

más nos pluguiese realizar, optamos por la craneotomía descompresiva, de preferencia á la simpatectomía, que quizá realizaremos más adelante, si la primera intervención que realizamos, no nos da el resultado apetecido.

Operación. 31 de Octubre. Anestesia, con 45 gramos cloroformo, muy difícil y peligrosa por la intensa congestión de la cabeza que sobrevino; parecía que la sangre iba á brotar de la piel de la cara y nos apresuramos á hacer la incisión del colgajo craneano con el fin de que la sangre que manó en cantidad notable, corriese y evitara el peligro de la congestión cefálica. Es este un punto que nos proponemos estudiar con mayores informes y experiencia, á saber: ¿qué indicaciones presenta la sangría en los epilépticos de forma congestiva?

Se colocaron 8 fresas grandes de Doyen sobre el lado derecho del craneo (motivándose la elección en este lado, para evitar cualquiera perturbación subsiguiente, recordando la situación del centro del lenguaje en el hemisferio cerebral izquierdo).

El espesor del cráneo fué considerable y correspondía al que era de suponer tuviera el de un sujeto de la talla y robusta complexión de este hombre.

Introdujimos esta vez la innovación de no fracturar la base del hueso como es clásico hacerlo, contentándonos con disminuir la resistencia que el grosor del cráneo pudiera oponer á la expansión del cerebro, no habiendo encontrado la dura-madre, en suma, haciendo la intervención lo menos comprometedora posible, según aconseja con excelente criterio, que se haga en los epilépticos el ilustre y práctico Dr. Voisin en su comunicación altamente interesante, inserta en el volumen correspondiente del Congreso internacional verificado en Moscow del año el 1897. Dice en conclusión esta ilustración médica, que ha obtenido los mejores resultados en la craneotomía así ejecutada por los cirujanos á quienes la encomienda, y que en consecuencia, está dispuesto á sostener el peligro y lo innecesario que es realizar la extirpación de zonas más ó menos amplias de la corteza cerebral, según es bien sabido que recomienda la escuela inglesa patrocinada por el eximio Dr. Horsley y por el habilísimo y célebre Dr. Bergman, principal representante de la cirugía craneo-cerebral en Alemania.

De curso post-operatorio. Marcha aséptica, la

herida está á punto de cicatrizar y los ataques solamente han vuelto hasta ahora una sola vez, bajo forma muy ligera. Sigue en observación.

En conclusión diremos: que la intervención en estos términos de prudencia, la consideramos excesivamente benigna y para recomendarla solamente nos falta la experiencia de mayor cantidad de hechos clínicos seguidos, bien entendido, de su observación por un número de años suficiente para establecer la bondad ó ineficacia de este moderno recurso terapéutico.

México, Noviembre 26 de 1902.

F. HURTADO.

CLINICA INTERNA

UN CASO DE MIELITIS INFECCIOSA.

El Sr. Dr. N., de 58 años, viudo, ha gozado siempre de muy buena salud; tuvo tifo hace 34 años y no recuerda haber tenido ninguna otra enfermedad. El día 19 de Octubre próximo pasado, tuvo que salir á las dos de la mañana, con un frío excesivo, á prestar sus auxilios médicos á uno de sus clientes. Al regresar se sintió como resfriado, lo cual atribuyó ya sea á la desvelada ó al frío que se sentía ó á la transición súbita de la pieza tan caliente del enfermo al aire exterior tan helado. Al día siguiente, le pareció estar algo acalentrado, pero tan ligeramente, que no le impidió salir á sus ocupaciones ordinarias. El día 21, como seguía la destemplanza, tomó un gramo de quinina dividido en dos cápsulas, una en la mañana y otra en la tarde. Continuó con esta medicina hasta el día 24, que creyó ver indicaciones para tomar un purgante, el cual tomó, en efecto, á la madrugada, produciéndole varias evacuaciones. Como en la tarde se sentía peor, quiso consultarme y pasé á verlo en las primeras horas de la noche. Después de un examen muy detenido del enfermo, no encontré alguna cosa que me explicara la calentura tan alta (42°2) que tenía. Investigando todavía más la causa de dicha calentura, encontré una tumefacción notable del dedo grande del pie derecho y del segundo dedo del pie izquierdo. Además de la hinchazón se observaba una rubi-

