

# Revista Médica Salmantina

Año V

MARZO DE 1909

Núm. 3

## HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL POR FIBROMAS

(Tesis para el Doctorado en Medicina)

POR TOMÁS R. DE MATA

*Respetable Tribunal:*

Voy á ocuparme en la Memoria que remata los estudios oficiales de la carrera en nuestro país, de un asunto, que aunque muy debatido, es siempre de actualidad; me refiero á la *Histerectomia abdominal total por fibromas*.

Joven aún esta intervención, pues apenas cuenta veinte años de existencia, ha suscitado tal número de publicaciones y de estudios, que parecen haberla agotado y aunque al presente las líneas generales están lo bastante vigorosamente trazadas para que no haya necesidad de insistir, sin embargo quedan aún algunos puntos sobre los que nos proponemos llamar la atención.

Son estos dos: la conveniencia de hacer en todos los casos la histerectomia total, y la importancia capitalísima que á nuestro juicio tiene el drenaje vaginal. Sobre estas cuestiones nos proponemos insistir en el decurso de este trabajo con la amplitud necesaria.

El disponer de un material casuístico abundante, cual es el existente en el Sanatorio Quirúrgico del Dr. Madrazo, donde desde hace dos años presto mis servicios como ayudante, sirve de base clínica para esta Memoria. La técnica aquí descrita, es pues, la empleada por el Dr. Madrazo y el Dr. Quintana, á quienes me complazco en enviar desde aquí el testimonio de mi más profundo agradecimiento.

Dividimos el trabajo en las siguientes partes:

- I.—*Bosquejo histórico.*
- II.—*Indicaciones para la histerectomía abdominal total.*
- III.—*¿Histerectomía suototal ó total?*
- VI.—*Estado actual de la cuestión. Principales procedimientos empleados.*
- V.—*La cuestión del drenaje,*
- VI.—*Técnica empleada. Complicaciones operatorias.*
- VII.—*Curso y complicaciones post-operatorias.*
- VIII.—*Resultados. Estadísticas.*
- XI.—*Casos clínicos. Conclusiones. Bibliografía.*

## CAPÍTULO I

### Bosquejo histórico.

A los alemanes pertenece la gloria de haber sido los iniciadores de la histerectomía abdominal total. Fué Bardenheuer en efecto, el primero que en 1881 practicó—de propósito deliberado—la primera extirpación total de un útero miomatoso por el vientre. Siguió en esto el ejemplo que Freund le había dado en 1868, extirpando un útero canceroso. Todos los autores están conformes en este punto, y causa cierta extrañeza ver adjudicar la prioridad del procedimiento por algún escritor francés (Guinebertiere, 1894) á Pean, que practicaría según él, la histerectomía abdominal total en 1869. Sin embargo los mismos autores franceses están conformes en declarar á Bardenheuer como el verdadero promotor del método. (Richelot).

Bardenheuer practicó siete operaciones, de las cuales seis fueron éxitos. Su trabajo es tanto más notable, cuanto que insiste sobre las incuestionables ventajas del drenaje y aconseja una posición para la enferma, que más tarde Trendelenburg modifica y dá su nombre. Siguióle en esta vía Martín, el cual con su gran autoridad dió un gran impulso al método.

Los norteamericanos tienen un puesto de honor en esta lucha con los fibromas. Prescindiendo de los casos siempre notables de Atlee (1854) y Burnham, los cuales hicieron operaciones por fibromas por un diagnóstico inexacto, Kimball hizo una supravaginal en 1853 (siguieron después hasta once, con seis éxitos), ya sabiendo con que se las había y Mary A. Dixon Jones en 1888 practicó la primera panhisterectomía, independientemente de Bardenheuer, que como hace notar Kelly, no era por aquella época conocido en América. Siguen después los nombres de Eastman, Goffe, Polk, Byford, y más modernamente Kelly, Baldy, etc.

En Francia las primeras intervenciones de este género fueron practicadas por Goullioud (de Lyon, 1891) y Guermonprez (1892). Ya por esta época publicaba Doyen su genial procedimiento: siguiendo después una larga serie de cirujanos.

Jeset (Londres) y Smyly (Dublin) fueron en Inglaterra los introductores del procedimiento practicando la panhisterectomía en Febrero y otoño de 1892, respectivamente. En fin, en Austria Chrobak, en Suiza Reverdin, en Suecia Lennander, en Italia Carle, unen su nombre á esta intervención.

En nuestro país los nombres de Fargas y Madrazo acuden á nuestra memoria como los introductores y modificadores de los métodos.

De entre todos ellos, los alemanes han sido los más perseverantes en esta vía, y este género de intervenciones se aclimató allí fácilmente gracias á la nombradía y genio de algunos de ellos, á la cabeza de los cuales hay que citar á Martin.

En Francia tardó algo más esta intervención en entrar en la práctica corriente, como lo prueban las siguientes palabras de Pozzi, escritas en 1892: «Los procedimientos de Olshausen y de Säenger me parecen menos graves que la estirpación total, por mas que Bardenheuer haya sido afortunado desde un principio en siete operaciones, pues se puede conjeturar que los casos que cita fueron sencillos, de manera que también con cualquier otro método hubieran podido curarse. Los demás casos publicados desde entonces son muy poco numerosos, lo cual contribuye á corroborar la legítima desconfianza que inspiró la aplicación á los fibromas de la operación de Freund para el cancer, que de hoy más queda desechada.»

Todas las modificaciones impresas á la histerectomía ventral total se pueden relegar á segunda fila, hasta la más trascendental de Doyen, que podemos considerar como una de las conquistas más grandes de la moderna ginecología. El ilustre cirujano de Reims, en su comunicación al Congreso de Bruselas (1892) se puede decir que marca el segundo periodo histórico en la evolución de esta intervención.

Aunque no de tanta importancia, pero no le queda muy á la zaga, es la modificación de Christopher Martin, referente al drenaje (1896), modificación empleada por nuestro maestro el doctor Madrazo, sin tener conocimiento de la publicación del autor inglés citado. El doctor Madrazo, en efecto, viene empleando sistemáticamente este procedimiento desde hace ocho años, y los brillantes resultados obtenidos son la prueba más palpable de la bondad del mismo.

Citar los cirujanos que además de los enunciados practican al presente esta clase de intervenciones, sería labor tan engorro-

sa como inútil; en el decurso de este trabajo iremos estudiando los principales procedimientos y los resultados obtenidos por los más eminentes ginecólogos.

## CAPÍTULO II

### Indicaciones.

No es esta la ocasión oportuna para ocuparnos en recordar las luchas habidas entre los ginecólogos a propósito de la terapéutica quirúrgica del fibromioma uterino. Desde luego anunciamos que no estamos conformes con la opinión sustentada por Olshausen, el cual dice que «planteando en serio la cuestión de si es frecuente que las enfermas de mioma sucumban á las consecuencias directas ó indirectas de su tumor, la contestación tiene que ser un *no* categórico y terminante». Claramente se ha ido marcando en la sucesión de los tiempos el criterio general cada vez más intervencionista—á ultranza—como se patentizó bien claro en el Congreso de Amsterdam (1899), donde gran número de ginecólogos (Gordon, Labadie-Lagrave, Baldy, Woskessensky, Pestalozza, Doyen, Jonnesco) manifestaron su modo de pensar en este sentido.

En efecto, además de las pérdidas sanguíneas que produce el fibroma y los variados fenómenos de compresión, contribuye á inclinar la balanza del lado del intervencionismo la frecuencia con que son observadas degeneraciones diversas, banales las unas (degeneración mixomatosa, focos necróticos, degeneración calcárea, etc.), graves y malignas las otras (sarcoma en proporción de 2,50 á 3 por 100 y cancer 1,50 á 2 por 100) La muerte por fibromas y sus degeneraciones han sido objeto en estos últimos años de detenidos estudios que evidencian lo que acabamos de decir, y á ellos remitimos para mayores detalles. (Tesis de Pellanda, Piquand, Charreire, etc.)

Una vez decidida la intervención, ¿á qué vía daremos la preferencia, á la alta ó la baja? Pasaron ya los tiempos en que el temor al peritoneo obligaba á los cirujanos á extirpar por la vía vaginal tumores de gran tamaño; así, pues, hoy no se suelen quitar más que los pequeños por esta vía (volumen de un puño, Madrazo). Varía, sin embargo, el criterio de los autores en lo que á esta cuestión se refiere, y así vemos á Poirier fijar el límite de la intervención baja cuando el tumor llega al nivel del pubis. Quenu lo asciende á tres traveses de dedo por debajo del ombligo y Segond á nivel del mismo ombligo. Hay casos en que aunque sea el tumor pequeño hay que abordarlo por celiotomía; tal sucede, por ejemplo, en los miomas del cuello, intraligamentarios, etc. En principio hay que dar, no obstante, la preferencia á la vía vaginal;

ella será siempre la más inocente y ahí están para probarlo, si es que aún lo necesita, las estadísticas de todos los cirujanos; pero creemos que no se debe forzar el argumento.

