GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE JULIO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 13.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Sesión del día 22 de junio de 1904.

Presidencia del señor Doctor M. S. Soriano.

El Dr. Gregorio Mendizábal dió lectura á su trabajo de Reglamento, al que puso por título: "Algunas consideraciones acerca de la difteria en México."

A. CHACÓN.

CLINICA EXTERNA.

SARCOMA DESARROLLADO EN EL ANTRO DE HIGMORO

PASANDO A LA CAVIDAD BUCAL POR LOS ALVEOLOS.

OPERACIÓN.—BREVES CONSIDERACIONES SOBRE ESTE CASO.

El mes de octubre de 1902 se me presentó Rafael López, de 23 años de edad, jornalero, labrador en los Llanos de Apam, de buena constitución. Este individuo nos dijo: que hacía dos años comenzó á sentir que se le hinchaba la mitad izquierda de la cara, acompañada esta hinchazón de un dolor obtuso, como si le apretaran la cara; que haría como seis meses le comenzó á aparecer una carnosidad en la encía aflojándose un diente, que se le había caído. Nos dijo que siempre había sido sano, que no recordaba haber tenido ninguna enfermedad seria; que su padre también era jornalero y vivía, habiendo sido de buena salud, así como su madre, que aún vivía; tiene otros hermanos también labradores y que están sanos; que todos son de los Llanos de Apam, trabajando desde niños en las haciendas.

Examinado á este joven vimos que, en efecto, la mitad izquierda de la cara estaba abultada, notándose el levantamiento del apófisis ascen-

dente del maxilar superior y el abultamiento del maxilar, sobre todo en la parte correspondiente á la pared anterior del antro de Higmoro, arriba del incisivo lateral y del canino. La piel conservaba su color normal así como su temperatura y á la presión se sentía que cedía el hueso, como si estuviere adelgazado, pero sin producir el ruido de pergamino; esta exploración no era dolorosa.

Examinada la cavidad bucal vimos que, el segundo diente incisivo lateral izquierdo faltaba, viéndose una carnosidad que parecía salir del alveolo. Esta carnosidad, que podría ser confundida con un epulis, tenía el tamaño de un frijol grande, que parecía salir del alveolo y tenía la apariencia de un tumor carnososo; á la presión era algo resistente y no sangraba. Examinada la fosa nasal izquierda se vió que no había la menor obstrucción en esta cavidad, encontrándose sus paredes al parecer normales; no se percibía ningún mal olor en las fosas nasales, ni salió sangre al explorar la fosa izquierda. Los ganglios del cuello presentaban sus dimensiones normales, en ambos lados.

El estado general del individuo era bueno. Aunque delgado por la poca grasa, los músculos estaban bien desarrollados, siendo el estado de la nutrición general bastante satisfactorio; no había la menor huella de las enfermedades que en la infancia atacan á los niños escrofulosos.

Después de este examen pude formular el siguiente juicio sobre el padecimiento de este joven: se trata de un tumor benigno, muy probablemente de un sarcoma, situado en el antro de Higmoro, sin poder fijar exactamente el sitio por el que comenzó á desarrollarse este tumor, y en el que debía estar implantado.

Paso ahora á interpretar, valorizar y coordinar los datos que me sirvieron para poder formular este diagnóstico, que fué plenamente confirmado después de practicada la extirpación de este tumor. La existencia del tumor saliendo del alveolo, podría hacer creer que en el alveolo

había comenzado á desarrollarse, pero la aparición de la hinchazón de la mitad izquierda de la cara mucho antes de la aparición del tumor en la cavidad bucal, hacían desde luego desechar esta suposición y suponer con más razón que el punto de partida del tumor se encontraba arriba del alveolo en el antro de Higmore, que es la cavidad, que se encuentra en este lugar arriba del alveolo por el que salía el tumor para penetrar á la cavidad bucal.

