

OBSERVACION CUARTA.

En el año de 187... fué operado el Sr. N. M. por un cáncer epitelial que tenia en la comisura izquierda de la boca, y que invadia la mucosa, la que presentaba la ulceracion característica, del tamaño de una peseta. Se extirpó todo lo que comprendian los tejidos degenerados, hasta llegar á tejidos sanos, tanto en la circunferencia como en la profundidad.

Al cabo de quince dias, la extensa pérdida de sustancia intra-bucal habia cicatrizado, y el enfermo deseaba entregarse á sus ocupaciones y se despidió.

Tres ó cuatro meses despues se nos presentó el Sr. M. El mal habia vuelto; pero de una manera espantosa, y con tanta intensidad, que habia deformado su fisonomía, por los extragos que el epiteloma habia producido.

Segun su decir, habia estado perfectamente bien por espacio de mes y medio; pero que pasado ese tiempo, habia comenzado á notar el hinchamiento de la cicatriz, el de la piel de la comisura labial y el de los tejidos circunvecinos, y por último, que temiendo otra operacion, habia consultado á muchos médicos y aplicándose muchos remedios.

No solamente la antigua ulceracion se habia reproducido, sino que era mucho más extensa, teniendo en el interior de la mejilla un tamaño mayor que un toston irregular, angulosa, saniosa, sentada sobre una base endurecida y voluminosa, habia destruido la comisura y se propagaba á la piel, la cual estaba ulcerada en una extension de centímetro y medio de diámetro. Esta ulceracion cutanea estaba rodeada de una zona endurecida de tres centímetros de anchura en su mayor extension. La piel adherida á los tejidos profundos, roja, nodulosa, irregular, llena de pequeños vasos nuevamente desarrollados, y que se percibian á la simple vista.

La glándula submaxilar estaba invadida por la degeneracion, formando un tumor voluminoso, del tamaño de un huevo de paloma, y enclavado é inmóvil en la region supra-hioidea.

El enfermo reclamaba la operacion, sus sufrimientos eran grandes, se debilitaba, no dormia, perdia las fuerzas y se hacia caquético.

Hacer solamente una extirpacion completa de todos los tejidos invadidos, seguida de una autoplastia de la cara, me parecia no indicada, atendida la gran vitalidad del tumor y á la energia y rapidez con que se reprodujo. La reproduccion del tumor era segura, y pensamos en ligar la carótida externa, no tan solo para disminuir la pérdida de sangre durante la operacion, sino para modificar en un tanto la vitalidad de esa region, y procurar obtener una reparacion sin recrudescencia del epiteloma.

Urgido por el enfermo, procedimos á la operacion, acompañado de los Señores Mercker y Marin José Maria.

Una vez cloroformado, procedimos á buscar la carótida externa, lo cual fué

un poco difícil, atendidas las condiciones anatómicas de esta arteria. Cortamos entre dos ligaduras el anastomosis venoso que la cruza, y poco despues encontramos el origen de la tiroidea superior. Nacia ésta á medio centimetro de la bifurcacion del tronco, y pensamos todos los asistentes que no era posible dejar tan corto espacio para la formacion del coágulo cardiaco. En tal virtud nos resolvimos á ligar la carótida primitiva; la que descubrimos más abajo, la aislamos perfectamente y la ligamos á dos centimetros de su bifurcacion.

Notamos y observamos con cuidado el efecto de la ligadura. Al momento de cerrar el hilo el enfermo palideció y la pupila del mismo lado se dilató ligeramente. Ningun otro fenómeno se presentó.

En seguida procedimos á la separacion de toda la porcion degenerada de la mejilla, lo cual hicimos, teniendo poca sangre que nos molestase, lo que nos permitió disecar con facilidad nuestros colgajos. En seguida pasamos á operar sobre la glándula submaxilar. Disecábamos ésta hácia su extremidad inferior y externa, cuando de repente tuvimos una hemorragia considerable que venia de la primera porcion de la facial. Ocurrimos á nuestra arteria, y vimos que estaba bien ligada, y sin embargo, la sangre salia en gran cantidad. A duras penas pudimos mi hermano y yo, tomar y ligar las dos extremidades del vaso dividido. Continuamos nuestra operacion hasta terminarla, sin haber sufrido por nueva hemorragia. Hicimos la autoplastia de la parte reseca de la mejilla, y curamos nuestras incisiones del cuello, dejando colgar el hilo de la ligadura.

El Sr. M. se repuso prontamente, salvo pequeños incidentes: sus heridas cicatrizaron y el hilo cayó á los diez y seis dias: mes y medio más tarde estaba restablecido, y se despidió de sus médicos.

A los tres meses el cáncer se habia reproducido, y su marcha fué rapidisima, porque dos meses despues, poco más ó ménos, moria este valeroso enfermo, á los tres y medio meses de la operacion.