Dos palabras sobre una última cuestión: me refiero á aquellos fibromas que por aproximarse la época de la menopausia no son intervenidos, con la esperanza de que al cesar el flujo catamenial, han de ceder todos los síntomas producidos por el tumor y aún ha de observarse una notable reducción de volumen en el mismo. Se trata aquí de conseguir la curación natural que de modo cruento se proponían obtener Trenholme y Hegar con sus primeras castraciones, y numerosos autores después. Las observaciones y las experiencias acumuladas han demostrado que, además de ser la castración por miomas una operación no tan sencilla como á primera vista parece, no siempre, ni mucho menos, producía los efectos que con ella se buscaban, y poco á poco todos los cirujanos, que quien más quien menos casi todos la practicaron, la han ido abandonando. Lo mismo creo yo que sucede con la esperada menopausia natural, y si bien no se puede negar que en algunos casos se tiene éxito, en la inmensa mayoría se espera inutilmente y no se consigue absolutamente nada. En uno de nuestros casos particularmente (observación n.º 60) no solo no disminuyeron las metrorragias, sino que se hicieron más profundas. Si tenemos además en cuenta que por esta época de la vida—de 40 á 55 años—coincide el acmé de la curva de transformación sarcomatosa del fibroma, tendremos otro apoyo en favor del intervencionismo.

### CAPITULO III

#### Histerectomía ¿subtotal ó total?

Al presente se hallan empeñados los ginecólogos en una discusión sobre las ventajas de la histerectomía subtotal ó total que recuerda los tiempos por fortuna ya históricos, en que se discutían también las ventajas é inconvenientes del tratamiento extra é intraperitoneal del pe ículo, con Hegar y Schröder á la cabeza. La mayor facilidad de la subtotal unida á su menor mortalidad, su ejecución más rápida y el no tener que abrir el canal vaginal, son las ventajas que aducen hoy sus partidarios.

Ciertamente que la total es algo más difícil que la subtotal ó amputación supravaginal, por el tiempo de la separación del cuello y la exposición á herir los uréteres; pero haciendo la disección pegado al tegido uterino y manteniendo este órgano elevado—siempre que se pueda—se allanan las dificultades. Además, en buena lógica no se debe tener en cuenta que sea más ó menos trabajosa para el operador una operación, sino solamente el mayor beneficio para la enferma.

Por lo que se refiere al temor al canal vaginal, hemos de manifestar que no nos inquieta, y como más adelante nos hemos de ocupar de esta cuestión, aplazamos para entonces el hacerlo en detalle.

La mayor duración de la subtotal es casi un argumento teórico y hoy no podemos decir que se tarde más en una que en otra; hacer otra cosa es hablar de mala fé, recordando casos excepcionales ó prácticas ya antiguas. Hoy, con los modernos procedimientos, la duración es casi idéntica; al menos así se desprende de lo que hemos observado.

Y vamos á lo importante: el dejar el cuello es una fuente de trastornos más ó menos graves para la enferma. Son estos de dos clases: infectivos y neoplásicos.

Los infectivos han sido observados por todos los autores en mayor ó menor proporción. Hay que tratar después endocervicitis y á veces hasta llegar á quitar el cuello ulteriormente (Jayle). Y á esto se añade la infección de la sutura del muñón, que da origen á fenómenos de irritación peritoneal. (Fargas 2 veces en 150 intervenciones)

Pero lo más importante es el desarrollo de procesos neoplásicos, cancer principalmente. También se han observado pólipos benignos y sarcomas. Esta cuestión, que ha salido al palenque poco tiempo ha, constituye un precioso argumento en pro de la extirpación total.

Los primeros casos publicados fueron los de Chrobak, Savor (1898), Norris (1899), Flischmann (1899). Vienen después un gran número de ellos, Condamin, Richelot, Quenu, Lumpe, etcétera. Las Tesis de Botzong (1902) y Lesobre (1907) se ocupan más en especial de esta cuestión, refiriéndose en ellas los casos publicados hasta el día. En el trabajo de Botzong se refieren 27 casos de degeneración cancerosa y sarcomatosa entre 4.000 operadas; Lesobre refiere 29 en su tesis, de los siguientes cirujanos: Mauclaire (2), Lumpe, Grey Turner, Currier, Condamin (2), Richelot (5), Albert Martin, Picqué, Beurnier, Bazy, Labeirie Guinard (2), Quenu, Hartmann, Wemmer, Menge, Savor, Erlach, Shenk, Freund, Rochard, Delangre.

Olshausen por su parte señala dos personales, además de los de Chrobak, Pawlik, Rosthorn, Noble, Chr. Martin (7 casos), Kaufmann, Fleischmann, algunos de los cuales son citados por Botzong en su trabajo.

La época de la aparición ha variado, de menos de un año, á más de diez, siendo evidente ó muy probable que en algunos casos (8, Lesobre) se hizo la amputación supravaginal existiendo ya un cancer.

Richelot, que más que ningun otro ha insistido sobre esta

importante cuestión, llega á decir que «el útero fibromatoso no es solamente un terreno sobre el cual puedan brotar los tumores malignos, sino que es el terreno sobre que brotan. Esta hiperplasia—la del endometrio del útero fibromatoso—es el terreno favorable al brote del cancer.»

Estas opiniones son apoyadas por los datos aducidos por Piquand en su tesis, el cual demuestra que en 600 mujeres *normales* se encuentra un cancer del cuerpo y tres del cuello; en 600 *fibromatosas* 9 cánceres del cuerpo y 12 del cuello.

Lesobre evalúa en un 2 por 100 la frecuencia con que se observa la degeneración en las amputaciones supravaginales, lo cual eleva la mortalidad de esta operación colocándola al nivel de la total.

En fin, para terminar, recordaremos que Olshausen al hablar de los casos observados por Chrobak de degeneración cancerosa, decía: «A pesar de los miles de operaciones de miomas que se llevan practicadas, estos casos son hasta ahora únicos en su género. Ciertamente es que si fueran más frecuentes constituirían un argumento á favor de la extirpación total, como método de elección; pero hoy por hoy los dos casos de Chrobak solo se pueden considerar como hechos puramente casuales».

Hemos visto que estos no son tan casuales, y en vista de estos datos terminamos diciendo que á nuestro juicio la histerectomía debe hacerse total *siempre*, no quedando la supravaginal más que para casos excepcionales.

## CAPITULO IV

### Estado actual de la cuestión. Procedimientos hoy empleados

Vamos á ocuparnos brevemente, sin que pierda por ello la claridad de la descripción, de la técnica empleada por los ginecólogos contemporáneos en la extirpación abdominal total del fibromioma uterino.

A. Martin, á quien se debe quizá el mayor impulso dado á esta intervención, opera de la manera siguiente: Siéntase entre los muslos de la enferma, colocada ésta en la mesa baja de Horn; después de abierto el vientre y fuera la matriz, ataca los ligamentos anchos de arriba abajo con ligaduras hasta la bóveda vaginal; no se preocupa de ligar aparte los ligamentos redondos, sino que estos son incluidos generalmente en la segunda ligadura total. Se bascula el útero hacia delante, poniéndose tensos los ligamentos útero-sacos que son seccionados. Entonces un ayudante introduce en la vagina una pinza de garfios que perfora la bóveda posterior, cuya abertura se agranda por desgarre. Otras

veces la abre con la tijera cortando de arriba abajo y pegado al útero; el peritoneo posterior se cose con la pared vaginal y el dedo índice izquierdo, introducido en la vagina, sirve de guía para ir abriendo los fondos de saco laterales y por último el anterior, suturando la pared vaginal al peritoneo vésico-uterino y cogiendo en la sutura la pared posterior de la vejiga. Poco á poco se ha ido desprendiendo el tumor, que al fin lo hace totalmente cayendo en manos del ayudante sin que se haya visto la vejiga.

Las ligaduras son hechas con catgut y con sus extremos se forma una trenza que sale por la vagina, merced á una pinza que se introduce en este canal. Si la abertura vagino-peritoneal es muy ancha se estrecha con unos puntos, no quedando como cúpula más que un nudo de catgut.

Mackenrodt ataca primero el fondo de saco anterior y opera con la vejiga llena de líquido. A veces usa el drenaje vaginal.

El procedimiento de Doyen es sobrado conocido para que nos detengamos mucho en él. Opera en posición alta, ataca en primera línea el fondo de saco posterior y una vez abierta la vagina, los ligamentos anchos de abajo arriba, cuyos pedículos mantiene por una mano el ayudante y otra del operador antes de hacer la hemostasia definitiva. Una sutura en bolsa cierra el peritoneo.

Landau prefiere este procedimiento á los otros, pero deja abierto el peritoneo, á lo cual da mucha importancia, colocando un drenaje yodofórmico vagino-peritoneal.

Todos estos autores extirpan los anejos.

