

TERAPEUTICA QUIRURGICA.

Indicaciones y técnica de la cirugía ganglionar.

Los paquetes ganglionares que se acomodan en las regiones carotídea y submaxilar, en el hueco de la axila y en el pliegue de la ingle, sufren en no raras ocasiones padecimientos varios, que por inveterados y rebeldes a la higiene, a la medicación interna o local, son susceptibles de un tratamiento quirúrgico; tales son: las adenitis producto de una inflamación vulgar vecina, las aneditis venéreas, las adenitis tuberculosas y su degeneración maligna cancerosa. Me ha sido dable intervenir quirúrgicamente en adenitis de distinta naturaleza en esas regiones: de esos casos, y de las consideraciones operatorias que ellos sugieren, voy á dar somera cuenta a esta H. Corporación.

El tema lo juzgo de importancia y digno de mención, porque, acerca de las indicaciones que determinan la intervención quirúrgica en los estados patológicos de esos órganos, son pobres y deficientes los tratadistas, respecto de la técnica operatoria que guiar debe al cirujano en los casos particulares, ningún libro

clásico le dedica capítulo especial y ya la práctica exige que formulemos las reglas que deben normar la cirugía ganglionar.

La estadística que traigo la forman diez casos, ocho de fecha reciente, en el lapso de un año, 1911, y dos de fecha anterior; dichos casos se distribuyen así: un caso de tuberculosis de los ganglios carotídeos, tres intervenciones diferentes en el paquete submaxilar o suprahiodeo, dos veces por tuberculosis y una por cáncer; tres casos de extirpación de la pléyade axilar, ocasionados, una por poliadenitis supurada y dos por degeneración cancerosa, y tres casos en los ganglios de la ingle, uno por infección venerea genital, otro por tuberculosis y el último por cáncer, consecutivo a una lesión similar del clítoris.

Caso primero. A. R. F. (la aludida está presente). Hace 10 años le apareció un tumor, según su expresión, en la región izquierda lateral del cuello, el cual creció y se fistuló; los orificios se cerraron ulteriormente y se curó en apariencia, pues la tumefacción permaneció dolorosa, á los tres años volvió a abrirse y después a cerrarse, así prosiguió abriéndose y cerrándose hasta 1910. Durante este lapso, el tratamiento consistió principalmente en inyecciones antisépticas en las fístulas y raspa de ellas. A principios del año pasado, al examinarla, le encontré tumefacto, doloroso y perforado en distintos puntos, el rosario ganglionar carotídeo, infectadas las cloacas y supurantes los profundos trayectos, aspecto general muy desmejorado. Diagnosticué tuberculosis de los ganglios, complicada de infección piógena; la enferma no sólo aceptó, sino que solicitó el tratamiento quirúrgico radical, a pesar de que fuera advertida de sus riesgos; la extirpación la consumé con el Dr. Grajales en el Sanatorio de la "Divina Providencia." Cicatrización por segunda intención. Curación definitiva de las lesiones locales y transformación visible en buen sentido, del estado general.

De los tres enfermos cuyos ganglios submaxilares operé, está aquí presente el último. El primero es de fecha antigua y pertenece a mi práctica en Pachuca. Era una mujer a quien traté quirúrgicamente, ayudado por los Dres. Maya y Olea; no recuerdo los detalles, pero se trataba de una tuberculosis evidente del paquete ganglionar submaxilar izquierdo; la lesión era antigua, caseificada y fistulosa. La curación fué radical. El segundo caso se refiere al señor A. B. Tenía un cáncer de la mejilla derecha

con repercusión en los ganglios submaxilares correlativos; le practiqué la extirpación del neoplasma y de una parte del maxilar inferior, suprimí todo el paquete ganglionar que ya estaba abierto y fistulado, y según mi parecer y el de los Doctores Agustín Aguirre, Salvador Guerrero y Agustín Navarro y Cardona, que me ayudaron en la operación, nada quedó del neoplasma; sin embargo, aunque se reparó la brecha, como al mes surgió de nuevo la degeneración de la cicatriz del cuello, la cual pronto invadió la cavidad bucal y faringe, y el paciente murió de inanición más que de caquexia. El tercer caso está aquí presente. Se trata del joven I. H. Hace unos seis meses al explorarlo, presentaba un estado general anémico y desnutrido, tenía crecidos y dolorosos los ganglios cervicales, carotídeos y submaxilares de ambos lados, más del izquierdo; su cuello parecía un empedrado. Dos tías del enfermo murieron, una con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, y la otra de tuberculosis renal. Partiendo de la hipótesis de una infección bacilar de los ganglios hipertrofiados, lo traté el tiempo necesario con régimen higiénico, analépticos, arsenicales, ferruginosos, yódicos, emulsión de Scott, etc., todas las adenitis cedían excepto el paquete submaxilar izquierdo, el cual continuaba creciendo, estaba doloroso, etc., y cuando, reblandeciéndose, iba ya a ulcerarse, determiné y propuse la extirpación, la cual ejecuté auxiliado por los Dres. Oléa y Vásquez; los ganglios estaban visiblemente caseificados. Cicatriz por segunda intención. El estado general mejoró.

