

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO X

MADRID 15 DE OCTUBRE DE 1896

NÚM. 224

CLÍNICA QUIRÚRGICA OFICIAL Y PRIVADA

Observaciones clínicas y comentarios

POR EL

DR. PÉREZ ORTÍZ

MÉDICO MAYOR DEL CUERPO: JEFE DE UNA CLÍNICA DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL MILITAR DE MADRID EN CARABANCHEL.

SUMARIO.—I. Herida de bala de la cabeza.—II. Epilepsia Jacksoniana: Trepanación.—
III. Absceso de la pared torácica izquierda á nivel de la sexta costilla: Resección costal
legrado de la pleura.—IV. Orquitis tuberculosa aguda: Castración.—V. Hidrocele anti-
guo voluminoso infarto del testículo correspondiente: Operación por el procedimiento
de Von Bergmann.—VI. Fractura compuesta del cuerpo del fémur (*Continuará*).

I.

HERIDA DE BALA DE LA CABEZA.—CURACIÓN.

En nuestra estadística, observaciones clínicas y operaciones, publicado en esta REVISTA como resumen trimestral correspondiente á los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 1895, dimos cuenta de este importante caso, cuya ilustración iconográfica no pudimos completar por encontrarse todavía en tratamiento y sin cicatrizar una gran parte de las lesiones que había que reparar en este herido, á consecuencia de los destrozos producidos por el proyectil. Hoy podemos presentar el resultado definitivo, obtenido con



Fisonomía que presentaba el herido veinticuatro horas después (del accidente).



(Resultado definitivo de las operaciones antiplásticas practicadas
Fotografía directa sacada del natural, un mes después
de su salida del hospital).

las restauraciones plásticas practicadas, y poder comparar por los dos fotograbados adjuntos la importancia que esta clase de operaciones restauradoras tienen en la inmensa mayoría de las heridas de la cara producidas por las armas de fuego.

II.

EPILEPSIA JACKSONIANA.—TREPANACIÓN.—CURACIÓN (1).

El día 12 de Octubre del año pasado ingresó en mi servicio de cirugía del hospital militar de Madrid, trasladado de la sala de comprobación, un sujeto de 19 años, músico del batallón Cazadores de las Navas, de buena constitución y sin antecedentes patológicos ni individuales.

Su salud fué excelente hasta el día de la aparición de la enfermedad que le obligó á ingresar en el hospital. Esta tuvo origen, según se expresa el enfermo, el 9 de Marzo del año anterior, á consecuencia de un golpe dado con una llave en la región parietal izquierda, en la parte media próximamente del hueso del mismo nombre. En el momento cayó al suelo sin conocimiento, permaneciendo en este estado algunos minutos. Pocos días después se quejaba de golpes de sangre en la cabeza, latidos en las sienas, obscurecimiento de la vista, zumbidos de oídos y debilidad general, apareciendo más tarde parálisis de los dedos de la mano derecha, particularmente en el dedo índice, en el que existía parálisis sensitiva y motora en absoluto. En muy pocos días adquirió mayores proporciones este conjunto de síntomas; los dolores de cabeza se hicieron intensísimos, aparecieron frecuentes calambres, mareos y dilatación pupilar en ambos ojos. Cedieron gradualmente estos síntomas, y un mes después no le quedaban mas que ataques, cuya forma describimos copiando íntegra la nota de la hoja clínica de observación llevada durante el tiempo reglamentario, y como comprobante de su inutilidad para el servicio.

«Los ataques comienzan bruscamente; el enfermo empieza á notarse ligera opresión torácica; su cara se pone pálida, los globos oculares

(1) La importancia de este caso clínico, tanto por la naturaleza de la lesión como por el resultado de la operación practicada, nos ha hecho darla á conocer en un periódico médico de gran circulación, como la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, reproduciéndole íntegro en estos artículos, adicionándole con la fotografía del operado, indicando el punto en que fué elevado el hueso fracturado.

»giran dentro de las órbitas, dando lugar en algunos momentos á estra-
»bismo divergente, quedan fijos los ojos hacia arriba y afuera, al mismo
»tiempo que con la boca hace gesticulaciones y permanece rígido todo el
»cuerpo; segundos después de este período esencial y exclusivamente
»tónico, aparecen temblores más bien que convulsiones en la extremidad
»superior, que se transmiten casi instantáneamente á la inferior. Pasados
»unos segundos, lanza un profundo suspiro; el rostro recobra el color,
»asimismo los ojos y la boca vuelven á su estado normal, y desaparece
»el cuadro descrito, quedando solamente pesadez de cabeza y deseos de
»dormir. En ocasiones el ataque es más ligero y el temblor queda limi-
»tado á las extremidades torácica y abdominal del lado derecho, dándose
»cuenta de la mayor parte del ataque; otras veces queda reducido á una
»pausa de unos cuantos segundos en la ocupación en que le sorprenda; en
»ninguno de los ataques sufridos estando de pié ha caído al suelo; siem-
»pre ha tenido tiempo de sentarse ó evitar la caída, avisando la proxi-
»midad del mismo.

«Días ha tenido en que los abscesos descritos se han repetido dos y
»tres veces, sin regla fija; otros, en cambio, se sucedían sin la menor no-
»vedad; nunca encontró la causa que los motivase, ó no se fijó suficien-
»temente, etc., etc.»

El día de su ingreso en mi clínica pude observar un sujeto de buena conformación y estatura, buen color y regular consistencia de carnes, de piel gruesa y sin ninguna anormalidad apreciable por inspección simple. Adoptaba todas las posiciones y decúbitos; en suma, nada anormal se observaba en su hábito exterior; examinada, sin embargo, la piel del cráneo, observamos un punto en la región parietal izquierda (el mismo en que se refiere haber recibido el golpe) desprovisto de pelo, y una ligera depresión, bajo la cual se percibía desigualdad en la superficie del hueso parietal, una especie de escalón descendente, y que siguiendo hacia abajo volvía á hacerse ascendente; el desnivel era casi imperceptible y de reducidísima extensión: próximamente un centímetro escaso.

Los ataques, durante el tiempo que ha permanecido en nuestra clínica hasta practicar la operación, han guardado la misma forma que acabamos de describir, repitiéndose á menudo. Come poco, está aprensivo con su enfermedad, porque abriga el temor de que es incurable su afección, duerme bien, y si algún absceso de los descritos le sorprende durante el sueño, no se da cuenta de él ni se desvela. La sensibilidad se encuentra algo disminuída en la extremidad superior derecha; la táctil en dicha extremidad está abolida;

el examen dinamométrico acusa menor energía y menor resistencia en dicha extremidad que en la del lado opuesto, que permanece normal; por lo demás, los movimientos de aquella son completos, aunque menos enérgicos y algo retardados. Todos los sentidos están normales, á excepción del del tacto, cuya normalidad he mencionado, y el de la vista, en el que acusa la sensación de fosfenos precediendo al ataque.

