

## CRÓNICA.

Segundo Congreso Pan-Americano, celebrado en México.\*

## SECCIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y ORTOPEDIA.

Presidente efectivo: Dr. Rafael Lavista, de México.

*Día 16 de Noviembre.—Sesión de la mañana.*

DR. LAVISTA, de México.—Da la bienvenida á los señores cirujanos cuyas reuniones tiene la honra de presidir; hace votos por el éxito de este 2º Congreso; hace pasar con rapidez ante la imaginación de los oyentes, en boceto delineado á grandes rasgos, el estado actual de la cirugía, el camino amplio y luminoso en que la antisepsia la ha hecho entrar, y el porvenir no menos luminoso y amplio á que la llevarán los esfuerzos incesantes de los hombres de ciencia del Orbe entero, entre los cuales, y tomando activa parte en sus luchas por lo desconocido, se encuentran también los que viven bajo el cielo purísimo de América.

DR. CONTRERAS, de Puebla.—Refiere un caso de artrectomía atípica de la rodilla por *tumor blanco* de esa articulación. El enfermo, niño de seis años, tardó cuatro meses para curar completamente, mediante una anquilosis y claudicación ligera. Presenta fotografías. Antes de la curación completa tuvo fistulas que conducían á un foco cariótico del hueso y que bastó raspar, tanto en el fondo como en el trayecto. La tuberculosis de la rodilla, de su enfermo, estando plenamente comprobada por las investigaciones microscópicas, anima á los cirujanos á practicar la resección que él ha hecho. Cree que es preferible á los aparatos de extensión continua con revulsión, á las inyecciones antisépticas y á las operaciones típicas practicadas en ese lugar.

DR. FRANK.—Felicitá al Dr. Contreras y dice que para esas intervenciones tiene que tenerse en cuenta el clima en que se opera, los resultados de semejante operación, no siendo igualmente satisfactorios en las distintas partes del globo.

DR. WILLIAM HINGSTON, de Montreal (Canadá).—Dice no formar regla de conducta un solo caso de esa operación. Se ignora muchas veces el estado más ó menos avanzado de las lesiones, que son un factor importantísimo para producir éxitos ó fracasos.

\* Véase la pág. 207 del núm. 7.

DR. ICAZA, de México.—Hace notar, que además del clima y el grado de la lesión, debe tenerse en cuenta la destreza y juicio del operador. Opina con el Dr. Hingston que no debe haber una regla absoluta de conducta. Se debe evitar, hasta donde sea posible, una operación seria que trae consigo ciertos riesgos para el enfermo; para esto se debe comenzar por la inmovilización y los demás medios terapéuticos de cierta benignidad, redoblando la actividad y haciendo intervenciones más graves paralelamente al grado más ó menos serio de la lesión. Ofrece presentar en la reunión próxima una pieza anatómica de resección atípica de la rodilla por artro-tuberculosis, que se vió obligado á practicar en un enfermo del hospital Bcístegui, con pleno éxito.

DR. MACÍAS, de México.—Propone abrir la articulación desde los primeros días de la enfermedad, pues de esta manera se conserva la articulación siendo móvil. No dice el Dr. Contreras en que época de la lesión intervino; pero le parece que ha de haber intervenido antes de la desorganización de los tejidos diartrodiales.

DR. CONTRERAS.—Después de dar las gracias por las felicitaciones, dice que no quiere que siempre, y de todos modos, se haga lo que él refiere en su trabajo. Según las circunstancias, tendrá que variar, naturalmente, el modo de intervenir.

DR. GONZÁLEZ, de México.—Es partidario decidido de la extensión continua con el aparato de Sayre, preferible bajo todos conceptos, á los demás medios de inmovilización que no separan las superficies articulares, vendajes dextrinados, enyesados, etc. Si á pesar de este aparato, no se remedian los males causados por la tuberculosis, se debe intervenir cruentamente, teniendo, como siempre, en cuenta, la habilidad del cirujano.

DR. SMITH, de Michigan (E. U.).—Este es un asunto de bastante interés: 1º, porque es muy frecuente en los niños, y 2º, porque es necesario reconocerla en su primer período.