Del tercer grupo de casos, intervenciones en la axila, dos fueron por metástasis malignas consecutivas a cáncer del seno; en ambas enfermas extirpé la pléyade interesada, inclusive el neoplasma. La primera paciente no he vuelto a verla, la segunda está aquí presente y no ha tenido reproducción después de un año de operada. El tercer caso de este grupo, está aquí también presente. Refiere que se picó un dedo con una espina de hueso de pescado, consecutivamente le sobrevino un cuadro grave de infección, tenaz, persistente, con temperaturas muy altas; después que desapareció la linfangitis del miembro, el derecho, le quedó un tumor en la axila, profundo, doloroso, con calentura vespertina: este residuo no cedió con ningún tratamiento, la enfermedad duraba ya dos meses. Al consultarme y estudiarla, diagnosticué poliadenitis axiliar supurada, juzgué indicada la

curación radical por la extirpación, y aceptada, la practiqué, acompañado de los Dres. Oléa y Martínez; todo síntoma desapareció y la enferma curó.

El cuarto grupo lo forman tres operados de la ingle. El primero lo fué en Pachuca. Era una mujer ginecológica y la intervención fué motivada porque la pléyade inguinal derecha se había convertido en un tumor voluminoso y duro que producía fiebre, la lesión repercutía en el estado general, el cual había desmejorado; después de la disección, al examinar en cortes el tumor, mostró ser glandular con franca caseificación, cosa ya supuesta. Completa curación. La operé con los Dres. Luna y Oléa. El segundo caso es de fecha reciente, fué el Sr. N. F., de Chilapa; tuvo un chanero peniano, con tumefacción enorme de la ingle izquierda; calentura, dolor, etc., además de la adenitis venerea, había signos de periadenitis, se cauterizó el chanero y se trató con calor húmedo el bubón, se limitó éste, pero como persistiera, antes de esperar su ulceración, se extirpó totalmente la pléyade dentro de su cápsula, estaban los ganglios supurados. El enorme hueco se hizo cicatrizar por segunda intención; el enfermo curó pronto. La operación la practiqué con los Dres. Oléa y Navarro Cardona. El tercer caso fué una mujer a quien hoy presento; a ésta se le extirpó primero un cáncer del clítoris, ello con éxito quirúrgico y terapéutico; como a los seis meses le apareció un infarto ganglionar derecho, doloroso y con tendencias a crecer, como se juzgara de naturaleza maligna, se operó, disecando y eliminando la pleyade inguinal, se suturó la brecha. Examinados en cortes dichos ganglios, que estaban conglomerados, se encontraron francamente cancerosos. La curación se mantiene radical. Esta enferma que pertenecía al Dr. Gallegos, la operamos él y yo.

Este total de casos en extracto enumerados, me inspiran las siguientes consideraciones de doctrina, que brevemente paso a exponer.

INDICACIONES DE LA CIRUGÍA GANGLIONAR.

Entre los padecimientos de los ganglios, hay uno cuyo tratamiento, en principio, es exclusivamente quirúrgico, y es la adenitis cancerosa; la ciencia actual, el empirismo, no autorizan en