Durante su estancia en la clínica se le han administrado antiespasmódicos y deprimentes del sistema nervioso.

En vista de los antecedentes suministrados por el enfermo y los recogidos en mi exploración, diagnosticué de ataques de epilepsia jacksoniana, debidos á compresión cerebral producida por depresión de un fragmento del parietal izquierdo, á consecuencia de una fractura mal consolidada del hueso mencionado.

FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN ESTE ENFERMO.

Diagnosticué el caso de *fractura del parietal izquierdo*, fundándome en los siguientes datos: violenta contusión en el mismo con una llave; pérdida de conocimiento consecutiva; parálisis de la extremidad superior derecha; sensación al tacto de desigualdad ó discontinuidad, con depresión de un trozo de parietal, y ataques sintomáticos de la irritación cerebral, producida por el fragmento deprimido. La pérdida inmediata del conocimiento en el momento del accidente, la atribuyo á la conmoción cerebral producida por el choque; la parálisis, á compresión producida por la acumulación de sangre extravasada al recibir el traumatismo; la desaparición de la misma, consecutiva á la reabsorción del coágulo transformado, quedando algún resto debido solamente á la compresión del fragmento; la sensación de desigualdad la considero dependiente del hundimiento del fragmento fracturado, y los ataques de epilepsia jacksoniana, sintomáticos de la irritación producida por el mismo deprimido y que gravita sobre el cerebro y sus cubiertas.

Estudiados cuidadosamente los ataques en sí, y puntualizando con la debida precisión cada uno de sus períodos, y aun en éstos cada uno de sus momentos, no creo se ajustan exactamente á los tipos de epilepsia jacksoniana que describen los autores, si bien tiene mayor parecido con el que los Dres. Charcot, Bouchard y Brissaud distinguen con el nombre de tipo facial, pues las convulsiones principian por la cara y el cuello; éste se dirige al lado de-

recho; siguen las convulsiones por el cuello y se propagan á la extremidad superior del mismo lado, al tronco y á la inferior, y segundos después á las del lado opuesto. Que es un ataque epiléptico no cabe duda, pues tiene los períodos bien definidos: aura, manifestada por fosfenos, desasosiego y opresión torácica; período tónico, caracterizado por la rigidez de los músculos; período clónico, representado por las convulsiones en su mínimo grado, en forma de temblor; período de resolución y vuelta al estado normal, en que el enfermo siente pesadez de cabeza y deseos de dormir. La sucesión de los síntomas y la existencia de lesión craneana que explique los ataques, permite unirla al grupo conocido por epilepsia jacksoniana, y el orden de sucesión de las convulsiones consiente asimismo incluirla en la de tipo facial; pero en rigor ¿puede desde luego, considerando solamente el ataque, conceptuarse de epilepsia pura? La corta duración de los períodos y el no ser típicos ninguno de ellos en absoluto, sino estar más ó menos impropriamente representados, no nos permite vacilar, antes teniendo en cuenta la existencia de lesión craneal y la facilidad en provocar ataques semejantes, cuya experiencia realizamos más de una vez, en un todo á los que el enfermo manifieste producirse espontáneamente, nos autorizan á aceptarla como tal epilepsia jacksoniana de tipo facial, puesto que dos de las particularidades señaladas por los autores se presentaban en este enfermo en unas ocasiones; veía y entendía aunque confusamente durante el ataque; otras veía desarrollarse el ataque en todas sus partes, desde el aura hasta el último temblor; pero esto sólo sucedía en los ataques pequeños, no en los provocados; nunca durante el ataque perdió el conocimiento.

Creo suficientemente especificados cada uno de los fenómenos descritos, y que sea conocida su valoración para establecer el diagnóstico. Y respecto al pronóstico, sólo diré que conceptué el caso curable por los procedimientos quirúrgicos, toda vez que era dependiente de la fractura de un hueso del cráneo con depresión del fragmento, y susceptible de quitar éste por medio de la trepanación. Así, pues, me decidí por esta operación, que no la verificaba como medio explorador, sino como único medio terapéutico.

El hecho de haber conseguido localizar el punto donde la irritación de la corteza gris del cerebro era irritada, justificaba á mi modo de ver la elección de este tratamiento para conseguir la curación. La forma de las convulsiones indicaba el asiento de la lesión en el centro motor del brazo, y entre éste y el de la cara; por otra

parte, el punto correspondiente á situación de la ligera depresión hucosa del parietal, hacía suponer que la lesión cerebral estaría un poco por delante de la línea rolándica, cerca de la unión del tercio medio con el inferior de la misma, es decir, en el centro de la extremidad superior; y como es regla seguida hasta ahora en todos los casos de cirugía craneal, la trepanación en las fracturas de los huesos del cráneo con hundimiento que ocasiona fenómenos generales ó locales, así como en todos los casos de epilepsia jacksoniana, en los que se logre circunscribir el foco, no vacilé un momento en elegir este medio quirúrgico, por ser el único y creerle de positivo resultado, fuera de alguna complicación post-operatoria imposible de preveer.



A Punto craneal que fué trepanado. Fotografía sacada del enfermo seis meses después de practicada la operación.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO.

El procedimiento seguido fué el ordinario en tales casos: tallé un colgajo semilunar de base superior, circunscribiendo el foco de la fractura apreciable por la palpación; levanté el colgajo *con el periostio* adherido al mismo, y así denudado el hueso, apliqué la corona del trépano hasta perforar el hueso casi en totalidad, desprendiendo con el tirafondo el círculo de hueso, cuya forma *explicó* perfectamente cuantos juicios había formado respecto á la enfer-

medad. Regularicé la superficie de sección, limpié con agua hervida la solución de continuidad, y coloqué el colgajo cubriendo el hueco resultante, saturando y poniendo una cura antiséptica. El resultado fué completamente satisfactorio respecto á este punto, puesto que la cicatrización ni se hizo esperar ni tuvo ningún contratiempo. Asimismo, en conjunto, el resultado de la operación fué excelente, pues la reparación se hizo sin novedad; cicatrizó en nueve días, habiendo curado á los quince, sin que á pesar de las pésimas condiciones del viejo hospital militar en que estuvo tuviese que lamentar el más pequeño incidente. En lo que al medio curativo se refiere, nada dejó que desear, pues paulatinamente desaparecieron los fenómenos de excitación nerviosa, y, á partir del día de la operación, sólo ha vuelto á padecer uno ó dos ligerísimos ataques epilépticos, cada uno de mucha menor intensidad, desapareciendo por completo á los veintinueve días de haber sido operado. La circunstancia de residir en esta capital este enfermo nos ha proporcionado seguir su observación, encontrándose en la actualidad perfectamente bien, habiendo desaparecido en absoluto los ataques.

