

EL QUEHACER QUIRURGICO EN EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA DE TOLEDO A MEDIADOS DEL SIGLO XIX

María José Márquez Moreno



Finalista Premio Nacional

de Temas Toledanos

“San Ildefonso” 1989

**El quehacer quirúrgico en el
Hospital de la Misericordia de
Toledo a mediados del siglo XIX**

**Estudio analítico de la Revista Mensual de Cirugía
Práctica "EL BISTURI"**

María José Márquez Moreno



PREMIOS

CIUDAD de TOLEDO

**El quehacer quirúrgico en el
Hospital de la Misericordia de
Toledo a mediados del siglo XIX**

**Estudio analítico de la Revista Mensual de Cirugía
Práctica "EL BISTURI"**

Depósito Legal: TO-82-90

I.S.B.N.: 84-87515-01-0

Imprime: NUPREDSA-LA VOZ DEL TAJO
Marqués de Mirasol, 19
TALAVERA DE LA REINA (Toledo)

PREMIOS TOLEDANOS SAN ILDEFONSO

Con motivo de la Festividad de San Ildefonso, Patrono de la Ciudad, se convocaron, un año más, los Premios Ciudad de Toledo en su XV Edición, contándose entre ellos el Premio "San Ildefonso" de Temas Toledanos, patrocinado por el Excmo. Ayuntamiento de Toledo.

El Jurado Calificador integrado por D. Julio Porres Martín-Cleto, Dña. Esperanza Pedraza Ruiz y D. José María Rodríguez Martín, tras examinar los 13 trabajos presentados, acordó recomendar la publicación de la obra titulada "EL QUEHACER QUIRURGICO EN EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA DE TOLEDO A MEDIADOS DEL SIGLO XIX", presentada bajo lema "Pedro Gallardo Sánchez".

El fallo del Jurado se hizo público en el transcurso de un acto celebrado el día 28 de enero de 1989 en el Restaurante "La Boticia" de esta Ciudad de Toledo.

Mi más sincero agradecimiento al Dr. D. Rafael Sancho de San Román, miembro de la Real Academia de Bellas Artes y Ciencias Históricas de Toledo, Psiquiatra y en su tiempo, Médico adjunto de la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca, por el inestimable e insustituible apoyo que me prestó durante la realización de este trabajo de investigación. Igualmente deseo dar las gracias al Dr. D. Delfín García Guerra, profesor Titular de la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Así como a Dña. Esperanza Pedraza Ruiz, Prioste de la Cofradía Internacional de Investigadores, impulsora de trabajos y estudios de investigación.

A mis padres.

A mis hermanos Maria Dolores y José Maria

I. PROLOGO

Por expreso deseo de su autora María José Márquez Moreno, me cabe el honor de pergeñar unas líneas, a guisa de prólogo, acerca de esta obra, que, ciertamente, por sus especiales características, y densidad temática, necesita poca o ninguna presentación.

Es proverbial la escasez de vocaciones histórico-médicas en España, y por tanto gozoso, presenciar el nacimiento de alguna de ellas. En este caso se da la circunstancia de que esta vocación es compartida con su hermana María Dolores, es decir, que se trata de un linaje doblemente representado, y, por tanto, el hecho, no sólo es doblemente gozoso, sino totalmente insólito en la historiografía médica toledana.

Pero, María José, tiene una peculiar, y, al menos para mí, muy atrayente forma de vivir su profesión. Intensamente vocacionada para el ejercicio de la medicina, y, en especial, para su práctica en el medio rural, María José, periódicamente, coge una voluminosa cartera y desaparece de Toledo; durante una larga temporada permanecerá en alguna localidad de la provincia, desempeñando la más dura y auténtica medicina, la de las veinticuatro horas; la de consultorio, domicilio y calle, tantas veces solitaria, con sol o con luna. Pero, luego vuelve. Se encierra en Archivos, Bibliotecas y Despachos y lleva a cabo excelentes trabajos histórico-médicos. Es una especie de Guadiana

intermitente, que evidencia la gran capacidad intelectual y operativa de algunos de los miembros de estas nuevas generaciones médicas.

La Obra que se publica lleva por título: **“El quehacer quirúrgico en el Hospital de la Misericordia de Toledo a mediados del siglo XIX. Estudio analítico de la Revista Mensual de Cirugía Práctica EL BISTURI”**, de la que es autor el Dr. D. Pedro Gallardo Sánchez, cirujano-jefe de dicho Hospital. Revisemos brevemente cada una de las partes o conceptos integrantes de tan largo epígrafe.

Poco se sabe, para empezar, del cirujano Pedro Gallardo. Era natural de Béjar (Salamanca). Estudió en la Universidad Central, en donde obtuvo los títulos de Bachiller, Licenciado y Doctor en Medicina. Opositó en las Cátedras de Obstetricia de la Universidad de Granada, y de Terapéutica de la Universidad de Zaragoza. Llegó a Toledo en 1873, siendo cirujano por Oposición del Hospital de la Misericordia, y cirujano-jefe del mismo. “Su fama como operador fue grande en toda la provincia” según los contemporáneos. Fue Académico Corresponsal de la Real Academia de Medicina de Madrid. Aparecen Certificados de Defunción con su firma, en los Archivos de la Parroquia de San Vicente, desde 1880 a 1891, probablemente pertenecientes a enfermos del cercano Hospital de la Misericordia¹. Se trasladó a Madrid en 1892. Sus publicaciones conocidas, hasta la fecha, están impresas en Toledo: **El Bisturi**. Revista Mensual de Cirugía Práctica. Toledo, 1888-1889. Dos Tomos. Imp. Menor Hnos. **Estudio clínico acerca del método de inyecciones intravenosas del Dr. Hayeme en el período elevado del cólera**. Toledo, 1885. Imp. Fando y Hno. **Tratamiento del cólera grave por las inyecciones intravenosas, subcutáneas y rectales de suero artificial**. Toledo, 1890. Imp. Peláez, Suc. Fando. Esta última, con una respetuosa y afable dedicatoria al Catedrático de la Facultad de Medicina madrileña Julián Calleja, de quien debió ser

1. Este dato me ha sido facilitado amablemente por D. Mario Arellano García, a quien expreso mi gratitud.

discípulo. Y ésta es la breve noticia que poseemos acerca de la vida y obra del cirujano Pedro Gallardo Sánchez, cuya figura habrá que estudiar con el rigor y la extensión que se merece.

La Colección completa de la Revista **El Bisturí**, es hoy, una pieza bibliográfica muy rara, y en consecuencia, valiosísima. Tan sólo tenemos constancia de la existencia de un ejemplar de la colección íntegra, en la Hemeroteca Municipal de Madrid, otro en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid, y un tercero en una Biblioteca Privada de Toledo. El contenido, siempre nos pareció fascinante; es la descripción, más o menos extensa o sumaria de cerca de un millar de Intervenciones de “Cirugía General” —y nunca mejor dicho— durante un período de tiempo que abarca desde 1867 a 1889, es decir, durante veintidós años, algo que representaba prácticamente el comienzo de la cirugía científica en el Hospital de una pequeña y decadente capital de provincia, como era entonces Toledo. Habida cuenta de que no era práctica habitual en aquellos tiempos la elaboración de historias clínicas, este material recogido por el cirujano Pedro Gallardo durante más de veinte años y editado en dos, siempre nos pareció de gran importancia histórico-médica, en especial por su inmediatez, su apresuramiento, su improvisación, por cuanto tenía de experiencia viva y auténtica. Hay que valorar y tener en cuenta que muchas de estas operaciones, por exigencias inaplazables, las verificaba el cirujano por primera vez. En algunas ocasiones, se asesoraba de ilustres colegas de la Facultad o Academia de Medicina de Madrid, e incluso conseguía que vinieran a los rudimentarios quirófanos de Toledo, para operar, como Ayudante, con ellos. En otras ocasiones, según su ciencia, arte e ingenio, previos ensayos sobre cadáver, tenía que inventarse nuevas técnicas o dar cumplida réplica a las complicaciones surgidas en el curso postoperatorio; utiliza, por primera vez en Toledo, el método estadístico, y, en medio de una mortalidad atroz, formula un escueto y estremecedor propósito de intenciones, para justificar la redacción de **El Bisturí**: “nuestra aspiración —dice— está reducida a hacer el inventario de todo aquello que ha sido la ocupación constante de nuestra vida; presentar ante el público nuestros triunfos y nuestras derrotas”.

Pero, la inapreciable aportación del Dr. Gallardo era como un diamante en bruto, que precisaba una meticulosa y detallada elaboración. Lógicamente, sus historias clínicas no adoptan el modelo convencional, ni pueden ser sometidas a ordenador. Muy breves o muy extensas, fragmentadas o mezcladas, con datos aislados o, por contra, perseguidos tenazmente de continuo durante horas o días, este valioso, pero desordenado, abigarrado y anárquico material, necesitaba, ante todo, ser estudiado profundamente; a continuación, darle un nuevo orden y clasificación; trasladarlo, en lo posible, a una sistemática y semántica actual, y poderlo todo ello, enmarcar, en un contexto médico-quirúrgico local, nacional, e incluso, supranacional. María José Márquez, pacientemente, ha llevado a cabo esta tarea, con amor y rigor, legándonos un trabajo, que, por un lado, asegura la perpetuación del caudal ingente de datos acumulados en las páginas de **El Bisturí**, facilita su hasta ahora difícil consulta, e incluso deja cauces, campos abiertos a futuras investigaciones y consultas.

Quiero dedicar unas líneas a un personaje, que tan sólo fugaz y tímidamente aparece en los textos, en las hojas impresas de **El Bisturí** pero que muy probablemente contribuyó de forma importante a su elaboración y factura: me refiero al cirujano-ayudante del Dr. Gallardo, D. Marcelo García y Gómez, quien le sucedería como Cirujano-Jefe del Hospital de la Misericordia, pocos años después. Su Discurso para la obtención del Grado de Doctor en Medicina, versó acerca de la **Terapéutica de la eclampsia puerperal**. (Toledo, 1891. Imp. Menor Hnos.). Cirujano eminente, también, para sus coetáneos, a quien yo conocí, siendo niño, en su venerable ancianidad, publicó igualmente, según referencias fidedignas, su experiencia quirúrgica, en el citado Hospital, al menos desde 1891 a 1897. Me propongo hacer de su búsqueda y estudio, un objetivo irrenunciable.

Cada uno, en su momento, y a su manera, constituyen, sin duda, capítulos insustituibles de la historia de la medicina toledana, vinculados al acontecer del Hospital de la Misericordia, uno de los once que se dedicaron en nuestra ciudad, en tiempos pretéritos, a la hospitalidad de enfermos exclusivamente.

El de la Misericordia, fue uno de los dos Hospitales Generales, es decir, que admitían todo tipo de pacientes, excepto contagiosos, para los que habría hospitales específicos. Fue fundado en 1445 por una piadosa y acomodada mujer, Dña. Guiomar de Meneses, en casas de su propiedad; fundación ratificada en su testamento de 1459. La Hermandad constituida a tal efecto, llegaría a reunir lo más selecto de la nobleza toledana: Marqués de Villena y de Malpica, Condes de Mora, Los Arcos, Cedillo, Fuensalida, El Mariscal de Castilla, etc. En 1615, con la edificación de la Casa Profesa de la Compañía de Jesús, el Hospital ha de trasladarse a unas casas próximas, precisamente a las del Conde de los Arcos. En 1836 pasa a la Junta Municipal de Beneficencia. Es declarado Hospital Provincial en 1859, pasando a depender de la Diputación toledana, por Decreto del Gobierno Provisional, el 17 de diciembre de 1868. En 1930, en fin, se traslada a su actual emplazamiento, en los aledaños del Castillo de San Servando.

El Hospital de la Misericordia también se merece una buena historia; fue el hospital toledano, por antonomasia, y en él se pudo apreciar la evolución de la praxis médica y quirúrgica durante más de cinco siglos; en él ejercieron la mayor parte de los más prestigiosos médicos y cirujanos de Toledo. Se ha tenido, además, el buen gusto de no cambiarle de nombre.

Al felicitar a María José Márquez Moreno, por esta publicación, la invitamos a proseguir con nuevas investigaciones, a ser posible sobre esta Institución tan importante como entrañable.

Rafael Sancho de San Román
Miembro de Número de la Real
Academia de Bellas Artes y Ciencias
Históricas de Toledo

En Toledo, a 9 de diciembre, Fiesta de Santa Leocadia. 1989.

1.1. Presentación

He querido destinar mis estudios de investigación en dar a conocer el quehacer quirúrgico que se llevó a cabo durante un importante período del siglo XIX, en el Hospital de la Misericordia de Toledo, considerado hospital general, y que ya en 1836 pasa a ser dependiente de la Junta Municipal de la Beneficencia.

Se pretende con ello revivir la cirugía de aquellos años, y co-tejarla con la que durante esos mismos años se realizaba en España, y en último término en Europa.

De esta manera, podíamos deducir en qué medida penetran las nuevas ideas y técnicas quirúrgicas imperantes en la época y cómo influyen en la calidad quirúrgico-asistencial de un Hospital General de Provincias.

1.2. Objetivos

El primero de ellos, para dar a conocer la calidad asistencial quirúrgica, en una época caracterizada por la gran eclosión y consecuentemente la gran importancia y propagación de los tres grandes avances que hubo dentro de la cirugía y que llegaron a ser los pilares básicos en los que se apoyaron y derivaron los grandes cambios producidos del mundo quirúrgico, y que fueron la antisepsia, la anestesia y la hemostasia.

Aprovechar el hallazgo casual de un ejemplar rarísimo, de la Revista "EL BISTURI", en el que recoge encuadernado la totalidad de los números publicados de esta Revista mensual, durante los años en que se editó, 1888 y 1889, y caracterizada por ser la primera revista de Cirugía Práctica editada en la ciudad de Toledo, en la que el Director de la revista y Cirujano Jefe del Hospital de la Misericordia de Toledo, D. Pedro Gallardo Sánchez, describe, en general, con gran detalle, cerca de un millar de intervenciones quirúrgicas, verificadas y realizadas desde el año 1867 hasta el año 1889.

Y por último la circunstancia casual de que en este año se cumple el primer Centenario de la aparición de esta singular Revista, sin parangón en toda la historia de la medicina Toledana, animó más mi propósito.

1.3. Material y Métodos

Además del citado material, que más bien puede nominarse auténticamente **fuelle** de este trabajo, pareció oportuno llevar a cabo un preliminar estudio de la cirugía Europea primero, observando en qué medida la anestesia, antisepsia, hemostasia, nuevo instrumental quirúrgico, consecuentemente nuevas operaciones regladas y desarrollo de las especialidades quirúrgicas influirían en la cirugía Española, y en qué medida afectaban al quehacer operatorio y asistencia quirúrgica de una ciudad de provincias, alejada de Facultades, Institutos y Laboratorios, verdaderos Centros del saber científico-médico. Y de alguna manera, poder establecer una correlación cronológica entre la sucesión de las diversas aportaciones quirúrgicas y la calidad operatoria del hospital Toledano e incluso observar la posible originalidad de sus cirujanos.

Con este bagaje previo, que fue el resultado de consultar una serie de libros tanto actuales y escritos por los Profesores Laín Entralgo, Granjel y otros autores, como Tratados de Cirugía Operatoria del siglo XIX, en donde se especificaban los métodos operatorios indicados para cada patología, acometí el estudio exhaustivo de la Revista "EL BISTURI".

1.4. Fuentes

La Revista "EL BISTURI", de la que he podido consultar, es un volumen encuadernado, que contiene la totalidad de los números que llegaron a publicarse, y que en su totalidad fueron 24.

Tiene de característica especial que fue la primera revista médico-sanitaria, siendo su contenido quirúrgico-práctico, que se editaba en la ciudad de Toledo. Era de carácter mensual, apareciendo el primer número en enero de 1888 y el último en diciembre de 1889.

Cada número tiene una extensión aproximada de 30 páginas, siendo su director D. Pedro Gallardo Sánchez, Cirujano por oposición del Hospital de la Misericordia y cirujano jefe de dicho Hospital, obteniendo los grados de Bachiller, Licenciado y Doctor por la Universidad Central. Había sido declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones a las Cátedras de Obstetricia de Granada y de Terapéutica de Zaragoza, y finalmente señalar que era Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina de Madrid.

El contenido, es un trabajo clínico-estadístico, basado en el conocimiento teórico-práctico de todas las intervenciones quirúrgicas que realizó, cerca de un millar, durante un período que abarca 22 años, desde el año 1867 a 1889, en el Hospital de la Misericordia.

Se relatan historias clínicas individualizadas, únicas capaces de recoger los diversos matices de la realidad quirúrgica y en la misma revista se plasma la especialización de la Cirugía, primero al hacer una clasificación entre las intervenciones llamadas generales y las operaciones especiales, en donde tiene varios apartados referentes a tocología, oftalmología o aparato de la visión, génito-urinario masculino, etc.

Contiene también diferentes cuadros estadísticos en los que quedan reflejados completamente los datos de cada paciente, método operatorio y alta. También añadir que al final de cada número hace una reseña, comentando las revistas médicas recibidas, monografías, libros, etc.

Cabe destacar la personalidad del Dr. Gallardo Sánchez, ver-

dadero artífice de la revista, que va surgiendo a medida que se va profundizando en el estudio de su labor operatoria, y la verdadera finalidad con que edita la Revista, y que en sus propias palabras, ya en el primer número comenta:

“... no nos mueve con nuestra estadística un fin determinado, como otras de su clase, en que se pretende acreditar éste o el otro método operatorio, tal o cual procedimiento o sistema de curación, etc.: nuestra aspiración es mucho más modesta, y está reducida a hacer el inventario de todo aquello que ha sido la ocupación constante de nuestra vida; presentar ante el público nuestros triunfos y nuestras derrotas; (...) y emprendemos este trabajo, que bien podría tener la forma de una memoria o de un libro, porque creemos un deber profesional de todo Médico de Hospital el coleccionar y reunir todos aquellos hechos prácticos notables por cualquier concepto, que difícilmente se presentan en tanto número en la práctica privada, ni se tratan de una manera tan uniforme; y una vez coleccionados, darlos á conocer en una u otra forma, como el medio más adecuado de llegar a formar una estadística nacional”.

Y así se aprecia la preocupación constante por atender cada caso como si fuera el primero de ellos, teniendo en cuenta la idiosincrasia del paciente, los motivos que le inducían a cada intervención, y ya dentro del acto operatorio elegir el método apropiado y un buen seguimiento post-operatorio, utilizando todos los procedimientos médicos a su alcance para lograr la curación del paciente, llegando algunas veces, cuando no encontraba el método operatorio idóneo quirúrgico en los Tratados de Cirugía, a experimentar en el cadáver alguno que fuese factible para ese determinado paciente.

En resúmen, se observa que era una persona honesta, buen investigador de cada uno de los casos que opera, buen estudioso, exento de presunción y siempre con una gran avidez para aprender con la mayor humildad de Profesores ilustres españoles de la época, como lo demuestra cuando pide a García Calde-

rón y a Suender, el que se trasladen a la ciudad de Toledo, para intervenir a algunos de sus pacientes.

Este mero resumen de lo que fue la personalidad del autor y director de la Revista es fundamental para entender la verdadera labor quirúrgica y la gran calidad asistencial que tuvo el Hospital de la Misericordia, y el valor de sus historias clínicas, que las convierten en una fuente inapreciable para el conocimiento bastante exacto de la cirugía que en esta época se practica en Toledo.

1.5. Utilización del material recogido

Tras llevar a cabo un resumen sucinto en la primera parte del trabajo de la Cirugía Europea y Española decimonónica, hay que resaltar el gran reto que supuso recopilar la copiosa casuística clínica recogida, que incluye cerca de un millar de casos, expuestos a lo largo de la Revista con un rigor encomiable, pero con cierta anarquía e incluso fragmentariamente.

Aunque en el primer número de la Revista expone una clasificación de las operaciones que practicó, ordenadas con arreglo al plan de los libros de Cirugía Operatoria y la dividió en dos partes, la primera de ellas, referente a las operaciones generales entre las que incluía piel, músculos, venas, arterias, articulaciones, resecciones y amputaciones; y en la segunda parte, las llamadas operaciones especiales, en las que están comprendidas el aparato de la visión, nariz, boca, esófago, tórax, abdomen, ano y recto, órgano genito-urinario masculino, y operaciones tocológicas, hubo de realizarse un estudio pormenorizado de cada una de las historias clínicas y agruparlas con arreglo a un criterio de clasificación más moderno y didáctico, estudiar los distintos tipos de diagnóstico, los métodos y procedimientos quirúrgicos utilizados, la utilización del método antiséptico del que era un entusiasta defensor y que comenzó a practicar muy tempranamente, en 1878, si tenemos en cuenta que en España comienza a utilizarse en el año 1875; la utilización del método anestésico, a base de cloroformo y cocaína; la antipirina como antitérmico en 1886, y el método hemostático.

La utilización del termo-cauterio, y el aparato de Dieulafoy que comienza a utilizar también muy tempranamente, si tenemos en cuenta que llega a España en 1873 de la mano del Dr. Somoza; las consecuencias y problemas postoperatorios, junto con el tratamiento médico que instauró para solventar dichos problemas, y finalmente la resolución de cada uno de los casos, unas veces terminando de una forma funesta y otras con la curación de dicho paciente.

Ir estableciendo sobre la marcha correlaciones con la Cirugía Española y Europa, y extraer conclusiones parciales y globales, tanto en la manera de entender el proceso morbosos, apoyándose en la propia etiología, fisiopatogenia, y mecanismos para llegar al diagnóstico, como las indicaciones y contraindicaciones que le llevaban a cuestionarse el elegir un determinado método operatorio y cómo efectuaba su realización, pero siempre acorde con las tendencias quirúrgicas de la época.

Tras este estudio pormenorizado de su quehacer quirúrgico, se llevó a cabo una nueva tabulación estadística, establecida sobre patrones contemporáneos, en las que se utilizaron todos los datos de cada paciente, para realizar el estudio estadístico de los ingresos tanto en el apartado de hombres como de mujeres; y la relación existente entre las altas y el grado de mortalidad, y de esta manera llegar al fin a una valoración real y objetiva de este quehacer decimonónico en Toledo.

Por último, resaltar que aquellas frases que llevan incorporado un asterisco y no existe cita a pie de página, son frases atribuidas a la revista "El Bisturí". La no incorporación de la cita a pie de página ha sido para no incidir en reiteraciones.

II. EL QUEHACER QUIRURGICO EN EL SIGLO XIX

2.1. En Europa:

Ya desde el principio del siglo XIX, los verdaderos centros del saber son las Cátedras universitarias y los Institutos científicos. Surgen paralelamente Instituciones exclusivamente dedicadas a la investigación científica.

La forma de realizar un diagnóstico podía realizarse desde un punto de vista anatómico-clínico, en el que se efectuaba mediante la anamnesis y la sintomatología del paciente. Y desde el punto de vista fisiopatológico, que consistía en descubrir que proceso fisiopatológico había desencadenado el proceso morboso y las consecuencias que podían derivar del mismo, ayudado por una serie de análisis, medidas y trazados.

Ya en los principios del siglo XIX, surgen tres factores que desencadenarán el gran desarrollo de la cirugía:

- El desarrollo de la anatomía topográfica.
- La habilidad que desarrollan los cirujanos.
- La aparición de las operaciones regladas.

Estos tres factores son desencadenados por la aparición de nuevas técnicas y novedades científicas, que hacen que el cirujano esté más seguro de sí mismo en cuanto realiza la intervención y pueda efectuarla sin esa gran velocidad a la que estaban acostumbrados, por el peligro inminente de las hemorragias.

Gracias a la anestesia, antisepsia, transfusiones sanguíneas, instrumental quirúrgico y operaciones regladas, la manera de intervenir quirúrgicamente logrará un gran avance, y en parte terminará, en gran medida con los grandes temores de los cirujanos ante las hemorragias, el dolor y las infecciones y consecuentemente con gran parte de las complicaciones postoperatorias.

Anestesia:

—Entre 1846 y 1847 se difundía por toda Europa el éter para las intervenciones quirúrgicas.

—En 1831, Soubeirán descubría el cloroformo, casi al mismo tiempo que el norteamericano Guthrie y el alemán Liebig.

—En 1884, Knapp y Koller, comprobaron los efectos de la cocaína en acción tópica en mucosas y un año más tarde, en 1885, se utiliza una concentración del 3 al 5%, para más tarde utilizarlo al 1%, tras los trabajos de Fraenkel de Viena.

Antisepsia:

Tiene su máximo exponente en Lister y en el método que dio a conocer en los años 1865-1867, basándose en la utilización del ácido fénico, que lo utilizaba a modo de pulverizaciones del medio ambiente donde se encontraba el enfermo, a modo de pomadas, y la limpieza exhaustiva de las heridas.

Este método se difundió con gran rapidez, aun encontrando grandes defensores en los cirujanos alemanes y grandes destructores en Norteamérica e Inglaterra, aunque entre 1870 y 1880 se realizaba en todas las clínicas quirúrgicas.

Hemostasia quirúrgica y transfusiones:

—Sabemos que en la primera mitad del siglo sólo contaban con la ligadura y el torniquete.

—En 1825, Blundell, en Londres, realiza la primera transfusión de sangre de hombre a hombre, realizándolo indirectamente con jeringa, y que fue abandonada por la constante presencia de coágulos.

Es ya en el siglo XIX, cuando pasa a ser historia el principio básico de todo cirujano: “noli me tangere”, comenzando a intervenir las cavidades orgánicas.

Evoluciona y cambia de tal manera la técnica operatoria, que ya no hace falta operar en contra del tiempo, sino que acaba imponiéndose la regla del “tempo lento” (Kocher).

Se llega a incorporar al saber quirúrgico la histopatología, fisiología y patología.

Todo este avance tan espectacular da lugar al desarrollo de las especialidades quirúrgicas y al nacimiento de otras nuevas.

Especialidades quirúrgicas:

Oftalmología:

Es cuando aparece el cuchillete de Von Graefe, cuando desciende la pérdida de globos oculares, en la cirugía de la catarata.

Cirugía Osea:

Con la aparición de la anestesia, las intervenciones quirúrgicas cambiaron también, ya que ésta daba lugar a elegir con mejor acierto la zona más recomendable para operar, las técnicas o el tipo de operación más correcto y la obtención de mejores muñones.

Surgieron gran cantidad de tipos de operación regladas, tanto para las amputaciones, como para las desarticulaciones.

Las amputaciones con el transcurrir del tiempo, van siendo sustituidas por las resecciones, siendo Koning uno de sus máximos defensores.



Cirugía Reparadora:

En 1869, Reverdin utiliza pequeños colgajos tallados de la epidermis para las pérdidas de substancia de la piel.

Urología:

Como en todos los campos de la cirugía, es en la segunda mitad del siglo XIX, cuando hay una verdadera eclosión de instrumental quirúrgico nuevo y técnicas operatorias.

Hasta la mitad del siglo XIX, las operaciones que se realizaban habitualmente, eran la litroticia, talla, incisiones perineales y cateterismo.

Es en 1860 cuando Nélaton inventa la sonda flexible de "cauchut".

Dentro de las intervenciones vesicales la litrotipsia y la lito-lapaxia son las que desplazarán a la talla.

Charrière, basándose en la idea de Ségalas, utiliza la compresión con tornillo deslizable, para fragmentar los cálculos vesicales.

Obstetricia y Ginecología:

La antisepsia en obstetricia, es anterior a la antisepsia de Lister, ya que en 1843, Wendel Holmes, aconseja el previo lavado de manos con cloruro de cal, por la relación que observa entre la fiebre puerperal y el grado de suciedad de las manos del tocólogo.

La anestesia en obstetricia fue introducida por Simpson en 1847, a base de cloroformo, habiendo utilizado unos meses antes el éter y desechándolo como anestésico en obstetricia por los inconvenientes que provocaba.

2.2. En España:

Es en 1847 cuando Argumosa comienza a utilizar el gas éter en España.

El cloroformo comienza a ser preparado farmacéuticamente en Madrid también en 1847.

Dentro del tema de la antisepsia, como comenta en su tesina "Introducción de los grandes avances de la Cirugía General en la Facultad de Medicina de San Carlos" escrita por Carlos Manuel da Costa Carballo:

"...Líster emplea el ácido fénico por primera vez en el año 1865, y como hemos visto la primera noticia que tuvimos en nuestro país data de 1875, por lo que es fácil comprender que nuestros profesores no tenían conocimiento de estos adelantos, por lo que tampoco podemos ver reflejado en sus obras tales descubrimientos". (*)

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS.

Oftalmología

Las intervenciones quirúrgicas oftalmológicas son realizadas por cirujanos generales hasta los últimos decenios del siglo, que pasa a ser considerada como una especialidad.

En 1872 se funda el "Instituto Oftálmico" por Delgado Jugo. Sus discípulos fueron Albitos, López Díez y Ferradas.

Santiago de los Albitos y Fernández, con Rodríguez Viforcós, funda la Revista de Oftalmología, Sifiliografía y Vías Urinarias. Albitos, inventó un quistitomo y un nuevo método para la operación de triquiasis.

García Calderón, discípulo en Viena de Arlt, trabajó en el Instituto de Terapéutica Operatoria de Federico Rubio, y fue uno de los primeros en realizar Cirugía del saco lagrimal en España.

(*) Da Costa Carballo, Carlos Manuel: **Introducción de los grandes avances de la Cirugía General en la Facultad de Medicina de San Carlos**, p. 164. Madrid, 1986. (Tesina inédita).

Cirugía Ósea:

Cabe destacar la eminente figura de Diego de Argumosa, en la que aparte de su labor en otros campos de la cirugía, dentro de la patología ósea, se encuentra el método que idea para las amputaciones, así como la desarticulación escápulo-humeral, y la tabla sensoria, con el fin de reducir con esta última las fracturas de fémur.

Juan Creus y Manso, discípulo de Argumosa, modificó la técnica de la amputación y la resección del maxilar.

Recordar también el procedimiento para la amputación osteoplástica del miembro inferior de San Martín y Satrústegui, y la nueva técnica para la resección del maxilar superior.

Federico Rubio Gali funda en 1880 el Instituto de Terapéutica Operatoria en Madrid.

Urología:

Durante casi todo el siglo XIX, la practicarán los cirujanos generales.

Diego de Argumosa, idea nuevos procedimientos para el quehacer quirúrgico, como las operaciones de sarcocelè, uretrotomía perineal, hidrocele y una modificación de la talla hipogástrica.

Creus y Manso idea una nueva técnica para la talla perineal.

Enrique Suender comenzó a utilizar la anestesia en la litrotomía.

Federico Rubio efectúa una nefrectomía.

Con el Instituto de Terapéutica Operatoria de Federico Rubio, es cuando alcanza independencia la práctica de la urología, siendo Enrique Suender el primer urólogo español con plena dedicación a esta especialidad.

Obstetricia y Ginecología:

Los partos eran asistidos por comadronas.

Las intervenciones quirúrgicas las siguen efectuando los cirujanos generales.

Melchor Sánchez de Toca realiza histerectomías en 1843 y en 1845.

Federico Rubio efectúa una ovariectomía en 1860 y en 1861 una histerectomía.

Es en 1874 cuando se crea la “Sociedad Ginecológica Española”.

Y de nuevo volvemos a observar cómo en las especialidades anteriormente expuestas, como la ginecología junto con la obstetricia, cobra rango de especialidad en el Instituto de Federico Rubio.

El reconocimiento de la especialidad llega en 1888, con la celebración del Congreso.

2.3. EN TOLEDO.

Existían en la ciudad de Toledo dos hospitales generales:

—Hospital de la Misericordia.

—Hospital de San Juan Bautista.

Aunque como anteriormente he citado eran generales, tenían la característica común de no aceptar a los enfermos considerados contagiosos. Estos pasaban a ingresar a otro tipo de Hospitales especializados en este tipo de enfermos.

Aun existiendo gran profusión de hospitales especializados, se funda un Hospital llamado del Refugio, con el fin de dar una hospitalización provisional, mientras son efectuadas las gestiones oportunas para el traslado a otros centros hospitalarios, ya fuesen en alguno de los que existían en Toledo o próximo a él, como por ejemplo Madrid.

Hospital de la Misericordia: De carácter general.

Fundado por Doña Guiomar de Menese, esposa de D. Gai-tán de Ayala.

Lo fundó durante su vida, ubicándole donde ella vivía, y al

morir en 1459, dejó en su testamento como condición el que nunca cambiara de lugar dicho Hospital.

En el año 1615, el Padre Rodrigo Niño de Guzmán, obtiene la licencia apostólica oportuna para trasladar de lugar el Hospital, por tener que edificar en parte de dicho hospital, la Casa Profesa de la Compañía de Jesús.

El hospital hubo de trasladarle a la Casa del Conde de los Arcos, poniendo la cofradía que le regía la condición de que no se trasladase jamás a otro lugar.

En 1836 pasa a estar bajo la supervisión de la Junta Municipal de la Beneficencia, fecha que coincide también con la entrada a dicho hospital de las Hijas de la Caridad, que se encargan del gobierno y asistencia.

Su Botica y Laboratorio químico proveían a todos los establecimientos de la Beneficencia de Toledo.

Actualmente se halla emplazado en un edificio próximo al Castillo de San Servando, fuera del llamado casco antiguo de la Ciudad.

El Hospital de la Misericordia estuvo regido desde su principio por una Cofradía llamada "Los Hermanos del Hospital de la Misericordia", como organismo rector de la Institución, fundada por una persona particular como ya he señalado y que dejaba al morir un capital que consistía en fincas rústicas, urbanas, para poder atender a los probables gastos de la Institución y a cambio ofrecer ésta sufragios por su alma.

La Cofradía que nos ocupa, al igual que la mayoría de las existentes, se caracterizaba por ser de tipo aristocrático, limitando el número de sus cofrades a la cifra de 52, que eran las semanas que tiene el año, con el fin de que cada hermano se ocupara durante una semana de prestar servicio al "Jefe Supremo del Hospital", y llamándose hermano semanero.

Existía un Cabildo que actuaba como órgano legislativo y ejecutivo, y constituido por hermanos que se dedicaban al cumplimiento de las Memorias y administración, y funcionarios para el orden interno del hospital.

La característica común y los objetivos eran de índole religioso, tanto cuando en sus orígenes se fundaba la Institución

en el ejercicio de la caridad cristiana, como en el desarrollo interno que ejercitaban los cofrades como el funcionariado.

En 1874, se abre un expediente con un escrito por Real Orden de S.M. en el que piden información del número de enfermos que acuden a los Hospitales existentes en la Ciudad de Toledo, el número de hospitales, Patronos, Administradores, etc... con el fin de realizar fusiones Hospitalarias para disminuir el gasto económico de administración que soportaban.

Según la referencia anterior existe constancia de que el Hospital de la Misericordia mantenía 16 camas en la época de invierno y 34 camas en la época de verano.

En 1836 se promulga la Ley de la Beneficencia y es cuando el Hospital de la Misericordia depende la Junta Municipal de la Beneficencia.

Resumiendo, hay que señalar que fue fundado obedeciendo a una iniciativa impregnada profundamente de religiosidad y los objetivos finales no eran los de la atención, estudio y curación del enfermo.

“sino la práctica de una obra de misericordia, de la misma forma que se albergaba al peregrino o adoctrinaban niños en desamparo. Los cuidados prodigados al enfermo, repetimos son considerados como medios necesarios al logro de un fin superior”. (*)

Afortunadamente, con el transcurrir de los años, las ideas y los métodos fueron cambiando, como así lo hacía la Sociedad; y todos estos factores unidos a los nuevos conocimientos científicos que van surgiendo sin parar dan una nueva visión y obligan de una cierta manera a cambiar el modo asistencial del paciente, llegando a ser su primordial objetivo la curación en la medida de lo posible del enfermo y la rehabilitación del mismo para sus quehaceres cotidianos, quedando muy en segundo

(*) LOPEZ FANDO, Alfonso y SANCHO SAN ROMAN, Rafael: **Los Antiguos Hospitales de la Ciudad de Toledo**. Publicaciones de Clínica y Laboratorio, nº 422. Tomo LXXI. Mayo 1961, p.: 400.

término la actitud caritativa con la que se debe tratar al enfermo.

Por último, dejar constancia del comentario del Dr. Gallardo, referente al movimiento que existía de enfermos en la sección de Cirugía durante todo el año de 1888, teniendo en cuenta que el número de camas en el Departamento dedicado a los hombres era de 35 camas y en el Departamento dedicado a las mujeres de 28, haciendo un total de 63 camas.

III. ESTUDIO ANALITICO DE LA “REVISTA MENSUAL DE CIRUGIA PRACTICA EL BISTURI” (Toledo 1888-1889)

3.1. ASPECTOS FORMALES DE LA REVISTA. BREVE NOTICIA DE SU AUTOR.

La Revista “El Bisturi”, objeto de este estudio, tenía carácter mensual, su primer número sale a la luz en la ciudad de Toledo en enero de 1888 y durante todo este año y todo el año siguiente, con la salvedad de que el último número correspondiente al mes de diciembre de 1889, y que hacía el número 24, se edita con unos cuantos meses de retraso, por las muchas ocupaciones profesionales que impedían al Dr. Gallardo su necesaria elaboración y que ponen definitivamente fin a la existencia de dicha Revista.

Cada número de la revista consta aproximadamente y por término medio de 32 páginas, teniendo el total de los 24 números que llegaron a editarse 704 páginas, sin contar las 20 páginas correspondientes a un “Estudio Clínico acerca del método de inyecciones intravenosas del Dr. Hayen en el período álgido del cólera”, y 43 páginas referentes al “Tratamiento del cólera grave” mediante las inyecciones intravenosas, subcutáneas y rectales de suero artificial, escrito por el Dr. Gallardo Sánchez.

También añadir, que al final de cada número de la Revista, existe una reseña, dividiéndola en secciones diferentes y referentes a Notas de Actualidad, Crónicas, Necrologías y rescen-

siones bibliográficas, comentando las revistas médicas que recibía, libros de publicación reciente, monografías, o dando la noticia de la celebración del Congreso Ginecológico Español. En todo caso estas diferentes secciones son breves y no superan ni tan siquiera el 5% de la totalidad de la publicación.

El material que hemos utilizado ha sido un volumen encuadernado de 15 por 22 cm. y que comprende la totalidad de los ejemplares, es decir los 24 números de que consta la ya citada Revista.

Cabe destacar que el Dr. D. Pedro Gallardo Sánchez era Cirujano por oposición, del Hospital de la Misericordia de Toledo, habiendo obtenido los grados de Bachiller, Licenciado, y Doctor por la Universidad Central. Había sido declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones a las Cátedras de Obstetricia de Granada y de Terapéutica de Zaragoza, y finalmente señalar que era Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina de Madrid.

Director y casi único autor de la Revista "El Bisturi", por tratar ésta de relatar su experiencia personal, y en la que sus colaboradores sólo desempeñan la labor de facilitadores de algunos datos que expone en la referida Revista.

3.2. Analisis del contenido de la revista

La Revista, una de las características que tiene es la de ser la primera Revista de índole médico-sanitaria que se publica y se edita en la ciudad de Toledo, así como ser también la primera Revista de Cirugía práctica que se edita también en esta capital.

El objetivo primordial es dar a conocer un trabajo clínico-estadístico, basado en el conocimiento teórico-práctico de todas las intervenciones quirúrgicas que efectuó durante un periodo que abarca desde el año 1867 hasta el año 1889, en el Hospital de la Misericordia de Toledo.

En el primer número de la Revista, expone ya un primer cuadro numérico de todas las intervenciones que practicó, cerca del millar, ordenadas por grupos con arreglo al plan de los libros de Cirugía Operatoria y que está dividido en dos aparta-

dos, el de operaciones generales entre las que se incluyen: piel, músculos, venas y arterias, articulaciones, resecciones y amputaciones tanto de miembros superiores como de miembros inferiores.

El segundo grupo pertenece a operaciones especiales, y abarca: el aparato de la visión, oídos, nariz, boca y dependencias, esófago, tórax, abdomen, ano y recto, órgano genito-urinario masculino, operaciones tocológicas y ginecológicas.

En el segundo apartado se aprecian y quedan reflejadas verdaderas historias clínicas, en las que no sólo se expresan el nombre del paciente, naturaleza, edad, estado civil, probable etiología del proceso morboso, sintomatología, diagnóstico, diagnóstico diferencial, método, procedimiento detallado de la intervención, instrumental quirúrgico utilizado; método anestésico cuando lo utilizaba, método antiséptico, del que era un gran defensor, y hemostático, sino que relata detalladamente la evolución post-operatoria, así como las complicaciones que surgían en cada caso y el tratamiento médico o quirúrgico que hubo de realizar y su resolución o defunción.

Existen diferentes cuadros estadísticos en los que quedan reflejados, exclusivamente, los datos de cada paciente, diagnóstico, operación, fecha de ingreso, método, procedimiento, alta y terminación.

Existen 2 opúsculos también, correspondientes el primero, a un: "Estudio Clínico acerca del método de inyecciones intravenosas del Dr. Hayen en el período álgido del cólera", en el que existen 6 casos de cólera, a modo de historias clínicas y que son tratados según este tipo de inyecciones por el Dr. Gallardo Sánchez. Y el segundo opúsculo, referente al "Tratamiento del cólera grave" mediante las inyecciones intravenosas, subcutáneas y rectales de suero artificial, escrito también por el Dr. D. Pedro Gallardo Sánchez y basado en su propia experiencia en este tipo de patología.