El sitio de la cara en la que se hacía más marcada la hinchazón, su forma y la depresibilidad de la pared anterior del antro, no dejaban la menor duda, sobre el sitio del tumor; luego la marcha venía indicando claramente que el tumor desarrollado primero en el antro de Higmore, había pasado á la cavidad bucal tan pronto como la caída del diente permitió este paso. Con respecto á su benignidad, la evolución del tumor, cuya duración era cuando menos de dos años, la indicaban y á mayor abundamiento la no existencia del infarto ganglionar, así como el buen estado general del individuo confirmaban esta suposición sobre la benignidad del tumor. La naturaleza probable del neoplasma antes de hacer el examen histológico, estaba fundada sobre el examen clínico; teniendo en cuenta la apariencia del tumor, su sitio, la falta del infarto ganglionar, la edad del individuo, sus antecedentes hereditarios y patológicos, así como el estado satisfactorio de su nutrición general, debía ser un *sarcoma* y no otra variedad de tumor, entre los benignos, el que se nos presentaba, y repito, este diagnóstico se confirmó después de la operación tanto porque se pudo ampliar el examen clínico, como porque se pudo hacer el examen histológico, examen que tuvo la bondad de hacerlo el Sr. Dr. Gayón.

Establecido este diagnóstico, le dije al enfermo que, su padecimiento solamente podría curarse practicándole una operación y le expliqué en lo que consistiría. Traté de convencerlo de que cualquiera medicina que tomara sería inútil para su curación, gastando en valde su dinero, y sobre todo le hice ver que si no se operaba pronto quizá el tumor podría destruir el hueso y aun comprometer el ojo, que podría perder si el tumor se desarrollaba en la dirección de la órbita.

Habiéndome dicho el enfermo que estaba conforme en dejarse hacer la operación, pero

que tenía que volver á su tierra para arreglar algunos asuntos y después de arreglarlos volvería para que le hiciera yo la operación, tanto para calmar la parte mental como para demostrarle prácticamente que las medicinas no le darían ningún resultado, le prescribí unas gotas de una solución de yoduro de potasio para que las tomara, entretanto volvía á la Capital, recomendándole á la vez el asco de la boca antes y sobre todo después de tomar sus alimentos. El enfermo se despidió de mí ofreciéndome volver dentro de pocos días, ya decidido á que se le practicara la operación.

Esperando que este individuo volviera pronto á la Capital para que lo operara, me puse á ensayar la operación en el cadáver, temiendo que tal vez hubiera necesidad de resecar toda la mitad izquierda del maxilar superior; pero el tiempo pasaba y el enfermo no se me presentaba, lo que me hizo suponer que, tal vez por temor de la operación, se hubiera puesto en manos de alguna persona que le hubiera ofrecido curarlo sin operación, con el fin de explotarlo, como sucede frecuentemente tratándose de padecimientos incurables, ó de aquellos que solamente pueden curar por medio de un tratamiento quirúrgico. Después de cuatro meses, es decir, á fines del mes de febrero de 1903 este individuo se me volvió á presentar diciéndome que venía á que le hiciera yo la operación; que no había venido antes por haber tenido que estar con su familia arreglando algunos negocios en su tierra.

Volví á examinar el tumor y encontré que éste se había desarrollado de una manera notable, pues el tumor que tenía el tamaño de un frijol grande cuando lo ví por primera vez, es decir, hacía cuatro meses, había crecido hasta llegar al tamaño de un limón grande que apenas podía caber en la cavidad bucal, no pudiendo pasar más que alimentos líquidos. La hinchazón de la mitad izquierda de la cara había aumentado muy poco, lo que se explica fácilmente teniendo en cuenta que el tumor, luego que pudo pasar sin dificultad del antro de Higmore á la cavidad bucal, se desarrolló en esta cavidad con toda libertad, permaneciendo sin aumentar en sus dimensiones ó aumentando muy poco la parte del tumor contenida en dicho antro. El estado general del enfermo era poco más ó menos el mismo que cuando lo ví por primera vez y no había la menor hinchazón de los ganglios del

cuello. El primer pequeño molar izquierdo estaba tan flojo, que sin dificultad pude extraerlo con los dedos y una vez quitado el diente pude notar que el hueso de la bóveda palatina, cerca del borde alveolar, estaba perforado, pasando por esta perforación el tumor á los alveolos de ambos dientes.