cundez muy notable en ambos dedos; pero ni espontáneamente ni á la presión había en ellos dolor alguno. El enfermo atribuía la inflamación de los dedos al uso de un calzado nuevo y de suela muy dura, que había estado trayendo los últimos días. Era tan notable la tumefacción de los referidos dedos, y por otra parte, tan indolôra como se ha dicho, que ni el enfermo ni yo quedamos satisfechos con atribuir á esta sola causa la elevación tan considerable de la temperatura. Por el momento le aconsejé que continuase la quinina hasta que se notaran bien marcados los fenómenos de embriaguez. Así sucedió, en efecto, al día siguiente, y no obstante, la temperatura no bajó. Lo único nuevo que se observó fué unos dolores pungitivos en diversos lugares de los dos miembros abdominales: esos dolores eran acompañados casi siempre de contracciones musculares, las que solían producir de cuando en cuando verdaderos saltos en las piernas.

Al encontrar estos síntomas, recordé que hacía más de dos meses que había observado una vez, casualmente, que al ir andando el Sr. N. había aflojado una de las piernas como si tuviera algún dolor ó le faltase la fuerza. Le pregunté en aquella vez que le pasaba, y no supe darme explicación alguna del fenómeno. Recordando esto, como he dicho, y observando ahora los dolores que antes indicaba, comprendí que podía haber algún padecimiento del sistema nervioso: hice una exploración de la sensibilidad y de la motilidad, y hallé respecto de la primera, que estaba un poco disminuida en ambos pies, tanto la táctil como la del dolor y la de la temperatura, y que había algún retardo en la percepción de las sensaciones. La motilidad estaba también un poco disminuida en los dos miembros abdominales y que esto parecía así como los trastornos sensitivos estaban un poco más acentuados del lado izquierdo.

El día 25 llamé á consulta á mi apreciable amigo el Sr. Dr. Ramón Icaza. Practicado un reconocimiento muy minucioso por este señor, encontró los síntomas que antes se han referido, y además algunos estertores húmedos y gruesos en la parte anterior del tórax. Convenimos en que, dado el accidente de la flojedad de la pierna que yo había observado, el cual, según nos dijo el enfermo, se había repetido después, muchas ocasiones, y en vista de los trastornos de la sensibilidad y la motilidad: que bien podría tratarse de un padeci-

miento medular exacerbado por alguna otra afección aguda que no se había manifestado suficientemente.

El día 26 la elevación tan alta de la temperatura y los demás síntomas continuaban lo mismo, y además, al examinar el vientre, notamos que la vejiga llegaba casi hasta al ombligo sin que el enfermo se diera cuenta de ello, pues no había sentido la menor molestia ni deseo alguno de orinar. Este nuevo accidente confirmó ya de una manera completa que estábamos en presencia de un padecimiento medular. ¿Este padecimiento sería la única enfermedad, ó no se trataría sino de una localización más especial en aquel punto, de alguna otra enfermedad que podría ser de naturaleza infecciosa?

La tumefacción del dedo grande del pie derecho había desaparecido, lo mismo que la rubicundez, casi completamente; el dedo del pie izquierdo, por el contrario, seguía muy hinchado; al explorarlo percibimos fluctuación: se abrió con el bisturí el día 29 sin que el enfermo se diera cuenta exacta de la incisión que se había practicado y se obtuvo la salida de alguna cantidad de pus, observándose también que las superficies articulares de las dos últimas falanges estaban desgastadas y se producían crepitaciones durante los movimientos. Después de sacar la orina con la sonda, se le prescribió al enfermo un centígramo de calomel cada hora, que continuó tomando durante tres días, hasta que se inició la estomatitis. No se observaba ninguna mejoría y se le prescribió el yoduro en dosis gradualmente crecientes, hasta dos gramos, que llegó á tomar ocho días después.

La calentura disminuyó ligeramente, pues era de 39° ó poco menos en la mañana y 39°5 ó poco más en la noche; los otros síntomas continuaban lo mismo. No sentía la menor necesidad de orinar y era necesario aplicarle la sonda dos veces al día. Con el uso del yoduro se presentó un ligero catarro nasal y un catarro intestinal intenso, y además, muy doloroso, por la rectitis que le acompañaba, la cual producía un tenesmo casi constante.

Suspendido el yoduro y tratado el catarro intestinal por los medios que se usan ordinariamente, nos limitamos por lo pronto á un tratamiento sintomático.

