

dante siguiendo el proceder de Doyen; atrapado el cuello en su labio posterior y después el anterior, se desincertó la vagina sucediendo entonces una cosa curiosa: cuando se hace la histerectomía por fibromas, el desprender la matriz de la vejiga es una cosa fácil y rápida; aquí dado el reblandecimiento del órgano no se desprendió por la tracción que hacíamos sobre él; sino que hubo que emprender una disección á tijera un poco delicada y laboriosa. Para que esto se facilitara, formé el pedículo del anexo izquierdo y lo desprendí, notándose que así la utero-ovárica como la uterina de ese lado que estaba más abajo eran delgadísimas. Desprendida la matriz de la vejiga, ya no tuve que hacer sino desprenderla del peritoneo en su parte anterior, y del ligamento ancho derecho, notándose que la útero-ovárica derecha era tan voluminosa como la humeral y la uterina tenía su calibre habitual. Una vez desprendida la matriz, hecha la hemostasis, suturé en bolsa el peritoneo pélvico y estando la cavidad peritoneal sin cuábulos, sin nada que la ensuciara, cerré la abertura abdominal y puse un tapón de gaza en la vagina. Mi operación desde que comenzó la eterización hasta que se pusieron las vendas tardó hora y cuarto, habiendo quedado la enferma á juzgar por su aspecto y por su pulso en condiciones muy buenas.

Entretanto el niño había sido arreglado, encontrando que el peso neto de él era de 3015 gramos y que su aspecto y condiciones eran muy buenas.

La enferma quedó por 36 horas en abstinencia y tomó pequeñas dosis de opio, no tuvo vómitos ni manifestación alguna de infección peritonial, y salvo una pequeña hemorragia vaginal que se cohibió con un taponcito de gaza, no hubo contratiempo. La vagina fué lavada con suero artificial caliente y sin presión casi, en los primeros días. Fué purgada por medio del citrato de magnesia á dosis fraccionada al 4º día y después de esto vino la leche abundante, lo que ha permitido á la señora tener el gusto de lactar ella misma á su hijo. Las temperaturas fueron siempre buenas, pues como se puede observar por el cuadro adjunto, nunca pasaron de 37.3.

Acompaño á esta descripción un retrato de la enferma con su hijo y yo al lado para servir de término de comparación, en estatura. A primera vista parece que la enferma está sentada, pe-

ro como ya dije sólo mide 120 centímetros, y si en el retrato se ve un poco más alta, esto se debe al peinado.

Acompaño á esta descripción la pieza anatómica que extraje y en la que se ve la incisión de la cara anterior con la placenta, ovarios y trompas á los lados y región cervical desnuda de peritoneo.

El 29 del pasado, 23 días después de la operación, salió esta señora del hospital «Juárez» andando, fuerte, criando á su hijo y proporcionando á todos los que contribuimos á su salud y al éxito de la operación la satisfacción consiguiente en tales casos.

Réstame sólo pedir una disculpa á los señores académicos si he sido tan prolijo al hacer esta descripción, pero sírvame de disculpa así el ser ésta la primera vez que en esta ciudad se tiene un éxito para la madre y el hijo, como las peculiaridades del caso que creí conveniente dejar consignadas.

México, julio 1º de 1903.

F. ZÁRRAGA.

CLINICA EXTERNA

Algunos apuntes de cirugía cerebral.

Entre las conquistas de la Cirugía moderna, las intervenciones en los centros nerviosos, adquieren cada día más seguridad en sus resultados, debido á la sencillez y perfección de la técnica, y á la oportunidad con que se precisan las indicaciones. Desde 1871 en que Broca por primera vez aplicó una corona de trépano, bajo bases científicas, hemos presenciado una revolución en la Cirugía craneana; pero ha sido necesario llegar al período antiséptico, y más que á él, á los últimos perfeccionamientos del método, á la preminencia de la asepsia bajo el reinado de la agua hervida y el jabón, para ver que la Cirugía cerebral toma asiento de propiedad, borrando para siempre la sentencia de los antiguos cirujanos, que pedían la trepanación, como justo castigo para el médico que intentara trepanar algún enfermo.