El procedimiento de Christopher Martin es algo distinto: opera en mesa baja como Martin y Smyly; los ligamentos anchos son atacados de arriba abajo entre ligaduras dobles de seda con la aguja de Galabin (parecida á la de Deschamps). Se despega la vejiga del útero y se abre con las tijeras la bóveda vaginal anterior sobre dos clamps de Spencer Wells colocados en la vagina, introduciendo el índice por la brecha para abrir la posterior. Después ligadura doble en las uterinas cortando entre ambas; se quitan las restantes adhesiones del útero, fondos laterales y ligamentos útero-sacros. Se inspeccionan los bordes vaginales colocando algunas ligaduras aisladas. No sutura ni la vagina ni el peritoneo. Todas las ligaduras se cortan al ras, excepto las de las uterinas que se atraen hacia abajo. Por último, un espeso rollo de gasa yodofórmica se atrae hacia la vagina, de modo que sobresalga una pulgada por encima de la abertura. No da importancia á dejar ó no los anejos.

Le Bec opera de un modo que se aparta bastante de los procedimientos ordinarios. Después de ligar los ligamentos anchos —por fuera de los anejos— y separada la vejiga, abre los fondos de saco anterior y posterior. Se introduce entonces una pinza de

abajo arriba en el vientre á través del fondo de saco posterior; coje la extremidad de un hilo de seda que se atrae de arriba abajo en la vagina, manteniendo el otro cabo en el abdomen; vuelve á pasar la misma pinza de abajo arriba—teniendo siempre el hilo—por la abertura vaginal anterior, de modo que se lleva á la cavidad abdominal, formando un asa que abraza los vasos uterinos; se hace igual maniobra en el lado opuesto. Se anudan después las sedas amputando el útero por encima del cuello; este es entonces partido en dos, cuyas mitades se estirpan en su casi totalidad, pero dejando una porción para dar solidez á las ligaduras. (Se sienta también entre las piernas de la enferma).

Richelot opera de la manera siguiente: posición elevada, operador á la izquierda, celiotomía; talla del colgajo peritoneal anterior y despegamiento de la vejiga. Sección de los ligamentos anchos entre longuetas. Se llega á la uterina que se coje con una pinza y se corta. Para liberar el cuello corta circularmente con la tijera, dirigiéndose hacia el hocico de tenca; se cojen con pinzas los labios vaginales cuando empiezan á liberarse; se sutura después—una vez extirpado el útero—los bordes de la vagina y se hace la hemostasia de los ligamentos anchos con catgut; sutura del peritoneo que quedará en *croissant*.

Hartmann y Ricard siguen un procedimiento parecido, drenando el segundo en algunos casos.

La técnica de Carle es la siguiente: posición elevada, separación de las adherencias; compresa en el Douglas; clamp en las ováricas, corte de la serosa ne círculo. Ligadura de las uterinas. Corte de los ligamentos útero-sacros. Abertura de la vagina y separación del útero de la bóveda. Hemostasia de los vasos sueltos. Ligaduras en los clamps que son recubiertas de serosa. Extirpación de los anejos si están enfermos.

Schauta opera del siguiente modo: posición elevada; después de abierto el vientre y aislado el útero se atacan los ligamentos anchos por fuera de las trompas y de los ovarios, llegando hasta la uterina, que se coje provisionalmente con un clamp; sección del peritoneo anterior y despegamiento de la vagina que se empuja hacia abajo; se separan las hojas de los ligamentos hasta la bóveda vaginal. Con una aguja de Deschamps aguda se atraviesa la bóveda vaginal lateral y entre la ligadura y la inserción vaginal se corta con la tijera; entonces se introduce el dedo índice en la vagina y se van colocando las ligaduras á medida que el útero se desprende, hasta su completa separación.

Cambio de guantes de operador y ayudante y desinfección de la vagina. Con pinzas de ganchos se cojen las paredes vaginales anterior y posterior y se introduce un rollo de gasa yodofórmica que se atrae hacia la vulva. Por arriba se rellena la vagina flojamente, dejando unos diez centímetros colocados sobre la bóveda

vaginal y haciendo relleno entre ambos parametrios. Se quitan las pinzas de ganchos de los labios vaginales y se cose el peritoneo anterior al posterior y lo mismo por los lados, cubriendo las ligaduras, de modo que por último queda el peritoneo cubriéndolo todo y por tanto una sutura transversal.

Bumm hace toda la operación auxiliado de clamps y solo después de alejado el útero hace la hemostasia definitiva. Corta entre clamps y en dos tiempos los ligamentos anchos, por fuera de los anejos. Incisión del peritoneo anterior y despegamiento de la vejiga, tanto por delante como por los lados. (Se apartan así los uréteres) Entonces las uterinas al descubierto se cojen con un clamp. Abertura del fondo posterior y liberación del cuello. Ligaduras aisladas en pequeños vasos. Los grandes vasos laterales están ahora colapsados y se ligan aisladamente al quitar los clamps. Una sutura peritoneal cierra la operación.

Pozzi, partidario de la subtotal, emplea una técnica parecida á la de Richelot, con la diferencia de que se ocupa primero de los ligamentos anchos que corta entre dos pinzas por dentro de los anejos; el cuello se libera indiferentemente por uno ú otro fondo de saco y se cierra ó no la vagina, según los casos.

Jayle, ayudante de Pozzi, emplea una técnica que difiere poco de la de su maestro y que resumimos á continuación: colocación de la enferma en mesa corta y baja y con los muslos flexionados. Después de incindir y proteger el campo operatorio y prehensionado el útero, ataca los ligamentos anchos, seccionándolos entre pinzas y al rás del cuerpo; incide después el peritoneo anterior; secciona las uterinas y los ligamentos útero sacros, todo bajo pinzas. Aisla el cuello hasta la bóveda vaginal y se tira fuertemente del útero hacia arriba, mientras que con la mano derecha se desliza sobre aquél los bocados de una pinza en L buscando la inserción vaginal. Se aprieta poco á poco sintiendo el cuello y cuando desaparece la resistencia se aprieta á *bloc*; es la vagina. La porción vaginal del cuello se ha enucleado por decirlo así; sección del útero al rás del cuello. Mientras que una enfermera limpia la vagina se enuclean los anejos de abajo arriba, colocando ligaduras en el ligamento redondo é infundíbulo-pélvico. Se quitan las pinzas de la uterina y de los útero sacros después de colocar las ligaduras (catgut). Sutura de la línea vaginal y los espacios paravaginales. Se quita la pinza en L y se colocan dos de aprehensión. Se une el peritoneo anterior y posterior á la vagina y se peritoniza el resto (pedículos). Coloca por último, drenaje en todos los casos; mecha yodofórmica y un tubo de 12 á 14 mm. afloRANDO la línea vaginal y no pasando de la mitad del canal. Si la peritoneoplastia no es completa drenaje en el ángulo inferior de la herida. Sutura de la pared en tres planos (peritoneo-músculos y fascias-piel).

Doederlein y Krönig seccionan la pared posterior del útero, con ó sin el cuello, después de cortar los ligamentos anchos. Hemostasia provisional con el clamps. Doederlein renuncia al drenaje.

Segond utiliza el procedimiento de Kelly, pero lo convierte en total.

Los ginecólogos españoles practican en los casos de extirpación total el Doyen típico (Gutiérrez), ó con alguna modificación. Tal hace Fargas, que sin embargo es partidario de la operación subtotal. Cierra siempre el peritoneo y cuando más drena el espacio subperitoneal.

Lo mismo hace Recassens. Lamentamos, sin embargo, no conocer personalmente la opinión de este distinguido profesor.

## CAPÍTULO V

### La cuestión del drenaje

Siempre la cuestión del drenaje en las laparotomias ha preocupado y apasionado á los cirujanos. Aunque ya usado por Peaslee (1855), y Koeberlé (1867), fué Marion Sims el que con su publicación en 1873, dió comienzo á la era de las discusiones y vicisitudes por que ha ido pasando esta gran cuestión.

Sims decía: «después de las laparotomias se produce una secreción peritoneal tanto más abundante, cuantas más adherencias hay que despegar y la operación ha sido menos limpia». En consecuencia drenaba por la vagina.

Olshausen también hacía por aquella época un drenaje abdominal vaginal. Del mismo modo Bardenheuer aconsejaba el drenaje en todas las intervenciones y Martín lo hacía por la vagina. Las numerosas publicaciones de aquella época nos enseñan, que, quien más, quien menos, todos usaban y aconsejaban poco ó mucho el drenaje.

En nuestro asunto más particular de las laparotomias por fibromas, se ha seguido una evolución calcada sobre la de las laparotomias en general.

A medida que los procedimientos asépticos van entrando en la práctica, el drenaje va cayendo en desuso y sus más ardientes partidarios (Martín, Bardenheuer) restringen su empleo y otros se tornan enemigos declarados del mismo (Olshausen).

No faltan sin embargo cirujanos que mantienen la supremacía del drenaje y entre ellos tenemos que contar á Christopher Martín (de Edimburgo) el cual lo hace sistemático por la vagina, y Madrazo que se declara también ardiente partidario del mismo.

Madrazo, en efecto, ha sido llevado á hacer el drenaje de un modo sistemático en vista de los resultados de sus intervencio-

nes anteriores, histerectomias totales con cierre del peritoneo y subtotales; la mortalidad era de un 12 y un 8% respectivamente y la observación de algunos desastres y el parecerle mucho esta mortalidad le llevó á la idea de poner en práctica la amplia comunicación vagino peritoneal. Lo mismo el Dr. Quintana, copartícipe de este modo de apreciar la cuestión, así lo practica y había observado además de los hechos anteriores gran benignidad de operaciones que comenzando por la vía vaginal fueron terminadas por la laparotomía sin la preparación que se acostumbra en tales casos y en los cuales no se cerró el peritoneo, por no prolongar la duración de la anestesia.