El día 19 de Noviembre observamos una hinchazón notable del muslo izquierdo, acompa-

da de enrojecimiento de la piel, en una extensión de casi toda la parte anterior. Se prescribieron unas unções con percloruro de fierro adicionado con una corta cantidad de glicerina y el empaque algodónado de todo el miembro. Observamos la marcha de la inflamación durante los dos días siguientes y pudimos ver que era completamente indolora, tanto á la presión como espontáneamente.

El día 8 de Noviembre se pudo percibir una fluctuación profunda: se hizo una punción con la jeringa de Pravaz, con la que se extrajeron algunas gotas de pus y, por último, se hizo una grande incisión, con la que se dió salida á una cantidad de pus de cerca de tres cuartos de litro.

Sorprendido quedó el enfermo con este resultado, pues jamás había tenido en ese lugar ni la más ligera punzada ni otro fenómeno alguno que le pudiera indicar la presencia del pus.

Se lavó la herida ampliamente, primero con una solución débil de bicloruro de mercurio y después con otra de ácido fénico al uno por ciento, y se canalizó con gasa yodoformada.

No obstante la salida de pus, los fenómenos febriles no se modificaron en lo más mínimo, y durante cuatro días, no habiendo el menor cambio, nos propusimos hacer inyecciones de suero antiestreptocócico. Se le hicieron estas inyecciones cuatro días consecutivos: sin notar la más ligera mejoría en los síntomas.

Como no obstante la canalización, que después se hizo con tres tubos gruesos de goma, el pus no salía con libertad, estábamos inclinados á practicar alguna otra incisión en algún punto conveniente; pero nos detenía la consideración de la debilidad tan excesiva del enfermo, debilidad que era tanta esos días, que teníamos que apresurar la curación lo más que podíamos, todos los días, pues le venían lipotimias con frecuencia. Por lo pronto, decidimos ponerle una inyección de yodipín, que es una solución del yodo en aceite de ajonjolí esterilizado. Durante seis días se practicaron inyecciones subcutáneas de diez centímetros cúbicos de yodipín, que contienen un gramo de yodo metálico.

Con el uso de estas inyecciones pareció disminuir los primeros días unos cuantos decimos el movimiento febril; pero después no se observó modificación alguna. Sustituimos entonces esta preparación por la solución de cianuro de mercurio inyectable de Roussel, de

la que se le inyectaba un centímetro cúbico diariamente que, como se sabe, contiene un centígramo de cianuro de Mercurio. Seis días se aplicó esta inyección, que al fin tuvo que suspenderse porque se volvió á presentar la estumatitis.

El día 28 de Noviembre la herida del muslo tenía muy buen aspecto, la supuración ya no se detenía, y se extrajo uno de los tubos. Los días siguientes la herida siguió marchando bien: se quitaron los tubos el día... á los tres días se sustituyeron, cuando la supuración había cesado, por unos vendotes de tela adhesiva inglesa, y para el día 5 de Diciembre la cicatrización casi había terminado.

En los primeros días de Diciembre se fué observando alguna mejoría en la paresia de las piernas y en los trastornos sensitivos. El día 4, después de lavarle la uretra para colocar la sonda, arrojó unos 15 ó 20 gramos de orina, espontáneamente. Los tres días siguientes siguió arrojando cortas cantidades de orina, dándose cuenta ya cada vez más claramente, de que sentía la necesidad de orinar y de que podía gobernar su vejiga.

Por último, el día 8 ya no fué necesario sondarlo. Desde ese día á la fecha el movimiento febril fué disminuyendo, hasta desaparecer completamente algunos días ó de presentarse muy ligeramente (poco más de 37°) y por muy poco tiempo otros.

La herida del dedo segundo del pie izquierdo ha ido mejorando; pero supura todavía. La crepitación, que antes era muy marcada, se percibe apenas en la actualidad.

La marcha que ha seguido la enfermedad últimamente y que acabamos de bosquejar á grandes rasgos, es halagadora, pero no es, ciertamente, para estar enteramente satisfecho, pues por una parte el enfermo suele tener algunos días pequeñas elevaciones de temperatura: por otra, los fenómenos del orden sensitivo y motor, aunque muy mejorados, no son enteramente fisiológicos. Además, el enfermo no tiene todavía ni la menor sombra de apetito, y las noches de ordinario las pasa mal, ya sea porque le dan piquetitos en las piernas ó sin causa apreciable.