El día 3 de marzo hice que este enfermo entrara al Hospital Juárez, colocándolo en la Sala de la Clínica. El día 15 del mismo mes se le practicó la traqueotomía, con el objeto de poder operar con toda comodidad, sin temor de que sobreviniera la asfixia por la cantidad de sangre que durante la operación pudiera pasar á los pulmones. Esta operación la practiqué en compañía de mis apreciables compañeros los Sres. D. Fernando Zárraga y D. Guillermo Parra. La operación no presentó en su técnica dificultad alguna, pero sí la tráquea presentaba la anomalía de estar situada muy hacia atrás en su parte inferior, de manera que la cánula, más larga de las que comunmente se emplean, apenas penetraba en la abertura hecha á la tráquea, saliéndose casi todos los días al grado de que la abertura de la tráquea comenzó á cicatrizarse estrechándose y habiéndose necesitado volver á ampliar con el bisturí la abertura de la tráquea y ponerle la única cánula que se encontró en las casas donde venden instrumentos, que medía 75 milímetros de longitud, con la que ya pudo estar bien el enfermo.

El día 21 de marzo, encontrándose el enfermo en buenas condiciones, pues la operación de la traqueotomía no había traído ninguna complicación, y la herida del cuello por la que pasaba la cánula ya estaba avanzada en su cicatrización, procedí á practicar la operación acompañado del Sr. D. Fernando Zárraga y de dos practicantes del hospital. Temiendo que la anestesia, haciendo pasar el cloroformo al través de la cánula, no fuera completa, le apliqué al enfermo una inyección hipodérmica de un centigramo de clorhidrato de morfina una hora antes de operarlo.

Estando el paciente en la mesa de operaciones y teniendo todo listo para practicar la resección, comenzamos por anestesiar al enfermo con el cloroformo, por medio de la cánula de Iren Friendenburg que el Sr. Zárraga me hizo favor de prestar y fué aplicada en la cánula del cuello del enfermo. La anestesia que se obtuvo

fué completa, pues durante toda la operación el enfermo permaneció en la resolución muscular más completa y sin acusar el menor dolor.

Una vez obtenida la anestesia, procedimos á tapar la laringe y la faringe, introduciendo en las fauces una buena cantidad de gasa salolada.

El primer tiempo de la operación consistió en hacer una incisión, según el método de Nelaton, que partiendo inmediatamente abajo y un poco afuera del ángulo interno del ojo, en el borde de la órbita, se dirigió hacia adentro hasta encontrar la parte alta del surco nasojugal, inmediatamente abajo del ángulo interno del ojo; de este punto se bajó la incisión siguiendo este surco hasta llegar al lóbulo izquierdo de la nariz contorneando la incisión este lóbulo para seguir bajo la nariz, inmediatamente abajo de la ventana izquierda, para detenerla inmediatamente abajo del tabique, prolongándola después hacia abajo para dividir el labio superior en su parte media.

Se procuró que esta incisión comprendiera todas las partes blandas con excepción del periostio, para disecar después estas partes, formando un colgajo que se levantó para dejar á descubierto el maxilar superior en sus caras anterior é izquierda. Una vez descubierto el hueso pudimos sentir que el hueso abultado, correspondiendo á la pared anterior del antro de Higmoro, estaba muy adelgazado teniendo una consistencia cartilaginosa, cediendo fácilmente á la presión.

Con la legra se desnudó el hueso en la parte correspondiente al borde alveolar, llevando el despegamiento por dentro de la boca un poco arriba de este borde, y desprendiendo por afuera el periostio de la pared anterior del antro.

El segundo tiempo de la operación consistió en hacer la resección de la porción del hueso correspondiente á la pared anterior del antro y de una porción del borde alveolar. Como el hueso estaba en este lugar adelgazado y aun perforado por dentro cerca del borde alveolar, con las cissallas, ayudados del cincel y del mazo se quitó la pared anterior del antro, haciendo en el hueso un corte triangular con su vértice dirigido hacia la órbita y su base hacia el borde alveolar. Una vez puesto á descubierto el tumor, al quitar esta porción de hueso se sacó el tumor de la boca á la vez que se desprendían sus adherencias al periostio del piso del antro en su mitad anterior. La porción del tumor situada en la bo-