Por la descripción que hemos hecho anteriormente de los procedimientos hoy más empleados de histerectomía total, hemos visto que algunos cirujanos—la mayor parte—cierran completamente el peritoneo, suturando asimismo la vagina; otros drenan el espacio subperitoneal (Fargas); algunos en fin hacen drenaje, en un espacio vagino-peritoneal reducido y siempre aislado de la cavidad peritoneal (Schante); finalmente, muy pocos no cierran el peritoneo en absoluto dejando la amplia comunicación del vientre con la vagina.

*(Continuará).*

---

## CLÍNICA QUIRÚRGICA

Notas de las operaciones realizadas en el primer trimestre del  
Curso de 1909

por el DOCTOR PINILLA  
Catedrático.

### *Carcinoma de la mama*

La mujer en quien estirpamos á primeros de Octubre un carcinoma de la mama derecha, no tenía de particular en su historia, más que el haber intervenido quirúrgicamente otros dos profesores, que habían pretendido estirpar una parte del tumor.

No estaba ulcerado, tenía adherencias profundas, el pezón se hundía en la masa tumoral, y los ganglios axilares demostraban la necesidad de la pronta ablación definitiva.

Esta se practicó, no por el método que propone Halsted, de abajo arriba, sino por el descrito por Gosset (1) incisión desde la inserción del pectoral mayor que se separa con las tijeras, siguiendo con el pectoral menor, desprendiendo las inserciones costales de ambos. Se cae así más fácilmente en el hueco axilar donde se hacen las ligaduras necesarias de los vasos sub-escapulares y acromio-torácicos. Como que se ligan casi á su emergencia, viene á operarse luego en blanco, mientras que disecando de abajo arriba, es más difícil la hemostasia. El 4.º tiempo de la técnica de Halsted es aquí el 2.º y el ataque á los ganglios fácil.

Procedimos así, y cuando consideramos limpia la axila, continuamos el colgajo cutáneo muscular, envolviendo toda la glándula y tumor y terminándolo, de abajo arriba, siguiendo la línea media axilar hasta el sitio de arranque. Pudimos respetar los filetes nerviosos del gran dorsal y del serrato, y quedó una ancha superficie cruenta.

¿Convenía hacer unos colgajos liberatrices, tomando piel del otro lado y de la parte inferior? No lo creímos necesario, y hasta opinamos que cicatrizan sino más pronto, mejor, estas heridas por segunda intención. Por eso, se suturó "*á surjet*," á puntos contínuos por abajo, y por arriba, y se hizo en la parte media una atracción de los colgajos con dos hilos de plata.

A los cuatro días, se levantó el apósito. La enferma no había tenido más que unas décimas de temperatura (37° 5—37° 8) Aparecieron unidos los colgajos al fondo de la herida. Los puntos de sutura se quitaron á los ocho días, y la cicatrización fué avanzando por normal mamelonamiento.

Al cabo de unas cuatro semanas, se dieron unas sesiones de rayos X sobre la superficie pequeña que aún quedaba sin piel, y se vió más rápida queratinización.

Han pasado seis meses y la enferma sigue bien.

\*  
\* \*

---

(1) "Journal de Chirurgie", núm. 2 (1908).

## Ránula

---

Manuela Caballo, de 23 años, soltera. Viene á la Policlínica quejándose de un bulto debajo de la lengua que le molesta para comer y hablar.

En efecto, el tumor sublingual levanta la punta de la lengua dos centímetros, se extiende por la región submentoniana, y tiene el tamaño aparente de un huevo de gallina, es unilobulado, y no dá fluctuación al tacto. Tampoco provoca dolor, ni se advierten infartos ganglionares. La superficie es lisa.

La enferma nota que tiene la boca seca, y que si bien el tumor es antiguo (seguramente congénito) hace unos meses tiende á crecer.

En el acto hacemos una punción exploradora y extraemos una gota de pus, con un olor *sui generis* (¿sulfocianuro de la amigdalina?)

Por un momento dudamos si sería algún quiste dermoide, pero en estos existen generalmente adherencias con el maxilar inferior ó con la lengua y el contenido es más consistente.

Ránula ó quiste, la indicación era igual, y al siguiente día, y prévia ligera anestesia local, incindimos de atrás adelante el tumor, siguiendo la dirección de la lengua. Llegamos pronto á la bolsa quística, que abrimos dando salida á una masa semi-sólida blanca, gruesa, de fuerte olor. Con disección obtusa unas veces, y con tijeras otras, se extirpó toda la membrana, dura, envolvente. Se dieron unos puntos hacia atrás, y se dejó un desagüe de gasa esterilizada simple.

Al día inmediato, se quejaba la enferma de ligera glositis. Se quitó la gasa, y se dispusieron lavados y colutorios con fenosalil al 1 ‰. A los tres días se quitaron los puntos.

La enferma sigue bien.

\*  
\* \*

## Tres castraciones

---

Pedro S., de 50 años de edad, casado, se presenta en la consulta pública, por las molestias que siente á causa de un tumor en el escroto. El enfermo dice no haber padecido antes ningún trastorno ni dolencia, y nosotros fiándonos de estas palabras no examinamos más que el tumor, porque tampoco la inspección visual de la piel vecina, ni de la cara, nos dicen nada de particular.

El tumor es por la parte superior traslucido, del tamaño de una cabeza de feto, duro en la parte inferior, y el testículo del otro lado tiene el tamaño normal (lado derecho).

*Diagnóstico:* Hidrocele.

*Operación:* Preferimos ensayar, —pues estamos en la Policlínica— los resultados de la punción seguida de inyección de tintura de yodo diluída. Así lo hacemos. Primero, punción y extracción de unos cincuenta gramos de un líquido trasparente, que se coagula al calor, demostrando la existencia de albúmina. Y después inyección de unos gramos de líquido de Lugol.

A pesar de lo débil de esta inyección yodada, el enfermo aqueja más dolores á los pocos días, y el tumor recobra su volumen anterior.

En estas circunstancias, y no habiendo obtenido por el interrogatorio ningún dato respecto á sífilis, ni tampoco por el examen del miembro, ni de los ganglios de la ingle, decidimos operarle porque calculamos que se trata de un sarcoma del testículo, sino es un quiste. No parece tuberculosis del testículo por su dureza, y porque es muy grande. Y tampoco testículo sifilítico por la falta de antecedentes y por que ni en el pene ni en las ingles, ni en el cuero cabelludo, ni en los brazos, vemos señales ó estigmas que nos hagan sospechar.

Procedemos á la operación.

Se le extirpa el testículo por los procedimientos clásicos; ligamos el pedículo en tres hazes; suturamos con

catgut, y dejamos desagüe inferior cuarenta y ocho horas. La herida cura sin incidentes, y en una semana.

Pero á los dos meses vuelve el enfermo á la consulta. Ahora es el otro testículo, y ahora nos confiesa que hace tres años tuvo mala la garganta, y unas úlceras en la región anal (región que no habíamos examinado antes). Además vemos en la frente un brote de acné sospechoso. El enfermo, ha tenido sífilis indudablemente.

A todo esto, el testículo extirpado se ha remitido al doctor Núñez para su examen histológico, y nos informa que se trata de un sarcoma, pues se ven muchas células de tejido conjuntivo y fusiformes...

En las dudas entre sarcoma reproducido y testículo sifilítico, enviamos al enfermo á oír á ilustrados compañeros, los doctores Goyanes y Bravo (de Madrid). Ambos creen, en vista de todo lo anterior, que se trata de una esclero-gomosis del testículo.

Nada de particular tiene en efecto, que el microscopio no haya rectificado el primer diagnóstico, puesto que la infiltración conjuntiva que sufre el testículo sifilítico—sobre todo si cae el corte de la preparación en un nódulo en vías de atrófia,—es muy semejante el tejido sarcomatoso fuso-celular.

Si el enfermo hubiese sido reconocido completamente desnudo (error objetivo) y hubiera sido leal en sus confesiones y antecedentes (error subjetivo ó racional) se hubiese instituído el tratamiento de prueba, que quizás hubiera salvado el testículo. Quizás, digo, porque cuando llega el goma á producir hidrocele sintomático, el testículo como órgano anatómico puede conservarse, pero como órgano en función ya es inútil.

Instituimos pues, para salvar el otro testículo el tratamiento intensivo de la sífilis; unciones y yoduros; diez de las primeras, y dos gramos del segundo, seguido después de 15 días de inyecciones semales de aceite gris.

El resultado ha sido favorable. Los dolores han desaparecido; el testículo no está aumentado de volumen y

más blando. En cambio es más intenso el acné de la cara (yodismo).

Habrá que seguir por esta senda terapéutica. El caso como se vé, ha sido instructivo.

---

Pero más instrucción podremos sacar, si comparamos esta ablación de testículo con otras dos que hemos practicado en semanas siguientes.

