

Simpatectomia cervical bilateral*Observación número 1.*

Josefa Romero, de Aguascalientes, viuda, de 30 años de edad, se ocupa en los quehaceres domésticos. Ingresó al servicio el día 9 de 1902.

Antecedentes. Fué sana en la juventud. Tuvo su primera menstruación á los 13 años. Es múltipara, habiendo tenido seis partos normales y un aborto de cinco meses. Sufrió dismenorrea mensual desde su matrimonio, durándole el dolor los cinco días que correspondía á la menstruación. Fué su último parto en Abril de 1898. El producto sufrió tres ataques de eclampsia en un mismo día, y siguió bien hasta morir de bronquitis capilar á la edad de diez y siete meses. La enferma padeció serio ataque de peritonitis puerperal, siendo la convalecencia muy retardada y quedando profundamente anémica.

Desde 1892 comenzó á padecer ataques completos de epilepsia, precedidos de vértigo y angustia precordial. Sufrió varias caídas que le ocasionaron heridas contusas de la frente y de la nariz. Los ataques se verificaban tanto de día como á horas avanzadas de la noche, despertando al fin del acceso que terminaba con fuertes convulsiones. En Puebla y en Veracruz en donde residió alternativamente, hubo época en que los accesos se repetían 34 veces en el mes, retirándose en ocasiones para lograr períodos de calma de 4 ó 5 meses. Más tarde, con motivo de la muerte de su esposo, acaecida en 1900, sufrió crisis epilépticas continuadas, dándole las convulsiones cada hora; su estado mental tendió francamente á la vesanía, y dice la paciente que estuvo loca dos semanas, sin conocer á los miembros de su familia. Un hermano suyo que estudiaba medicina, pretendió hospitalizarla en el «Divino Salvador,» pero ella se defendió hasta conseguir impedirlo. En Puebla se le sometió por seis meses al régimen intensivo poli-bromurado, atribuyendo la enferma el estado degenerativo de su mente á esta medicación, y mostrando gran repugnancia por ella cuando quisimos darle alguna dosis.

En el servicio de mujeres del Dr. Castellanos, á donde ingresó, le dieron varios accesos en una semana. El Sr. Dr. Bulman nos proporcionó bondadosamente la oportunidad de tratar quirúrgicamente la citada dolencia. La víspera de la operación sufrió un ataque completo, que según las

enfermeras duró 10 minutos, con grito inicial, pérdida del conocimiento, espumarajo por la boca, fuertes convulsiones generalizadas é intromisión de los pulgares. No hubo caída por haberla sorprendido el ataque en su lecho y por haber sido auxiliada oportunamente.

Hay amenorrea hasta por períodos de seis meses desde su último parto, y sufre cada mes cólico menstrual.

Su aspecto actual es de una mujer macilenta, profundamente anémica, locuaz y muy excitable. Acepta la intervención que se le propone, pues dice que su existencia presente es sumamente infeliz, y abriga la esperanza de mejorar, cansada ya del inéxito del tratamiento farmacéutico al que muestra profunda repugnancia.

Su pulso es pequeño y late 100 veces por minuto los tonos cardiacos bien timbrados, las pupilas moderadamente dilatadas y obedientes á la luz. La memoria muy rebujada; confunde las fechas, pero recuerda que tuvo tifo en el mes de Febrero del año actual, y durante la pirexia le daban accesos tan fuertes y continuados que hubo necesidad de sujetarla con la camisola de fuerza.

Diagnóstico: *Epilepsia esencial. Anemia de convalecencia del tifo.*

Indicaciones: Las que señalan Alexander, Jonnesco Chipault y otras autoridades, atendiendo preferentemente á la patogenia más aceptable de la neurosis que nos ocupa, explicable por la anemia cerebral que en parte se produce por las excitaciones viscerales transmitidas por el nervio gran simpático á la corteza cerebral. De ahí la indicación de procurar hacer disminuir la anemia cerebral por la resección de una parte más ó menos extensa del cordón nervioso, y de sus ganglios cervicales superior, (medio cuando existe) é inferior, exigiéndose para el más completo éxito, según Jonnesco, la extirpación del ganglio inferior que él ha podido realizar casi siempre, y que antes fué considerada como muy difícil y como el *nolli mētāgere* de los cirujanos.

Por nuestra parte, hubimos de cejar en nuestro propósito de extirpación completa por los motivos que después exponremos.

Operación: Abril 11 de 1902. Anestesia clorofórmica con 60 gramos, á pesar de las 3 horas que duró la intervención. La anestesia fué inmejorablemente conducida y hace grande honra

al joven estudiante de Medicina Sr. Adán Hernández.