DESCRIPCIÓN DE LA PIEZA PATOLÓGICA.

Representa el disco trepanado (véase fig. 1.^a) dos dentellones triangulares y de una conformación muy parecida á los molares, y

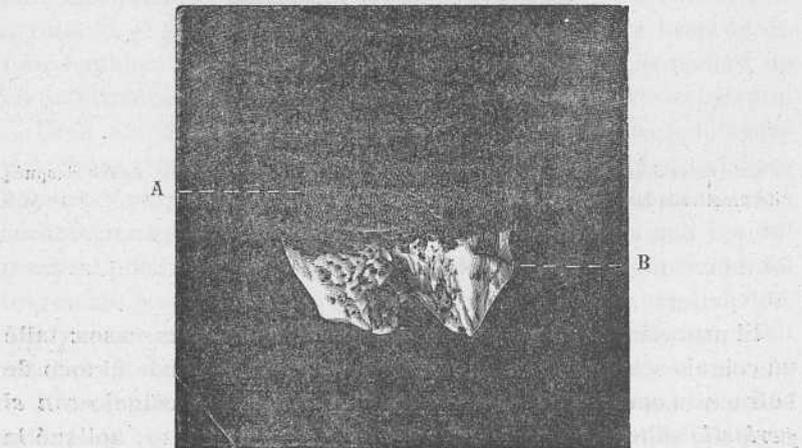


Figura 1.^a—Disco trepanado visto verticalmente tamaño natural. *A*, lámina media y externa del hueso; *B*, lámina interna donde fué producida la fractura y forma en que fué consolidada la misma.

que está designado con la letra *B*. Esta disposición angulosa corresponde á la lámina interna del hueso, donde se produjo la fractura, cuyos fragmentos debieron ser casi desprendidos y su totalidad, resistiendo la membrana quística en algunos de sus puntos origen de su nutrición y de la formación de un callo viciosamente consolidado. La fig. 2.^a representa el mismo disco, visto de plano y por la cara correspondiente al cerebro, presentando una superficie rugosa y desigual. El tercio del anillo se encuentra deprimido, formando una escotadura que corresponde á las eminencias salientes de los fragmentos fracturados (*A* y *B* de la fig. 1.^a). Fuera de esta modificación notable del hueso en el sitio correspondiente á la frac-

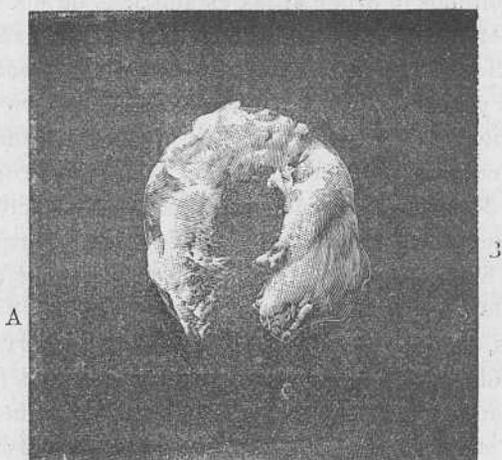


Figura 2.^a—La misma lámina, vista de plano por su superficie interna, rugosa y desigual en casi todos sus puntos *A* y *B*, son las eminencias representadas verticalmente en la lámina 1.^a

tura, nada de particular se notaba en él; los caracteres anatomopatológicos se circunscribían sólo á la forma regenerativa del proceso adhesivo de los fragmentos desprendidos, constituyendo un punto de fractura viciosamente consolidada.

Comentario.—Expuestos los fundamentos del diagnóstico y establecido éste, trepanar al enfermo era el único recurso terapéutico de que podíamos echar mano. Los progresos realizados en estos últimos años en la fisiología del sistema nervioso, por los conocimientos adquiridos en el estudio de las localizaciones cerebrales, los notables trabajos del Profesor Horsley, y la práctica en los procedimientos técnicos de la asepsia y antisepsia, han colocado, ó al

menos se quiere colocar, á la cavidad craneana, desde el punto de vista quirúrgico, al lado de la cavidad abdominal y de la caja torácica. Las observaciones clínicas sobre estas intervenciones publicadas por von Bergmann, Ewen y Allen Starr, se han generalizado tanto, que raro es el cirujano que no cuenta en su práctica con algunos hechos, tanto más cuanto que es grande la frecuencia con que se presentan casos para poder llevar á cabo estas intervenciones. Los resultados de la trepanación por epilepsia jacksoniana y traumática son casi siempre favorables, mientras que no existan más que fenómenos puramente compresivos, sin modificación alguna en la textura de los órganos comprimidos.

Estos resultados lo prueban las estadísticas de las operaciones practicadas en el extranjero en estos últimos cuatro años, pues de 400 observaciones que hemos podido recoger, entresacándolas de monografías y periódicos, arrojan un pequeño número de muertos.

El Dr. Laurent ha reunido 102 casos, cuyos resultados son los siguientes: 54 curaciones, 20 mejorados, 17 que quedaron lo mismo, 2 graves y 7 defunciones. Agnew de 57 casos, 4 curaciones, 32 mejorados, 9 que no varía en nada su enfermedad, 4 de resultado desconocido, 4 muertos. En el *Tratado de cirugía del encéfalo* del Profesor Allen Staw, se encuentran de 42 casos, 13 curaciones, 11 mejorados, 15 que quedaron lo mismo, con 13 muertos.

Estas estadísticas, como podrán observar nuestros lectores, demuestran gran benignidad en los resultados de estas intervenciones quirúrgicas como medio de tratamiento de la epilepsia de origen traumático, pues arrojan una cifra de 7 por 100. Hay que tener en cuenta que la mayoría de estos casos estaban bien diagnosticados y que se trataba de lesiones de origen traumático. El caso objeto de esta observación puede incluirse dentro de este grupo, y como es consiguiente viene á aumentar el número de los éxitos de la cirugía craneal; y por el lisonjero resultado de que fué seguido, dá ánimo, en casos análogos, á emprender sin temor la operación del trépano.

III.

ABSCESO DE LA PARED TORÁCICA IZQUIERDA Á NIVEL DE LA SEXTA COSTILLA.—RESECCIÓN COSTAL LEGRADO DE LA PLEURA.—CURACIÓN.