ca presentaba al tacto cierta resistencia, no así la porción contenida en el antro de Higmore, que estaba reblandecida desgarrándose muy fácilmente, sobre todo, cerca del punto en que estaba implantado el periostio. La porción del tumor contenida en el antro daba muy mal olor, un olor de putrefacción debido á la penetración del aire al antro por las fosas nasales. El tumor en su totalidad presentaba un volumen un poco más grande que el volumen de la parte contenida en la cavidad bucal, y con una abundante vascularización. Aún cuando el hueso bajo la mucosa del seno, en el punto de implantación del tumor, parecía estar sano, sin embargo, por temor de una reproducción, se quitó una porción de la bóveda palatina juntamente con la mucosa y el periostio del antro, tocándose con el termocauterio la porción de mucosa cercana al punto de implantación del tumor. La porción del neoplasma contenido en el antro se desgarraba al tomarlo, teniendo la consistencia de papilla la parte superficial que se desprendía con los dedos. Una vez seguros de haber quitado todo el neoplasma, se procedió á hacer la hemostasis desinfectándose después la cavidad del antro por medio de lavados con una solución de cianuro de mercurio al uno por mil.

El tercer tiempo de la operación consistió en hacer la síntesis del colgajo, por medio de unos puntos de sutura entrecortada hechos con seda perfectamente esterilizada y de unos vendotes de tela adhesiva de Johnson. Después de restañada bien la sangre, con algodones perfectamente asépticos se limpiaron las superficies cruentas, quitando todos los coágulos, volviéndose á aplicar el colgajo sobre el hueso, procurando al suturar hacer la coaptación perfecta de los bordes de la incisión. Con seda gruesa y delgada se pusieron los puntos de sutura alternando los gruesos con los delgados, teniendo por objeto los primeros contrarrestar la tendencia á la separación de los bordes, y los delgados solamente favorecer la coaptación de dichos bordes. Para no aumentar el número de estos puntos que dejaban un cuerpo extraño, aún cuando estuviera perfectamente esterilizado, se favoreció esta coaptación por medio de vendotes de tela adhesiva, intercalados con los puntos de sutura. Se polvoreó después la línea que marcaba la incisión con salol; cubriéndose este polvo con gasa salolada, sobre la que se aplicaron capas de al-

godón humedecido con solución de cianuro de mercurio al uno por mil, cubriéndose estas piezas de la curación con tela de baudruz, sobre la que se pusieron unas capas de algodón absorbente, fijando la curación por medio de un vendaje ligeramente compresivo para favorecer la aplicación del colgajo sobre la superficie huesosa cubierta con su periostio.

Este empaque de la mitad izquierda de la cara llenaba, además de la indicación ya dicha, la de inmovilizar el colgajo, proteger la herida contra una violencia exterior, á la vez que mantenerla con una temperatura conveniente. La tela impermeable permitía mantener en toda la región operada, una atmósfera antiséptica y húmeda, impidiendo la evaporación de la solución antiséptica con la que se impregnaron los algodones que se aplicaron sobre la gasa. Por alimento se le prescribió al operado leche, recomendándole la tomara con pistera.

Durante los primeros cinco días que siguieron á la operación, nada de particular sobrevino; el operado estaba sin calentura y no sintió más que una sensación de ardor en la herida, los dos primeros días que siguieron á la operación, ardor que desapareció completamente pasados estos dos primeros días. El día 25 se le hizo la primera curación. Al descubrir la herida vimos que el apósito solamente presentaba una mancha poco extensa, debida á unas gotas de pus que salían por un punto de sutura situado cerca del ángulo interno del ojo; el resto de la herida operatoria parecía haber cicatrizado por primera intención. Se quitaron casi todos los puntos de sutura dejando solamente unos tres, y se volvieron á aplicar vendotes de tela adhesiva. Se desinfectó el lugar correspondiente á la sutura infectada y se volvió á aplicar una curación igual á la del día de la operación.

La segunda curación se practicó el día 28, encontrando la herida operatoria completamente cicatrizada, habiéndose conseguido la desinfección completa del punto de sutura infectado. Se quitaron los tres puntos de sutura que se habían dejado en la curación anterior y se volvió á aplicar una curación igual á las anteriores; se le permitió al enfermo que además de la leche tomara caldo, vino y sopa. Por último, el día 2 de abril se descubrió la herida, encontrándola definitivamente cicatrizada.