serio ninguna otra medicación. Si el cáncer ganglionar se considera realmente primitivo, caso raro, o que la clínica ignora el punto de origen de la infección, la cirugía le es tan aplicable como cuando es claramente secundario y bien se mira que por los linfáticos aferentes llegó la siembra de órgano vecino o región contigua; nada perdona su extirpación y se considera falta quirúrgica no suprimirlos al operar el carcinoma. Si en terapéutica quirúrgica se profesa como dogma la extirpación de toda adenitis cancerosa, clínicamente existen terminantes y unívocas contradicciones; por ejemplo, cuando la degeneración traspasando la cápsula ha creado ya adherencias con las venas, arterias y los nervios próximos; circunstancia que se traduce en el pulso, por los síntomas de flebitis, neuritis, por el síndrome de la flegmasia alba dolens, etc.; cuando las adherencias vasculares no se han revelado o diagnosticado y se descubren al operar, es preferible, cuando es dable, reseca entre dos ligaduras el segmento de vaso adherido, pues las consecuencias de la interrupción circulatoria pueden ser preferibles a practicar una extirpación incompleta y con ello una reproducción fatal.

Menos urgente y autoritaria es la extirpación ganglionar cuando el proceso es tuberculoso, porque oportunamente tratado es susceptible de modificarse favorablemente con un tratamiento general y local; pero cuando falla la medicación o las lesiones han avanzado por incuria, sólo el bisturí es capaz de cortar o vencer el padecimiento. Las reglas que pueden servir para indicar que ha llegado la oportunidad de intervenir, son: la persistencia y crecimiento del tumor, su caseificación y reblandecimiento y la inminencia o aparición de fístulas, con estas condiciones físicas de agravación, la operación ya se asoma clara, y es prudente consumarla antes de que esos focos bacilares sufran infecciones extrañas o lancen su germen a las meninges, pulmón, etc. Cuando inveteradas y rebeldes fístulas agotan y mortifican al paciente, si no se quiere recurrir a la extirpación total de los ganglios que las engendran, tratamiento radical por excelencia, cabe intentar la raspa, cauterización y buen drenaje de los trayectos. Resumiendo, si se juzga y habla por comparación, puede decirse que en el cáncer ganglionar la operación es necesaria, mientras que en el caso de tuberculosis de esas glándulas, la operación es contingente y discrecional.

Cuando el gonococo o el germen del chanero blando infectan los ganglios inguinales, cuando el estreptococo ú otros microorganismos de la inflamación producen adenitis en el cuello, en la axila, en la ingle etc., si la complicación se traduce por simple aumento de volumen, endurecimiento o dolor en las glándulas, bastará tratar prontamente la fuente de infección para hacer retroceder el infarto ganglionar; pero si los signos y síntomas correlativos advierten que la supuración invadió ya la pléyade total ó parcialmente, si se comprende que la cápsula está aun cerrada é indemne, es decir que el paquete está móvil, aislado, sin adherencias periganglionares, que no existe el verdadero absceso o adenoflegmon, el tratamiento verdaderamente quirúrgico y radical es la extirpación total de ese ganglio o ganglios, que no regresan, que tampoco llevan pus en franca cavidad, sino que infiltrado apenas en su parenquima, conserva sus tabiques; la simple apertura es recurso paliativo y por ende inferior.

REGLAS GENERALES DE LA CIRUGÍA GANGLIONAR.

Ningún tratado sienta reglas especiales de técnica para resolver la extirpación de los paquetes ganglionares en estado patológico, por lo que al practicar las operaciones conducentes hay que inspirarse únicamente en las nociones de anatomía quirúrgica y en los principios de la cirugía general. Guiado en mis primeras operaciones casi sólo por el instinto, en las subsecuentes, con la experiencia adquirida, pude ya guiarme por ciertas reglas generales y especiales que ahora puedo formular así: Primera: para no perderse, es mejor atacar los paquetes ganglionares de frente y no de flanco, quiere decir, se debe principiar la acometida incidiendo sobre ellos y no al lado de ellos. Segunda: no se debe avanzar cortando de memoria, sino identificando los planos, para saber cuando ya se cortó la primera aponeurosis, si el proceso permite identificarla. Tercera: pasada esta aponeurosis se procederá a buscar y formar el plano de declive, siempre por el polo menos peligroso, o con otros vocablos, por el punto más lejano de los vasos; polo y punto que vienen a ser el superior en la región carotídea, en la región submaxilar o suprahiodea quedan en el extremo infero-inter-