*Segundo caso.*—Esta enfermo, de treinta años de edad, nos presenta un testículo enorme, de la figura de un calabacin, ó morcilla grande. Nos refiere que hace dos años se dió un golpe en esa región, y que á partir de esa fecha, fué creciendo de volumen la glándula. Ahora, no le duele, pero le molesta é imposibilita para trabajar.

*Diagnóstico:* Por la intraspariencia del tumor, los antecedentes, la dureza, la ausencia de ganglios, y de otras enfermedades de otros órganos, creemos se trata de un *fungus* originado á su vez por el hematocele primitivo.

*Operación:* Anestesia general, incisión rectilínea, disección por capas, y aislamiento del tumor. No está adherido á la piel, ni al dartos. El pedículo es muy grueso por hipertrófia de los vasos y del mismo deferente. Por disección obtusa aislamos tres haces, con doble ligadura al catgut. Los hilos se llevan por fuera de la herida, y se unen á un rollo de gasa, para encontrarlos si hubiere hemorragia. Drenaje inferior.

A los dos días se quita el drenaje de gasa, y se cortan los hilos exteriorizados del pedículo.

Alta á los ocho días.

El tumor en su examen macroscópico, dándole un corte, presenta el aspecto de unos coagulos organizados, carnosidades dispuestas en capas concéntricas, de tejido conjuntivo y con apelotonamientos de fibrina, restos de sangre ya en su parte líquida reabsorbida. El epidídimo ha desaparecido, y el testículo forma un cuerpo, una masa con estas espesas granulaciones de la va-

ginal interna. No hay infiltración cartilaginosa ni calcárea, ni pus.

El enfermo fué dado de alta, curado á los ocho días.

\*  
\* \*

### ***Castración por testículo tuberculoso***

Este enfermo de unos cuarenta años de edad, labrador, ó jornalero del campo mejor dicho, acude á la clínica por el dolor más aún que la molestia, que siente en un testículo. En efecto, se descubre en el escroto el testículo izquierdo del triple volumen normal, libre, no adherido por ningún lado, y por tanto sin alterar el aspecto normal de la piel. No hay infartos ganglionares de la ingle, y el sujeto no refiere antecedentes de tuberculosis ni de sífilis ó venéreo.

Sin embargo, se descubren en él cicatrices de haber tenido en el cuello una adenitis, ó múltiples adenitis supuradas. Las adenitis éstas fueron manifestaciones tuberculosas, y la tuberculosis *ha dormido* unos cuantos años para explotar ahora en el testículo. Esta etiología nos parece más razonable que la de Kocher, quien cree que los bacilos de Koch pueden preexistir hereditariamente en el testículo, y por una causa cualquiera, traumática ó no, pueden llegar á desarrollarse.

Nos decidimos á hacer la castración, porque, no solo lo pide el enfermo, sino además lo exige el desenvolvimiento de la afección, pues comienza á engrosarse el cordón.

Se opera, en fin, por los métodos ordinarios, y extraemos el tumor que nos revela al dar un corte sobre la región del epidídimo un foco purulento. El resto del testículo confirma el diagnóstico, con sus pequeños abscesos y su granulación grisácea en el fondo de los mismos.

El enfermo sale curado á los doce días.

\*  
\* \*

## *Quistes hidatídicos subperitoneales*

Un muchacho de diez y seis años de edad, de aspecto semi anémico, semi caquectico, se nos presenta á la consulta, llamándonos la atención sobre su abdomen. Dice que tiene allí un bulto que le pesa y le oprime. Y sin relacionarlo con el tumor, nos informa de que no tiene apetito, vomita á veces, y no puede hacer ejercicio corporal sin fatigarse.

*Estado actual:* Facies de agobio, de color térreo, cuerpo enjuto, piel áspera. Pulso débil, respiración sin energía. Lengua saburrosa encendida en la punta, sed. No hay fiebre.

El abdomen presenta dos tumores: uno como cabeza de feto, y duro en el flanco derecho, no adherente; y otro como un plastrón en el lado opuesto, desde el hipocóndrio hasta por bajo la espina iliaca.

Para salir de dudas, respecto al diagnóstico y sospechando un quiste, hacemos una punción en el lado derecho; dá en efecto agua de roca. Y basta la extracción de unos cincuenta gramos de líquido, para que disminuyendo la tensión del tumor, no vuelvan los síntomas de peritonismo ni los vómitos, durante ocho días.

Pero reproducido el cuadro anterior decidimos operarle.

*Operación: Laparatomía. Marsupialización.*

Prévia preparación del enfermo: baño, lavado, compresas asépticas en el abdomen, inyecciones hipodérmicas doce horas antes, de diez cent. c. de una disolución de nucleinato sódico al 2 %, abrimos el vientre por incisión media lateral infraumbilical. Caemos sobre el tumor, pero no podemos aislarlo; se pierde por arriba en límites imprecisos, y se prolonga al lado opuesto, por un conducto que solo es permeable á una sonda blanda.

Decidimos pues, marsupializar el tumor, es decir su membrana conjuntiva; después de sacar una porción de hidatides, de líquido y de pedazos de membrana pro-

lígera. Con puntos de catgut hacemos la sutura circular abarcando en un plano, peritoneo, músculos, membrana de cubierta del tumor y piel y colocamos dentro, buena porción de gasa esterilizada.

Todo va bien, en los primeros quince días. Se hacen lavados de la cavidad quística con suero artificial caliente. El tumor del flanco izquierdo ha casi desaparecido, prueba de que tenía comunicación con el abierto, y la herida ha seguido arrojando líquido de roca, é hidatides.

Pero un día advertimos que el líquido es purulento, tiene un olor horrible, y el niño sufre algo de fiebre: se ha infectado la herida. En vista de lo cual, se practican lavados de permanganato al 1 por 2.000, y unos días más tarde con colargol al 1 por 1.000, hasta que se logra (después de un mes) detener el proceso supurativo.

El niño ha mejorado de peso, de nutrición, y por lo tanto de aspecto.

La herida ha cicatrizado ya. ¿Tendremos que operarle otro tumor semejante el año próximo?

Es probable.

---

## *Revista de revistas*

---

*La regeneración y degeneración de los nervios seccionados,*  
por Bernard Cunaó.

La sección de un nervio no se reduce á la interrupción de su corriente, produce un trastorno en la estructura de su porción periférica (Waller). Las lesiones que suceden á esta sección, son del dominio de la histología más refinada y entran de lleno en la degeneración.

Cuando un cordón nervioso se secciona, el extremo periférico pierde rápidamente su aspecto normal, se pone gris, pierde su excitabilidad por las corrientes eléctricas; el extremo central no sufre ninguna modificación aparente, guarda sus propiedades fisiológicas. La causa de la diferenciación de estos dos extremos la explica Waller por la acción trófica que las células de origen ejercen sobre el extremo central, acción de la que es sustraída el pe-

riférico. Estos hechos son explicados con una ley que se conoce en el mundo medical con el nombre del eminente fisiólogo.

Las modificaciones histológicas del extremo periférico, se encuentran bien detalladas en los trabajos de Ranvier Perroncito, Cajal, Marinesco, etc. Estos autores indican que la transformación de la porción distal se empieza á observar á las tres ó cuatro horas de la sección. Cada fibra se modifica individualmente, no existiendo ningún paralelismo entre ellos respecto de estas lesiones. Las alteraciones en cada segmento interanular, se inician en el cilindro eje desde la substancia interfibrilar á la periferia. Las fibrillas de esta se aproximan y fusionan en un cordón que se fragmentan pronto, quedando una serie de granulaciones fuertemente cromófilas, las cuales disminuyen paulatinamente de volumen acabando por confundirse con la substancia interfibrilar. Marinesco dá á esta fuente de fibrillas axiles el nombre de axolysas; estas axolysas son precedidas por una base de hiperplasia caracterizada por un aumento considerable en el volumen del cilindro eje, donde las fibrillas se anastomosan en sentido irregular, aprisionando en sus mallas sustancia interfibrilar.

Las alteraciones de la mielina siguen á las del cilindro eje. Las incisuras de Lehmidt Lautermann se alargan y multiplican, fragmentan la vaina nucleínica en bolas de calibre diferente. Estas bolas que algunas contienen fragmentos de cilindro eje, coleccionan en su alrededor otras más pequeñas que se esparcen en el protoplasma no diferenciado; botón y granulaciones se tiñen por los medios usuales.

Estas alteraciones se acompañan de la división de los núcleos del segmento anular, pues sufren una multiplicación karioquinética, llegando á contener cada segmento 8 ó 12 núcleos, cada uno de los cuales se envuelve por una zona protoplasmática y forman otras tantas células nuevas contenidas con la antigua vaina de Schwann, algunas de las cuales juegan importante papel en la reabsorción de los distritos nucleínicos (Neumann).

Estos elementos (algunos toman forma alargada y son importantes según los defensores de la regeneración antigua) llevan el sobrenombre de *células apoptólicas*.