OBSERVACION QUINTA.—CONCEPCION RUIZ.

Existe en la ciudad de Puebla una niña de doce años, que vive de limosnas, y cuya fotografía acompaño, afectada de un enorme angioma cavernoso de la mitad de la cara, que invade el carrillo, el labio superior y el inferior sobre todo, en el cual forma una especie de trompa amoratada. Esta niña la vi pocos meses despues de nacida, y entónces el angioma no predominaba tanto, teniendo regulares facciones. El tumor penetra al interior de la boca, en donde se le ve formando masas voluminosas, invade la bóveda palatina, el velo del paladar, y penetra en la órbita derecha.

El año de 1879 se resolvieron sus padres á que se intentase alguna operacion que la aliviase. Ingresó al Hospital. Era materia difícil elegir el método que se debería poner en práctica para destruir ese tumor. Sin embargo, despues de

consultar con los Sres. Marin José María y Dávila, nos resolvimos por el medio siguiente: atravesar en distintas direcciones y en varias secciones el tumor, por medio de alambres de platina hechos incandescentes por la electricidad, de tal manera, que cruzando en diversos sentidos al angioma, produjésemos multitud de cauterizaciones intersticiales, que nos formasen una red de tejido retráctil de cicatriz, en el espesor mismo del tumor, ó sea ingeritar el tejido cicatricial sobre el tejido eréctil cavernoso.

Procedimos á operar, y pasamos una aguja llevando tras de ella un hilo de platina de un milímetro de grueso, que entraba por la comisura labial derecha y caminaba en el espesor de la mejilla, saliendo al exterior, en el centro de ésta. Pusimos en contacto el hilo con los reóforos de una pila de Grenet. Al pasar la corriente se percibió el chasquido y el olor de carne quemada. Otro hilo paralelo al primero, se colocó á un centímetro más abajo, y entónces tuvimos, despues de haber cauterizado, una hemorragia abundantísima que salía por las aberturas hechas. La pérdida de sangre no cedía á ningun medio: compresion, hielo, estípticos, nada la detenía. La niña descloroformada se agitaba y lloraba continuamente inundándonos de sangre. No tuvimos otro recurso que sujetarla y ligar rápidamente la carótida comun del lado derecho. Ningun accidente sobrevino y la hemorragia se suspendió en el acto.

El angioma, despues de la oclusion de la carótida, palideció, se hizo más blando, ménos turgescente y pareció haber disminuido de volúmen. Pocos dias despues, recobró su tamaño y volúmen primitivos.

Réstame decir que en el espacio de veinte dias, el hilo se desprendió, mientras que la herida en su mayor parte habia cicatrizado. Durante la curacion no presentó fenómeno alguno debido á la ligadura de la carótida. Pocos dias despues salió del Hospital.

Creo que en este caso nuestra falta consistió en no haber usado de lambus muy delgados. Sin embargo, no intentaria de nuevo esa operacion, en un tumor tan vascular.

REFLEXIONES.

Estas cinco observaciones se dividen en cuatro ligaduras de la carótida primitiva izquierda y una sola del lado derecho. En estos cinco casos á que me refiero, tres de los operados sobrevivieron y dos murieron, uno á consecuencia de la reproduccion del cáncer de la cara y algunos meses despues, habiendo cicatrizado de la herida que para ligar la arteria se le hizo. El otro de meningo encefalitis, por fractura de los huesos de la base del cráneo. Todas estas ligaduras fueron semejantes en cuanto al procedimiento, el que fué practicado segun las reglas de la medicina operatoria: pasando el hilo sobre el punto en donde el omohioideo cruza á la carótida, cuidando de aislarla exactamente del nervio y de la vena.

En la pieza que acompaño, el hilo está atado á poco más de dos centímetros de la bifurcacion de la carótida sobre el tronco comun (Observacion segunda). Aquí se ven los coágulos obliterantes en forma de clavos, arriba y abajo de la ligadura. El inferior es más largo que el superior, mide un centímetro de longitud, tres milímetros en su mayor espesor: es cilindro-cónico, su superficie está formada de coágulo blando, es regular y lisa. El superior es mucho más corto, de cuatro milímetros de longitud, es esfero-cónico, formado de fibrina pura, y su superficie es irregular y carcomida. En esta arteria, ántes de su division, se nota la abertura de una colateral, y en la carótida externa se ve que la primera rama está situada á ménos de un centímetro de su nacimiento. Hecho importante para el caso en que se la hubiera ligado por el procedimiento de Guyon.

En cuatro de las observaciones, la arteria ha sido ligada por hemorragias considerables del cuello. En la primera y tercera, las heridas habian llegado al último grado de la anemia, y al primero se le operó estando en síncope, y sin embargo de que se cerró en éste el afluente carotideo cerebral, no se presentaron convulsiones, hemiplegias, parálisis ni aфонía.