Resección bilateral del simpático cervical comprendiendo del lado izquierdo: el ganglio cervical superior bastante crecido, y que fué separado de sus conexiones con los nervios pneumogástrico, espinal é hipogloso mediante la tijerilla curva y roma en su punta; no existía ganglio medio. Se llegó hasta muy cerca del ganglio inferior, penetrando en el triángulo limitado por la tiroidea inferior, el escaleno anterior y la sub-clavia. Se desistió de extirparlo por no percebirlo con claridad y por no prolongar la faena; se arrancó el filamento nervioso y se suturó la herida por dos planos: el primero profundo con catgut y la piel con surjete de crín de Florencia. Se dividieron dos ramificaciones del plexus cervical, dejando intacto el cordón del espinal accesorio, que se vió desprenderse del estérno-cleido-mastoideo, cuyo borde posterior fué el trayecto que siguió la incisión, la cual se extiende desde el borde posterior de la apófisis mastoide, terminandó hacia abajo en la unión del tercio interno con el medio de la clavícula. Se gastaron 2 horas en esta operación.

Extirpación del ganglio superior derecho y del cordón del gran simpático hasta cerca de la curva de la tiroidea inferior, mediante incisión de 10 centímetros, respetando la vena yugular externa, que se dividió entre dos ligaduras en el lado izquierdo del cuello. Se afrontó la herida por el mismo género de suturas, y el tiempo empleado fué el de una hora. Durante la maniobra pudimos notar que al pellizcar los ganglios simpáticos en ambos lados, para efectuar su arrancamiento á la entrada del orificio desgarrado posterior, se determinaba en la enferma ligera excitación cerebral, y placas azuladas de neuro-parálisis en los bordes del pabellón de la oreja, así como ligero estremecimiento muscular y aceleración del pulso, sin fenómenos perceptibles en las pupilas ni en la cara.

Curso post-operatorio. En la noche del día 11 que se operó la enferma, presentó facies tranquila, moderada dilatación de ambas pupilas, enfriamiento general de la piel de todo el cuerpo (que deploramos no poder precisar con el debido rigor por carecer de termómetro apropiado) y que hacia vivo contraste con la temperatura axilar de 38°, batiendo el pulso 120 por minuto y conservando el caracter de débil tensión que presentó antes de la operación.

Los días subsiguientes continuó la elevación térmica; variando entre 37°6 matutina y 38°6 vespertina. La temperatura exterior se niveló con la interna al 4.º día, habiendo tenido antes poco éxito para conseguir este fin, los medios usuales de calefacción y abrigo y los estimulantes difusibles que se propinaron á la enferma *larga manu*. Desde el día 14 reveló la paciente grande excitación cerebral, que se moderó notablemente después del día 16 en que sufrió un ataque epiléptico incompleto.

Las heridas se presentaron: con buen aspecto la del lado izquierdo, y comenzaba á supurar la del derecho, siendo necesario debridarla para dar salida á una pequeña cantidad de pus. Después se cicatrizaron, terminando la elevación térmica el 29 de Abril.

Abril 30. Ligero ataque en la madrugada. La enferma acusa dolor en las inserciones del trapecio y del deltoide, y pesadez del brazo. La sensibilidad está intacta. Atribuimos este síntoma que persistió durante algunos días, á parestia muscular ocasionada por la sección de algunos ramos del plexus cervical del lado izquierdo. Lo propio ha observado Chipault en Francia, y Otero Acevedo en España. Este último, distinguido cirujano neurologista, evita en sus intervenciones, en cuanto es posible, el uso de los separadores de Farabœuf requeridos para hacerse luz cuando se llega al paquete vásculo-nervioso detrás del cual yace el ganglio cervical superior; sirviéndose de los dedos de su ayudante, y suprimiendo con el propio fin la sutura profunda, que considera que puede pellizcar algunas ramificaciones nerviosas del mencionado plexus cervical. Procuraremos, por nuestra parte, adoptar tan juiciosas modificaciones en nuestras próximas intervenciones, para lograr evitar que se presenten aquellas manifestaciones consecutivas que repetimos que según Chipault, no tienen gran importancia y no son persistentes en los operados.

Se comienza á inyectar cacodilato de sodio para modificar la desnutrición de la enferma, exacerbada por el tifo que sufrió en Febrero pasado.

Día 3 de Mayo. Ataque muy ligero, en la tarde. Hace varios días que la enferma está muy tranquila. Cedió la locuacidad. Durme perfectamente algunas horas del día.

Mayo 13. Herida completamente cicatrizada; un poco abultada del lado derecho. Este día su-

frió fuerte ataque que ocasionó mordedura de la bio inferior.

Por necesidades del servicio pasa de nuevo al Sr. Dr. Castellanos, en donde seguiremos observándola en unión de nuestro bondadoso colega el Sr. Dr. Bulman, con el fin de anotar todas las peripecias que acontezcan.