El punto de partida más importante ha sido el relativo á las localizaciones cerebrales y el conocimiento de la relación que existe entre la



Operación Cesárea
seguida de extirpación de la matriz y anexos.—Sra. R. de E.
Éxito para la madre y el niño.

pared craneana y las circunvoluciones. Se han multiplicado los estudios de topografía craneocerebral, han variado los métodos de investigación hasta lo infinito y si hemos de creer la opinión de un cirujano, llegaremos al caos si no retrocedemos al método primitivo de Broca y Champinie. En efecto, desterradas las teorías de Goll y Gratiolé, é iniciado el nuevo camino debido á los trabajos de la Escuela de Broca. dos requisitos debían exigirse á cualquier método para reconocer las circunvoluciones al través de la pared craneana. 1ª precisión, y 2ª sencillez. A propósito de la primera condición no hay ni que insistir, pues son pequeñas todas las precauciones que se tomen para conseguir su objeto. Respecto á la 2ª, sabemos que á medida que los procedimientos operatorios se perfeccionan, tienen una técnica más sencilla, sobre todo cuando el cirujano se ve obligado á practicar operaciones de esta naturaleza, en lugares donde está desprovisto de elementos, y aún cuando pudiera reunirlos, necesita para conservar la asepsia emplear el menor número de instrumentos, puesto que el éxito quirúrgico en esta como en cualquiera operación, está en razón inversa del número de instrumentos y de ayudantes que intervienen. En Cirugía basta para las necesidades de la práctica conocer la línea rolándica y por ella abordar todos los puntos de la zona motriz.

Dos son los procedimientos principales que se han empleado para fijar la zona psicomotriz: 1ª, procedimientos que tienen por bases cifras absolutas; y, 2ª, procedimientos que tienen por bases cifras proporcionales. En el primer grupo está comprendido el procedimiento primitivo ó procedimiento de Broca. En el segundo están los de Lefort, Chipault, Jaurie, Maas y otros.

De estos dos procedimientos el primero tiene el inconveniente de que las cifras absolutas no tienen en cuenta las diferencias que pueden ser proporcionales á las variaciones de los diversos diámetros del cráneo. En efecto, los variantes son algunas veces de tal importancia, que Vermeill, cuya competencia está fuera de discusión, ha trepanado á un enfermo tres centímetros atrás de la extremidad superior de la Sisura de Rolando, en lugar de aplicar la corona sobre la misma sisura; y si estos variantes se encuentran en individuos de la misma raza, sexo y edad, qué

diremos cuando se trate de operar niños, mujeres ó tipos de distinta raza que tienen caracteres tan diversos en la conformación del cráneo. En efecto, ¿quién no ha recibido sorpresas al aplicar procedimientos europeos en nuestras razas primitivas? Los que trepanan apofisis mastoides, pueden justificar un hecho de que la Anatomía nos da cuenta á propósito de la disposición del seno lateral. Este, según nuestras observaciones en cráneos mexicanos; describe una curva de concavidad antero-superior y se encuentra más cerca del conducto auditivo y más cerca también del campo donde generalmente se interviene; y los que operan en el seno frontal se habrán convencido también de la disposición especial que entre nosotros tiene el seno.

Cuando se aplica en el cadáver el procedimiento francés para la trepanación, casi siempre la sisura queda adelante de la zona donde cae el cirujano. En vista de esto, deben preferirse los métodos que tengan por base la división proporcional del cráneo; llegar á establecer la topografía cráneo cerebral por medio de líneas cuyas variantes proporcionales correspondan á las variaciones de las sisuras con las suturas craneanas.

De todos los procedimientos ideados en este sentido, merecen poca confianza los de Puarie, Chipault, Lefort, etc., por lo complicado de la técnica y por la imperfección de sus resultados. El más sencillo parece ser el de Maas, si se logra evitar el uso de instrumentos especiales, fijando solo tres puntos de referencia.

Hace cinco años iniciamos una serie de trabajos para saber con precisión cuáles son las cifras que deben servir entre nosotros para fijar la zona psicomotriz. Hoy presento á esta honorable corporación el resultado de 50 observaciones cadavéricas y la confirmación clínica del método con tres enfermos operados con éxito de tumor cerebral.