Estas observaciones son poco numerosas, es cierto, y no pueden absolutamente infirmar las compiladas por los autores que han hecho las estadísticas de esta ligadura.

Vamos á referir las de los principales.

¹Leon Lefort ha reunido 270 casos: de éstos 100 murieron, ó sea el 37 por ciento.

²Narris ha reunido 149 observaciones de ligadura de la comun, teniendo 54 muertos, ó el 36 por ciento.

³Morton, 30 casos. La mayor parte por aneurismas de la órbita, y solo tres murieron: 10 por ciento de mortalidad.

⁴Las estadísticas de Pils son las más extensas. Compiló 600 casos divididos así:

	Casos.	Curados.	Muertos.	Indecisos.
Por hemorragia	228	94	128	6
Por aneurisma	87	55	31	1
Por extirpacion de tumores . .	142	87	49	6
Preliminar á extirpaciones . .	71	38	25	8
Afecciones nerviosas	34	33	1	
Aneurismas (Brasdor)	38	12	25	1
	<u>600</u>	<u>319</u>	<u>259</u>	<u>22</u>

1 Gassete Hebdomadaire.—Paris, 1868.

2 Holmes. A sistem of surgeis. Vol. 3.

3 American Medical Journal. Se. 1865. April.

4 Lagenbecks Archiv vol. IX, 1868, pág. 394.

La mortalidad, según Piltz, es de 43 por 100.

Todos estos números prueban que esta operación es muy grave, mucho más que cualquiera otra de la cirugía mayor: que tan solo se debe practicar cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran. Si tomamos los casos de hemorragia en las estadísticas de Piltz, veremos que la mortalidad ha sido mayor de la mitad ó sea de 56 por ciento. Lo que prueba que las hemorragias del cuello por división arterial, son en extremo letales.

No solamente la muerte es inmediata en estos casos, lo cual lo vemos con frecuencia, porque la mayor parte de los heridos mueren al ser conducidos á los Hospitales, sino que aquellos que logran ver su hemorragia detenida, quedan expuestos á morir por los accidentes de la anemia considerable, consecutiva á tan enormes pérdidas de sangre, á la anemia cerebral debida á la hemorragia, á la ligadura de la carótida, al choque traumático, y más tarde á las hemorragias consecutivas, á los accidentes cerebrales persistentes, y por último á las complicaciones generales de toda herida grave, erisipela proenica, etc., etc.

A pesar de lo sombrío de este cuadro, necesitamos buscar alguna claridad en medio de los hechos colectados por Piltz, Narris y otros. ¡Cuán diversas habrán sido las lesiones que han necesitado la ligadura, qué distinto el estado de los enfermos al momento de practicarlas, y cuán diversos los cuidados y tratamientos consecutivos. Heridas cortantes, de arma de fuego, desgarramientos, multitud de complicaciones y dificultades. El estado orgánico, las diátesis, todo habrá sido diverso, léjos de ser uniforme. La uniformidad y la relación de hechos semejantes, es la falta habitual de la mayor parte de las estadísticas, en donde los casos se amontonan, dando por resultado muchas veces, conclusiones distintas de la verdad.

Refiriéndonos á nuestra ligadura, creo que el estudio atento de cada caso particular, el uso de los medios aconsejados por la ciencia, la constante aplicación para combatir las complicaciones que se presenten, la vigilancia continua de nuestros enfermos, nos darán á conocer más tarde, que si la ligadura de la carótida es grave, no lo será tanto, si observamos los anteriores preceptos.

Por lo que á mí toca, esta es la impresión que han dejado en mi espíritu el estudio y la meditación, sobre los cinco casos á que me refiero, encontrando que en ninguno de ellos haya sido la causa determinante de la muerte, la ligadura de la carótida primitiva.

Respecto á los dos grandes accidentes de esta ligadura, expondré algunas de mis ideas. Primero, sobre la complicación de anemia cerebral. Segundo, sobre las hemorragias consecutivas.

Respecto á la anemia cerebral, diré, que suprimida la circulación en la carótida primitiva, se sustrae repentinamente cerca del tercio de la cantidad de sangre que circula en el encéfalo. Una supresión tan brusca puede ser seguida

de accidentes que generalmente son pasajeros; pero que algunas veces pueden hacerse alarmantes. No tan solo se disminuye la cantidad de sangre que circula en aquel; sino que la presión interna que los vasos cerebrales ejercen sobre la sustancia del cerebro, disminuye repentinamente, sobre todo en el lado de la ligadura, produciendo una especie de choque cerebral. La substracción súbita de la sangre hacia el encéfalo, produce una especie de conmoción ó choque, de origen interno.

