

Si se reflexiona que la más ligera variación de tensión en las cuerdas vocales da lugar á marcada diferencia en el tono y que multitud de finas diferencias de altura en el sonido están al arbitrio de un cantor, áun de mediana habilidad; salta á los ojos la convicción de que tanta variedad de tonos es más obvio que dimanar de un solo músculo que de la combinación de varios, por exacta que sea su coordinación.

Veamos para concluir cuáles son los resultados de la experimentación cuando se divide ora el tronco del laríngeo superior, ora su ramo externo. Todos los observadores están de acuerdo en que después de la operación, la voz se hace ronca y esta ronquera es atribuída á la falta de tensión de las cuerdas vocales originada por la parálisis del crico-tiróideo. Esta interpretación es falsa porque según las observaciones de Lívon esta alteración de la voz es pasajera y desaparece después de algunos días y pudiera explicarse por una alteración vascular de la mucosa debida á la sección de hilos tróficos que el nervio cortado contiene. Compárese esto con las profundas alteraciones ó la pérdida absoluta y permanente de la voz que la sección de los recurrentes ocasiona, y sin dificultad será admitido el papel que el músculo crico-teróideo desempeña, no en la fonación como se ha creído, sino en el acto de la deglución como he procurado demostrarlo.

Están por estudiarse las perturbaciones que la deglución experimenta consecutiva á la sección del nervio laríngeo superior. Este trabajo que en estos minutos tengo emprendido, vendrá, lo espero, á confirmar las ideas que acabo de exponer.

México, Noviembre 9 de 1892.

J. M. BANDERA.

CLINICA EXTERNA.

Tiroidectomía total en dos tiempos. — Bocio quístico-canceroso, ulcerado. — Curación.

DESIGNADO por turno reglamentario, tócame la inmerecida honra, señores académicos, de ocupar vuestra ilustrada atención por breves instantes. Si el asunto que sirve de tema á este insignificante trabajo no es digno de vuestra reconocida competencia y sabiduría, culpa será tan sólo de la insuficiencia y pequeñez del autor, mas no carecerá por esto de la más alta y trascendental importancia el problema médico-quirúrgico que envuelve el epígrafe de esta humilde lectura.

En efecto, siendo el bocio enfermedad muy esparcida en nuestro extenso territorio, con frecuencia se presenta al práctico la ineludible obligación de resolver, médica ó quirúrgicamente, las más arduas cuestiones, relacionadas con la fisiología y patogénesis de la misteriosa glándula tiroídea. El bocio empieza siempre por constituir simplemente una fealdad, pero acaba muy comunmente por convertirse en serio peligro, en terrible amenaza para la existencia. Así pues, unas veces la estética, otras una vida gravemente comprometida, reclaman imperiosamente nuestro auxilio. En este último caso está comprendida la historia clínica que paso á referir.

Desiderio Arredondo, originario de Choiz, pequeño pueblo del Distrito del Fuerte, en Sinaloa, situado sobre el río del Fuerte, en la falda de la Sierra Madre, de 61 años de edad, de ejercicio ranchero, de temperamento sanguíneo, muy corpulento, bien musculado, no tiene, según dice, ascendientes ni descendientes *buchonos*. Ha gozado siempre de excelente salud, y no recuerda haber hecho cama nunca, hasta hace cuatro meses, con motivo de una fiebre continua que duró 15 días. Refiere que tuvo una convalecencia penosa, con trastornos frecuentes de las vías digestivas, sin que estos le obligaran á interrumpir sus labores de campo. Que desde esa fiebre empezó á notar que el cuello, algo abultado hacía años, por un pequeño bocio, estacionario é indolente, le empezó á crecer extraordinariamente, pero en proporciones y rapidez tales, que alarmado fuese á la vecina Villa del Fuerte á consultar al Dr. De la Torre. No pudo este señor encargarse de su curación por tener que ausentarse. Provenía su alarma, no sólo por el gran volúmen que alcanzaba ya el tumor, obligándolo á adoptar postura penosísima, sino porque el segmento derecho, desde su formación, le producía dolores lancinantes insoportables y muy constantes, irradiando á todo el cuello é impidiéndole el sueño, algo la deglución y no poco la respiración, imprimiéndole á la voz un tono grave y áspero. Resolvióse entonces á pasar á esta población para pedirme consejo.