INGRESOS DE ENFERMOS SEGUN LA FECHA DE OPERACIONES

		67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	DESC.	
ENERO	33	0	0	1	0	0	0	0	4	0	0	5	2	2	3	1	2	2	6	2	2	0	0	1		
FEBRERO	37	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	1	2	1	3	0	3	2	3	5	5	3	2		
MARZO	54	0	0	0	0	0	0	0	3	5	6	4	2	3	3	3	3	0	2	1	5	7	4	3		
ABRIL	66	0	0	0	0	0	0	0	5	3	5	2	4	1	7	1	5	6	4	6	4	4	6	3		
MAYO	78	0	0	0	0	1	0	0	8	5	7	5	2	3	5	5	4	4	5	8	7	4	2	3		
JUNIO	47	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	5	3	3	5	1	3	4	1	5	5	1	1	7		
JULIO	36	0	0	0	0	0	3	8	1	0	2	0	1	1	0	0	4	3	4	0	3	2	4	2		
AGOSTO	34	0	0	0	1	1	0	3	0	3	1	2	1	0	2	3	4	2	1	0	3	3	2	2		
SEPTIEMBRE	60	0	0	0	0	0	0	8	5	4	2	5	2	3	1	1	4	7	1	2	1	3	7	4		
OCTUBRE	57	0	0	0	0	1	0	4	3	2	3	4	2	2	3	2	4	11	3	1	3	2	5	2		
NOVIEMBRE	39	0	0	0	0	0	0	2	2	3	1	0	3	1	6	2	1	2	0	6	2	1	5	2		
DECEMBER	23	0	0	1	0	0	0	1	1	2	3	0	0	1	3	0	0	2	1	1	3	0	1	1		
SEXO DESC	34	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4	4	1	1	2	7	5	1	5	1	0	0		
MES DESC	39	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	2	1	2	1	1	1	0	1	0	2	1	1	0		
AÑO Y SEXO DESC																									1	
AÑO DESC																									28	
		1	1	2	1	3	3	28	38	30	33	37	28	28	41	24	37	53	36	36	50	34	43	32	27	

Hay que añadir a los años: 1873, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86 y 87 la suma correspondiente al sexo desconocido.

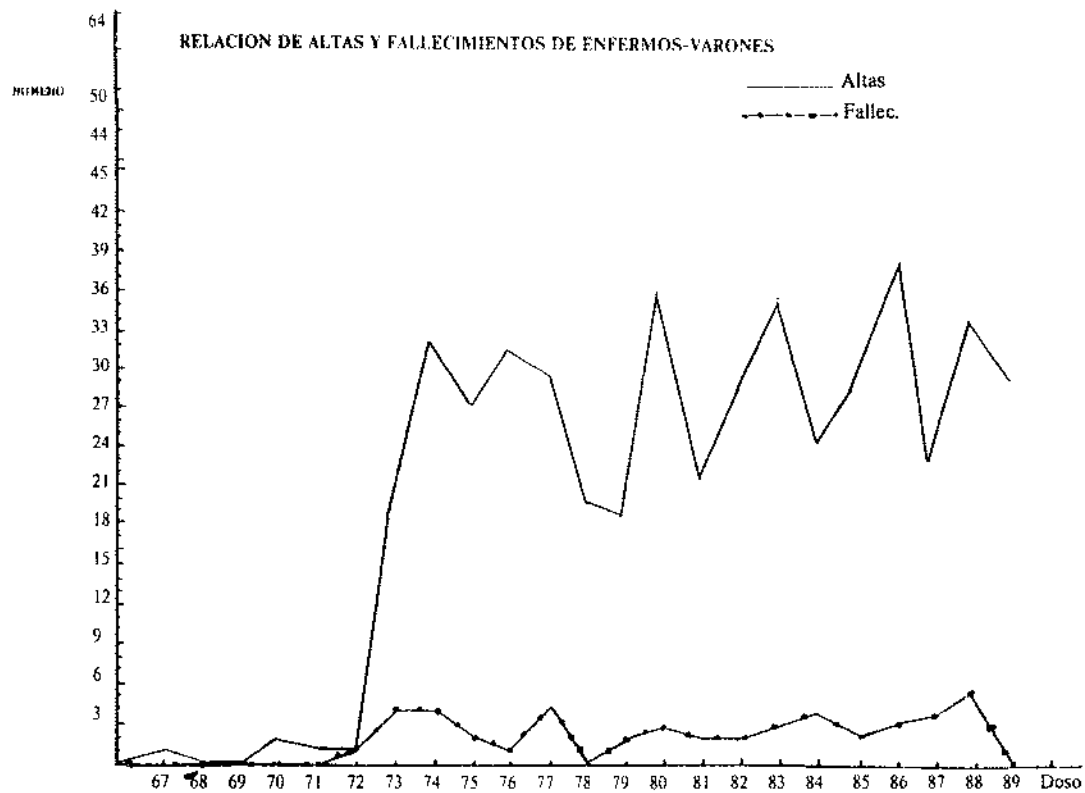
El total por meses es de: 648 y por años de: 648.

INGRESOS DE ENFERMAS SEGUN LA FECHA DE OPERACIONES

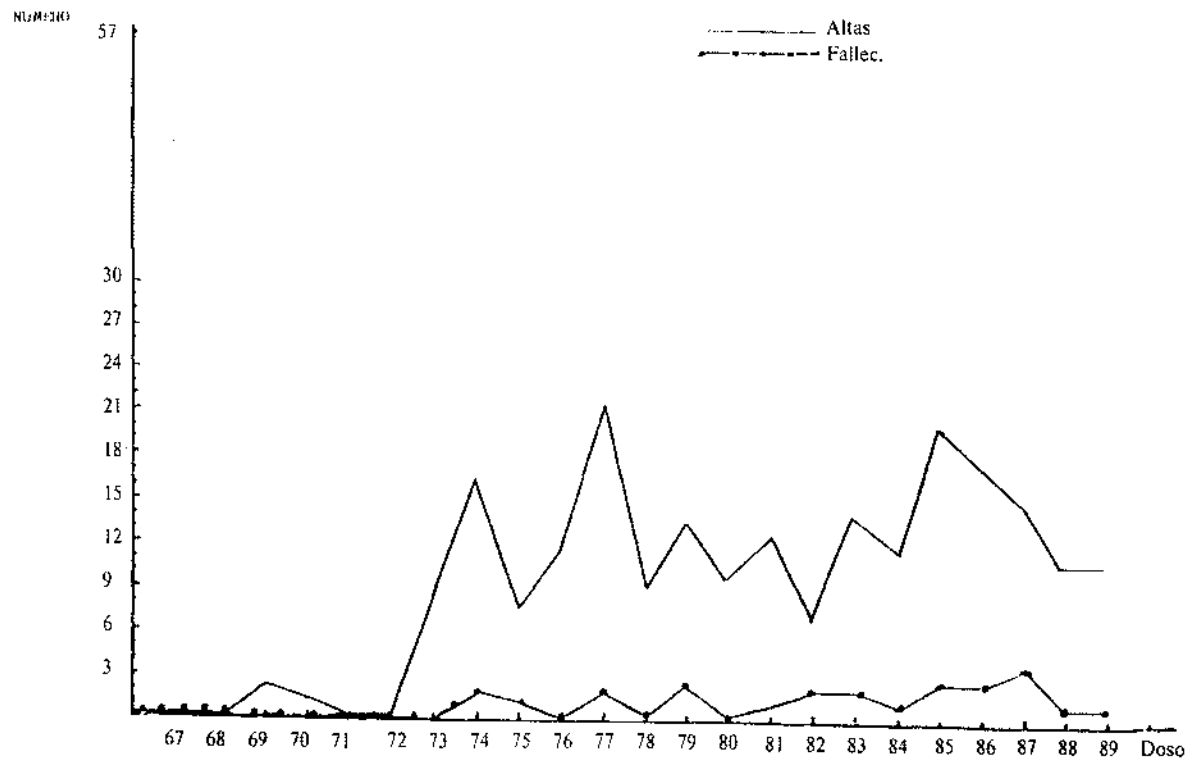
		67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
ENERO	12	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	2	1	0	0
FEBRERO	19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	2	0	2	1	0	0	3	2	2	2
MARZO	21	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	0	2	1	1	0	0	3	3	3	2	0	0	0
ABRIL	29	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	2	0	1	1	2	4	2	1	6	2	1	1	1	1
MAYO	32	0	0	0	0	0	0	0	4	1	2	4	1	2	0	2	3	0	3	4	3	0	2	1	1
JUNIO	27	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	3	1	2	0	0	2	3	4	2	1	0	0
JULIO	16	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	0	1	0
AGOSTO	26	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	1	0	3	2	0	2	0	3	4	0	0
SEPTIEMBRE	27	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	2	1	0	4	0	6	3	2	2	3	0	1	0	1
OCTUBRE	25	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	4	1	0	2	1	4	0	4	1	0	1	0	0
NOVIEMBRE	22	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	2	2	0	1	0	1	1	1	2	2	0	3	2	0
DICIEMBRE	8	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
TRES PESC	35	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	3	6	7	1	3	1	4	0	3	0
AÑO DIEZ	19																								
		0	1	2	1	0	0	11	17	11	12	24	14	14	9	19	16	27	17	28	25	19	15	15	0

El total de la suma correspondiente a los datos: sexo desconocido, sexo y mes desconocido, año y sexo desconocido y año desconocido están reflejados en la estadística de enfermos-varones.

El total por meses es de: 316 y por años de: 316.



RELACION DE ALTAS Y FALLECIMIENTOS DE ENFERMOS-VARONES



3.2.2. DESCRIPCION DETALLADA, ORDENADA Y SISTEMATIZADA DE TODAS LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS LLEVADAS A CABO EN DICHO PERIODO

3.2.2.1. Cirugía de las estructuras craneo-encefálicas:

A causa de una caída desde una altura de 11 metros, ingresa en febrero de 1888 un joven de 28 años con pérdida de conocimiento y en el que se aprecian en una primera observación 2 heridas, una de ellas de unos 8 cm. de longitud y poco profunda en la región superciliar derecha y otra con fractura y hundimiento del hueso en parte anterior del parietal derecho también.

Se le practica **cura antiséptica** de las heridas y a los 3 días presenta delirio con hemiplegia completa izquierda contralateral, evolucionando en la segunda semana hacia un empeoramiento de todos los síntomas con convulsiones y estado comatoso, uniéndose fiebre y supuración de la herida parietal, habiendo curado la herida superciliar por primera intención.

13 días después había recobrado el conocimiento y disminuido la fiebre, aunque se mantenía la supuración, formándose un foco en la parte anterior de la fosa temporal que al practicar su abertura se apreció una fractura del hueso en la sutura eseno-temporo-parietal que en la primera observación había pasado desapercibida y de cuyo fondo se extrajeron una esquirla ósea, cabellos y una pequeña piedra granítica con cristales de mica.

Estando así las cosas, y con ayuda de un profesor de Sanidad militar, hasta una semana después no estaba seguro del procedimiento a seguir en el tratamiento de las lesiones, dudando en la trepanación o en otro procedimiento que más tarde se le ocurrió y que era más inofensivo, como fue el efectuar una incisión pasando por la parte media de la herida, disecando hasta el pericráneo, introduciendo la palanqueta del trépano para levantar los fragmentos hundidos quedando al mismo nivel de parietal, y efectuándose una **cura antiséptica** después de la sutura.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, desaparecien-

do la hemiplegia y mejorando la atrofia del brazo paralítico. Este caso le sirve de reflexión para preguntarse en qué momento debe hacerse este tipo de operación, si nada más producirse el accidente o si por el contrario dejar pasar un tiempo determinado hasta que se haya asentado la supuración.

Llega a la conclusión de que hay varias dificultades, empezando por poder establecer el diagnóstico certero ya que hasta que no aparece la supuración y se eliminan las escaras no se puede apreciar la extensión de los huesos fracturados y hundidos.

Un intervencionismo demasiado rápido estando el sujeto con conmoción cerebral está contraindicado, ya que esta situación se vería potenciada por el trauma inherente que conlleva toda intervención quirúrgica, así como cuando está definitivamente asentada una meningitis. Por lo que el momento exacto para intervenir con el trépano o levantar los huesos hundidos es 3 días más tarde del traumatismo que es cuando aparece la reacción febril y comienza la meningitis.

El segundo caso trata de una paciente con una herida por arma de fuego en la región temporal, con alojamiento de la bala en el lóbulo posterior del cerebro, a la que visitó varios días después de haber sucedido el accidente.

Aunque al sondar a la enferma en decúbito lateral y con la cabeza inclinada sobre el orificio de entrada creyó reconocer la bala, más tarde al practicar la incisión para dar salida a la supuración y extraer las esquirlas no la encontró.

La paciente falleció y al hacerle la autopsia se comprobó una gran cavidad purulenta en el espesor del lóbulo posterior del cerebro en la que la bala se movía con facilidad, pudiendo llegar por su propio peso y por determinados movimientos de la cabeza hasta el orificio de entrada, y si más tarde no la encontró parece ser debido a la posición en supino que mantuvo la enferma.

3.2.2.2. Oftalmología

Resalta a la oftalmología como verdadera especialidad, prime-

ro, por el carácter autónomo que tiene, ya que considera estas operaciones las que con más motivo pueden llamarse especiales. Y segundo, porque además de necesitarse estudios de medicina general hacen falta otros conocimientos especiales como oftalmoscopia, física, etc.

Hace una clara distinción de las enfermedades que trata un cirujano general como son inflamaciones y procesos que afectan a la conjuntiva, córnea, iris, vías lacrimales y cristalino y las que están dentro del campo de un especialista como son las coroides, nervio óptico, medios refringentes, etc. por lo que aconseja a los cirujanos el remitir el paciente al especialista.

La especialidad de oftalmología se caracteriza por el gran caudal de conocimientos que tiene que tener el cirujano, ya que aunque las operaciones en su mayoría están regladas, no por eso están desprovistas de complicaciones que pueden ir surgiendo sobre la marcha y a las que debe ir dando soluciones con rapidez.

El instrumental operatorio debe ser especial, completo y surtido, que ayudan al cirujano a ser preciso en la ejecución de estas operaciones tan especiales.

En el ámbito tan limitado donde el Dr. Gallardo desempeña su quehacer quirúrgico, los libros, los estudios sobre el cadáver, la observación atenta del paciente, y las visitas que realizan Albitos y García Calderón cuando en presencia de él y otros profesores de la provincia han operado en el Hospital de la Misericordia, son el único material del que se ha servido para su progresivo aprendizaje.

Las operaciones las divide en 5 grupos:

- Vías lacrimales.
- Párpados.
- Superficie del globo ocular.
- Interior del globo ocular.
- Globo ocular en su totalidad.

1. Vías lagrimales

La única enfermedad de las vías lagrimales que ha tratado ha

sido la inflamación del saco lagrimal y conducto nasal, en tres formas distintas:

—Dacriocistitis simple, también llamado catarro del saco lagrimal.

—Tumor lagrimal, cuya causa es el catarro simple, blenorragico o inflamación flegmonosa.

—Tumor lagrimal ulcerado con ó sin fístula del saco lagrimal.

El diagnóstico diferencial de estas tres entidades, se basa en la exploración.

—En la dacriocistitis simple, hay a la observación una ligera inflamación. Al comprimir el saco lagrimal hay salida de lágrimas y filamentos blanquecinos mucosos.

—En el tumor lagrimal, la secreción puede ser como clara de huevo, mucosa, o muco-purulenta y el conducto de salida puede ser los puntos lagrimales o las fosas nasales.

—Y en la tercera forma, hay una ulceración de la parte anterior del saco extensiva a la piel y que puede dar lugar a fístulas.

Los tipos de operaciones son:

—Destrucción del saco lagrimal.

—Cateterismo.

Ante la controvertida discusión que en esa época existía entre los dos tipos de operaciones, hace unos razonamientos con gran rigor científico en los que va enumerando las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, sin dejarse llevar por apasionamientos y basándose tanto en lo que comentan verdaderas figuras de la oftalmología de la época como en las cifras de estadística.

Se apoya para defender el tipo de operación que trata de la destrucción del saco lagrimal, en que también puede llamarse Español, no porque su origen sea éste sino por la frecuencia con que se ha recurrido y se recurre a él, también en una frase de Delgado Jugo: “En España se curan admirablemente las afecciones supurativas de las vías lagrimales por la destrucción del saco” y que en España tiene muy buenos resultados no siendo así en otros países, sobre todo los Nórdicos como comentó ya el fisiólogo Giraud Teulou, y así rescatar del progresivo olvido este tipo de operación desencadenado por las con-

tinuas alusiones de los científicos de la época, proscribiendo esta última en favor de las corrientes reinantes aconsejando el cateterismo.

El cateterismo de las vías lagrimales tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Este método es más fisiológico ya que se devuelve la integridad anatómica a los órganos, pero no está de acuerdo bajo ningún concepto en lo que comentan los defensores de este método, que llegan a decir que es preferible la extirpación de la glándula lagrimal a la destrucción del saco. Aunque con la cauterización del saco o utilizando cáusticos, se expone al paciente a la erisipela facial, con la extirpación no se le exime de ella, ya que la aparición de esta afección es muy frecuente en todas las operaciones de la cara y máxime cuando por urgencia hay que operar, existiendo algún brote en la localidad, y digo con urgencia porque los cirujanos de la época saben que estaban contraindicadas cuando aumenta la incidencia de ellas, siendo más prudente retrasar la operación cuando no haya riesgo alguno.

Otras de las complicaciones postoperatorias es el flemón ocular, siendo más peligroso cuando se utiliza el cateterismo que cuando se efectúa la destrucción del saco.

Estando así las cosas, recomienda apoyarse y basarse en la estadística como una de las medidas de rigor científico, comentando el número de casos de una y otra operación, circunstancias de cada caso y resultado de las mismas.

Para la operación del catarro simple se basa en la técnica de cateterismo de Bowman y consiste en que al inflamarse la mucosa del saco y conducto nasal, las lágrimas pasan con dificultad al saco y las que ya están en él no pueden salir por lo que hay lagrimeo y tumor lagrimal. El cateterismo se practica por el punto lagrimal inferior o superior, con incisión de los canalículos de Weber dilatando las estenosis.

En el verdadero tumor lagrimal, las alteraciones anteriormente dichas están más evolucionadas y cronificadas, por lo que si la secreción es mucosa se utilizará el cateterismo, y a veces ayudado con inyecciones astringentes, aunque el tiempo para alcanzar la curación será más largo. Si es purulento, el cateterismo ya no es efectivo, por lo que se recurrirán a las inyec-

ciones astringentes y a la destrucción del saco, ya que uno de los problemas de esta afección son las recidivas. El único inconveniente es la aparición de un lagrimeo sostenido que puede ser causado por una comunicación capilar según la escuela italiana o por la atrofia de la glándula lagrimal, siendo un inconveniente muy bien soportado por el paciente. Y aun operando con pasta de Canqóin se pueden repetir las cauterizaciones sin peligro de inflamación y supuración del ojo.

En la tercera forma o dacriocistitis flegmonosa con úlcera al exterior, si no ha drenado espontáneamente se practicará una incisión y se esperará a que la misma cicatrización resuelva el caso. Si comprimiendo los puntos lagrimales sale supuración, se acudirá a la destrucción del saco.

El cateterismo también está indicado en las estenosis de vías lagrimales en su conducto nasal.

La destrucción del saco estará también indicada cuando el paciente no esté de acuerdo en someterse a cateterismo hasta que cure su lesión.

El número total de operados es de 28, siendo más frecuente este tipo de operaciones en hembras y que atribuye como causa la mayor facilidad que tienen las mujeres para el llanto, por lo que dilatan la cavidad y la irritan, dando lugar a las dacriocistitis catarral y al tumor más tarde.

De catarro lagrimal hay 11 casos, de los cuales:

—El cateterismo se utilizó en 9.

—El cateterismo y las inyecciones se utilizó en 1.

—La destrucción del saco lagrimal se utilizó en 1.

Aunque hay más proporción de curados que de aliviados, no se puede afirmar categóricamente que fueran curados definitivos ya que no volvieron al Hospital, por lo que desaparece la información sobre ellos.

Dentro del grupo de los tumores lagrimales:

—El cateterismo se efectuó 2 veces.

—La destrucción del saco con pasta de Canqóin: 9.

De los 9 operados con destrucción del saco con pasta de Canqóin, 8 obtuvieron curación radical y uno de ellos, falleció de erisipela facial.

En la fistula lagrimal se utilizó la destrucción del saco, curando todos, excepto uno de ellos con curación solo de un ojo.

En resumen, de los 28 casos:

—curados: 19

—aliviados: 8

—defunciones: 1

Ya para terminar, comentar que en un catarro lagrimal la pauta que sigue es comenzar el tratamiento con los cateterismos, para luego seguir si es recidivante, por la destrucción del saco con pasta de Canquoín y como él mismo comenta “siguiendo las directrices recomendadas por Delgado Jugo en las notas de traducción del tratado teorico-práctico de las enfermedades de los ojos de L. Becker”.

En una de sus últimas operaciones, utiliza la cocaína como anestésico local en una proporción de 1 centígramo por cada gramo de piel, utilizando en total 5 inyecciones y obteniendo un buen resultado.

2. Operaciones de los párpados:

Dentro de este apartado podemos distinguir:

A.— Entropión.

B.— Triquiasis.

C.— Ectropión.

D.— Tumores de los párpados.

A.B. Entropión y Triquiasis.

En la estadística se pueden apreciar que de 21 casos operados de entropión, existen 18 casos de hembras y 3 de varones.

La contracción espasmódica del orbicular se produce por conjuntivitis ó “keratitis” subagudas que en niños escrofulosos se cronifican. El entropión se produce por inflamaciones crónicas de la conjuntiva catarral o por granulaciones, acompañándose la mayoría de las veces de alteraciones en las vías lagrimales.

La diferencia en la frecuencia respecto al sexo la atribuye en las mujeres, a factores constitucionales como son:

—La frecuencia a la que se ven sometidas las mujeres a afecciones de las vías lagrimales.

—Mayor predisposición para la cronicidad.

—Factores ambientales y ligados al modo de vida:

—Mayor contacto con el polvo de la casa.

—Humedad.

—Humo.

—Friedad del agua.

—En el hombre, el grado de fuerza que desarrollan por el trabajo que habitualmente ejercitan, y el estar en contacto diario con el aire, le previenen de esta cronicidad, por lo que cuando padecen alguna de estas afecciones es de evolución aguda.

El primer grado del entropión espasmódico se caracteriza por una contracción espasmódica del orbicular y cuyos síntomas son una fotofobia y lagrimeo con imposibilidad para soportar la luz. En este grado no hay estenosis palpebral ni acortamiento de la conjuntiva, ni cambio de curvatura en el tarso. La inflamación se mantiene en la mayoría de los casos por el blefarospasmos.

A raíz de un caso cuyo protagonista era un niño en el que además de la persistencia del espasmo, éste se acentuaba a medida que pasaba el tiempo, de las continuas consultas que cada 7 días efectuaban padre e hijo a especialistas ubicados en Madrid cuyas prescripciones seguía el Dr. Gallardo con todo detalle, le empujó a idear un método para poner fin a este problema. Después de observar que niños afectados de queratitis aguda y al hacer reconocimientos con apartadores de los párpados se vencía la resistencia de los mismos y teniendo en cuenta que en los espasmos de esfínteres de ano y vagina se utiliza la dilatación forzada, aplicó los apartadores de los párpados cada uno debajo de los mismos y los enganchó en el borde ciliar, tirando uno hacia arriba y otro hacia abajo durante 3 veces, con lo que desapareció el espasmo, quedando el niño sin ningún tipo de alteración.

Con este procedimiento ideado por el Dr. Gallardo, para el primer grado de entropión espasmódico, se distienden las fibras

del orbicular, disminuyendo la contractilidad anormal a la que están sometidas. Aconseja esta técnica en aquellos entropión recientes y en todas las contracciones espasmódicas del orbicular.

En todos los demás casos, ha seguido los siguientes procedimientos:

—Procedimiento de Pagenstecher sólo o combinado con ligaduras en el borde ciliar o excisión de un colgajo oval de la piel.

—Con estenosis palpebral por granulaciones o conjuntivitis antigua: incisión de la comisura externa hasta las fibras del orbicular y sutura de la piel con la conjuntiva.

En entropión poco pronunciados: la misma técnica que la anterior.

—Entropión con alteraciones corneales: ligaduras y excisión de un colgajo oval en el párpado superior y sutura para provocar un cierto grado de ectropión cicatricial y alejar las pestañas del globo ocular.

—Entropión con triquiasis: trasplatación del suelo ciliar por el procedimiento de Arlt.

Los métodos para operar la triquiasis, son muy semejantes a los del entropión.

El primero de los operados que aparecen en la estadística data del año 1877 y de 1889 el último.

C. Ectropión

Todos los casos que opera de ectropión, es en hombres. Esta alta incidencia en varones es debida a:

—Profesiones u ocupaciones como son la de matarife, carnicero, etc. que les hacen estar en permanente contacto con las esporas de la enfermedad del carbunco.

—Accidentes traumáticos.

En diciembre el 1877 se publica el primer caso, operado ese mismo año con el **procedimiento ideado por el Dr. Gallardo** en el Anfiteatro anatómico, y en 1878 en La Revista de Medicina y Cirugía prácticas, acompañado de 2 grabados.

En febrero de 1877 ingresa en el hospital un varón de 32 años de edad con una inversión completa del párpado superior derecho que ocultaba el globo ocular y el borde libre del párpado inferior, con una úlcera paralela al borde libre del párpado y secreción mucopurulenta que bañaba el ángulo interno del ojo y párpado inferior.

El origen del ectropión fue una inflamación probablemente carbuncosa y que había evolucionado a una supuración e hipertrofia de la conjuntiva y que había sido tratada con una incisión en el ángulo externo del ojo.

Se le instauró un tratamiento a base de pincelaciones de disolución de nitrato argéntico con lo que al cicatrizar y disminuir la secreción pidió el alta para volver un mes más tarde y en vista de que el tratamiento no era efectivo se decidió operar.

A la exploración se apreciaba un excedente de mucosa y un déficit de piel, por lo que el objetivo de la operación era extirpar la mucosa hipertrofiada.

Se efectuaron dos incisiones en la mucosa, una paralela al cartilago tarso y otra semilunar en la parte inferior de la conjuntiva invertida para extirpar la conjuntiva que había entre las dos incisiones, teniendo forma de elipse y 3 cm. de largo por 1.5 de ancho. Se practicaron **5 puntos de sutura** entre el labio superior de la primera incisión y el labio inferior de la segunda incisión, penetrando la punta de la aguja a distancia de los bordes y comprendiendo la capa fibrosa y muscular, añadiendo el tarso en el borde superior, para que no se rasgasen los bordes y eliminar el problema que podía acarrear la cicatriz resultante, así como que las pestañas tuviesen una posición más fisiológica. Se unieron los párpados con tiras de tafetán gomado y vendaje oclusivo con agua y árnica.

Al 4º día se levantó el apósito habiendo cicatrizado por primera intención sin inflamación, dándole de alta días después.

Aunque comenta que hay innumerables métodos quirúrgicos para el ectropión, lo verdaderamente excepcional de este método es la cicatrización de la herida por medio de puntos de sutura.

En los casos que se presentaron de ectropión los operó con este método; todos, que eran de párpado superior eran debidos

a retracciones cicatriciales por pústulas malignas o heridas contusas. En 7 de ellos, el ectropión era total ocultando el globo ocular y párpado inferior con acortamiento de la piel y mucosa hipertrofiada. En un solo caso, había inversión del párpado superior incompleta y ectropión del párpado inferior. Se le efectuaron dos operaciones, la primera con escisión y sutura en el párpado superior y 6 años más tarde como había recidivado en el ángulo externo del párpado superior y aumentado el ectropión del inferior, se escindió la conjuntiva y se suturó. También se efectuó una incisión en la comisura externa, extirpando 0,5 cm. de cada párpado y se dieron puntos de sutura en dicha incisión para estrechar la abertura palpebral que más tarde bien cicatrizada solo quedó una pequeña inversión.

D. Tumores de los párpados.

- Quistes.
- Fibrosos.
- Epiteliomas.

Quistes:

Expone a modo de ejemplo un caso que se presentó en 1882, cuyo diagnóstico era quiste sebáceo subcutáneo, con el fin de llamar la atención y demostrar las probables complicaciones, peligrosas a veces, que puede presentar una intervención por muy pequeña que ésta sea.

El diagnóstico como he dicho anteriormente era quiste sebáceo subcutáneo de gran tamaño, localizado en la parte media del párpado superior y que había ido creciendo con el transcurrir del tiempo.

La operación se efectuó **sin ningún tipo de anestesia por negarse a ello la paciente**, aunque sí con todas las **medidas antisépticas** e instrumental apropiado para el caso.

El tipo de operación fue una incisión en piel y capa muscular con enucleación completa del quiste y su cubierta. Se utilizó

una **disolución fenicada** para el lavado de la herida y después de suturar se puso un **apósito antiséptico**.

Las complicaciones que aparecieron más tarde, son las que dan verdadero interés a este caso, que al principio parecía ser tan banal.

Cicatrizada la herida por primera intención, se presentó una gran inflamación en los dos párpados, que aconsejó el instaurar un tratamiento a base de sanguijuelas, ptérgantes y pilocarpina en inyecciones hipodérmicas, así como dos incisiones en párpados para aliviar la tensión a que estaban sometidos; como también apareció una "kemosis" serosa se escindió la conjuntiva y se aplicaron lociones calientes para provocar la hemorragia.

Más tarde se presentó una úlcera corneal por donde podía salir el iris, efectuándose tres paracentesis de la cámara anterior.

4 meses más tarde de la primera intervención, el resultado fue estenosis palpebral, párpado superior ligeramente caído, cicatriz corneal y adherencias del iris con pérdida de gran parte de la visión.

La operación de otro quiste sebáceo y de las mismas características del anteriormente expuesto en un niño de 7 años de edad, no tuvo ningún tipo de complicación.

Tumor fibroso

Exclusivamente hay uno solo, localizado en el párpado inferior, que fue extirpado mediante una incisión en la conjuntiva sin ninguna complicación.

Epiteliomas

Localizados en el ángulo externo del párpado inferior, excepto uno de ellos que también ocupaba el ángulo externo del superior.

El tipo de operación, fue la extirpación de la tercera parte del

párpado, por lo que se realizó **autoplastia por deslizamiento** de un colgajo triangular de los tejidos contiguos.

3. Superficie del globo ocular

- A. Extracción de cuerpos extraños.
- B. Pterigion.
- C. Tatuaje.

A. Extracción de cuerpos extraños.

En los 5 casos que se le presentaron, el cuerpo extraño estaba constituido por:

- Fragmentos de hierro: utiliza un imán para su extracción.
- Cuando hay un enclavamiento del cuerpo extraño: utiliza una lente de aumento y unas pinzas finas.
- Piedra o grano de arena: la desprende frotando la superficie del globo ocular con la parte convexa de la pinza de pupila artificial cerrada.

B. Pterigion

Todos ellos estaban localizados en el ángulo interno del ojo, aunque en 4 casos solo afectaba a un ojo, y los restantes estaban afectados los dos.

Utiliza 2 procedimientos:

- Simple escisión.
- Procedimiento de Delgado Jugo.

En dos de ellos utilizó la simple escisión y en todos los demás el procedimiento de Delgado Jugo.

El procedimiento de Delgado Jugo, trata de estrangular el pterigion con la seda de una aguja convexa de sutura, pasando dicha aguja por arriba y detrás del pterigion y seccionándolo con un bisturí.

Las edades están comprendidas entre 40 y 60 años, excepto

en una de ellas que era de 28 años. Todas curaron, aunque no se sabe si recidivaron.

La primera operación que queda reflejaba data de 1873.

C. Tatuaje

Aunque refiere que ya lo utilizaban en la antigua Grecia, fue rescatada del olvido por Wecker en 1869.

El tipo de operación es igual al del tatuaje que se utiliza en la piel, y se emplea para teñir de negro las manchas corneales.

El instrumental operatorio puede ser una aguja de catarata, una aguja de tatuaje hueca o un grupo de agujas que puestas en un mango hacen más fácil y rápido el tatuaje.

Indicaciones:

—Disimular la deformidad de los leucomas blanquecinos de la córnea.

—Evitar las alteraciones visuales en las semitransparencias corneales.

—Evitar la refracción tras la operación de pupila artificial.

—Como antiflogístico en úlceras corneales.

Contraindicaciones:

—Opacidades calcáreas.

—Glaucoma.

—Pannus granuloso generalizado.

El tipo de intervención quirúrgica consiste en utilizar los apartadores de los párpados durante toda la operación para que el parpadeo no emborrone todo el globo ocular, y con una aguja de catarata si no se tiene el manguito con el haz de agujas, y empapada en tinta china, teñir las manchas corneales.

De los 2 casos que se le presentaron, uno de ellos, la alteración estaba localizada en las dos córneas, y las edades eran de 12 y 18 años.

Las operaciones fueron realizadas en 1885 y con buen resultado, expresando sus deseos de poder efectuar esta técnica muchas veces.

4. Interior del globo ocular

- A. Paracentesis.
- B. Secciones de la córnea.
- C. Extracción de cuerpo extraño de la cámara anterior.

A. Paracentesis

La paracentesis es la evacuación del humor acuoso mediante una punción a través de la córnea.

Se utiliza en aquellas inflamaciones agudas del ojo, como son las conjuntivitis purulentas, queratitis, absesos de la córnea y cámara anterior, que producen un aumento de la presión intraocular, o comprimiendo toda clase de estructuras vecinales como el nervio óptico, vasos, provocando de esta manera alteraciones de las membranas internas, rotura espontánea con su correspondiente hernia de iris, fístulas "keráticas", derrames sanguíneos, etc.

El sitio de elección para la punción es cualquier área de la córnea que esté totalmente sano.

El instrumental que se utiliza es la aguja de Desmarres, la aguja de catarata o el cuchillo lanceolar acodado.

La evacuación del líquido tiene que ser lenta y completa, teniendo precaución de que no salga el iris.

Es aconsejable repetir la paracentesis horas más tarde de haberla practicado por primera vez ya que el humor acuoso se reproduce en unas horas, volviendo a dar toda la sintomatología anteriormente expuesta.

A veces ha utilizado eserina en instilaciones para evitar la hernia del iris, así como la atropina para evitar la atrexia pupilar.

Aconseja a los facultativos rurales a llevar en su maletín apartadores de los párpados y una aguja de paracentesis para prevenir de la ceguera a todos aquellos individuos y sobre todo niños con conjuntivitis purulentas.

Hay tres casos en los que utiliza también la paracentesis con buenos resultados, en dos de ellos, había un derrame sanguíneo en la cámara anterior, uno de causa traumática y otro de causa patológica.

Y el tercer caso era debido a un estafiloma central, en el que después de efectuada la paracentesis, se aplicó una bolita de algodón que comprimiendo el párpado y el vértice del cono, hizo disminuir el abultamiento corneal; como este tratamiento se hizo efectivo, se volvió a repetir la paracentesis, abriéndose más tarde espontáneamente en su centro, por lo que durante 2 meses más se aplicó la compresión con la bolita de algodón. La membrana corneal se regeneró, quedando una opacidad central y muy disminuida la visión, por lo que se le aconsejó una pupila artificial pasado algún tiempo. Esta operación no llegó nunca a practicársela por incomparecencia del paciente.

En la mitad de las operaciones que realizó a base de paracentesis, hubo curaciones sin alteraciones visuales postoperatorias, mientras que el resto quedó con alguna alteración visual, ya fuese opacidad central, atrexia pupilar o sinequias.

La primera vez que aplicó la paracentesis fue en el año 1874.

B. Secciones de la córnea

Indicaciones:

- “Keratitis” con absceso.
- Abscesos de la cámara anterior.
- Infiltraciones profundas por oftalmias purulentas.

De la misma manera que en otros tejidos de la economía se utiliza el desbridamiento para eliminar el esfacelo que se produce después de una gran inflamación, así en algunos casos como los anteriormente citados se utiliza la sección de la córnea.

Utilizando el cuchillo estrecho de Groeoeff se realiza la punción y contrapunción en tejido sano de la córnea y se secciona la esclerótica cerca de la córnea. Se facilita la hemorragia con agua caliente boratada. Si sale el iris, se secciona con una tijera acodada y si no sale se deja intacto. Se lava con una solución desinfectante, se instila atropina o eserina y se pone un vendaje compresivo.

Las operaciones las efectúa entre 1886 y 1887; las secuelas postoperatorias son el leucoma central, atrofia y en una de ellas en que estaban afectados los dos ojos y en la que se realizó una

iridectomía en el ojo izquierdo, hubo curación con visión mediana en dicho ojo izquierdo, mientras que en el ojo derecho quedó una atrexia. Este último caso el paciente tenía tan sólo 2 años de edad.

C. Extracción de cuerpo extraño de la cámara anterior

Solamente tiene la oportunidad de ver y tratar un solo caso de estas características en 1876, en un joven de 20 años de edad que a consecuencia de un accidente con una escopeta de pistones se produce un enclavamiento de un trozo de este proyectil en la parte inferointerna del iris, sin padecer apenas inflamación ocular.

Dos días más tarde del accidente, al ingresar en el hospital y sin pérdida de tiempo se procede a la operación, que consiste en practicar una incisión en la parte inferior de la córnea con el cuchillo de Graeffe semejante a las que se hacen para la operación de catarata, y con una pinza de pupila artificial se extrae el cuerpo extraño llevándose consigo también involuntariamente una porción del borde libre del iris que se escindió con una tijera acodada.

Después de limpiar el ojo, se puso un apósito de catarata que a los dos días fue retirado, para ir renovándolo en días sucesivos.

A los 19 días, la única secuela que quedaba era una pequeña opacidad en el área por donde había entrado el cuerpo extraño.

CATARATAS:

Es más frecuente su aparición en el hombre que en la mujer.

La causa, son los distintos modos de vida y ocupaciones. En el hombre por la continua pérdida de líquidos que conlleva el trabajo rudo y sobre todo sudoroso que desempeña a lo largo de toda su vida.

Y en la mujer por la lactancia cuando su duración es extremada.

Desde el punto de vista de la edad, es más frecuente su aparición en la ancianidad, ya que se basa y está de acuerdo en la teoría de la sustracción de líquidos a los otros elementos anatómicos.

El ojo que con más frecuencia se afecta y en el que primero aparece es el izquierdo, aunque más tarde también se afecte el ojo derecho. La causa las encuentra en la mayor actividad y necesidad de nutrientes que tienen las partes derechas del cuerpo, siendo de esta manera las izquierdas más proclives a este tipo de alteraciones.

A. Clasificación de los distintos tipos de catarata según la edad:

- a. Catarata congénita en la infancia.
- b. Catarata traumática o juvenil.
- c. Catarata senil.

B. Clasificación según su consistencia:

1. Cataratas blandas.
2. Cataratas semiblandas o corticales.
3. Cataratas duras.

1. Cataratas blandas:

—Catarata lechosa o de Morgagni: caracterizada por la salida de líquido lechoso, al desgarrar la cápsula con el “kistónomo”.

—Catarata cística o bursata: esférica, blanda y sin núcleo, envuelta en la cápsula.

Las dos anteriores corresponden a las cataratas blandas seniles y distintas totalmente de las cataratas blandas juveniles.

2. Cataratas semiblanda o cortical:

—Es la más frecuente y se caracteriza por tener la cortical semiblanda y el núcleo duro.

3. Cataratas duras:

—Pigmentaria o negra.

—Calcárea: catarata traumática con retina insensible.

Requisitos para ser viable la operación de cataratas:

—El ojo debe estar sano, sin ningún tipo de inflamación o patología que pueda alterar el buen curso de la intervención quirúrgica y el resultado de la misma.

—La edad del paciente no debe superar los 65 años, ya que en éstos es más frecuente la aparición de flemón ocular aunque se haya utilizado con todo rigor el **método antiséptico**.

—Antes de la operación, en aquellos pacientes con gran impresionabilidad y facilidad para la agitación nerviosa, son sometidos a un aprendizaje a base de unos ejercicios y movimientos con los ojos, para que en el momento de la operación sigan con gran docilidad y obediencia las órdenes que les dicta el cirujano.

Anestesia:

Comenta que el cloroformo y el éter tienen más inconvenientes que ventajas.

Utiliza alguna vez las instilaciones de cocaína, pero no da el resultado apetecible ya que el mayor inconveniente es el mismo enfermo, por lo que se le debe aconsejar que aunque la operación es indolora, esté relajado y obedezca las instrucciones que le da el cirujano. Así como que por parte del cirujano lo efectúe con tal maestría, que el enfermo no tenga conciencia de que se está operando para darle más tranquilidad y docilidad.

Los pacientes candidatos a una anestesia serían los niños, adultos agitados y mujeres.

Resalta la probabilidad de éxito del protóxido de ázoe con presión de 2 ó 3 atmósferas que produce una anestesia parecida al sueño y un despertar fisiológico, aunque su utilización se vería limitada a grandes hospitales en grandes núcleos de población. El Dr. Gallardo, nunca utilizó este tipo de anestesia.

Señala la importancia de la **antisepsia** antes y después de la operación.

Tipo de operación

1. Discisión.
2. Extracción.

1. Discisión: indicado para las cataratas infantiles blandas o semilíquidas.

2. Extracción: es el más frecuente.

a. Extracción lineal simple.

b. Extracción lineal combinada.

c. Extracción a colgajos:

—superior.

—inferior.

a. Extracción lineal simple: utilizado para las cataratas semiblandas o corticales y cataratas infantiles y juveniles blandas. Las ventajas de este método son su suma facilidad.

Inconvenientes:

—Al ser la sección de pequeñas dimensiones, la extracción se hace dificultosa cuando hay un núcleo o cortical aumentado en su volumen, teniendo que seccionar el iris y aumentar la sección, quedando primero una cicatriz irregular y más tarde una pupila artificial en el lado externo de la córnea que dificulta una buena visión.

b. Extracción lineal combinada: Las ventajas son la sección de la córnea, que se efectúa con facilidad.