«L. H., batallón Cazadores de Ciudad Rodrigo: ingresó en el hospital en los últimos días de Junio de este año, no hay ningún antecedente

hereditario, y la afección no tiene tampoco origen traumático; hace dos meses que el enfermo, sin causa conocida, sintió un ligero dolor en el momento de la inspiración, que fué seguido más tarde de la presencia de un tumor del tamaño de huevo pequeño, poco doloroso, y que no tardó en abrirse, dejando tras sí un orificio fistuloso. Desinfectado el trayecto y reconocido con el estilete, reveló la existencia de una lesión ósea. Practicada la resección costal, pudo comprobarse ésta, presentándose el hueso denudado y necrosado; todos los tejidos peri-costales están sembrados de fungosidades en una gran extensión, invadiendo hasta la misma pleura, en cuyas fungosidades se observan algunos puntos con infiltración calcárea. Legrado bien el foco y cohibida la hemorragia por la sección de una intercostal, se tocó toda la superficie con aceite esencial de trementina, se llenó de gasa yodofórmica, [se dieron dos puntos de sutura en los extremos de la incisión y se puso el apósito correspondiente. Diez y siete días después de practicada la resección salió del hospital curado, pero inútil para continuar en el servicio».

Comentario.—Desde los trabajos de Kiener, todos los cirujanos están de acuerdo en considerar de origen tuberculoso los abscesos fríos torácicos. El punto de partida de estos abscesos radica casi siempre en el tejido costal ó condro esternal, cuya osteitis queda algunas veces localizada solamente en el revestimiento externo (periostitis externa de Duplay) ó progresivamente gana en profundidad hasta invadir la hoja pleural. En todos los casos que hemos operado, la lesión estaba en el tejido óseo constantemente, presentando todos los caracteres de la osteitis tuberculosa. Los medios clínicos con que contamos para el conocimiento de estas lesiones óseas costales, en su principio son poco numerosas, y el diagnóstico de estos procesos suele ser difícil, si muy al principio de la lesión los síntomas quedan reducidos á el dolor y la exacerbación de éste por la presión del dedo durante la exploración. La formación del absceso costal externo suele dar mucha luz para el diagnóstico; sin embargo, aun con la presencia de éste, es muy difícil (Bonnell) muchas veces poder determinar exactamente la lesión ósea primitiva. Nosotros, en estos casos, como medio de diagnóstico, abrimos el absceso por medio de una incisión extensa, y limpiando su fondo reconocemos detenidamente el foco primitivo (hueso periostio), que suele algunas veces encontrarse muy alto y separado del absceso. Según la extensión del proceso, así obramos deliberadamente; casi siempre el legrado no basta, la resección costal exploratriz es necesaria para descubrir si detrás de la lesión costal el absceso

óseo se extiende y sigue hasta los tejidos profundos, invadiendo la caja torácica. Esta resección costal se impone casi todas las veces, tanto para esclarecer el diagnóstico como terapéutica radical, pues es su único tratamiento. Las inyecciones iódicas y de éter yodoformizado dan resultados inseguros, tratándose generalmente de focos algo extensos y profundos. La resección es excelente; casi todos los abscesos óseos de las paredes costales se curan radicalmente, aunque la lesión ósea sea muy extensa y la pleura esté llena de tuberculos. Es quizá el lesión ósea que con la legrado y la resección dá el mayor contingente de curaciones.

IV.

ORQUITIS TUBERCULOSA AGUDA.—CASTRACIÓN.—CURACIÓN.

«R. S., del batallón Ingenieros telegrafistas: sin causa conocida siente dolores vivos en el testículo derecho, poniéndosele tumefacto el órgano, convirtiéndose más tarde en un absceso que ocupa la parte media y anterior del órgano, abriéndose espontáneamente, dejando tras de sí una abertura fistulosa. Al ingreso en la clínica observamos que el testículo está aumentado de volumen; tiene las dimensiones tres veces mayor que en su estado normal. Presenta una abertura fistulosa, cuya entrada está ulcerada y revestida de fungosidades. Si se comprime el órgano totalmente, segrega por este orificio una supuración espesa, llena de grumos caseosos. Las tunicas están formando una masa única, existiendo, al parecer, adherencias entre la vaginal y la albugínea, sujetando el testículo, que está inmóvil. En el cordón se encuentran dos pequeños nódulos.

»OPERACIÓN.—Incisión clásica, enudeación del órgano junto con la sección todo lo más alta posible del cordón. Ligadura en masa. Cicatrización en quince días».

Comentario.—Los numerosos casos observados de *testículo tuberculoso* nos ha hecho conocer con alguna detención este proceso, tanto bajo su punto de vista clínico como anatomo-patológico, haciendo, á la par, un estudio de las distintas indicaciones terapéuticas que en el orden quirúrgico corresponden á cada uno de sus períodos. El tratamiento local es el único que puede modificar de una manera radical este grave proceso, interviniendo con actividad una vez cerciorados de la naturaleza del mal y después que hayan pasado los primeros síntomas, si la afección toma primitivamente

la forma de epididimitis aguda franca con dolor (orquitis tuberculosa), rubicundez de los tegumentos, fiebre y derrame de líquido. En este primer período seguiremos la marcha común [en el tratamiento de la orquitis en general: reposo, fomentaciones calientes antisépticas, elevación del órgano con el suspensorio, etc.; pero una vez determinado el foco supurado trataremos de destruirle abriendo el absceso legrando su interior con el fin de hacerle cicatrizar, evitando la formación de las fistulas secundarias que subsiguen á la abertura espontánea de éstos, muy particularmente cuando la invasión primitiva se ha presentado en forma sub-aguda, invadiendo un punto limitado del órgano. La abertura de estos abscesos debe de ser amplia con el objeto de desinfectar bien el foco y poder legrar sus paredes, retirando con la cucharilla los grumos de materia caseosa que siempre existen en estos casos, siguiendo la misma marcha que con los abscesos de origen ganglionar, puesto que son idénticos.

Cuando la orquitis tuberculosa está limitada á una sola zona, practicaremos la ablación parcial de estos puntos, extirpándolos totalmente, incluso el epididimo, si se encuentra enfermo, respetando siempre todo lo que esté sano. Estas extirpaciones parciales, recomendadas ya por el año 1851 por el profesor Malgaigne en la *Revue médico-chirurgicale*, han vuelto á tomar en la época presente carta de naturaleza, practicándose la *Epididimectomia* (operación de Humbert), que no consiste mas que en la resección del epididimo, en los casos en que el foco tuberculoso está circunscrito en esta parte de la glándula.