no, en la axila el polo queda en el extremo inferior, y es súpero-externo en la ingle. Cuarta: hallado el plano de declive se prosigue la disección con los dedos, con tijeras romas cerradas, o cortando con ellas las bridas resistentes, cargándose siempre sobre la convexidad del bulto ganglionar, jamás sobre el plano opuesto. Quinta: cuando el trabajo de despegamiento llega a la proximidad de los gruesos vasos, si se vieren éstos se apartarán para evitarlos mejor, si ello no acontece, antes de verificar o decidir cualquier corte habrá que identificar lo que se va a cortar. Sexta: ya para concluir, se tratará de formar pedículo con los tejidos que se adhieren profundamente a los vasos, el cual se ligará o tomará con pinzas antes de cortarlo, y como estrechas fibras lo unen con dichos vasos y nervios no se debe tirar de él al incidirlo, sino que debe tratarse en estado de flojedad, pues de lo contrario se corre el riesgo de atraérselos y perforarlos. Séptima: la brecha que deja la enucleación de los paquetes ganglionares que siempre es muy amplia y profunda, en general no debe cerrarse con suturas sino que se rellena con gasa y se espera que yemas neo-vasculares y neo-celulares cubran los espacios por segunda intención. Octava: la rapidez operatoria que es precepto en cirugía, no versa con la cirugía ganglionar.

TÉCNICA ESPECIAL EN LA EXTIRPACIÓN DE LOS GANGLIOS CAROTIDEOS EN ESTADO PATOLÓGICO.

Quirúrgicamente hablando los paquetes ganglionares carotídeos en estado patológico se alojan en una canaladura que hacia adentro limitan el lóculo submaxilar, en la parte alta y lateral del cuello, y el tubo laríngeo en la porción media y hacia fuera el músculo externo-cleido-mastoideo; yacen dichos ganglios atrás de dos aponeurosis y reposan sobre la vena yugular, la carótida primitiva y el nervio vago. Las reglas y referencias que sirven para descubrir y ligar estos vasos no son aplicables a la extirpación de sus ganglios contiguos, porque ellas dirigen al operador para llegar y atacar esos vasos, y en el caso en cuestión lo que el cirujano se propone es lo contrario; es decir, no tocarlos y si acaso se miran desnudos es al final y cuando la operación va concluyendo. Concretando, se procede

del modo siguiente: apoyada la nuca sobre una almohada y vuelta la cabeza hacia el lado contrario, sin olvidar las reglas generales expuestas, se practica una amplia incisión a manera de meridiano sobre el tumor o tumores ganglionares; si hay fístula el corte se bifurca para circundar el orificio, se avanza con pequeños y cuidadosos golpes de bisturí, traspasada la piel se identifica la primera aponeurosis y se corta con delicadeza, al hundir la segunda se debe pensar que puede estar anatómicamente muy próxima a la primera, o patológicamente adherida a ella, llegada la brecha a la cápsula ganglionar se respetará necesariamente, se prosigue apartando la cara anterior del tumor de los tejidos ambientes y después como se pueda, con los dedos, con la extremidad cerrada de unas tijeras romas, con el mango del bisturí, etc., se despega el polo superior para buscar y formar el plano de declive que en este caso es posterior y lo forma el tumor mismo; encontrado aquel, la operación va bien; se continúa trabajando hacia abajo, cortando o dividiendo los tejidos que lo fijan siempre al ras y contra la convexidad ganglionar; al ir descendiendo en la disección se procederá con finura pues la hoquedad en estos momentos es ya grande y profunda y los instrumentos rosan los vasos. Constituye un consejo capital no apartarse jamás de la convexidad del tumor al tratar de aislar su pared posterior, pues alejarse de ella es perderse y fracasar; si al consumir este tiempo, el más angustioso, se ven o sienten los vasos, porque el enfermo está flaco y no hay grasa que los oculte, los apartará un ayudante para trabajar más confiado, pero si no se miran porque grasa los cubre, vuelvo a decir, no apartarse ni por un momento del plano de declive ganglionar, avanzar lentamente y con cautela, y cuando algún tejido o brida resista a los dedos, como pudiera ser una adherencia patológica con los vasos, se cortará fuera de ligadura, y si no fuere posible por su cortedad se hará el corte sobre la cápsula o cuerpo ganglionar para ponerse a salvo de una perforación vascular. Cuando se ha concluido con felicidad el trabajo, se ofrece a la contemplación un amplio y profundo canal en cuyo fondo caminan la yugular interna, la carótida primitiva y el nervio vago, bordeado afuera por el esterno-cleido mastoideo y adentro por los músculos esterno-hioideo y tiro-hioideo. No se aplican suturas, se taponan y se vendan.

