

recha y ligadura y sección sucesivas de los ligamentos redondo e infundíbulo-pélvico derechos. Ligadura de la uterina derecha. Vaciamiento conoide del cuello y sutura con catgut del muñón cervical. Sutura en surjete del peritoneo de los ligamentos anchos y del de revestimiento de la vejiga e intestino. Sutura del vientre con alambre de plata por mi procedimiento.

La operación duró una hora cinco minutos y la paciente no acusó ni dolor ni ninguna otra perturbación.

Fué dada de alta por curación, saliendo luego para su país el 8 del presente.

¿Por qué, no presentándose perturbación de ninguna clase y cuando se presenta, siendo ligera y pasajera (basca una hora ú hora y media después de practicada la inyección) con tres centigramos de cocaína, no aumentar la dosis y obtener mayor efecto anestésico? En esta vía me propongo seguir mis investigaciones animado por los estudios de colegas europeos que, sin tomar las precauciones que dejo sentadas, han podido inyectar, sin inconveniente, 5 y hasta 6 centigramos de cocaína en personas jóvenes, robustas y por tanto, de tejidos elásticos que vuelven sobre sí y tapan la abertura dejada por la aguja, substrayéndose por una disposición anatómica especial á los efectos del cocainismo, pero estando expuestos á él los individuos que no reúnen tales condiciones y sólo la modificación que yo propongo y sigo es capaz de igualar, en lo posible, á los sujetos, y de substraerlos á la intoxicación cocainica.

México, julio 15 de 1903.

J. VILLARREAL.

ANATOMIA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ANATOMICAS SOBRE EL SENO FRONTAL.

A uno y otro lado de la escotadura nasal, se encuentran colocadas dos pequeñas cavidades que se conocen con el nombre de seno-frontal: tienen un revestimiento mucoso que parece ser una continuación de la pituitaria; están separadas por un tabique delgado muy variable en su disposición, se desarrollan después del nacimiento y están formadas por la extensión sobre el frontal de las celdillas etmoidales anteriores.

A la edad de 8 años, miden 6 milímetros y hacia los 20 adquieren todo su desarrollo por el rechazamiento hacia adelante de la lámina anterior del hueso. Estas cavidades están situadas arriba y afuera de la cavidad nasal, arriba y adentro de las órbitas (Tillaux). Están limitadas por la tabla externa del frontal y hacia atrás por la tabla interna del mismo hueso.

Desde que aparecen los senos se desarrollan en proporciones desiguales, observándose que con frecuencia sólo se desarrolla el de un lado, quedando el tabique rechazado y formando una de las paredes del seno; esta disposición es frecuente entre nosotros y es frecuente también que no se verifique el desarrollo, es decir, la ausencia completa de los dos senos. La mucosa del seno tiene pocos nervios, es poco vascular y poco adherente al hueso; la mucosa presenta en su cara profunda una capa fibrosa que puede osificarse. La cavidad tiene una capacidad de 4 á 5 centímetros ordinariamente; estas cavidades pueden ser el sitio de una infección, dando lugar á lo que se llama empiema del seno, padecimiento que exige para su curación una intervención quirúrgica; la Trepanación ¿cómo debe hacerse? ¿cuáles son los puntos de referencia para trepanar el seno? Rectificada la presencia del pus con los datos de la clínica: tumefacción en el ángulo interno de la órbita, dolor espontáneo en la nariz, con irradiaciones hasta la frente, exacerbación á la presión y escurrimiento mucopurulento por la nariz. Cuando la colección se ha abierto paso al exterior y se conserva fístula llega á ser patognomónico el desprendimiento de gases en el momento de sonarse.

Para hacer la trepanación, después de los preparativos de ordenanza: razurar la ceja y la región frontal, se traza una línea horizontal que una los dos rebordes supraorbitarios; abajo de esta línea están siempre los senos frontales, nunca arriba, considerándose éste como límite inferior de la cavidad craneana. Para trepanar se hace una incisión horizontal que partiendo de la línea media frontal se dirija hacia afuera en una extensión de cinco centímetros; se hace una segunda incisión perpendicular á la primera sobre la línea media de dos á tres centímetros de extensión, de tal manera que las dos forman una T cuya rama más larga sea horizontal y la corta vertical, y dirigida hacia abajo; estas incisiones deben comprender todas las partes blandas,