Su diagnóstico es comparativamente fácil. Una vez establecido, soy de opinión que solamente existen dos métodos de tratamiento: el uno, operatorio; el otro, sin operación. En ambos casos deberemos reconocer que hay ciertas reglas bien definidas por todos los cirujanos, que son aplicables al tratamiento de la enfermedad. En aquellos que no requieren la intervención quirúrgica, deberemos instituir el reposo de las partes enfermas por todos los medios que estén á nuestro alcance, tales como la aplicación mecánica de férulas ó emplastos enyesados. Las medicinas internas consistirán en tónicos, tales como aceite de bacalao, hipofosfitos, creosota, ó hidro-carburos, como mantequilla, leche, crema, etc. Deberemos rodear al enfermo de todas las mejores condiciones higiénicas

posibles. Un clima adecuado, creo que ayudará de una manera muy eficaz al restablecimiento de estos pequeños enfermos.

Por lo que toca á las consideraciones de orden quirúrgico, deberán realizarse según las precauciones antisépticas más estrictas; continuando siempre el tratamiento interno, así como los medios higiénicos de que hemos hablado. Después de cualquiera operación, ya sea en la rodilla, ó bien en otra articulación del cuerpo, debemos colocar á nuestro enfermo en condiciones tales que pueda gozar de la vida al aire libre. Efectivamente, la luz y el sol se consideran como factores muy esenciales para el desenlace favorable de la enfermedad. La excitación completa de la rodilla deberá practicarse cuando la enfermedad haya pasado de su primer período, ó cuando se considere dudoso poder remover por una intervención quirúrgica menos insignificante, todos los tejidos y huesos enfermos. Cuando la enfermedad es local, no muy extensa, y en su primer período, estará indicado el empleo del bisturí, la gubia y la cucharilla; y si por estos medios podemos extirpar todos los tejidos enfermos, conservaremos después el reposo de las partes enfermas, por medio de las férulas, etc., no olvidando las consideraciones higiénicas dichas; todo esto reunido, puede permitirnos esperar un éxito completo. Ninguna aplicación médica local, cualquiera que ella sea, podrá obrar como específica, ni en mi opinión podrá ser de utilidad.

DR. LAVISTA, de México.—Mostró su erudición y extensa práctica sobre este asunto, ó hizo presentes muchos de los peligros que amenazan la intervención en esta delicada parte de la economía; en particular, hablando de las inyecciones articulares, la introducción de gérmenes nocivos en cualquiera articulación buena y sana, y mucho más en una enferma, por malas precauciones asépticas y antisépticas.

DR. LANGFITH, de New York.—Refiere tres curaciones de *tumor blanco* de la rodilla por un procedimiento enteramente original y que le pertenece exclusivamente. Aplica un vendaje elástico en el muslo, generalmente con la venda de Smarch por sesiones más y más prolongadas, cotidianamente. De esta manera hay interrupción de la circulación, y sobre todo, detención de la sangre venosa, á la que, por su ácido carbónico, atribuye el autor los buenos éxitos que ha obtenido.

#### *Sesión de la tarde.*

DR. CRILLE, de Ohio (E. U.).—Lee su trabajo "Investigaciones en la técnica de las operaciones de la laringe, con relación de cuatro felices extirpaciones totales." El autor asienta que es más frecuente que el punto invadido primeramente sean las cuerdas vocales y no los cartílagos. Se debe extirpar pron-

tamente la laringe tan luego como se haya hecho un diagnóstico seguro. Ha empleado la cocaína con buenos resultados en aplicaciones locales, precedidas de una experimentación fructuosa sobre los perros. Ilustró la lectura de su memoria con algunos esquemas que la hicieron de más fácil comprensión. Cita los terribles efectos de un cáncer abandonado, en la laringe, ó extirpado fuera de tiempo, la septicemia, los accidentes sofocativos y la neumonía séptica por caída de líquidos putrilaginosos hasta los bronquios.

DR. HINGSTON, del Canadá.—Refiere después de felicitar á su colega Crille, un caso que tuvo en que extirpó la laringe, por fibroma, y el enfermo conservó una habla aceptable: la posición que empleó para el enfermo durante la operación, fué inclinada, con la cabeza más baja que los pies, cosa que recomienda calurosamente, pues parece que el Dr. Crille no le da importancia.

DR. SMITH, de Michigan (E. U.).—Leyó su Memoria denominada: "Enterostomianastomosis."