* * *

Así fué como lo examiné por vez primera el 27 de Septiembre de 1891. Para representarse la extravagante actitud de Arredondo, habrá que figurárselo erguido, con la cabeza fuertemente reclinada sobre el dorso y la

mirada forzadamente hacia arriba, obligado á tan incómoda postura, por un gran tumor que portaba en el cuello, irregularmente globuloso, de las dimensiones de la cabeza de un niño de ocho á diez años. Siempre que intentaba inclinar la cabeza para adelante, tras del aumento del dolor, le sobrevinían accesos de sofocación, por comprimirse los vasos gruesos y la tráquea. Dicho tumor ocupaba todo el cuello, desde el plano externo-clavicular hasta el borde inferior de la barba, fuertemente levantado, y en sentido horizontal entre los externo-cleido-mastóideos, forzadamente rechazados hacia afuera y atrás, sobre todo el del lado izquierdo. El aspecto del tumor era el de un bocio bi-lobado, de forma esférica á la izquierda, y figurando un cono de vértice saliente á la derecha. Este cono estaba coronado por dos grandes ulceraciones profundas, crateriformes, y varias chicas, de superficie gris súcio, de bordes callosos, cortados perpendicularmente y dejando escurrir pus sanioso, fétido, en abundancia. La piel circunvecina era violácea, cobriza, lustrosa, y rodeada por una aureola rojiza edematosa. La palpación permite limitar á la derecha un cuerpo duro remitante y poco movable. Penetra el estilote por uno de los cráteres con cierta dificultad, dividiendo trabéculas fibrosas resistentes, hasta 8 centímetros de profundidad, donde se llega sobre una pared rígida, incomunicada con el resto del tumor. En la esfera del lado izquierdo parece notarse fluctuación profunda, y la piel está surcada por venas tortuosas, gruesas, repletas de sangre.

Por vía de examen introduje en el centro de dicha esfera, previa asepsia local, un trócar del aspirador de Potain, dando salida á un líquido muy espeso, algo fétido y por su color y aspecto semejante al pus hepático. Al terminar la salida de 800 gramos del contenido quístico, escurrió sangre pura por la cánula. Vacía la bolsa pudo notarse que sus paredes eran muy gruesas, consistentes, y permitían circunscribir mejor los límites y relaciones anatómicas del segmento de la derecha. Descansaba este por su base sobre la tráquea y laringe y tiene movimientos de desalojamiento muy limitados.

La preexistencia de un pequeño bocio estacionario, antiguo, su desarrollo rápido después de la fiebre, en localidad donde es endémico; el resultado de la punción exploradora, y demás datos microscópicos apuntados, parecen militar en favor de un bocio quístico, de naturaleza compleja. En efecto, esa neoplasia, anexa al quiste tiroideo, parece tener todos los

atributos de las degeneraciones malignas, cancerosas: la edad del sujeto, desarrollo rápido, inusitado, la consistencia remitente, esquistosa; doloroso desde su formación, con carácter lancinante, tendencia á la ulceración de la piel; el aspecto característico de dichas úlceras, excavadas, callosas, el pus sanioso fétido; con residencia donde abundan las afecciones cancerosas, son datos suficientes para caracterizar una neoformación maligna, local, primitiva. Si ésta precedió ó no á la formación del quiste, no es asunto que para el caso tenga grande importancia. Dice Wölfler á este respecto: "No siempre se puede encontrar en el campo del microscopio diferencia entre el bocio benigno y el maligno; no estamos aún en aptitud de fijar exactamente nuestros conocimientos anatómicos, ni nuestras nociones clínicas. Es muy probable que la mayor parte de estos cánceres son la transformación de los bocios. Pero ¿cuál es exactamente esta transformación, cuándo y cómo se verifica? Lo ignoramos."

