

inquieto, como se decía, de este mentecato maniaco, nadie se ocupó de él ni de sus estadísticas; se le dejó como á un desterrado perdido; no hablando de su descubrimiento creyóse haber dado en tierra con él; fué preciso que pasara medio siglo, que viniera Lister, el Mesías de la Antisepsia y que muriera Semelweis, para que el mundo médico le hiciera justicia y el reconocimiento denegado al vivo se le tributa al muerto; se le erigió una estatua.

Otra vez, hace cosa de 35 años, un joven médico de Viena, Eiselt, tuvo la idea que los accidentes desfavorables que modifican las heridas quirúrgicas, dimanaban de una infección debida á gérmenes suspensos en el aire. Estableció en la sala de una clínica un aparato primitivo compuesto de un frasco de Wulff, provisto de tapones de algodón. Por este aparato hízose pasar el aire de la sala por medio de la succión. El resultado fué que con los medios de investigación de que se disponía en aquella época no pudo encontrar nada. Los sabios fariseos de entonces, que eran exactamente como los de nuestros días, se sonrieron y le perdonaban el haber querido hacer alguna cosa nueva, como á un excéntrico se le perdona su manía.

DR. SEMELEDER.

CLINICA EXTERNA.

Fibroma situado en la parte profunda de las regiones carotídea y supra-clavicular derechas.
Extirpación.—Curación.



A Señora M., de 71 años de edad, ateromatosa y de constitución sumamente débil, comenzó á notar hace poco más de año y medio, y sin que hubiera causa manifiesta, que se le formaba un pequeño tumor en la parte antero-lateral y media del cuello, en el lado derecho; este tumor fué creciendo muy lentamente sin causar grandes molestias, pero alarmada la señora por su presencia, me llamó algunos meses después de su aparición, para consultarme sobre su gravedad y si sería posible resolverlo.

El tumor tendría en esa época el tamaño y forma de una ciruela gran-

de, era duro, parecía ganglionar, y estaba situado profundamente, como lo están todos los ganglios linfáticos en esa región anatómica.

Le receté á la señora unas gotas con yoduro de potasio y unas píldoras de estricnina, diciéndole que no creía probable se curara con solo medicinas, y que lo mejor y más seguro sería la extirpación del neoplasma.

Mi opinión la preocupó mucho; no me volvió á ver y no sé qué remedios tomaría, ni si se aplicaría algunos de los muchos tópicos que se recomiendan para hacer desaparecer toda clase de tumores. Convencida al fin, de que, lejos de mejorarse, su tumor crecía más y más y aunque indolente por sí mismo ocasionaba dolores en el hombro y brazo derechos, se resolvió á llamarme de nuevo el día 10 de Enero del presente año.

Noté entonces muy grande diferencia respecto de lo que antes había visto: el tumor no solo había aumentado notablemente de volumen hasta adquirir el tamaño de una naranja, sino que presentaba abolladuras de desigual consistencia: muy duras unas y blandas otras: sin embargo la piel estaba sana y deslizaba sobre el neoplasma: comunicando á éste movimientos parecía á su vez deslizarse sobre los tejidos profundos: no se notaba dificultad en la circulación cerebral ni en la del brazo derecho. La señora estaba muy pálida y débil; pero es de observar que siempre ha sido delicada; que come poco y además ha sufrido mucho pensando en la gravedad que pudiera tener su mal y en la necesidad de una operación que veía con grande horror.

Teniendo en consideración tanto las circunstancias locales como las generales, creí que se trataba de un linfo-sarcoma localizado: que abandonándolo á sí mismo seguiría creciendo hasta ocasionar trastornos circulatorios graves y no tardaría mucho en contraer adherencias con la piel y ulcerarla: pero que todavía, en aquellos momentos, podría intentarse la extirpación con los peligros consiguientes al sitio del tumor y á la edad y mal estado general de la enferma.

Para mayor tranquilidad de mi conciencia, quise consultar con algunos de nuestros hábiles y experimentados cirujanos, y de acuerdo con la familia, tuve una junta con los Sres. Licéaga y Lavista: su opinión fué igual á la mía y animaron mucho á la enferma decidiéndola á la operación.

Tomadas las precauciones convenientes y hechos los preparativos necesarios, se fijó para operar á la señora el día 23 de Enero último.

Cloroformada cuidadosamente por nuestro ilustrado compañero el Sr. Mejía, lavé y desinfecté la región en que íbamos á operar, y no habiendo aceptado mis maestros y amigos ya citados, el bisturí que les ofrecí, les

encargué me ayudaran en la disección limpiando la herida y haciendo la hemostasis, y al Sr. Dr. Leal Garduño mi apreciable amigo, le supliqué nos diera los instrumentos y lo demás que fuera necesario.

