, pidió que se la operase, accediendo á sus deseos por librarla de aprensiones y porque era de temer que si seguía aumentando de volumen podría comprimir los vasos femorales en cuya dirección estaba situado.

Tumores malignos

Ya hemos indicado que se han comprendido entre esta clase de tumores todos aquellos que no han sido diagnosticados, haciendo el análisis histológico, y por tanto, podía haber dudas acerca de su naturaleza, basado el juicio tan sólo en el examen de los caracteres exteriores.

Los primeros casos de esta clase que aparecen en el cuadro son los

números 24 y 25 en que se trataba de excrecencias verrugosas ulceradas en la cara y en el cuello, que por su aspecto, ya que no por su historia y manera de evolución, podían confundirse con epitelomas ulcerados. La distinción entre la verruga ulcerada con induración y tendencia á crecer y el epiteloma no puede hacerse á simple vista y sin la ayuda del análisis histológico, pues no es infrecuente encontrar epitelomas cuyo origen remoto ha sido éste.

Viene después (núm. 26), un tumor fibroso (fibroma duro) situado profundamente en la región tenar entre los músculos de esta región y la cara palmar del primer metacarpiano. El fibroma duro tiene caracteres tan marcados de tejido fibroso que parece que á simple vista no debe confundirse con ningún tumor de otra clase. Sin embargo, debe recordarse que el estroma de muchos tumores cancerosos está compuesto de tejido fibroso, y á esto debe su densidad el escirro; la distinción se establece por las células de tipo epitelial que existen en éste y no en aquél; así que sólo puede establecerse en vigor con ayuda del microscopio. La reproducción de tumores considerados como fibrosos ha debido depender de que no lo eran sino en apariencia y de que el diagnóstico no había sido hecho con toda precisión. En el caso que me ocupa, por la situación del tumor entre los músculos y el hueso, como si hubiese sido engendrado á expensas del periostio y por el estado general del enfermo, juntamente con los caracteres exteriores, podía, no obstante, calificarse sin escrúpulo de tumor fibroso.

Siguen á continuación tres casos de tumores fibroplásticos (27, 28 y 29) de consistencia bastante firme, entre la del fibroma y el sarcoma y que están incluidos en las modernas clasificaciones, en la numerosa clase de los sarcomas, que comprende tumores tan benignos como el lipoma y otros tan malignos como el cáncer. Por lo que hace á estos tres casos, los dos primeros, si no recordamos mal, se reprodujeron y determinaron la caquexia.

Los casos 30, 31, 32 y 33 se refieren á un mismo sujeto, el eminente artista cincelador de esta ciudad D. Mariano Alvarez, nuestro querido cliente y amigo. Por los años 69 á 70 se le presentó un tumor como un huevo en la parte superior é interna del brazo izquierdo, que le fué extirpado por el renombrado y distinguido Cirujano Don Venancio Moreno, mi antecesor en este Hospital. Próximamente á los ocho años de esta operación sobre la cicatriz, se reprodujo el tumor por primera vez, y después otras tres veces más, por manera que en

diez y ocho años ha sufrido cinco operaciones—mediando entre la primera y la segunda, ocho años; entre la segunda y la tercera, tres años y medio; entre la tercera y la cuarta, tres años menos cuatro meses; entre la cuarta y la quinta, cuatro años y cuatro meses.—El tamaño de la neoplasia en las reproducciones fué algo menor que el del tumor primitivo: su situación siempre superficial, no pasando de la piel: su consistencia dura, presentando al corte el mismo aspecto que el escirro: se observó alguna vez tendencia á la ulceración, sin que llegase á ella por haberse practicado antes la extirpación. El sitio de la reproducción fué un punto de la cicatriz cada vez situado más alto; habiendo radicado el tumor primitivo en la unión del tercio medio con el superior del brazo, la cicatriz de la última operación aparece actualmente en la axila. A pesar de esto, no ha habido nunca infarto de los ganglios axilares. Por los caracteres expuestos, á pesar de no haberse hecho el análisis histológico, no hay duda que todos estos tumores pertenecen á la clase de los sarcomas de células fusiformes pequeñas, de los descritos por Paget con el nombre de tumores fibroides recurrentes, alguno de los cuales se ha reproducido hasta seis veces, y uno muy notable observado por Marlagan, que en el espacio de 36 años se reprodujo cuatro veces. Por lo demás, en todas las reproducciones de nuestro enfermo se hizo la extirpación comprendiendo con el tumor la piel adherida á él y después autoplastia por deslizamiento, consiguiéndose en todos los casos la cicatrización por primera intención, y no habiéndose notado alteración en el estado general ni antes ni después de las operaciones.

El núm. 34 era un tumor mayor que un puño, situado por encima de la rodilla derecha, de consistencia blanda, pulposa, indolente, sin cambio de color en la piel, cuya evolución había sido rápida, pues según los antecedentes en pocos meses había llegado á adquirir el tamaño que ofrecía, no habiendo causa trahumática apreciable que motivase su aparición. Hecha la extirpación se encontró el tumor envuelto en una cápsula fibro-celular. Por su color y consistencia carnosas fué considerado como una sarcoma, siendo típicos en este caso los caracteres exteriores que se asignan á esta clase de tumores. No tenemos noticia alguna acerca de su reproducción.

