

LA

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL
DE
MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA



Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXIV } LIMA, 31 DE ENERO DE 1907 { N.º 434

Los concursos del Hospital de Santa Ana.

La necesidad de subdividir algunos servicios del Hospital de Santa Ana se imponía desde hace tiempo, tanto por el acrecentamiento de la población hospitalaria que es colosal, como por el aumento progresivo de habitantes en Lima, cuanto por que la mejor observación de los enfermos y la aplicación en beneficio de ellos de los métodos modernos de diagnóstico y tratamiento, impide que sean bien atendidos cuando su cifra es muy elevada en cada departamento.

Inspirándose en esas consideraciones la Sociedad de Beneficencia, á iniciativa del señor Inspector de Santa Ana, creó en octubre próximo pasado dos servicios nuevos, uno de cirugía y otro de medicina, cuyos titularatos fueron sacados á concurso.

No obstante la brevedad del plazo que no sabemos por qué razones, se dió para la presentación de los opositores, cuatro candidatos formularon sus expedientes, que merecieron la aprobación de la Junta Particular, dos para el servicio quirúrgico, los doctores Juvenal Denegri y Miguel Aljovín; y dos para el de medicina (niños), los doctores Manuel O. Tamayo y Miguel D. Morante.

Se formaron los jurados para examinar á los candidatos, conformándose al reglamento último de hospitales, y después de lucidas pruebas resultaron todos aprobados por unanimidad. La elección favoreció al doctor Juvenal Denegri, para cirujano y al doctor Manuel O. Tamayo para médico del servicio de niños.

Muy acertada encontramos la elección hecha por el Jurado *ad hoc*, que ha recaído evidentemente, en este caso, sobre los candidatos que presentaban mayores títulos de competencia, fundados en estudios especiales y experiencia clínica bien probada; pero nos parece muy posible que en otras ocasiones, la mayor parte de los miembros, de ese jurado, que no son médicos, ni asisten á los exámenes, pudieran favorecer con sus votos á los menos aptos, presentándose así la posibilidad de no obtener el puesto de titular apesar de haber sobresalido entre los opositores.

La causa de esta posible injusticia depende de la manera como se hace la calificación de las pruebas. Según el reglamento de hospitales, los votos del Jurado examinador no pueden ser sino de aprobación ó desaprobación; quedando excluida la gradación de bondad de las pruebas, no puede hacerse justicia á un examen sobresaliente que resulta igualado con uno aceptable, y siendo natural que médicos recibidos den exámenes clínicos por lo

menos aceptables, resulta que todos los candidatos obtienen igual calificativo, haciéndose así inútil la labor del Jurado examinador.

Si la Junta Directiva de la Sociedad de Beneficencia quiere reservarse el derecho de elegir libremente los titulares de hospitales, nos parece que debe suprimirse los exámenes de concurso, quedando reducida la labor de los candidatos á esos puestos á la formación de expedientes en que acrediten sus títulos de competencia.

Para que un concurso tenga valor real, precisa dar á los miembros del Jurado por lo ménos la facultad de señalar al práctico que mayores conocimientos ha revelado en las pruebas.

Publicamos á continuación los trabajos escritos de los opositores á ambos concursos, que juzgamos muy interesantes y dignos de ser conocidos de nuestros lectores. Son nota probatoria de la importante labor diaria de los hospitales de Lima.

TRABAJOS NACIONALES

TRATAMIENTO QUIRURGICO

MODERNO DEL CANCER DE LA LENGUA

POR EL

DOCTOR JUVENAL DENEGRÍ

Los grandes progresos que la Cirugía ha realizado merced á la asepsia, instrumental mejorado y técnica operatoria mas perfecta y que parecían deber estrellarse ante el tratamiento del cáncer de los diversos órganos, han contribuido sin embargo, á modificar y mejorar de una manera notable el pronósti-

co operatorio y algunas veces curativo de esta afección en general, y particularmente, de una de sus más temibles localizaciones: el cáncer de la lengua.

Es este tema, del perfeccionamiento operatorio actual del cáncer de la lengua, el que me propongo desarrollar en esta disertación, con motivo de un caso operado por mí en el hospital de Santa Ana, servicio de Cirugía del Dr. Eduardo Bello.