La brevedad de estos apuntes, que nos exige el plan trazado, no nos permite indicar la interpretación de este caso clínico ni del que sigue, proponiéndonos en un trabajo especial hacer hincapié en algunas circunstancias, que parecían á simple exámen, desvirtuar ó amenguar el resultado terapéutico que produce sobre la misteriosa neurosis la intervención quirúrgica; bastándonos indicar que según amplias estadísticas de cirujanos europeos, es casi constante no sólo la desaparición de los accesos, sino que es frecuente observar la exacerbación de éstos durante el primer año, cediendo ó desapareciendo aquellos en muchos casos, durante el curso del segundo año que sigue á la resección nerviosa. Esperamos, por lo tanto, la observación sensata de estos hechos para poder decidir de las ventajas futuras de semejante intervención, que hemos tenido el honor de ser los primeros que la implantamos en nuestro país, con la convicción profunda de hacer algún bien á estos desgraciados enfermos, cuyo porvenir es tan sombrío y que terminan por constituir la gran mayoría de los asilados de los manicomios, y cuyo estado mental urge, por lo mismo, tratar de modificar, consiguiéndose esto, según eminentes cirujanos, quienes afirman que la insania determinada por la epilepsia, puede llegarse á evitar en muchas ocasiones por la resección nerviosa. Basta consultar con este objeto y para ratificar nuestra afirmación, las estadísticas de Chipault, Jonnesco, Otero Acevedo, etc., algunos de cuyos operados se han mostrado hasta inteligentes en sus labores respectivas, según su oficio ó profesión.

Simpatectomía cervical bilateral y extirpación de ganglios linfáticos.

Observación núm. 2.

Refugio Garibay. Niña de 11 años, de Tenancingo, sirvienta; ingresó al servicio del Dr. Bulman el 25 de Febrero de 1902.

Antecedentes. Saranpión y viruela en la pri-

mera infancia. Querato-conjuntivitis que terminó por estafiloma opaco del ojo derecho, dejando libre una porción muy estrecha del campo pupilar, y que se va á operar ejecutando la iridectomía, para crear una ventana amplia que corrija el defecto actual. Hace algunos años que padece infarto ganglionar del cuello, sin haber llegado á fundirse, ulcerando la piel. El hábito exterior ofrece la falsa gordura del temperamento estrumoso, caracterizado, además, en la niña por abultamiento del labio superior muy marcado. Refiere que quedó huérfana hace tres años. El padre era alcohólico consuetudinario y maltrataba á la madre, la que sucumbió de lesión cardiaca consecutiva á reumatismo generalizado. Desde esa época sirvió de *pilmama*, comenzándole accesos epilépticos muy frecuentes, terminados los cuales dice quedar muy cansada y torpe de la inteligencia. Ha sufrido varias contusiones por las frecuentes caídas que aquellos producen, y que no han podido evitar las personas á quienes servía, y para las que llegó á ser una carga pesada la enfermita, motivo por el cual se decidieron á internarla en el Hospital. Dice no venir precedidos los ataques de *aura* especial, así como no haberla sometido á ningún tratamiento médico.

En la segunda sala de Medicina tuvo dos ataques completos, y sufrió tres en nuestro servicio desde el 11 de Abril al día en que se operó. Uno de ellos lo presenciamos: la niña cargaba una tina en la azotehuela y cayó pesadamente sobre el lado derecho de su cuerpo, dando un grito ahogado y soltando el objeto que llevaba. Los síntomas fueron los clásicos del gran mal.

La inteligencia es de nivel medio en los días retirados de los accesos; la memoria es feliz.

Diagnóstico.—Epilepsia esencial.—Linfatismo.

Pulso antes de operarse: con buena tensión, 80 pulsaciones por minuto, 24 respiraciones; tonos cardíacos normales.

Operación. Abril 25 de 1902. Anestesia clorofórmica con 40 gramos, difícil por espasmo glótico reiterado y vómitos biliosos, que interrumpen la anestesia y alargan por esto mismo la duración de la intervención que fué de dos horas. *Simpatectomía bilateral* comprendiendo los ganglios superiores y el cordón nervioso hasta arriba de la arteria tiroidea inferior. Las incisiones son de ocho centímetros y terminan ambas

arriba de la yugular externa. Fué necesario para la enferma extirparle los ganglios linfáticos infartados situados inmediatamente abajo de la apófisis mastoide, los cuales impedían la disección para llegar á encontrar los ganglios nerviosos. Sutura de las heridas por dos planos; el profundo con catgut, y con crin de Florencia el cutáneo. No se dividieron sino uno que otro ramito nervioso del plexus cervical conservando el accesorio del espinal. Se observó ligera excitación del pulso cuando se pellizó el ganglio nervioso.

Curso post-operatorio hasta el día 15 de Mayo. En la noche de la operación el pulso latía 112 veces por minuto; respiración, 32; temperatura axilar, 37.°2. La temperatura de la piel, apreciada por el tacto, parecía la normal. Inquietud debida á la repetición de los vómitos clorofórmicos; pupilas normales y ningún fenómeno de neuro-parálisis.