El núm. 35 se refiere á una enferma que se presentó en el Hospital con un tumor en la axila algo mayor que un huevo y con la piel ulcerada. No tenía notables adherencias con los tejidos profundos y

no aparecían infartados los ganglios axilares, así es que su extirpación fué fácil. El núcleo del tumor estaba constituido por un ganglio linfático, y siendo su consistencia carnosa fué calificado de linfo-sarcoma. Mas no reuniéndose la herida por primera intención, á las pocas semanas apareció en su fondo otro tumor acompañado de varios ganglios infartados, y hecha una nueva extirpación tampoco se consiguió la cicatrización, sino al contrario, vino una nueva reproducción inoperable por estar acompañada de caquexia cancerosa que en poco tiempo puso fin á la existencia, lo cual demostró claramente que si en un principio el tumor parecía benigno por los caracteres exteriores y por el estado general de la paciente, no debía serlo realmente, y tal vez el análisis histológico, que faltó, hubiera podido ponerlo en claro desde luego. Sin embargo contra esta suposición tenemos el hecho bien observado de no apreciarse ganglios linfáticos infartados en el momento de la primera operación, cuando de ser el padecimiento canceroso ya debían existir por estar ulcerada la piel, lo cual inclina á pensar que la degeneración cancerosa sobrevino al reproducirse el tumor. De cualquier manera que fuese, este caso demuestra la importancia del antiguo precepto quirúrgico de procurar que las heridas en la extirpación de los tumores se procure por todos los medios que cicatricen por primera intención, porque así se alarga el plazo de la reproducción si ha de venir y la degeneración en plazo breve si el tumor no era maligno desde luego. Desgraciadamente muchas veces no puede conseguirse y mucho menos en la época que esta extirpación se realizó en que no se había inventado la antisepsia quirúrgica que tan excelentes servicios presta para ello.

Los números 36 y 37 son dos casos de tumores formados por la hiperplasia del tejido de los ganglios linfáticos del cuello y mejor que adenomas merecen el nombre de linfo-adenomas que expresa, no sólo que el tumor es de textura glandular, sino la clase de glándula que le dió origen. El primero, á pesar de estar ulcerada la piel y recaer en un sujeto de edad madura, parecía un tumor benigno, pues que no había la menor alteración en los ganglios vecinos: se trataba de un tumor como un huevo situado en la región infrahiodea y se hizo su extirpación sin dificultad reuniéndose la herida por primera intención. El segundo era una verdadera hipertrofia de un ganglio linfático de la región submaxilar, que constituía un tumor del mismo tamaño que el anterior con tendencia á crecer y rebelde á efectuarse

su resolución con las diferentes medicaciones internas que para ello se habían empleado. También se enucleó fácilmente reuniéndose la herida por primera intención.

Después de los casos que hemos examinado anteriormente, que, como ha podido notarse, pertenecen á la clase de tumores de transición entre los benignos y malignos, vamos á exponer brevemente los relativos á estos últimos.

No comprende el cuadro sino una pequeña parte de los tumores malignos extirpados; tan sólo van incluídos en este sitio aquellos que deben figurar entre las operaciones generales que interesan la piel y sus dependencias por no exigir para su extirpación un método ó procedimiento especial reglados como los del labio, la mama, el testículo, etcétera. Por esta razón sólo aparecen nueve casos, todos de epitelioma distribuídos de este modo:

Epiteliomas	{	Región malar	4
		Región frontal	2
		Carrillo	1
		Pierna	1
		Región esternal	1

Según el cuadro precedente, el epitelioma es más frecuente en la cara que en ninguna otra región del cuerpo; y de la cara, la megilla y la frente son las preferidas, aunque no tanto ni con mucho como el labio inferior.

El epitelioma se consideraba en otro tiempo como distinto del verdadero cáncer, no sólo por su origen y evolución, sino por su constitución histológica; pero hoy que la idea de una célula cancerosa específica está completamente abandonada, y que lo característico es el desarrollo exuberante de epitelio, tiene preferente derecho para ser miembro de la familia cancerosa. Actualmente y á impulsos del influjo avasallador que ejercen en el campo de la ciencia las doctrinas bacteriológicas, se trabaja por encontrar el bacilo del cáncer y aun cree haberlo descubierto el Dr. Scheurlen, según un trabajo leído en 28 de Noviembre de 1887 á la Sociedad de Medicina interna de Berlín. De desear es que estos trabajos den la luz apetecida, siempre buscada con afán, aunque nunca hallada, que ilumine el oscuro campo de la causa próxima ó naturaleza íntima de esta terrible enfermedad.

Entre tanto, dado un cáncer, ya sea de la variedad epiteliooma, ya de otra cualquiera, hay que recordar, cuando se trata de la terapéutica, aquel antiguo aforismo que dice *Quæ medicamenta non sanant, ferrum sanat: quæ ferrum non sanat, ignis sanat; quæ ignis non sanat, incurabiliâ existimare oportet*. Y hay que tenerlo muy presente, porque en él está compendiado todo cuanto de positivo se sabe acerca de su tratamiento. Con efecto, los medicamentos (comprendiendo en esto la Higiene), el hierro y el fuego son los recursos con que el arte cuenta para combatirla.

El primer punto es común para todas las enfermedades y por tanto no me detendré en él.