DR. SPOON, de Filadelfia (E. U.).—Presentó á los congresistas un aparato para reducir y mantener fijos los fragmentos de la clavícula fracturada. El aparato se compone de una especie de cinto metálico hecho con cinchos que se fijan é inmovilizan en cierta posición, y se mantiene en su lugar por un doble vendaje en número 8. Modifica, además, el mango de los bisturíes y otros instrumentos que á veces se emplean en las cavidades donde no pueden ser vistos. La modificación consiste en hacer rugoso en el mango el borde que corresponde al filo, quedando liso el borde opuesto.

DR. LAVISTA, de México.—El aparato ¿sirve para reducir los fragmentos ó para mantenerlos fijos una vez reducidos por otro medio?

DR. SPOON.—El aparato reduce por sí solo y mantiene fijos los fragmentos.

DRES. ORTEGA y EARLE, de Piedras Negras (Coahuila).—Opinan que basta el vendaje en 8, solamente, según hechos de su práctica.

DR. MACÍAS, de México.—El Dr. Pean abre el foco de fractura, y va directamente á suturar los fragmentos de la clavícula, sosteniéndolos con placas de aluminio. Pero para evitar esta cruenta operación, se propone emplear (Macías) el aparato de Spoon, que, si en realidad es bueno, será una preciosa conquista. No cree, por supuesto, que sea indiferente la férula metálica; ésta tiene rigidez, y el vendaje sólo está desprovisto de ella.

DR. GARAY, de México.—Describe un aparato que le es peculiar para estas fracturas: consiste en "una cinta elástica que tiene cosido en la parte del centro de su longitud un pequeño cojín con una ranura que se acomoda sobre los fragmentos. Las extremidades de la cinta elástica se fijan por hebillas á un cinturón abdominal. Se pone otro cojín en la axila correspondiente, que hace

separar el fragmento externo, y todo se acompaña de la respectiva charpa.”

DR. LAVISTA.—Dijo que por lo avanzado de la hora se levantaba la sesión, pero se prometía ocupar la atención de los señores cirujanos presentes, en la sesión próxima, para discutir el trabajo del Dr. Smith, sobre entero-anastomosis.

*Día 17 de Noviembre.—Sesión de la mañana.*

Celebróse esta sesión en la sala de operaciones del Hospital de San Andrés, que está bajo la dirección del Dr. R. Lavista. El Dr. Franck, de Chicago (E. U.), ocupó por sí solo todo el tiempo de esta sesión, presentando un interesante trabajo sobre entero-anastomosis, por medio de un nuevo botón, cuya idea fundamental pertenece al Dr. Murphy; pero cuyas importantes modificaciones pertenecen exclusivamente al Dr. Frank.

El botón de Murphy, metálico como es, de paredes enteramente rígidas, suele ser por sí mismo causa subsecuente de obstrucción intestinal; ó bien, después de haber caído en el interior del intestino por su volumen irreductible, no podrá franquear sin algunas dificultades, más ó menos grandes, la extremidad inferior del tubo digestivo; ó bien, por último, el peso mismo de aquel cuerpo metálico (100 á 150 gramos) hace que algunas veces no pueda caminar, detenido en una asa intestinal de convexidad inferior y más ó menos parética por la crisis patológica que acaba de pasar, precisamente en los casos en que se requiere una intervención de esta naturaleza. Todas estas complicaciones, que eran las que habían impedido la entrada del botón de Murphy, á la práctica diaria de los cirujanos, cree el Dr. Franck que se encuentran subsanadas con la modificación que de él hace: ésta consiste en que en primer lugar, no hay ninguna parte metálica en su botón, y en segundo, que este botón es completamente reabsorbible y de poco peso; siendo la parte interior de caucho y la exterior de hueso decalcificado. La manera de como afronta los cabos intestinales es la misma que con el botón de Murphy; con la diferencia de que el antiguo consta de dos partes separables por completo, que separadamente también se aplican á las extremidades del intestino; y el de Franck es todo de una pieza, afrontando del mismo modo serosa con serosa, pero habiendo necesidad de una sutura en bolsa de las dos tunicas, que garantiza la estabilidad de la anastomosis. En la soldadura de las serosas no hay nada de particular; las cejas intestinales, comprimidas por el botón, se gangrenan, y éste cae en la cavidad donde la materia orgánica del hueso decalcificado, puesta en contacto con los tubos, se desagrega, y acaso sea digerida, mientras que la pequeña pieza de caucho es expelida en las heces con la mayor facilidad.

(Continuad.)