La ablación total del testículo (castración) está en la actualidad indicada en los casos que, como el presente no pueden emplearse las intervenciones parciales ó conservatrices. La castración primitiva no debe de practicarse cuando existan solamente focos aislados de la glándula, limitándose su ejecución cuando el testículo esté totalmente invadido, es muy voluminoso, relleno de fungosidades y reducido á una esponja supurante. La castración en este caso es de necesidad, imponiéndose esta operación radical. Las operaciones conservatrices aumentan su valor en la práctica en todos los casos de *tuberculosis testicular doble*; es necesario emplear todos los medios, todas las tentativas, antes de proceder á semejante mutilación; primero, porque cuando la tuberculización se generaliza á los dos órganos, esta generalización no está solamente limitada á estas glándulas, sino que también existen focos en otros puntos

del aparato génito-urinario (prostata, vejiga, conducto deferente, etcétera), en cuyos casos toda intervención es inútil; el enfermo en este estado muere siempre pronto víctima de la tuberculización visceral; y segundo, que la doble castración en individuos jóvenes, como son la mayoría de los que padecen la tuberculosis testicular, están expuestos á la hipocondría; sin embargo, puedo asegurar que de las cuatro castraciones dobles que hemos practicado, en ninguno de ellos, en un intervalo de tres, cinco y siete años después de castrados, observaron perturbación en su estado general y su estado moral. ¿Qué resultados se obtienen bajo el punto de vista de la tuberculización local consecutiva y su generalización después de practicada la castración?

El mayor número de veces los resultados suelen ser satisfactorios, bien practiquemos las operaciones parciales conservatrices, bien la operación radical. Localmente la reproducción es distanciada á el punto extirpado; éste se regenera por una esclerización del tejido inhábil para la nueva reproducción del tubérculo, pues si bien se citan casos en que ha recidivado sobre la misma cicatriz en un período más ó menos largo, hay que admitir que la inoculación fué hecha durante el acto operatorio ó no se extirpó bien toda la zona degenerada; por eso debemos, antes de emprender cualquiera de estas intervenciones, cerciorarnos de la extensión del foco tuberculoso muy particularmente, reconociendo con toda detención el cordón cuando se practique la extirpación total del órgano, con el fin de seccionar éste todo lo más alto posible; en un caso operado tuve que seccionar parte del conducto, legrarle y quitar á el mismo tiempo dos ganglios profundos internos de la ingle hipertrofiados. El estado general de los enfermos se modifica, mudan de aspecto y ganan en peso, etc., etc.; tal es la modificación que adquiere la nutrición una vez separados totalmente estos focos locales de infección.

V.

OBSERVACIÓN.—HIDROCELE ANTIGUO VOLUMINOSO: INFARTO DEL TESTÍCULO CORRESPONDIENTE.—OPERACIÓN POR EL PROCEDIMIENTO DE VON BERGMANN.—CURACIÓN.

Fué elegido este procedimiento operatorio por coexistir con el hidrocele un infarto del testículo y poder explorar el órgano infar-

tado. En la operación seguimos la marcha descrita por Morrés, practicando en la cara anterior y externa del tumor una incisión de tres pulgadas; puesta á descubierto la túnica vaginal, y á través de ésta, se desenlaza el saco, se disea y se escinde tan cerca como sea posible alrededor del testículo por medio de las tijeras, ayudados de las pinzas ó simplemente de los dedos. Se lava bien con agua fenicada á el 1 por 100, se deja un tubo de desagüe en la cavidad que ocupaba el saco del hidrocele, y los bordes se reunen por sutura, aplicando después cura iodofórmica. El proceso consecutivo, al menos en este caso, no ha podido ser más favorable; el enfermo dejó la cama á los doce días. En los tres primeros que siguieron al acto operatorio se presentó un ligero aumento de volumen del órgano con ligero edema del escroto, que desapareció dos días después. Nada de supuración por el tubo, que fué retirado al sexto día. La incisión cicatrizó bien, y el enfermo tomó el alta quince días después, curado completamente, pero le aconsejamos hiciese uso de un suspensorio de cauchut, con el fin de llevar elevado el órgano y que concluyese de desaparecer el infarto del testículo, indudablemente origen primitivo del padecimiento.

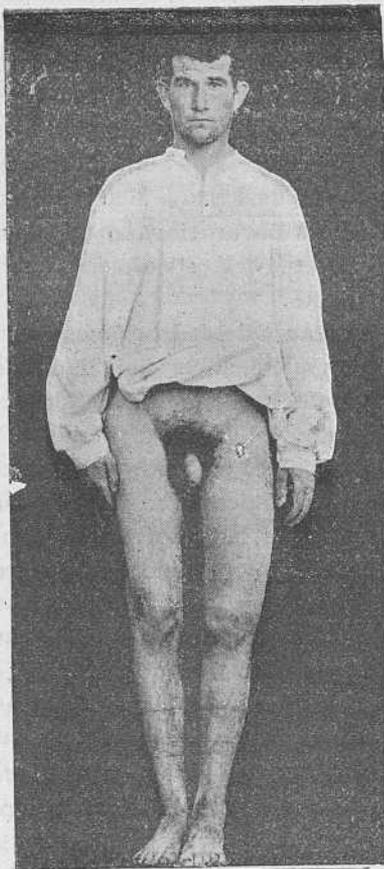
Comentario.— El desideratum en la cura del hidrocele es conseguir por el proceso inflamatorio la completa adherencia de las dos superficies del saco, ó que la cavidad de éste se llene de tejido cicatricial. Los progresos de la cirugía antiséptica y la práctica de la asepsia han hecho desterrar casi en absoluto los antiguos procedimientos de la punción é inyección (procedimientos cerrados), sustituyéndolos por los procedimientos abiertos, la incisión (Votkmann) y la excisión, cuyo método hemos adoptado en este caso, en particular por las razones expuestas anteriormente.

Los resultados en la práctica de estos procedimientos suelen ser satisfactorios en gran número de casos, por más que tanto éstos como la inyección iodada no podemos abrigar en absoluto la opinión de considerarlos como métodos infalibles. Modificar la testura de la serosa vaginal suele ser muy eventual algunas veces, pues mientras la capa endotelial es transformada tan sólo por la simple evacuación de su contenido (punción simple), otras, aun á pesar de la excisión de la parte parietal de la túnica, el hidrocele ha recidivado (observaciones de Morrés.) Sin embargo, creemos con Sontham, apoyándonos en esta observación, que el procedimiento seguido con este enfermo (fuera de su indicación especial) es el que reúne más probabilidades para obtener la curación radical.

VI.