Se me pasaba decir algo importante. Como

he dicho, al operar á este individuo se quitó una porción de la bóveda palatina cerca del borde alveolar, con una porción de este arco; para hacer esto hubo necesidad de desprender en una corta extensión las partes blandas que cubrían el hueso resecaado de la bóveda palatina, quedando allí un pequeño colgajo formado por estas partes blandas. Este colgajo no fué suturado, sino que se dejó libre, llenando la cantilad del antro de Higmoro con gasa esterilizada, gasa que se sacaba en cada curación y se volvía á introducir, lavandó previamente esta cavidad con una solución boricada al 4 por 100. Cuando ví completamente cicatrizado el colgajo de la cara le propuse á este individuo cerrarle esta abertura, á lo que se negó diciéndome que le urgía volverse á su tierra pronto, pues le habían escrito una carta llamándolo, quedando en que, cuando volviera, le haría esta operación complementaria.

Encontrándose bien el operado, fué dado de alta el día 25 de abril de 1903.

El mes de noviembre me volvió á ver este individuo y examinándole la boca ví que la abertura había disminuído notablemente, pudiendo apenas caber la yema del dedo pequeño. Me dijo que se sentía muy bien y que solamente me había venido á ver por habérselo yo encargado, y que se volvía á su tierra en la tarde. En vista de esto ya ni le volví á hablar sobre la operación que había pensado hacerle para cerrar esta abertura.

Examinándolo pude ver que la cicatriz de la cara era poco perceptible, salvo en el labio superior, que sin ser muy notable se marcaba bien sobre todo en el borde del labio, en la mucosa, pues en la piel quedaba la cicatriz apenas perceptible cubriéndola en parte los pelos de su caso bigote. El tumor no se había reproducido.

Hecha la historia de este enfermo, paso á entrar en algunas consideraciones sobre el caso en cuestión.

Raros son los casos como el presente en el que el diagnóstico pueda establecerse con toda precisión, tratándose de tumores situados en las cavidades de la cara, y debe darse por muy satisfecho el enfermo que cura radicalmente á expensas de una ligera deformidad como en el presente caso.

Es verdad que al cirujano se le exige mayor precisión en el diagnóstico que al médico, por-

que en cirugía el diagnóstico presenta menos dificultades para establecerse que en medicina, y éste es uno de los casos que viene demostrando que cuando se hace un buen examen del paciente para poder obtener todos los signos importantes que se refieren á la enfermedad, si se les da su verdadera interpretación y si se coordinan ó relacionan de una manera conveniente, el diagnóstico se facilita notablemente.

En el presente caso, los antecedentes hereditarios y patológicos del paciente, la manera cómo se desarrolló el tumor, el tiempo de que databa desde que el enfermo comenzó á notar su padecimiento y su evolución, eran datos de grande importancia proporcionados por el conmemorativo. El estado general del enfermo, su edad, la deformidad de la mitad izquierda de la cara, el sitio del tumor, su aspecto, dimensiones, consistencia, etc., así como la falta de infarto ganglionar, eran otros datos importantes proporcionados por la exploración. Sobre estos datos, obtenidos por el examen cuidadoso del paciente, fundamos el diagnóstico dado, precisando la naturaleza y sitio de este tumor. El diagnóstico obtenido por el examen clínico del enfermo fué confirmado por el examen histológico del tumor. Este último examen tuvo su importancia bajo el punto de vista de hacernos saber la variedad de sarcoma que teníamos que tratar, confirmando este examen el juicio que nos habíamos formado, sobre todo por la duración y la marcha del tumor, pues del examen histológico resultó que este neoplasma pertenecía á la variedad de tumores sarcomatosos, formados por celdillas fusiformes pequeñas, que es una de las variedades que presentan los tumores de menor malignidad, porque no se diseminan tan rápidamente invadiendo los órganos internos como en la variedad de celdillas redondas ó en la de grandes celdillas fusiformes. Además, esta variedad de sarcoma es la que tiene menos tendencia á generalizarse y se observa que si repiten después de varias extirpaciones, esta tendencia á la reproducción local con el tiempo la pierden, aun cuando también se ha observado que en una de tantas reproducciones lleguen á afectar un carácter maligno y á generalizarse. En nuestro enfermo, después de siete meses de haber sido operado el tumor, no se había reproducido.