inclusive el periostio; con la legra se abate el colgajo inferior y una vez desprendido se obra con las fresas números 1 y 2 de Doyen, se abre el seno recordando que la pared es muy delgada, que no debe dar sangre y que en su espesor hay cuando mucho un milímetro. Abierto el seno y evacuado el pus debe procurarse aplicar la regla general en cirugía relativa á los abscesos que la escuela moderna condensa en tres palabras: La operación debe ser aséptica, la intervención debe de ser precoz y la evacuación debe ser completa. La importancia de los dos primeros preceptos á nadie se le oculta; respecto al último, se ha tropezado con la circunstancia de que la naturaleza ó la función del órgano donde el pus se ha desarrollado hace que las intervenciones no se hayan hecho tan amplias como se deseara para conseguir la evacuación completa del pus, é impedir la formación de nuevas secreciones.

El empiema del seno frontal nos proporciona una confirmación á la regla fundamental, porque cuando el cirujano cumple con ella en todas sus partes, logra la curación del padecimiento en corto tiempo, impidiendo la formación de fistulas y propagaciones inflamatorias que en otra época comprometían el éxito.

En tal virtud, siempre que se haya reconocido la colección purulenta, es conveniente desprender toda la pared anterior del seno, teniendo cuidado de no dejar en la periferia reborde que forme canaladura, suprimiendo así la cavidad, que es el medio más seguro de evitar la reincidencia, procurando adaptar el colgajo cutáneo cuando la granulación y el buen estado de la herida así lo permita. Esta conducta permite, además de la completa evacuación del líquido, el que la cucharilla pueda maniobrar convenientemente para hacer la extirpación de las fungosidades y la extirpación de toda la mucosa enferma, para conseguir, por la exposición al aire, la cutanización de ella.

Siguiendo este procedimiento, no hay necesidad de ningún método de canalización inclusive la canalización por la nariz; por el contrario, todos los métodos de canalización son insuficientes cuando la intervención no ha suprimido fungosidades mucosas y las infractuosidades de la región. En dos enfermos que operé tuve oportunidad de ver la facilidad con que cura este padecimiento, siguiendo la técnica trazada. En un

caso cuya fotografía adjunto, se trata de una mujer de sesenta y cinco años que llevaba una fistula en la cola de la ceja. Operamos el año de 1901 trepanando y canalizando por la nariz; la operación no dió resultado y hubo necesidad de operarla al mes siguiente de acuerdo con la técnica antes descrita; la enferma curó en término de dos meses, habiendo practicado una autoplastia por deslizamiento para evitar el defecto que había quedado por la cicatriz. Sólo existía un seno, el del lado izquierdo, y se extendía de la línea media á la mitad de la ceja. La enferma fué observada tres años después de su operación y la curación se ha sostenido.

El otro caso, un enfermo, hombre de 50 años, la trepanación fué hecha con objeto de quitar fungosidades del seno, pudiendo reaplicarse el colgajo sin ningún incidente.

A. URRUTIA.

REVISTA EXTRANJERA

Fiebre paratifoidea.

Raoul Bensaude y Luciano Rivet, en un escrito sobre este asunto, consagran especial atención á la historia y síntomas de esta enfermedad. La paratifoidea pertenece á la familia de las infecciones generales graves. Es muy parecida á la fiebre tifoidea no sólo desde el punto de vista clínico, sino también del bacteriológico, porque el bacilo paratifoideo está estrechamente relacionado con el de Eberth. La semejanza clínica entre estas dos fiebres es tan grande, que el diagnóstico diferencial sólo es posible después de investigaciones bacteriológicas, que, en caso de paratifoidea, demuestran: 1º La ausencia ó al menos la débil intensidad de la reacción aglutinante de Widal. 2º La presencia del bacilo paratifoideo en el organismo, especialmente en la sangre. 3º El nombre de paratifoideo fué dado á este bacilo, la primera vez, por Acharé y Bensaude en 1896. El bacilo paratifoideo, como el de Eberth, pueden originar clínicamente infecciones locales que son raras, é infecciones generales que son la forma ordinaria. En un gran número de casos, los síntomas en los primeros días son vagos: dolor de cabeza, malestar general, anorexia y dolor abdominal característico. La constipación es la regla, albuminuria algunas veces. La temperatura es más alta en la noche. Estos son los puntos de diagnóstico de más valor. — (*Gazete des Hôpitaux Civils et Militaires.*)