El segundo es el más importante en esta enfermedad, sobre todo en la variedad epiteliooma. Se refiere á la eliminación ó extirpación de los tejidos afectos que generalmente se efectúa con el bisturí. Es de mucha importancia en el epiteliooma, porque principia en puntos accesibles á nuestros medios de exploración, en donde puede reconocérsele sin dificultad y efectuarse la eliminación totalmente y porque se desarrolla con más lentitud que en las demás formas del cáncer, efectuándose la infección por los ganglios linfáticos, marchando progresivamente desde los superficiales á los profundos y desde los puntos más próximos á los más distantes, lo cual permite que pueda emprenderse la extirpación cuando han principiado á afectarse los ganglios. De los casos (38, 40, 41 y 42) en que el epiteliooma se encontraba situado en la mejilla, en el primero se hizo simplemente la extirpación, y no siendo muy grande la herida resultante, no se creyó necesario restaurarla mediante la autoplastía por deslizamiento de los tejidos inmediatos: el enfermo se curó en poco tiempo. En los otros tres, además de la extirpación, se hizo autoplastía, falleciendo el número 40 de apoplejía cerebral, demostrada por la autopsia y consecutiva á un accidente completamente extraño á la operación; el número 41 se curó en unos cuarenta días, y el 42 falleció al quinto día de erisipela que se extendió al brazo. El número 44, en que también se practicó una autoplastía de bastante extensión, falleció de una neumonía intercurrente, cuando ya las heridas se encontraban en período de cicatrización. Las autoplastías, después de las operaciones de extirpación de tumores cancerosos son de mucho interés, porque tienden á procurar la cicatrización por primera intención. Sin embargo, cuando recaen en tejidos tan vasculares y tan ricos en nervios

como los de la cara, son operaciones delicadas que exponen á accidentes inflamatorios tal vez más temibles que los que se tratan de evitar. Para precaverlos hay que hacer la disección de los colgajos auto-plásticos con extraordinaria limpieza y con una antisepsia rigurosa. Aun así tenemos que lamentar complicaciones como la del número 40, ó extensas supuraciones como las del 44, que colocando á este paciente en malas condiciones de resistencia, hizo que no pudiese luchar ventajosamente contra una neumonia franca intercurrente.

En el núm. 39, además de la extirpación, se hicieron aplicaciones repetidas de la pasta de Fr. Cosme, con lo cual se consiguió la curación. Esto nos lleva á ocuparnos, siquiera sea ligeramente, del tercer punto de los que comprende el aforismo citado con respecto á la terapéutica del cáncer, es decir, del fuego. En esta palabra se comprende no sólo el cauterio actual, sino los cáusticos llamados povenciales, entre los cuales se halla comprendida la pasta arsenical de Fr. Cosme, que era un recurso muy en boga en otro tiempo y que casi ya le hemos relegado al olvido. La verdad es que este cáustico es útil en epitelomas pequeños de la cara, contra los cuales muchas veces le hemos empleado, y lo que con él no hemos conseguido, no se ha alcanzado tampoco con otros cáusticos como el cloruro de cinc, la potasa cáustica, etc. La verdadera indicación y utilidad de los cáusticos no es para la extirpación y eliminación del mal, pues siempre que sea posible se debe preferir el bisturí. Allí donde no pueda ó no deba llegar el bisturí, es donde principalmente tienen los cáusticos aplicación. Si hecha la extirpación de un tumor, se sospechase que quedaban en algún punto de la herida tejidos sospechosos deben ser tocados con los cáusticos. Además de esta indicación tienen otra de mucha importancia aunque puramente paliativa en los cánceres inoperables, como muchos del cuello uterino para cohibir hemorragias, para reprimir la supuración y desinfectar las extensas ulceraciones de los cánceres en período avanzado. Y para esto, el mejor de todos los cáusticos, es, en nuestro concepto, el termo-cauterio. Una vez le hemos usado en sustitución del bisturí para la extirpación de un tumor canceroso, fundando en él muchas esperanzas; pero las vimos defraudadas, puesto que en muy poco tiempo el tumor se había reproducido. Volviendo al caso núm. 39, lo que motivó las aplicaciones de la pasta de Fr. Cosme, fué que existiendo una ulceración en el ángulo externo del ojo además del epiteloma de la región frontal y siendo el sujeto de avan-

zada edad, nos pareció más prudente que hacer dos extirpaciones aplicar en aquella la pasta indicada, correspondiendo el éxito á nuestras esperanzas.

En los demás casos que figuran en el cuadro nada encontramos en nuestros apuntes que merezca consignarse.

Heridas y cuerpos extraños

Bajo este epígrafe sólo comprendemos las heridas ó accidentes trahumáticos acompañados de cuerpos extraños que necesitan la intervención activa de la Terapéutica quirúrgica; y como puede verse en el cuadro, están reducidos á agujas clavadas más ó menos profundamente en las carnes y á proyectiles de arma de fuego, pues si bien figura un caso de hematoma, considerando la sangre derramada en el tejido celular y formando colección como un verdadero cuerpo extraño, en rigor debería estar entre los quistes (quistes hemáticos) puesto que su tratamiento es el mismo. Por este caso vamos á comenzar la exposición.

Hematomas

Son frecuentes en las contusiones de la cabeza, sobre todo en los niños. Recuérdese que el cefalematoma es un tumor que se observa en los recién nacidos en consecuencia del trabajo del parto, con cuyo motivo se consagra un capítulo á esta afección en los tratados especiales. En niños de uno á tres años hemos observado hace poco tiempo dos ó tres casos, en los cuales el accidente había sobrevenido de contusiones sufridas en el cráneo. El tratamiento, que consistió en punción simple seguida de aspiración, dió un resultado satisfactorio, pues el líquido no se reprodujo contra lo que ordinariamente suele suceder.