Después de esta especie de consunción por anemia, algunos territorios vasculares pueden permanecer en estado de vacuidad, y pueden también formarse en ellos trombosis de sus arteriolas y venillas por debilitamiento de la circulación, principalmente cuando ésta no se restablece suficientemente por medio de las anastomosis cerebrales, hechos insuficientes por falta de sangre. Estos hechos explican las parálisis limitadas á una parte del cuerpo. La observación clínica también nos revela que de las diferentes porciones del encéfalo, la substracción de la sangre en las unas obra más rápidamente que en las otras. Así, pues, vemos con frecuencia, que aun por hemorragias moderadas, la respiración es una de las primeras en afectarse, pues la vemos hacerse frecuente y ansiosa. Es necesario decir también, que el centro respiratorio tarda en paralizarse, y que no se observa la suspensión de su funcionamiento, sino en los últimos grados de la anemia.

Todavía es más de temerse la muerte á consecuencia de la ligadura, en aquellos individuos á quienes la hemorragia deja exangües, y en donde la vida está próxima á extinguirse. Si se hace la ligadura en estas condiciones, viene á ser entonces el golpe de gracia que determina la parálisis cerebral. Recuerdo á un herido que fué llevado al Hospital con hemorragia, por una de las arterias del cuello; estaba insensible, y el síncope era tan completo, que se le dió por muerto. Llevado al depósito de cadáveres, permaneció allí por algunas horas. Reconocido el engaño, se le trasportó á una cama, comenzando por reanimarle. Vuelto al conocimiento, buscamos el vaso herido, cuando una ligera pérdida de sangre determinó la muerte real. Claro es que si en este herido se hubiese ligado la carótida, podría haberse atribuido la muerte á la operación.

En la observación primera tuvimos un caso algo parecido: la pérdida era considerable, sin embargo, percibíamos el pulso. En este hecho la ligadura de la carótida salvó al herido de una muerte próxima. Cuando los accidentes cerebrales se hacen persistentes, éstos deben ser debidos á lesiones bien marcadas del cerebro, dependiendo el mayor número de veces de embolios producidos por coágulos desagregados, y que provienen de los sacos aneurismales, ó del desprendimiento de una parte ó del todo, del tapon fibrinoso que se forma sobre la arteria ligada. En la ligadura de la carótida por hemorragia, generalmente estos accidentes han sido pasajeros, porque es claro que si el círculo de Willis está bien desarrollado, permite la circulación compensadora. En este caso las

parálisis deben desaparecer en poco tiempo, en tanto que, como Nothnagel asienta, las parálisis persistentes son debidas á cambios anatómicos, sobre todo al reblandecimiento cerebral, tal como se observa despues de la muerte y que comunmente es de origen embólico.

(Continuará.)

GINECOLOGÍA.

PÓLIPO FIBROSO INTRA-UTERINO.

Nada útil ni digno de la atencion de la respetable Academia, espereis de mí: no cuento ni con capacidad ni tiempo para ello; pero por obedecer un precepto reglamentario y sin pretension alguna, solicito vuestra indulgencia y doy lectura á una observacion recogida recientemente por mí en el consultorio «Eduardo Licéaga;» seré breve para hacer menor vuestra molestia.

OBSERVACION.

Un pólipo fibroso intra-uterino, pediculado, implantado en la cara posterior de la cavidad uterina y sobre el borde posterior de la abertura superior, que dió lugar á muy frecuentes hemorragias, que produjeron una anemia alarmante. Desconocido por cuatro años de existencia, reconocido el día 26 y operado el día 28 inmediato del mes de Noviembre próximo pasado.

Juana N..., natural y vecina de Cuernavaca, de 43 años de edad, doméstica, viuda, ha tenido seis hijos, el último hace seis años, todos sus partos felices: cuatro años há que dice comenzó á padecer, que sus reglas venian con regularidad en su periodo; pero que se prolongaban hasta quince dias: que despues de algunos meses eran ya verdaderas hemorragias, y que desde hace tres años la hemorragia ha sido continua, alguna vez muy abundante, que nunca ha sido de mal olor, que algunas ocasiones ha tenido dolores en las ingles y vientre bajo, que se ha curado por varios facultativos, que no ha tenido alivio ni tampoco ha sabido cuál sea su enfermedad: el día 20 de Noviembre vino á esta poblacion, consultó con una profesora de Obstetricia, quien la remitió al consultorio «Eduardo Licéaga» y se presentó á consulta el día 26 del mismo mes, y tenia el estado siguiente: enflaquecimiento general extremo, palidez notable con tinte amarillento y manchas oscuras en los labios, encias y párpados como de mal de Adisson, pulso pequeño, concentrado y frecuente, y no podia mantenerse en pié por su extrema debilidad: se quejaba de dolores en las ingles y vientre bajo, y de estar padeciendo flujo sanguíneo continuo y abundante: que