Todas estas bases de degeneración se producen bajo la influencia de dos fermentos, uno saponificante y otro proteolítico y se comparan por su acción al jugo pancreático (Mott, Halibuston, Schägger, etc )

Todos estos procesos de degeneración varían según la clase de animal: se efectúan rápidamente en los pájaros, es más lenta en los mamíferos y adquieren un máximo de lentitud en los animales de sangre fría. En el estudio de la transplatación nerviosa por Merzbecher, se demuestra que la hetero-transplatación es imposible, pues viene la necrosis del fragmento y nunca su depuración;

diferente ocurre con las homo y auto-transplantaciones, en la que la formación de las células apotróficas indican la degeneración nerviosa. ¿Por qué ésta diferencia? Lo mismo en las hetero que en las auto transplantaciones, existe falta de nutrición del injerto pero en las primeras se explica su necrosis por la producción de una *neuro-toxina* que impide la formación de las células apotróficas.

Según los datos de Waller, la degeneración en el extremo central llega hasta la primera estrangulación de Ranvier; estas modificaciones deben atribuirse á una verdadera neuritis. Esta integridad absoluta ha sido rebatida en estos últimos años por Klippel y Durante, indicando una dejeneración retrógrada casi constante; tal opinión no es sostenida hoy por nadie.

Fuera de los casos de que una neuritis ascendente ha sucedido en la sección y abstracción del hecho de que aquellas células hayan podido ser seccionadas por un arrancamiento brutal del nervio de que ellas dan nacimiento, el cirujano debe de contar prácticamente con la integridad suficiente en el extremo central del nervio mencionado.

Regeneración de los nervios seccionados. En contra del aforismo galénico de que un nervio no puede crecer ni reunirse, nació en 1781 el descubrimiento de Fontana demostrando que en el octavo par seccionado ha podido observar su reparación anatómica. Este hecho ha sido confirmado posteriormente por Cruskchank, Haighton y Halmilton. La posibilidad de esta restauración no está puesta en duda por nadie. Existen dos teorías para explicar esta restauración; 1.<sup>a</sup>, la del *bourgeoisement* (granulación) central, y 2.<sup>o</sup>, la autógena. 1.<sup>o</sup> Teoría del *bourgeoisement* central, formulada por Waller 1852, después por Bruch, y defendida por Ranvier, Vemlerir, Howel, Huber y Strabe, se puede exponer en los términos siguientes: Después de la sección del nervio, su regeneración se efectúa gracias á la formación de granulaciones en los cilindros ejes del extremo central, los cuales penetrando en el distal le recorren progresivamente en toda su extensión; esta penetración se hace con mayor ó menor rapidéz, según la distancia que separa los dos extremos, la edad del sujeto, temperatura ambiente y clase de animal. Después de la unión viene la formación de mielina, jugando importante papel las células apotróficas y la neurona central.

*Regeneración autógena.*—Schiff, Vulpian y Philippeaux, sostienen que los nervios seccionados tienen la propiedad de regenerarse espontáneamente sin intervención de la influencia emanada de los centros nerviosos. El tejido nervioso posee como los otros tejidos una autonomía que se manifiesta por la regeneración de los nervios aislados de los centros y la restauración concomitante de sus propiedades.

El proceso de regeneración autógena lo estudió primeramente Beneke (1872), después de éste un gran número de autores se adhieren, pero Bethe es el que ha sostenido con más calor esta teoría.

No están conformes todos con el mecanismo de esta reparación, pues mientras unos sostienen que depende del cilindro eje, incompletamente degenerado, otros dan importante papel á los elementos de Shwam.

Las células de Shwam antes de la regeneración de los cilindros ejes y de la mielina, presentan una multiplicación activa de sus núcleos, acompañando á ésta la división de los cuerpos celulares, formándose bandos plasmodiales multinucleares que se alargan bajo la forma de fibras (regresión plasmodial de Durante). Le forman también elementos celulares fusiformes que constituyen las células apotróficas que hemos estudiado antes y constituyen la regresión celular propiamente dicha del mismo autor.

La regresión plasmodial domina en el extremo central, la celular corresponde al al periférico y ésta es la teoría sostenida por Büngner, Ziegler, Ballance y Durante.

Ambas teorías han perdido el absolutismo, pues si una nos llega á convencer, no podemos menos de admitir que en la regeneración nerviosa juega importante papel la acción de presencia de los elementos del extremo celular.

Los resultados de la discusión y estudio de todos estos datos son precisos al cirujano, pues así explica hechos clínicos hasta ahora incomprensibles.

---

*La sensibilidad de los órganos abdominales, Kar y Meltzer, (New-York).*

Leunander, de una serie de trabajos, saca como conclusión que todas las vísceras abdominales bien estén en normalidad ó enfermas, son desprovistas de toda sensibilidad al dolor del contacto y á la temperatura, solo el peritoneo parietal innervado por los espinales es sensible y todos los dolores de las enfermedades del vientre deben ser atribuídos, sean á una presión ejercida sobre el peritoneo parietal por el intestino distendido, sea á la tensión del mesenterio que se trasmite á los nervios espinales en relación con sus raíces.

Los autores de este trabajo, creen existe una sensibilidad de los órganos abdominales en su estado normal. Los experimentos demostrativos se han efectuado en perros, gatos y conejos, manifestando que las irritaciones del intestino en la cavidad abdominal han determinado una reacción indiscutible y las tracciones del mesenterio, como las excitaciones del peritoneo parietal son

menos dolorosas. Las cosas se modifican cuando éstas vísceras no se encuentran en el vientre; entonces la sensibilidad disminuye, tanto más cuanto mayor es la debilidad del sujeto. Esta vuelve á corresponder en su intensidad cuando las vísceras se vuelven á su estado primitivo.

¿Estos resultados obtenidos en el perro, son aplicables al hombre?

Las observaciones hechas por los cirujanos sobre enfermos operados sin narcosis, tienden á demostrar la insensibilidad completa de las vísceras abdominales, pero Rast y Meltzer indican que estas observaciones han sido hechas en sujetos cocainizados, y sabemos por los trabajos de Ritter, que la dosis más nimia de cocaína obra á distancia sobre la sensibilidad del intestino. Quedan pues aquéllos casos en que no se utiliza anestesia local ni general y estas observaciones además de ser raras, son contradictorias, pues Mitchell y Heim observan una insensibilidad completa. Ritter ha visto provocar un violento dolor al pellizcamiento del intestino. Podrá pues admitirse la sensibilidad del intestino y de más vísceras, mientras pruebas más concluyentes demuestren lo contrario.

---

*La infección de las heridas por armas de fuego. Notas de cirugía de guerra recogidas durante el curso de la guerra ruso-japonesa. Von Reyher. (Yonvier).*

Este autor, que ha hecho la campaña en la Mandchuria con la ambulancia de Zöye von Manteuffel, en contra de la opinión general, manifiesta que la infección primitiva de las heridas por arma de fuego es constante y que sus peligros no son menos que los de la infección secundaria. proyectiles que parecen enquistados, se desenvuelve á su rededor procesos supurativos que indican infección por microorganismos que trasportados por el proyectil han permanecido en estado latente. Estos microorganismos proceden generalmente de los vestidos, piel, etc. y circunstancias especiales hacen que sea más manifiesto en invierno y primavera, etc. Los accesos de tétanos fueron más frecuentes después de la batalla de Moukden (Febrero) que después de la de Liao-Yang (Septiembre). Las dificultades de transporte agrava el pronóstico.

De todas las observaciones hacen la estadística que exponen en cuadro y de la que resulta que de las heridas perforantes un 58,4 por 100, fueron infectadas primitivamente, y de las no perforantes el 64,8 por 100; ésta varía según el grueso del proyectil y su naturaleza. El papel principal pues, es debido á ésta infección primitiva, la secundaria solo indica el desenvolvimiento de los gérmenes que han presentado.

---

*La tuberculosis esclerosante primitiva de las bolsas serosas.*  
Reinhardt.

Esta lesión presenta á veces localizaciones múltiples y se localizan generalmente en dos bolsas serosas simétricas. Esta simetría se debe generalmente á los frotamientos repetidos, que son la causa determinante de la afección y que ejercen sobre las partes correspondientes de las dos mitades del cuerpo. Anatómicamente estas bursitis se caracterizan en la formación de nódulo-fibrosos, únicos ó múltiples que se implantan, sobre la pared profunda de la bolsa serosa. El exámen histológico encuentra folículos tuberculosos rodeados por rico tejido escleroso. Nunca se encuentra el bacilo.

*Reacciones neoplásicas de los tejidos conjuntivos al bacilo de Koch.* H. Gougerot.

El bacilo de Koch suscita en los tejidos reacciones neoplásicas linfo-conjuntivas. La identidad de estructura entre estos tejidos y el de las neoplásias conjuntivas, prueba este argumento. Este microbio puede producir neoplásias parecidas al cáncer, aunque éstas no son verdaderos tumores de esta índole, pues lo prueba: 1.º, encontrar el bacilo, y generalizarse el proceso terminando por tuberculosis pulmonar 2.º, porque la excitación del bacilo de Koch deduce una inoculación positiva en un linfosarcoide. Constituye un tipo de neoplásia formada por nódulos diseminados en la superficie y sin malignidad clínica. El linfosarcoide se avecina por una parte á la micosis fungida y por otra al linfosarcoma. 3.º, la existencia del bacilo en los diferentes tumores, deduce siempre una inoculación positiva.