FRACTURA EXPUESTA DEL CUERPO DEL FÉMUR IZQUIERDO.—HERIDA DE LA REGIÓN INTERNA DE LA PIERNA Y TERCIO INFERIOR DEL MUSLO.—ESTRAVASACIÓN SANGUÍNEA DIFUSA DE LA PIERNA.—CURACIÓN.

L. A., carrero del 7.º montado de Artillería, conduciendo un furgón lleno de granadas y cuatro cañones de 19 centímetros, cuyo peso total puede calcularse en 4.600 kilos, fué arrollado por el



Fractura compuesta del muslo izquierdo.
Fotografía directa del natural, sacada sesenta días después del accidente.

mismo, pasándole una de las ruedas oblicuamente por encima del muslo izquierdo; el herido fué transportado en grave estado á el hospital. Reconocido á las pocas horas se comprobó una fractura expuesta del fémur, cuyos fragmentos, sobre todo el superior, estaba colocado un centímetro próximamente por debajo de la piel; había una herida extensa dislacerada en la región interna de la pierna y tercio inferior del muslo y un extenso hematoma á todo lo largo de la cara externa y anterior de la pierna.

Gotiera de Bonet, irrigación continúa. Gasa iodofórmica sobre la herida, cubierta con una venda de hule de seda para evitar se moje con la irrigación. A las veinticuatro horas del accidente, el estado general del herido era satisfactorio; el estado local no había empeorado, á pesar de la gravedad de las lesiones. Pulso, 37'9 en la visita

de la mañana; 37'3 en la de la tarde. La extremidad la dejamos

algunos días con este tratamiento, consiguiendo hacer desaparecer paulatinamente el equimosis y reabsorberse los focos múltiples de la extravasación sanguínea. A los quince días el miembro había mejorado considerablemente, quedando la tumefacción limitada al sitio de la fractura y la herida en plena granulación. Cambiamos el apósito por una férula larga externa y otra interna más corta, ésta con una abertura con el fin de poder curar la herida. En este momento ratificamos la posición del miembro, haciendo desaparecer por medio de la extensión con pesos y la contra extensión por medio de una venda de lienzo que pasaba por la ingle y sujeta á los hierros de la cabecera. El herido no tuvo novedad ninguna; la herida se cicatrizó perfectamente, dejando una cicatriz blanda apenas perceptible; la consolidación ósea se hizo bien, merced á la formación de un callo resistente, ligeramente deforme y grueso, pero sin producir apenas incurvación. El enfermo fué dado de alta completamente curado, con ligero acortamiento de la extremidad (véase fotograbado) de tres cuartos de pulgada.

Comentario.—Hemos tratado muchas fracturas de este género, algunas de ellas como la de esta observación; las extremidades óseas habían traspasado los tejidos profundos y estaban colocados los fragmentos por debajo del panículo adiposo y de la piel, haciendo gran relieve por debajo de ésta. En todos estos casos de fractura, aunque las extravasaciones sanguíneas sean fluctuantes y haya herida, mientras los fragmentos no perforan la piel, no debemos de precipitarnos á practicar una amputación inmediata total ni emprender otra clase de maniobras, pues siguiendo una observación detenida de los sucesos que vayan presentándose en las primeras horas y en los primeros días después del accidente, hay tiempo siempre para obrar. Ante un callo ligeramente vicioso y arqueado y un acortamiento de algunos centímetros, pero que dejan un miembro servible, á una resección, primero, que puede traer una amputación secundaria ó una amputación primitiva, hay una gran diferencia; no debemos, pues, precipitarnos nunca y tratar por todos los medios que estén á nuestro alcance el conservar la extremidad. El caso presente es un ejemplo digno de estudio en este sentido; en las primeras horas de su ingreso en el hospital, y aun algunos días más tarde, la amputación hubiera estado indicada; pero la buena posición del miembro desde los primeros momentos, la irrigación continua, favoreció la reabsorción de la sangre extravasada, sin necesidad de proceder á su abertura y producir serias

complicaciones por la infección de las cavidades traumáticas. En todos estos casos, una vez desaparecidos los fenómenos inflamatorios producidos por la contusión, rectificamos convenientemente el apósito, colocando una férula larga en la parte posterior ó exterior del miembro, con una abertura en el sitio de la herida.

El tratamiento con las férulas largas es el mejor medio, porque se mantiene el miembro extendido en posición conveniente y casi nunca hay que echar mano del doble plano inclinado, que también es utilísimo en estos casos de fractura. En todas las fracturas expuestas, como la presente, no está bien determinada la conducta que debe de seguir el cirujano; pero nuestra opinión tiende á la conservación de la extremidad siempre que no veamos lesiones de extrema gravedad, como es la trituración de los huesos, y que los músculos estén dislacerados en gran extensión con roturas de vasos principales; pero aunque los huesos estén muy externos, haya grandes equimosis y heridas extensas, debe de esperarse antes de proceder con ligereza á practicar una amputación. Todo lo que puede suceder es amputar más tarde, pues respecto á los efectos consecutivos que puede traer un miembro defectuoso para el desempeño de sus funciones, son bien limitados y se reducen á la consolidación viciosa del callo y al acortamiento más ó menos pronunciado del miembro; pero hay que tener en cuenta que el acortamiento, *trátese como se quiera*, salvo casos muy excepcionales, es muy raro que á la regeneración ósea no subsiga siempre algún acortamiento. Esto sucede casi en todas las fracturas del fémur, pues según los estudios de Wight, de diez casos solamente se hallará uno en que los dos miembros resulten de igual longitud, pues por término medio resultan, como en nuestro herido, unos tres cuartos de pulgada.

(Se continuará.)



PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Una afección curiosa de la columna vertebral de origen traumático, descrita por Kummel.—Una afección curiosa de la columna vertebral de origen traumático, simulando el mal de Pott, ha sido descrita por Kummel, que ha observado seis casos. H. Henle

ha emprendido de nuevo el estudio de esta lesión, añadiendo seis observaciones nuevas á las precedentes.

Hé aquí de lo que se trata:

Un traumatismo contusionando el raquis indica siempre el principio de la afección, que este traumatismo sea directo ó indirecto, como, por ejemplo, una caída sobre los piés ó el efecto de un objeto pesado caído sobre las espaldas.

Según la gravedad del traumatismo se pueden observar tres períodos de esta afección. En el primero es una raquialgia intensa, acompañada de impotencia de los miembros. Estos síntomas se disipan al cabo de ocho ó diez días.

Desde este momento el herido sigue bien, pero no hay mas que una curación aparente; lo que constituye el segundo período, que puede durar muchos meses.