Abril 26: Pulso, 112; respiración, 32; temperatura, 37° 3; lengua, saburral; continúa el vómito. Se administra calomel á dosis refracta.

Abril 27: Pulso, 94; respiraciones, 28; temperatura, 36° 8; ceden los vómitos; lengua limpia; inteligencia despejada. La orina, que contuvo gran cantidad de uratos y de fosfatos, aparece este día límpida y de aspecto normal.

La cicatrización de las heridas se hace de primer intento en la parte profunda, despegándose únicamente los bordes cutáneos al quitar el surtete de crín.

Mayo 2. Dos ataques este día, pero notablemente menos severos que los que precedieron á la operación. Uno el 4 de Mayo. Siete ataques el día 7 de Mayo; ó más propiamente uno sólo sub-intrante; quedó triste y muy cansada; pero al siguiente día recobró su animación acostumbrada.

Por las necesidades apremiantes del servicio quirúrgico, pasa la enfermita bajo la inteligente observación del Sr. Dr. Bulman, el 16 de Mayo, á la segunda Sala de Medicina, en donde procuraremos detenerla para seguir anotando la marcha del caso.

* *

El número limitado de mis observaciones y el corto lapso de tiempo que ha trascurrido desde

que ejecuté la operación, me impide formar un justo criterio del alcance terapéutico de semejante intervención, que juzgo que es ya oportuno implantarla entre nosotros si es que debemos evolucionar en el sentido progresista bien acentuado en diversos países de Europa, en los que existen en la actualidad verdaderos institutos de neurología en los cuales y bajo la dirección de entusiastas médicos y cirujanos, la terapéutica neurológica realiza cada día nuevos progresos, contando siempre con la prudencia y la lentitud que exige la observación y atinada dirección médica de una categoría de enfermos que es preciso estudiar á fondo desde el punto de vista de la precisión diagnóstica y de las indicaciones operatorias. Me bastará citar los nombres de las ilustradas personalidades que se llaman: Chipault, en Francia; Bergman, en Berlín; Kocher, en Berna y Otero Acevedo y Federico Rubio, este último creado, del Instituto de Neurología Quirúrgica de Madrid para que se haga patente el incremento que el caudal científico de esta difícil rama de las ciencias médicas ha tomado en estos últimos años, y cuyos resultados, liberalmente analizados, comienza á publicar el distinguido Dr. Chipault en extensos volúmenes de los cuales hasta hoy ha aparecido el primero, reasumiendo la práctica de algunas naciones, y entre los cuales entiendo que en el tercer volumen tendrá cabida la síntesis que se encargó redactara nuestro distinguido cirujano y compañero de Academia, el Sr. Dr. Francisco Vázquez Gómez.

Vuelvo á repetir, que no teniendo hasta hoy sino una práctica limitada en estas difíciles cuestiones, mi criterio es limitado, por cuya razón apelo, en el punto especial que me ocupa, á la experiencia del Dr. Chipault, quien refiere en su interesante publicación titulada "*Travaux de neurologie Chirurgical*" el resultado por él obtenido en veintidós epilépticos á quienes ha resecado el simpático cervical y dice que:

"Si consideramos estas veintidós intervenciones, vemos que, en su total, la resección ha sido diecisiete veces bilateral; cinco veces ha sido unilateral; habiéndole parecido indicada esta última por el carácter de las crisis; tres veces ha sido involuntaria, porque el enfermo se había rehusado á que se ejecutase la operación del lado opuesto y en una segunda sesión.

“Los resultados han sido los siguientes:

| | |
|---------------------------------|----|
| Agravaciones. | 2 |
| Estados estacionarios | 15 |
| Mejorías | 3 |
| Curaciones | 2 |

“Las agravaciones han recaído no sobre las crisis que no se han modificado, sino sobre el estado mental. No las atribuye á la operación practicada, sino á la evolución progresiva que se encuentra espontaneamente en tantos casos de epilepsia que se observen.

“Los estados estacionarios constituyen la gran mayoría de los hechos observados. En cierto número la operación ha quedado sin ningún efecto; las crisis no se han modificado, ni en su número, ni en su intensidad, ni en su periodicidad. En otros, ha habido después de la operación una mejoría pasajera tal como la que puede suceder en los epilépticos después de cualquier traumatismo; ha concluido aquella después de algunos días ó de algunas semanas, y la afección ha recobrado en seguida su curso. Una vez la mejoría ha durado más tiempo, pero la herida había supurado y cree que á no dudarle se puede explicar por esta causa la calma post-operatoria. En otros, la evolución de la epilepsia se ha perturbado: después de un período de desorientación, las crisis han tomado otra actitud, como la de series espaciadas en lugar de presentarse aisladas y frecuentes; en la mañana, en lugar de serlo en la tarde, en la noche, en lugar del día ó inversamente. Algunas de estas modificaciones tienen importancia para los enfermos, pues refiere que conoce á uno que tenía todas sus crisis en el día, no podía trabajar, se hería, y que teniéndolas actualmente en la noche ha ganado, desde el punto de vista social, siendo indiscutible la mejoría, aun cuando sea un estado estacionario, considerado desde el punto de vista terapéutico.