TECNICA ESPECIAL PARA LA EXTIRPACION DE LOS GANGLIOS
SUBMAXILARES EN ESTADO PATOLÓGICO.

Los ganglios de la región submaxilar o suprahioidea lateral que reciben afluentes linfáticos de la faringe, cavidad bucal, labios, etc., son en número variable y se acomodan en contacto inmediato con la glándula salival y dentro de su cápsula fibrosa, al crecer por degeneración tuberculosa o cancerosa forman una proeminencia que, aparentemente superficial y muy accesible, en realidad tiene asiento profundo y delicadas relaciones; como la extirpación de estos ganglios se realiza incluyendo la glándula en racimo, la técnica es menos atípica que otras operaciones glandulares y se consuma en los siguientes tiempos. Colocada la cabeza en extensión y torsión opuesta se hace una incisión sobre el eje mayor del ovoide saliente, la cual viene a quedar casi paralela al borde del maxilar, cortada la piel y despegada en buena parte hacia uno y otro lado, se corta la aponeurosis, siempre sobre la porción media del tumor, durante este tiempo es casi seguro encontrarse la arteria maxilar externa que se dividirá entre dos ligaduras; con los dedos es posible desprender esta aponeurosis del plano profundo porque entre esta membrana y la envoltura fibrosa que contiene la glándula salival y ganglios existe un tejido celular flojo, lo cual permite fácilmente hallar y formar el plano de declive; ya en posesión de éste se prosigue la enucleación disecando el cuerpo patológico de arriba a abajo y de dentro a afuera, hago residir en la sínfisis mentoniana el eje del cuerpo, al desprender el polo ínfero-interno se encuentran ramitas arteriales de la submental, las cuales pueden requerir hemostasis propia; ya en este momento de la operación, si se levanta el segmento enucleado, se ve en el fondo, si no ha habido error de técnica, la capa muscular que forman el vientre anterior del digástrico y el milohioideo; al continuar la separación del tumor en el sentido indicado se inicia la parte más delicada de esta intervención, pues se puede penetrar a la faringe sino se respeta el músculo hio-gloso que forma el tabique, por lo cual se cumple la maniobra principalmente con los dedos; a medida que se avanza se acerca uno cada vez más al fondo súpero-externo del lóculo, peli-

grosísimo porque allí en el subsuelo caminan los troncos de la arteria y de la vena faciales, la vena lingual, el nervio hipogloso y porque una delgada aponeurosis lo separa apenas del canal donde pasan la carótida y la yugular; para no perderse y fracasar en este tiempo se orienta uno descubriendo primero hacia abajo y atrás el puente muscular que forman el estilo-hiideo y vientre posterior del digástrico y se trabaja siempre hacia arriba y adelante de ellos, nunca atrás y fuera de ellos; nada pasa si se consuma y termina la disección formando pedículos y cortando fuera de ligaduras, nada anormal acontece si dichos pedículos se tratan como indiqué en las reglas generales de la cirugía ganglionar, a las que hay que sujetarse estrictamente, porque cuando los troncos faciales se cortan sin hemostasis previa, coger los cabos sangrantes en el rincón del infundíbulo formado es arduo y peligroso, pues se puede perforar la aponeurosis vecina y pinchar la carótida externa. Cuando la operación ha estado bien hecha no se verán los gruesos vasos del cuello, sólo se sienten o miran sus latidos detrás de la aponeurosis que los separa del lóculo submaxilar; queda una amplia cavidad abajo y atrás del borde maxilar que muestra intactos los músculos digástricos, el milo-hiideo y el hiogloso, la vena lingual, el nervio hipogloso, etc. Concluida la operación se aplica gasa y se venda.

TECNICA ESPECIAL PARA OPERAR LAS ADENITIS AXILARES.

Anatómicamente los ganglios de la axila reposan sobre la pared torácica en una atmósfera de tejido célula-adiposo y abajo de los vasos, pero en estado patológico su relación y proximidad con el paquete vásculo-nervioso se estrecha. El tumor que forma el paquete de ganglios hipertrofiados es subaponeurótico lo limitan adelante el grande y pequeño pectorales, atrás el músculo subescapular, gran dorsal y gran redondo, hacia arriba, rumbo al vientre de la pirámide axilar toca la vena y la arteria axilares, el nervio cubital, el mediano, etc.