Adquirida la convicción de la existencia de un tumor tiroideo, á todas luces maligno ¿qué partido tomar? En el período pre-antiséptico hubiérase juzgado la intervención quirúrgica demasiado aventurada, pero tomando en cuenta que la época contemporánea ha alcanzado perfeccionamientos y éxitos operatorios sorprendentes, gracias á la antisepsia, creo perfectamente justificada la extirpación completa, pues tratándose de quistes de paredes rígidas, coriáceas, faltarían las condiciones indispensables que exige el método lento de Luton; y la tiroidectomía parcial ó parcimoniosa, aconsejada por Julliard, Rottmann y Burckardt, para los bocios quísticos, expondría esta proceder, cuando hay alguna degeneración maligna, indefectiblemente á la recrudesencia del mal. Se hace aún urgente la ablación total, si se considera, que habiendo adquirido el tumor tan enorme desarrollo, en solo cuatro meses, es lógico suponer, que en esa progresión, no tardaría la economía en infeccionarse, y sufrir serios trastornos funcionales, especialmente de los órganos respiratorios, llegando á la categoría de inoperable.

* * *

... Aceptada que fué la operación, se practicó el 3 de Octubre seis días después de la punción, confiando la anestesia al Dr. M. Gutiérrez.

... Previos preparativos asepto-antisépticos, practiqué un corte elíptico, que partiendo de la base de la barba, terminó sobre el tercio interno de la clavícula derecha, comprendiendo en el colgajo toda la piel ulcerada y au-

reola rojiza circunvecina. La dirección del lóbulo derecho presentó menos dificultades de las que tenía; al enuclearlo quedó ampliamente abierto el saco quístico. Este contenía gran cantidad de líquido espeso, grumoso, semejante al extraído por la punción exploradora; sus paredes eran fibrosas, sumamente resistentes, de tres centímetros de espesor. Continuó la ablación, por trechos, á dedo y espátula, á veces con tijera potente, mediante laboriosísima disección, para evitar en lo posible el interesar la importantísima red vásculo-nerviosa de esta delicada región. Aseguran la hemostasis siete ligaduras.

No pareció prudente completar la extirpación de aquella gran bolsa, por temor de producir mayor traumatismo, después de una hora de trabajo activo; así pues dejé, para una sección posterior, como una tercera parte del zurrón, el cual avanzaba abajo y atrás del esternón y clavícula izquierda. La mucosa quística muy engrosada, macerada, blanquizca, se exfoliaba con suma facilidad. La raspé con eucharilla cortante, permitiéndole desprender varias capas de colgajos epiteliales superpuestas, sin pérdida de sangre. Después de una embrocación yodo-yodurada, canalización y sutura de la herida, terminó la operación con el apósito listeriano.

Caminó la curación muy felizmente, sin más accidentes que cierta dificultad de la deglución, en los primeros días. Fué cediendo este entorpecimiento paulatinamente, y á los quince días solo quedó un pequeño trayecto fistuloso. El fragmento de la bolsa se fué retrayendo de una manera notable. Se retiró Arredondo á su casa, convenidos en que se terminaría la obra empezada después de un mes de descanso.

Presentóse de nuevo Arredondo á mediados de Enero del año en curso. El trayecto fistuloso se había estrechado, y daba salida á un líquido oscuro, muy fétido, con grumos caseiformes. Practiqué al lado izquierdo una amplia incisión vertical, paralela á la cicatriz antigua; tracé otro corte, que partiendo del trayecto fistuloso, en sentido horizontal, figurara una H. Dieron los colgajos amplitud suficiente para disecar la porción retro-esterno-clavicular de la bolsa, así como una buena parte que cubría la región carotídea izquierda, sin accidente digno de mención. Coloqué dos gruesos tubos de canalización, encorvados hasta la excavación retro-esternal, suturé y cubrí convenientemente la herida. A los nueve días ca-

yeron las cinco ligaduras, y dos días más tarde pude retirar los tubos, por estar enteramente agotada la supuración, quedando terminada la curación definitivamente á los diez y ocho días. Aun cuando no le he vuelto á ver, sé que sigue hasta la fecha perfectamente sano, desempeñando su rudo oficio de vaquero.