Viniendo al núm. 52 del cuadro, fué tratado al principio del mismo modo que los anteriores; mas reproduciéndose el líquido y presentán-

dose fenómenos de inflamación, nos decidimos á hacer la abertura con el bisturí, no sin algún temor, pues se citan algunos casos seguidos de muerte por hemorragia. El contenido era sangre coagulada y la mayor parte un líquido sero-sanguinolento: extraídos los coágulos practicamos otra incisión, formando con la primera una cruz. Establecióse después la supuración en la superficie interna, y como el tumor era bastante grande, tardó mucho tiempo en conseguirse la curación.

Agujas clavadas en las carnes

Con frecuencia decimos á nuestros amigos que en Cirugía operatoria no hay nada pequeño, y en prueba de ello citamos operaciones insignificantes que hemos presenciado y otras de nuestra práctica seguidas de un éxito desastroso. A esta categoría pertenecen las que tienen por objeto la extracción de agujas clavadas más ó menos profundamente en los miembros superiores é inferiores y de las cuales presentamos en el cuadro cinco casos escogidos de entre los muchos que se nos han presentado en nuestra práctica.

En Toledo, con la costumbre que hay de fregar los suelos de las casas son muy frecuentes los accidentes de clavarse agujas en las manos de las sirvientas dedicadas á dicha ocupación. Unas veces demandan los auxilios del arte en el momento de ocurrir el accidente y otras algunos días más tarde. Sucede muchas veces que no es una aguja entera la que ha penetrado en las carnes, sino una parte más ó menos considerable, que corresponde, ya á la punta, ya al ojo. Cuando es una aguja entera se reconoce más fácilmente á través de la piel y si pueden con el tacto apreciarse sus dos extremos, se logra su extracción sin necesidad de incisión, como sucedió en el caso número 51, para lo cual se empuja fuertemente con un dedal ó un cuerpo duro uno de los extremos hasta que el otro asome al exterior y entonces se coge éste con una pinza. Así hemos procedido varias veces en agujas clavadas en los miembros inferiores al tiempo de acostarse ó durante el sueño al hacer algún movimiento en la cama. Pero cuando es una porción de aguja la clavada ó cuando uno de los extremos se ha clavado profundamente, como sucede en las de las manos du-

rante la ocupación de fregar los suelos, no se percibe á través de la piel más que un punto que con la presión cambia de sitio y es difícil fijar de una manera precisa su situación y dirección. Para esto, además de la exploración con el tacto, puede utilizarse el examen del orificio de entrada y de los antecedentes. Una vez formado juicio de la situación y dirección, para la extracción hago una incisión de uno ó dos centímetros en el punto en que aprecio uno de los extremos, tan profunda como sea necesario para llegar á él, y después de cohibida la hemorragia entreabro los labios de la herida para ver si se encuentra en ella: si no aparece desde luégo, ejecuto presiones en los tejidos inmediatos, á fin de dirigir hacia la herida el cuerpo extraño y poderlo reconocer con el tacto ó con la vista, y tan pronto como esto se consigue es extraído con las pinzas. Con una incisión perpendicular á la dirección de la aguja basta ordinariamente para la extracción. Pero cuando con ésta no se cae exactamente en el extremo ni se puede con las presiones atraerle hacia la herida, hay que practicar otra formando con la primera una T, como sucedió en el caso núm. 48, que sufrió después en consecuencia de la extracción laboriosa un flemón en la palma de la mano. Si se tratase de una aguja de gancho de las de hacer crochet, como el caso núm. 49 que se refiere á un comerciante de esta ciudad que se clavó una aguja de esta clase en la palma de la mano, entonces no podrá extraerse tirando de ella á poco que haya penetrado en los tejidos musculares, porque cogiendo el gancho las fibras tendría que dislacerarlas ocasionando vivísimos dolores, la extracción se hará con facilidad, incindiendo de fuera adentro la piel y demás tejidos sobre la parte de aguja que haya penetrado utilizándola como conductor y dirigiendo el gancho de manera que forme relieve sobre la piel.

Pero el caso verdaderamente importante y que justifica la apreciación con que encabezamos este capítulo es el núm. 50. Era una joven sirviente que se clavó profundamente una aguja en la cara palmar del dedo anular, penetrando por el espacio interdigital de éste y el dedo medio y apareciendo un extremo del cuerpo extraño cerca del surco de la raíz del dedo. Aparecía éste hinchado y eran muy dolorosos los movimientos de flexión, notándose durante ellos que la aguja había penetrado profundamente en la dirección del metacarpiano correspondiente. Hecha una incisión de un centímetro en la dirección del eje del dedo, costó no poco trabajo encontrar el extremo de la

aguja para hacer su extracción; pero al fin se logró que apareciese en el fondo de la herida imprimiendo movimientos al dedo. Por efecto de estas maniobras y de que la punta de la aguja había sin duda herido el tendón del flexor profundo, sobrevino una inflamación que se propagó por la vaina de dicho tendón al antebrazo, en el cual se desarrolló un flemón difuso muy profundo con gran tumefacción en todo el miembro, dolores intensos y fiebre alta. Tratado con baños emolientes durante los primeros días, bien pronto se impuso la necesidad de practicar grandes incisiones, no sólo para dar salida á la supuración, sino también para combatir los fenómenos de estrangulación. Una vez establecida la supuración y asegurado el desagüe de la herida, mejoró el estado general y principió el período de eliminación de los tejidos mortificados, al cual siguió sin contratiempo el de reparación y cicatrización. Faltaba ya muy poco para que ésta estuviese terminada cuando apareció en la herida erisipela que renovó todas las heridas, y volvieron á supurar como antes. Con gran trabajo salió la paciente de esta nueva complicación, pero al fin pudo conseguirse que mejorase el estado general, cediese la fiebre y volvieran las heridas á su estado anterior, en el cual pidió el alta para trasladarse á su pueblo.