Para atacar la poliadenitis del hueco axilar, la técnica varía según que se emprenda su extirpación directa y aisladamente o como complementaria de un cáncer mamario. En el primer supuesto se procede así: amplia incisión sobre el tumor, incisión

que hay que profundizar, porque el bulto que parece cercano yace bien hondo, se corta después la aponeurosis que limita hacia la base del hueco axilar, disecando el paquete por su cara externa se prosigue y avanza su despegamiento por el polo inferior y borde interno, se asoma entonces el pequeño pectoral, y en posesión ya del plano de declive se continúa el aislamiento hacia arriba y hacia atrás hasta llegar al vértice de la axila o zona donde se encuentra el paquete vásculo-nervioso; la separación de la masa ganglionar de este paquete es el tiempo más difícil y arriesgado; para lograrlo sin peligro se procede así: se forma pedículo con las adherencias fibrosas y vasitos colaterales y se reduce despegando con los dedos, con tijeras romas cerradas o con ligaduras parciales previas y cortes, ya que dicho pedículo se ha adelgazado, sin tirarlo, sino manteniéndolo flojo, se corta total y definitivamente fuera de otra ligadura o pinzas. La operación ha concluido, se repasa el gran hueco formado, se rectifica la hemostasis y entonces a la vista quedan los músculos limitantes, la arteria y vena axilares, el nervio mediano, etc.; no se aplica ninguna sutura, se tapona con gasa yodoformada, se coloca el apósito y se venda; del tercero al quinto día se descubre la región herida, la cual ofrece un aspecto ya turgesciente y limpio. En el segundo caso, es decir, cuando la extirpación ganglionar es la segunda parte de la amputación de un seno canceroso, la pléyade ganglionar se ataca por el flanco interno para aprovechar la incisión primordial que costea el borde externo del gran pectoral; cuando la intervención es oportuna y las glándulas axilares aun no se funden y adhieren entre sí, sino que nadan en su atmósfera célula-grasosa, generalmente la disección es fácil y se consuma a puro dedo.

TECNICA PARA LA EXTIRPACIÓN DE LOS GANGLIOS INGUINALES EN ESTADO PATOLÓGICO.

Aunque quirúrgicamente fácil, no es menos peligrosa la extirpación del paquete ganglionar de la ingle, que lo es la extirpación de los ganglios del cuello y de la axila. Es fácil atacar el paquete, porque para llegar a su cápsula de envoltura, apenas hay que traspasar la piel, los dos fascias de la pared ántero-lateral del abdomen y el tejido célula-adiposo que contienen

entre ellos, es menos peligrosa porque los vasos contiguos en su polo interno, arteria y vena femorales yacen cerca, pero bajo el grueso y resistente ligamento de Falopio, o arco crural, y el plano posterior sobre el que descansan los mencionados ganglios, lo forma la poderosa aponeurosis del grande oblicuo. La técnica de su enucleación es simple, consiste en hacer una incisión sobre el tumor, la cual puede comprender desde luego toda la pared superganglionar hasta la cápsula exclusiva; este corte encuentra la arteria subcutánea abdominal que no es de preocupar, y resulta próximamente paralelo al arco de Poupart y arriba de él; se procede en seguida a descubrir la cara anterior y superior del tumor, se aísla después el polo súpero-externo; esta maniobra ofrece un plano de declive entre la aponeurosis y el cuerpo ganglionar, caminando por él se despegan las paredes con los dedos, o con auxilio de instrumentos y al llegar al ángulo o polo ínfero-interno se redoblan los cuidados operatorios para no ir a perforar el rincón aponeurótico que limita allí la masa ganglionar de la arteria femoral. El canal crural queda intacto. Se taponar y se venda.

Las reglas y principios generales y particulares de la cirugía ganglionar que he formulado, los he inferido de los casos clínicos que al principio y someramente relaté; como la estadística es aun corta y la enumeración de circunstancias incompleta, no es posible todavía redondear cuanto al asunto atañe; pero si he lanzado a la consideración de ustedes esta cuestión, es porque espero que su saber, experiencia y buen sentido coadyuvarán a formar este capítulo, el cual vuelvo a decir, no se ha escrito todavía, exigiéndonos ya las necesidades de la cirugía moderna, no sólo bosquejarlo, sino decir de él la última palabra.

México, marzo 13 de 1912.

DR. GONZALO CASTAÑEDA.