Los inconvenientes, el manejo de las distintas cucharillas en la extracción, pudiendo dar lugar a complicaciones graves.

c. Extracción a colgajos:

—Superior.

—Inferior.

De los dos, se elegirá aquél que vaya más en consonancia con las características anatómicas del enfermo. Por ejemplo, en aquéllos que tienen los ojos hundidos, el método elegido será el inferior por ser más dificultoso manejar el instrumental por la arcada orbitaria superior.

Según los movimientos oculares; si hay más facilidad para efectuar por parte del paciente movimientos oculares hacia abajo se utilizará el superior.

Los ojos prominentes harán que se elija el superior.

Elección del tipo de sección de la córnea:

—Sección horizontal: es la que más frecuentemente se utiliza.

—Sección oblicua: indicada en aquellos sujetos que no dirigen el ojo directamente hacia arriba, sino que siguen el diámetro vertical del ojo. De esta manera si efectuáramos una sección horizontal quedaría convertida en oblicua por la movilidad que ejecuta el paciente con los ojos en el trayecto, con las consiguientes complicaciones postoperatorias.

Métodos de operación y porcentajes de los mismos:

1. Colgajo inferior.
2. Colgajo superior.
3. Extracción lineal combinada.
4. Extracción lineal simple.
5. Pequeño colgajo.
6. Procedimiento de Liebreich.
7. Depresión.

El tipo más frecuente que se utilizó como ya he dicho anteriormente fue el del colgajo inferior con un 50% aproximadamente, seguido por el de extracción lineal combinada con un 18% y con un porcentaje menor la extracción a colgajo superior, extracción lineal simple, etc.

Resultados postoperatorios y estado en que quedó la visión:

Los clasifica en 4 grupos:

1. Visión buena: Destaca que para que este término hubiera tenido rigor científico habría sido necesario medir el campo visual.

Son aquéllos que cicatrizaron bien la herida, quedando en unos la pupila redonda y en otros irregular por adherencias, y

por la sección del iris causado este último por accidentes y en otros por contusión para evitar la consecuente inflamación.

El grado de visión que les quedó era lo suficientemente bueno para dedicarse a sus habituales ocupaciones, mientras que en los que necesitaban leer y escribir se les proporcionó unas lentes.

2. Visión mediana: Son pacientes que tuvieron complicaciones durante el acto operatorio como pérdida del humor vítreo en mayor o menor cuantía, iritis, queratitis... pero les quedó la suficiente visión para orientarse y no caer tropezando con los objetos.

3. Visión nula: Las causas: —insensibilidad de la retina.

—atrexia pupilar y catarata secundaria.

—inflamación de córnea e iris con opacidades.

4. Flemón. con inflamación y supuración total del globo ocular. Ya dije anteriormente que el criterio del Dr. Gallardo era la de no operar más tarde de los 65 años de edad por las complicaciones que se derivaban, siendo una de ellas los flemones.

Del total de operados:

—visión buena: 67%

—visión mediana: 13%

—visión nula: 8%

—flemón: 10%

Expone a modo de ejemplo 5 casos clínicos: uno de catarata infantil o juvenil, catarata juvenil traumática, catarata juvenil, catarata lechosa de Morgagni y otras dos más de císticas, así como un caso en que tuvo que utilizar la depresión como método operatorio.

Catarata infantil o juvenil:

El protagonista era un muchacho de 12 años de edad al que extrajo por el procedimiento de colgajo inferior una catarata blanda, pero que en el momento de hacer un diagnóstico duda si es congénita o juvenil, ya que si la consideraba como congénita era raro que no encontrase la retina insensible a la luz a no ser que la formación de la catarata fuera estacionaria los prime-

ros años para formarse más rápidamente más tarde. Y si era juvenil era raro que el traumatismo no hubiese afectado también a la retina, insensibilizándola. De todas las maneras el resultado fue una visión buena.

Catarata juvenil traumática:

Paciente de 25 años de edad a la que se extrajo una catarata junto con la cápsula con una cucharilla, presumiendo que también había un desprendimiento de retina, ya que en la exploración se observó que al poner la mano entre la bujía de luz y el ojo apreciaba la disminución del estímulo lumínico, mientras que después de operada no lo llegaba a apreciar, por lo que la visión que le quedó no le servía ni para orientarse.

Este tercer caso: tiene verdadero interés porque expone como probable causa precipitante en la aparición de la catarata el que la paciente, una mujer de 29 años, fuese nodriza durante dos años. Y coincide con la teoría de la época en la formación de cataratas. Se efectuó extracción simple, observando que la catarata era blanda y aunque quedaron porciones corticales en la cámara anterior, éstas se reabsorbieron quedando buena visión.

De las cataratas lechosas de Morgagni sólo tiene ocasión de hacer la extracción dos veces, comprobando que eran seniles.

Y otros dos casos de cataratas cística bursata que creyendo que eran cataratas duras, debido a la edad de los pacientes, ya de cierta edad, se encontró con una blanda sin núcleo que parecía un verdadero quiste.

Sólo una vez utilizó el método de la depresión.

Se comenzó la operación utilizando el método de extracción a colgajo superior, pero al abrir la cápsula con el kistónomo se dislocó y ante la imposibilidad de colocarla en su sitio efectuando movimientos y presiones a través del párpado y no queriendo introducir la cucharilla, se la dejó durante algunos meses y viendo que se iba reduciendo optó por una nueva operación para de una vez por todas deprimirla totalmente. La visión quedó en buen estado.

Cataratas secundarias:

También llamadas falsas y que aparecen frecuentemente tras una operación de cataratas.

Se producen a partir de restos corticales que al no reabsorberse irritan la cápsula e iris formándose una falsa membrana que dificulta el paso de haz luminoso.

Aunque el tipo de operación que se utiliza según el Dr. Gallardo, es la discisión simple o combinada, en los pocos casos que operó utilizó el desprendimiento de un colgajo de iris como si fuese una pupila artificial. Y digo en los pocos casos ya que por lo delicado de esta operación, no se decidió a ello.

Pupila artificial:

Se practica en aquellas opacidades de la córnea y en las atrexiás pupilares, efectuando una iridectomía en el iris, para dejar paso a los rayos luminosos.

Las causa de estas opacidades son procesos inflamatorios que ha padecido el ojo anteriormente y es verdaderamente dificultoso saber qué grado y qué extensión ocupa la opacidad, ya que en la córnea pueden existir opacidades densas y difusas, estas últimas transparentes.

La mayoría de las queratitis desencadenan adherencias entre el iris, córnea y la cápsula del cristalino. La complicación que se puede desencadenar al desprender estas adherencias es que se lesione la cápsula, provocando una catarata traumática, que hará inútil la operación de pupila artificial.

Si al practicar la pupila artificial se encontrase una catarata se puede extraer de inmediato o extraerla cuando haya cicatrizado la incisión hecha para la pupila artificial.

Algunas veces al practicar la iridectomía se desgarran el iris, alterado por los procesos inflamatorios que ha padecido anteriormente el paciente y la operación que comenzó siendo una iridectomía se transforma en una "iridorexis", es decir, una escisión con desgarramiento parcial del iris.

Comenta estar de acuerdo con unas palabras de Delgado Ju-
go en las que dice:

“Debía de reservarse el nombre de la pupila arti-
ficial para los casos de alteraciones de la córnea o
del iris que impiden el paso de los rayos luminosos
y dejar el de iridectomía para todos los demás en
que se practica esta operación, como auxiliar en la
extracción de la catarata o con fin terapéutico”. (*)

La operación se debe de realizar cuando haya por lo menos la
mitad de la córnea sana.

El sitio de elección es la súpero-interna, siendo la más desfa-
vorable el lado externo. Las debe de practicar un especialista.
La iridectomía se utiliza en aquellas afecciones de las membra-
nas internas con aumento de la presión intraocular y glaucoma.
Estas las puede practicar cualquier médico. Se practica la esci-
sión del iris por el círculo mayor sin enclavamientos en la heri-
da de la córnea.

Por último, resalta la “esclerotomía” como último procedi-
miento de Becker para evitar los enclavamientos y mutilacio-
nes del iris.

La primera pupila artificial la realiza en el año 1874 y la última
que queda reflejada data del año 1885.

De las diez que efectúa:

- visión buena: 2
- Alivio: 1
- visión escasa: 3
- sin resultado: 2
- flemón ocular: 2

Las edades están comprendidas entre los 8 y los 55 años.

5. Globo ocular en su totalidad

Es la enucleación de todo el globo ocular.

Indicaciones:

(*) Ver nota anterior.

- Tumores orbitarios: —Tumor fibro-plástico.
- Epitelioma ulcerado.
- Melanoma.
- Afecciones: —Estafiloma voluminoso.
- Melanosis.

Los estafilomas cuando son muy voluminosos, empujan al ojo hacia delante, haciendo imposible cerrar los párpados. En estas ocasiones es preferible la enucleación del ojo ya que si se extirpa parcialmente, el ojo está expuesto a una gran inflamación que hace imposible la colocación de un ojo artificial.

La melanosis se caracteriza por la aparición de manchas de color negro en esclerótica, procedentes de coroiditis teniendo un pronóstico bueno, mientras que es más sombrío si la causa es un cáncer melánico o un melano-sarcoma.

Ante la duda en el diagnóstico, se extirpa, aunque la edad del paciente entre los 40 y los 60 años pueda inclinar el diagnóstico hacia el melanoma.

En todos los casos utiliza el procedimiento de Bonet, hasta que tiene la oportunidad de observar la operación que realiza García Calderón siguiendo el procedimiento de Becker y con una antisepsia rigurosa. Este procedimiento consiste en utilizar unos apartadores para dejar más campo operatorio libre y con ayuda de unas tijeras curvas rodear la córnea, seccionando los 4 músculos rectos; con la cuchara de Wetz se luxa el globo ocular y se secciona el nervio óptico y se desprenden los músculos oblicuos para terminar efectuando una sutura en la conjuntiva llamada "sutura de jareta".

En todos los casos realizados con este procedimiento cicatrizaron por segunda intención, aunque se utilizó el **método anti-séptico**.

La primera enucleación de globo ocular la realizó en 1875 y la última consignada en la estadística en 1885. Todos ellos con curación.

3.2.2.3. Oídos y nariz. Cirugía reparadora.

A. Patología del oído:

En el apartado de cirugía del aparato de la audición, comien-

za con un pequeño resumen de los pólipos mucosos del oído, comentando que son producciones morbosas, pudiendo tener su origen en el conducto auditivo externo, tímpano y caja timpánica, que se clasifican en mucosos, fibrosos y musculares y cuya historia clínica comienza con otorrea, tumor pediculado, teniendo el diagnóstico dificultad en cuanto al lugar de implantación del pedículo y el pronóstico depender de la extensión hacia estructuras más profundas.

Aunque se refiere a la otología como una especialidad en auge, considera que este tipo de patología como son los pólipos mucosos del oído, entran dentro del dominio del tratamiento quirúrgico general por la sencillez que conlleva el tipo de operación que se realiza.

Relata cómo operan los especialistas este tipo de patología, utilizando los aprieta-nudos o "polipótomos" de Wilde o Blake y cauterizando en la base de implantación con aplicación del "spéculum auris".

En tan sólo dos ocasiones tuvo la oportunidad de operar pólipos mucosos del oído, la primera de ellas en el año 1876 y la segunda, en 1883, utilizando la misma técnica quirúrgica que consistía en la avulsión con pinza de curar de pequeñas dimensiones y torsión del pedículo, para más tarde utilizar inyecciones con disolución astringente de sulfato de cobre o cloruro de cinc para obtener la curación completa como así sucedió en los casos anteriormente citados.

B. Nariz y fosas nasales. Cirugía reparadora

Dentro de los pólipos nasales, caben destacar dos casos-tipo, uno de ellos, el primero, en el que la complicación provenía del gran volúmen que había alcanzado en su crecimiento, por lo que se extremaron las medidas durante la operación, siendo una de ellas la de cohibir la posible hemorragia, aunque más tarde sólo se utilizó agua fría dada la poca cuantía de ésta. El tipo de operación fue la extirpación y ligadura por el procedimiento de Desault.

En el caso en que había numerosos pólipos de pequeño ta-

maño se utilizó la avulsión con pinzas. Aunque considera que el espéculo de Nasi es el instrumental que debería haber utilizado, piensa que haría más complicada la operación por el poco espacio en el que se tiene que maniobrar.

Hace un resumen en el que explica los dos tipos de pólipos que hay: mucosos y fibrosos, el diagnóstico que se basa en los síntomas de obstrucción, inspección del fondo y exploración con el dedo índice y el tipo de operación indicada según sea el tamaño del pólipo a extraer, así para los de gran tamaño utiliza la ligadura por el procedimiento de Desault, y para los de pequeño tamaño la avulsión con pinzas y torsión seguido de inyecciones de una disolución de percloruro de hierro por las fosas nasales.

De los 6 casos de pólipos nasales operados desde el año 1873 en el que operó el primero, hasta el año 1885 en el que operó el último, ha seguido el mismo procedimiento operatorio.

La duración del postoperatorio de los pólipos nasales por término medio fue desde 1 día hasta 38 días.

A raíz de un ejercicio práctico para unas oposiciones en 1872 en las que le toca en suerte el tema de las rinoplastias, observa que a pesar de tomar las medidas necesarias en un colgajo de la frente, para restaurar la totalidad de la nariz que había seccionado del cadáver, el colgajo era insuficiente, por lo que en las operaciones posteriores que llevará a cabo a lo largo de su quehacer quirúrgico y dentro del tema de las autoplastias tendrá la prevención de tallar un colgajo bastante más grande que la superficie a cubrir.

Dentro del tema de las rinoplastias, los diagnósticos son epiteliomas, localizados ya sean en el ala izquierda, ala derecha, lomo y punta de la nariz. Conociendo los tres métodos clásicos: Indiano, Italiano y Francés, rechaza totalmente el método Indiano, aunque él lo utilizó en el cadáver, y consistente en trasplantar la nariz o utilizar tegumentos de un sujeto sano a otro enfermo.

Afirma la indicación de la autoplastia después de la extirpación de tumores malignos, primero porque aunque queda una herida mucho más grande que la primera donde se ha extraído el tumor, ésta es más limpia y por consiguiente de más fácil ci-

catrización. Segundo, la herida producida por la extracción o extirpación del tumor cicatriza más deprisa, excluyendo la probabilidad de reproducción de dicho tumor. Tercero, evitar graves alteraciones funcionales como son la voz nasal, alteración del olfato, etc. y cuarto, atenuar de alguna manera la deformidad resultante, es decir utilizarla como cirugía reparadora.

En todos los casos de rinoplastia el método seguido fue el de deslizamiento.

Cuando el epiteloma estaba localizado en el ala de la nariz, el tipo de operación se basó en la extirpación y rinoplastia con un colgajo triangular de la mejilla.

En uno de los casos que hubo que extirpar la porción cartilaginosa del tabique nasal quedando de resultas una única fosa nasal, se utilizó una prótesis que consistía en una pieza de color rosa perteneciente a una dentadura artificial y construida por un dentista, con una ranura para su más fácil implantación en los huesos propios nasales. A pesar de cicatrizar bien la herida, hubo que realizar una incisión por estenosis de la ventana nasal y el paciente falleció de fiebre días después.

En otro de los casos, para paliar la estenosis de la ventana nasal se utilizó una cánula de plata sujeta por dos pasadores para poderla limpiar cada vez que el paciente quisiera. Al reproducirse 7 meses más tarde, utilizó el método italiano, consistente en utilizar un colgajo de la parte interna del brazo y sujeto durante 5 días con vendaje, separándolos del brazo y dando puntos de sutura en la parte inferior y externa del colgajo. Extrae la conclusión en este paciente que la utilización del bisturí está más indicada que la del termo-cauterio, ya que cuando se utilizó éste por dos veces se reprodujo el epiteloma rápidamente, aunque duda, por si un desencadenante de éste fuera la no cicatrización, al fugarse el enfermo por dos veces del centro hospitalario.

Existe reflejado otro caso de una paciente, operada dos años antes con el mismo método y reproducción del epiteloma sobre el lomo nasal y ala de la nariz estando intacto el injerto y la ventana nasal. El tipo de operación que utilizó fue un injerto que partiendo del carrillo iba a depositarse en el lomo nasal, quedando de esta manera una extremidad unida al lomo y otra

en su lugar de origen, seccionándolo al 5º día y volviendo a colocar en su lugar de origen el excedente de piel resultante.

Comenta el probable interés que pueda tener la utilización de una nariz artificial, aunque observa que sería de muy difícil aplicación.

Hay una historia clínica que consta de tres dibujos, referente a una autoplastia de carrillo. Comenta que este tipo de operaciones no tiene en los libros de operatoria quirúrgica modelos ni protocolo quirúrgico a seguir, por lo que el motivo que le ha llevado a publicarlo ha sido en el que en un futuro pueda servir de guía a aquellos cirujanos que se encuentren con un caso análogo al que a continuación se va a abordar.

El diagnóstico era un epiteloma ulcerado en la región lateral izquierda de la cara sin ganglios infartados de la región cervical, en una paciente de 58 años de edad.

El tipo de operación fue la extirpación y autoplastia; se extirparon el epiteloma, una porción del masetero y la bolsa adiposa de Bichat. No se eligió el colgajo de la parte superior por la proximidad del ojo y por el poco grosor que tendría, ni el anterior por la proximidad de la boca y nariz y la alteración funcional que vendría si hubiera una retracción cicatricial.

Los colgajos autoplásticos hay que alejarlos de órganos y tejidos importantes por las complicaciones posteriores y las retracciones cicatriales. Tienen que ser gruesos y con buena nutrición.

Disecado un colgajo cuadrilátero inferior y por el método de deslizamiento se giró hacia arriba, situándolo encima de la herida resultante de la operación y finalmente después de dar puntos de sutura se colocó un **apósito antiséptico**, cicatrizando en unos días, sin más complicaciones que una ligera fiebre.

3.2.2.4. CAVIDAD BUCAL Y DEPENDENCIAS. TRAQUEA Y ESOFAGO

Por la extensión y complejidad de este trabajo de investigación, este Tema ha sido sintetizado, que no resumido, en sus más importantes y característicos datos.

Para no incurrir en reiteraciones, en todos aquellos temas que reúnan las mismas características, existirá un asterisco que anunciará a pie de página su sintelización.

1.— Las lesiones más frecuentes son del labio inferior. Dentro del labio inferior, en parte media con extensión hacia la piel.

2.— La malignidad del epiteloma, afirma, que no guarda relación con la edad ni comienzo sino con la afectación de los ganglios cervicales, con lo que estando en esta fase no es aconsejable la operación, ya que puede desencadenar más rápidamente la evolución fatal del paciente.

3.— Los tipos de operación y criterios para la intervención quirúrgica son los siguientes:

—Cuando el epiteloma es pequeño y sólo afecta a la tercera parte de la altura del labio, realiza la extirpación por incisión semilunar, utilizando un bisturí convexo y tijera, escindiendo también las glándulas mucíparas, suturando algunas veces la piel y mucosa y aplicando tiras de tafetán gomado.

—Cuando afecta más de la tercera parte del labio, realiza la extirpación mediante dos incisiones en V uniendo los bordes con alfileres, seguido de una pequeña incisión en una o las dos comisuras si la boca queda pequeña, suturando la piel y mucosa y aplicando tiras de tafetán gomado y barniz de coloidón.

—Cuando la lesión es de gran extensión realiza la autoplastia por el método de deslizamiento según el método de Sime, Buchanan, Teale, Sedillot, modificados según lo requiera el caso.

El 75% de los operados desde 1873 a 1887, dentro del tema de cavidad bucal, son casos de epiteloma y solamente uno de ellos falleció por fiebre perniciosa a los 13 días de la operación.

El término medio de la estancia de los operados en el hospital después de la operación es de 15 a 30 días.

4.— Existe un caso que publica en el año 1875 en el periódico "El Anfiteatro Anatómico Español" que trata de la pérdida de sustancia del carrillo con deformidad y alteraciones funcionales en la que hubo de realizar bajo cloroformo la autoplastia de carrillo, no sin antes hacer un profundo estudio del colgajo, la herida y las características físicas de la paciente.

5.— En dos casos de quistes localizados uno en la parte inter-

na del labio superior y el otro en la cara interna del labio inferior, en el primero el tipo de operación fue la escisión y cauterización con nitrato argéntico y en el segundo, aspiración del contenido con la jeringuilla de Pravaz e inyección de una sustancia irritante.

En tres casos de rínula, utilizó la escisión y el sedal en el primero que operó en el año 1869; el sedal en el que operó en 1875; y la punción e inyección iodada en el de 1884.

Aunque los tres evolucionaron a la curación, el primero de ellos tardó cuatro meses en ser dado de alta, mientras que en el segundo el postoperatorio tuvo una duración de 10 días.

6.— En los 7 casos de hipertrofia de amígdalas, comprendidas en un periodo que abarca desde 1881 hasta 1886, utiliza en los primeros casos como anestésico local, gargarismos con una disolución concentrada de bromuro potásico, y en los últimos una disolución al 5% de cocaína. En la operación para la extracción de amígdalas utiliza el amigdalotomo de Fahnestock modificado por Velpeau, siendo las hemorragias de tan poca cuantía que las cohibe con gargarismos a base de agua y vinagre, efectuándose la cicatrización en 10 días.

7.— En un tumor canceroso de amígdala derecha, en 1877, como cabía la probabilidad de lesionar la carótida interna durante la operación, practicó el tipo de operación en un cadáver.

La extirpación al paciente la realizó con unas pinzas denticuladas y bisturí curvo de botón, dándole de alta 17 días después, aunque el paciente falleció meses más tarde por haber recidivado.

8.— Considera a la traqueotomía como la más difícil y peligrosa de todas las operaciones de urgencia.

Una de las indicaciones de la traqueotomía, aparte de los diferentes cuadros de asfixia motivados por patología en el tubo laringo-traqueal, es la que estén de acuerdo los familiares y la pidan con insistencia. Y una de las contraindicaciones de ella es en niños menores de 4 años de edad, por la agitación que demuestran cuando se le está realizando, así como la de ser la tráquea más movable que la de un adulto.

Aconseja antes y después de esta operación tanto una transfusión de sangre como enemas de sangre.

Contiene 5 casos en los que hubo de realizar la traqueotomía, todos ellos en niños de corta edad, entre los 4 y los 6 años. El primero de ellos en 1873 y el último en el año 1882, siendo la causa la difteria laríngea, excepto en uno de ellos que fue un edema de glotis.

El procedimiento que utilizó fue el ordinario, llamado traqueotomía inferior de Mackenzie y consistente en la apertura de la tráquea por debajo del cartilago cricoides.

El grado de mortalidad en las 5 traqueotomías es del 100%, 2 de ellos dentro de las primeras 24 horas tras la operación y los 3 restantes al 3º día.

Esófago

1.— En 1883, a raíz de diagnosticar un flemón profundo periesofágico a la altura de la horquilla esternal, con imposibilidad para la deglución, realiza una incisión semejante a la que se hace para la esofagotomía. Para evitar la posible alteración en la alimentación del paciente y la estenosis consecuente a dicha operación, utilizó el tubo llamado del Dr. Fancher que se introducía varias veces al día. El postoperatorio evolucionó bien no quedando estenosis alguna.

3.2.2.5. CUELLO (*)

1. En el discurso del Dr. Gallardo al Ateneo Antropológico de Madrid, por haber sido nombrado socio corresponsal, añade una historia clínica detallada sobre un linfadenoma tuberculoso de la región lateral del cuello y con un diario de evolución en el que día a día, relata los avances y complicaciones postoperatorias que tuvo el enfermo, un niño de 5 años de edad.

2. Utilizó el cloroformo, teniendo la operación una duración

(*) Ver nota anterior.

de 45 minutos, y durante la operación realizó pulverizaciones fenicadas al 2 1/2% y lavó la herida con cloruro mercúrico al 1 por 2.000, dio puntos de sutura entrecortada y puso una cura antiséptica.

Durante el postoperatorio a medida que iban surgiendo las complicaciones, se iba instaurando un tratamiento sintomático, aunque desde el comienzo se le puso al niño enemas de sangre desfibrinada cada hora.

La antisepsia fue a base de lo anteriormente expuesto, cambiándose cada 3 ó 4 días y ante la intolerancia del agua fenicada utilizada con un pulverizador, se sustituye por iodoformo en polvo y sutura seca, consistente ésta en dos tiras de lienzo empapadas de cloruro mercúrico y uniéndose a las tiras cordones de seda fenicada y empapadas en coloidón elástico. Y añadiendo a los 3 días crines para el desagüe.

Más tarde, la cura de la herida se realiza a base de una disolución de cloruro mercúrico, algodón fenicado para rellenar los huecos de la herida y demás piezas del apósito de Lister.

3. En la exacerbación de la fiebre utiliza la antipirina, y la quinina en la remisión.

4. Como medida de prevención traslada al niño a una casa particular por haberse presentado en la sala del hospital varios casos de infección, trasladando también a todos los enfermos a otra sala y desinfectando la sala causante del traslado.

5. Ya dado de alta, sigue el niño utilizando los enemas de sangre desfibrinada cada 12 horas y sigue tomando por vía oral iodoformo como prevención a la probable diseminación de la tuberculosis por los ganglios infartados que le quedan en la región lateral izquierda del cuello y axila.

6. El tumor extraído fue estudiado bajo el punto de vista histológico, confirmando el diagnóstico que dio desde un principio.

3.2.2.6. CAVIDAD TORACICA

- 1.— Pleuresías.
- 2.— Fístulas torácicas.

Pleuresías

Hay 3 casos reflejados en la estadística, y cada uno de ellos con una evolución diferente:

—El primero, hacia un empiema en una niña de 5 años de edad.

—El segundo, hacia un hidrotórax, en un varón de 45 años.

—El tercero, formando una fístula pleuro-torácica, en un paciente, médico de profesión, de 34 años de edad.

El tratamiento consiste en la toracocentesis, utilizando el aspirador de Dieulafoy con tubos de goma para la evacuación del derrame.

La técnica que utiliza consiste en la incisión para la introducción de un trócar y con el aspirador evacuar el contenido del derrame, para más tarde introducir por medio de inyecciones tintura de iodo y extraerlo seguidamente.

La repetición en días consecutivos de esta técnica, está en relación directa con la cantidad de veces que el líquido se reproduce en la cavidad pleurítica.

Comenta que gracias a estos aspiradores que impiden la entrada del aire y a las **curas antisépticas**, han aumentado el número de curaciones.

Indicaciones de la toracocentesis:

—Pleuresías con derrame en la cavidad pleural y resistentes al tratamiento médico a base de vejigatorios.

—Pleuresías que evolucionan hacia la formación de un empiema.

—Cuando el derrame es tan voluminoso que comprime el pulmón apareciendo asfixia.

El primer caso data de 1875 y la protagonista es una niña de 5 años de edad diagnosticada de pleuresía, que 16 días más tarde evoluciona a un derrame purulento, formando un empiema.

A la exploración hay un tumor fluctuante entre el 4º y el 5º espacio intercostal izquierdo.

Se practica la toracocentesis, extrayendo un volumen de 750 gr., inyectándose seguidamente tintura de iodo en una proporción de 1 parte de tintura por 5 partes de agua, para evacuarlo después.

El derrame se reprodujo más tarde apareciendo una fístula pleurotorácica que fue combatida con inyecciones de agua y aceite fenicado.

La niña falleció de consunción 2 meses más tarde.

En 1884 ingresa un varón de 45 años de edad, afecto de pleuresía que había evolucionado hacia un hidrotórax y que le dificultaba para la respiración.

Se le practican dos toracocentesis con varios días de intervalo entre una y otra, extrayendo en cada una de las veces de 2 a 3 kgr.

El hidrotórax vuelve a reproducirse y es rebelde al tratamiento a base de vejigatorios y diuréticos, por lo que se efectúa una tercera toracocentesis seguida de inyección de tintura de iodo al 1 por 3, falleciendo 2 días después.

El tercero de los casos, recae en un médico de Toledo, al que le diagnostica una pleuresía izquierda y al que pone en tratamiento a base de vejigatorios y embrocaciones de tintura de iodo, mas como evoluciona a un derrame le realiza una toracocentesis, extrayendo 300 gramos de pus. Más tarde, aparece una fístula pleuro-torácica que en el momento de redactar la historia clínica en la Revista, persiste, dada la negativa del paciente a seguir tratamiento alguno.

Fístulas pleuro-torácicas

El tratamiento que utiliza es primero el sondaje del trayecto, para colocar después un tubo de drenaje, por donde se inyectan cada 3 días soluciones iodadas al 1 por 3, para ir aumentándolo hasta llegar a invertirse y ser al final de 3 por 1, y realizándolas en los días restantes de aceite fenicado.

Las inyecciones a base de tintura de iodo están indicadas en aquellos procesos crónicos, mientras que en los agudos se utiliza el drenaje y la **antisepsia rigurosa**.

La inyección de aceite fenicado debe ser gradual, seguida de la evacuación de la pequeña cantidad que se acaba de inyectar. De esta manera, la cantidad de líquido que se introduce es de

tan pequeña cuantía que en manera alguna puede efectuar una compresión cardíaca con resultados funestos para el paciente.

Comenta 6 casos de fístula torácica, siendo el primero de ellos, un paciente perteneciente a la clínica médica de la Facultad de Medicina, en el año 1872, y que curó después de muchos meses de tratamiento a base de inyecciones de tintura de iodo debilitada.

El segundo caso es a consecuencia de una orden dada por el juez de Navahermosa decretando el ingreso, por consejo de los médicos que le atendían a un joven de 25 años de edad, siete meses más tarde de ser agredido con un instrumento punzo-cortante en el 6° espacio intercostal izquierdo, provocándole una pleuresía con derrame que evolucionó a la formación de una fístula torácica pleuro-cutánea con supuración mantenida y expectoración purulenta.

El diagnóstico que emite el Dr. Gallardo es fístula torácico-cutánea-pleuro-pulmonar, ulceración en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, retracción del lóbulo superior izquierdo por neumonía crónica, adherencias de la pleura parietal a la visceral excepto en la base donde parece probable que exista una cavidad.

Para realizar este diagnóstico tan completo, se basa en los siguientes datos:

—Solución de continuidad en el 6° espacio intercostal con la piel retraída, tomando el aspecto que tiene el ombligo, y eliminando 30 gramos cada 24 horas.

—La comunicación entre el pulmón y la pleura se demuestra a base de 2 inyecciones introducidas por la abertura exterior de la fístula. La primera de ellas, a base de aceite fénicado, provocando fuertes golpes de tos y un sabor igual al del ácido fénico.

La segunda inyección es a base de agua azucarada y quinina, saliendo los esputos teñidos del color rojo en que se había teñido la inyección.

—La percusión demuestra la disminución de la sonoridad del hemitórax izquierdo, y en la auscultación hay disminución del murmullo vesicular en el lóbulo superior y silencio en el inferior.

—Los diámetros torácicos correspondientes al hemitórax

afecto, es decir, al izquierdo, están disminuidos en relación al derecho.

—La expectoración es muco-purulenta, acompañándose algunas veces de epístaxis y alcanzando un volumen de 60 a 90 gr. durante 24 horas.

—Al no presentar fiebre y estar bien nutrido, se le instaura un primer tratamiento a base de:

—Tónicos reconstituyentes.

—1 píldora cada 3 horas de ácido fénico.

—Varias dosis al día de 1 gr. de extracto tebaico, para la tos.

—Inyecciones de aceite fenicado, administrados localmente y tubo de drenaje.

—Comienza el diario de observación el día 28 de febrero de 1880, 51 días después de haber ingresado el paciente.

Después de 9 días y ante la mejoría del paciente, aumenta la dosis de ácido fénico a 1 gramo cada 24 horas.

En los 11 días siguientes, se sigue aumentando la dosis de ácido fénico, llegándole a administrar 2 gramos cada 24 horas. Más tarde, ante el aumento de la expectoración purulenta, se le pone un tubo de drenaje por el que se evacua gran cantidad de material purulento, cediendo la expectoración, por lo que se le deja permanentemente puesto el drenaje, y se le administran inyecciones repetidas de tintura de iodo, agua destilada e ioduro potásico cada 3 días.

El tubo de drenaje, a lo largo de los días, ha ido disminuyendo de longitud a medida que iba cerrándose el foco.

El 9 de septiembre, aparece una ictericia y buscando la causa en un probable catarro de vías biliares, se le instaura un tratamiento a base de dieta hídrica, un emeto catártico y un cocimiento de ruibarbo.

El 15 de octubre, se le da el alta estando en buenas condiciones, por propio deseo del paciente, y tres meses más tarde aprecia que la fistula está casi cicatrizada.

Los siguientes casos son parecidos al anteriormente expuesto, con la salvedad que uno de ellos fallece a consecuencia de una neumonía después de haber sido dado de alta y llevando 15 días trabajando.

Otro de los casos refiere que después de una estancia prolon-

gada en el hospital, estancia que duró 5 meses, en el que se cuida y vigila tanto el peso que iba ganando día a día, como el tratamiento hecho con gran esmero para disminuir la fistula torácica y ya cuando estaba a punto de tener una satisfactoria resolución, el paciente se da a la fuga, ingresando días más tarde a ruegos del Dr. Gallardo, perdiendo en su evolución todo lo que había ganado en meses, por lo que a consecuencia del gran deterioro que sufre, fallece 3 meses más tarde.

Existe un último caso de un niño de 5 años que fallece a consecuencia de la presión del líquido inyectado en el órgano cardíaco, ya que la fistula pleurítica estaba localizada entre el 4° y el 5° espacio intercostal izquierdo.

De los 6 casos que cuenta la estadística sobre fistulas torácicas, podemos observar que:

Curaron: 4.

Fallecieron: 2.

De los 4 enfermos curados, hay uno que fallece 15 días después de haber sido dado de alta y a consecuencia de una neumonía, patología totalmente diferente a la fistula.

De los 2 enfermos que fallecieron, uno de ellos fue de resultados de la fuga que efectuó después de que prácticamente estaba curado.

Y el otro, fue a consecuencia de un accidente, al empezar a administrarle la inyección por el orificio de la fistula.

3.2.2.7. ABDOMEN

Afirma que aunque ya no es tan peligroso efectuar operaciones de abdomen con abertura del peritoneo gracias a la asepsia quirúrgica, éstas no están exentas de todo peligro. Se tiene que tener en cuenta como peligros potenciales la conmoción, el colapso, y la hemorragia, mucho más peligrosa aquí que en otras partes del organismo por la dificultad que se encuentra para realizar la ligadura de los vasos.

Aunque practica con todo esmero la **antisepsia**, se lamenta de las circunstancias fortuitas que la hacen fracasar, tanto durante la operación como luego después, en la evolución post-

peratoria. Estas circunstancias fortuitas tienen su causa sobre todo en el personal sanitario que atiende al enfermo, incluyendo a enfermeros, monjas, médicos y también al propio enfermo. De tal manera, que las infecciones abdominales son más graves y difíciles de tratar que todas las demás.

Las intervenciones que efectúa son:

1.— Paracentesis abdominales en el tratamiento de la ascitis.

Ni las enumera ni relata, ya que las considera de suma facilidad.

2.— Punciones en quistes.

3.— Hernias estranguladas.

4.— Heridas penetrantes del abdomen.

5.— Corrientes de inducción en algunas oclusiones abdominales.

2. Punciones en quistes:

De los 3 casos que comenta, el primero de ellos falleció a consecuencia de un colapso a los 3 días.

El segundo, hecha la punción evacuadora del quiste hidatídico, el líquido volvió a reproducirse y al darle el alta voluntaria, no se tuvo información de cuál fue su evolución.

El tratamiento que realiza en los quistes hidatídicos, es la punción capilar, seguida de aspiración de dicho líquido con el aspirador de Dieulafoy. Expresa su convencimiento de que con este proceder, se obtiene una curación radical y se apoya en Recamier, que utilizando este método tuvo considerables éxitos.

Comenta a modo de ejemplo demostrativo el caso de un varón de 46 años de edad, diagnosticado de quiste hidatídico de gran volumen, ya que partiendo del hipocondrio derecho se extendía hasta la cresta ilíaca, hacia el ombligo y hasta la columna vertebral.

Fue llamado por los profesores que atendían a este paciente para pedir su consejo en el proceder terapéutico, efectuándose una punción simple, no como tratamiento curativo, sino palia-

tivo, con el fin de liberar las estructuras vecinas de la compresión a que se veían sometidas por el gran volumen del quiste.

Se le introdujo un trocar capilar y se aspiraron con el aparato de Dieulafoy 1.300 cc. de líquido sero-bilioso, con partículas sobrenadantes, de las que no se realizaron estudios microscópicos.

Un año más tarde, al haber recidivado el líquido, se estudió la posibilidad de introducir después de la evacuación del líquido una inyección iodada, pero ante la negativa de los familiares del paciente, se efectuó solamente la evacuación de 800 cc. de líquido.

Más tarde volvió a reproducirse otra vez, aunque se resolvió por sí solo, quedando el paciente curado.

3. Hernias

a.— Hernia umbilical estrangulada.

b.— Hernia crural estrangulada.

c.— Hernia del apéndice íleo-cecal estrangulada.

a.— **Hernia umbilical estrangulada:**

En este caso confluyen una serie de factores que hacen más peligrosa la intervención quirúrgica, como es el que la paciente estuviese embarazada, el que llevase estrangulada la hernia 8 días y el realizar la intervención quirúrgica durante la noche.

Se trata de una embarazada de 5 meses y 34 años de edad, que a consecuencia de un mal diagnóstico hecho por su médico de cabecera, ya que el diagnóstico emitido por éste era el de lipoma, y llevando 8 días con ella estrangulada se decide a operarla de urgencia, por la noche y con **antisepsia rigurosa**.

Realiza una incisión que comprende toda la pared abdominal y abertura del peritoneo, y observa que la hernia está formada por intestino y epiplón, estando éste último con una coloración lívida y a punto de esfacelarse.

En estas condiciones no podía reducirla, ni dejarle tal como se observaba en la herida, por lo que se decide a extirpar la par-

te afectada, eliminando unos 40 gramos, no sin antes lavarlo con **agua fenicada**, reduce el intestino y efectúa sutura entrecortada.

No hubo ninguna complicación, retirando el apósito a los 5 días y cicatrizando la herida por primera intención.

b.— Hernia crural estrangulada.

La enferma, parece ser que fue operada en su casa, ya que más adelante el Dr. Gallardo comenta que no la pudo convencer para trasladarla al hospital. La operación data del año 1887.

Se trata de una mujer de 44 años de edad, que llevaba varios años con una hernia localizada en la ingle izquierda, por lo que se servía de un braguero y de maniobras que ella misma efectuaba para la reducción de la hernia.

Llevando 4 días con la hernia estrangulada, se decide a operarla creyendo por la exploración y sintomatología que presentaba, que era una hernia inguinal.

Al practicar la incisión observa que no era una hernia inguinal sino crural, por lo que realiza desbridamiento del ligamento falciforme de Gimbernat y coloca un **apósito antiséptico**.

La paciente fallece 7 días después, a causa de una peritonitis séptica.

Se pregunta el Dr. Gallardo, que aunque es práctica corriente operar las hernias crurales estranguladas efectuando el desbridamiento sin abrir el saco, si en esta enferma, después de 4 días de tener la hernia estrangulada, no hubiera sido mejor escindir la porción de asa afecta y suturar los dos extremos de la sección intestinal. Aunque también la enferma a causa de una diarrea en el postoperatorio y haciendo caso omiso a los consejos médicos, se levantaba continuamente de la cama en un ambiente frío y despacible.

c.— Hernia del apéndice ileo-cecal estrangulada

El 22 de enero de 1886 ingresa un varón de 40 años de edad, presentando una hernia inguinal derecha.

Primeramente se intentan varios procedimientos para su reducción como presiones suaves, baño general templado, **anestesia a base de cloroformo** para relajar las paredes abdominales, polvos gasíferos en enemas, etc. y ante los resultados estériles de estos procedimientos, se decide a operar 2 días más tarde del ingreso.

Realiza una incisión según el procedimiento de Malgaigne y al abrir el saco encuentra una tumoración sólida que dada su consistencia no era ni intestino ni epiplón, de color lívido y con adherencias al anillo inguinal y a la parte superior del saco. Decide aplazar la operación durante 24 horas, no sin antes haber recubierto la herida quirúrgica, que queda abierta, con un **apósito antiséptico**.

Consultando libros de clínica quirúrgica y en especial el de Rizolli, encuentra que este tipo de hernias puede estar formada por el apéndice ileo-cecal, por lo que reanudada la operación, la primera medida que adopta es utilizar el **termo-cauterio** para prevenir la posible hemorragia, en vez de utilizar el bisturí.

Se desprenden las adherencias y al llegar al anillo inguinal, se empiezan a utilizar **compresas empapadas en agua fenicada agujereadas en el centro y que se introducen a modo de anillo en la hernia**, quedando ésta en el centro de las compresas. Seccionada la hernia, se empuja la cavidad abdominal y se sutura la herida, aplicando finalmente un **apósito antiséptico**.

Pasadas 24 horas, las complicaciones empiezan a surgir en forma de fiebre alta e inflamación flegmonosa en la herida, con gran cantidad de supuración, falleciendo el enfermo 7 días más tarde.

Hecha la autopsia, observa gran supuración en cavidad peritoneal rodeando el ciego, así como que lo que había sido seccionado era el apéndice vermiforme a nivel del intestino.

Comenta que era casi imposible diagnosticar el foco purulento que se había formado en la fosa ilíaca derecha después de la operación, dado el grado de contracción abdominal que presentaba el enfermo y que hacía imposible la buena palpación de las estructuras abdominales así como el meteorismo que desarrolló.