Al lado de estos numerosos estados estacionarios, ha tenido tres mejorías y dos curaciones.

Las tres mejorías datan de tres años y una de un año. En estos enfermos las crisis se han vuelto mucho menos intensas; en lugar de acompañarse de caída, con herida, de movimientos violentos, coloración violácea de la cara, de estado de estupor consecutivo y prolongado, tienen el carácter de fuertes ausencias con caída; los en-

fermos hacen algunos movimientos de los ojos y de los brazos, caen en tierra si no se les sostiene, después se levantan y continúan sus ocupaciones anteriores, siendo sus crisis mucho menos numerosas. En fin, sin duda bajo la influencia de esta menor intensidad de las crisis, el estado mental se ha mejorado, sobre todo en dos de los enfermos, los cuales casi completamente estúpidos antes, pueden ahora entregarse á ocupaciones que les permiten vivir, siendo uno mozo de almacén, y el otro aprendiz de zapatero.

En cuanto á las dos curaciones, seguidas una desde tres años y medio y la otra después de dos años, se refieren á enfermos que, antes de la operación, tenían cuatro ó cinco crisis por semana, y que después, dejando á un lado una etapa post-operatoria, no han tenido una sola de aquellas. Paralelamente su estado psíquico se ha mejorado notablemente; teniendo uno de ellos perturbaciones mentales muy claras de forma alucinatoria, que han desaparecido completamente. No duda, que la palabra curación sea una *gran palabra*, esto es: que está convencido que estos enfermos queden epilépticos en *potencia* como lo eran antes de presentar sus crisis, pero no es menos cierto que se han libertado con la operación de sus accidentes epilépticos.

Parece que en estos casos de mejoría ó de curación, la evolución post-operatoria haya sido casi siempre la misma, caracterizándose, por la cesación de los accesos inmediatamente después de la intervención, durando aquella algunos días hasta una semana, viniendo después recaída con crisis numerosas y violentas que poco á poco disminuyen para desaparecer completa y definitivamente en algunas semanas. Cree que si el primer descanso post-operatorio dura más de una semana, esta circunstancia hace desfavorable el pronóstico.

Dice que en los casos felices el alivio no debe de imputarse á un efecto traumático banal, sino que debe considerarse como un efecto terapéutico y debido á una acción particular de la simpatectomía.

Tratando de determinar las circunstancias contingentes de los casos felices hace observar.

1.º Que los casos de éxito feliz en nada pueden diferenciarse de los de éxito dudoso, pues la periodicidad ó la irregularidad, la frecuencia ó la rareza de los accesos, la intensidad ó el carácter de

las crisis, la duración de la torpeza consecutiva, así como los síntomas mentales, han sido parecidos en ambas eventualidades, siendo de notar que entre los casos más satisfactorios registrados se encuentran los de principio muy antiguo y cuyas crisis eran extremadamente frecuentes.

2.^a Desde el punto de vista operatorio, los casos felices son todos aquellos en que se ha realizado la operación de ambos lados. La bilaterilidad de la intervención y su extensión á la totalidad del ganglio cervical superior, le parecen ser las condiciones esenciales del éxito, é insiste particularmente sobre la segunda, creyendo que la mayoría de los operadores, solamente disocian el dicho ganglio, realizando una intervención insuficiente, de un efecto fisiológico enteramente contrario al que debe producir la extirpación.

Juzga que los epilépticos en quienes el cloroformo, ha provocado crisis, anemiando el cerebro, han sido los más favorables, y que esta influencia es la mejor confirmación de las demostraciones que hizo Vidal (de Périgeux) sobre el nitrato de amilo, agente congestionante del encéfalo, el que según este cirujano, permitiría intentar la simpatectomía, cuando determine una crisis al enfermo epiléptico y que entonces el éxito terapéutico tendría mayores probabilidades de obtenerse.

3.^o Juzga muy importante la continuación del régimen dietético y terapéutico indicado en cada caso, después de la práctica de la operación, pues está muy lejos de creer que la simpatectomía constituye por sí sola un tratamiento suficiente de la epilepsia. Representa solamente el elemento primordial, esencial si se quiere, pero insuficiente si obra solo; permite al tratamiento médico, empleado con frecuencia *larga manu* y por mucho tiempo antes de la operación y muchas veces sin el menor éxito, el que obre el dicho tratamiento de una manera nueva, más activa, y en cierto número de casos más eficaz.