Procedí entonces á hacer la operación del modo siguiente: hice una incisión curva como de 16 centímetros de extensión que comenzando en la parte más alta y anterior del tumor bajaba cerca de su borde interno y se prolongó hacia afuera en su porción inferior: disequé la piel y el cutáneo, formando así un gran colgajo que comprendía en su espesor á la yugular externa y dejó descubierto el neoplasma; el músculo omoplato hyoideo estaba tenso sobre él y tuve que cortarlo, lo mismo que algunas fibras de las externas del cleido mastoideo.

Haciendo pequeños cortes fuí disecando el tumor, lo que fué fácil en toda su parte superficial: sustituyendo al instrumento cortante con los dedos, traté de desprenderlo, de aislarlo de los tejidos profundos, lo que antes habíamos creído practicable; pero no fué así: las adherencias eran sólidas y muy vasculares y fué preciso ir con mucho cuidado y despacio, viendo en cada momento lo que se hacía para no herir algún vaso ó nervio de importancia: y muchas veces se necesitó poner ligaduras para poder cortar entre ellas. Con el fin de facilitar la maniobra, quitamos primero gran parte del tumor, para dejar más campo libre y poder extirpar mejor el resto.

Poco á poco y sirviéndome del cuchillo del termo-cauterio, se fué consiguiendo el resultado apetecido, siendo muy curioso de notar que encontramos en el interior del tumor un verdadero cálculo fosfático de la dimensión y forma de una haba grande: se insertaba el neoplasma profundamente en la aponeurosis prevertebral y su unión con el grueso paquete vásculo-nervioso del cuello, al nivel de la bifurcación de la carótida primitiva, era tan grande que fué necesario ir disecando como en una preparación de anfiteatro y con la precaución de que estuviera constantemente defendido por los dedos del Sr. Lavista.

Una vez que por la inspección y el tacto nos cercioramos de que se habían quitado todos los tejidos degenerados, hicimos la hemostasia definitiva, poniendo ligaduras en los vasos que primeramente habíamos cogido con las tan útiles pinzas de Péan. Lavamos la amplia herida con solución de bicloruro de mercurio al medio por mil, y entonces quedaron á nuestra vista las arterias carótida primitiva y subclavia, la vena yugular interna, y casi todos los detalles anatómicos de las regiones carotídea y supra-clavicular.

Para facilitar el escurrimiento de los líquidos y por consejo del Sr. Lavista hice una perforación en el borde adherente del colgajo, hacia el límite externo de la región lateral del cuello, y por ella coloqué un grueso tubo de canalización.

Suturamos los bordes de la herida y pusimos una curación antiséptica con *protective*, gasa yodoformada y una gruesa capa de algodón salicilado, sujetando todo con una venda de franela.

La última parte de la operación tuvimos que hacerla con cierta precipitación porque el pulso de la enferma se había debilitado notablemente.

Se llevó á la señora á su cama; se dejó la cabeza sin almohadas para facilitar la circulación del cerebro y evitar un síncope, y le receté unas cucharadas tónicas y ligeramente narcóticas.

La operación duró como hora y media.

En la noche fuí á ver á mi enferma: encontré alarmada á la familia porque el apósito estaba manchado de sangre: sin embargo, el pulso se había levantado un poco y el estado general no era malo. Coloqué la cabeza de la señora sobre unas almohadas puestas en una silla de modo que quedara al mismo nivel del colchón de la cama, y dejando en hueco el cuello, quité fácilmente la curación, comprimí sobre el colgajo de piel y salió por el tubo una poca de sangre; pero en cantidad tan corta, que no creí necesario cortar las suturas para buscar el origen de la hemorragia: puse una compresa graduada sobre dicho colgajo: comprimí con más fuerza que antes, apretando el vendaje y me retiré satisfecho de la utilidad de la canalización hecha por el tubo, sin la cual indudablemente los líquidos que habían empapado la curación, hubieran quedado encerrados debajo de la piel, y fácil era que se hubieran descompuesto y hubiera venido la infección.

La curación fué repetida los días siguientes, una vez diariamente y siempre con el mayor cuidado.

Los labios de la herida reunieron en casi toda su extensión, y el pus que escurría por el tubo fué disminuyendo al grado que quité éste á los seis días de la operación.

Todo iba perfectamente; pero desde el 4 de Febrero comenzó la señora á tener calentura en las tardes y noches, que llegó á 38 grados y medio, precedida de calofrío y seguida de sudores: perdió el apetito completamente, y sus fuerzas se debilitaron más.