Aparece entonces el período manifestándose por dolores más fuertes, iniciándose en forma de neuralgias intercostales, y acompañadas de desarreglos motores y sensitivos de los miembros. La desviación de la columna vertebral es bien pronto la consecuencia de estos desarreglos, y esta desviación aparece sobre la columna dorsal bajo la forma de escoliosis ó de cifosis.

La suspensión con la ayuda del aparato de Sayre hace inmediatamente desaparecer la desviación, que se reproduce tan luego como el enfermo vuelve á ponerse de pié.

Este hecho permite distinguir la nueva afección de la artritis deformante raquidiana del mal de Pott, tanto que nunca se han observado abscesos por congestión y que siempre se encuentra un violento traumatismo como punto de partida de la enfermedad.

Esta afección no siendo mortal no se ha presentado aún la ocasión de hacer la autopsia, y Kummel y Henle piensan que el traumatismo vertebral produce desarreglos tróficos suficientes para explicar la desviación vertebral.

El pronóstico, aunque no siendo grave, no es completamente benigno, en el sentido que la alteración puede no parecerse y la desviación raquidiana pronunciarse más.

En cuanto al tratamiento, consiste bien entendido en la inmovilidad de la columna vertebral obtenida por el decúbito dorsal, inmovilidad á la que se le añadirá la extensión continua del raquis.

(Un. Méd.)

*
* *

El soziodol en el tratamiento de las afecciones de los oídos y de las vías respiratorias superiores.—El Dr. Teichmann recomienda mucho las sales de soziodol. Se ha servido casi exclusivamente de la sal de potasa en las afecciones de los oídos. Esta sal obra como desecante. También presta buenos servicios en las inflamaciones difusas del conducto auditivo externo con secreción abundante, ó en la otitis media purulenta crónica, con lesión de la mem-

brana del tímpano. Está contraindicada la sal potásica cuando hay perforación poco extensa de la membrana del tímpano.

El sozoiodol potásico se opone también eficazmente á la recidiva de los pólipos de la caja del tímpano, sin influenciar en nada el pólipo mismo, que se quitará como se tenga por conveniente. En cuanto á las caries de los huesos de la caja, no es superior á los innumerables remedios que se han empleado. El autor no acepta el sozoiodol hidrargírico propuesto por Klamann para tratar los pólipos del oído, porque irrita mucho la mucosa de la caja, aunque se mezcla con sustancias inertes; el mismo inconveniente tienen las sales de zinc. El sozoiodol sódico puede reemplazar al potásico en los sujetos muy irritables y sensibles; pero á causa de su mayor solubilidad, su acción desecante es menos acentuada.

En las afecciones nasales es donde se muestran más eficaces las sales sozoiodólicas. El unguento lanolinado de sozoiodol hidrargírico al 2 por 100 cura rápidamente los eczemas marginales, rebeldes á otros tratamientos. El potásico se recomienda contra la rinitis hipertrófica simple. La sal de zinc en la rinitis fibrinosa ó pseudo-membranosa.

Reemplaza ventajosamente al iodoformo para las curas después de las operaciones nasales.

(*Therap. Monatsch.*)

*
* *

Influencia de los rayos de Röntgen en la tuberculosis.—Demostrado por las investigaciones de Ardoing y Duclaux que los rayos solares destruyen las bacterias, M. M. Lostet y Genon han practicado los siguientes experimentos para investigar la acción terapéutica de los rayos X en la tuberculosis: inocularon ocho conejos de Indias en la región inguinal izquierda, con todas las precauciones antisépticas, sometiendo tres cogidos al azar á la acción de los rayos de Röntgen durante una hora cada día, desde el 25 de Abril hasta el 18 de Junio; el 9 de este último mes citado, los conejos testigos tenían abscesos en las glándulas de la ingle inoculada, mientras que los tres tratados por los rayos X aumentaron de peso, y las glándulas del sitio inoculado disminuyeron de volumen poco á poco, hasta quedar en estado normal. Animados por este resultado, Lostet y Genon continúan sus experiencias, haciendo por medio de instrumentos apropiados atravesar los rayos X á través del tórax y los pulmones de los tuberculosos.

*
* *

Meningitis cerebro-espinal.—Heubnez opina que no es satisfactoria la hipótesis que atribuye esta afección epidémica al pneumococcus. Weichselbaum encontró en un enfermo un micro-organismo

especial que se presentaba de á dos y de á cuatro, apareciendo sus bordes redondeados y no lanceolados; los observó generalmente dentro de células, por lo que los denomina «meningococcus intracellularis.» Heubnez, en un niño de año y medio, comprobó en vida y post-mortem la presencia de este micro-organismo. Por la puntura espinal obtuvo un líquido turbio y purulento que contenía diplococcus y tetracoccus, que cultivó después. La inyección de este fluido en el conducto vertebral dió resultados negativos en conejos comunes y de Indias, dudosos en un perro joven, produciendo meningitis en dos cabras, que se comprobó por la presencia de meningococcus en la exudación; deduciendo de estas experiencias que en determinados animales y en el hombre, el meningococcus produce la misma enfermedad. El autor demostró por medio de la inyección de pneumococcus extraídos de un derrame pleurítico, que la virulencia del meningococcus es menor que la del pneumococcus. La observación clínica concuerda con esta aserción, una vez que la meningitis producida por pneumococcus casi siempre es mortal, sucumbiendo el paciente en pocos días; mientras que en la meningitis cerebro-espinal epidémica sólo mueren una tercera parte ó una mitad de los atacados. La puntura espinal suministra el medio preciso para hacer el diagnóstico diferencial de esta forma de meningitis.

(*Brithis Méd. Journal*).

* * *

Las pérdidas del Ejército francés en Madagascar.—La estadística oficial sólo dió á conocer en el primer momento el total de fallecidos, pero hoy puede apreciarse ya la proporción con el efectivo de los Cuerpos expedicionarios.

TROPAS DEL EJÉRCITO.

	Efectivo	Muertos.	Por 100.
Oficiales ó asimilados.....	600	35	5'8
200.º de Infantería. Con los reemplazos.....	2.600	1 018	39'1
40.º Batallón de Cazadores.....	800	506	63'2
Regimiento de Argelia.....	2.400	591	24'6
Cazadores de Africa.....	150	39	26
38.º de Artillería, Obreros, Artificieros..	1.000	382	38'2
Compañías de Ingenieros.....	600	387	64'5
30.º Escuadrón del tren.....	450	250	55'5
Gendarmería..	1.000	209	20'9
	9.600	3.417	37'3

TROPAS DE LA MARINA.