La solución que emite, si lo hubiera diagnosticado es la "koi-

liotomía” es decir, la abertura del peritoneo y el drenaje del foco purulento.

4. Heridas penetrantes en abdomen

Son heridas contusas o dislaceradas sucias, que se caracterizan por la gravedad que conllevan al ser producidas por instrumentos sucios y teniendo el agravante de que cuando son observadas por primera vez por el cirujano, han pasado ya varias horas desde que fueron ocasionadas, habiendo estado durante todo este tiempo al contacto con el aire y materiales infectantes, como tierra, etc.

Hay que tener en cuenta como muy bien relata el Dr. Gallardo que hay mucha diferencia entre la herida efectuada por un cirujano, capa por capa, y con instrumental adecuado para ello, y la herida producida con un instrumento de punta fina pero de bordes gruesos, sucio e infectado.

Comenta que dada la frecuencia que hay en utilizar la navaja en cualquier pelea, no hay año que no se vea algún caso de estas características en el hospital.

Las heridas penetrantes del abdomen, las divide en:

- Heridas penetrantes simples.
- Heridas penetrantes con salida o lesión del intestino.

El que esté lesionado el peritoneo es importante para dividir las heridas en:

- Penetrantes
- No penetrantes

1.— Heridas penetrantes simples:

Hay 3 casos que terminaron con la curación del paciente.

En el año 1886, ingresa en el hospital, un joven de 17 años de edad con una herida penetrante en la parte izquierda del abdomen y algunos centímetros más abajo del ombligo. Como se observó que no había salida de intestino por la herida, se sutu-

ró la herida, se aplicaron tiras de tafetán gomado y un **apósito antiséptico**.

A los 5 días comenzó a supurar la herida, apareció un dolor en la fosa ilíaca derecha, acompañándose de vómitos y se diagnostica como peritonitis limitada.

El procedimiento que utilizó para esta inflamación fueron las sanguijuelas y varias veces y en distintos sitios del abdomen, según iban surgiendo dolores y foco inflamatorio a lo largo de los días hasta que se le dio el alta 3 meses más tarde y completamente curado.

El segundo caso trata de un varón de 49 años de edad, con herida penetrante en fosa ilíaca izquierda, lavada con agua fenicada, sutura y tiras de tafetán gomado.

A las 24 horas, comienza con dolor localizado en el mismo sitio de la herida, con vómitos y pulso filiforme, por lo que instaura un tratamiento a base de:

—Hidrato de cloral y píldoras de morfina para la total relajación del enfermo.

—Al haber escasez de hielo, y ser éste tan importante para la inflamación, fabrica el Dr. Gallardo, con un aparato, un sorbete helado.

—Días más tarde aplica sanguijuelas en las inmediaciones de la herida, ante los signos de meteorismo que empezaba a presentar y el dolor tan agudo que padecía el paciente. A medida que iba desplazándose el dolor, cambiaba de sitio las sanguijuelas.

Al paciente se le dio de alta completamente curado.

El tercer caso trata de un varón de 18 años de edad, que ingresa en 1887 a consecuencia de una herida en la región hipogástrica, efectuada por un instrumento punzo-cortante y que fue curada con puntos de sutura y **apósito antiséptico**.

Al día siguiente se observa que al realizar la micción, ésta es hematórica, y la salida de orina por los bordes de la herida.

Ante las complicaciones que podían aparecer al retrasarse la cicatrización de dicha herida, bañada continuamente por orina y ante la posibilidad de que el traumatismo fuese causado cuando la vejiga estaba llena provocando la rotura de ésta, se le pone una sonda de Nélaton que retira al 6º día cuando ya estaba cicatrizada la herida de la vejiga y que se demostró cuando al

introducir una inyección boratada en la vejiga y no salir por la herida hipogástrica ya cicatrizada.

Por último, se evacuó el foco de pus que se había ido formando en la parte exterior de la herida, formando un trayecto profundo.

El paciente salió dado de alta 3 meses más tarde a la fecha de su ingreso y completamente curado.

2.— Heridas penetrantes con salida o lesión del intestino.

En el apartado de heridas penetrantes con salida del intestino, sin lesión en el mismo, hay 2 casos pertenecientes a individuos totalmente distintos, que fueron producidas por navaja y aunque se efectuó **lavado antiséptico de la herida** y reducción del intestino, fallecieron por peritonitis difusa.

De heridas penetrantes en el que el intestino estaba también lesionado, existen solamente 3 casos:

1. Se observaron dos heridas incisivas transversales y localizadas en el intestino grueso, que se suturaron con catgut, y practicándose pulverizaciones fenicadas y **antisepsia rigurosa**, redujo la porción del intestino herniado, efectuando posteriormente una sutura profunda en la pared abdominal, seguida de una sutura más superficial en las capas ya más externas del abdomen.

La peritonitis difusa tardó sólo unas horas en presentarse, falleciendo a los 3 días.

Hecha la autopsia, observó que aunque las heridas intestinales estaban reunidas y se había absorbido el catgut, había una tercera que había pasado desapercibida, y que era la causante de la terminación tan funesta del paciente, aunque no había dado lugar a salida de material fecal.

2. El segundo caso es idéntico al que acabo de especificar, con una herida transversal en el intestino grueso que suturó, y que al fallecer al tercer día, verificó por autopsia la existencia de una segunda herida que había pasado desapercibida.

3. Este último caso, presentaba además de dos heridas longitudinales, una gran porción de intestino grueso herniado, por lo que después de efectuar las suturas en el intestino, hubo que

agrandar la superficie de la herida abdominal para poder reducirla, falleciendo de peritonitis difusa a las 48 horas.

Vistos los resultados tan funestos en éste tipo de lesiones, y aunque realizó la más rigurosa **antisépsia**, el fracaso se desencadenó por las heridas que se dejaron de suturar.

De todas formas, el Dr. Gallardo, hace verdadero hincapié en que en esta clase de operaciones se necesita un **material antiséptico** especial a base de esponjas muy finas que no se hayan utilizado antes.

Ya para concluir éste tema dedicado a las operaciones abdominales, hacer un comentario sobre las indicaciones de las corrientes de inducción, en las oclusiones intestinales.

Le produce un gran estímulo para describir sus propias experiencias en las corrientes de inducción, un artículo publicado en "El Siglo Médico" en el número 1858 y fechado el 4 de agosto de 1889, que trataba de éste mismo tema.

Comenta que desde hace 17 años, utiliza las corrientes farádicas basándose en las teorías de Duchenne y utilizando el aparato de inducción de Graiffe, con muy buenos resultados.

Utiliza las corrientes de inducción y no las continuas, por ser las primeras más baratas y de más fácil manejo.

Dentro del tema de las oclusiones intestinales que es el que estamos tratando ahora, ya que las corrientes de inducción pueden tener aplicación en las parálisis de origen central como periférico, pueden aplicarse en aquellas patologías abdominales que conllevan a una oclusión abdominal y que son candidatas a su resolución mediante un tratamiento médico, en el que se encuentran dichas corrientes.

En aquéllas que solamente pueden resolverse mediante tratamiento quirúrgico las corrientes son totalmente ineficaces.

Uno de los requisitos que se ha de cumplir para que las corrientes sean efectivas, es que la causa que desencadene el cuadro tenga origen en una afectación del sistema nervioso, así de esta manera las indicaciones serán: cólicos nerviosos o enteralgias sin lesión orgánica, así como el cólico saturnino.

Las corrientes continuas se utilizarán en aquellos casos donde hay retención de heces por parálisis de las fibras lisas del in-

testino, aunque si la lesión es medular, volverá a reproducirse el estancamiento de dichas heces.

Existe un caso clínico de cólico localizado en una hernia inguinal izquierda reducida en un varón de 60 años de edad, con antecedentes de artritis crónica radio-carpiana, al que se le aplican corrientes de inducción, después de utilizar otros tratamientos médicos a base de morfina, aceite de ricino, baño general templado, cataplasmas calientes, pomada de belladona, etc.

Aplicó las corrientes de inducción en dos puntos del tumor, en sesión corta de 10 minutos de duración y teniendo al máximo el aparato de Graeffe y con intermitencias rápidas, desapareciendo el dolor y quedando el tumor reblandecido.

Se repitieron las sesiones durante 4 días, desapareciendo el tumor y restableciéndose las deposiciones.

A la vista del resultado que obtiene en este caso con las corrientes, razona que si existía estrangulación intestinal, no estaría involucrado el saco, sino que sería de tipo espasmódico y originado por el dolor.

De esta manera, y a modo de resumen, puedo concluir diciendo que:

1. De los 3 casos que opera de quistes por medio de punción.
— Curación: 2
— Defunción: 1
2. De las tres hernias estranguladas:
— Curación: 1
— Defunción: 2
3. De los 3 casos de heridas penetrantes del abdomen que eran simples:
— Curación: 3
— Defunción: 0
4. Heridas penetrantes con salida y/o lesión intestinal:
— Curación: 0
— Defunción: 3

Si hacemos una estadística contando el número total de hernias estranguladas y heridas abdominales:

Nº de casos: 9

Curación: 4

Defunción: 5

Con lo que se observa claramente que hay una ligera elevación de defunciones que de curaciones.

Si solamente cuantificamos las heridas penetrantes de abdomen:

Nº de casos: 6

Curaciones: 3

Defunciones: 3

Con lo que se verifica que hay un 50% de curaciones y un 50% de defunciones.

3.2.2.8. Ano y recto (*)

1. Las fistulas de ano formadas de fuera a dentro, son más frecuentes en el hombre. Las formadas de dentro a fuera son más frecuentes en la mujer. La fistula de ano en general es más frecuente en el hombre que en la mujer.

2. El único tratamiento de la fistula de ano es la intervención quirúrgica.

3. No encuentra justificación alguna para utilizar la ligadura elástica, ya que el peligro de hemorragia en estas intervenciones es prácticamente inexistente.

4. Recomienda utilizar la sinemapria, que teniendo todas las ventajas de la ligadura elástica, no tiene ninguno de sus inconvenientes. Ya que la sección dura minutos, mientras que con la ligadura dura 6 días. La sección es limpia y no existe peligro de infección.

5. Considera posible la operación de fistula de ano en un paciente con tisis pulmonar, siempre que no esté en estado terminal o en fase miliar.

6. La anestesia local con clorhidrato de cocaína en inyección hipodérmica, la utiliza en los últimos casos y con buen resultado.

(*) Ver nota anterior.

7. De los 50 casos de fistula de ano operados, 47 obtienen curación, dos fallecen y uno se fuga del hospital.

8. Las estenosis de recto son más frecuentes en la mujer. Utiliza la dilatación gradual con cánulas rectales en las estrecheces leves, poco graduadas y recientes.

9. Utiliza la intervención quirúrgica y más concretamente la incisión interna, cuando son crónicas y muy graduadas.

10. La utilización de las cánulas rectales, deber ser ya utilizado de por vida, en todo enfermo que haya tenido estrechez de recto y haya sido tratado con cánulas o con tratamiento quirúrgico.

11. Recomienda la sinemapria en sustitución de la incisión lineal por ser más sencilla y limpia.

3.2.2.9. Aparato genito urinario masculino (*)

1. Las operaciones del aparato genital masculino, recaen en el testículo y pene. En el testículo son hidroceles, hematoceles y tumores. En el pene, fimosis, parafimosis y amputación de pene.

2. Las operaciones del aparato urinario masculino, recaen en uretra, siendo en ésta el cateterismo, las estrecheces uretrales, fístulas urinarias y cálculos uretrales.

En la vejiga son la retención urinaria y los cálculos vesicales.

3. En los hidroceles de testículo, en vez de utilizar la punción simple, desde el comienzo de éstas operaciones utiliza el aspirador de Dieulafoy, para evitar que cualquier cantidad que quede en el interior testicular por mínima que sea, no desencadene una orquitis.

4. Recomienda utilizar el trócar ordinario que lleva incorporado un punzón para no lesionar la túnica vaginal testicular, caso de que el paciente se mueva.

5. Utiliza la solución de tintura de iodo iodurada de la "F.E." añadiendo ioduro potásico y agua destilada.

(*) Ver nota anterior

6. A partir de 1881, aumenta las concentraciones de la solución, utilizando partes iguales de tintura de iodo y agua destilada, para que el paciente no tenga retrasos en la reabsorción y se recupere del hidrocele en un espacio de 30 días aproximadamente.

7. En los testículos con posición anómala y falta de transparencia del mismo, recomienda efectuar la punción en la parte lateral, para evitar puncionar accidentalmente el mismo.

8. Utiliza el procedimiento de la sinemapria en un hidrocele con engrosamiento de la túnica vaginal.

9. Utiliza en dos ocasiones la cocaína para paliar de alguna medida el dolor que causa la solución en la túnica vaginal.

10. Asegura que el único tratamiento efectivo del hidrocele es la inyección iodada y aun en casos rebeldes, no hay tratamiento alguno que no sea éste.

11. Interviene quirúrgicamente a un niño de 6 años de edad afecto de hidrocele con la misma técnica que en un adulto y con la única variante de rebajar ostensiblemente el contenido de la solución iodada adaptándola a la edad de dicho paciente.

12. La operación que realiza en el niño de 6 años no viene reflejada en ningún tratado de cirugía, por lo que le opera como si de un adulto se tratase.

13. Opera un hidrocele doble en un varón adulto, observando que no existe contraindicación alguna para efectuarla en el mismo acto operatorio.

14. El total de hidroceles operados es de 56, no existiendo más que una defunción por erisipela que se localizó en la pierna.

15. En los dos hematoceles que tiene la ocasión de operar utiliza la punción simple.

16. Dentro de los tumores de testículo indicados para una castración, para evitar la hemorragia utiliza la ligadura en masa, la sección con termocauterío y la sinemapria.

17. Recomienda para evitar la hemorragia el ligar vaso a vaso o utilizar el termocauterío cuando está de color rojo cereza, ya que si se encuentra de color rojo blanco la sección es igual a la del bisturí.

18. Recomienda el uso de la cocaína como anestésico local en las pequeñas operaciones y sobre todo en las fimosis.

19. El tipo de operación que utiliza con más frecuencia en las fimosis es la incisión dorsal, prolongando ésta hasta el surco balano, según sea el grado de estenosis, seccionando el frenillo si está tan desarrollado que llega a alcanzar el meato urinario.

20. La circuncisión la realiza en el caso de que haya una gran prolongación del prepucio y si existen adherencias de la mucosa al bálano.

21. Opera de nuevo, por la noche, a un joven con antecedentes de sífilis y retención urinaria por la estenosis del meato urinario.

22. Utiliza para reducir la parafimosis, la reducción forzada. Y cuando ésta es muy dolorosa utiliza el cloroformo.

23. Para paliar de alguna medida la complicación más frecuente en la amputación del pene, que es la estenosis de uretra, realiza la dilatación gradual de la uretra con candelillas cónicas, en otros casos la amputación la realiza siguiendo el procedimiento de Rizolli y en otros el de Malgaigne.

24. La primera amputación la efectúa en 1873 y la última queda reflejada en 1881.

La tasa de curación en la amputación de pene es del 100%.

25. Resalta la dificultad para poder explorar los órganos y estructuras que forman parte del aparato urinario, por la localización profunda que tienen éstos, no teniendo más remedio que guiarse solamente por el tacto.

26. Señala que estas operaciones son las más graves y difíciles de toda la cirugía general, desde el simple cateterismo hasta la extirpación renal.

27. Refiere la facultad inexcusable que todo cirujano sepa efectuar con gran delicadeza un sondaje de uretra. Y recomienda a los cirujanos que no estén en condiciones de realizar un sondaje por falta de pericia y práctica, que utilicen sondas flexibles y no sondas metálicas.

28. En las estenosis uretrales después de realizar la operación a base de la dilatación con candelillas cónicas o cónicas-olivares, aconseja a los pacientes que se sonden cada un cierto tiempo ellos mismos.

29. El tipo de operación en las fistulas urinarias es la divulsión, utilizando un divulsor de 6 ramas. Aunque conoce la técnica posteriormente aparecida como es la uretrotomía interna, utiliza siempre la divulsión, por los buenos resultados obtenidos desde el principio.

30. De los casos observados de fistulas urinarias, 2 curaron y 4 fallecieron, siendo uno de ellos un niño de 9 años de edad.

31. La primera divulsión la realiza en el año 1876 y la última en 1887.

32. Señala la rareza de encontrar cálculos urinarios en la provincia.

En los cálculos urinarios utiliza la dilatación gradual y más tarde dado el volumen del cálculo la uretrotomía externa.

33. Considera la retención urinaria tan grave que su evacuación es vital y urgente.

Utiliza primeramente el cateterismo, para seguir si éste es inefectivo con la punción suprapubiana de la vejiga y aspirador de Dieulafoy.

34. Publica de una manera exacta la exploración que aconseja el Dr. Suender sobre el tratamiento de los cálculos vesicales por medio de la litolapaxia, en una conferencia que da el referido especialista en el Hospital de la Princesa en noviembre de 1887.

35. Realiza tres tipos de operaciones totalmente distintas en tres pacientes con diagnósticos diferentes. La litolapaxia, la talla vaginal, y la talla perineal lateralizada, esta última en un niño de 8 años de edad.

36. En 1866, opera a un niño de 8 años de edad, utilizando la talla perineal lateralizada, no realizándole la litotricia que era la operación indicada, por desconocer este año la técnica que más tarde en 1887 conoce cuando el Dr. Suender da la referida conferencia.

37. A consecuencia de un diagnóstico un tanto difícil en un anciano de 73 años de edad con cálculo vesical, acude a la ciudad de Toledo por petición del Dr. Gallardo, el eminente especialista Dr. Suender, para hacerse cargo de la operación que fue una litotricia y fue ayudado por el Dr. Gallardo en el apartado de la anestasia.

38. Existe una historia clínica cuyo diagnóstico es hidátides del riñón con dos características que la hacen especial referente a las demás. Una de ellas es la propia afección muy rara en el riñón, y la segunda es que la historia está redactada en su totalidad por el mismo paciente, cuya profesión era maestro, aunque bajo la supervisión del Dr. Gallardo.

3.2.2.10. OPERACIONES GINECOLOGICAS (*)

1. Todavía en 1888, se siguen agrupando las tres ramas de obstetricia, ginecología y pediatría.

2. Utiliza con rigor el método antiséptico y otras medidas antisépticas como es la de trasladar a una de las pacientes diagnosticadas de retención menstrual, tras la operación, a una sala especial para prevenir una posible infección uterina.

3. Hay un claro ejemplo del ejercicio de la medicina preventiva que realiza al hacer un llamamiento a las madres, para que vigilen de cerca el desarrollo genital de sus hijas.

4. Durante la exploración de una paciente con ausencia congénita de vagina e imperforación de cuello uterino, practica una vagina artificial y coloca una sonda acanalada que unida al cuello, hace las veces de conducto desagüe para la evacuación de las secreciones. Utiliza material antiséptico, cambiándolo diariamente.

5. Continúa realizando autopsias en aquellas personas que fallecen.

6. Utiliza la antisepsia y las inyecciones fenicadas vaginales para prevenir infecciones.

7. Realiza una autoplastia a una operada de un tumor en los grandes labios genitales.

8. Utiliza el termocauterio en los pólipos de cuello uterino, de color rojo para seccionar. Refiere la complicación existente cuando existe más de un pólipo dentro del cuello uterino, pri-

(*) Ver nota anterior.

mero para no olvidarse de ninguno, y segundo para no lesionar accidentalmente la mucosa del cérvix.

3.2.2.11. OPERACIONES TOCOLOGICAS

Comienza con una introducción en la que refiere el parto, como una función fisiológica normal y dolorosa, en el que no hacen falta conocimientos para ayudar a llevarle a cabo, aunque sí se necesitan y profundamente cuando surgen complicaciones como la eclampsia, hemorragias, estenosis pelvianas, período expulsivo largo, etc., y aun así recomienda serenidad, reflexión y afirma que las operaciones tocológicas son más delicadas que las ordinarias de cirugía por la carga emotiva que conllevan al actuar en dos seres a la vez, la madre y el futuro hijo.

Las historias clínicas que comenta tienen la variante frente a las demás de que no llevan nombre de la paciente, ni apellidos, por considerar que entran dentro del secreto profesional.

—Eclampsia en el período expulsivo:

Trata de una mujer de 33 años de edad y primeriza, que desarrolla el primer período del parto normalmente y vigilada por un practicante en su casa.

Al llegar el período expulsivo y ante la inercia que se presenta, es llamado un profesor que la administra cornezuelo de centeno.

Al presentarse los ataques eclámpsicos es llamado el Dr. Gallardo, que observa una presentación de vértice y la cabeza encajada fuertemente en la excavación, por lo que en medio de dichos ataques realiza la perforación de cráneo del feto con una de las ramas del fórceps y la extrae haciendo tracciones sobre él, mientras que un practicante la practica una sangría, para prevenir la congestión cerebral y pulmonar.

Nada más terminar la extracción fetal tiene que utilizar maniobras de resucitación artificial dado el gran deterioro general de la paciente, que se recobra rápidamente.

Considera que la eclámpsia es de origen reflejo y accidental y no de origen urémico al estar ausentes todos los signos y síntomas, excepto los ataques, característicos de este tipo de patología.

Deduce que se desencadenó por efecto de las contracciones normales del parto que se hacían inefectivas al no poder avanzar la cabeza fetal por desproporción de su diámetro y el de la pelvis, produciendo un estímulo reflejo en la médula y desencadenando las convulsiones.

—Placenta Previa:

Hay dos casos de placenta previa, el primero de ellos data de 1883 en una mujer de 24 años de edad, con antecedentes de neumonía tratada a base de sangrías.

El parto se anticipa estando en el 7° mes de embarazo, y ante la aparición de hemorragias, diagnostica una placenta previa inserta en la parte anterior del cuello.

La hemorragia se cohibe al encajarse la cabeza fetal, pero al romperse la bolsa de las aguas el cordón umbilical hace prociencia y sale al exterior.

La reducción del cordón la hace con facilidad dada la pequeñez de la cabeza fetal, terminando el parto con la extracción de una niña viva, pero que falleció a las pocas horas por la enfermedad base de la madre.

El segundo caso data de 1885 y en una múltipara que estando en su 7° mes de embarazo comienza con contracciones y grandes hemorragias, por lo que previa exploración la diagnostica una placenta previa de inserción central.

Ante la gran hemorragia que presenta la embarazada, la administra **180 gramos de sangre desfibrinada de cordero en transfusión** y en el resto en forma de lavativas y enemas.

Estando en agonía la paciente, extrae de forma rápida por versión podálica el feto, falleciendo la parturienta 30 minutos más tarde.

Inercia del último período del parto:

Dentro de este apartado existe una historia clínica perteneciente a la misma paciente, en la que relata la evolución de sus cuatro partos, a raíz del primero en 1882, cuando todavía era primeriza y contaba 26 años de edad.

Asistida por un cirujano en los primeros momentos de las contracciones uterinas, es llamado un profesor tres días más tarde ante la inercia uterina, administrándole cornezuelo de centeno y no dando los resultados esperados.

Avisado el Dr. Gallardo observa a la exploración una inercia atónica en periodo expulsivo, con presentación de vértice y cabeza coronada con resistencia de las partes blandas, estando los labios edematosos y lívidos.

Utilizando la electricidad como excitador de la contracción muscular y no dando resultado alguno, anestesió a la paciente con **cloroformo** y utilizando una de las ramas del forceps como palanca, desprendió la cabeza fetal, quedando lesionado el esfínter vaginal.

La paciente estuvo en tratamiento con quinina hasta remitir la fiebre que apareció tras el parto y con lociones e **inyecciones de agua fenicada vaginales** hasta que al mes se restableció por completo.

Un año más tarde, en 1883, el segundo parto se efectuó con facilidad hasta llegar la cabeza al esfínter vaginal, que al estar fibrosado por la herida del parto anterior, servía de obstáculo mecánico a la expulsión, por lo que realizando incisiones en el anillo cicatricial uno posterior y dos laterales, pudo efectuarse el parto sin ninguna dificultad.

En el tercer parto hubo también que realizar dos incisiones en dicho anillo cicatricial para que saliese el feto con toda normalidad.

Otro caso de inercia uterina, trata de una primeriza de 35 años de edad, que después de estar durante muchas horas de parto, es llamado a instancia del profesor que atendía a la paciente, observando a la exploración una presentación de vértice, en primera posición, con integridad de la bolsa y un cuello

sin dilatar, ya que todavía presentaba dureza y estaban muy bien delimitados los labios anterior y posterior.

Como la tardía dilatación del cuello es frecuente en la primizas ya de edad, se le dio un baño templado e inyecciones emolientes.

Horas más tarde, observando el mismo grado de dureza en el cuello uterino y la disminución de las contracciones uterinas, propone practicar un desbridamiento del cuello con el bisturí, propuesta que es rechazada.

Más tarde, con la paciente sin contracción alguna, con la bolsa rota y la cabeza fetal en excavación, **anestesia** a la paciente y con ayuda del forceps logra extraer con suma facilidad un feto ya muerto, falleciendo la paciente también media hora después de haber sido practicada la operación.

En 1885 atiende a una múltipara que después de la rotura de la bolsa amniótica, produce una inercia atónica en el periodo expulsivo con la cabeza fetal en estrecho inferior.

Aplicando el forcéps extrae una niña viva y sin lesión alguna.

Señala que la primera medida que ha de utilizarse en los casos de inercia uterina cualquiera que sea la causa es el forcéps, y no el cornezuelo de centeno.

Refiere que las causas en la lentitud del parto, donde el cuello está completamente dilatado y ya se ha efectuado la rotura de la bolsa amniótica está condicionada por los siguientes factores:

1. El volumen alcanzado por el abdomen a simple vista, tiene que estar relacionado con el volumen que tiene el feto. Si además se observa que la cantidad de líquido amniótico evacuado es normal, puede uno imaginarse que dicho volumen abdominal está íntimamente relacionado con el que tendrá el feto que ha de salir. Siendo más dificultosa la salida de un feto grande que la de uno pequeño.

2. El volúmen o tamaño que adquiere el feto dentro del seno materno está íntimamente ligado a las características físicas de sus progenitores.

3. La edad de las parturientas, es un factor a considerar, siendo más laborioso un parto en una primiza que haya pasado la edad de los 25 años que en otra más joven.

Y referente a éste punto, se apoya en la teoría de que después de los 25 años de edad, el desarrollo óseo es completo, abundando más las sustancias minerales que las orgánicas, por lo que estas mujeres tendrán más dificultad en adaptar la articulación de la pelvis al parto.

4. Los partos son más laboriosos si el feto es de sexo masculino.

5. Observando por la experiencia, que en las multíparas que han fecundado un varón, las contracciones son de mayor intensidad que en las que han fecundado una hembra.

Hace referencia a 3 casos de lentitud del parto, sin alteraciones en la conformidad de la pelvis, ni la existencia de obstáculos en las partes blandas, a las que después de anestesiar con cloroformo y utilizando el fórceps, extrajo los fetos vivos y sin complicación alguna, excepto en dos de ellos por erosión de las cucharas del fórceps, que no tuvieron consecuencia alguna.

Las causas que originaron una lentitud en el parto, rota la bolsa amniótica y dilatado el cuello, en estas tres pacientes, las encuentra, en la primera por ser primeriza de más de 25 años de edad, con un marido de constitución fuerte y cabeza voluminosa, siendo el sexo masculino.

La segunda era primeriza de 34 años de edad.

La tercera, aunque era primeriza joven de 18 años de edad, tenía una constitución endeble, aunque su marido era robusto, siendo el feto de sexo masculino.

—Distocias por cortedad de cordón:

Es la segunda vez que el Dr. Gallardo aprovechando el relato de una historia clínica, expone los verdaderos objetivos que le impulsaron para fundar la revista "El Bisturí":

"... si no nos hubiésemos impuesto como un deber la penosa tarea de hacer un examen de conciencia profesional a la luz pública, exponiendo con sinceridad todos los hechos notables que hemos observado y tratado en nuestra práctica..." (*)

(*) Ver nota anterior.

Y refiriéndose a una paciente que falleció pese a todos los esfuerzos hechos para que no tuviese una terminación tan funesta, comenta:

“... trae a nuestra memoria, juntamente con las alegrías de pasadas victorias, las penas y tristezas de derrotas, siempre presentes en nuestro espíritu, si quiera estas derrotas no hayan dependido en modo alguno de falta de solicitud y esmero en la asistencia, que es lo único que por nuestra parte podemos ofrecer, dadas las arduas dificultades del arte y nuestra pequeñez para resolverlas con acierto”.

Dentro de las distocias originadas por la cortedad del cordón umbilical, hay una que se caracteriza por repetirse en los cuatro partos que tuvo una misma paciente.

El primer parto parece que está fechado en 1879, cuando contaba con 26 años de edad.

La evolución del mismo fue buena y sin complicaciones hasta llegar al período expulsivo, en el que se produce una gran lentitud, en su desarrollo, aunque las contracciones eran enérgicas y repetidas.

No tiene más remedio que utilizar las corrientes eléctricas de inducción, aplicando un “reóforo” en la región pubiana y otro en el fondo del útero, por el gran deterioro que observaba en la paciente.

Durante unas cuantas horas utiliza dichas corrientes, observando que al aplicarlas, la cabeza fetal descendía a la excavación, volviendo a su posición originaria cuando éstas cesaban.

La embarazada termina el parto expulsando a un niño muerto y con el cordón corto y arrollado al cuello.

La causa de la defunción del niño, la explica por las más de las 24 horas que transcurrieron desde la rotura de la bolsa amniótica hasta la expulsión y por la compresión que ejercía el cordón en el cuello fetal.

Recuperada la paciente de una fiebre puerperal, a base de quinina, vuelve a estar embarazada, cuyo parto se desarrolló fisiológicamente, observando una vez más la cortedad del cordón, aunque esta vez no iba arrollado al cuello fetal.

Lo mismo ocurrió en su tercer parto.

En 1887, que es cuando queda nuevamente embarazada, encuentra a esta paciente con una gran obesidad.

Llegado el momento del parto, por capricho de la paciente, se la instala no en una camilla para partos y colocada en el suelo, como era costumbre, sino en una cama pequeña con la inclinación conveniente y necesaria que utilizaban los más afamados tocólogos en aquella época.

Pasadas 6 horas desde la rotura de la bolsa amniótica y observando que la lentitud con que se desarrollaba el parto podía ser causado por los antecedentes de la paciente, a una nueva cortedad del cordón, se dispone a administrarla como en el primer parto, las corrientes de inducción, a lo que se niega la embarazada por creer que la muerte de su primer hijo fue debida a esta circunstancia.

Ante el gran deterioro que iba presentando la paciente a medida que iban pasando las horas, cree conveniente celebrar una junta con otros profesores para elegir un método efectivo que lleve a buen fin la terminación del parto.

Utiliza el fórceps, extrayendo un feto de sexo masculino y muerto con el cordón arrollado al cuello.

Después de instaurar un tratamiento a base de excitantes difusivos, caldos con vino, mixtura etérea e inyecciones hipodérmicas de éter la parturienta comenzó con una gran fiebre puerperal a los pocos días que se complicó con una aparente neumonía en los dos pulmones que terminó con su vida.

Referente a este caso saca las siguientes conclusiones:

1. La cortedad del cordón umbilical, se caracteriza por dos hechos, uno de ellos, cuando a cada contracción, la cabeza baja para luego volver a ascender otra vez.

Y el otro es el retraso del parto algunas semanas.

2. El tiempo de expectación y espera para que el parto se desarrolle fisiológicamente, sin utilizar métodos intervencionistas está dentro de unas 14 horas aproximadamente, dentro del cual no hay peligro para el feto ni para la madre.

3. Una vez encajada la cabeza fetal en la excavación, ante la disminución de contracciones efectivas uterinas y deduciendo que la cabeza en esta posición está, comprimiendo permanen-

temente la vejiga materna, no queda otra indicación que utilizar el fórceps.

La aplicación del fórceps, en un caso de cordón corto, no está exenta de riesgos ni complicaciones, siendo la primera de ellas el desprendimiento violento de la placenta con la consecuente hemorragia mortal.

Por lo que pensó, antes de utilizar dicho fórceps, en la sección del cordón umbilical intraútero, para poder de esta manera efectuar tracciones sin peligro alguno.

Esta maniobra o técnica, comenta que no la ha visto reflejada en ningún tratado ni libro. Si no la practicó en la paciente de la historia anterior comentada fue por el gran deterioro físico que presentaba.

La fiebre puerperal tuvo como probable causa la infección urinaria que se desencadenó como consecuencia de las escaras producidas en la pared anterior vaginal a consecuencia del magullamiento a que estuvo sometida por las largas horas que estuvo comprimida por la cabeza fetal, que no avanzaba por la lentitud del parto.

Llama la atención de los prácticos ante el hecho de que se considera fiebre puerperal clásica, aquélla que viene desencadenada por la herida resultante del desprendimiento de placenta y de las que puedan aparecer en el cuello, vagina y vulva, como consecuencia del mecanismo del parto.

Y no se tiene en cuenta las fiebres de origen urinario, que se caracterizan y distinguen de las fiebres clásicas, en que éstas, más tarde o más temprano, dan por propagación, infecciones en otros lugares del aparato genital, ya sea en el ovario, ligamento, pleura, etc... mientras que en las de origen urinario son localizadas, no dando ningún tipo de metástasis infecciosas en ningún otro lugar de la economía. Por lo que aconseja que en el momento de observar la aparición de una fistula vésico-vaginal, se aplique la colocación de una sonda permanente que impida el paso de la orina por la herida, provocando una grave infección puerperal, que termine con la defunción de la paciente.

Y para demostrar lo anteriormente expuesto, relata el caso de una primeriza de 34 años de edad, que después de un parto caracterizado por una gran lentitud en el período expulsivo, re-

sulta una fistula en la pared anterior de la vagina, por lo que la practica un sondaje no permanente durante 3 semanas.

A los 4 días apareciendo fiebre puerperal por la infección de orina, y más tarde un proceso neumónico cuya causa la encuentra en la infección purulenta de la herida uterina o vaginal, instaura el único tratamiento médico que conoce para estos casos y consistente en **antipirina** para reducir la fiebre, alcohol para dar fuerza y energías, quinina como antiséptico y antipirético, de dudosa acción para el Dr. Gallardo en las fiebres continuas, no así en las intermitentes y veigatorios para los procesos neumónicos locales.

En 1889 observa por 3 veces en 3 partos la distocia provocada por cordón corto, teniendo en dos de ellos buena terminación y sin complicación alguna. En el tercero el cordón además de ser corto iba arrollando al cuello fetal en una primeriza de 40 años, por lo que el período expulsivo se prolongó más de lo normal estando a punto la embarazada de entrar en eclampsia, y que no llegó a producirse por la administración a base de cloral con la que reanimó a la paciente, aunque el niño nació muerto por la estrangulación que le produjo dicho cordón.

El caso que voy a exponer seguidamente es considerado por el Dr. Gallardo como el más difícil y problemático que encontró en todo su quehacer quirúrgico, añadiendo que cuando se presentó, no encontró ni consejo, ni ejemplo similar en ningún libro de obstetricia.

En 1888, tras cinco días desde que comenzó el parto y 48 horas desde que se produjo la rotura de la bolsa amniótica, fue llamado al domicilio de la parturienta para hacerse cargo de ella.

A la exploración observa una cabeza fetal en primera posición en la excavación y cerca del estrecho inferior, con contracciones muy débiles.

Aplicando el fórceps, la cabeza seguía en la misma posición a pesar de hacer tracciones con él. Estando ausentes los latidos cardíacos fetales y suponiendo con toda seguridad que el feto estaba muerto, se dispuso a efectuar una cefalotomía, hundiendo el perforador de una de las ramas del fórceps en el cráneo. Extraída la masa encefálica y utilizando de nuevo el fórceps, la cabeza seguía sin descender.

Desprendida poco a poco por una de las ramas del fórceps toda la bóveda craneal y no quedando más que la base de cráneo por extraer, introduce la palma de la mano por la vagina y aprecia una vuelta de cordón arrollado al cuello fetal, así como a uno de los pies que había descendido hasta situarse por encima de la base del cráneo.

En vez de seccionar el cuello fetal y extraer más fácilmente el feto, opta por otro procedimiento más largo, observando extraído el feto, una gran longitud del cordón umbilical. Esta gran longitud unido a la vuelta con que aprisionaba el cuello y el pie, hacía imposible la extracción fetal por medio del fórceps.

A pesar de un tratamiento compuesto de inyecciones de éter y alimentación reparadora, la paciente falleció.

Presentación de nalgas:

Dependiendo la asistencia de la Casa de Maternidad de los médicos del Hospital Provincial, refiere el Dr. Gallardo, que teniendo una tasa anual, esta Casa de Maternidad, de 26 partos y siendo casi todos en primerizas, tuvo la oportunidad de asistir al único parto distócico, que se había presentado en 15 años.

La protagonista era una primeriza de 24 ó 26 años de edad con un vientre muy voluminoso, que terminado el período de dilatación rompió la bolsa amniótica bruscamente, saliendo gran cantidad de líquido amniótico, además de uno de los brazos fetales.

Explorada la parturienta, llegó a la conclusión de que se trataba de una presentación de nalgas con procidencia de uno de los brazos.

Al existir una inercia completa del útero, pudo reducir el brazo por encima del estrecho superior con suma facilidad, efectuando la extracción fetal ayudado con el fórceps, con la única complicación de rasgar el periné en dicha maniobra.

El feto acusaba una gran maceración además de una hidrocefalia, habiendo muerto días antes dentro del seno materno.

Las conclusiones que extrae de esta historia, son las siguientes:

1. El gran volumen del abdomen daba a entender que, probablemente, existía un hidramnios como más tarde se demostró al romperse la bolsa amniótica y salir bruscamente gran cantidad de líquido amniótico.

2. Es relativamente frecuente observar, que cuando existe un hidramnios, se observa también un feto con hidrocefalia.

3. Al existir un hidramnios, el feto flota en la gran cantidad de líquido hasta que se produce la rotura de la bolsa y sale dicho líquido, encajándose el feto bruscamente y arrastrando el brazo hacia afuera de la vulva.

Hay 2 casos más de presentación pelviana, uno de ellos, el primero en 1883, cuyo diagnóstico era una presentación de extremidad pelviana en segunda posición, es decir una sacro-ílica derecha, encajada en el estrecho superior y en una primeriza de 24 años.

La reanimación del estado general de la paciente que se encontraba sin fuerza alguna y sin contracción uterina alguna, fue a base de alimentación reparadora, consistente en caldos y vinos hasta que decide horas más tarde la intervención activa en el parto.

Después de anestésicarla y mediante la utilización del fórceps, extrae un feto con una herida contusa en la ingle por efecto del traumatismo producido por una de las ramas, al haber sido la ingle uno de los puntos de apoyo del fórceps y al haber sido extraído de nalgas. Curada por el método antiséptico, cicatrizó sin más complicaciones teniendo noticias del fallecimiento de esta niña, un año después, como consecuencia de una difteria.

En 1889, atiende a una múltipara cuyos partos anteriores habían sido todos fisiológicos, que al romper la bolsa amniótica salió al exterior de la vulva uno de los brazos fetales.

Como la pelvis estaba encajada en el estrecho superior, elevó la presentación para reducir dicho brazo, extrayéndolo por los pies sin dificultad alguna.

Presentación transversal:

Como cuando aparece una mano, un brazo fuera de la vulva,

el feto puede estar en posición transversa, de nalgas, o de vértice, es más importante y primordial hacer el diagnóstico de posición fetal primero y el diagnóstico de presentación fetal después.

Diagnosticada ya la posición en transversa, se localizan los pies del feto, ya que será lo primero que se coja para practicar la versión y extraerle de nalgas o efectuando tracciones con el pie atado a un lazo.

Cuando hay un vientre muy voluminoso y la presentación es transversal, es necesaria con ayuda de una meticulosa exploración, descartar la presencia de un embarazo gemelar, ya que sería un error que traería graves consecuencias, el extraer un pie de un primer feto y un pie de un segundo feto, creyendo que ambos pies pertenecen sólo y exclusivamente a uno de ellos.

Hay casos en que la presentación transversal no es primitiva, sino secundaria a la rotura de una gran bolsa amniótica, estando la embarazada de pie y la cabeza fetal sin encajar. Al salir bruscamente el líquido, no es raro que arrastre consigo unas veces el cordón umbilical, otras veces la mano, el brazo y llegar a encajarse un hombro, haciendo transversal una presentación que originariamente era cefálica. En estas circunstancias es preferible hacer la versión cefálica en vez de la podálica, por encontrarse más cerca la cabeza fetal al estrecho superior.

Observa en aquellas parturientas a las que administra clorofórmico para disminuir las fuertes contracciones uterinas y poder practicar con más facilidad la versión fetal, que con este procedimiento no disminuyen demasiado dichas contracciones, siendo más efectivo las inyecciones hipodérmicas de cloruro mórfico.

El feto como es lógico en este tipo de maniobras nace muerto la mayoría de las veces.

En 1885 observa a una primeriza de 20 años de edad, que al estar de pie rompe la bolsa amniótica, saliendo al exterior junto con el líquido una porción del cordón umbilical, que todavía mantenía las pulsaciones, seguido de una mano que horas más tarde había evolucionado a la salida completa del brazo. El diagnóstico era una presentación transversal en segunda posición

de hombro derecho, es decir céfalo-iliaca derecha con una prociencia del cordón e inercia uterina.

Ante el poco tiempo que disponía para poder ejecutar la versión y la extracción viva del feto, no esperó a anestesiar a la paciente, como tampoco utilizó la versión cefálica, sino que tirando de uno de los pies y teniendo precaución de colocar el cordón en la parte lateral derecha de la pelvis, extrajo un niño vivo, aunque en estado de muerte aparente.