Proyectiles de arma de fuego

En tres ocasiones distintas es solicitada la intervención del Cirujano para la extracción de esta clase de proyectiles: 1.ª, en el momento de ocurrir el accidente; 2.ª, más tarde cuando ya la herida se encuentre en supuración, y 3.ª, cuando la herida está completamente cicatrizada y el proyectil enquistado.

En el primer caso, el paciente, los interesados y á veces la opinión pública, se inquietan vivamente por que el proyectil sea buscado y extraído sin pérdida de momento, dando á esto una importancia bastante exagerada, pues que la gravedad de una herida por arma de fuego no depende precisamente de la presencia del proyectil en los tejidos, sino de las lesiones causadas al penetrar en ellos. Más que las balas dañan los tacos de las armas antiguas cuando el disparo ha sido hecho á corta distancia y las porciones de vestidos arrastradas.

Necesita el Cirujano mucha calma para no dejarse arrastrar por las impacencias de las personas que le rodean: el sondaje de las heridas es difícil, peligroso y completamente ineficaz, á no ser que el proyectil esté muy superficial ó incrustado en algún hueso recubierto de muy pocos tejidos como en el caso 54, que tenía en la parte media del menton una bala de rewólver de pequeño calibre. En el momento de su ingreso en el Hospital, fué reconocida por el sondaje, y anestasiado el paciente se practicó una incisión, á través de la cual fué extraída sin dificultad con ayuda de una espátula y una pinza de curar. También puede extraerse el proyectil en estas circunstancias cuando se reconoce debajo de la piel en un punto más ó menos distante de la herida, de lo cual presentamos un ejemplo en el caso número 59, en el cual á los pocos dias de su ingreso se reconoció debajo de la piel á poca distancia de la herida el proyectil, que era también una bala de rewólver de pequeño calibre, que le fué extraída mediante una incisión.

Fuera de estos casos y otros análogos que se nos han presentado en nuestra práctica, en el primer período de una herida por arma de fuego no debe preocupar al Cirujano en poco ni en mucho la extracción del proyectil.

Después de este primer período, pasan á veces muchos días sin ocurrir novedad en el estado local y general del paciente, pues sabido es que la reacción es muy tardía en esta clase de heridas. Cuando se presenta, su intensidad es proporcional á la magnitud y condiciones del proyectil, al órgano y tejidos interesados, trayecto recorrido, etc., y viene en seguida un proceso de supuración siempre largo, que se inicia con la eliminación de cuerpos extraños que el proyectil ha arrastrado consigo, formándose focos de supuración en puntos más ó menos distantes. Este es el momento oportuno para intervenir á fin de buscar y extraer el proyectil y demás cuerpos extraños, como porciones de vestidos, esquirlas de hueso, etc.

Las exploraciones se hacen generalmente con el estilete, el cual basta para reconocer una bala cuando se encuentra en tejidos blandos; pero cuando está situada cerca de algún hueso ó incrustada en él, cabe confundir, por el roce del estilete, el proyectil con una porción desnuda de hueso. Por nuestra parte, después de repetidos ensayos, hemos aprendido á distinguir por la sensación que da al roce y por el sonido el hueso del plomo, y tenemos seguridad de no equivocarnos.

nos cuando percibimos bien el sonido comparándolo con el de otra bala que tenemos á la vista.

En tres casos difíciles hemos hecho el diagnóstico de este modo: el primero en uno historiado en las amputaciones en que la bala se partió y quedó una pequeña porción en el conducto medular que encontramos después de hecha la amputación por el tercio inferior del muslo; el segundo fué el núm. 61 del cuadro, que habiendo recibido un balazo de pistola en la palma de la mano, fué á alojarse el proyectil profundamente en la muñeca entre los huesos del carpo, extrayéndole, mediante una incisión, después de establecida la supuración; y el tercero en el núm. 62, en que se trataba de una herida en la región temporal con penetración de la bala en el lóbulo posterior del cerebro. En este último caso, llamado á intervenir muchos días después del suceso, al sondar con el mayor cuidado la herida, creí reconocer la bala en el orificio de entrada que había practicado en las paredes del cráneo, y sigo creyendo por el resultado que dió la autopsia que allí estaba cuando reconocí por primera vez, aunque no se encontró al hacer una incisión para su extracción y la de esquirlas óseas. Con efecto, al practicar la autopsia, dado un corte circular al cráneo respetando la herida y desprendido el cerebro de sus membranas, el proyectil cayó por su propio peso al depositarle en una vasija: había fraguado una ancha cavidad llena de pus en el espesor del lóbulo posterior del cerebro, en cuya cavidad se movía con entera libertad y le permitía llegar por su propio peso al orificio craneal, en el cual pudo reconocérsele estando la enferma en decúbito lateral y con la cabeza inclinada sobre la herida. Si no se le encontró después, fué porque se varió el decúbito, colocándola en el supino.