Es además este asunto, de actualidad, y hoy mismo es motivo de muchas discusiones en las Academias de los principales centros médicos de Europa; y hace apenas pocos días, el cable nos anunció que el Pr. Poirier, de la Facultad de Medicina de Paris había dirigido á la Academia una comunicacion notable, sobre el tratamiento de los cánceres de la lengua. Como Poirier es uno de los apóstoles que predicán y preconizan en Francia, desde el año 1900, las ventajas del tratamiento operatorio en dos tiempos y de la intervencion lo más radical posible del cáncer lingual, es casi seguro que en su última relación,—que aun no conocemos,—haya presentado nuevos hechos y estadísticas que comprueben aun más, la excelencia del procedimiento que desde hace años viene defendiendo.

La relación del caso que he operado siguiendo estos principios—primero que se opera entre nosotros—será una modesta contribucion de la Cirugía nacional, en la lucha en que la Humanidad está empeñada contra esta enfermedad.

El cáncer de la lengua es una de las enfermedades en las que parece que la naturaleza hubiera querido acumular mayor número de sufrimientos; y aún cuando en la serie desoladora de los cánceres es difícil establecer graduaciones, evidentemente el de la lengua ocupa el lugar más doloroso; y por los sufri-

mientos á que espone, la desesperación á que conduce á los desgraciados que lo sufren, que ven y aprecian cada día los progresos del mal, creo que esta enfermedad lleva sobre los cánceres de otros órganos, la triste primacía de la crueldad y del horror.

Una de las armas más poderosas de que el médico dispone en las manifestaciones profundas y ocultas del cáncer, para confortar y dar valor y alguna esperanza al enfermo: el santo engaño, la bendita ilusión, carecen en lo absoluto de importancia en este caso. El paciente ante los progresos del mal, día á día va sepultando sus ilusiones y esperanzas, á medida que crecen y se agigantan el dolor y la desesperación.

Pero no solo es terrible el cáncer de la lengua, sino que también es muy difícil de curar; las recidivas se presentan con desconsoladora frecuencia, y las intervenciones quirúrgicas que necesita tienen una gravedad considerable, y habían beneficiado poco de los progresos de la cirugía moderna.

Esta triada sombría, crueldad del mal, recidiva frecuente y gravedad operatoria, que es característica del cáncer de la lengua, no es razón suficiente para desalentarnos en la lucha contra esta enfermedad y dejar abandonados á su triste suerte á los desgraciados á quienes ataca. Estas mismas dificultades deben retemplar nuestro espíritu y hacernos esperar confiadamente en que algún día, tal vez no lejano, no sólo pueda aliviarse el cáncer, sino ser también ser radicalmente curado.

Que la cirugía actual puede curar el cáncer es un hecho indiscutible, probado por numerosas estadísticas que establecen que el número de recidivas ha disminuido considerablemente. El cáncer del seno cuando está bien operado, da un

tercio al menos de curaciones definitivas (J. L. Faure).

Respecto á los cánceres de otros órganos, tengo en mi práctica privada un caso de cancer del cuello uterino, comprobado histológicamente, y en el que practiqué la histerectomía vaginal hace tres años; la enferma goza actualmente de excelente salud que hace creer en la curación definitiva.

Desde luego los malos resultados que antes de ahora se obtenían en el tratamiento del cáncer de la lengua no deben admirarnos. Poirier ha declarado ante la Sociedad de Cirugía de París, que el cáncer lingual ha sido siempre mal operado, y que apesar de la habilidad y valor de muchos cirujanos, estos practicaban operaciones incompletas, ya sea del lado de la neoplasia, ya del lado de los gánglios; y lo que debe maravillarnos es no que el cáncer lingual haya recidivado casi siempre, sino que haya podido curar alguna vez. El mejoramiento del pronóstico operatorio y curativo del cáncer de la lengua se debe á la observancia estricta de ciertas reglas generales que hoy están perfectamente establecidas, y de cuya esposición y desarrollo voy á ocuparme detenidamente.

En primer lugar aquí como en todos los cánceres, es necesario operar lo más pronto posible. Que no se pierda el tiempo en tratamientos inútiles; que no se siga esa conducta de contemporización, que los tímidos llaman prudencia. Que no se insista mucho en el tratamiento específico—necesario muchas veces cuando el diagnóstico es incierto en los inicios del mal—pero apenas se observe su ineficacia, se le abandone; pues además de la acción nociva que tienen el mercurio y el yodo sobre la marcha de la neoplasia cancerosa, hacen perder tiempo precioso á expensas de la salvación del enfermo. Debe practicarse lo

más pronto posible el examen histológico de una partícula del neoplasma, maniobra inofensiva y que proyecta luz meridiana sobre la naturaleza de la afección.