Teniendo esto en cuenta, el autor formula su ley basada en el anunciado del epígrafe.—*F. Díez.*

---

## *Noticias*

---

La salud pública en Salamanca, que se había mantenido en condiciones favorables en el mes anterior, amenaza en éste una grave alteración.

Se sabe en efecto que ha ingresado en el Hospital un atacado de tifus exantemático, y aunque los médicos han aislado al enfermo en el pabellón de infecciosos, no por eso disminuye el peligro.

Ese individuo procedía de Cáceres, en donde el tifus existe en bastante proporción, y antes de hospitalizarse había permane-

cido en una casa de un barrio pobre. Esto constituye un segundo peligro de contagio.

De creer es sin embargo, que pueda limitarse el foco, y no tengamos que lamentar mayores males.

\*  
\* •

Los alumnos de sexto año han celebrado con un banquete,— al que invitaron al profesorado, y en el que tomaron parte alumnos del grupo anterior,—su despedida de la vida escolar, si no hay algún tropiezo que lo retrase.

El acto fué muy agradable y correcto, y en él se demostró el cariño que une á maestros y discípulos.

## Movimiento demográfico de Salamanca

		MARZO.
Población, 27.650.		
Número de hechos.....	Absoluto.....	Nacimientos . . . . . 85
		Defunciones . . . . . 81
		Matrimonios . . . . . 15
	Por 1.000 habitantes....	Natalidad. . . . . 3'07
		Mortalidad . . . . . 2'93
		Nupcialidad. . . . . 0'54
Vivos.....	Varones. . . . . 35	
	Hembras . . . . . 50	
Número de nacidos... ..	Vivos.....	Legítimos. . . . . 64
		Ilegítimos. . . . . 15
		Expósitos. . . . . 6
	<i>Total</i> . . . . .	85
Muertos....	Legítimos. . . . . 7	
	Ilegítimos. . . . . »	
	Expósitos. . . . . »	
<i>Total</i> . . . . .	7	
Número de fallecidos.... ..	Varones.. . . . . 49	
	Hembras. . . . . 32	
	Menores de 5 años. . . . . 23	
	De 5 y más años. . . . . 58	
	En hospitales y casas de salud. . . . . 11	
	En otros establecimientos benéficos. . . . . 29	
<i>Total</i> . . . . .	40	

pados y las mujeres para sus quehaceres sedentarios.

En las *amigdalitis*, debe de existir otra concausa, puesto que invade de preferencia á individuos jóvenes del sexo femenino, y de entre ellos más á los linfáticos ó con tendencia al linfatismo. Esta influencia del sexo, puede muy bien relacionarse con el abrigo, casi siempre excesivo, del cuello, por los pañolones ó toquillas que rara vez abandonan aun para estar en casa las jóvenes, el cual es causa de enfriamientos de esa región, al menor descuido; y las de la edad y el linfatismo, con la mayor receptividad que el último supone para toda clase de dolencias, y el funcionamiento exagerado, aunque normal entonces, de un órgano destinado casi á atrofiarse ó á anularse fisiológicamente con el tiempo.

El *reumatismo* ha de tener también por causa la misma desigualdad termométrica reforzada con la exposición á todos los accidentes atmosféricos y especialmente á las mojaduras por las lluvias. Por esta razón, la gente del campo (labradores, canteros, etc.), lo padecen con frecuencia, ocurriendo lo mismo á los curtidores, que si no se mojan con el agua atmosférica ya que trabajan en locales cerrados, andan continuamente en medio de humedad, desnudos de pié ó pierna para muchas operaciones y exponiéndose á la acción de los vientos que circulan ámpliamente por las tenerías, á efecto de su mucha ventilación. Verdad es que esto constituye por otra parte un beneficio, porque los olores infectos que estos operarios se ven obligados á respirar, traerían en otro caso perjuicios graves de los que sin embargo se vé alguno, puesto que todos cuando llevan un tiempo largo en el trabajo presentan cierta palidez que no puede referirse á otra causa.

Las *neuralgias* dentarias son muy comunes á consecuencia del escaso ó ningún cuidado que se pone en la limpieza de la boca, lo cual acarrea destrucciones de los dientes por caries, causa de dolores vivísimos. Las faciales suelen obedecer á corizas ó impresiones bruscas de un aire frío; las ciáticas á humedades, recibidas sobre todo al dormir ó al acostarse en el campo; y las in-

tercostales, braquiales, etc., más raras, suelen venir como consecuencia de análogas causas, aunque en connivencia casi siempre con lo que se dice temperamento nervioso. Los individuos que le tienen, padecen neuralgias más fácilmente.

Y quedan después todas esas enfermedades ó trastornos que podríamos llamar constitucionales, alteraciones de la nutrición, diátesis, modos distintos de esencia y de acción del organismo á efecto de causas que actúan desde *ab initio* como íntimamente ligadas con las condiciones que presidieron á la concepción. Son estas la *obesidad*, el *artritismo*, la *gota*, las *dispepsias*, *hemorroides*, *jaquecas*, *raquitismo*, *escrofulismo*, *nervosismo*, etc., innatas casi siempre y perpetuándose por herencia similar ó trasformada, lo cual hace ver por causa el modo de ser íntimo de los progenitores al tiempo de la procreación que imprime en el procreado un como sello original que no podrá borrarse, pero sí modificarse ó desvirtuarse por las diversas condiciones físicas, intelectuales y morales en que después evolucione, toda vez que la educación forma una segunda naturaleza, según se afirma con razón.

Y terminamos el capítulo con la observación de la rareza del *carbunclo* en relación al número de operarios que manejan pieles á diario, (fabricantes, curtidores, zapateros, etc.), debida acaso á proceder casi todas de buenos mataderos y hacerlas sufrir las primeras y principales manipulaciones en contacto ó dentro del agua; y luego con el estudio etiológico de otra afección que por ser peculiar del bello sexo y presentarse en condiciones especialísimas, hemos dejado para este sitio.

Nos referimos á las *escoriaciones* y *grietas del pezón* comunísimas sobre todo en las primíparas, y que frecuentemente son puerta de entrada de agentes piógenos productores de flemones y abscesos mamarios, que luego dificultan ó imposibilitan la lactancia. Ignoramos si en otras localidades se padecen tanto, y por consiguiente si la causa que asignamos tendrá ó no va-

lor; pero nos parece haber observado en pueblos y aldeas próximas en donde las mujeres visten con más sencillez, llevando las mamas casi libres por encima de un jubón ó justillo y cubiertas solamente por la camisa de amplia hendidura anterior y un pañuelo á lo más encima, que son más raras éstas afecciones; lo cual, de ser cierto, induciría, al menos presunción, de que su frecuencia obedecía al aprisionamiento con que aquí las llevan dentro de camisas cerradas y de cuerpos y justillos altos, que después de sustraerlas en demasía á todas las influencias atmosféricas, las deforman á veces en sus pezones que aparecen semihundidos ó muy poco salientes, costando cuando llega el caso á los niños, grandes y repetidos esfuerzos de succión.

### CAPÍTULO XIII

*Reflexiones científicas acerca de los medios prácticos de evitar las causas morbígenas locales y de sanear la localidad.*—Examinando una por una las causas de mortalidad y morbilidad expuestas en el capítulo precedente, se viene pronto en cuenta de que muchas son evitables por acción particular y colectiva, y de que las que no, podrían aminorarse en mucho sus efectos, si en ello se pusiese el empeño debido. A consignar los medios á ello conducentes tiende lo que ahora vamos á decir, y para hacerlo con algún orden, seguiremos el mismo del anterior capítulo.

La *diarrea en los menores de dos años*, enfermedad que se lleva la primacía en cuanto á mortalidad en este pueblo, hemos dicho en tésis general que reconoce por causa el mal régimen alimenticio imputable en unos casos á la ignorancia de las madres, y en otros casos á su incuria ó falta de medios pecuniarios. Cabe, pues, remover tal causa, y para ello es lo primero establecer las condiciones de un régimen aceptable. He

aquí las principales: "En principio, lactancia directa por la madre desde el día siguiente al del nacimiento hasta terminar la erupción de los dientes caninos, ó sea hasta casi los dos años. Exclusión de todo otro alimento que no sea la leche mamada, hasta los cuatro ó cinco meses. Comienzo entonces de ingestión de papillas de sémola ó pan tostado con leche de cabra diluída ó con caldo de legumbres y carne magra. Purés de patatas, arroz y legumbres á los nueve ó diez meses. Huevos blandos, pesca fresca y carnes blancas y tiernas hácia el año. Alternativa y mezcla de unas con otras de estas mismas cosas, según la edad avance. Agua común como bebida. Disminución de la tasa alimenticia, supliéndola por las mamadas en mayor número, al notar en el niño la más mínima indisposición, ó al acercarse la salida de un grupo de dientes. Y el niño sano y éstos fuera, suprimir la lactancia, siguiendo con la leche de animales, el chocolate, las sopas, verduras y carnes más fuertes, avanzando siempre respecto á su clase, con parsimonia,,.