Para su reanimación y ayudado por 2 practicantes que se encontraban en el domicilio de la paciente, se utilizaron insuflaciones de aire, aspersiones e inmersiones en agua fría y aplicaciones de electricidad.

Tras el parto y al observar que la parturienta no expulsaba la placenta, comenzando una pequeña hemorragia, se administran fricciones y aplicaciones de agua fría, así como inyecciones vaginales fenicadas cuando apareció la fiebre puerperal, acompañada de leucorrea fétida con grandes coágulos.

Aunque las complicaciones de este parto fueron difíciles, tanto la madre como el niño quedaron en buenas condiciones.

Con una diferencia de 2 días, en 1885, atiende a una múltipara de 32 años de edad, con presentación transversal del feto, secundaria también como en el caso anterior a la rotura de la bolsa amniótica, cuando la paciente se encontraba de pie, saliendo junto con el líquido una mano y encajándose el hombro derecho, es decir, una céfalo-iliaca izquierda con hombro derecho en primera posición y acompañado de fuertes contracciones uterinas que dificultaban la versión fetal.

Tras la administración de 2 inyecciones hipodérmicas de morfina para atenuar y disminuir las contracciones uterinas, se ató el pie que había sacado a un lazo, efectuando grandes tracciones sobre él e introduciendo toda la mano en cavidad uterina para ascender el hombro, logró efectuar la versión y extraer la totalidad del feto, tras hora y media.

Tras el parto y apareciendo fiebre y dolores abdominales, le administró fracciones de unguento mercurial, pomada de belladona, cataplasmas emolientes muy calientes e inyecciones vaginales de agua fenicada, restableciéndose la parturienta a los 5 días.

El caso siguiente que voy a exponer tiene la particularidad de ser un parto gemelar en una múltipara de 28 años de edad.

En 1885 y como consecuencia de un embarazo gemelar, la paciente tiene un niño en buenas condiciones físicas, para comenzar a las 24 horas con los dolores propios del segundo parto. Doce días después de haber comenzado los dolores, se produce la rotura de la bolsa amniótica, apareciendo por la vulva una mano fetal.

Diagnosticada mediante exploración de hombro izquierdo en primera posición, teniendo la cabeza en fosa ilíaca izquierda y los pies en fosa ilíaca derecha.

Como las contracciones no eran muy dolorosas, no se aplicó la anestesia a base de cloroformo y estando uno de los pies, ató un lazo a uno de ellos, mientras que con la mano introducida en la vagina, elevaba el hombro encajado, tirando con fuerza del lazo, logrando de esta manera efectuar la versión del feto, que se extrajo sin dificultad.

El feto así extraído presentaba signos de maceración y las placentas que estaban unidas por su parte media, aunque cada una con distintos cordones umbilicales, presentaban signos de descomposición, sangre de color negro y mal olor, con una tumefacción e inflamación del hombro de la paciente, curando en una semana.

El tratamiento empleado fue a base de antipirina en la fiebre alta, utilizando el bromhidrato de quinina en inyecciones hipodérmicas en los descensos térmicos. Más tarde, en sustitución de estas inyecciones y por motivos meramente económicos, utilizó las "píldoras febrifugas de Fernández Izquierdo", tres píldoras cada dos horas.

En la articulación utilizó fricciones de alcohol de romero y aceite esencial de trementina, curando la paciente de todos sus procesos a los dos meses.

Aprovecha el relato de esta historia para hacer una exposición sobre los mecanismos que desencadenaron esta infección séptica:

1. La fiebre que padeció la parturienta, se produjo exclusivamente por el estado de descomposición en que se encontraba cuando fueron extraídas.

2. Cuando la “pohemia y septicemia” se prolongan más de un septenario, pueden dar lugar a abscesos metastásicos en otros lugares de la economía, como por ejemplo en este caso en el hombro, formando una artritis infecciosa.

3. Refiere que en ese momento se considera que el “glóbulo de pus” que da lugar a los abscesos metastásicos es inofensivo, admitiendo que puede transportar agentes microscópicos que producen el proceso morboso.

4. Hay una clara discusión entre si las bacterias son o no la causa determinante.

Hay dos casos más de presentación transversal. El primero, observado en 1881 en una múltipara de 34 años de edad, con una presentación transversal con un hombro izquierdo en segunda posición, es decir céfalo-iliaca derecha, que sin anestesia se procedió a la versión fetal, extrayendo el feto muerto y sin ningún tipo de complicaciones, la paciente se restableció.

El segundo fue en 1885 y se trataba de una múltipara de 30 años de edad con una presentación transversal y el hombro izquierdo en segunda posición, es decir, céfalo-iliaca derecha, que previamente anestesiada con cloroformo, realizó la versión, haciendo fuertes tracciones del pie fetal, ya que aunque la parturienta estaba cloroformizada, continuaba con fuertes y vigorosas contracciones uterinas, que impedían la versión y extracción fetal con facilidad. Al extraer la placenta, observó que el cordón esta seccionado.

Pocas horas más tarde, la parturienta falleció ante el asombro del Dr. Gallardo, buscando una posible explicación en la ausencia de reacción del sistema nervioso.

Partos fisiológicos complicados en el puerperio.

A.— Flegmasia Alba Dolens:

En 1877, tiene la oportunidad de atender a una múltipara de 34 años de edad, con un parto fisiológico, seguido de una gran metrorragia, como era habitual en ella en todos los partos que había tenido anteriormente.

Cohibió la hemorragia a base de gramo y medio de ergotina, cada media hora, hasta que cesó la hemorragia.

Medio mes después del parto, se presentó una flegmasia alba dolens diagnosticada por la sintomatología que presentaba a base de dolor en la parte interna y superior del muslo derecho, que aumentaba con los movimientos, con edema de todo el miembro afecto, comenzando también casi al mismo tiempo, una pleuroneumonía, con dolor en costado izquierdo con irradiación al hombro, disnea, fiebre y expectoración herrumbrosa.

Un mes más tarde y a consecuencia de una crisis disneica, falleció a causa de una embolia en la arteria pulmonar.

Aprovecha la exposición de este caso, de tan funestas consecuencias, para explicar las causas productivas de la flegmasia alba dolens, cuyo origen está íntimamente ligado al puerperio.

1. Comienza explicando que la tasa de fibrina durante el embarazo aumenta desde 2.2 a 3.5 por lo que la sangre tendrá más tendencia a la coagulación.

Al existir grandes hemorragias durante el aborto y el parto, esto tiene un poder desencadenante para facilitar el síncope y el retraso de la circulación, por lo que hay más facilidad para la coagulación. Al final de la gestación la compresión del feto sobre el segmento inferior del útero, dificulta la circulación normal de las extremidades inferiores.

2. Las causas de la instauración del trombo en las extremidades inferiores, para más tarde llegar a la arteria pulmonar son las siguientes:

Los coágulos asentados en el útero, después de la hemorragia, se vieron colonizados por gérmenes, y pasaron a la circulación, llegando a las venas de las extremidades inferiores, que por tener válvulas, tienen más facilidad para acantonar el coágulo. Llegado a este punto, puede su evolución seguir varias vías, una de ellas es que el trombo contraiga adherencias con las paredes del vaso por lo que puede evolucionar a la reabsorción total del mismo o ser arrastrado hacia la arteria pulmonar, produciendo una embolia pulmonar, desencadenando el fallecimiento de la paciente.

Los trombos tienen un doble peligro potencial, el primero

actuando como cuerpos extraños dentro de la circulación, y el segundo provocando una infección general por los gérmenes que habitualmente llevan.

Refiere que uno de los factores desencadenantes de éstas trombosis, junto con los anteriormente citados, es la administración de ergotina o cornezuelo de centeno.

Estas sustancias, son habitualmente utilizadas para cohibir las hemorragias puerperales, produciendo una gran contracción uterina cesando de esta manera dicha hemorragia, pero también desencadenan al cesar la hemorragia, la formación de trombos intraúteros.

Proscribe de una manera definitiva, la utilización de estas sustancias, aconsejando en su sustitución utilizar las corrientes de electricidad, ya que éstas no tienen efectos acumulativos, cesando sus propiedades o efectos cuando se dejan de administrar.

Las contracciones uterinas provocadas por el cornezuelo de centeno, son ventajosas para provocar la expulsión fetal en el momento del parto, pero terminado éste, lo único que provocan al contraer el útero, es la retención de la placenta y de los probables coágulos formados tras una hemorragia puerperal.

Comentando que la mayoría de los desastres que ha logrado observar tras el parto, se deben a los efectos del cornezuelo, siendo uno de ellos el caso de una parturienta que al no poder extraer la placenta por estar retenida por los efectos del cornezuelo, falleció.

Existe un caso fechado en 1887, que tras un parto fisiológico, en una mujer de 25 años de edad, y no apareciendo en ningún momento hemorragia puerperal, comienza con una fiebre séptica intermitente, acompañada de "vahídos" repetidos con dolores en ambos costados, e inflamación y edema con dolor en la parte superior de la pierna, coincidiendo en la dirección de la safena interna.

Parece que llega a la conclusión de que si bien en algunos casos el trombo formado a consecuencia de una hemorragia puerperal puede dar lugar a una flegmasia alba dolens, esto no es privativo de ésta patología, ya que al haber una infección, esta

misma puede diseminarse por el torrente circulatorio sin necesidad de ser vehiculizada por trombos, para dar dicha flegmasia.

En 1880, observa que tras un parto fisiológico en una parturienta de 30 años de edad, sin factores precipitantes como hemorragia puerperal y fiebre, aparece una flegmasia alba dolens, afectando la safena interna en su tercio superior, cerca de la unión de la pierna con el músculo.

Esta desapareció con el reposo prolongado, curando la paciente.

La aparición de esta flegmasia, la encuentra en el aumento de la fibrina, durante la gestación, que como antes he comentado aumenta de 2.2 a 3.5 y que añadido a la dificultad de la circulación en los miembros inferiores en el último período de la gestación, puede predisponer a este tipo de patología.

Reconoce la gran dificultad que encuentra para tratar este tipo de patología, ya que hasta ese momento, cuenta sólo y exclusivamente con el reposo prolongado del miembro afecto, y que no tiene ningún método para eliminar el trombo y los tratamientos que utiliza, como los excitantes externos y alcalinos, no le merecen ninguna confianza para la resolución de dicho cuadro patológico.

Lo único que encuentra efectivo hasta ese momento, y de esta manera aconseja a los prácticos, es el reposo absoluto, ya que cualquier movimiento de la paciente, puede desencadenar la movilización del trombo, y provocar consecuencias funestas en la paciente.

B. Fiebres puerperales:

Dentro de la frecuencia que existía tras un parto, ya fuese fisiológico o como consecuencia de alguna complicación, de las fiebres puerperales, existen tres casos, que voy a comentar dadas las características de cada uno de ellos:

Uno de ellos y fechado en 1887, trata de una parturienta de 32 años de edad, con un parto totalmente fisiológico y sin ningún tipo de complicación en el puerperio, hasta que seis días después de visitar esta paciente a otra enferma que tras abortar ha-

bía contraído una fiebre puerperal, y añadiendo como factor precipitante el que las ropas de la infectada las acumulaban en una habitación muy cerca de la sana, se desencadenó una fiebre de características puerperales, evolucionando días más tarde a una peritonitis localizada en la fosa ilíaca izquierda, formándose un flemón, que a base de quinina y sobre todo de vejigatorios en la zona afecta, curó.

Por lo que deduce fácilmente que la fiebre puerperal apareció por contagio.

La paciente cuya historia clínica voy a exponer a continuación parece ser que fue atendida en el hospital, ya que comenta el Dr. Gallardo el traslado que tienen que hacer a la paciente desde la mesa de operaciones a la cama, detalle éste que hace pensar que el parto se efectuó dentro del establecimiento hospitalario.

El parto de esta primeriza, se realiza con ayuda del fórceps, ya que después de 4 días de parto, la cabeza que tenía una presentación de vértice en primera posición, estaba encajada en la mitad de la excavación con gran inercia uterina y con más de 16 horas desde que había roto la bolsa amniótica.

Tras la operación, y observando la disminución de la frecuencia del pulso y de las contracciones cardíacas, la administra una inyección de éter, no dando resultado alguno ni en el pulso ni en la frecuencia cardíaca, por lo que comienza a practicar lavativas de sangre desfibrinada que resultan totalmente inefectivas por la gran incontinencia de heces fecales que presentaba la paciente.

Ante el estado de estupor de la paciente, le administra por vía oral, cuartillos de sangre desfibrinada de cordero que ante el buen resultado que observa, le administra durante toda la noche, con intervalos de tres horas.

Completamente restablecida, aparece la fiebre puerperal, falleciendo la paciente a los 7 días.

Por otra parte, el niño que había nacido vivo y dejado al cuidado de una mujer, no atando ésta bien el cordón umbilical, falleció de una gran hemorragia a las pocas horas de nacer.

En 1889, acude al domicilio de una primeriza, ante la llamada de los profesores que la atendían en el parto.

A la exploración, observando una inercia completa de útero, con pérdida de conocimiento que no supo en su momento si estaba propiciada por el cloroformo o la entrada en coma de la paciente y observando que la cabeza fetal estaba encajada en la excavación y próxima al estrecho inferior, comenzó con las maniobras y tracciones por el fórceps, extrayendo un niño vivo, que estaba en posición occípito posterior, y que era lo que causaba la distocia y la imposibilidad de la extracción fetal fisiológica.

Administrándola tres inyecciones de eter, logró reanimarla, pero a pesar de las medidas antisépticas que siguieron, siendo una de ellas las inyecciones vaginales antisépticas, apareció una fiebre puerperal que con el debido tratamiento por parte de los profesores que la atendían remitió.

Abortos embrionarios

En estos casos, toma verdadera importancia el poder extraer cuanto antes la placenta y sus membranas, para evitar una cierta infección si se la deja en el interior de la cavidad uterina.

La diferencia en la extracción placentaria artificial de un embarazo a término y un aborto, son significativas.

Tras el parto, el cuello está tan dilatado, que se puede introducir una mano en el útero sin dificultad alguna, mientras que en un aborto el cuello está tan contraído, que después de emplear conos de esponja preparada para efectuar la dilatación, solamente se pueden utilizar pinzas uterinas que introducidas por el cuello cervical, pueden extraer la placenta y sus membranas, unas veces parcialmente, dejando tejido placentario en la pared uterina para que después, pasado algún tiempo se descomponga, dando una infección, otras veces puede lesionar al pellizcar accidentalmente la pared uterina.

Más tarde, y siempre que el diámetro del cuello cervical lo permita, se utilizará una sonda para practicar lavados antisépticos y desinfectantes.

A las pacientes que no soportan el dolor, se les administra cloroformo.

En 1877, observa a una múltipara de 38 años de edad que embarazada de 2 meses, comienza con dolores y gran metrorragia, por lo que la diagnostica de aborto embrionario.

La metrorragia la cohibió a base de astringentes, quedando la placenta en el interior del cuello con sus membranas, extrayéndolas con una pinza y lavatorios a base de agua fenicada.

La fiebre que apareció tras el aborto, remitió a base de quina, restableciéndose la paciente totalmente.

En 1878 y ante una primeriza de 24 años de edad, con un aborto embrionario de 2 meses, administra el cornezuelo de centeno para provocar la expulsión.

Con el fin de dilatar el cuello, fuertemente contraído, utiliza un cono de esponja preparada e introduciendo una pinza uterina, extrajo en varias sesiones la totalidad de la placenta.

La evolución no tuvo ningún tipo de complicación, curando la paciente en su totalidad.

En 1879, tiene la ocasión de tratar a una múltipara de 34 años de edad que a consecuencia de un aborto de 2 meses, se desencadenó una metrorragia de gran volumen, que los tratamientos administrados y conocidos hasta ese momento no hacían efecto alguno. Tras los astringentes, ergotina, vejigas de hielo aplicadas interiormente en la región hipogástrica y el taponamiento, cohibió la gran metrorragia, quedando profundamente anémica.

La descomposición de los coágulos que habían estado retenidos en el interior del útero y la diseminación hematógena de los gérmenes, provocaron una gran inflamación de ambas extremidades inferiores, acompañado de una fiebre alta y continua, que acabaron en una semana con la vida de la paciente.

En 1887, atiende a una múltipara de 30 años de edad, embarazada de 3 meses, que después de abortar queda la placenta retenida en el interior del útero.

Tras efectuar pequeñas tracciones manuales del cordón umbilical que salía de la vulva, le secciona accidentalmente, decidiendo esperar unos tres días, para que saliese fisiológicamente y por sí sola la placenta. Como a los tres días apareció fiebre, comienza a dilatar el cuello uterino por medio de conos de espon-

ja preparada, con el fin de realizar la extracción placentaria con unas pinzas uterinas.

Aunque tenía preparada una disolución de cloruro mercúrico al 2 por 1.000, para un lavatorio intrauterino, éste no lo puede efectuar al contraerse firmemente el cuello y no poder introducir la sonda de Nelatón necesaria para dicho lavado.

Al comenzar a las 48 horas con una fiebre elevada, temblor y vómitos, administra por medio de dos inyecciones hipodérmicas en la espalda, 1 gramo en 2 gramos de agua de sulfovinato de quinina, repitiendo la misma dosis a las 12 horas y pasando los días siguientes, a la administración oral de 1 gramo diario.

A la vista de los síntomas que presentaba, le diagnostica de metroperitonitis, aplicando, por medio del espéculo de Ferghusson, tres sanguijuelas en el cuello uterino, y repitiéndolo al día siguiente con seis, acompañado de un vejigatorio en hipogastrio, cesando todos los síntomas paulatinamente.

Al eliminar junto a la orina una cierta supuración, deduce que la inflamación se localizó en el fondo de saco vaginal anterior, abriéndose a la vejiga y evacuando todo el contenido supurativo que se había formado en su interior.

En 1887 hay otro caso de aborto embrionario, en una multipara de 30 años de edad, que comienza con los síntomas característicos de todo aborto, es decir, dolores y metrorragia, que duraron 12 días aproximadamente, teniendo cada cierto tiempo un flujo sanguinolento.

Tres meses más tarde del proceso abortivo, expulsa un huevo abortivo sin padecer ningún tipo de complicación, ni anomalía, en su buen estado de salud.

Ocho meses más tarde, habiendo quedado embarazada, se produce un nuevo aborto de 2 meses, sin poder precisar si había sido expulsado el huevo abortivo en su totalidad o sólo parcialmente.

Estando así las cosas, comienza con flujo sanguinolento de olor fétido y fiebre "pseudo-accesional de tipo cotidiano" que trató con quinina como era habitual e inyecciones vaginales de agua fenicada al 2,5%.

Una semana más tarde, se localiza un dolor en la ingle dere-

cha irradiada a fosa ilíaca del mismo lado, acompañada de gran excitación cerebral.

Diagnosticada de flemón periuterino, quedó resuelto con vejigatorios locales.

Deduco de esta historia de características tan especiales, que el primer aborto tardó en resolverse 114 días, teniendo el embrión el mismo aspecto cuando se expulsó, que cuando ocurrió el aborto, es decir, no había aumentado en su tamaño, ni se había producido la descomposición de éste.

En el segundo aborto, probablemente al quedar restos embrionarios y coágulos procedentes de la metrorragia, desencadenaron la diseminación de los trombos en el territorio de las safenas, para luego pasar a la femoral e hipogástrica, de ahí toda la sintomatología que llegó a presentar la paciente, con fuertes dolores en las extremidades e ingle derecha.

He querido exponer cinco casos de abortos, por las diferencias existentes entre ellos, comenzando por la edad de las embarazadas, que van desde los 24 años la más joven hasta los 38 años la de más edad. Así como el presentarse este tipo de patología, tanto en primerizas como en múltiparas, y la distinta evolución que se aprecia en cada una de ellas, comenzando con la misma patología, como es un aborto embrionario.

Así se puede apreciar, que en dos casos pertenecientes a una primípara y a una múltipara, la evolución estuvo exenta de complicaciones, utilizando como es habitual en los abortos, una pinza uterina para extraer el contenido uterino que no había sido expulsado, con la diferencia de que en la primípara necesitó utilizar conos de esponja para artificialmente dilatar el cuello uterino, y en la múltipara esto no fue necesario.

La evolución de una de las pacientes afecta de una gran metrorragia, da ocasión, primero de observar tratamientos que hasta ese momento, en 1879, se utilizaban, para cohibir la metrorragia, y también las complicaciones derivativas de la descomposición de los coágulos intrauterinos, dando trombos en las extremidades inferiores que acabaron, junto con la fiebre, con la vida de la paciente.

Otra de las complicaciones, en otro de los casos, además de la fiebre, que puede ser habitual en este tipo de patología, es la

probable formación de un flemón periuterino y el tratamiento a base de sanguijuelas, que ayudado con el espéculo de Ferghuson instaura en el cuello uterino, así como la administración de sulfovinato de quinina en inyecciones hipodérmicas, en la espalda, para provocar un descenso en la curva febril.

Y por último, la expulsión de un embrión que había dado ya síntomas de aborto 114 días antes, sin complicación, ni afectación alguna por parte de dicho embrión, ni por parte de la enferma.

Quiste tubárico expulsado tras el parto a través del fondo de saco recto-gaginal:

Tras un período de dilatación, en una múltipara de 30 años de edad, totalmente normal, en 1877, observa la partera que la atendía, que tras el parto de un niño, salía una gran bolsa entre los genitales, sujeta por un cordón largo, que se introducía en el interior de la vagina.

Lograron reunirse en el domicilio de la parturienta hasta ocho profesores, entre los que se encontraba el Dr. Gallardo, y explorando a la paciente observaron fiebre alta, escalofríos y dolor en el hipogastrio que estaba aumentado de tamaño.

Tras el cateterismo vesical, del que se extrajo una gran cantidad de orina, inspeccionaron los genitales, observando un tumor con una forma y volumen semejante a un útero, con una abertura por donde había salido líquido sanguinolento, a la vez que había salido la cabeza fetal durante el parto, que en todo momento había sido fisiológico.

Introduciendo toda la mano en la vagina, lograron precisar que el pedículo tenía su base de inserción en el fondo de útero derecho, estando contraído éste hacia la fosa ilíaca izquierda.

Tras practicar una ligadura en el origen del pedículo y seccionarlo, la enferma falleció a las 4 horas.

Hecha la autopsia, se verificó una rasgadura en el fondo de saco recto-vaginal que comunicaba con el peritoneo, estando la trompa derecha alargada y permeable, así como alargado estaba el ligamento redondo.

El tumor era de estructura glandular, englobando parte del ovario derecho.

El análisis anatómico-patológico, fue realizado por el Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, Dr. Maestre de San Juan, dando como resultado el estar compuestas las paredes de dicho tumor de tejido conectivo y tejido "carnoso de la vida vegetativa".

Reconoce el Dr. Gallardo que es muy importante saber, primero, que puede coexistir un quiste con el embarazo, y segundo, que al encontrarse la cabeza fetal durante la progresión del parto con el quiste, puede desencadenarse una rasgadura en la pared vaginal.

La evolución y el pronóstico, varía mucho entre hacer un diagnóstico durante el embarazo o antes del mismo, y realizar un diagnóstico tras la observación de éste durante el parto.

Cuando se observa durante o después del parto, puede inducir a creer que sea una mola, un tumor uterino o vaginal. Además, las roturas vaginales se producen habitualmente en el transcurso de los partos distócicos y los quistes sólo dan patología de obstrucción al progreso fetal durante su descenso en el parto.

También puede dar lugar a confusión cuando no se piensa en este tipo de roturas y al introducir la totalidad de la mano por la vagina se derive ésta por la abertura existente, comunicando con el peritoneo, creyendo el explorador que la posición en que está dicha mano sea dentro del útero.

A partir del análisis anatómico-patológico, expone cómo debió ser el origen de dicho tumor y las causas que lo desencadenaron.

Al pasar un óvulo en su trayecto habitual desde el ovario a la trompa, quedó acantonado, actuando como un cuerpo extraño, produciendo inflamación y creciendo éste, formando una conexión con las paredes tubáricas tan íntimas, que estas mismas paredes a lo largo del tiempo se transformaron en la cubierta de dicho tumor.

Descarta la probabilidad de que fuera un quiste ovárico, porque la mayor parte del ovario apareció en la autopsia, ni un

quiste del ligamento ancho, ya que la evolución de éste es totalmente distinta.

Al tener peso descendió hasta situarse en el fondo del saco rectovaginal, alargando extraordinariamente el conducto tubárico y el ligamento redondo. Ante los pequeños traumatismos originados en la pared vaginal por los partos anteriores, se abrió, produciendo la patología que anteriormente ha quedado expuesta.

Imperforación de ano y recto:

En 1887 observa una niña de 24 horas de vida, que a la exploración presentaba una imperforación de ano y recto.

El tipo de operación consistió en introducir el dedo en vagina para servir de guía a un trócar curvo de Fr. Cosme que incidió en la depresión anal hasta llegar al ciego rectal el cual punzonó, saliendo por la cánula meconio.

Colocó una sonda de Nelatón que mantuvo durante 24 horas, que fue el tiempo que tardó en aparecer una peritonitis, falleciendo la niña a las 48 horas.

OPERACION DE CESAREA POSTMORTEM

La operación de cesárea efectuada en una primípara a los 5 minutos de su muerte, tuvo tanta resonancia y transcendencia en el año en que fue practicada, 1878, que fue publicada en "La Revista de Medicina y Cirugía Práctica" en el número 39, en varios periódicos profesionales, nacionales y extranjeros, siendo uno de ellos de Nueva York.

Comenta, que aunque ha sido practicada la cesárea muchas veces con éxito, todavía se encuentra alguna resistencia por parte de los profesionales para llevarla a cabo, dada la dificultad que entraña.

Señala algunos aspectos para llevar a cabo una cesárea post-mortem: Hasta ese momento, los cirujanos, solamente realizan la abertura del cuerpo humano en dos circunstancias muy bien

definidas, la primera, cuando estando vivo el paciente, se tenga la necesidad de ejecutar cualquier tipo de operación, ya sea cirugía menor o una cirugía más complicada y laboriosa, aunque de ella dependa la vida del enfermo.

Y la otra, ya cadáver, mediante una autopsia, para verificar el certero diagnóstico o estudio de la muerte de dicho paciente por complicaciones derivadas del proceso patológico que le afectó primitivamente, o como aprendizaje de una determinada intervención quirúrgica que haya de practicar más tarde en un paciente enfermo.

Lo que es totalmente infrecuente, es la intervención quirúrgica en un paciente que acaba de fallecer, no habiendo perdido éste todavía el calor natural de su organismo, ni habiéndose presentado la rigidez mortuoria.

Destaca la dificultad existente en el diagnóstico entre una muerte real y una muerte aparente. Y cita el ejemplo de Vesalio, que al comenzar a realizar una autopsia a un individuo que se creía ya cadáver, se recuperó ante la sorpresa de los asistentes.

Otra de las causas desfavorables para efectuar una cesárea postmortem, es el fracaso con que se puedan encontrar los cirujanos después de llevar a cabo esta empresa tan arriesgada, y encontrarse con la ingratitud e incomprensión de los familiares cercanos a la fallecida.

El caso clínico, objeto de estudio, trata de una primeriza de 36 años de edad, con antecedentes días antes del parto de ataques convulsivos, seguidos de "fluxión cerebral".

A la cabecera de la cama, además del Dr. Gallardo, se encontraban otros profesores.

A la inspección, se observaba lividez, sudor frío que la bañaba en su totalidad, pupilas midriáticas, pulso filiforme y respiración estertorosa.

Practicada una sangría, después de media hora en que la paciente mejoró algo, falleció tras un episodio convulsivo.

Tras ratificar la muerte real de la embarazada, apoyándose en la ausencia de contracciones cardíacas, así como de todos los signos vitales, y constatando los movimientos activos todavía existentes del feto, después de conseguir la conformidad del

marido para ejecutar la cesárea postmortem, y con unanimidad para efectuar dicha operación entre los profesores que en ese momento se encontraban presentes, se preparó todo para extraer el feto a los 5 minutos del fallecimiento de dicha embarazada.

El resultado fue la extracción de un feto vivo, en buen estado general, de sexo femenino y al que se aplicaron fricciones torácicas, insuflaciones de aire, aspersiones de agua fría, baños de inmersión fríos y calientes, para más tarde aplicarle un choque eléctrico de inducción de Graiffe, con lo que la neófita rompió en el ansiado y esperado llanto que todos estaban esperando.

A consecuencia de las fricciones ejecutadas en la región torácica, apareció a los 8 días de nacer, un eritema que se diseminó por tronco, región glútea y perineal que añadido a la insuficiente alimentación a la que estuvo sometida, por no encontrar una nodriza que la alimentase en buenas condiciones, falleció a los 12 días de nacer.

Ante esta operación de tan especiales características, deben concurrir una serie de requisitos bien precisos y delimitados, para que pueda llevarse a cabo.

Para demostrar que el feto puede sobrevivir a la madre ya fallecida, cita una serie de ejemplos, en los que refiere que después de efectuarse el fallecimiento de una embarazada, a las 48 horas se extrajo un feto vivo; como también el caso de "la princesa Paulina Schwarzenberg precedida en París de resultas de quemaduras y abierta a las 24 horas se encontró vivo el feto", este último ejemplo lo recoge del "diccionario de Ciencias médicas, de 39 tomos, Madrid, 1823, Tomo XVI, página 364".

Las indicaciones y requisitos de la cesárea postmortem, son los siguientes:

1. Muerta la madre, el feto puede seguir viviendo hasta consumir el oxígeno materno, ya que la organización del feto está acostumbrada al ácido carbónico.

El feto, al no respirar dentro del seno materno, intercambia los gases mediante la placenta, mezclándose por otra parte por medio del agujero de Botal y el conducto arterioso la sangre venosa y arterial fetal.

Para apoyar esta conclusión expone como ejemplos aclarato-

rios, el que después de fallecer cornejas preñadas, asfixiadas en el agua, se han extraído los fetos vivos después de 20 minutos, así como recién nacidos que después de haber sido arrojados y abandonados en charcas, han podido seguir viviendo.

2. Para hacer la diferencia entre la muerte real y la aparente, hay que apoyarse en los antecedentes del proceso morboso que desencadenó la terminación funesta de la paciente, ayudado posteriormente por una minuciosa y precisa exploración.

Respecto a la enfermedad de base, hay que analizar:

- a. El tipo de enfermedad.
- b. La evolución de la misma.
- c. Como se produjo la finalización de la misma.
- d. Organos afectados.
- e. Alteraciones anatómo-patológicas que han podido producirse.

En cuanto a la exploración detallada:

Auscultación del área cardíaca.

—Inspección.

—Palpación.

Con todos éstos datos, aunque se esté verdaderamente seguro de la muerte real del individuo, la operación en el cadáver deberá realizarse como si de una persona viva se tratase.

Respecto a la exploración fetal:

—Ruidos cardíacos.

—Movimientos activos fetales.

—Viabilidad del feto, ya que ésta es efectiva a partir de los 6 meses de embarazo.

—Tras la muerte materna, el período de tiempo aconsejable para efectuar la extracción fetal, es cuanto antes, ya que las probabilidades de extraer un feto vivo son más altas, cuanto antes se realice.

3. Y explicando su manera de proceder ante el caso de cesárea postmortem que efectuó, comenta que la muerte de la madre era real y no aparente, demostrando que a la exploración observó:

—Que tras los ataques convulsivos padecidos, éstos dieron lugar a una congestión pulmonar y cerebral.

—Que había pérdida de conocimiento, relajación muscular y midriasis pupilar con ausencia de latidos cardíacos.

—Que al realizar la primera disección, no hubo aparición de sangre.

—Que el feto era viable, y que existían movimientos activos fetales.

—La urgencia en este tipo de intervenciones es vital, ya que de la misma manera que la madre deja de existir, también en poco tiempo lo hace el feto.

—Para terminar aconseja a sus compañeros, el realizar este tipo de intervención cuando se encuentren en situaciones análogas.

3.2.2.12. CIRUGIA OSEA Y DE ARTICULACIONES EN EXTREMIDAD SUPERIOR.

Amputaciones

Dentro del grupo de las operaciones generales, las amputaciones es el tipo de operación más numeroso.

La gravedad de este tipo de operaciones, viene determinada por:

a. La gran cantidad de estructuras que intervienen, como son la piel, tendones, músculos, cápsulas sinoviales, articulares, nervios, vasos y estructuras óseas.

b. La formación de heridas complejas e irregulares que resultan tras una amputación.

c. Las complicaciones inflamatorias, dependientes, unas veces de la enfermedad de base, y otras, de las características propias e individuales de cada paciente.

Para cada tipo de operación, existen gran cantidad de métodos, procedimientos y variaciones; pero la amputación en su esencia, sigue siendo una intervención quirúrgica completamente reglada, en el que se sabe a ciencia cierta y paso a paso, lo que el cirujano debe hacer en cada momento.

Aunque el instrumental quirúrgico, no ha variado substancialmente a lo largo de los años, refiere, la gran confianza que

tiene depositada en que con el transcurrir del tiempo, de la misma manera que existen avances significativos referente a nuevas máquinas en otras áreas, así mismo exista un tiempo en que aparezcan material instrumental que de una manera rápida y eficaz, puedan efectuar una amputación restando algo de importancia y protagonismo tanto a la pericia del cirujano en el acto operatorio, como a la infección y complicaciones habituales, derivadas en este tipo de operaciones. De la misma manera que son susceptibles de mejora y perfeccionamiento, los tipos de sutura existentes hasta ese momento.

Finalmente concluye que aún utilizando los **métodos anti-sépticos**, raras veces la cicatrización de las zonas cruentas se efectúa por primera intención.

1. Dedos de la mano:

De todas las amputaciones que ejecuta en los dedos de la mano, el dedo que con mayor frecuencia se observa afectado es el índice, aduciendo las siguientes causas:

1. Por la disposición que tiene en la mano.

2. La gran mayoría de las veces, para el trabajo que ejecuta la mano necesita utilizar el dedo pulgar y el dedo índice. Pero el dedo pulgar, es más corto y tiene una serie de movimientos que puede ejecutar, como son los de abducción, aducción, circundición, y además las dos falanges de que consta, son más fuertes que las del resto de los dedos.

Tras el índice, es el 5° dedo, el que con frecuencia se ve sometido a la amputación, siendo la causa, los esfuerzos que recaen en el borde radial de la mano.

Los diagnósticos que han dado lugar a una amputación han sido los siguientes:

- a. Caries falángicas o metacarpo-falángicas.

- b. Artritis fungosa supurante.

- c. Heridas que ocasionadas por armas de fuego, han dado lugar a una fractura.

- d. Heridas con fractura y maguillamiento.

- e. Flemones o panadizos con supuración ósea.

f. Osteomas.

Los flemones o panadizos que profundizan hasta afectar al periostio y tejido óseo, dan lugar a supuraciones, que más tarde dejan formadas las caries falángicas o metacarpo-falángicas, según la localización de la afección primitiva.

De igual modo, la artritis fungosa, cuando da lugar a la supuración, deja de forma residual una caries.

Las indicaciones y métodos operatorios varían según sea el tipo de lesión y la localización de la misma. Así de ésta manera, la amputación total del dedo la reserva para casos verdaderamente extremos. Teniendo en este sentido una actitud claramente conservadora.

Cuando solo y exclusivamente está afectada la 3ª falange, el tipo de operación que utiliza no es la amputación, sino la extracción de la 3ª falange con una pinza.

En los casos que presenta no hay ninguna amputación del dedo en la que conserve la 1ª falange, ya que al no tener movimiento alguno, ésta se convierte en un estorbo, sin ningún beneficio para el paciente.

En 1872, realiza ya en las clínicas de la Facultad de Medicina, la amputación de la 1ª falange de un dedo, conservada en otra amputación, por la inutilidad que tenía ésta y el problema que le producía al paciente para desarrollar los movimientos propios y cotidianos de la mano, en sus quehaceres diarios.

Cuando tiene que practicar la amputación de la 2ª y 3ª falange de un determinado dedo, propone una innovación, que consiste en seccionar los tendones que se insertan en la 3ª falange, para que al desarticular la 2ª falange, éstos al retraerse, queden al nivel de extremidad de la 1ª falange y ésta, pueda tener algún tipo de movimiento, no resultando un elemento rígido que dificulte como antes se ha comentado, algunos movimientos.

Hace el firme propósito y así lo comenta, en utilizar el termocauterío en la supuración de los trayectos fungosos. Y razona, que unas veces con el termocauterío y otras veces con la resección, se podrá efectuar la resolución de la lesión sin tener que utilizar la amputación.

El 50% de las operaciones recaen en el dedo índice, siguiéndole en frecuencia el dedo medio, anular y meñique.

La primera operación referente a los dedos de la mano la realiza en el año 1873.

De la totalidad de los operados, existen tres defunciones; dos de ellas de causas ajenas a la operación, ya que la primera acaecida en un varón de 21 años de edad y en el que realizó la amputación de la 3ª falange por contigüidad en el año 1873, por caries en la 3ª falange del dedo medio, falleció a los 7 días de la intervención por una fiebre gástrica tifoidea.

La segunda defunción, en un varón de 48 años de edad, operado en 1874, efectuando una operación de la 3ª falange del dedo índice por caries, falleció horas más tarde por disnea nocturna, no habiendo tenido dicho paciente antecedentes de este tipo.

La tercera defunción, cuyo diagnóstico era un flemón del 4º dedo afectando la cabeza del 4º metacarpiano, que amputó por continuidad cuando había comenzado el paciente a tener fiebre y falleciendo por dicha fiebre y extensión de la infección purulenta.

Comenta que la amputación de los metacarpianos 1º, 3º y 4º son las más graves por la frecuencia con que se complican con infección purulenta.

El tipo de operación es el método oval, pero como frecuentemente, terminada la operación, no queda suficiente tejido para cubrir la cabeza del metacarpiano, realiza la sección de dicha cabeza con la tijera de Listón, y lo que comenzó siendo una desarticulación, termina siendo una amputación por continuidad, sin que haya la menor diferencia entre la desarticulación y la amputación por continuidad desde el punto de vista evolutivo y terminativo.

Dentro de las distintas patologías que afectan a los dedos desde el punto de vista óseo, se observan las siguientes características:

a. En las caries falángicas, existe mayor porcentaje en varones afectados que en hembras.

La tasa de frecuencia referente a las edades, está inclinada en las comprendidas entre los 20 y los 30 años, seguidas de los comprendidos entre los 50 y 60 años.

b. En las artritis fungosas supurantes, las edades están comprendidas entre los 5 años y los 22 años.

Tienen el mismo porcentaje de casos tanto varones como en hembras.

c. En las heridas ocasionadas por armas de fuego y que coexiste fractura, fueron todos varones.

Las edades estaban comprendidas entre los 18 años y los 33 años.

El tipo de operación fue la amputación de la zona afecta, por continuidad, y se les dio el alta totalmente curados.

d. En las heridas con magullamiento y fractura, todos ellos fueron varones y las edades estaban comprendidas entre los 26 y los 72 años.

e. Y referente a los flemones y panadizos con supuración ósea, el tipo de operación fue la misma que en los anteriores, curando totalmente. El único de osteoma, recayó en una hembra de 14 años de edad, con un tamaño semejante a una nuez, y localizado en la 1ª falange del 5º dedo derecho, que fue amputado por contigüidad y por el método oval, obteniendo curación.

En 1889, con ocasión de operar a un varón de 44 años de edad con fractura, del índice izquierdo por arma de fuego, realiza una amputación por contigüidad siguiendo el método y empleando para ello **anestesia local**.

2. Mano:

En 1887, se presenta un varón de 60 años de edad, que a consecuencia de un accidente fortuito de caza, se produce una herida por arma de fuego, con destrozo de la parte media de la palma de la mano izquierda, quedando tan sólo parte del 1º y 5º dedo.

Ante esto, quedaba elegir tan sólo entre 2 tipos de operaciones:

a. La desarticulación radio-carpiana.

b. La amputación por la continuidad en el tercio inferior del brazo.

Tanto una como otra tenían sus ventajas y sus inconvenientes, haciendo realmente difícil su elección.

a. Ventajas de la desarticulación o amputación por la contigüidad:

—Tiene el mismo grado de peligrosidad que la segunda opción.

—Al efectuar la operación, no hace falta abrir el conducto medular óseo.

—Inconvenientes:

—La aparición de flemones profundos causados y precipitados, al seccionar los tendones, que íntimamente están en contacto con las cápsulas sinoviales.

b. Amputación por la continuidad:

Ventajas:

—Tenía el antecedente de haber realizado ya 4 operaciones en 4 pacientes, con muy buenos resultados.

Inconvenientes:

—La aparición de mielitis purulentas, que son tan difíciles de abordar y evacuar.

En el caso que nos ocupa, tras la amputación radio-carpiana a colgajos anterior y posterior, apareció a los 4 días un flemón, que fue abierto al 8º día, observándose que su trayectoria coincidía con la dirección del flexor profundo de los dedos.

Se dispuso un tubo de drenaje en la parte anterior del antebrazo, para ir evacuando el contenido purulento.

El paciente falleció probablemente, por una grave enfermedad de base que ya padecía en el momento del ingreso, sumado a la avanzada edad que presentaba y a la gran deficiencia higiénica que portaba.

3. Antebrazo:

La patología ósea del antebrazo consiste en:

- a. Por heridas provocadas por armas de fuego.
- b. Flemón profundo afectando los huesos del carpo.
- c. Caries del hueso del carpo.
- d. Artritis fungosa supurante.
- e. Quemaduras profunda de la mano.
- f. Fractura conminuta de los huesos de la mano.

En todas ellas realiza la amputación del antebrazo con las consiguientes variantes según fuera la causa provocante del daño patológico.