Con estos síntomas generales coincidió un abultamiento duro abajo de la piel que formó el colgajo.

Cubrí la parte abultada con una especie de cataplasma antiséptica que

uso mucho para combatir los flemones, y que consiste en algodón salicilado empapado en una solución de bicloruro al medio ó cuarto por mil, y cubierto con tela de baudruche, bien desinfectada, para impedir la evaporación.

Pocos días después, noté fluctuación y abriendo con la punta de un bisturí los bordes cicatrizados de la herida en su extremidad inferior, dí salida como á una cucharada de pus flemonoso.

Este accidente ¿fué debido á que el tubo de canalización no estuvo bien desinfectado ó á algún otro descuido en la antisepsia? Así lo creo, á pesar del empeño que pusimos en proceder de una manera correcta.

Afortunadamente, todo fué salir el pus y calmarse los síntomas generales, siguiendo desde entonces la herida una marcha franca á la curación.

La señora comía mejor que antes de ser operada, se repuso visiblemente y á fines de Febrero pudo ya salir á la calle.

Desde entonces no la he visto sino muy de tarde en tarde, cuando me ha llamado para atender algún achaque que le ha venido independiente de su lesión quirúrgica: sin embargo, debo hacer notar que persisten algunos dolores en el hombro derecho, que se irradian á todo el miembro superior del mismo lado; los que á veces producen hormigueo; pero sin perturbar la sensibilidad táctil, ni el movimiento. Es de suponerse que algunos hilos nerviosos del plexus braquial están comprimidos por el tejido de cicatriz.

Con motivo de este interesante hecho clínico me ocurren algunas reflexiones: en primer lugar nos enseña que no siempre es fácil prever al emprender una operación las dificultades con que va uno á encontrarse. En el caso que nos ocupa, tal parecía como que el tumor deslizaba sobre los tejidos profundos; que no tenía con ellos adherencias y que por lo mismo sería fácil enuclearlo, lo que no sucedió como queda dicho. Sirva pues de lección para algún otro caso semejante.

En segundo lugar, respecto á la naturaleza del tumor, ya dejé anotado que atendiendo á su sitio, á la forma que tuvo allá en el principio de la enfermedad y á los caracteres que adquirió después, creímos que se trataba de un linfo-sarcoma localizado, y sin embargo el examen microscópico hecho por nuestro entendido compañero el Sr. Hurtado, reveló que el tumor era un "Fibroma adulto calcificado, con núcleos de reblandecimiento necrobiótico y derrame de sangre en algunos puntos;" de manera que en muchas ocasiones no son suficientes los caracteres clínicos, según está hoy ya reconocido, para diagnosticar la naturaleza íntima de muchos tumores.

En tercer lugar, la observación presente nos manifiesta que basta el menor descuido, como falta de desinfección de los hilos de ligadura, de los tubos de canalización, etc., para que venga la supuración en las heridas y con ella complicaciones que pueden ser más ó menos graves.

Y vemos por último, que aun cuando la edad avanzada, el ateroma y la debilidad general son factores que agravan el pronóstico, no deben retraernos para emprender operaciones necesarias para salvar la vida de los enfermos.

México, Abril 26 de 1893.—J. R. ICAZA.

HIGIENE PUBLICA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TIFO Y LAS AGUAS SUBTERRANEAS.

SEÑORES:

ACE algunos años que me preocupa el génesis de dicha enfermedad, con relación al estado higiénico de esta capital; no será extraño por lo mismo que sin tener en cuenta mi insuficiencia, me permita dar mi opinión ó hacer algunas observaciones sobre punto tan importante. Precisamente hace un año que me ocupé de un asunto parecido, y me sirvió para llenar mi lectura de reglamento, pues advertía el desarrollo que iba tomando tan temida enfermedad.

Habiéndose presentado á esta respetable Academia, un trabajo que resuelve la cuestión que estableció, para saber si hay concordancia entre los casos de tifo y las oscilaciones de la capa de agua subterránea: y que como dicen sus autores, este dato no es exclusivo, sólo de grande importancia para los estudios posteriores; cabe entonces la acumulación de datos para tal objeto, y como la honorabilidad é instrucción de sus autores, garantiza toda observación á su trabajo, pues buscan la verdad, me permito decir dos palabras, que no aluden á desvirtuar en lo más mínimo el laborioso estudio emprendido; sino á tomarlo en cuenta al lado de las razones que en mi escrito del año pasado expuse, y tienden al resultado final de los estudios médicos solicitados.