En épocas atrás, tuve oportunidad de practicar extirpaciones parciales de pequeños quistes y nudosidades incrustadas en el parénquimo tiroideo, sin conocer antes la técnica operatoria, fijada en 1886 por los hermanos Reverdin, por Socari y Garré, y mal impresionado por el recuerdo de esas operaciones tan delicadas, cuanto peligrosas, natural era me preocupara grandemente con la empresa de una extirpación total, á que me obligaban las circunstancias. La naturaleza maligna del tumor tiroideo, no permitía vacilaciones, y para que aún fuese operable, necesitábase obrar antes que los trastornos funcionales fueran demasiado avanzados, antes que viniera asfixia inminente, por avance rápidamente progresivo del bocio, amén de otras graves complicaciones, especialmente las alteraciones cardíacas secundarias consignadas por J. Schrantz. Si á esto se agrega la tendencia de la degeneración á invadir más y más la cavidad torácica, la indicación operatoria no podrá ser más palmaria.

Respecto al punto operatorio, habrá que tomar en cuenta otro de vital interés. A pesar de que las estadísticas de las tiroidectomías son contradictorias, hay que tener presente, que la extirpación total de la glándula tiroidea suele producir, desde los primeros meses, el mixedema operatorio ó caquexia estrumipriva, lo cual equivale á tanto como hacer el remedio peor que la enfermedad. Los resultados operatorios de los Reverdin, Kocher, Garré y otros no dejan duda sobre la posibilidad de su invasión post-operatoria. Si Arredondo no ha quedado sujeto á hacerse caquético, mixedematoso, después de diez meses de operado, deberáse sin duda á la juiciosa observación, que la clínica nos enseña experimentalmente, en perfecto acuerdo con los fisiologistas, quienes han demostrado que una parte del cuerpo tiroideo basta para suplir á todo el órgano en sus funciones. Posible es que creyéndose haber extirpado toda la glándula, pasen desapercibidas porciones de parénquimo, oculto en la trama vasculo-nerviosa de esta región. De aquí ha venido la idea de erigir en sistema operatorio, para los bocios, las extirpaciones parciales, quedando siempre en pie, como

indicación única, para la ablación total, los bocios constrictores, rápidamente asfíxicos, ó los cánceres tiroideos extirpables.

Finalmente, cuando el cirujano se vea obligado á una extirpación, que comprenda más de las dos terceras partes del cuerpo tiroideo, y que por tal razón sobrevenga el mixedema ó la caquexia estrimipriva, no sería de despreciarse el método descartinizador, ideado nuevamente por el Profesor Bouchard, y que quizás está llamado á prestar inestimables servicios en estos casos. Me refiero á las inyecciones de jugo tiroideo en los mixedematosos; cuya práctica parece haber dado, en sus manos, resultados curativos asombrosos, inesperados. Si se piensa en las dificultades, casi invencibles, que experimentalmente presenta el ingerto tiroideo, con este mismo fin, sobresaldrá aún más ventajoso el recurso de la inyección de Bouchard, estando, como está, tan en consonancia, con los resultados alcanzados por las afamadas inyecciones de jugo espermático de Brown-Sequard.

Alamos, Noviembre de 1892.

ALFONSO ORTIZ.

CLINICA DE OBSTETRICIA.

SINFISEOTOMIA.

HACE muy pocos años decía á mis discípulos: que vistos los prodigios de la antisepsia, que permiten intentar aún las operaciones más atrevidas, no me sorprendería que se resucitara y sacase del olvido á la sinfiseotomía. Este vaticinio que no tuvo otro origen que mi fe completa é inquebrantable en los métodos antisépticos se ha realizado ya.

La operación á que Sigault unió su nombre, desde 1768, y que practicó con éxito, el año de 1777, en la mujer del soldado Sónchet, valiéndole una medalla conferida por la Academia de Cirugía y el título de benefactor de la humanidad, para convertirle, luego, en el blanco de los ataques encarnizados de los cesaristas de todos los países; la operación á la que Banelocque incriminaba la muerte de las mujeres que la habían su-