La primera operación data del año 1867, en un varón de 40 años de edad, con grandes destrozos, ocasionados por arma de fuego, en la mano, por lo que realizó la amputación del antebrazo por continuidad del tercio inferior y por el método circular, obteniéndose la curación.

Otra de las operaciones interesantes recae en 1887, en un varón de 36 años de edad, con una herida en la región ántero-externa del antebrazo, con destrucción del radio, al explosionar el arma de fuego que llevaba consigo accidentalmente.

Siete horas después de haberse producido el accidente, realiza la desarticulación por el codo a colgajo ántero-externo, seccionando el colgajo por transfisión. Hubo de serrar la tróclea para obtener un colgajo de piel lo suficientemente grande, para cubrir la herida operatoria.

Cuatro días después de la intervención quirúrgica, se desencadena una inflamación que partiendo del brazo, llega hasta el hombro.

No realiza la abertura del foco supurante, por temor a desencadenar secciones vasculares y poner de esta manera en contacto la supuración con la herida postoperatoria. Por lo que efectúa la compresión del brazo con una compresa graduada hasta que desaparece la supuración y práctica la retirada de puntos de sutura de la herida, para que pueda evacuar por ella.

La fiebre pseudo-accesional que llegó a 40°, se combatió con las medidas habituales, es decir, la antipirina y la quinina.

Más tarde apareció otro foco de supuración, ésta vez en la zona posterior del brazo, elevándose también la temperatura, por lo que procedió a la apertura, cediendo toda la sintomatología y evolucionando hacia la curación.

Con relación a un caso de quemadura que profundizaba hasta el carpo y metacarpo con gran supuración, realiza la amputación del antebrazo por el tercio inferior y siguiendo el método circular, por considerar la supuración como una grave complicación para la vida de éste enfermo.

En 1889, atiende un paciente que ingresa con una fractura conminuta de los huesos de la mano, con herida contusa y dislacerante, y al que opera practicando una amputación por la mitad del antebrazo, según el método circular, de la que el paciente se restableció.

En 1889, un varón de 41 años de edad, se presenta con quemaduras en ambas manos, con destrucción de los dedos, caries de los huesos del carpo y con antecedentes de epilepsia y afectación hepática, al que realiza la amputación dejando un colgajo para antebrazo derecho y otra amputación por el método circular en el antebrazo izquierdo, aplicándole rigurosamente el **método antiséptico de Lister**.

Este paciente, curó por primera intención de las dos amputaciones, pero falleció por la alteración hepática.

Además de ésta defunción hay otras dos más, una de ellas, por caquecisia escrofulosa en un varón de 27 años de edad, que a raíz de una artritis fungosa radio-carpiana con supuración, le realiza la amputación, siendo éste un factor desencadenante en el fallecimiento.

La última defunción recayó en un varón de 46 años de edad, afecto de caries en los huesos del carpo, que amputado en 1877, falleció al mes de haber sido intervenido, a causa de una infección purulenta.

En 1889, realiza una amputación de la parte media del antebrazo, con luz artificial, en un joven de 26 de edad.

4. Brazo:

Hay dos tipos de operaciones:

- a. Amputación por continuidad.
- b. Desarticulación escapulo-humeral o amputación por contigüidad.

Ya he comentado anteriormente que una de las ventajas de la amputación por contigüidad, es la ausencia de mielitis óseas, al no tener que seccionar el hueso en ninguna de sus partes, sino que se realiza la desarticulación.

a. Amputaciones por continuidad:

La primera vez que practica la amputación de un brazo es un 1869, en una gitana de 50 años de edad, con una úlcera antigua de cuatro años, situada en el antebrazo y producida por una picadura de vívora, que había sido cauterizada sin que hasta el momento hubiese cicatrizado.

Durante estos cuatro años de evolución, la úlcera, se había extendido tanto en longitud como en profundidad, llegando hasta el cúbito y el radio, dejándolos al descubierto, con una supuración continua.

Tras realizar la amputación del brazo por continuidad del tercio inferior y con el método circular, se presentó durante el postoperatorio, una inflamación en la rodilla, que más tarde evolucionó a una úlcera muy semejante a la que presentaba en el antebrazo, en el momento del ingreso.

La paciente respondió bien al tratamiento a base de purgantes, ioduro potásico y baños sulfurosos termales, curando totalmente de su afección.

En los tres casos que observa de artritis supurante fungosa, realiza la amputación del brazo por continuidad, obteniendo la curación en dos de ellos y falleciendo uno por infección purulenta.

En los casos de osteítis, uno de ellos fallece en el Hospital de San Carlos en 1871, tras realizarle una amputación por observar una osteítis de los huesos del antebrazo ya amputado anteriormente.

A raíz de un caso que se presenta en 1886, en una anciana de 73 años de edad, con una fractura conminuta en el tercio inferior del húmero con magullamiento y salida de uno de los fragmentos por la piel, por haberle cogido el brazo, la rueda de un carro, explica el Dr. Gallardo, que la terminología que comienza a

conocerse con la palabra anglosajona "Shock", no quiere decir más que lo que en castellano se explicaba con la frase "falta de reacción".

Esta paciente, aunque se realizó una amputación por la parte media del brazo, falleció cuatro días después a consecuencia de sus lesiones.

b. Desarticulación escápulo-humeral o amputaciones del brazo por contigüidad:

Señala que en 14 años en la historia del hospital provincial, se ha realizado tan solo en 5 ocasiones, la desarticulación escápulo-humeral.

La primera data del año 1881 y la quinta del año 1884, obteniéndose en cuatro de ellas la curación y en una sola la defunción.

La mortalidad en éste tipo de operaciones tenía una tasa del 30%.

La ventaja fundamental, es que al realizar la desarticulación, no se abría el conducto medular, como si se realizaba, en las amputaciones por continuidad, no produciéndose de ésta manera las mielitis purulentas de consecuencias tan funestas para el paciente.

La primera desarticulación escápulo-humeral recae en un joven de 19 años de edad, que a consecuencia de un traumatismo directo, ocasionado al caerse un tren en marcha a la vía, le ocasiona una fractura simple del tercio superior del húmero derecho y dos heridas contusas, una en la mejilla y otra en la región parietal de poca importancia.

Estando el joven en el suelo, el paso a toda velocidad de los vagones del tren, la rozaron en la parte posterior de la cabeza, provocándole heridas contusas con poca extensión y profundidad, así como una importante herida contusa, dislacerante, que iba desde el tercio inferior del antebrazo hasta la parte superior y posterior del brazo izquierdo con fracturas conminutas del húmero, cúbito y radio, con graves afectaciones en las masas musculares.

Aún en éste estado, al volver a tener conocimiento, caminó durante un kilómetro, con el objeto de pedir auxilio.

Ingresando ese mismo día en el hospital, el procedimiento operatorio que realizó fue el siguiente:

En toda la extensión del brazo izquierdo, no quedaba más piel sana que la necesaria para tallar un colgajo interior, que realizó mediante el procedimiento de Dupuytrén.

Al levantar dicho colgajo, apreció que el cuello quirúrgico del húmero estaba fracturado. Tras ligar la axilar, procedió a la abertura de la cápsula articular que estaba libre de lesiones y realizó la desarticulación escapulo-humeral, terminando con una sutura entrecortada.

En toda la intervención quirúrgica, así como en todas las curas que se realizaron se siguió paso a paso y con todo detalle el

Método antiséptico de Lister.

En las demás lesiones que presentaba el joven paciente, se practicaron las necesarias curas y en el brazo derecho colocó un apósito de fractura.

Se levantó el apósito al 7º día encontrando una buena cicatrización. Las complicaciones postoperatorias comenzaron a surgir, primero con una fiebre pseudo-accesional a consecuencia de la supuración de las heridas, a pesar de haber efectuado las curas por el método de Lister, cohibiéndose dicha fiebre a base de medicamentos habituales como la quinina y el alcohol.

Estando ya resueltas la supuración de las heridas y la fiebre, observó una fractura en la espina del omóplato que había pasado desapercibida y que había dado lugar a una osteo-periostitis, con supuración y trayectos fistuloso en la región dorsal, y que al no ceder con las inyecciones iodadas se practicaron la incisión de los mismos, resolviéndose, pero dejando una erisipela que se extendía desde el tronco hasta la mano derecha.

A los 6 meses del ingreso, le dio el alta, totalmente curado y en buenas condiciones físicas.

En 1882, la segunda operación de desarticulación escapulo-humeral recae en un varón de 24 años de edad, con herida dislacerante de la mano, antebrazo y brazo derechos, con fracturas

conminutas, producido todo ello al cogerle y aprisionarle el brazo una turbina en el lugar del trabajo.

Horas más tarde del accidente, nada más ingresar en el hospital, se procede a la desarticulación humeral por el procedimiento de Dupuytrén.

Las curas se hacen mediante el **método antiséptico** y al sexto día se levanta el apósito, no encontrando complicación alguna.

Más al realizar la segunda cura a los cuatro días, observa que algunos puntos de sutura se habían soltado; retirados los demás, aprecia una supuración y tres trayectos fistulosos profundos con dirección a la cavidad glenoidea.

Se colocan tubos de drenaje, presentándose a los 15 días, fiebre alta pseudo-accesional, que fue tratada con quinina y con alcohol, evolucionando satisfactoriamente y dándole de alta, aunque acudió al hospital diariamente, durante 15 días, con el fin de acudir al hospital diariamente, durante 15 días, con el fin de realizarle **curas de los trayectos fistulosos**, hasta que éstos desaparecieron.

El tercer caso, trata de un varón de 23 años de edad, que ingresa en 1882, con antecedentes de una gran quemadura producida tres años antes, por lo que en el momento del ingreso presentaba:

—Una úlcera que se extendía desde el brazo izquierdo hasta la espalda.

—Adelgazamiento extremo del brazo, también con una úlcera, en la cara externa y anterior, ésta de características fungosas.

—Articulación del codo totalmente anquilosada.

—Antebrazo de constitución normal.

—Mano elefantíásica, sin edema, de gran tamaño y dura.

El Dr. Gallardo hace un molde de escayola de dicha mano, al quedarse impresionado de la magnitud que alcanzaba.

Tras un plan reconstituyente, en el que vigilaba el peso ganado cada mes y con el que ganó varios kilos, ante la amenaza de hemorragias que se presentaban en la úlcera localizada en el brazo, y no habiendo conseguido recuperación alguna por parte de las lesiones que presentaba en el momento del ingreso, decidió la desarticulación escapulo-humeral, que realizó por el

procedimiento de Dupuytrén, efectuando un colgajo anterior por transfisión.

Al sexto día, en que se levantó la cura, observó que había cicatrizado por primera intención, cicatrizando más lentamente un trayecto fistuloso localizado en la cavidad articular.

El alta se le dio estando totalmente curado de sus lesiones, un año después y con seis kilos más de peso.

En 1883, ingresa un varón de 49 años de edad, que presentaba trayectos fistulosos en la parte superior y posterior del brazo, llegando hasta la región escápulo-dorsal, y que por medio de un sondaje descubre que van a la cabeza del húmero, que estaba totalmente necrosada por una fractura que había tenido meses antes.

Antes de considerar la intervención quirúrgica, se prescribieron durante 7 meses, tratamientos dietéticos, farmacológicos, así como se practicaron las oportunas curas. Tras éste tiempo, lo único que consigue es el aumento de los trayectos fistulosos.

Coincidiendo la estancia en Toledo, del antiguo ayudante en las clases prácticas de la Facultad de Medicina de Madrid y en ese momento cirujano del Hospital Provincial de Bilbao, Dr. Carrasco, le instó para que observase a dicho enfermo, concluyendo que como no se podía saber a ciencia cierta la extensión de la necrosis de la cabeza de húmero, se comenzaría la operación como si fuera una resección, para terminarla como desarticulación a la vista de la extensión que se observase de la lesión.

En ésta intervención, se utilizó **cloroformo**, y practicada la incisión que dejaba al descubierto la cabeza humeral, observó que la necrosis llegaba hasta más abajo del cuello quirúrgico, por lo que se decidió la amputación por el procedimiento en raqueta.

En la intervención quirúrgica además del citado cirujano y el Dr. Gallardo, estuvo presente el Dr. Merino, médico del cuerpo de Sanidad Militar.

La intervención quedó finalizada, con la utilización del termocauterio.

Tras eliminar a los 20 días un secuestro del rodete glenoideo,

se dio de alta al paciente al año de haber sido ingresado y totalmente recuperado.

En 1888, reduce bajo **anestesia** una luxación completa de húmero, en un varón de 39 años de edad.

3.2.2.13. CIRUGIA OSEA Y DE ARTICULACIONES EN LA EXTREMIDAD INFERIOR

1. Dedos del pie:

Considera más graves las amputaciones de los dedos del pie que de las manos por:

a. Los dedos del pie, están más alejados del corazón que los de la mano, por lo que la circulación en los dedos del pie está más dificultada, y por esta misma causa, es más dificultosa y más prolongada la cicatrización por primera intención.

b. Al tener más contenido en grasa, aparecen con más frecuencia los flemones.

c. Son factores predisponentes a las infecciones sépticas, la total falta de higiene que observa en la mayoría de los pacientes.

La patología que se encuentra en la estadística, es muy semejante a la existencia en los dedos de las manos, siendo las más frecuentes las caries, las heridas contusas y las fracturas.

Hay exclusivamente una defunción, que recayó en un varón de 55 años de edad, con heridas contusas, fractura de la 1ª falange del dedo gordo, además de fracturas de las segundas falanges de los tres dedos siguientes.

Realizó la amputación por contigüidad del dedo gordo, y la desarticulación de las segundas falanges de los tres dedos restantes.

Para que las heridas no estuvieran en contacto con el aire, las cubrió con una cura con coloidón.

Tras una gran inflamación con supuración, se desencadenó una infección purulenta y falleció a los 20 días de la operación.

2. Pie:

Las operaciones que ha ensayado en el cadáver, le lleva a comentar que las amputaciones que recaen en el pie, tienden sobre todo a efectuarse parcialmente, para que el individuo tenga algún punto de apoyo en la deambulación, y por otra parte, porque es un verdadero axioma el que a mayor superficie cruenta provocada, más peligro potencial existe para el paciente.

Como también existe mayor peligro, cuanto mayor es el miembro amputado.

Pero, observando los distintos tipos de amputaciones del pie, entre las que se encuentran la desarticulación tibio-tarsiana, las amputaciones parciales y la amputación supra-maleolar, observa que aunque en la amputación supra-maleolar es en la que más pie se amputa, es la que menos heridas deja, mientras que en las otras dos restantes las heridas son mayores, aunque se amputa menos cantidad de pie.

En las amputaciones que ha realizado, ha observado que la supramaleolar es la que menos complicaciones ha dado en su evolución.

Solamente tiene la oportunidad de practicar una sola amputación de pie en el año 1883, en un varón de 58 años de edad afecto de una gangrena de pie derecho, al que realiza una amputación parcial del pie siguiendo el método de Lisfranc, falleciendo el paciente 16 días después a consecuencia de la gangrena en la pierna.

3. Pierna:

La primera amputación la realiza en el año 1870 y la última en el año 1887.

Las amputaciones son las siguientes:

- Amputación por encima de los maléolos.
- Amputación en el mismo sitio de elección.
- Amputación por encima del sitio de elección.

Referente a las amputaciones supra-maleolares, extrae la conclusión de que la herida que queda tras la amputación que-

da en muy buenas condiciones. La tasa de mortalidad que oficialmente se suponía para este tipo de amputación era del 12%.

El tipo de operación que suele utilizar en las amputaciones de la pierna, es el procedimiento de Argumosa, unas veces realizado en el sitio de elección y otras veces por encima de éste. Cubre el colgajo triangular de la tibia, para que se produzcan adherencias con la médula ósea, siendo de ésta manera muy dificultosa el que evolucione hacia una infección purulenta.

Amputaciones supra-maleolares:

Las realiza entre 1883 y 1886.

La primera de ellas fechada en el año 1883, recayó en un varón de 16 años de edad, escrofuloso, y cuyo diagnóstico de artritis en supuración tarso-metatarsiana, con caries en los huesos, le obliga a realizar la amputación supra-maleolar mediante el método circular.

El paciente tiene una evolución buena, sin ningún tipo de complicación, dándole de alta a los 3 meses de su ingreso. Aunque antes de salir del hospital, le pone un aparato ortopédico, que consistía en un tubo de cuero con almohadilla y terminado en tacón, para que apoyase el muñón y le resultase más fácil la deambulación. Algunos meses más tarde, coincidiendo con él, observó que solo utilizaba el aparato ortopédico para resguardar del frío el miembro amputado, observando una atrofia y un acortamiento de 12 cm. respecto al otro miembro sano, por lo que extrae en conclusión de que la atrofia ha sido desencadenada por la constante compresión que ejerce el aparato ortopédico y la vida sedentaria que lleva el individuo.

El segundo caso trata de una joven de 19 años de edad, con caries escrofulosas en el calcáneo derecho, a la que realizó también una amputación supra-maleolar y dándola de alta a los 10 meses de su ingreso, sin ningún tipo de complicación. A lo largo del tiempo, ha observado, que éste paciente se ayuda en su deambulación con un par de muletas, teniendo el mismo desarrollo el miembro amputado, que el sano.

El tercer caso, recae en un varón de 48 años de edad, que a

consecuencia de haberle pasado por encima del pie un vagón de ferrocarril, le produce heridas contusas y fracturas de los huesos del pie.

Tras la amputación supra-maleolar, le da el alta totalmente curado cuatro meses más tarde.

La cuarta amputación supra-maleolar, recae en una hembra de 40 años de edad con antecedentes cardíacos, ya que había tenido varios síncope, y obesa en extremo.

La amputación se vio dificultada desde el principio por la gran obesidad que presentaba la paciente, obligando a seccionar un plano más arriba, para que terminada la amputación, quedase suficiente piel y tejido para cubrir los futuros muñones.

La paciente falleció a las 48 horas terminada la intervención quirúrgica, por "parexia cardíaca".

Señala el Dr. Gallardo la contraindicación absoluta que ofrece éste tipo de amputaciones y operaciones en una paciente cardíaca.

La operación debió de realizarse en el domicilio de la paciente y no dentro del establecimiento hospitalario, ya que refiere que el fallecimiento, que ocurrió a las 48 horas de terminada la amputación sucedió en la casa de la paciente.

Parece desprenderse, que en el verano del curso 1871-1872, el Dr. Gallardo, atendía o se ocupaba de los pacientes ingresados en la Clínica Quirúrgica de 1º curso del Hospital de San Carlos, ya que comenta que atendió a un joven de 26 años de edad, con antecedentes de haber padecido en Cuba de fiebres intermitentes, donde le habían declarado inútil por una artritis crónica supurante en la articulación tibio-tarsiana.

Destacaba su extrema palidez y a la palpación el hipocondrio izquierdo apreciaba una tumoración, que supuso como consecuencia de una hipertrofia de bazo, dado los antecedentes anteriormente expuestos del paciente, por lo que instauró un tratamiento a base de quinina y régimen dietético reconstituyente.

Al mes, realizó la amputación de la pierna por el procedimiento de Argumosa, cicatrizando y evolucionando favorable y rápidamente.

Al mes de haber sido dado de alta, ingresó de nuevo con una

sintomatología muy semejante a la tuberculosis miliar, falleciendo a los pocos días.

En la autopsia observó que lo que en un principio parecía una hipertrofia de bazo, era un riñón de gran tamaño, y del que se sacó un molde por el Dr. Castro, con el fin de conservarlo en el museo de la Facultad.

La amputación, expone el Dr. Gallardo, no era incompatible con una hipertrofia esplénica, aunque sí lo era con esta patología renal.

Señala que a veces las amputaciones, ejercen un efecto reconstituyente en los organismos, y explica este proceso, buscando las causas en que la sangre nutre todos los órganos de la economía, así al amputar uno de ellos, hay más cantidad de sangre para nutrir los demás, demostrando con este razonamiento, que una determinada amputación, puede ser el mejor reconstituyente, observando la ganancia de peso de los pacientes que han sido amputados, y es lo que se llama "plétora especial" que en algunas ocasiones desencadena hemorragias y congestiones y hace que escrofulosos mejoren de sus padecimientos, siendo para ellos, beneficiosa la amputación.

Expone como ejemplo aclaratorio, el caso de un varón de 26 años de edad, que en 1884, ingresa afecto de una artritis tibio-tarsiana supurante, con inflamación aguda, quedando los huesos al descubierto.

Como la vida de este paciente, se veía claramente comprometida, realizó la amputación por el procedimiento de Argumosa, cicatrizando en un mes la herida. Más al poco tiempo, comenzaron a afectarse otras articulaciones como las rodillas, muñeca izquierda, codo derecho con supuración, llevando tres años ingresado, con buen estado de nutrición y en vías de resolución.

Muslo:

A. Aneurismas falsos:

Dentro de esta apartado existen dos casos.

El primero de ellos, data de 1869, en un varón de 40 años de edad, a causa de un accidente de caza, en el que de manera accidental, se incrusta una de las balas en la pierna.

La bala, atravesando el ligamento interóseo por su tercio superior, fractura la tibia y se fragmenta en dos partes. Una de ellas, queda acantonada en el conducto medular tibial, mientras que la otra mitad desciende con la supuración, extrayéndola más tarde a nivel de la parte media de los gemelos.

En su trayectoria, la bala secciona la arteria tibial anterior, por lo que se desencadena una hemorragia que se repitió varias veces, hasta que un profesor realiza la ligadura de la poplítea.

Aún creyendo que está ligada la poplítea, las hemorragias se suceden hasta llegar un momento en que cicatrizan parte de las lesiones y se considera en fase de remisión las lesiones.

Tras haber permanecido el Dr. Gallardo durante 20 días a la cabecera de la cama, sin separarse un solo momento, primero por ser el paciente amigo suyo y segundo por haber sido su hermano el que provocó este accidente fortuito, aparece una hemorragia que infiltra de tal manera la pierna que le hace monstruosa.

Vuelve el Dr. Gallardo precipitadamente a la casa del paciente y ya en ella encuentra que una gran nevada cierra los caminos, no llevando ningún tipo de instrumental para realizar la amputación de dicha pierna.

Se consigue a duras penas y con grandes dificultades, **cloroformo**, un cuchillo corvo, un serrucho, y un torniquete procedentes de una antigua caja de amputaciones.

Con la inestimable ayuda de dos cirujanos de la comarca, el hermano del Dr. Gallardo que otras veces había ayudado en estos menesteres, mujeres de la comarca, el sacerdote y el secretario del pueblo, comienza a realizar una amputación por el tercio inferior del muslo, por el procedimiento circular, evolucionando hacia la completa curación.

La comarca o pueblo donde se desarrolla toda la operación parece ser que es El Cerro, en la provincia de Salamanca.

La segunda amputación de muslo por aneurisma, es en el año 1887, en un varón de 40 años de edad, que a consecuencia de una caída y dándose un golpe en la pierna derecha, aparece

una tumoración con pulsación propia y situado en la parte interna y tercio inferior del muslo.

Diagnostica el cuadro clínico como un aneurisma verdadero de la femoral y estando ingresado el paciente, aplaza la intervención quirúrgica, por no considerarla urgente y con el fin de que dicho paciente se vaya acostumbrando al ambiente hospitalario, así como para dar tiempo a la formación de la circulación colateral.

Días más tarde, desaparecen las pulsaciones propias del tumor, extendiéndose el mismo hacia la parte anterior y posterior del muslo, comenzando el dolor de la zona afectada.

Ante esta insospechada evolución del tumor, llega a la conclusión de que no es un aneurisma verdadero de la femoral, sino un aneurisma falso, ocasionado no por el traumatismo de la caída, sino desencadenado por una patología previa del vaso, que debía estar ateromatoso, como así lo confirma la palpación de la femoral a su paso por la zona inguinal, en la que aprecia ateromas, mediante una palpación cuidadosa.

Como primera medida terapéutica, piensa en la efectividad que pueda tener la ligadura de la arteria femoral, encontrando grandes dudas e inconvenientes, como la de efectuada dicha ligadura, apareciesen colaterales, y desapareciendo el dolor, así como la efectividad de dicha ligadura en un vaso ya ateromatoso.

Tras meditar detenidamente en las ventajas e inconvenientes de la ligadura, decide que la mejor medida terapéutica es la amputación del miembro, por lo que preparada la intervención quirúrgica, se pide conformidad a los parientes, que no solamente se niegan a que realice la amputación, sino que convencen al paciente para que pida el alta voluntaria.

Ante esta actitud, le pone una venda de Esmarch y practica la compresión digital sobre la eminencia ileo-peptínea, que se realiza durante las 24 horas del día, ayudado por practicantes, enfermeros y enfermos leves que se van turnando, coagulándose de esta manera la sangre contenida en el interior de la tumoración y aliviándose en parte la sintomatología dolorosa, a la vez que el tumor evoluciona hacia una gran dureza con livi-

dez en su superficie, y la pierna se infiltra con una inflamación que alcanza hasta la rodilla.

Se le concede el alta voluntaria, pero vuelve a ingresar días más tarde con gran deterioro general.

Realiza la amputación por el tercio superior mediante el método circular, evolucionando sin ningún tipo de complicación en el postoperatorio, hasta que por una diarrea y una infección purulenta, fallece un mes más tarde.

B. Gangrenas:

Existen cuatro casos en los que tiene que amputar el muslo a consecuencia de una gangrena.

—Gangrena por causa traumática: 1 caso.

—Gangrena seca y espontánea: 3 casos.

Al tratar el único caso que observa de gangrena postraumática, en un varón joven de profesión molinero, encuentra las causas desencadenantes de dicha gangrena en:

a.—El paciente se fracturó la tibia al cargar un costal de trigo.

b.—Aunque colocó un apósito de fractura, sin dolor alguno, sobrevino una gangrena que se extendió hasta la rodilla.

c.—La profesión de molinero, debió de ser una causa precipitante para que lo mismo que inhalan el polvo de trigo, también se vea facilitada el depósito de sales calcáreas en las estructuras óseas.

d.—De la misma manera que la patología ósea se ve alterada, también lo estarán las arterias.

e.—Por lo que concluye que la causa desencadenante de la fractura, también fue la causa desencadenante de la gangrena.

Al fracturarse la tibia, y al tener una insuficiencia circulatoria del miembro inferior, se desencadenó la gangrena.

Realizada la amputación del muslo, el estudio del hueso amputado dio como resultado un conducto medular del fémur reducido y un aumento de las paredes externas óseas debido a la acumulación de sustancias inorgánicas.

Las arterias estaban endurecidas y obstruidas.

La evolución del postoperatorio no tuvo ninguna complica-

ción, exceptuando la resección de parte del hueso amputado que hubo de realizar al observar la conificación del muñón.

La deambulación la practicaba el enfermo, curado de todo su proceso, ayudado por un aparato ortopédico.

Gangrena seca y espontánea:

Señala que la tasa de mortalidad anual en el hospital, por gangrena, es de dos pacientes por año.

Los fracasos repetidos en pacientes con miembro gangrenoso, y con una edad entre los 48 y los 64 años, le llevan a ser cauto, y decide en un paciente de 48 años de edad, con un diagnóstico de gangrena localizada en el pie derecho, a realizar la amputación mucho más arriba de donde estaba localizada la lesión, es decir, por el tercio inferior del fémur.

Tras la amputación, observa una disminución del calibre de la arteria femoral, una degeneración calcárea de los demás vasos, así como de tendones y tejidos fibrosos.

Aún habiendo efectuado una amputación tan radical en éste paciente, la gangrena vuelve a aparecer, extendiéndose hasta la región sacrolumbar, falleciendo a los 16 días de la amputación, el día 15 de diciembre de 1876.

Tras éste nuevo fracaso, declara que en un futuro, se abstendrá de realizar la amputación en pacientes gangrenosos, por no resultar efectiva la operación.

El total de amputados por gangrena fueron seis:

—Amputados por gangrena del pie: 1 caso.

—amputados por gangrena de la pierna: 2 casos.

—amputados por gangrena del muslo: 3 casos.

La causa de mortalidad de éstos seis amputados, fueron:

—En 3 de ellos, la aparición y extensión de nuevo de la gangrena.

—En los 3 restantes, la “falta de reacción”.

En 1888, acude al pueblo de Noéz, distante a unos 30 Km. de la ciudad de Toledo, junto con otros profesores, para observar a un varón de 39 años de edad, con antecedentes reumáticos y cuyo motivo de consulta, era la aparición de un tumor localiza-

do en la parte interna del muslo en la misma zona donde tienen su trayecto los vasos femorales, y acompañado de intensos dolores, que hacían presagiar la compresión que estaba efectuando sobre algún nervio importante, o por otra parte, ser de causa maligna.

Ingresado en el hospital, el efectuar un diagnóstico certero, era dificultoso, ya que los intensísimos dolores que padecía, dirigían el diagnóstico hacia una lesión de naturaleza maligna.

Dispuesto ya todo el instrumental para realizar la amputación, y colocada la venda de Esmarch, practicó una incisión longitudinal en la zona del tumor, disecándole de estructuras vecinas, observando que los vasos femorales pasaban por el centro mismo de la tumoración.

Al tener que seccionar la vena y nervio para extraer el tumor, con la consiguiente complicación de gangrena del miembro, que podía presentarse, optó por la amputación del tercio superior del muslo.

La evolución postoperatoria, cursó con fiebre que se trató a base de quinina y alcohol, curando el paciente.

El estudio microscópico del tumor dio como resultado, un tumor fibroplástico, probablemente de etiología reumática dados los antecedentes del paciente.

Ante éste resultado anatomo-patológico, se lamenta de que en vez de amputar el miembro, podía haberse extirpado dicho tumor, introduciendo una sonda acanalada por arriba o por abajo de dicho tumor, seccionándole, sin peligro de haber herido ninguno de los vasos, ni nervios que estaban comprendidos en él.

Desarticulaciones de la rodilla:

Existen dos casos de desarticulaciones de la rodilla, que es lo mismo que definir las como amputaciones de muslo por el procedimiento de Gritti, y que consiste en realizar un colgajo anterior en el que se conserve la rótula, y un colgajo posterior, para acto seguido, serrar el fémur en el espacio intercondíleo, practicando la desarticulación.

Las ventajas, según señala, de éste procedimiento, son la de no tener que practicar la apertura del conducto medular, por lo que entonces no tiene lugar las temidas mielitis; dejar la mayor cantidad de miembro y evitar la conicidad del muñón.

En el procedimiento de Gritti, éste, realizaba el aserramiento de la cara posterior de la rótula, para que fuese más fácil la unión de las dos estructuras óseas vecinas, es decir de la rótula y del fémur; en este punto el Dr. Gallardo, muestra su desacuerdo, y está de acuerdo con lo que Rizolli expone en sus estudios y experiencias de que la fusión se efectúa bien, sin tener necesidad de serrar la cara posterior de la rótula.

Expone dos casos clínicos en los que hubo que practicar la desarticulación de la rodilla con la variante incluida y antes mencionada en el procedimiento de Gritti.

El primero de ellos, en 1885, trataba de un varón de 32 años de edad, con osteitis en supuración de la tibia, en el que se apreciaba una gran pérdida de sustancia en la cara anterior, debida a una anterior resección.

El tipo operación que realizó fue por el procedimiento de Gritti con la variante anterior incluida, es decir, sin efectuar el aserramiento de la cara posterior de la rótula.

La amputación fue intercondílea a colgajo anterior rotuliano, quedando la unión, sólidamente y sin que se moviese en la progresión.

La segunda operación, practicada en 1887, recayó en una hembra de 26 años de edad, diagnosticada de un osteosarcoma del peroné izquierdo, en el extremo superior, que se extendía hasta la parte posterior de la rodilla.

El tipo de operación, fue practicada como en el caso anterior, por el procedimiento de Gritti con la misma variante incluida, es decir, amputación intercondílea a colgajo anterior rotuliano, con gran adhesión sólida de la rótula, aunque ésta no quedara exactamente en el centro del fémur, pero no impidiéndola para la progresión en su deambulación.

En los tumores "blancos" de rodilla supurantes, hubo dos casos, uno de ellos en 1873, y el segundo en 1874, en dos mujeres, una de ellas de 12 años de edad que curó, y otro en una mujer de

47 años de edad que falleció siendo el tipo de operación la amputación por el tercio inferior del fémur por el método circular.

En los casos de artritis supurante de rodilla, desde el año 1874 hasta el año 1887, hubo tan sólo tres casos con edades comprendidas entre los 18 y los 62 años, que fallecieron, y cuyo tipo de operación fue la amputación del muslo en dos de ellos, por el tercio inferior y en otro por el tercio medio, siguiendo el método circular.

Por último resumir el exámen estadístico que él mismo efectúa de todos los casos amputados, tanto de la extremidad superior como de la extremidad inferior, resultando que existe mayor mortalidad en las amputaciones patológicas, causadas por lesiones derivadas de caries, quemaduras, gangrenas, aneurismas y tumores, que las amputaciones realizadas por causas traumáticas, en las que se incluyen heridas provocadas por arma de fuego con fractura y heridas con fractura por magullamiento.

Probablemente, en las amputaciones traumáticas o primitivas, como las llama el Dr. Gallardo, la tasa de mortalidad esté disminuida por el escaso número con que las encuentra y las mejores condiciones generales de las mismas, siendo algunos de ellos intervenidos quirúrgicamente en el domicilio propio del enfermo.

Ante estos resultados, comenta que su estadística es totalmente opuesta a los resultados que dan otras que son más numerosas.

Expone tres cuadros estadísticos:

--El primero de ellos referente a la mortalidad de amputados tanto en la extremidad superior, como en la inferior, por regiones y que se pueden apreciar que la tasa de mortalidad de mayor a menor es la siguiente:

1° — Muslo : 64%

2° — Brazo : 41%

3° — Pierna: 33%

4° — Antebrazo: 22%

— En la segunda estadística, publicada por Malgaigne en su "Tratado de Operaciones":

1° — Muslo : 62%

- 2° — Pierna: 55%
- 3° — Brazo : 45%
- 4° — Antebrazo : 28%

— En la tercera estadística del “Tratado de Cirujía” de Erichsen:

- 1° — Muslo : 35%
- 2° — Pierna : 32%
- 3° — Brazo : 28%
- 4° — Antebrazo : 10%

Resumiendo, lo que en todo están de acuerdo es que:

a.—La mortalidad se ve aumentada, cuanto mayor es la amputación que hay que efectuar.

b.—Las diferencias que existen entre todas las estadísticas depende de las circunstancias individuales de cada paciente.

Pseudo-artrosis del fémur:

Aunque en éste caso, no hubo ninguna intervención quirúrgica, es interesante exponerle, por la dificultad que entrañó desde el principio.

Se trata de una mujer de 32 años de edad, sin antecedentes de interés, que en 1877 sufre un traumatismo al caerse por una escalera, produciéndose una fractura en la extremidad superior del fémur izquierdo, poniéndole un profesor un aparato de fractura.

Siete días más tarde, es trasladada al hospital, dejándola en observación ya que no se apreciaba ningún signo aparente de una probable fractura de cuello de fémur, como por ejemplo, un acortamiento del miembro afecto.

Al retirar a los dos meses el aparato de fractura, observó una inversión pronunciada del pie hacia fuera y un acortamiento del miembro, por lo que diagnosticó fractura de cuello de fémur no consolidada, ya que además había crepitación y hacía pensar que la fractura era extracapsular.

Durante otros dos meses, colocó otro aparato de fractura y acabado éste tiempo observó la ineficacia del mismo.

Estudiando detenidamente el caso en todos los libros que

encontró a su alcance, encontró en la “clínica de Trelat” un caso análogo, en el que explicaba la colocación de un aparato de extensión continua, pero el único inconveniente que encontraba el Dr. Gallardo, era la movilidad que podía tener la paciente, sobre todo en la pelvis, en un acto tan sencillo como era la defecación.

Para que la paciente estuviese inmóvil completamente, se construyó “la cama de suspensión”, que consistía en una tela de lona fuerte fijada a un marco de madera, con agujeros en sus extremos, con el fin de poder pasar cuerdas resistentes, que se atan por su extremo superior a cierta altura, quedando de ésta manera, el aparato totalmente horizontal. También hay una polea fija en el techo, que se fue graduando su extensión desde medio kilo hasta 8 kilos, sin que en 5 meses la enferma consolidara la fractura, observando gran deterioro de su estado general, así como la aparición de escaras en las piernas y semianquilosis en las articulaciones tibio-tarsianas y en la rodilla.

Fracasados todos los intentos para reducir la fractura, se hizo una colecta general entre los amigos del Dr. Gallardo y con la inestimable ayuda del Cardenal, se la trasladó a Madrid, para que el ortopedista Chevallier, construyese un aparato ortopédico.

La paciente a lo largo de los años se ha adaptado bien a éste aparato, estando en buenas condiciones físicas.

3.2.2.14. Resecciones.

Comienza exponiendo que la palabra “resección” que quiere decir “volver a seccionar”, solamente está indicada la utilización de este vocablo, en aquellas operaciones en que hay que volver a seccionar y en las que están incluidas dos tipos de operaciones:

A.— Cuando tras una amputación, ésta evoluciona hacia la conicidad del muñón, y en la que hay que volver a seccionar el hueso.

B.— En las intervenciones del maxilar superior, por la cantidad de secciones que hay que efectuar en él.

Por lo referido anteriormente, prefiere utilizar la palabra “osteosección” que es la que adopta Argumosa, para designar todas aquellas intervenciones óseas, en las que hay que practicar aberturas óseas, extirpar una mayor o menor parte del hueso o una extremidad articular.

Las resecciones han sido practicadas y ejecutadas desde siempre, pero es en el siglo XIX, cuando gracias a Ollier, Fournier, Sarghi, Creus, comienza a observarse un progreso, en la medida que aparecen nuevas técnicas operatorias, como las resecciones subcápsulo-periósticas, sub-periósticas, y las llamadas excavaciones, que no son otra cosa, como señala el Dr. Gallardo, que resecciones subperiósticas ya que se actúa por debajo del periostio óseo o conservando el mismo periostio.

La excavación ósea, consiste en separar una porción ósea, sin tener en cuenta el periostio.

Sedillot, aconseja la conservación perióstica, ya que es una membrana “osteogénica”, por lo que defiende la resección subperióstica y no la excavación, que como anteriormente he comentado es la extirpación de una porción ósea.

Cuando hay necesidad de practicar una excavación ósea, es porque el periostio está tan alterado que no existe o se haya adherido a las partes blandas.

Tras éste resumen que magníficamente expone el Dr. Gallardo de las corrientes y técnicas que hasta ese momento estaban de actualidad, reconoce, que nunca ha llegado a practicar en todo su quehacer quirúrgico, una resección articular, por temor a la cantidad de vasos, nervios, cápsulas articulares que hay que respetar, prefiriendo amputar; por lo que se propone efectuar a modo de ensayo en cadáveres la resección, antes de llevarlo a la práctica en pacientes.

Lo que sí se realiza es la resección sobre las diáfisis en los huesos largos, con el claro objeto de extraer secuestrados invaginados y que no son difíciles en su ejecución, aunque, señala, que hay que tener en cuenta una serie de factores, para su realización, como:

a. En estas intervenciones quirúrgicas, así como en todas las demás, ha de tenerse pleno conocimiento del tipo de operación

que se va a realizar, y haberlo practicado repetidamente en el cadáver.

b. Conocer la consistencia del hueso que se está operando, y la zona que se está abordando.

c. Conocer el instrumental quirúrgico que se debe utilizar, con la salvedad de tener siempre presente que no es lo mismo un traumatismo producido por el instrumental en un cadáver, con la gubia, sierra de cadena o el mazo de plomo, que el que se puede causar en un organismo vivo, por las lesiones que se pueden desencadenar en la totalidad de la estructura que se está abordando quirúrgicamente.

d. Señala, que en el fémur, hay que tener precaución con la arteria femoral.

e. Influye también la edad de los pacientes, así en los niños y adolescentes, es más fácil de ejecutar este tipo de operaciones, por la estructura y textura ósea, que en los adultos y ancianos.

De todas las probables complicaciones postoperatorias, la más temida es la mielitis consecutiva a la apertura del conducto medular.

La primera resección la realizó en el año 1872 a consecuencia de un tumor mielopláxico en la mandíbula inferior, realizando la resección de la rama horizontal de dicha mandíbula.

1. Resecciones óseas del cráneo:

En 1884, ingresa una mujer de 50 años de edad, con un tumor de gran volumen, situado entre la coronal y los parietales, fungoso que sangraba con facilidad y que se cohibía a base de toques de zinc; no presentaba dolor, ni adenopatías cervicales, ni deterioro general.

El tipo de operación, diagnosticado el tumor de osteosarcoma, fue la extirpación mediante la resección ósea.

Practicó una incisión del pericráneo hasta llegar al diploe, utilizando la sierra de crita-galli, cincel y el mazo de plomo.

No llegó a realizar autoplastia, por la imposibilidad de deslizar un colgajo de piel desde la frente hasta la zona donde estaba localizado el osteosarcoma.

La evolución estuvo exenta de complicaciones, falleciendo la paciente a los 6 meses de dicha operación, por reproducirse de nuevo, con un crecimiento rápido y alcanzando la duramadre.

2. Resección total del maxilar superior:

Este tipo de resección total, tiene dos características:

- a. Tener una gran peligrosidad, siendo de las más peligrosas dentro de la cirugía.
- b. Ser muy dolorosa.

Para evitar en la medida de lo posible, los grandes dolores que el paciente tiene que soportar, se pueden emplear varios procedimientos, entre los que se encuentran, la administración de anestésicos, traqueotomía previa, pero dada la facilidad con que estos métodos ocasionan problemas se ha llegado a la determinación por algunos prácticos de la cirugía, de no utilizar anestésico alguno o exclusivamente utilizarlo en los momentos en que hay que seccionar las partes blandas.