Una vez hecho el diagnóstico hay que intervenir quirúrgicamente y si todos los cirujanos están de acuerdo respecto de la amplitud de la operación, no lo están respecto á la vía que debe seguirse.

¿Debe operarse por la boca ó por la vía supra-hioidea? ¿Debe ó no respetarse el maxilar superior? ¿Se debe ó no traqueotomizar preventivamente? y qué conducta debe seguirse con los gánglios?

Cada una de estas cuestiones es discutible y la solución de ellas varía según las particularidades de cada caso. Desde luego colocámonos bajo un punto de vista general y tomando como caso típico aquel que ocurre frecuentemente en clínica, que el tumor canceroso invada la lengua poco más ó menos hasta el límite de unión de su tercio medio con el posterior y sin que el suelo de la boca esté invadido, voy á exponer la solución práctica de las diferentes cuestiones señaladas en el párrafo anterior.

La traqueotomía preventiva, si bien es cierto que garantiza la libertad respiratoria del enfermo y evita los accidentes debidos á la penetración de la sangre en las vías aéreas, sólo puede prestar servicios en los cánceres de la base de la lengua y de la faringe, pero con la condición de quitar la cánula inmediatamente después de la operación. La traqueotomía agrava el pronóstico operatorio una vez la operación terminada; pues favorece la infección de las vías aéreas, ya demasiado expuestas por la operación principal. En el caso en que el cáncer invada hasta el tercio posterior de la lengua, no se debe traqueotomizar preventivamente. Esto naturalmente no impide el que deba colocarse una cánula traqueal en el curso de la intervención, si hay

accidentes respiratorios que lo indiquen; de don le se deduce el consejo práctico, de tener siempre á la mano una cánula cuando se opere un cáncer lingual.

Otra de las reglas que debe observarse estrictamente en la operación del cáncer de la lengua, como por lo demás se exige en los cánceres de todos los órganos es la extirpación de los gánglios en que terminan los linfáticos de la región invadida por el neoplasma. En el cáncer lingual, Poirier ha establecido por sus investigaciones anatómicas, que debe extirparse los gánglios carotídeos, submaxilares y los que están situados á lo largo de los vasos y en los dos lados del cuello—las anastomosis de los vasos linfáticos en la línea media de la lengua explicarían la necesidad de la bilateralidad de las intervenciones.

Faure afirma que, aun cuando en principio no hay ninguna objeción que hacer á este precepto, sin embargo él no ha visto jamás en la práctica, en cánceres limitados á un lado de la lengua una degeneración ó recidiva ganglionar del lado opuesto; y considera por esto demasiado absoluta la prescripción de Poirier y aconseja contentarse con el vaciamiento ganglionar del lado enfermo; teniendo cuidado de extirpar detenidamente los gánglios carotídeos que están casi siempre atacados y que son los más difíciles de extraer. En toda operación del cáncer lingual debe extirparse ampliamente el foco canceroso así como los gánglios submaxilares, carotídeos y externo-mastoideos del lado de la lesión.

Como pueden combinarse las dos condiciones esenciales en toda operación de cáncer de la lengua: la extirpación amplia del foco canceroso y la de los gánglios correspondientes de la región lateral del cuello?

Hay una ley en la cirugía del cán-

cer, evidente desde luego, y es que debe sacarse en un solo bloc el neoplasma, los gánglios correspondientes y los linfáticos que los unen. En el caso particular del cáncer de la lengua, la disposición anatómica hace casi imposible de realizar este precepto. Desde luego es factible operando por la vía supra-hioidea, sacar de un solo bloc la lengua, si es necesario el suelo de la boca y los gánglios submaxilares, carotídeos y aun una parte del maxilar mismo; pero semejante operación es enormemente grave, pues haciendo comunicar el foco operatorio de la boca con el del cuello; los espacios celulosos de éste, infectados por las secreciones bucales, supuran se producen absorciones terribles de productos tóxicos y la mayor parte de los operados sucumben, por la septicemia, la infección, y las bronconeumonias, sin que nada sea capaz de conjurarlas. Así por este solo hecho de la comunicación de los focos operatorios del cuello y de la boca, la operación del cáncer lingual se vuelve mortífera, y adquiere una gravedad que ninguna de ellas, la operación bucal, y la del cuello tenían aisladamente. Desgraciadamente la extensión de las lesiones obliga algunas veces al cirujano á intervenir de esta manera; y aun cuando la gravedad operatoria sea enorme, sin embargo, algunos éxitos aun en estas condiciones, retemblan el ánimo de los operadores con la esperanza del buen resultado, y sirven de consuelo á esos desgraciados que ven en la acción quirúrgica su única tabla de salvación. Últimamente Ledentu cita el caso de un enfermo al que estirpó toda la lengua, salvo la porción vecina al hueso hioideos, todos los músculos supra hioides y todo el cuerpo del maxilar inferior y que ha tenido una supervivencia de 13 años sin recidiva. Este y algunos otros casos citados por diversos cirujanos ensanchan notablemente el campo de la operabili-