Este sería el régimen ideal; pero como no siempre puede seguirse, hay que pararse en detalles circunstanciales. Puede la madre hallarse imposibilitada para criar, ó al niño no venirle bien su leche, imponiéndose entonces la necesidad de una nodriza. Que no se halla por de pronto ó es imposible subvenir á los gastos que ocasiona? Uso del biberón dirigido por el médico ú otra persona competente, y en último caso, lactancia directa de animales. Hemos visto niños criados por cabras de este modo durante todo el tiempo de la lactancia, y con resultados inmejorables. La obra de la "*gota de leche*," no puede arraigar en pueblos pequeños como este; y en su defecto y cuando hubiese de usarse el biberón, debería hervirse ésta momentos antes y esto aun en el caso de que hubiese sufrido ya esta operación una ó más veces antes. Por lo demás, la lactancia directa de la cabra, aunque algo engorrosa, tiene la ventaja en estos pueblos de la baratura de su manutención y la de suministrar un producto de buenas

condiciones, gracias á las precauciones higiénicas de que á poca costa, se puede rodear al animal.

Sobre todos estos extremos, sería muy útil instruir á las madres y á las que aspiran á poder serlo, pero no ya solo en las Escuelas en las que por otra parte tampoco suele hacerse, sino por medio de conferencias dadas por los médicos y personas prestigiosas, por consejos directos de las mismas, por la divulgación de mil manuales que se han publicado á este fin, por la mañana en los Colegios de señoritas, y hasta por un examen de aptitud que el Estado podría decretar antes del matrimonio, en uso de un perfecto derecho. No lo exige la Iglesia á ambos contrayentes sobre Doctrina? Pues si ella vela, como es su deber, por la educación del alma de la prole, que tal será el objeto del examen previo, también el Estado debe velar por la salud y educación del cuerpo, máxime tratándose de seres indefensos como los niños, los cuales por esta causa tienen derecho á una suma mayor de protección.

Y puestos ya en el caso de esta Enseñanza, cabría inculcar á las madres presentes y futuras las ventajas de los baños templados en verano y de las afusiones y lavados en todo tiempo del vientre y espalda de los niños con agua fría para precaverles de la diarrea; despreocuparlas de que es peligroso que se supriman la baba y la diarrea durante la dentición, haciéndolas entender que estos fenómenos son anormales; demostrarlas que las trasgresiones de régimen son de peor efecto en el verano y sobre todo cuando tiene lugar en éste la erupción dentaria; avisarlas de los peligros que hay en darse de mamar al volver del trabajo acaloradas, etc., etc. Y como la enseñanza teórica ó de palabra no hace tanta mella, hacer que se corrobore como de continuo lo estamos nosotros haciendo, con casos prácticos, el niño de Fulana por ejemplo, que nació desmiriado y á quien se bañó desde el principio haciéndose después robusto; el de Citana que fué destetado antes

de tiempo y de robusto que era se convirtió en enteco, etc. (1).

La *congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebral*, reconociendo como reconocen por causa los cambios nutritivos que trae como consecuencia la vejez, no pueden casi evitarse. Sin embargo, algo se podría aminorar su número si consiguiésemos que, más que por el estado del organismo, se hiciesen los hombres viejos por la edad. Hay quien ya lo es á los 50 años y quien alcanza 70 sin serlo tanto; y este resultado se debe, no solo al temperamento y constitución hereditaria, sino á la observancia ó negligencia por parte del individuo, de las reglas de una buena Higiene. Por eso disminuirían estas afecciones con la vida metódica, la tranquilidad, el ejercicio moderado, la abstención del tabaco y de las bebidas alcohólicas, los baños y afusiones, todo lo que puede contribuir á mantener en tono el vigor del organismo y á separarle del rumbo que originario ó adquirido toma frecuentemente aquí hacia el artritismo, linfatismo, etc., y si los ya predispuestos por edad ó achaques anteriores fueran más cuidadosos respecto á la exposición á los calores ó fríos fuertes, á la aproximación á la lumbre de llama, á los esfuerzos, etcétera.

El *sarampión* como todas las enfermedades contagiosas, se evitaría con el aislamiento riguroso de los enfermos y la separación absoluta de los sanos que no lo hubiesen padecido. Pero tiene este de especial, que

---

(1) Esto sí que convence. Por eso los modernos pedagogos se esfuerzan en buscar medios sensibles con que inculcar á la niñez conocimientos. Las madres, el vulgo, nosotros todos, somos también niños en esto. Un hijo nuestro de pocos meses, afecto de una erupción en la cabeza, fué sometido á lavados y separación con tijera del pelo y costuras del punto afectado. Bajo pretexto de buscar mayor luz y en realidad para que sirviese de ejemplo, se hizo esta operación en la calle y á la puerta de casa. El niño curó enseguida; y como después no padeció de la vista ni se le metió la erupción dentro como en con de lástima se atrevió á pronosticar alguna circunstancia, resultó este hecho una lección excelentísima para que las madres perdiesen el miedo á la cura de estas afecciones, que aún hoy muchas consideran como verdaderos *noli me tangere*.

el grado mayor de contagiosidad se presenta en el periodo de invasión cuando aún andan los enfermos por la calle, y por eso el secuestro no debe alcanzar solo á los atacados y convalecientes sino hasta á los presuntos contagiados en un periodo al menos de 12 días desde el último en que se expusieron al contagio. Y como esta enfermedad, por haberla padecido en la infancia todos ó casi todos los adultos, viene á quedar como propia casi exclusivamente de los niños, resulta que los presuntos contagiados serán solo los niños que en la Escuela, en las casas, en los puntos cualesquiera en que más ó menos de estos se suelen reunir, se hayan puesto en contacto ó comunicación con quien aquél día, el siguiente ó á los dos, tuvo que quedarse en cama para curar el sarampión.

La aglomeración, pues, de niños, es causa abonadísima para la propagación de esta enfermedad, motivo por el cual viene siendo el cierre de Escuelas una de las medidas preventivas, por lo común la única de caracter general, que se toman contra ella, la cual no tiene casi razón de ser sobre todo en localidades pequeñas, en las que es fácil percatarse de la existencia del mal, señalando de antemano y reteniendo en casa á los presuntos contagiados hasta que en ellos se presente, ó pase el término prudencial de observación.

Aleccionados nosotros por la epidemia del 1895-96 en este pueblo, de la que tantas veces hemos hecho ya mención, rehuímos en otra siguiente (1901), acceder al cierre de Escuelas á pesar de ser niños asistentes á ellas los primeros atacados, y con la adopción de los medios propuestos antes se cortó la epidemia sin extenderse más que á diez ó doce, y sin que originase ninguna defunción.

La *bronquitis aguda*, dadas las causas que la producen, sería también en muchos casos evitable. Hemos dicho que su mayor frecuencia y mortalidad está en la edad de los niños. Haciendo á los niños menos susceptibles á la acción del frío y robusteciendo á la par sus organismos por las prácticas hidroterápicas que

ya hemos recomendado antes para otro mal, se les libertaría de muchos catarros, así como las madres conseguirían igual resultado no abrigándoles en demasía como suelen tender á hacerlo, sacándoles más al aire, no calentándoles los pañales, proscribiendo los gorros de lana, y sobre todo guardando más precauciones al levantarles de la cuna ó cama mil veces quitándoles el sueño, para ir, atravesando habitaciones con puertas y ventanas abiertas, á limpiarles y vestirles, *para que no cojan frío*, ante la llama de la cocina y en medio de la corriente de aire que llama la chimenea.

Pésima es esta costumbre, puesto que el niño debía lavarse y vestirse en su dormitorio sin exponerle nunca al fuego; pero no lo es menos el uso de las fajas (ceñidores las llaman por aquí cuadrando bien el nombre con sus efectos) con que, bajo pretexto de sostén de las envolturas, les oprimen y aprisionan el pecho, cifrando las madres su mayor ó menor habilidad, en dejarles airosos y rígidos para que el tronco no se doble y sea firme en ellos la actitud de polichinela. Acostubramos en los pequeñitos cuando enfermos, disponer que no se les aten los pañales, para dejar en completa libertad al pecho, y si el mal es grave, obedecen las madres; pero después, vuelta á las andadas. El remedio estaría en la enseñanza de ellas y en el ejemplo (1).

Contra las *lesiones orgánicas del corazón* ya no es tan fácil prevenirse, porque son como una secuela de la vejez y ésta no puede evitarse. Atendiendo, no obstante, á la participación que creemos que tienen en su determinismo las emociones, disgustos, agitación,

---

(1) Ocúrrenos que la moda, cuya fuerza en el bello sexo puede tanto, podría servir en este caso al fin que se propone la Higiene. No habría algún higienista de fama, alguna Sociedad ó Corporación de las que se ocupan de estas cosas, que poniéndose en relación con las modistas ó modistos de París, quienes diz que dán la ley al mundo entero, consiguiese que diesen estos un patrón higiénico de vestido de niño? Y que luego le hiciesen coro con figuras y figurines los periódicos y revistas de moda haciendo que lo usasen desde luego los niños hijos de madres elegantes?... Este sería un buen paso en pró del ideal, porque el ejemplo cundiría como lo estamos viendo con otros ridículos y extravagantes, y que á pesar de eso, se generalizan pronto.