Por lo expuesto, se ve la importancia que tie-

ne en casos como el presente, no dejar de hacer el examen histológico, que no solamente puede servir para confirmar el diagnóstico que por el examen clínico ha hecho el cirujano, sino que puede fijar un punto tan importante como es el de la malignidad ó no malignidad del tumor que se trata de operar.

Aun cuando el diagnóstico no sea más que un medio para llegar á un fin que es el tratamiento, vemos que en general el éxito de una operación depende de como se haya hecho el diagnóstico, por esta razón al cirujano se le exige más precisión en el diagnóstico que al médico, además de que sin un diagnóstico preciso no puede fundarse un pronóstico cierto. A nuestro enfermo se le dijo que tenía mayor número de probabilidades de curar, tanto para levantar su moral, como porque no vacilara en dejarse hacer la operación.

Respecto del tratamiento, podemos decir que, habiéndonos faltado precisar el lugar de implantación del tumor, así como la extensión de esta implantación, no podíamos decir antes de abrir el antro de Higmore para poner á descubierto el neoplasma, hasta dónde llevaríamos la exeresis operatoria; no podíamos decir si la operación se limitaría á lo hecho ó habría necesidad de reseca toda la mitad izquierda del maxilar superior estando de antemano preparados para quitar todos los tejidos que hubiera invadido el tumor, como pasa generalmente cuando se hace la extirpación de neoplasmas, cuyos límites no pueden ser conocidos antes de haber comenzado la operación. El quitar todos los tejidos invadidos por el neoplasma era una condición indispensable para obtener un éxito favorable y por eso nos empeñamos en quitar toda la porción del hueso y de las partes blandas en que estaba insertado el tumor. El pedículo del neoplasma insertado en el periostio del piso del antro no era extenso, lo que evitó que se quitara una gran porción de la bóveda palatina, lo que fué una fortuna para el operado. Además, para mayor precaución después de quitar la porción de hueso y de partes blandas en el punto de inserción del tumor, tocamos con el termo-cauterio las partes vecinas á esta pérdida de sustancia.

Otra de las condiciones importantes para obtener un éxito favorable, era el conseguir una reunión por primera intención del colgajo formado

á expensas de las partes blandas de la mitad izquierda de la cara, no pudiéndose obtener esta reunión sino practicando una antisepsia rigurosa; ésta fué otra de nuestras preocupaciones.

Bien sabido es que la asepsia perfecta de una herida solamente puede conseguirse practicando una antisepsia rigurosa, siendo la limpieza quirúrgica diversa de la limpieza ordinaria, y nuestros esfuerzos en este sentido fueron coronados del éxito más completo.

Acompañó á este trabajo tres fotografías tomadas de este individuo en el Hospital Juárez, la primera después de haberle hecho la traqueotomía y las otras dos pocos días antes de que se le diera de alta. Ellas dan una idea exacta del tumor: la primera hace ver el neoplasma en la cavidad bucal; la segunda hace ver la cavidad bucal enteramente libre, y la tercera hace ver cómo quedó la cicatriz del colgajo pocos días después de la operación. En la primera fotografía se ve un corcho que se puso en el lado derecho para mantener abatida la mandíbula inferior para sacar esta fotografía. Estas fotografías vienen comprobando lo asentado en el cuerpo de este trabajo, y con este mismo objeto acompaña el tumor que fué extirpado.

Como se ve, el pedazo grande del tumor que estaba contenido en la cavidad bucal, tiene el aspecto de un pedazo de coliflor; su tamaño ha disminuído bastante. Los otros fragmentos corresponden á la porción del tumor contenido en el antro de Higmore. Como se ve, son pequeños y unos cuantos; esto es debido á que, como he dicho, la porción del tumor contenida en el antro estaba muy reblandecida, destruyéndose á la menor presión, como pasó al extraerlo con los dedos. Esta porción del tumor reblandecida daba muy mal olor, encontrándose en putrefacción; de aquí el reblandecimiento de esta porción del tumor, como pasa con todo tejido que sufre la fermentación pútrida.