Estos tres hechos demuestran que la exploración con el estilete puede bastar para dar carácter de certeza al juicio, pues la sensación obtenida al rozar el estilete con el plomo, y sobre todo el sonido comparado con el de otra bala que se tenga á la vista, son bastantes característicos para distinguir el metal del hueso. El último, prueba además la posibilidad de hacer extracción de una bala aunque haya penetrado en la masa encefálica, pues colocando la cabeza en decúbito sobre la herida por su propio peso, descenderá al orificio de entrada, en donde no será difícil cogerle con una pinza, mucho más si, como había sucedido en el caso que me ocupa, el orificio, se había agrandado con el desprendimiento de esquirlas.

Otros dos medios hay que dan más seguridad al juicio para establecer la distinción entre el hueso y el plomo que, como es sabido, son el estilete de Nelatón, rematado en una bolita de porcelana deslustrada que, al introducirlo en la herida y rozar con el plomo, saca impresa una señal característica, y el explorador eléctrico de Troube, que sirve, no sólo para los proyectiles de plomo, sino para todos los metálicos. Desgraciadamente, no todos los Cirujanos están en condiciones de poseer estos dos aparatos. Aun teniéndolos á nuestra disposición, como una condición precisa, es el contacto de estos estiletos con el metal sin cuerpo alguno intermedio, como porciones de tejidos, ya de la misma herida, ya de los que han podido ser arrastrados de las ropas; el resultado negativo no probará que deje de estar en la herida el cuerpo extraño que se busca y el positivo en cambio dará al juicio una certeza absoluta.

Formado el diagnóstico por los medios que acabamos de indicar, la extracción de las balas y demás proyectiles de las armas de fuego, no ofrece en general dificultades insuperables. En el caso núm. 53 la bala había formado un largo trayecto fistuloso debajo del pectoral mayor, y reconocida con el estilete fué extraída con una pinza larga de pólipos, curándose después el trayecto con inyecciones iodadas y la comprensión. En el núm. 58, la herida presentaba los dos orificios de entrada y de salida, formándose de sus resultas dos trayectos fistulosos largos y profundos que fueron tratados mediante incisiones y curas metódicas. En el núm. 60 se formó foco de supuración profundo, y al practicar su abertura se reconoció en él el proyectil y fué extraído. Por manera que en ninguno de los casos se han ofrecido dificultades para la extracción una vez reconocido el cuerpo extraño. Que no siempre debe suceder así, lo prueba la invención de instrumentos especiales para la extracción de las balas, como las pinzas, saca-balas de Charriere, Gemrig y Thomassin. No conocemos estos instrumentos más que por los dibujos que tenemos á la vista; pero esto nos basta para creer que se ha exagerado mucho su importancia por los Médicos militares, aunque, á decir verdad, su voto es muy autorizado. La pinza de Charriere no se diferencia esencialmente de las modernas pinzas de curar ni de las de pólipos, y la disposición de las otras dos no nos parece muy adecuada para afianzar sólidamente los proyectiles, que es ante todo lo que debe procurarse. Pueden, pues, considerarse como instrumentos superfluos y de ningún modo esen-

ciales para el objeto. No sucede lo mismo con el tirafondo, que puede ser útil cuando una bala esté inmóvil en los tejidos ó incrustada en un hueso, pues clavándose en ella podrá tirarse con bastante fuerza.

Por último, en el caso de estar la herida completamente cicatrizada y la bala enquistada más ó menos profundamente, no es de necesidad hacer su extracción; pero como hay sujetos á quienes preocupa mucho la presencia del proyectil, se ve el Cirujano obligado á acceder á sus deseos y efectuar la extracción, siempre que no se halle situado en sitios donde la operación pueda ser peligrosa. De todas suertes, estas operaciones entran en la categoría de las de pura complacencia.

Dos casos se nos han presentado en nuestra práctica y son los números 56 y 57 del cuadro, en los cuales se hizo la extracción mediante una incisión, cicatrizando la herida sin accidente alguno. El núm. 57 fué operado por nuestro querido amigo D. Juan Merino, ilustrado Médico Jefe de la Academia General Militar, que muchas veces nos ha dispensado el favor de cooperar activa y eficazmente en nuestras operaciones.

Cicatrices viciosas

Dependen las cicatrices viciosas ordinariamente de la mala dirección ó de falta de ella en el período de cicatrización de las heridas. Tal es el motivo de que se adhieran entre sí los dedos en las heridas de las quemaduras ó de que queden en flexión, de que la cabeza quede inclinada sobre el hombro, los miembros superiores adheridos al tronco, etc., etc.

Dos casos muy notables de esta clase de alteraciones orgánicas hemos tratado en nuestra práctica.