La gran dificultad estriba en el diagnóstico certero de las lesiones que indiquen de una manera radical, la extirpación total del maxilar.

Por este motivo, se lamenta, que a pesar de haber evolucionado los conocimientos médicos, de tener técnicas como el microscopio para evaluar la malignidad de una determinada lesión, de los tratados especiales de oncología y de las grandes clasificaciones de lesiones que hasta ese momento se conocen, existe un gran desfase, cuando el práctico, ante una lesión determinada tiene que hacer el diagnóstico diferencial entre una lesión benigna y otra maligna.

Y aun después de extirpado, nada se puede decir respecto a las perspectivas que tiene el paciente para volverse a reproducir, pronóstico y calidad de vida futura.

Las resecciones parciales del maxilar son totalmente distintas y están alejadas de este gran problema. Se suelen utilizar en las extirpaciones de pólipos naso-faríngeos, y la porción levan-

tada vuelve a su sitio de origen, terminada la intervención quirúrgica.

En 1876, observa un varón de 46 años de edad, con unos antecedentes desde hacía siete meses de un proceso morboso, que comienza con una intensísima neuralgia, localizada en la segunda y tercera muelas superiores del maxilar superior derecho, con irradiación a las regiones frontal y temporal.

Un mes más tarde aparece un flemón en dicha encía, por lo que tras la extirpación de las dos muelas, le dejan accidentalmente una lesión alveolar, por lo que le prescriben tratamientos médicos, a base de emisiones sanguíneas, calmantes, aguas minerales y las “panaceas del Dr. Garrido”.

El paciente lejos de mejorar, empeora la sintomatología dolorosa, que se hace insostenible, apareciendo fungosidades en las cavidades alveolares, creciendo dicha fungosidad hasta ocupar todo el arco alveolar derecho y ulcerándose. Aparece también una inflamación que ocupa desde la parte inferior del arco orbitario hasta la región molar.

Cuando le atiende el Dr. Gallardo, observa la úlcera fungosa, extendida desde el borde alveolar superior y la bóveda palatina, sangrando al menor contacto.

Las conclusiones frente a esta lesión era de un tumor invasivo del maxilar superior, con la pared posterior de la “cueva de Hyghonoro” destruida, así como también lo estaba el borde alveolar, sin poder saber si la porción posterior del hueso también estaba afectada.

Llegado a este punto, los problemas y las dificultades en efectuar un diagnóstico certero, se hacen patentes:

- a. Se debía buscar la causa etiológica del tumor.
- b. Lugar donde había comenzado y originado. Ante esta problemática existían dos opciones, que el origen fuese el seno maxilar o que el origen fuesen los alvéolos dentarios.
- c. Extensión del tumor y hasta qué estructura alcanzaba.
- d. Según el dolor, lugar de aparición y sintomatología, había que hacer un diagnóstico diferencial, entre un tumor mielopláxico o un tumor de naturaleza maligna.

Referente a un probable tumor mielopláxico, existían ciertas características a su favor:

—color, consistencia y desarrollo rápido.

Los tumores mielopláxicos, también llamados sarcoma, fungus medular, hematodes, quistes fibrinosos óseos, etc. se inician en los alvéolos, desencadenando el crecimiento tan rápido, el traumatismo ocasionado por la extracción molar.

Como contrapartida a este diagnóstico de presunción, se encontraba el que los tumores mielopláxicos, tienen su alta incidencia en jóvenes de 15 hasta 25 años de edad.

Y aunque fuese mielopláxico, hace una referencia de lo que los trabajos de Robin y Nelatón comentan, referente a la inexistente reproductividad de estos tumores tras extirparlos. Por la experiencia que ha tenido y en los que ha observado su reproductividad, confiesa que al no haber efectuado en ninguno de ellos el examen microscópico, puede haber tenido él mismo un error en su diagnóstico y haber sido de otro tipo de etiología.

Referente a la probable malignidad del tumor, tiene en su favor el rápido crecimiento de que fue objeto.

Tras las dudas anteriormente citadas en el diagnóstico, observa detenidamente el estado general del paciente, así como la constitución del mismo, para poder ejecutar la resección total del maxilar.

La intervención quirúrgica se realizó en Carmena, pueblo de donde era natural y residía el paciente.

Administró **anestesia** a base de cloroformo, y estando el paciente en decúbito dorsal, realizó una incisión desde la comisura de los labios hasta la parte media del pómulo, dejando descubiertos el maxilar hasta el suelo de la órbita. Seccionó el nervio suborbitario, ligó los vasos arteriales y dejó pasar un cierto tiempo, hasta que pasase el efecto anestésico.

En un estado de semianestesia, se sentó al paciente en una silla, y utilizó como instrumental, una sierra para seccionar la apófisis malar, terminando dicha sección con la pinza de Listón.

Para seccionar la apófisis ascendente, utilizó el deslizamiento por la pared interna de la órbita, de un trócar, introduciendo acto seguido la sierra de cadena.

Seccionó el velo del paladar y extrajo un incisivo.

Con una de las ramas de la pinza de Listón introducida en la

fosa nasal y otra de las ramas por la cavidad bucal, seccionó la porción palatina en la unión de los dos maxilares.

Seccionó el suelo de la órbita, para comunicar esta sección con la que había efectuado anteriormente con la sierra en la apófisis malar.

Fracturó la porción inferior de las apófisis pterigoides con una "dentuza", haciendo vascular el hueso. Extirpado ya el hueso, terminó la intervención con el termocauterio, con tres objetivos:

- a. Inhibir la mínima hemorragia.
- b. Destruir cualquier porción sospechosa que quedara.
- c. Precipitar cuanto antes la cicatrización.

Concluyó la intervención, dando finalmente puntos de sutura.

Todo este procedimiento detallado, no es más que el procedimiento de Velpeau, con la variante de utilizar una sierra estrecha, en lugar de la cadena, para seccionar la apófisis malar. Así como la utilización de la pinza de Listón para separar los dos maxilares, conservándose la parte horizontal del hueso orbital, para sostener y proteger el ojo.

Veinte días más tarde le dio el alta completamente restablecido y sin lesión alguna en el campo orbitario.

El paciente falleció seis meses más tarde al reproducirse el tumor, expandiéndose hacia la base craneana, por lo que no llegó a utilizar el aparato ortopédico que le estaban fabricando, para de alguna manera simular el defecto anatómico producido por la intervención quirúrgica.

Durante la operación estuvo ayudado por seis profesores, que según comenta, son habituales en algunas operaciones que conllevan cierto grado de peligrosidad y dificultad.

Resección de la rama horizontal del maxilar inferior:

Atiende este caso en 1872, al encargarse, durante las vacaciones de verano, de la clínica quirúrgica del primer curso, como profesor de guardia de la Facultad de Medicina de Madrid.

Se trata de un varón de 30 años de edad, con un tumor volu-

minoso, fungoso y localizado entre las dos láminas del maxilar inferior, sin infartos ganglionares, por lo que duda en el diagnóstico entre un tumor mielopláxico y un tumor de etiología maligna.

Ante la imposibilidad de efectuar un diagnóstico certero, decide la resección de la rama horizontal del maxilar inferior, que practica efectuando una incisión horizontal y paralela, desde la barba o mentón, al ángulo que forma la rama horizontal con la vertical, ligando la arteria facial.

La sección ósea se practicó pasando de dentro a fuera en la sínfisis del mentón, una aguja con la sierra de cadena, y de igual manera se efectuó en el ángulo que forma la rama horizontal del maxilar inferior, con la rama vertical del maxilar inferior.

Tras la sección de las partes blandas, ligadas íntimamente a esta zona ósea se suturó, dejando un "lechino" como drenaje.

La evolución durante la primera semana, se desarrolló sin ningún contratiempo, hasta que el paciente, por infección purulenta, falleció al mes de operación.

Las conclusiones a las que llega tras esta intervención, es que siendo la reparación ósea, tras una intervención, lenta, en una cavidad séptica como la boca, lo es todavía más y no exenta de complicaciones infecciosas.

Por lo que se propone, en tumores implantados en los bordes alveolares, realizar la resección de dichos bordes, seguido de cauterización con el termocauterío, con el fin de destruir el mínimo tejido patológico que quedase entre las dos láminas del maxilar, antes de efectuar una resección con la consiguiente ruptura de la continuidad del hueso.

Necrosis del maxilar inferior

Señala que el maxilar inferior tiene una gran semejanza estructural y funcional con los huesos largos, sobre todo con la tibia.

Aunque la estadística que tiene de afectaciones patológicas

es muy extensa, ya comenté que solo expone los casos más demostrativos y más interesantes.

La semejanza que tiene el maxilar con los huesos largos, la basa en que aquél está comprendido por un cuerpo donde se localizan los conductos dentarios y el conducto medular.

Las extremidades son articulares, donde se insertan los músculos que le imprimen movimiento.

La etiología de las afecciones patológicas del maxilar inferior es:

—Ausencia de la limpieza dentaria.

—Pequeños traumatismos, ocasionados diariamente, al masticar o triturar elementos duros.

Estos dos factores pueden dar lugar a las caries dentarias y alveolares, dando lugar a las osteoperiostitis y necrosis del cuerpo maxilar.

Esta patología se desarrollará más rápidamente en aquéllos que ya tengan una enfermedad de base, como puede ser la sífilis y la escrófula.

Cuando se instaura una osteoperiostitis intensa, se altera notablemente la circulación que irriga esta estructura dentaria, necrosando el hueso afecto, y formándose a base de nuevo hueso, secuestros.

Este resumen, es fundamental para intentar comprender la patología del maxilar inferior, así como el tipo de operación que se realiza. Quedan reflejados en la estadística, tan sólo tres casos de necrosis del maxilar inferior y fechados, el primero en 1877 y el último en 1886.

En uno de ellos, era un joven con inflamación de la cara, dureza en el sitio afecto de la rama horizontal del maxilar inferior y varios trayectos fistulosos.

El tipo de operación consistió en la extracción de los secuestros por la parte exterior, con incisión, que reunió los orificios fistulosos, sin seccionar el hueso, pidiendo más tarde el paciente el alta voluntaria, en buenas condiciones físicas.

Los otros dos casos en los que el diagnóstico era también necrosis del maxilar inferior, realizó el mismo tipo de operación y extracción dentaria, curando totalmente.

Resección de los huesos largos:

A. Radio:

En 1886, observa a un joven de 16 años de edad, que a consecuencia de una contusión en la parte inferior del antebrazo, comienza con inflamación y supuración, realizándole una incisión para drenar dicho foco.

Pasados cuatro meses, durante los cuales estuvo con régimen dietético y curas de la zona afectada y no cediendo la supuración, le aplicó la venda de Esmarch, para realizar una incisión profunda en la que observó una extensa cloaca situada en la cara posterior e inferior del radio y en el que introduciendo un estilete, llegaba a un secuestro móvil e invaginado, situado en el conducto medular.

Agrandó la cloaca con el escoplo y martillo y con una dentuza extrajo el secuestro, dándole de alta a los cuatro meses en estado satisfactorio.

El segundo caso, data de 1886, en un varón de 30 años de edad, con inflamación en la parte inferior del antebrazo y con focos supurantes, lentos y crónicos, por lo que varios profesores que le atendían, le aconsejan la amputación del brazo, a lo que se niega el paciente.

Observado en el hospital, al que llega con una gran infiltración en la mano y articulación de la muñeca, y no creyendo el Dr. Gallardo urgente la amputación, le instaura un tratamiento conservador a base de incisiones, con el fin de drenar la supuración, seguido de compresión metódica y una posición adecuada del miembro, con un régimen dietético.

Tres meses más tarde, cuando había remitido el cuadro clínico, y a la vista de otra nueva supuración, practica la resección y extracción del secuestro, quedando con un abultamiento óseo, dificultad para los movimientos en la articulación radio-carpiana y una atrofia del antebrazo con disminución de la fuerza del mismo antebrazo.

B. Húmero:

En 1875, atiende a un varón de 55 años de edad, con una frac-

tura del tercio superior del húmero, con salida del fragmento superior a través de una herida de la piel. Esta fractura está localizada en el mismo sitio, que tiempo atrás estuvo localizada una primera fractura que había ya consolidado.

El tipo de operación que realizó consistió en el desplazamiento del fragmento superior hacia abajo y afuera, y separadas y protegidas las partes blandas, efectuó una resección de 2 cm. del fragmento superior, practicándose la reducción.

Tras un tiempo que supuró y se desprendió un sequestro, la fractura cicatrizó.

C. Omóplato:

En 1886, ingresa un niño de 12 años de edad, con osteoperiostitis del omóplato, acompañado de dolores en hombro y espalda que se exacerbaban a la presión y los movimientos, inflamación de la zona afecta, fluctuación y fiebre.

Realizó la extracción de sequestros, que estaban localizados en la porción infraespinosa del omóplato, curando totalmente.

D. Tibia y Fémur:

Las causas de los sequestros invaginados, se encuentra en:

- Total indefensión de la tibia a agentes externos, por no estar protegida por grandes masas musculares.
- Alteración durante el desarrollo del hueso.
- Traumatismos recientes o antiguos.
- Escrofulismo.

Todos los pacientes que ingresan en el hospital con este diagnóstico, sufrieron en sus casas el período agudo de la inflamación, llegando en el momento del ingreso con focos de supuración y trayectos fistulosos.

El diagnóstico es fácil, ya que siempre se aprecia la misma sintomatología, es decir, inflamación, y trayectos fistulosos con fungosidades que sangran fácilmente.

Para poder operar el sequestro, el requisito indispensable es

que esté completamente formado, dato que algunas veces es fácil de observar, por haber perforado la piel y ponerse en evidencia; pero otras veces, dada la imposibilidad de observarlo, es preferible esperar un cierto tiempo; el aplazar la operación en estos últimos casos en parte es ventajoso para el paciente, ya que está bajo un régimen dietético adecuado.

Dentro de los secuestros invaginados de la tibia y del fémur, se pueden hacer tres grupos:

a. En los que hubo que realizar la sección del secuestro en dos porciones para su extracción. Esto ocurrió en tres casos.

b. En los que hubo que agrandar las cloacas y extraer hueso nuevo. Esto ocurrió en ocho casos.

c. En los que hubo que practicar solamente una incisión en la piel.

Tipo de operación de cada uno de los tres grupos:

a. Sección del secuestro en dos porciones y extracción:

Se realiza una incisión anterior de la tibia, en la misma dirección que las fistulas. La extremidad superior de la incisión queda a 3 cm. por debajo de la tuberosidad anterior, y la extremidad inferior de la incisión, por encima de los maléolos.

Se realizan dos incisiones más, perpendiculares, disecando el periostio y agrandando la abertura con el escoplo y el mazo, para introducir la aguja de la sierra de cadena y dividir el secuestro en dos porciones, extrayendo el mismo. Termina con la colocación de un tubo de drenaje si es recomendable, suturando los colgajos y rellenando antes la cavidad ósea de hilas empapadas con aceite fenicado.

b. Agrandamiento de cloacas y extracción:

La diferencia existente entre este procedimiento operatorio y el anterior, estriba en que no hay un solo secuestro, sino varios y además no están constituidos por todo el espesor de la pared ósea de la tibia.

En estos casos, se practican las mismas incisiones que en el primer grupo, se agrandan las cloacas y se extrae el hueso nue-

vo, hasta que esté totalmente limpia la cavidad ósea o conducto medular.

Existe una historia clínica de un varón de 32 años de edad, sin antecedentes de enfermedad sífilítica o escrofulosa, que a raíz de una contusión en la tibia derecha, comienza con inflamación y formación de trayectos fistulosos en la cara interna de dicha tibia. Realizada la operación, se extrajeron varios secuestros del tercio superior y otros más de la extremidad superior de la tibia, quedando una gran pérdida de sustancia en casi toda la mitad superior de la cara interna.

Le dio el alta voluntaria, dada la repugnancia que observaba cuando tenía que ingerir diariamente los alimentos cocinados en el hospital, ingresando de nuevo a los 6 meses de la operación, con gran deterioro general físico, supuración fétida y observándose un color sucio, tanto en el conducto medular, como en la superficie del hueso.

El tratamiento se basó en desinfección de la herida, régimen dietético reconstituyente, cáusticos locales como el nitrato de plata, solución concentrada de percloruro de hierro, etc, durante un período de tiempo que abarcó 7 meses, tras los cuales, lo único que se consiguió fue un deterioramiento de la estructura ósea de la tibia, con peligro de diseminación a la articulación de la rodilla, por lo que se le hubo de amputar.

Esta mala evolución del paciente, tras la extracción de los secuestros, fue debida a:

—La edad del paciente, en la que el desarrollo óseo está ya concluido.

—La repugnancia de los alimentos que le dan en el hospital, hace que su estado físico se deteriore.

—Las curas efectuadas en su casa, no están hechas con el rigor con que se realizan en el hospital.

Otro de los casos operados, dentro de este segundo grupo, recayó en un varón de 18 años de edad, diagnosticado de secuestro de fémur derecho.

El tipo de operación fue la resección y extracción del secuestro, efectuando una incisión de 10 cm. hasta el hueso en profundidad, disecando el periostio, agrandando la cloaca y extrayendo varios secuestros.

c. Incisión de la piel:

Solamente se practicó la incisión de la piel, ya que las cloacas eran tan grandes como los secuestros.

Dentro de este tipo hay tres casos.

Uno de ellos se refiere a un secuestro de gran tamaño, localizado en el fémur y extraído mediante la incisión en la parte externa del tercio inferior.

Los otros dos casos, recaen en 2 niñas de 20 y 27 meses de edad.

La niña de 20 meses, diagnosticada de secuestro de tibia derecha, en 1885, fue operada fuera del ambiente hospitalario, estando a los 3 meses completamente curada. Por lo que saca en conclusión que a menor edad, menos tiempo necesita para la curación total y recuperación.

La niña de 27 meses de edad, observada en 1888, tenía un antecedente de contusión en la pierna izquierda, evolucionando a una osteoperiostitis y formación de secuestro, que abarcaba toda la tibia, para al poco tiempo comenzar, sin antecedente alguno de traumatismo en la otra pierna, con focos de supuración.

El tipo de operación, fue la extracción del secuestro, aunque la aparición de esta doble lesión en las dos piernas, parece que sea debida a una enfermedad base, que empeoró con el traumatismo local.

La edad de los operados, está entre los 20 meses y los 20 años, excepto uno de ellos con 32 años de edad.

La evolución de todos los operados se desarrolló sin contra-tiempo alguno.

Señala, que antes de emprender la primera operación de este tipo, aunque había ayudado en algunas ocasiones a los más afa-mados cirujanos de Madrid en sus intervenciones quirúrgicas, nunca había visto ni había practicado ninguna operación de este tipo.

Por lo que en la primera que hubo que realizar, buscó inútilmente en libros, sin que encontrase una base de apoyo para realizarlas, ya que hasta una memoria, sobre reseccines subperiós-ticas del Dr. Creus, se le había extraviado.

Tras la experiencia adquirida, en este tipo de operaciones extrae las siguientes conclusiones:

—Aunque se procede a la abertura del conducto medular y éste queda abierto, tras una reacción febril que se resuelve en 4 ó 5 días, no aparece la temible mielitis.

—Existe una tasa de mortalidad más alta, por mielitis purulentas en pacientes amputados, que en aquéllos en los que se realiza una resección.

La explicación que da de esta diferencia, es la siguiente:

1. Tras la osteomielitis o la osteoperiostitis, hay una fiebre tan aguda, que sucumbe la mayoría de los enfermos, antes incluso de instaurarse la supuración.

2. Los que sobreviven a este estado febril agudísimo, evolucionan crónica y lentamente de tal manera, que adoptan una especie de inmunidad.

Y aunque con ciertas reservas, ya que señala que pueden intervenir otros factores desconocidos, refiere a modo de ejemplo, cómo aquellos enfermos afectos de caries, necrosis y tumores blancos articulares, tras la amputación, no tenga este cuadro infeccioso purulento y soporten mejor la amputación, que cuando ésta se realiza en miembros traumatizados.

Resumiendo, diremos, que llega a la conclusión de que las mielitis pueden ser agudas y crónicas.

Las mielitis crónicas aparecen en pacientes con procesos patológicos de larga duración, que supuran desde el comienzo de la aparición de la patología que estén afectos, adquiriendo una especie de inmunidad que les hace resistentes al acto operatorio.

3.2.2.15. Cirugía de las articulaciones. (*)

1. Estas operaciones pretenden restablecer una articulación con alteración de su funcionalidad debido a hidropesías, anquilosis completas o incompletas y luxaciones.

(*) Ver nota anterior.

2. Los derrames enquistados de las articulaciones las opera como si fuesen verdaderos quistes, es decir, con incisión subcutánea, punción e inyección iodada utilizando el aparato de Dieulafoy.

3. Las anquilosis incompletas causadas por inmovilización en un corto período de tiempo, no interviene activamente, sino que utiliza la higiene.

4. En las incompletas causadas por inflamaciones, espera a que termine el proceso de inflamación para intervenir.

5. En las causadas por artritis fungosa o escrufulosa, prefiere no tratarlas por ser más favorable para la articulación la anquilosis y solamente opera si hay alteraciones en la deambulación.

6. En las completas opera si el miembro afecto adopta una posición que le hace ineficaz en sus funciones, por ejemplo una semiangulación de rodilla que imposibilita para la deambulación.

7. El tratamiento es manual o instrumental y de manera gradual o brusca.

8. En las anquilosis de la articulación escápulo-humeral, resuella ya la causa productora sea fractura o luxación, utiliza si existe mucho dolor al realizar la rehabilitación a base de ejercicios físicos, el cloroformo.

9. En las anquilosis del codo, muñeca y dedos, cuando ha terminado el período de inflamación realiza desde ejercicios físicos hasta sección del tejido cicatricial y tenotomías subcutáneas. La primera sesión de ejercicios rehabilitadores es muy corta seguida de un baño emoliente de la articulación.

10. El tratamiento de la anquilosis de rodilla es mantener desde el principio de la inflamación la extremidad en extesión como prevención para que no aparezca la anquilosis.

11. Cuando la anquilosis de rodilla es completa, prefiere no intervenir dada la estructura tan compleja de la rodilla.

12. Cuando la anquilosis de rodilla es incompleta realizará ejercicios de flexión forzada.

3.2.2.16. Piel y Dependencias. (*)

1. El tipo de operación de los antrax, es la incisión o incisiones extensas y profundas para drenar el contenido de ellos, realizando también curas antisépticas.

2. El tipo de operación en los flemones profundos, es la incisión en profundidad, provocando las hemorragias con agua caliente y utilizando las curas antisépticas.

3. Para realizar las incisiones en los flemones, utiliza el cloroformo, para paliar el intenso dolor, aun siendo estas operaciones muy rápidas en su realización.

4. Tras una intervención de flemón difuso de párpados a base de incisiones antiflogísticas y después de colocar tiras de tafetán, ocluye el ojo con un monóculo, con el fin de prevenir una inversión hacia fuera de los párpados.

5. En los abscesos utiliza la incisión, aspiración simple por punción e inyección iodada, utilizando también las curas antisépticas.

6. El tipo de operación del absceso depende de si es frío o caliente, de su localización y grado de profundidad.

7. En los abscesos fríos, utiliza la abertura mediante aparatos aspiradores. En los abscesos calientes o agudos, utiliza la abertura de dicho absceso.

8. Tanto en los abscesos fríos como calientes utiliza las inyecciones de disoluciones de tintura de iodo de 1/2 a 1/5.

9. En los abscesos de gran tamaño tras la evacuación del contenido, utiliza la compresión, para que coaptan mejor sus paredes en un corto período de tiempo. Y cuando es profundo, utiliza el termocauterio.

10. Las curas tras la operación del absceso, son a base de aceite fenicado o relleno de la cavidad resultante si ésta es muy grande de hilas de aceite fenicado, poniendo también si lo requiere el caso, tubos de drenaje y si tarda en cicatrizar utiliza el termocauterio.

(*) Ver nota anterior.

11. En 1877 interviene a una niña de 18 meses de edad realizando una incisión de un trayecto fistuloso que abarcaba toda la longitud de la tibia causada por una periostitis, con un resultado satisfactorio.

12. Aunque el tratamiento de los uñeros es ineficaz la mayoría de las veces, el tipo de operación que utiliza cuando existe uña encarnada en uno de los lados, es la avulsión por el procedimiento de Dupuytrén y en las curas el nitrato de plata hasta que cicatriza.

13. Cuando el uñero es bilateral, la avulsión simple o con cauterización con nitrato de plata de la matriz de la uña.

14. Al ser muy dolorosa la avulsión de la uña, utiliza la mayoría de las veces anestesia local a base de 2 partes de hielo por una de sal común, sólo una vez pulverizaciones de éter, o cloroformo.

15. En los quistes hidatídicos localizados en la región dorsal, hombro y muslo, señala la importancia que tiene una punción exploradora para estudiar el líquido bajo microscopio y más tarde realizarle la operación.

16. Unas veces extrae el quiste hidatídico completo y otras realiza la punción simple con aspiración del contenido con o sin inyección iodada.

17. En el quiste sinovial, utiliza la punción con una aguja enhebrada con varios hilos a manera de sedal y compresión moderada para que se adhieran las paredes.

18. En los quistes sebáceos si son de pequeño tamaño, incisión o punción con extracción del contenido. Y de mediano o gran tamaño extirpación del quiste.

19. En los tumores de piel no utiliza para su diagnóstico el examen histológico, realizando dicho diagnóstico mediante las características externas del tumor y la sintomatología clínica del enfermo.

20. Todos los operados con el diagnóstico de tumor de transición curaron tras la operación, excepto uno sólo en el que por la evolución falleció.

21. Comenta que en 1873 no se había inventado todavía la antisepsia quirúrgica. Pero existe constancia de que el Dr. Gallardo utiliza la antisepsia antes y después de una operación, fe-

chada en 1878. Y hay que tener en cuenta que en España se conoce en el año 1875.

22. El tipo de operación de los epitelomas localizados en la piel y sus dependencias no está reglada, siendo ésta la extirpación sencilla del tumor.

23. Comenta la investigación que se está realizando en la probable etiología bacteriana del cáncer y nombra al Dr. Scheurlem y el trabajo leído el día 28 de noviembre de 1887 en la Sociedad de Medicina Interna de Berlin.

24. Comenta el tratamiento del cáncer a base de 3 pilares fundamentales como son la higiene, el bisturí y el termocauterio o las sustancias irritantes como la pasta de Fr. Cosme que es la que utiliza en el tratamiento de los epitelomas.

25. En los casos que observa en niños de 3 años de edad con hematomas postraumáticos localizados en el cráneo, realiza la punción simple con aspiración, sin volverse a reproducir.

26. Dentro del tema de las agujas de coser clavadas, el tipo de operación es distinto según en qué proporción esté clavada la aguja.

27. Si es una aguja entera, trata de extraerla sin incisión alguna, solamente empujándola al exterior con un objeto duro. Si es una porción de aguja o una aguja de gancho, efectúa incisiones para su extracción.

28. En las heridas producidas por proyectiles de arma de fuego, la extracción de la bala nada más ocurrir el accidente, está indicada cuando su localización sea muy superficial y cuando el proyectil esté a muy poca distancia de su orificio de entrada.

29. El sondaje de las heridas producidas por arma de fuego, las considera peligrosas e ineficaces.

30. La intervención operatoria de las heridas por arma de fuego está indicada cuando se ha formado el foco purulento.

31. Los medios de exploración que existen son el estilete de Nelatón, que es el que utiliza, el estilete de Nelatón rematado en una bolita de porcelana y el explorador de Troube que aunque lo posee no le utiliza por dar falsos negativos.

32. Los trayectos fistulosos formados por la herida causada por el proyectil los trata a base de incisiones y curas algunas veces, y de inyecciones iodadas y compresión en otras.

33. Sobre el nuevo instrumental quirúrgico ideado para la extracción de balas y consistente en la pinza de Charrier, Gering y Thomasin, no los considera imprescindibles si se tienen unas pinzas de curar y de pólipos con los que se puede extraer la bala. Aunque considera valiosos el tirafondo para la extracción de balas incrustadas.

34. Define como operaciones de pura complacencia aquéllas en que estando enquistada la bala, el paciente pide con insistencia la extracción de la misma.

35. En 1879 tras la extirpación de una gran cicatriz viciosa que provocaba la retracción de la mano, coloca la mano extendida durante un cierto tiempo en una manopla de madera, realizando el paciente ejercicios de rehabilitación consistentes en la flexión y extensión alternativa, dando muy buenos resultados.

3.2.2.17. Músculos y Arterias (*)

1. Realiza una tenotomía del tendón de Aquiles en 1873 en una niña de 8 años de edad con un pie equino varus paralítico. Tras la operación, instauró un tratamiento a base de corrientes de inducción eléctrica, que junto con la rehabilitación a base de ejercicios físicos, la permitieron recuperarse a los 5 meses totalmente. En la intervención utilizó cloroformo.

2. La segunda tenotomía del tendón de Aquiles realizada en una niña de 10 años de edad con hemiplegia graduada, contractura, atrofia y acortamiento del miembro inferior, no tiene los resultados esperados, siendo muy leve la mejoría.

3. En 1877 realiza la tenotomía del semitendinoso y semimembranoso en una mujer de 30 años de edad, colocando la pierna tras la operación en extensión completa hasta que cicatrizó la herida, para más tarde realizar ejercicios de rehabilitación de flexión y en tensión.

4. La única ligadura arterial que realizó fue en 1868, realizan-

(*) Ver nota anterior.

do la ligadura de la tibial posterior en un paciente diagnosticado de aneurisma en la planta del pie.

5. Señala que el cirujano tiene que tener como requisitos indispensables unos grandes conocimientos de anatomía topográfica, para conocer al detalle los trayectos arteriales, y la localización de los paquetes vasculares para no dañarlos.

6. Señala que es más fácil realizar este tipo de operaciones en un vivo que en un cadáver, ya que en el primero sirven de guía las pulsaciones propias de la arteria.

7. Realiza cuatro transfusiones de sangre, aunque emplea y utiliza los enemas de sangre en centenares de casos, comentando que aunque los resultados son parecidos en el sentido de una valoración de mucosas más saludables y una recuperación del paciente, los enemas son más inofensivos.

8. La indicación de los enemas de sangre desfibrinada es en aquellos casos en que exista un empobrecimiento general del paciente.

9. Las indicaciones de la transfusión de sangre es: hemorragia aguda, intoxicaciones por monóxido de carbono y asfixia en la que primeramente hay que extraer la sangre viciada y más tarde trasfundir sangre sana.

10. Indicada también en difterias malignas rápidas, recomendando trasfundir en niños una cantidad de 60 a 120 gramos de sangre y repetidas cuantas veces sea necesaria, aunque no se realice depleción. También cuando sea necesario realizar una traqueotomía para mejorarle de la asfixia.

11. Utiliza para realizar la trasfusión de sangre un irrigador de goma con dos tubos, colocando en uno de ellos la pieza metálica del tubo de goma del aparato de Dieulafoy, y de esta manera se transforma en trasfusor.

12. Introduce en la vena basilica o en cualquier otra un trocar del nº 2 ó 3 del aparato de Dieulafoy y exprimiendo el aire de la pera de goma, coloca con mucha rapidez la extremidad del tubo a la cánula y comienza a trasfundir con lentitud.

13. La primera trasfusión sanguínea la realiza en el año 1879. Y utiliza de 120 a 180 gramos de sangre de un enfermero que trasfunde al paciente. Aunque en las 24 horas siguientes, la paciente falleció de una embolia pulmonar.

14. En 1881, realiza otra transfusión de sangre, aunque antes desinfectó el aparato de Dieulafoy lavándole con agua hirviendo para más tarde hacerlo con agua fenicada al 5% e introdujo por vez primera la cánula del trócar directamente en las venas.

15. El paciente volvió a recibir 120 gramos en una segunda transfusión con una diferencia de 3 días, falleciendo el paciente dos días después.

16. A la vista del fracaso que obtiene en las pocas transfusiones de sangre que realiza, comenta que es preferible utilizar los enemas de sangre.

17. En 1887, al comenzar a transfundir sangre a un paciente, éste sufre un síncope por tensión emocional y estresante, y falleciendo la segunda vez en que se vuelve a repetir el síncope.

18. El tratamiento para la reanimación del síncope es: inhalaciones a base de éter y amoníaco, inyección hipodérmica de éter, corrientes eléctricas de inducción.

19. Realiza un total de 12 transfusiones a base de suero artificial afirmando que en cuanto a la técnica de administración, no difieren en nada de las transfusiones sanguíneas.

3.2.2.18. Embalsamamiento del cadáver. (*)

1. Recoge el material necesario para realizar los embalsamamientos de libros de Anatomía y de Higiene y de Diccionarios enciclopédicos extranjeros.

2. El embalsamamiento del cadáver se apoya en tres pilares fundamentales, conocer las disposiciones legales, conocer métodos y procedimientos, y las sustancias que se han de emplear.

3. En las disposiciones legales que se ha de basar en las referentes a autopsias del 20 de julio de 1861.

4. Utiliza el procedimiento ordinario en tres casos que realizó el embalsamamiento, dos de los casos para trasladar el cadáver fuera de la provincia. Y uno de ellos para trasladarlo de un pueblo a otro dentro de la misma provincia.

(*) Ver nota anterior.

5. El procedimiento ordinario se utiliza para el traslado del cadáver, no para conservarle indefinidamente.

6. El procedimiento ordinario trata de realizar una incisión en la carótida o femoral para introducir de 60 a 70 inyecciones de líquido conservador hasta que el cadáver se hincha y comienza a salir líquido por sus orificios naturales.

7. Tras taponar estos orificios con algodón empapado en este líquido, se barniza con coloidón elástico la piel, y se dispone una primera capa en la caja mortuoria de hierbas aromáticas y encima del cadáver otra de esencias, cerrando herméticamente la caja de zinc.

8. El procedimiento de Brunetti, se utiliza para conservar indefinidamente el cadáver y se caracteriza por ser mucho más laborioso y costoso.

9. Se utiliza agua que inyectada por un determinado vaso, sirve para limpiar todo el sistema circulatorio, empleando después y con el mismo fin alcohol. Más tarde se inyecta éter sulfúrico e inyección de tanino al 15% para poner al cadáver a secar en una estufa. El tiempo que se tarda es de 35 horas.

10. En uno de los embalsamamientos utilizó la fórmula de Franchina para preparar la solución que debía introducir por el sistema circulatorio y cuyos componentes son arsénico blanco, agua y disolución saturada.

11. En los dos embalsamamientos restantes, utilizó la fórmula de Goadbi y cuyos componentes son salgris, alumbre, cloruro mercuríco, agua y añadiendo por su cuenta a esta fórmula ácido fénico al 2 1/2%.

3.2.3. Pilares del tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Misericordia

3.2.3.1. Métodos antisépticos:

Si se tiene en cuenta el comentario que realiza en su tesina "Introducción de los grandes avances de la Cirugía General en la Facultad de Medicina de San Carlos" de Carlos Manuel da Costa Carballo (Madrid, 1986), en su página 164: "...Lister em-

plea el ácido fénico por primera vez en el año 1865, y como hemos visto la primera noticia que tuvimos en nuestro país data de 1875, por lo que es fácil comprender que nuestros profesores no tenían conocimiento de estos adelantos, por lo que tampoco podemos ver reflejado en sus obras tales descubrimientos”.

El Dr. Gallardo, a raíz de explicar el tipo de operación que hubo de efectuar en un linfo-sarcoma ulcerado y que fue realizada en el año 1873, comenta: “...no se había inventado la anti-sepsia quirúrgica que tan excelentes servicios presta...”.

Es en 1878, cuando verdaderamente expone que a raíz de una intervención que realiza a un joven afecto de un tumor en vacío derecho, utiliza las precauciones antisépticas precisas antes de dicha intervención quirúrgica y las curas antisépticas tras el postoperatorio.

A lo largo del estudio realizado de las intervenciones quirúrgicas ejecutadas en la segunda mitad del siglo XIX por el Dr. Gallardo, y en todos y cada uno de los apartados dentro de la patología que pudo observar, que era un acérrimo defensor del método antiséptico, como así se va demostrando a lo largo de todo su quehacer quirúrgico.

Una manera clara y concisa de poder observar cómo lleva a la práctica el método antiséptico es desde el punto de vista de las intervenciones quirúrgicas que efectuó por aparatos. Y así tenemos que en 1888 realiza cura antiséptica de las heridas en un traumatismo craneo-encefálico y cura antiséptica tras la intervención y sutura.

En la única esofagotomía que realizó en 1883, tras la incisión del flemón profundo que tenía el paciente a la altura de la horquilla esternal, utiliza solución fenicada y rellena la cavidad resultante con hilas empapadas de solución fenicada.

Dentro del tema de la oftalmología:

En 1882 a raíz de intervenir quirúrgicamente un quiste de párpado, utiliza todas las medidas antisépticas, disolución fenicada para el lavado de la herida resultante al extirpar el quiste y colocación tras la sutura de un apósito antiséptico.

—Entre 1886 y 1887 en las operaciones de la sección de la córnea utiliza solución desinfectante.

—En las operaciones de cataratas resalta la importancia de la antisepsia tanto antes como tras la operación.

—En la enucleación del globo ocular, cuando realiza el procedimiento de Becker, aprendido de García Calderón, utiliza también el método antiséptico.

Cuello:

Es en la década de 1880, aunque no precisa el año, cuando a consecuencia de operar a un niño de 5 años de edad de un linfadenoma tuberculoso en la región lateral del cuello, utiliza durante la operación pulverizaciones al 2 1/2% fenicadas, lava la herida con cloruro mercúrico al 1 por 2.000 y tras la sutura efectúa cura antiséptica.

Durante el postoperatorio, la antisepsia fue a base de lo anteriormente expuesto, cambiándose cada 3 ó 4 días y ante la intolerancia del agua fenicada utilizada con un pulverizador, no queda más remedio que retirarla.

La cura de la herida es a base de iodoformo en polvo y utiliza la sutura seca que consiste en dos tiras de lienzo empapadas de cloruro mercúrico y uniéndose a las tiras cordones de seda fenicada y empapadas con coloidón elástico. Añadiendo a los tres días “crines para el desagüe”.

Días más tarde la cura de la herida se realiza a base de una disolución de cloruro mercúrico, algodón fenicado para rellenar los huecos de la herida y se cubre la herida con algodón fenicado, tiras de tafetán y “demás piezas del apósito de Lister”. (sic).

Pleuresía:

—La toracocentesis que comienza a realizar en 1875, la efectúa con el aparato de Dieulafoy y en una niña en 1875 utiliza agua y aceite fenicado para el tratamiento de una fístula pleurotorácica en inyecciones.

—En 1880, en una fístula pleuro-torácica administra inyecciones de aceite fenicado, píldoras tomadas por vía oral de ácido fénico cada tres horas, para más tarde ir aumentando la dosis y administrarlo en 2 gramos cada 24 horas.

Abdomen:

Afirma que gracias a la antisepsia ya no es tan peligroso proceder a la abertura del abdomen, aunque tan importante es dentro de la técnica operatoria como después y se lamenta de que el resto del personal sanitario pueda hacerlo fracasar, incluyendo el propio enfermo.

—En el caso de las hernias, practica el método antiséptico, así podemos observar cómo en una embarazada a la que hubo que operar por la noche dada la urgencia del caso ya que se había presentado una hernia umbilical estrangulada y en la que utiliza una solución de agua fenicada con el fin de lavar el intestino y parte del mesenterio, antes de extirpar unos 40 gramos de este último.

—En la intervención efectuada en la casa de una paciente afecta de hernia crural estrangulada y fechada en 1887 practica también la antisepsia.

—En 1886, en una hernia del apéndice ileocecal estrangulada, utiliza compresas empapadas en agua fenicada agujereadas en su centro y que a modo de anillo disponía alrededor de la hernia, colocando un apósito antiséptico tras la sutura.

—El método antiséptico lo utiliza en todas las heridas penetrantes simples de abdomen. Y aunque también lo practica en las heridas penetrantes con salida o lesión del intestino, afirma que este tipo de heridas necesitarían de un material antiséptico especial, a base de esponjas finas que no hayan sido utilizadas antes.

Ano y Recto:

—Interviene quirúrgicamente las fístulas de ano mediante el

procedimiento de la “sinemapria” seccionando con seda fenicada.

—Aconseja la “sinemapria” porque la sección resultante es limpia y sin hemorragia y al serrar el puente, los vasos que se van seccionando, van cerrando sus boquillas, excluyendo el peligro de infección.

Testículo:

—En las orquitis crónicas con supuración y formación de material fungoide, practica las curas antisépticas como primera medida, para pasar a la castración si fallan las medidas anteriores.

—Dentro del apartado de las fístulas urinarias, en 1876, tras la intervención quirúrgica y colocación de una sonda de Nelatón, tiene la precaución de limpiar dicha sonda cada 24 horas.

En 1882, tras operar un paciente de estenosis uretral, por medio de la divulsión y colocarle una sonda de Nelatón permanente, esta sonda se limpiaba varias veces al día por parte del paciente.

—En 1887, comenta que aunque utiliza todas las medidas antisépticas en una divulsión efectuada en un joven, el paciente fallece.

—En 1885, queda constancia de que a raíz de realizar la talla vaginal, utiliza bolas de algodón de aceite fenicado e iodoformo.

Ginecología:

—En 1887, a raíz de intervenir a una joven de 16 años de edad, de una imperforación de himen, tras la operación la traslada como medida de prevención ante una probable infección uterina a una sala especial, donde sólo podían permanecer los pacientes catalogados como de alta gravedad o los llamados “distinguidos”.