Las reflexiones á que da lugar el caso tan notable que á grandes rasgos acabo de referir, son múltiples y muy importantes, tanto en lo

referente á las causas del padecimiento, como á su diagnóstico y tratamiento.

Yo suplico á los señores miembros de la Academia se sirvan darme su opinión sobre estos puntos, pues además de las enseñanzas prácticas que podamos alcanzar, tendremos la satisfacción de haber contribuido al alivio de uno de nuestros compañeros, que es para todos nosotros muy querido.

México, Diciembre 17 de 1902.

D. ORVAÑANOS.

CLINICA EXTERNA.

Sarcoma Mieloide del maxilar superior.

Resección total con traqueotomía previa. Curación.

Margarita Suárez, de Querétaro, de 40 años. Casada, comerciante, sin antecedentes hereditarios ni personales, ha tenido doce partos normales, el último hace cinco años.

Refiere que en Abril del año pasado sintió dolores agudos al nivel del segundo molar izquierdo, los cuales aumentaban de día en día acompañándose de epistaxis abundante por la nariz del mismo lado. La pérdida de sangre era casi diaria y al cabo de dos semanas aparecía por la nariz un tumor blando, indoloro que sangraba al tacto. Entre tanto los dolores iban en aumento produciendo insomnio y volviéndose constantes. Aprovechando la enferma de que su muela estaba floja la extrajo y al nivel de la cavidad alveolar apareció un tumor con los caracteres del señalado en la nariz. El tumor bucal se desarrolló ampliamente desprendiendo los molares y haciendo irrupción en la boca. La enferma en este tiempo arrancaba fragmentos del neoplasma, creyendo oponerse así á su desarrollo. Esto producía pérdidas de sangre lo que sumado á los dolores y á la imposibilidad de alimentarse, obligaron á la enferma á ingresar al hospital en Noviembre próximo pasado, presentando en esa fecha un tumor lobulado de color rojizo que llenaba la nariz izquierda por donde escurría moco-pus sanguinolento de olor fétido; en la cavidad bucal se veía el neoplasma de superficie irregular, lobulado, negruzco en algunos puntos, sangrando al menor contacto, y dando escurrimiento

sansioso y fétido, extendiéndose paralelo al reborde dentario izquierdo desde el canino hasta el último molar, avanzando hacia la parte media de la bóveda palatina y obstruyendo la entrada de la faringe. La palpación era dolorosa bien al nivel del maxilar superior en toda su extensión llegando á ser intolerable en la cercanía de la inserción dentaria; el dolor espontáneo se irradiaba al vertex en el lado izquierdo. Aensaba calosfríos, calenturas y sudaciones profusas debido á la infección que causaba el estado de su boca, la cual mantenía entreabierta por el desarrollo del tumor, lo que dificultaba no sólo la alimentación, sino también la respiración á causa de la prolongación faríngea que se ha referido.

La palidez, el enflaquecimiento, el tinte icterico de las conjuntivas, la débil tensión del pulso, sumado todo esto, al crecimiento del tumor hacían retardar la intervención hasta definir la resistencia de la enferma y mejorar su estado general. Las inyecciones de estricnina y la antisepsia esmerada de la boca modificaron el estado de la enferma.

El tumor se limpió y la alimentación se hizo fácil relativamente. Entonces pudo darse cuenta de que la neoformación había destruido el hueso palatino en toda la extensión del reborde dentario desde el canino hasta el último molar y en una anchura como de dos centímetros.

En fines de Noviembre se practicó la traqueotomía con objeto de facilitar la anestesia y dejar libertad de acción sobre el tumor, á la vez que sostener la asepsia del campo operatorio, fuente de bronco-neumonías que matan un buen número de operados.

El 6 de Diciembre se practicó la resección total del maxilar superior izquierdo, con ayuda de la anestesia clorofórmica obtenida con 100 gramos, durando una hora y veinte minutos. Posición natural de la cabeza. Incisión de Nelaton. Se intentó el despegamiento perióstico partiendo del reborde orbitario, pero al pasar á la cara externa del hueso molar, se cayó en pleno tumor y entonces se trabajó sobre las partes blandas para no tocar la producción morbosa y llegar á la mucosa de la encía con intención de aprovechar ésta en la reconstitución del paladar comprometido como se ha dicho. Los otros tiempos de la operación se hicieron con regularidad desprendiendo el ala de la nariz y resecaando en el suelo de la órbita la porción anterior que se acostumbra para