El primero, número 63 del cuadro, fué un muchacho de 12 años, de esta ciudad que, encontrándose en Madrid, fué atropellado por un tranvía, ocasionándole la fractura del antebrazo con heridas contusas, de resultas de lo cual, mucho tiempo después de consolidada la fractura y curadas las heridas, se presentó en el Hospital con una cicatriz que se extendía desde la muñeca por la cara dorsal del 4.º y 5.º metacarpiano hasta las articulaciones metacarpo-falángicas de los dedos correspondientes. Esta cicatriz hacía que la cara dorsal de la

manose inclinase sobre la muñeca formando un ángulo obtuso, siendo imposibles los movimientos de flexión de la mano en su totalidad y muy especialmente en su borde cubital. El centro de la cicatriz correspondía á la parte media de los metacarpianos, en cuyos puntos tenía mucha densidad y era evidente que comprendía en su espesor los tendones de los músculos extensores de los dedos. El tratamiento consistió en lo siguiente: en la parte superior del 4.º y 5.º metacarpiano hicimos una incisión transversal que comprendió todo el espesor de la cicatriz, y no consiguiéndose con esto que los movimientos de flexión quedaran libres, se practicó otra incisión paralela á la primera y de la misma profundidad en la parte inferior de los mismos, con lo cual nos pareció se podría lograr el objeto de dejar expeditos los movimientos de flexión. Curadas las heridas, se colocó la mano sobre una manopla de madera bien sujeta para asegurar la inmovilidad y hacer que las heridas cicatrizasen de este modo, lo cual se consiguió sin contratiempo alguno. Después de esto hicimos por espacio de mucho tiempo movimientos alternativos de flexión y de extensión, y al salir el enfermo en muy buen estado, le recomendamos mucho ejercicio y gimnasia. Actualmente apenas se nota imperfección en la mano y puede dedicarse con ella á toda clase de trabajos.

El segundo caso (núm. 64 del cuadro) era una joven de 15 años que, en consecuencia de unas quemaduras sufridas en la parte interna del brazo y lateral del toráx, quedó el primero adherido al segundo en una extensión de 10 centímetros á partir desde la axila, por cuyo hueco, que había quedado libre, se podían pasar los dedos. En tal situación el problema quirúrgico, reducido á separar el brazo del tronco, era fácil y sólo había que pensar la manera de realizarlo de suerte que no quedase una pérdida de sustancia en una de las dos partes, pues la anchura de la superficie de unión era la que correspondía á toda la cara interna del brazo y no bajaría de cuatro á cinco centímetros, que había de contar se haría mayor con la retracción que sufriría la piel después de la sección. De dos maneras podía realizarse: tomando piel del toráx para cubrir la herida del brazo, ó viceversa; pero como la quemadura había sido más extensa y profunda en el primer punto y la piel de donde podrían sacarse los colgajos autoplásticos para el brazo, estaba formada de tejido cicatricial, que se presta mal para sufrir una disección y un nuevo trabajo de cicatrización, nos decidimos por lo segundo, y así, calculando la an-

chura de la herida del toráx practicamos á lo largo del brazo dos incisiones situadas una en la cara anterior y otra en la posterior; los dos extremos de estas incisiones fueron unidos por otras dos transversales, la mitad de las cuales radicaba sobre el brazo y la otra mitad sobre el toráx, resultando así dos colgajos cuadriláteros que fueron disecados de fuera adentro ó sea desde el brazo al tronco, después de lo cual, dirigiendo el corte del bisturí contra éste, fueron desprendidas las adherencias profundas y quedó hecha la separación de las partes.

Aproximando después los dos bordes de los colgajos cuadriláteros y dando puntos de sutura quedó cubierta la herida de la región torácica exactamente. En el brazo quedó otra herida semejante cuadrilátera también y de bastante extensión y para restaurarla se disecaron á uno y otro lado otros dos colgajos cuadriláteros que se unieron entre sí en su borde libre por puntos de sutura; mas quedando la piel tirante, se hizo una incisión á cada lado para evitar los inconvenientes de la tirantez, resultando así á los lados dos pequeñas superficies cuadriláteras en lugar de una grande que hubiera quedado sin esta autoplastia. La herida del toráx se reunió casi por primera intención; la del brazo supuró bastante tiempo hasta que por fin tomó el alta la enferma completamente curada y habiendo recobrado el brazo todos sus movimientos.



SECCION DE ACTUALIDAD

Un caso de ránula operado por punción é inyección iodada

Es este un padecimiento sobre cuya naturaleza se han emitido diferentes opiniones, consistiendo para unos el tumor que se forma debajo de la lengua en la distensión de uno de los conductos de Wharton por la saliva retenida en su interior de resultas de la obliteración del orificio bucal de dicho conducto, y siendo para otros un verdadero quiste formado á expensas de alguna de las glándulas muciparas que hay en la boca. No sabemos que se haya hecho el análisis químico del contenido para determinar si su composición es igual á la de la saliva, ó por el contrario si se aproxima más á la del moco, pues

á simple vista ni á una y otro se parece. Cualquiera que sea su origen, es evidente que el tumor tiene los elementos de un quiste, á saber: una bolsa de paredes delgadas, semitransparentes, análoga á la de los quistes serosos y un contenido líquido que tiene el aspecto y consistencia de la albumina ó clara de huevo. Y no solamente debe considerarse como quiste por sus caracteres, sino también por su tratamiento, y en este punto encaja bien aquel conocido aforismo de *naturam morborum curationes ostendunt*. Con efecto, si se examinan los diferentes medios de tratamiento propuestos para combatir esta enfermedad, desde Celso hasta nuestros días, encontramos la incisión, la cauterización, la escisión, la punción simple y la punción seguida de inyección iodada, sin olvidar la ablación ó extirpación, que son exactamente los mismos empleados para los quistes. También, lo mismo que en los quistes, con todos han debido obtenerse curaciones y fracasos, y esto explica que se hayan inventado procedimientos diversos y que todavía se mencionen en los libros de operatoria quirúrgica, no como una simple curiosidad histórica, sino consagrando al final el correspondiente capítulo de *Apreciación* como si todavía estuviesen en vigor. Realmente, con todos los métodos de tratamiento puede conseguirse la curación, dependiendo en nuestro concepto los fracasos menos del método empleado que de llenarse en la ejecución las condiciones que cada uno exige para que aquélla pueda alcanzarse.