Juzga que si la simpatectomía obra algunas veces cortando la ruta á los reflejos viscerales epilépticos, obra mucho más á menudo por la sobre-actividad circulatoria encefálica que provoca; pudiendo barrerse, por decirlo así, los productos tóxicos acumulados en la substancia cerebral, los cuales es probable que neutralicen la acción de los medicamentos ingeridos.

La simpatectomía actuaría, en consecuencia, produciendo una verdadera *encéfalocistis*.

Segunda comunicación del Dr. Hurtado

La actual comunicación tiende á exhibir á la ilustrada atención de los señores consocios, las dos historias clínicas relativas á dos enfermas portadoras de lesiones en las vísceras abdominales, de mucha importancia y gravedad, y por las cuales espero demostrar el beneficio relativo que en las pacientes produjo la ejecución de la celiotomía abdominal.

Primera observación.

Micaelea Queni, de 40 años de edad, de Puebla, viuda y cocinera, ingresó al servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital de San Andrés, el día 12 de Noviembre de 1901.

Antecedentes.—Dismenorrea intensa que disminuyó con el matrimonio. Múltipara: dos partos de término, normales.

Diagnóstico.—*Enorme eventración.*—*Prolapso uterino de tercer grado.*

Indicaciones.—Las consiguientes al defecto de estática de las vísceras del abdómen, que le impide todo trabajo.

Primera operación.—Diciembre 16 de 1901. Anestesiada con el cloroformo, se realizó la curación de la eventración que exigió incisión de veinte centímetros. Resección del anillo umbilical, resección del epiplón adherido, del panículo adiposo y de un rombo de piel de diez centímetros de anchura. *Histeropexis* por el procedimiento Terrier. Se reparó por la sutura de planos y por sutura profunda, con hilo metálico, la pared abdominal.

Se tuvo el resultado deseado en dos semanas, habiendo supurado el tercio superior de la herida.

Llamó la atención después de esta operación el hecho de sufrir la paciente rápida y alarmante desnutrición, y el quejarse de dolor en el trayecto del colon ascendente, localizándose otras veces al nivel de la vesícula biliar, por lo que supuse que pudiera ser calculosa, y, al efecto administré un litro de aceite de olivo, el cual produjo marcado alivio del síntoma dolor, siendo engañosa esta prueba; pues además de la cesación del dolor, la enferma arrojó grandes masas que al examinar las evacuaciones orecían el aspecto de colesteatina, como es sabido que acontece en gran nú-

mero de enfermos de calculosis biliar, en quienes las concreciones no revisten la forma usual con sus características faetas.

Creyendo tener la constancia de no haber encontrado otras alteraciones de las vísceras cercanas de la incisión operatoria, estuvimos perplejos durante algunos días respecto del padecimiento que revelaba la sujeto. Pero en vista del alivio que determinó el aceite administrado, y que solamente duró dos días, al fin de los cuales fué preciso inyectar tres centigramos de morfina para calmar el dolor nuevamente aparecido, decidimos verificar la segunda operación, y le asignamos el carácter de exploradora, prefiriendo hacerla en el borde externo del músculo recto derecho del abdomen y viniendo á continuarse por ligera desviación con la cicatriz de la primera intervención.

Segunda operación.—Febrero 1.^o de 1902. *Celiotomía para-biliar derecha* con incisión de 10 centímetros. Por la exploración y desprendiéndolo con dificultad suma el epiplón engrosado por inflamación, se descubrió existir un tumor pericecal de forma oval, consistencia un tanto dura, superficie lisa y coloración amarillada.

La zona flegmática epiploica abarcaba una grande extensión, circunstancia que, añadida á ser perientestinal la radicación del dicho neoplasma, nos pareció contraindicar la operación que parecía invitar se ejecutase. Quiero referirme á la resección del ciego y á la enteroanastomosis del colon transversal con el intestino delgado operación patrocinada, sobre todo, por Galliou, quien ha presentado notables hechos de su práctica quirúrgica, muy bondadosa, por los halagadores éxitos por él obtenidos.

Se desprendieron adherencias del epiplón con los intestinos, y después de hacer detenida *toilette*, se cerró el vientre.

La enferma ha ganado bastante con esta operación incompleta, el dolor ha disminuido notablemente y la nutrición á todas luces ha mejorado.

Realizando con toda atención la palpación del vientre, en el flanco derecho é hipocondrio, no se podría afirmar la existencia del tumor, si no se tuviese la constancia de que existe en el lugar prefijado.

¿Cuál sea la patogenia de esta lesión, que pasó desapercibida en la primera intervención, ó si

sobrevino después de realizada ésta? son las dudas que en mi espíritu reinan, y no queriendo abandonarme en el resbaladizo terreno de la hipótesis, me limito únicamente á exponérselas, y presentándoos á la enferma, para que vosotros me deis las luces con vuestra sana é imparcial apreciación del hecho clínico.

Segunda observación.

Teodora Rodríguez, casada, nulípara, de 25 años, de Salamanca, ingresó el 7 de Mayo al servicio quirúrgico que es á nuestro cargo.