El procedimiento consiste en marcar con yodo ó nitrato de plata tres puntos sobre el cráneo previamente rasurado; el 1º en el punto en que se cruzan las líneas supra orbitaria y media de la nariz. El 2º en el vértice de la protuberancia occipital externa, y el 3º en la inserción superior del pabellón de la oreja. Uniendo los dos primeros con una línea que pase sobre el bregma, se tiene lo que se llama el meridiano cra-

neano, figura 1 ó y. Uniendo los mismos puntos con otra línea que pase por la inserción superior del pabellón, se tiene el ecuador craneano. Estas dos líneas son la base de todas las operaciones que se practican en el cráneo. La zona psicomotriz se encuentra á uno y otro lado de una línea oblicua de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, que una el meridiano con el Ecuador. ¿Cómo fijar exactamente las extremidades superior é inferior de esta línea? Según el resultado de las observaciones practicadas en el anfiteatro, la extremidad superior de la línea rolándica corresponde á las 53 centésimas partes del meridiano y la extremidad inferior á las 43 centésimas partes del ecuador. Determinada esta línea, se sabe la longitud exacta de la sisura, porque ésta principia á las 33 centésimas partes de la distancia comprendida entre el meridiano y el ecuador. 53—43—y 33 son las cifras que hay que retener para fijar en cualquier individuo la zona psicomotriz. Pongamos un ejemplo. Marcados los puntos o, p, i, que corresponden respectivamente al ofrion, al inion y al pabellón se trazan las líneas correspondientes al meridiano o, i, y al ecuador o, p, i. Se toma la longitud de la primera, y suponiendo que fuera de 33 centímetros, que es la cifra media, en las razas de la mesa central, multiplicamos 33×53 y resultan 17 centímetros 4 milímetros, separando del producto las dos últimas cifras. Esta distancia nos da la extremidad superior de la Sisura de Rolando. Medimos en seguida el ecuador y multiplicamos la longitud total. 26 centímetros por ejemplo por 43, resultándonos 11 centímetros que nos marcan la extremidad inferior. Para marcar la longitud de la sisura, tomamos la distancia que hay entre el ecuador y el meridiano. Supongamos que resultan 16 centímetros, multiplicamos 33×16 , y resultan 5 centímetros que nos marcan la extremidad inferior de la sisura. Conservando la cifra 53 en la memoria para multiplicarla por el número de centímetros que tenga el meridiano, separando las dos últimas cifras, tenemos marcada la extremidad superior de la Sisura Rolándica. La cifra 43, multiplicada por la longitud del ecuador, dividiendo el producto por 100, da la extremidad inferior. La cifra 33 multiplicada por la distancia que hay del ecuador al meridiano, dividiendo por 100, da la longitud definitiva de la cisura.

Las experiencias las hemos hecho conservando las partes blandas y en condiciones distintas, pudiendo rectificar en todos los casos la bondad del método cuyo mejor elogio puede condensarse en dos palabras: precisión y sencillez.

La clínica nos proporciona tres observaciones:

1ª F. M., hombre de 60 años, sifilítico, con hemiplegia contractura de los músculos extensores de los dedos del pie izquierdo, ceguera del ojo izquierdo, fué operado hace 10 meses; buscando el tercio superior de la parietal ascendente, se encontró un quiste sobre esa circunvolución, que, extirpado, permitió al enfermo recobrar sus movimientos, desapareciendo vértigos, vómitos y cefalea.

2ª R. C., hombre de 50 años, parálisis de los muslos de la pierna derecha. Torpeza cerebral, dificultad en la articulación de la palabra. Antecedentes sifilíticos. Operación el tercio medio. Quiste ceroso. Evacuación. Curación.

3ª Niño de trece años, J. J. Hemiplegia derecha. Convulsiones en el miembro inferior. Ceguera completa. Ausencia de reflejo cremasteriano. Opistotonos, cefalea, vértigos, vómitos. Operación amplia, con aplicación de tres coronas de trépano en la zona psicomotriz. Gliosarcoma difuso. Extirpación parcial. El día de la operación el enfermo recobró la vista y los movimientos, desapareciendo los vómitos y el dolor de cabeza. El tumor se reprodujo, reapareciendo los síntomas primitivos un mes después de la operación.

México, febrero 17 de 1904.

ALGUNOS PUNTOS DE REFERENCIA PARA IDENTIFICAR

LAS VÍSCERAS

DURANTE LAS INTERVENCIONES ABDOMINALES.

Señores: Hoy que la Cirugía invade nuevos dominios, haciendo suyos padecimientos que antes eran del resorte de la medicina; hoy que la Cirugía no sólo toca sino extirpa algunas de las vísceras abdominales, he creído conveniente contribuir con mi óbolo, que aunque de carácter netamente anatómico, creo será una recopilación de datos, útil para aquellos que como yo culti-