	Efectivo	Muertos.	Por 100.
13.º de Infantería de Marina.....	2.400	577	24
2.º de Artillería de Marina.....	450	148	32'9
Marineros de la flota en los cañoneros del río ó en tierra.....	400	47	11'7
	3.250	772	22'9

No consignamos en este cuadro mas que las tropas regulares de Europa y de Argelia, dejando á un lado, por el momento, los elementos indígenas, soldados ó auxiliares, para hacer más fácil la apreciación de estos datos.

En un efectivo de 12.850 de tropas europeas ó argelinas, hubo 4.189 fallecidos, casi la tercera parte, ó más exactamente el 30'2 por 100.

El Cuerpo más castigado ha sido el de Ingenieros, que trabajó en la construcción del camino y de los puentes: murieron las dos terceras partes. Viene después con una proporción de 63'2 por 100 el 40.º batallón de Cazadores, que se extenuó de tal modo después de la marcha forzada sobre Tsarasotra, que no pudo llegar un solo soldado á Tamanarive. El escuadrón del tren perdió algo más de la mitad de su efectivo, y los hombres se vieron obligados con frecuencia á desempeñar el oficio de coolis. La Artillería de tierra sufrió también pérdidas de consideración. Por último, el 200.º de línea, sin haber combatido, no pudo enviar á Tamanarive, para ser representado, mas que 163 hombres: ¡cerca del 40 por 100 había sucumbido!

El 13.º de Marina, que hizo toda la campaña y ocupa todavía el país, ha perdido un hombre de cada cuatro; proporción idéntica á la del regimiento de Argelia, formado de tiradores y de voluntarios, que también ha permanecido en el país hasta el fin de las operaciones. La cifra mínima pertenece á los marineros de la flotilla, á pesar de desempeñar rudas faenas en los cañoneros del río ó en la dirección del puerto de Majunga.

Estas cifras, que se refieren exclusivamente á la mortalidad, son bastante elocuentes para que nuestros lectores puedan formar juicio aproximado del grado que habrá alcanzado la morbosidad en el Ejército expedicionario de Madagascar.

(Journ. de Méd. et de Chir).

*
* *

Cáncer del estómago tratado por los rayos de Röntgen.—Despeines ha tratado un tumor desarrollado en el estómago por los rayos X. Comenzó sus experiencias en 4 de Julio último, sometiendo el paciente á dos sesiones diarias, de media á una hora de duración, consiguiendo notable mejoría. El tumor, que era del volumen de una cabeza de feto de ocho meses, disminuyó notablemente de tamaño á los pocos días de tratamiento. Animado por estos resultados, continúa el paciente este método curativo, prometiendo el autor dar cuenta de los resultados que obtenga; funda la razón de su tratamiento, en que siendo presumible que el cáncer sea afección parasitaria, debe modificarse por la acción de los rayos X, de la misma manera que ha observado Lostet sucede en el tubérculo.

(Brithis Méd. Journal).



BIBLIOGRAFÍA

DISCURSO LEIDO EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

por el Dr. D. Mariano Salazar y Alegret.

La muerte, por todos sentida, del eminente clínico Dr. Salazar y Alegret, me ha sorprendido en el momento preciso que me disponía á dar cuenta del importante discurso leído con motivo de su ingreso como individuo de número en la Real Academia de Medicina de Madrid y á elogiar cual se merece dicho trabajo.

Truécanse con este motivo en pésame para sus clientes compañeros y la Academia, los plácemes que en justicia le correspondían por su última producción, pues en ella daba prueba de su talento clínico, si tal prueba le hubiera sido menester dar.

Sin descender á prolijidades críticas de examen que habían de ser intempestivas, el mayor mérito que en mi opinión tiene la disertación del malogrado Dr. Salazar es la concisión con que está expuesto y tratado un asunto tan complejo é importante como el de las auto-intoxicaciones intestinales.

Descanse en paz el sabio compañero que tan próximamente había de pagar el mismo tributo á la Naturaleza de que hacía mención al ocuparse del académico el ilustre Inspector de Sanidad militar doctor D. Antonio Codorniu, cuya vacante venía á ocupar.

*
* *

LA SINFISEOTOMIA

POR EL DR. D. ALBERTO SUÁREZ DE MENDOZA.

Prescindiendo de conceptos anatómicos teóricos y aun experimentales, es preciso convenir con el Dr. Suárez de Mendoza en que la *Sinfiseotomía* ha de ocupar un preferentísimo lugar en Cirugía Ginecológica.

Por cima de todo otro género de consideraciones está, para que tal convenio tenga lugar, la lucidez y convencimiento con que expone en su monografía la historia, indicaciones y manual operativo de la Sinfiseotomía, de cuya operación cita un caso interesantí-

simo de su práctica y transcribe 13 observaciones de las clínicas de Pinard, Variner, Lepage, Wallick y Potocki.

Es, en una palabra, el trabajo del Dr. Suárez muy completo, muy conciso y muy práctico, y digno de ser conocido, siquiera sea por el entusiasmo y convencimiento con que trata el asunto.

*
*
*

IDEA GENERAL DEL MÉTODO BROWN-SECUARD

POR EL DR. D. LEOPOLDO MURGA.

El ilustrado Jefe del Laboratorio de Medicina legal de Sevilla doctor Murga, con una modestia que le honra, titula impropriamente «Idea general» á un completísimo estudio de concepto y observación del método Brown-Secuard de inyecciones de extractos líquidos orgánicos.

Y es tan completo y concienzudo el trabajo de tan distinguido colega, que no vacilo en consignar que es para mi gusto uno de los mejores de los publicados sobre el asunto y por mí conocidos. Pero sobre todo tiene una condición muy recomendable, cual es la de hacer referencia á observaciones y trabajos realizados en la materia por Médicos españoles.

Lamento muy de veras no disponer de tiempo y espacio suficiente para ocuparme detenidamente de este libro, como requiere su indiscutible mérito é importancia; y ya que así no pueda ser me limitaré á recomendar á los que quieran conocer el método Brown-Secuard y algunos resultados obtenidos con su aplicación, que consulten el trabajo del Dr. Murga sin necesidad de recurrir á ningún otro.

MIGUEL SLOCKER
Médico primero.



VARIEDADES

En el sorteo verificado el día 10 para cubrir 11 plazas de Médicos primeros con destino á Filipinas, les ha correspondido en suerte á los Médicos segundos D. Mariano Guerra Santaren, D. Celestino Moreno Ochoa, D. Joaquín Azpirol de León, D. Antonio López Carbonero y D. Bartolomé Romonell y Miralles, no habiéndose sorteado los seis restantes por ofrecerse como voluntarios D. Angel Morales Fernández, D. José Luis Saavedra, D. José Prats y Freixinet, D. Daniel Ledo Rodríguez, D. Diego Brú Gómez y D. Francisco Planchuelo y Anoz.