Antecedentes.—Viruela en la infancia. Reglas escasas desde los doce años; continuó bien hasta advertir la disminución de sus reglas desde el año de 1899, época en que empezó su actual enfermedad, revelándose por dolor en el vientre y abultamiento en el lado izquierdo de epigástrico, sobreviniendo después tan rápido crecimiento del abdomen, que obligó á los médicos que en Salamanca la atendían, á puncionar el derrame enquistado, que atribuyeron al que es propio de los cisto-epiteliomas del ovario.

Las punciones fueron en número de siete, con intervalo de ocho meses para las cuatro primeras, y de tres para las restantes.

Cada día se acentuaba la desnutrición y los sufrimientos de la paciente, la que resolvió venir á la capital en busca de alivio, siguiendo el consejo que le dió su médico, el Sr. Dr. Florentino López, cuyo hijo, que es estudiante de medicina, tuvo la bondad de encomendarme la curación de la señora.

Diagnóstico.—Imposible de hacerse sin punción previa. El vientre está uniformemente crecido por masas neoplásicas y gran cantidad de líquido, su forma ovoide ensancha hacia arriba la base del torax, dificultando los movimientos respiratorios y haciendo imposible la limitación en las áreas del bazo y del hígado. Por todas partes falta la sonoridad del intestino, encontrándose éste relegado hacia atrás por la enormidad de derrame.

La palpación acusa la existencia de masas duras neoplásicas, que, nacientes en la excavación pélvica, se elevan al nivel del ombligo, produciéndose dolor de carácter compresivo ó angustioso, cuando se ejercita este modo exploratorio.

La circulación suplementaria de la pared ab-

dominal, ofrece mediano desarrollo, notándose algunas cuarteaduras en la piel del hipogástrico y flanco izquierdo.

Faltan los antecedentes obligados de padecimiento hepático productor de ascitis.

La enferma no usa alcohol en su alimentación. Su tinte cutáneo es amarillo verdoso y su facies macilenta y arrugada, revela profundo desaliento. Existe soplo anémico en el orificio mitral, con propagación carotídea, y es notable el buen funcionamiento del aparato gastro-intestinal, no obstante la compresión y desalojamiento que la afeción abdominal le imponían.

El enflaquecimiento es muy acentuado. No se encuentran infartados los ganglios supraclaviculares.

El diagnóstico fluctúa entre tumor maligno con invasión peritoneal y ascitis y el de enorme cisto epitelio, absolutamente adherido al peritoneo ante y posterior, inclinándose aquél en este último sentido, atendiendo al dato mencionado de la tolerancia y relativo alivio que ocasionaron las repetidas punciones, hecho excepcional en el primer supuesto, recordando la agravación que se determina por la transformación del derrame, el cual, de seroso que es en un principio, se torna después en francamente sanguíneo, y por cuyo hecho es de observación notar la corta supervivencia de las enfermas, después de algunas punciones, y que en suma, son de más grave pronóstico que el que atañe á la celiotomía exploradora.

Indicaciones.—Se advierte á la paciente que la operación ha de ser exclusivamente paliat va ó quizá pura y simplemente exploradora, á lo que condesciende, apremiada por la gravedad de su dolencia.

Operación—12 de Mayo. Se cloroformiza con 45 gramos, siendo de 50 minutos la duración. Se practica la celiotomía media subumbilical, encontrándose atrofiados y edematosos los músculos rectos, el peritoneo muy grueso y fundido con la pared de un cistoma ovárico que se punccionó con un grueso trocar, sin que se intentase despegar la serosa.

Se extrajeron 5,700 gramos de líquido espeso melicérico, de color rojo obscuro. Entonces se abrió la cavidad del enorme cistoma, reconociéndose su total adherencia que llegaba hasta la bóveda diafragmática, revelándose su interior tapizado de granulaciones y yemas neoplásicas

con el aspecto que es peculiar de los tumores llamados papilares quísticos.

Existía una masa del tamaño de una toronja, al nivel del ovario izquierdo, flotando dentro de la cavidad, la cual se pudo extirpar previa formación de grueso pedículo, que se construyó con ligadura de cadena y se tostó su ya reducida superficie con el botón del termo. Después se punccionaron con la aguja del aspirador, varios quistes pélvicos que llenaban por completo la excavación y haciendo una *toilette* meticulosa para extraer el resto del líquido acantonado en las canaladuras vertebrales, se dió fin á la intervención cerrando el vientre por sutura de planos.

Diagnóstico definitivo.—Enorme cisto-epitelio del ovario izquierdo, extendido al tejido celular pélvico, muy semejante á la denominada: *degeneración papilomatosa quística*; cuyo neoplasma englobó los genitales internos hasta el grado de hacer imposible su distinción, y el cual remontándose á lo largo de la columna vertebral, terminó por excluir las vísceras del abdomen, relegándolas atrás de su normal situación.