Para concluir voy á decir unas cuantas palabras sobre la traqueotomía practicada pocos días antes de la operación para extraer el tumor. La traqueotomía se hizo necesaria, puesto que antes de emprender la operación para extraer el tumor, no sabíamos si tendríamos necesidad de hacer la resección de toda la mitad izquierda del maxilar superior, teniendo forzosamente que acompañarse esta operación de una pérdida de sangre abundante que nos hubiera tenido que

divagar de nuestro trabajo principal para estar impidiendo que la sangre penetrara á la laringe.

Se nos podría hacer la objeción de que colocando la cabeza del operado en la posición de Ross, se hubiera podido evitar el practicar la traqueotomía; pero yo soy de opinión de que, en esta clase de operaciones, siempre que se pueda, debe uno poner los medios más seguros para evitarse las dificultades que puedan hacer más laboriosa una operación, y con la práctica de la traqueotomía podíamos tener la seguridad de que la penetración de la sangre á la laringe estaba evitada.

La sangre que perdió este enfermo durante la operación fué relativamente bastante; ahora bien, con mayor razón hubiera perdido mucha más si se hubiera tenido que practicar la resección de toda la mitad izquierda del maxilar superior, y puesto el operado en la posición de Ross, además de que no hubiera estado el que habla con comodidad para practicar la operación, como lo estuvo colocando la cabeza del paciente como mejor convino, hubiera tenido que estar interrumpiendo la operación para evitar el paso de la sangre á la laringe y la asfixia consecutiva.

La traqueotomía, debido á una anomalía que consistía en estar la tráquea situada muy hacia atrás del cuello en su parte inferior, hizo difícil la aplicación de la cánula, que apenas llegaba su extremidad á la incisión traqueal, saliéndose á cada momento. Hubo necesidad de buscar una cánula que tuviera una longitud mayor que la de las cánulas que generalmente se usan, y con gran dificultad se pudo conseguir en las dos casas que hay en la capital para la venta de instrumentos de cirugía, la única que había y que se acomodó muy bien al cuello del enfermo. Las cánulas que generalmente se usan en los adultos miden 6 centímetros y la que tuvimos necesidad de poner en este operado tenía 75 milímetros de longitud. Tanto este hecho como el de otra traqueotomía que pocos meses después practiqué y en la que el operado tenía un cuello muy voluminoso que no permitía que las cánulas usadas comunmente llegaran hasta la tráquea, me han hecho llamar la atención sobre este particular al presentar este trabajo, para que señalado este inconveniente se evite, teniendo todo cirujano en su arsenal, cánulas que tengan mayor longitud

que la ordinaria, para evitar esta dificultad si llegare á presentarse.

México, febrero 24 de 1904.

TOBIAS NÚÑEZ.

OFTALMOLOGIA.

Algunas consideraciones sobre el cisticerco intraocular.

Un nuevo caso de cisticerco sub-retiniano que voy á presentar ante esta H. Academia, me proporciona la oportunidad de llamar la atención de mis estimados consocios, sobre algunos puntos interesantes en el estudio de esta afección.

Desde luego es de hacerse notar su frecuencia en México. Sabido es que en el Norte de Alemania, los cisticercos del ojo son mucho más frecuentes que en cualquiera otro país: su proporción según varias estadísticas es de *uno por mil enfermos de los ojos*. En Francia, Bélgica, Estados Unidos y Suiza se presenta pocas veces; en Austria es sumamente raro; en Italia y Portugal lo es menos, según las observaciones que he leído. No conozco estadísticas especiales sobre su presencia en los citados países, pero los autores convienen en que son muy contadas en ellos las oportunidades de observarlo, tanto que muchos oculistas de Austria, Francia y Bélgica, durante su larga experiencia, no han visto un solo caso.

Por lo que á México se refiere, desde que el Dr. R. Vértiz presentó en esta Academia el primer caso, observado en un ojo que enucleó por irido-coroiditis con despegamiento de la retina y enturbiamiento del vítreo, en el cual fué imposible hacer el diagnóstico por las razones expresadas; desde entonces he podido contar diez y seis casos, el presente inclusive, en un período de diez y ocho años: de ellos ocho me han consultado por primera vez; cinco, me hicieron observar algunos compañeros, y tres conozco únicamente por referencias. Atento á que en este período de diez y ocho años me han consultado en el hospital Valdivielso y en mi consulta particular 32,000 enfermos aproximadamente, pue-