Por nuestra parte, aunque con la escisión, el sedal y la punción, seguida de inyección iodada, hemos conseguido curar sin reciviva todos los casos que hemos tratado, desde que nos hemos convencido que el tumor es un quiste, damos la preferencia al último de los métodos indicados.

Recientemente (el 23 de Julio) he operado al Sr. D. Braulio García, de esta ciudad, un tumor de esta clase situado en el lado izquierdo que tendría el volumen como de un huevo de paloma y le dificultaba considerablemente la emisión de la palabra; y como juzgo que puede ser interesante, no sólo el *modus faciendi*, sino también el curso ulterior del proceso de la curación, me decido á darlo á conocer. Hice preparar una disolución con cinco gramos de tintura de iodo, 10 de agua y c. s. de ioduro potásico.

Preparé la canula del trocar de mayor calibre de los del aparato de Dieulafoy, colocando en ella una rodajita de corcho bien apretada á la

distancia de unos dos centímetros de su extremidad libre, con el objeto de marcar de antemano el punto donde debía detenerse al penetrar en el tumor el punzón y principalmente con el de evitar que al hacer la inyección saliese parte de ella á la cavidad bucal como ya en otro caso me había ocurrido. Preparado el líquido y el instrumento, hice la punción y con el aparato indicado la aspiración del contenido; en seguida, sin sacar la canula hice una inyección con agua templada para limpiar la bolsa quística, y aspirado el líquido cargué de nuevo el aparato con la disolución iodada que inyectada se retuvo por espacio de 10 minutos, terminando por nueva aspiración hasta dejar la bolsa completamente vacía. En seguida se extrajo la canula y se tapó el orificio con un pedazo de tafetán gomado. A las pocas horas principió á llenarse y á las 48 el quiste aparecía más voluminoso ó por lo menos tanto como antes de la operación. La reabsorción comenzó en la primera semana, después ha marchado lenta y gradualmente y al mes sólo tiene el volumen de una almendra, no percibiéndose al hablar sino muy ligeramente que ha tenido tal padecimiento. ¿Se reproducirá? No lo esperamos, porque otro caso tratado del mismo modo se curó radicalmente. En caso de reproducción, visto el resultado de la primera operación, podría repetirse como se hace en la de hidrócele, á la cual se parece, hasta en el curso que sigue el proceso de reabsorción del líquido, que por lo expuesto, se ve no es más rápido, como se ha dicho y como podría esperarse atendiendo á la situación del tumor en un órgano tan vascular como la lengua.



CRÓNICA

Libros recibidos.—Una Memoria acerca de la desarticulación de la rodilla, leída ante la Real Academia de Medicina por el Doctor D. Juan Creus y Manso, Catedrático de Clínica quirúrgica en la Facultad de Medicina de la Universidad central.

Otra Memoria sobre las afecciones de las vías lagrimales por el Doctor D. Andrés García Calderón, Médico oculista del Hospital del Buen Suceso de Madrid, de los Ferrocarriles del Norte, etc.

Suscripción: Por un año..... 6 pesetas

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

Consulta del Doctor Gallardo

sobre enfermedades de Cirugía y especiales de la mujer, todos los días de una á tres, calle de Santa Justa, núm. 1, y para los pobres, de nueve á diez, en el Hospital de la Misericordia.

ANUNCIOS

AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL EMINENTE QUÍMICO DR. D. FAUSTO GARAGARZA

Es bicarbonatada, ligeramente alcalina, digestiva, de sabor agradable. Excelente bebida gaseosa para las comidas, sola ó mezclada con vino. Superior á las de Saint-Galmier, Apollinaris y Vals. Abre el apetito, auxilia la digestión y es eficaz contra las afecciones de los aparatos gástrico y urinario.

**75 céntimos de peseta la botella de litro con casco
en toda España**

Depósito en Toledo: Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23.—Administración, Plaza Vieja, núm. 1, TOLOSA.

MANUAL DE LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS

**POR BOURNEVILLE, Médico de Bicetre, y BRICON, Doctor
en Medicina**

TRADUCIDO DE LA 2.^a EDICIÓN FRANCESA

POR FÉLIX FERNÁNDEZ LÓPEZ

Farmacéutico, Administrador de la REVISTA MÉDICA DE SEVILLA

Forma un tomo en 8.^o de XL-224 páginas esmeradamente impreso en excelente papel con 15 figuras en el texto.

PRECIO: 2,50 pesetas.—Véndese en esta Administración, Maese Rodrigo, 38 (Sevilla) y en las principales librerías.

PRESERVACIÓN DE LA TISIS PULMONAR Y SU TRATAMIENTO DOSIMÉTRICO
por el Dr. Ferrand (de Lión), versión española del Dr. L. Marco

Véndese al precio de 2,50 pesetas en la redacción de la *Revista dosimétrica* (Capellanes, 10, 2.^o, Madrid.)

Se admiten anuncios para las cubiertas