Secuela post-operatoria.—La noche de la operación ascendió la temperatura á 38°5 siendo el pulso de 84 por minuto, vómito clorofórmico. Pronto reaccionó debido á la inyección de 700 gramos de suero sódico normal que se hizo al terminar la operación.

Día 13 de Mayo.—Temperatura matutina de 38°3, pulso á 100, facies peritoneal, respiración tranquila. Refrigeración continua del vientre é inyección de 200 gramos de suero.

Desde el día 14 la temperatura y el pulso son normales y el caso marcha de un modo excepcionalmente feliz hasta la cicatriz de la herida, siendo el vientre indoloro á la palpación profunda y mejorándose el estado general hasta el grado de comer y digerir bien la alimentación hospitalaria.

Si el derrame se ha reproducido, es en tan mínima cantidad, que no es fácil apreciarlo por los medios corrientes de exploración clínica, entre las cuales no encuentra su indicación el tacto vaginal realizado en la posición de pié, por encontrarse ocupada la excavación pélvica por la tumefacción descripta.

Resultado.—Curación paliativa.

Reflexiones.—Solamente me permito indicar las siguientes:

Es de recomendarse la punción lenta de los

quistes ováricos, para evitar la descomposición rápida del vientre y los accidentes cardio-pulmonares que suelen presentarse durante la cloroformización.

Es prudente evitar el amplio despegamento de las adherencias que tan íntimamente funden la pared del quiste con el revestimiento músculo aponeurótico del abdomen, requisito que exige la práctica clásica de la ovariectomía.

Es posible la extirpación parcial, cuando menos de los neoplasmas de mayor volumen y resulta conveniente esta conducta, en virtud de ser conocida la influencia que ejercen sobre el mecanismo de la contaminación de la serosa abdominal, si bien en el caso actual las masas neoplásicas flotaban en el interior del quiste en otros hechos subsiste la duda apuntada en las dos fórmulas del diagnóstico clínico, y por ello creo deber mantener esta proposición.

El caso demuestra el inéxito de las punciones que sólo alivian los síntomas mecánicos, agravándose por ellos el estado general por disminución de la albúmina, generándose así y precipitándose la aparición de la hipohemia en las enfermas. En el hecho actual las punciones fueron inocuas, pero es posible y ya está señalado el accidente de producirse hemorragia por tropiezo del trocar que hiere los vasos embrionarios cuando existen masas del tumor cerca del llamado lugar de elección para hacer las punciones. En consecuencia, resulta á todas luces superior la práctica de la celiotomía, la que es un ejemplo notable de la conotación que debe darse al término *laparotomía exploradora* y que en esta vez y felizmente fué medianamente curadora, supuesto que gracias á la asepsia rigurosa que se empleó, pudo realizarse la extirpación del ovario degenerado.

Es conveniente y es útil estancar el derrame ascítico ó el contenido líquido de los quistes ováricos cerrando el vientre en vez de la práctica preceptuada de establecer amplia canalización.

Considero de grande importancia esta última proposición, pues la contraria conducta acaba con las fuerzas de las enfermas, por la abundante supuración que se produce especialmente si se trata de pacientes hospitalarios y por ello expuestos á la contaminación por el aire impurificado proveniente de las emanaciones de una sala

atestada de enfermas que sufren las dolencias más variadas.

Julio 10 de 1902.

FRANCISCO HUERTADO.

ILEUS,

SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La seule regle qu'on puisse donner est de faire un examen complet, absolument complet, ne négligeant aucun organe "à capite ad calcem" comme disaient les vieux auteurs.

A. F. Plicque.

I

Sinonimia, historia y definición.

Passio iliaca, ileus, volvulus, cólico de misere-re, estrangulamiento interno y obstrucción intestinal son los términos que en el curso del tiempo han servido para designar la afección que estudiamos.

Incontables años ha que el ileus es conocido por el gremio médico, puesto que ya Praxagoras abría el vientre para remover el obstáculo que se oponía al curso de las materias; pero es preciso venir hasta al siglo XVIII y notar el movimiento que se inició á propósito del tratamiento quirúrgico y que llevó aparejados consigo los nombres de Littre y Pillore de Rouen. Esta cuestión que á principios del siglo pasado es seguida de un modo frío en su primera mitad, se torna viva con Maissonneuve, Dupuytren, Malgaigne y Nelaton, campeón y vulgarizador del ano enteropróico. (1)

De entonces para acá los estudios de Brinton, Leichtenstern, Rafinesque, Peyrot, Treves, Guinard, Lejars, Gangolphe, Galliard y mil otros que por uno ú otro motivo han estudiado la obstrucción con más detalles, la hacen tomar una importancia tal, que en la Sociedad de Cirugía de

(1) La primera intervención de este género fué hecha por Monaury de Chartres en 1818 y por Monod fué repetida en 1838.