—En 1887, ante una retención menstrual, con ausencia de va-

gina, efectúa una vagina artificial y rellena la cavidad vaginal con hilas y mecha de aceite fenicado. Desde el comienzo del postoperatorio, le administra por vía vaginal lociones e inyecciones desinfectantes, cambiándole diariamente todo el material antiséptico que se introduce dentro de la vagina, con el fin de prevenir una infección.

—En 1885, en una paciente diagnosticada de pólipos mucosos en el cuello uterino, la administra durante el postoperatorio inyecciones fenicadas diariamente.

Tocología:

Ya en 1885 instaura un tratamiento a base de lavativas y enemas de sangre desfibrinada de cordero en una paciente con grandes hemorragias por una placenta previa.

—En una inercia del último período del parto fechado en 1882, administra tras el parto, lociones e inyecciones de agua fenicada vaginales.

—Recomienda que ante la aparición de una fistula véstico-vaginal tras un parto, se aplique la colocación de una sonda permanente que impida el paso de la orina por la herida como prevención para no dar lugar a una infección grave puerperal.

—Tras el parto, suele utilizar inyecciones vaginales fenicadas.

—En una parturienta con disminución de la frecuencia cardíaca utiliza lavativas de sangre desfibrinada.

—En los abortos embrionarios utiliza lavados antisépticos y desinfectantes. Utilizando ya en 1877 lavatorios a base de agua fenicada.

—En 1887 inyecciones vaginales de agua fenicada al 2 1/2%.

—En general se observa que utiliza la antisepsia en forma de inyecciones vaginales de agua fenicada para prevenir las infecciones puerperales.

Extremidad superior:

—Dentro del tema de las amputaciones, comenta que aun-

que utiliza los métodos antisépticos, raras veces la cicatrización se realiza por primera intención.

—En 1889, comenta que aplica rigurosamente el método de Lister en una amputación de brazo.

—A raíz de realizar la primera desarticulación escapulo-humeral en 1881, tanto en el acto operatorio como tras la operación, utiliza el método antiséptico de Lister.

En 1882, al realizar la segunda desarticulación escapulo-humeral, utiliza el método antiséptico, levantando la primera cura a los 6 días de la operación y a los 4 días la segunda cura. Dado de alta el paciente, acudió durante 15 días al Hospital para diariamente realizarle curas en los trayectos fistulosos que le habían quedado como secuelas.

—En las conclusiones dentro del tema de las desarticulaciones escapulo-humerales utiliza tanto durante el acto operatorio como en las curas posteriores el método antiséptico de Lister.

Instaura un plan reconstituyente, que más tarde hará habitual en algunos pacientes acompañado del pesaje constante, para evaluar la ganancia en kilos del paciente.

Piel y dependencias:

En los antrax utiliza las curas antisépticas y aunque la primera operación que realiza de antrax data de 1875, no refleja la fecha exacta de cuando comenzó a utilizar en este tipo de patología la antisepsia.

Señala que en la mitad del siglo XIX, gracias a las curas antisépticas de Lister y al mejor conocimiento del contenido purulento de los flemones, se utiliza la abertura de los mismos cuanto antes.

Generalmente, tras la abertura del absceso y evacuación de su contenido, rellena la cavidad con hilas de aceite fenicado y según lo requiera el caso coloca un tubo de drenaje.

Sigue utilizando en 1886, el relleno de la herida a base de algodón empapado en aceite fenicado.

Dentro de las transfusiones de sangre, en 1881, al realizar una de ellas, antes de efectuarla, desinfectó el aparato de Dieu-

lafoy, primero lavándole con agua hirviendo y después con agua fenicada al 5%.

Podemos concluir el tema de la antisepsia comentando que el Dr. Gallardo fue un acérrimo defensor del método antiséptico, introduciéndolo en todas sus intervenciones quirúrgicas y aplicándolas muy poco tiempo después de ser conocido en España.

3.2.3.2. Métodos anestésicos

En todo su quehacer quirúrgico, queda reflejado cómo utiliza distintos métodos anestésicos, desde el hielo hasta el clorhidrato de cocaína.

- A. Hielo. Bromuro potásico.
- B. Eter.
- C. Cloral.
- D. Cloruro mórfico.
- E. Cloroformo.
- F. Cocaína.

A. Hielo. Bromuro potásico

En las operaciones cuyo tema principal son los uñeros, utiliza 2 partes de hielo y 1 parte de sal común.

En las primeras amigdalectomías, siendo la primera de ellas en 1881, utiliza gargarismos a base de una disolución concentrada de bromuro potásico.

B. Eter:

Una sola vez utiliza pulverizaciones de éter como anestésico local en uñeros.

Las inyecciones hipodérmicas de éter las utiliza tras el parto, en aquellas ocasiones en las que es necesario el restablecimiento de la parturienta.

C. Cloral:

Utiliza el cloral ante una amenaza incipiente de eclampsia en una embarazada con cortedad de cordón umbilical y arrollado.

D. Cloruro mórfico:

En las presentaciones transversales con el fin de disminuir las contracciones uterinas y realizar con más facilidad la versión fetal.

E. Cloroformo:

—La primera noticia que se puede obtener de la utilización del cloroformo por el Dr. Gallardo, es en el año 1869, en el que interviene quirúrgicamente un aneurisma falso localizado en la pierna.

—En 1876, para efectuar la resección total del maxilar superior.

—En 1878 en la intervención realizada a un joven afecto de un tumor en vacío derecho.

—En la década de 1880, en un linfadenoma tuberculoso en la región lateral del cuello en un niño de 5 años de edad.

—En las paraformosis en las que tiene que efectuar una reducción forzada existiendo constricción, ante el gran dolor que acusa el paciente.

—Dentro del tema de los partos, tanto en las inercias en el último período del parto, como en las presentaciones pelvianas.

En las presentaciones transversales, con el fin de disminuir las fuertes contracciones uterinas y poder practicar con más facilidad la versión fetal, aunque llega a la conclusión de que en estos últimos casos, es más eficaz las inyecciones hipodérmicas de cloruro mórfico.

En aquellas pacientes con abortos embrionarios, que no pueden soportar el dolor.

En la mayoría de los partos complicados.

—En una intervención quirúrgica, fechada en 1883, en una necrosis de cabeza de húmero, en la que intervino junto con el Dr. Carrasco al coincidir éste en Toledo y ser antiguo ayudante en las Clases Prácticas de la Facultad de Medicina de Madrid.

—En los flemones profundos para paliar el intenso dolor que se produce al realizar incisiones, aun siendo estas operaciones rápidas en su ejecución.

Algunas veces en los uñeros, por ser estas operaciones muy dolorosas.

—En 1886, en una hernia del apéndice ileocecal estrangulada, para relajar las paredes musculares.

—En las anquilosis incompletas de la articulación escapulo-humeral, en aquellos pacientes muy sensibles al dolor, así como en mujeres y en niños.

Siempre que tenga que efectuarse maniobras de una manera brusca y se quiera llevar al máximo de distensión en un solo día a la articulación.

F. Cocaína:

Parece desprenderse que es en la década de los 80, es decir dentro del decenio de 1880, cuando utiliza la cocaína.

—En las últimas amigdalectomías efectuadas en 1886 con una disolución al 5%.

—En las últimas operaciones de dacriocistitis en una proporción de 1 centígramo por cada gramo de piel, utilizando en total 5 inyecciones.

En las operaciones de cataratas algunas veces, no teniendo un resultado favorable y comentando también que tanto el éter como el cloroformo, tienen más inconvenientes que ventajas.

—En inyección hipodérmica en las intervenciones de fistula de ano en sus últimas operaciones, aunque no especifica el año, y parece probable que fuese en la década de 1880, ya que la primera que efectuó fue en 1873 y la última registrada en su estadística data de 1889.

—En los hidroceles aunque dejó de utilizarla al observar el re-

traso con que se absorbía el líquido introducido a base de tintura de iodo.

Recomienda su uso en las pequeñas operaciones y sobre todo en las fimosis. En 1888, realiza una operación de fimosis, utilizando 3 inyecciones subcutáneas, introduciendo una solución de 15 cgr. de clorhidrato de cocaína mezclados con 10 cgr. de agua en la región dorsal del prepucio y entre el prepucio y el glande.

—Al efectuar una litolapaxia ayudando al Dr. Suender en Toledo, utiliza un anestésico que no especifica, pero que hay que tener en cuenta que el Dr. Suender en su conferencia dada en el Hospital de la Princesa en 1887, comenta que en la litolapaxia se utiliza el clorhidrato de cocaína administrada en inyecciones vesicales, por lo que se puede tener la presunción de que éste fue el anestésico utilizado.

—En 1888, reduce bajo anestesia una luxación completa de húmero.

—En 1889 al realizar una amputación por contigüidad por el método oval del índice izquierdo, utiliza anestesia local.

3.2.3.3. Hemostasia y Transfusiones

Traqueotomía:

Desde 1873 a 1882, la hemorragia de poca cuantía que se presenta en todas las traqueotomías que realiza las cohibe con el termocauterio.

Aconseja antes y después de efectuar la traqueotomía, realizar transfusiones de sangre y enemas de sangre desfibrinada.

Cuello:

A consecuencia de operar a un niño de 5 años de edad, de un linfadenoma tuberculoso en la región lateral del cuello, administra durante todo el postoperatorio, y durante todos los días, enemas de sangre desfibrinada con una pauta de 4 horas.

Abdomen:

Sigue existiendo el peligro de grandes hemorragias al ser difícil la ligadura de vasos en este tipo de intervenciones. Utiliza el termo-cauterio para prevenir la probable hemorragia. En las suturas intestinales utiliza el catgut.

Año y recto:

En las fistulas de año, utiliza el procedimiento de la sinemapria, con seda fenicada para seccionar.

Aconseja utilizar la sinemapria ya que la sección resultante es limpia y sin hemorragia y al cerrar el puente los vasos que van seccionando van cerrando sus boquillas.

Testículo:

Dentro del tema de la castración, utiliza para cohibir la hemorragia la ligadura en masa, la sección con el termo-cauterio en otro de los casos y la sinemapria.

Señala que para obtener una buena hemostasia con el termo-cauterio, hay que utilizarlo cuando esté de color rojo-cereza y realizar la sección con lentitud, ya que si se utiliza cuando está de color rojo-blanco la sección en nada se diferencia de la practicada con el bisturí.

Recomienda en este tipo de operaciones, utilizar la ligadura vaso por vaso o el termocauterío para evitar la hemorragia.

Ginecología:

En una de las intervenciones quirúrgicas de pólipos uterinos, utiliza el termocauterío cuando está de color rojo para seccionar y más tarde de color rojo-blanco para cauterizar.

Tocología:

En 1885, ante una placenta previa diagnosticada en el séptimo mes de embarazo por las grandes hemorragias que presenta, la administra 180 gramos de sangre desfibrinada de cordero en transfusión y el resto en forma de lavativas y enemas, aunque la paciente fallece 30 minutos más tarde.

En 1877 tras un parto fisiológico y ante una gran metrorragia, utiliza 1 gramo y medio de ergotina para cohibir dicha hemorragia, cada media hora hasta que cesó la hemorragia.

Estando sin fechar la siguiente historia, tras el parto y con una duración de más de 16 horas tras la rotura amniótica y observando la disminución del latido cardíaco, así como la frecuencia del pulso, utiliza además de otras medidas, la administración de lavativas de sangre desfibrinada que resultan ineficaces por la gran incontinencia de heces, y entrando en estupor la paciente, le administra por vía oral, sangre desfibrinada de cordero a intervalos de 3 horas durante toda la noche.

Abortos embrionarios:

En 1879, ante la gran metrorragia desencadenada por un aborto, utiliza para cohibir la hemorragia astringentes, hielo, ergotina y un taponamiento.

Muslo:

En 1888, consta que a raíz de tener que efectuar una amputación por el tercio superior del muslo, utiliza la venda de Es-march.

Resecciones:

En 1876, termina la resección total del maxilar superior, con el termocauterio para inhibir la mínima hemorragia, destruir

cualquier porción sospechosa y precipitar cuanto antes la cicatrización.

En 1868, es la única vez que realiza la ligadura arterial, de la tibial posterior en un aneurisma.

Transfusiones de sangre:

Respecto a las transfusiones que se realizan tras una depleción previa, es decir tras extraer antes sangre del individuo, comenta y transcribe exactamente parte de una monografía del Dr. Julien, que fue traducida en 1878 por el Dr. Miguel, y que a grandes rasgos se pueden sacar las siguientes conclusiones:

—En Francia, comenta el Dr. Julien, existen pocos prácticos que estén de acuerdo en que antes de realizar una transfusión, se tenga que realizar una depleción sanguínea.

—Comenta los éxitos alcanzados en pacientes, que tras la depleción y transfusión de sangre de animales se obtuvieron en épocas pasadas.

—Expone las indicaciones de la trasfusión:

—Cuando existe una alteración anatómica o fisiológica de los glóbulos.

—Cuando existe una intoxicación general, en la que la sangre vehiculiza el veneno.

—Respecto a la primera indicación de la trasfusión, nombra a Bernard, comentando sus investigaciones respecto a que el contacto de una sangre sana con una sangre oxicarbonada, hace perder a ésta las alteraciones patológicas.

—En los fracasos de defunción del paciente, el Dr. Julien, en su monografía, parece que quiere dar a entender, que dichos fracasos fueron debidos unas veces a que no se efectuó la depleción y otras veces a que tras la depleción, no se trasfundió la cantidad de sangre necesaria.

—No solamente cree como indicación de la trasfusión de sangre una hemorragia aguda por parte del individuo, sino que encuentra otra serie de indicaciones siendo una de ellas, en todas las circunstancias en que el torrente sanguíneo esté alterado, ya

sea por tóxicos que envenenen la sangre, ya sea por enfermedades como septicemia, carbunco, gangrena, y enfermedades parasitarias, sífilis, tifoidea, etc.

El Dr. Gallardo, expone que en 1888 no hay nadie ya que piense que la trasfusión esté indicada en estas enfermedades patológicas.

Nombra al profesor del Hospital General de Madrid Dr. Espina y Capo, como verdadero difusor entre ellos de los enemas de sangre desfibrinada, aunque más tarde, en el número 12 de la Revista "El Bisturi" tiene que retractarse y señalar que no fue Espina y Capo el mayor difusor de los enemas de sangre, sino D. Juan Manuel Marianí, médico del Hospital de la Princesa.

Señala que no tienen el mismo valor terapéutico ni las mismas indicaciones las trasfusiones y los enemas.

Ha empleado los enemas de sangre en varios centenares de casos, y aunque es muy parecido a una trasfusión sanguínea, tiene la ventaja de ser más inofensiva.

Una de las indicaciones de los enemas de sangre es el empobrecimiento general del paciente; aunque afirma que nunca podrán sustituir a la trasfusión en casos de inminente peligro para la vida del paciente y en aquellos casos en que sea necesaria una trasfusión y depleción de sangre infectada.

La indicación de la trasfusión es principalmente la hemorragia grave, intoxicaciones por monóxido de carbono y asfixias.

Indica también la trasfusión en los casos de difteria maligna rápida en los que existe una gran intoxicación de la sangre o envenamiento de sangre, aunque en estos casos no esté indicada la depleción sanguínea y recomienda inyecciones intravenosas de 60 a 120 gramos en niños y repetidas cuantas veces sea necesario.

También en la difteria laríngea, cuando la misma enfermedad predispone a efectuar una traqueotomía, porque la trasfusión será beneficiosa para el paciente ya que mejorará la asfixia y podrá soportar mejor la traqueotomía.

También en la convalecencia de la difteria, para paliar el gran deterioro del enfermo.

La manera de como realiza una trasfusión sanguínea es la siguiente: Utiliza un irrigador de goma o de "cauchut" en forma

de pelota, que contiene en sus dos extremos un tubo en cada uno. Uno de ellos, es una pieza metálica hueca que contiene una esponja en su interior, para filtrar el líquido.

El otro tubo, contiene una válvula que se abre de dentro a fuera, y colocando en éste la pieza metálica del tubo de goma del aparato de Dieulafoy, se transforma en trasfusor. Se introduce en la vena basilica o en cualquier otra, un trócar del número 2 ó 3 del aparato de Dieulafoy y habiendo exprimido el aire de la pera de goma, se coloca con mucha rapidez la extremidad del tubo a la cánula, y al mismo tiempo se afloja la venda que tenía puesta el paciente en el brazo y se comienza a trasfundir con mucha lentitud.

Complicaciones que pueden derivarse en la realización:

- Que la cánula no penetre en la vena.
- Que la cánula atraviese la vena basilica.
- Que se coagule la sangre de la misma vena.

Realiza cuatro trasfusiones sanguíneas a lo largo de todo su quehacer quirúrgico:

La primera de ellas, realizada en 1879, en un enfermo diagnosticado de fístulas urinarias perineales por estenosis uretral.

El tipo de operación realizado fue la avulsión, poniendo más tarde, tras dicha operación, una sonda de Nelatón flexible y permanente.

La evolución era lenta y apareciendo las primeras úlceras de decúbito y un gran deterioro general, pensó que estaba indicada una trasfusión sanguínea.

Extrajo de un enfermero de 120 a 180 gramos de sangre y le transfundió al paciente previamente calentada a 40°.

Aunque durante la trasfusión, y horas después, observó una ligera mejoría, por la tarde del mismo día, tras una opresión en el pecho y la aparición de disnea, el enfermo falleció dentro de las primeras 24 horas.

Hecha la autopsia, dio como resultado un infarto pulmonar, encontrando un coágulo en la arteria pulmonar, que explica se debió a la coagulación de la fibrina de la sangre inyectada.

En 1881, efectúa la segunda trasfusión de sangre, en un varón de 42 años de edad, diagnosticado de "caquecsia palúdica" con infarto esplénico y una úlcera atónica en una de las piernas.

Tras un tratamiento médico a base de quinina y de preparados de hierro, mejoró su estado general, pero un año más tarde comenzó con diarreas y hemorragias intestinales.

Antes de la transfusión desinfectó el aparato de Dieulafoy, primero lavándolo con agua hirviendo, y luego con agua fenicada al 5%.

Introdujo por vez primera la cánula del trocar directamente en las venas y transfundió 75 gramos de sangre desfibrinada de carnero, con lo que el paciente se reanimó, la diarrea disminuyó y aumentó el apetito, pero como a los tres días volvió a su anterior estado, realizó una segunda transfusión con 120 gramos, falleciendo dos días después.

El único comentario que realiza es que a la vista de este último resultado es preferible utilizar los enemas de sangre que utilizar las transfusiones.

En 1887, ingresa un varón de 50 años de edad con una fractura conminuta de la tibia y peroné, herida contusa, que tras la cura antiséptica y después de colocar un apósito ordinario de fractura, a los tres días comienza con una hemorragia de la tibia anterior en la que se cuantifica una pérdida de 500 gramos y que tras compresión fue cohibida.

Frente a este panorama, sólo quedaba realizar una de las dos soluciones que existían, o ligar la femoral, o efectuar la amputación del miembro afecto.

Para que el paciente pudiese tolerar bien la amputación de la pierna, pensó en realizarle una transfusión de sangre desfibrinada de cordero.

Introdujo la cánula del trocar en un solo golpe y tras unirla al tubo trasfusor y comenzar la transfusión, se desencadenó un síncope, por lo que intentó reanimar al paciente con aspersiones con agua fría y masajes en pecho, logrando sacarle de su estado sincopal y confesando el mismo paciente que había sido a causa de la impresión y miedo que le sugería la misma transfusión.

Relajado el paciente, antes de comenzar la transfusión de sangre, aunque estaba colocada ya la cánula, sufrió otro síncope, del que falleció a pesar de los medios de reanimación que le instauró a base de inhalaciones de éter y amoníaco, éter en inyecciones hipodérmicas, corrientes eléctricas de inducción, etc.

Señala que las trasfusiones de suero artificial, de las que realiza 12 en total, no difieren en nada a las trasfusiones sanguíneas en cuanto a la técnica para su introducción en vena.

IV. CONCLUSIONES

1. La Revista "El Bisturí" constituye una fuente de primera importancia para el conocimiento de la asistencia quirúrgica en Toledo a finales del siglo XIX.

2. A través de ella podemos seguir la actividad quirúrgica que se realizaba en el Hospital provincial de la Misericordia y en concreto la labor del cirujano jefe del mismo, D. Pedro Gallardo Sánchez.

3. Tal como se concreta en la época la figura del cirujano, observamos que su actividad puede catalogarse con todo rigor como de **Cirugía General**", puesto que aborda una serie de especialidades, tales como oftalmología, cirugía reparadora, cavidad torácica, abdomen, aparato génito-urinario masculino, obstetricia y ginecología, cirugía ósea, piel y dependencias, etc.

4. En el capítulo de las estructuras cráneo-encefálicas cabe destacar el procedimiento que idea para levantar los fragmentos fracturados y hundidos sin tener que utilizar la trepanación y consistente ésta en una incisión en la parte media de la herida, para introducir la palanqueta del trépano y dejar al mismo nivel tanto la porción ósea fracturada como la porción ósea sana.

5. Las únicas intervenciones quirúrgicas que realiza dentro de la especialidad de otología son los pólipos mucosos, por considerarlos pertenecientes a la cirugía general, realizando la avulsión y torsión de su pedículo con una simple pinza de curar.

6. Las intervenciones más importantes a resaltar dentro de la

patología de la nariz y fosas nasales es la cirugía reparadora, consistiendo ésta en las autoplastias y rinoplastias por deslizamiento, con el fin de evitar graves alteraciones funcionales y atenuar la deformidad resultante tras la extirpación tumoral.

7. Tiene exquisito cuidado al elegir el colgajo autoplástico, ya que debe estar alejado de órganos y tejidos importantes por las complicaciones posteriores y retracciones cicatriciales que se pueden desencadenar.

8. Las lesiones más frecuentes que observa dentro de la cavidad bucal y dependencias son los epitelomas de labio inferior, llegando a ser el 75% de las mismas. El procedimiento operatorio que utiliza varía en proporción al tamaño de la lesión, efectuando incisión semilunar en los más pequeños, incisiones en V en los de mediano tamaño y la autoplastia por deslizamiento según el método de Sime, Buchanan, Teale y Sedillot modificados según lo requiera el caso.

9. Realizó la traqueotomía en 5 ocasiones en niños con edades comprendidas entre los 4 y los 6 años de edad por difteria laríngea y edema de glotis, efectuando el procedimiento ordinario llamado traqueotomía inferior de Mackenzie, y teniendo una tasa de mortalidad del 100%.

10. La característica más importante dentro de la patología de cuello en la única historia clínica que existe correspondiente a un niño de 5 años de edad, es la utilización del método antiséptico tanto dentro del acto operatorio como tras la intervención a base de pulverizaciones fenicadas y curas antisépticas cada 3 días. Así como enemas de sangre desfibrinada y el traslado que tiene que realizar de todos los enfermos por declararse una infección en la sala donde estaban confinados.

11. Resalta la oftalmología como una verdadera especialidad. Aprende técnicas operatorias de Santiago de Albitos y de García Calderón. Utiliza el éter, el cloroformo y la cocaína. Las operaciones más numerosas, son las cataratas, alcanzando el 80%, y utilizando con mayor frecuencia el método de extracción de colgajo inferior en un 50% seguido del de extracción lineal combinada. Para el primer grado de ectropión idea un procedimiento que consiste en la distensión de las fibras internas del orbicular con apartadores de los párpados.

12. El tratamiento habitual que efectúa en las pleuresías con derrame es la toracocentesis, utilizando el aspirador de Dieulafoy. Cabe resaltar que el aspirador de Dieulafoy aunque aparece en 1869, llega a España en 1873 de la mano del Dr. Somoza y el Dr. Gallardo realiza la primera toracocentesis en 1875.

13. Dentro del capítulo de las operaciones de abdomen, cabe destacar que obtiene un 100% de curación en heridas penetrantes simples de abdomen, mientras que en las heridas con salida o lesión del intestino la tasa de mortalidad es del 100%.

14. En las fistulas de ano descarta el tratamiento quirúrgico habitual a base de la ligadura elástica y utiliza la sinemapria, obteniendo un 98% de curaciones. La anestesia local a base de clorhidrato de cocaína en inyección hipodérmica la utiliza en sus últimas operaciones.

15. Dentro del capítulo de operaciones del aparato genito-urinario masculino, cabe destacar las intervenciones de hidrocele en las que utiliza el aspirador de Dieulafoy e inyecciones iodadas, obteniendo una tasa de curación del 99%. Utiliza la cocaína en las fimosis en algunos hidroceles y el cloroformo en las para fimosis.

La amputación de pene efectuada por el procedimiento de Rizolli y de Malgaigne tiene una tasa de curación del 100%.

16. En las operaciones ginecológicas utiliza habitualmente las medidas antisépticas y las inyecciones fenicadas vaginales. Existe un claro ejemplo del ejercicio de la medicina preventiva que realiza al hacer un llamamiento a las madres, para que vigilen de cerca el desarrollo genital de sus hijas.

17. Dentro del tema de la tocología, destaca fundamentalmente la utilización del cloroformo en los partos complicados y abortos embrionarios; la antisepsia en forma de inyecciones vaginales de agua fenicada, y la colocación de una sonda urológica cuando encuentra una fistula urinaria.

18. En el capítulo de la extremidad superior, se observa una alta incidencia de patología del dedo índice, siendo el tipo de operación la amputación por el método oval. Realiza por 5 veces la desarticulación escápulo-humeral, teniendo una tasa de mortalidad del 20%. Utiliza el método antiséptico, cambiando las curas cada 3 días.

19. Instaura un plan reconstituyente, que más tarde hará habitual en algunos pacientes, acompañado de pesaje constante, para evaluar la ganancia en kilos del paciente.

20. Las amputaciones que realiza en la pierna es por el procedimiento de Argumosa. Y de las cuatro amputaciones supra-maleolares que realiza solamente tiene una defunción. La tasa de mortalidad anual en el Hospital Provincial por gangrena es de dos pacientes por año. Las desarticulaciones de rodilla las realiza por el procedimiento de Gritti con la variante de no seccionar la parte posterior de la rótula.

21. Con motivo de estar encargado de la Clínica Quirúrgica de primer curso como Profesor de guardia de la Facultad de Medicina de Madrid, durante el verano de 1872, realiza una extracción de la rama horizontal de la mandíbula inferior en un paciente ingresado en el Hospital de San Carlos de Madrid. Más adelante, en 1876, en el Hospital de la Misericordia de Toledo, realizaría la resección total del maxilar superior por el método de Velpeau, con la sola variante de utilizar otro tipo de instrumental y utilizando cloroformo.

22. Los derrames enquistados de las articulaciones los opera como si fueran verdaderos quistes, con incisión subcutánea, punción e inyección yodada y utilizando el aparato de Dieulafoy. En la anquilosis del codo, muñecas y dedos cuando ha terminado el período de inflamación, realiza desde ejercicios físicos hasta sección del tejido cicatricial y tenotomías subcutáneas, siendo la primera sesión de ejercicios rehabilitadores muy corta y seguida de un baño emoliente de la articulación.

23. Dentro del capítulo de piel y dependencias hay que resaltar que el tipo de operación que utiliza en los abscesos es la incisión, aspiración simple por punción e inyección yodada, utilizando también las curas antisépticas, tubos de drenaje y termocauterío si tarda en cicatrizar.

24. En los quistes hidatídicos utiliza la punción exploradora para estudiar el líquido bajo microscopio, y más tarde realizar la intervención quirúrgica consistente en la extracción del quiste completo y en otras ocasiones la punción simple, con aspiración del contenido con o sin inyección yodada.

25. Realiza cuatro transfusiones de sangre obteniendo una

mortalidad del 100% y utiliza los enemas de sangre desfibrinada en centenares de casos con buenos resultados. Emplea para realizar la transfusión de sangre un irrigador de goma con dos tubos, colocando en uno de ellos la pieza metálica del tubo de goma del aparato de Dieulafoy transformando de esta manera en transfusor.

26. Realizó el embalsamiento de cadáver en tres casos por el procedimiento ordinario, dos de ellos para trasladar el cadáver fuera de la provincia y el tercero para trasladarlo de un pueblo a otro dentro de la misma provincia.

27. Se observa claramente que a lo largo de todo su quehacer quirúrgico, era un acérrimo defensor del método antiséptico, tanto dentro del acto operatorio como posteriormente en las curas que realiza. Así como también en la prevención de infecciones, limpiando las sondas urológicas cada 24 horas y aislando a pacientes con graves riesgos.

28. Utiliza distintos métodos anestésicos desde hielo, bromuro potásico, éter, cloral, cloruro mórfico, cloroformo, hasta clorhidrato de cacaina, siendo esta última utilizada a partir de 1880.

29. Dentro de la hemostasia utiliza el termocauterío, y en 1868 realiza la ligadura arterial de la tibial posterior en un aneurisma.

30. Dentro de los casos operados, que alcanza cerca de un millar, se observa que según el lugar de nacimiento del paciente más del 50% de ellos proceden de Toledo y provincia, siendo el resto de distintas regiones españolas, aunque es imposible averiguar si realmente estos últimos pacientes residían accidentalmente en Toledo o por el contrario venían expresamente al hospital de la Misericordia.

31. Del total de operaciones que realiza, que alcanza la cifra de 964, obtiene una mortalidad en 98 casos.

Dentro de la patología del abdomen, si cuantificamos solamente las heridas penetrantes de abdomen, es decir las simples y aquellas cuya característica es la salida y/o lesión del intestino, obtenemos una tasa del 50% de curaciones y un 50% de defunciones. Pero si introducimos a este grupo las hernias estran-

guladas se obtiene una elevación de más del 50% de defunciones.

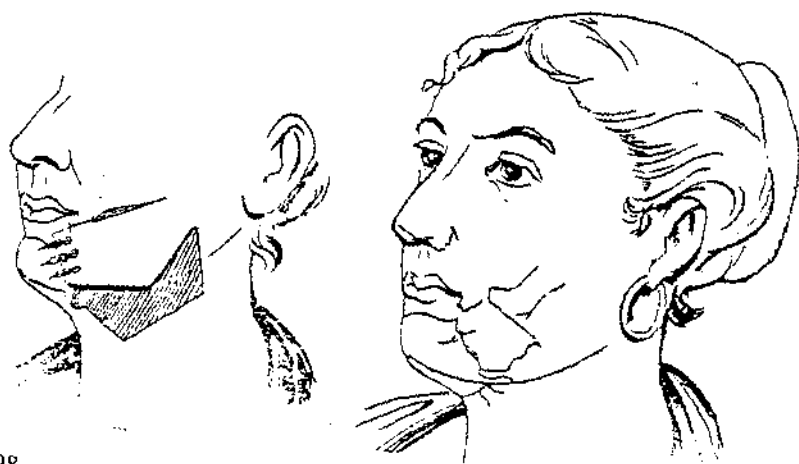
32. Para terminar, señalar que el Dr. Gallardo llevó a cabo todo su quehaer operatorio y asistencia quirúrgica en Toledo y más concretamente en el Hospital de la Misericordia, ciudad alejada de las Facultades, Institutos y Laboratorios, verdaderos Centros del saber científico-médico.

Conjugó en perfecta simbiosis, su conocimiento teórico y su saber práctico, basado en su experiencia y repercutiendo en sus intervenciones y como consecuencia en la esperanza de vida de sus pacientes.

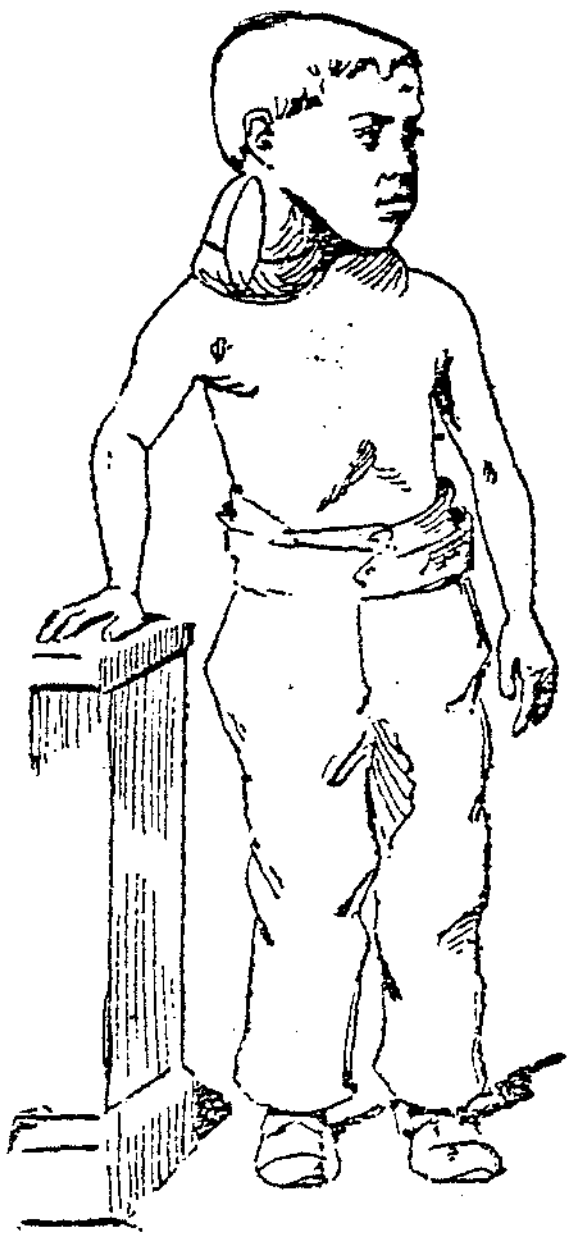
V. GRABADOS

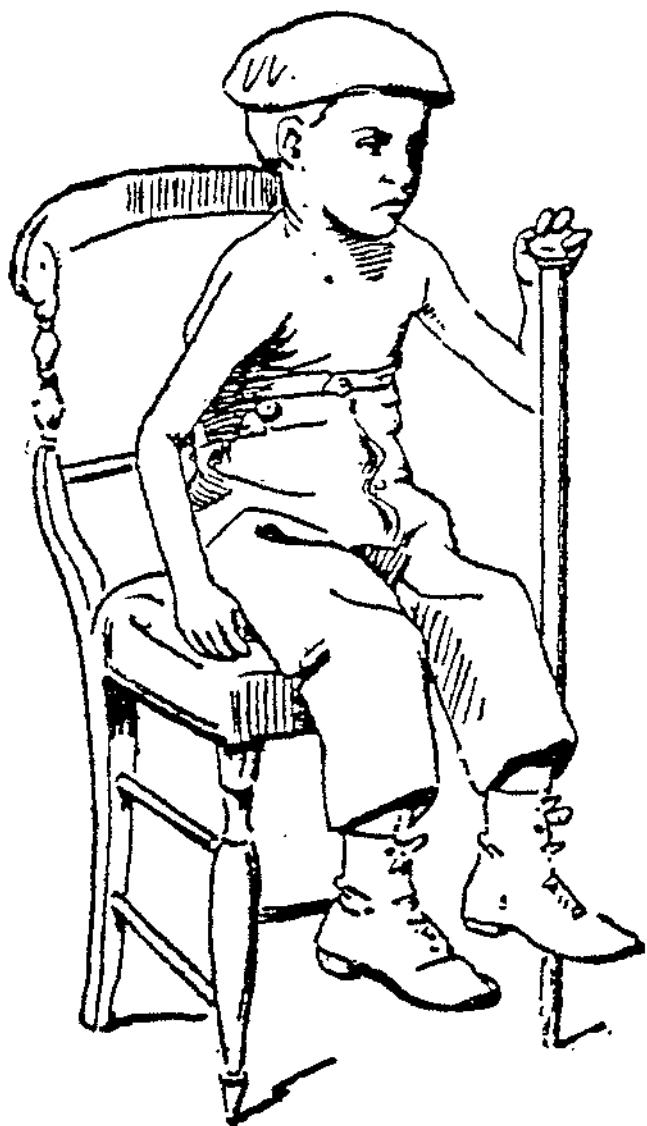


Fig. 1. a









1.º—DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA

VI. FUENTES:

GALLARDO SANCHEZ, Pedro. : “El Bisturi” Revista mensual de cirugía práctica. Año I. Tomo I. Imprenta de Menor Hermanos. Toledo, 1888.

VII. BIBLIOGRAFIA:

—BARDET, G.: **Tratado Elemental Práctico de Electricidad Médica**. Librería Editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere. Madrid, 1887.

—DA COSTA CARBALLO, Carlos Manuel.: **Introducción de los Grandes Avances de la Cirugía General en la Facultad de Medicina de San Carlos** (Tesis inédita). p.: 164. Madrid, 1986.

—DUBRUELL, A.: **Elementos de Medicina Operatoria**. Libros del Ministerio de Fomento, de la Academia Española de la Medicina y de Madrid. 1875.

—FORT, J.A.: **Patología y Clínica Quirúrgicas**. Tomo I, 2ª Edición corregida y aumentada. Madrid, 1873.

—FORT, J.A.: **Patología y Clínica Quirúrgicas**. Tomo III. 2ª Edición corregida y aumentada. Librería Miguel Guijarro y de Moya y Plaza. Madrid, 1873.

—LAIN ENTRALGO, Pedro.: **Historia de la Medicina**. Editorial Salvat. Barcelona, 1977.

—LAIN ENTRALGO, Pedro.: **Historia Universal de la Medicina**. Tomo VI. Editorial Salvat. Barcelona, 1974.

—LOPEZ FANDO RODRIGUEZ, Alfonso. y SANCHO SAN ROMAN, Rafael.: **Los Antiguos Hospitales de la Ciudad de Toledo**. Publicaciones de Clínica y Laboratorio, N° 422. Tomo LXXI, Mayo 1961, p.: 400. Imprenta y Litografía Octavio y Félez. Zaragoza, 1961.

—MARQUEZ MORENO, M^a DOLORES.: **El Hospital del Nuncio de Toledo durante el siglo XIX. Un capítulo en la historia de la Asistencia Psiquiátrica.** Tesina inédita. Madrid, 1987.

—MORELL - MACKENZIE.: **Tratado Práctico de las Enfermedades de la Laringe y de la Tráquea.** Madrid, 1882.

—S. GRANJEL, Luis.: **Historia de la Oftalmología Española.** pp. 97-109. Talleres Gráficos Cervantes de Salamanca. Salamanca, 1964.

—S. GRANJEL, Luis.: **La Medicina Española Contemporánea.** Volumen V. pp. 179-191 y 192-203. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca, 1986.

—TEJADA RIOJA, Francisco.: **Prensa Médica Toledana.** (Tesina y no está fechada).

—ULECIA Y CARDONA, Rafael.: **Revista de Medicina y Cirugía Práctica.** Tomo XVI. Pabellón Médico (1860)-Anfiteatro Anatómico (1873). Madrid, 1885.

—URBANTSCHITSCH, V. **Tratado de las Enfermedades del Oído.** Madrid 1881.

VIII. INDICE

I.	PROLOGO	11
	1.1. Presentación	17
	1.2. Objetivos	17
	1.3. Material y Métodos	18
	1.4. Fuentes	19
	1.5. Utilización del material recogido	21
II.	EL QUEHACER QUIRURGICO EN EL SIGLO XIX	23
	2.1. En Europa	23
	2.2. En España	27
	2.3. En Toledo	30
III.	ESTUDIO ANALITICO DE LA "REVISTA MENSUAL DE CIRUGIA PRACTICA <i>EL BISTURI</i> (Toledo, 1888-1889)	35
	3.1. Aspectos formales de la Revista. Breve noticia de su autor	35
	3.2. Análisis del contenido de la Revista	36
	3.2.1.1. Ingresos según la fecha de operaciones ..	38
	3.2.1.2. Salidas; Altas y Fallecimientos	40
	3.2.2. Descripción detallada, ordenada y sistemati- zada de todas las intervenciones quirúrgicas lle- vadas a cabo en dicho período	42

3.2.2.1. Cirugía de las estructuras craneo-encefálicas	42
3.2.2.2. Oftalmología	43
3.2.2.3. Oídos y Nariz. Cirugía Reparadora	67
3.2.2.4. Cavidad Bucal y Dependencias	71
3.2.2.5. Cuello	74
3.2.2.6. Cavidad Torácica	75
3.2.2.7. Abdomen	80
3.2.2.8. Ano y Recto	90
3.2.2.9. Aparato Genito-Urinario Masculino	91
3.2.2.10. Operaciones Ginecológicas	95
3.2.2.11. Operaciones Obstétricas	96
3.2.2.12. Cirugía Osea de Extremidad Superior	125
3.2.2.13. Cirugía Osea de Extremidad Inferior	138
3.2.2.14. Resecciones	151
3.2.2.15. Cirugía de las Articulaciones	165
3.2.2.16. Piel y Dependencias	167
3.2.2.17. Músculos y Arterias	170
3.2.2.18. Embalsamamiento del cadáver	172
3.2.3. Pilares del tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Misericordia	173
3.2.3.1. Métodos Antisépticos	173
3.2.3.2. Métodos Anestésicos	180
3.2.3.3. Hemostasia y Trasfusiones	183
IV. CONCLUSIONES	191
V. GRABADOS	197
VI. FUENTES	203
VII. BIBLIOGRAFIA	205
VIII. INDICE	207

Copia digital realizada por el
Archivo Municipal de Toledo





María José Márquez Moreno, licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Miembro de la Cofradía Internacional de Investigadores, presidida por S.M. la Reina doña Sofía de España. Miembro de la Sociedad de Historia de la Medicina. Ha realizado la tesis de licenciatura con la calificación de sobresaliente y cursos de doctorado por la misma facultad, así como múltiples cursos de perfeccionamiento en las distintas especialidades de Medicina, asistencia a Congresos, etc. En la actualidad está trabajando en la tesis doctoral compaginándolo con su actividad profesional.



AYUNTAMIENTO DE TOLEDO
CONCEJALIA DEL AREA DE CULTURA