dad de los cánceres de la lengua y nos deben alentar á intervenir en casos análogos; pues si bien algunos pacientes sucumbirán, habrán otros que se alivien y obtendrán algún beneficio y alguno que otro podrá curar, y es por esto, que en la lamentable situación de esos enfermos tenemos el derecho y muchas veces el deber de intervenir.

De las anteriores consideraciones se deduce que, siendo la causa de la enorme mortalidad operatoria en el cáncer de la lengua, la comunicación que se establece entre los focos bucal y del cuello, debe esforzarse el cirujano en evitarla y de aquí se desprende otro de los grandes preceptos de la cirugía moderna del cáncer de la lengua: que es necesario hacer esta operación en 2 tiempos. Se hará primero una operación exclusivamente bucal, cuya gravedad es insignificante y después, una operación en el cuello cuya gravedad es menor todavía. Así es que en los cánceres de la lengua que no hayan invadido el suelo de la boca, y que constituyen el límite ordinario de la operabilidad de estos tumores, debe respetarse este suelo, pues el quitarlo so pretexto de una operación más completa, agrava tan considerablemente el pronóstico operatorio, que no merece arriesgar la vida inmediata de los enfermos, ante la expectativa de un mejor éxito tal vez problemático.

Es observando estrictamente estos principios que han logrado convertirse las terribles operaciones antiguas de la extirpación del cáncer de la lengua en métodos operatorios cuya gravedad es mínima y que justifican la intervención y la obra del cirujano, pues si alivian y algunas veces curan, muy rara vez matan.

Resumiendo en sus líneas generales todo lo que considero de más importancia en la técnica operatoria del cáncer de la lengua, diré que en los casos en que la neopla-

sia no haya invadido el suelo de la boca debe practicarse la operación en dos tiempos. Debe hacerse primero la extirpación de la lengua por la vía intra-bucal. Es esto generalmente practicable, pues tirando la lengua y seccionando los pilares anteriores del velo del paladar al nivel de su base con las tijeras y después de haber dividido los genio-glosos, es posible extirpar la lengua, casi hasta el nivel de su base. Si alguna dificultad se encontrara se podría hacer la incisión de Jaeger, es decir dividir la mejilla desde la comisura hasta la rama ascendente del maxilar inferior; pero ordinariamente no es necesaria esta maniobra. Sólo los cánceres de la base de la lengua situados al nivel de la epiglotis, no pueden extirparse por esta vía; necesitan los procedimientos antiguos, que crean una vía especial para extirpar el tumor, ya pasando por debajo del cuerpo del maxilar inferior á través del suelo bucal (método de Regnoli, Billrot, Verneuil y Kocher); ya seccionando el cuerpo del maxilar inferior en su medio como lo hace Roux y Sedillot. Un punto de técnica sobre el que me permito llamar la atención por no haberlo yo visto emplear por ningún operador en Europa, ni descrito en ningún tratado de Medicina operatoria, es el de proceder en la disección de los músculos de la cara inferior de la lengua, después de haber seccionado los genio-glosos, por vía obtusa. Es el dedo que he aislado los músculos genio-hioideos y el hiogloso, en el caso que hace poco he operado en el Hospital de Santa Ana, y así pude llegar casi con un campo operatorio exangue hasta la arteria lingual que fué seccionada después de ligada. Creo que la ligadura preventiva de la arteria lingual, por su incisión clásica al nivel del cuello, sea las más de las veces innecesaria; — naturalmente en las neoplasias que no han invadido el

suelo de la boca—y esto me parece tanto más evidente si se emplea el procedimiento de disección obtusa que calurosamente recomiendo en esta operación. Concluida la ligadura en el campo operatorio de las arterias linguales, no hay más que seccionar con tijeras la lengua transversalmente al nivel de su base, pudiendo extirparse este órgano hasta un centímetro por encima del hueso hioides. Se ligan las arterias dorsales de la lengua, se sutura al catgut los bordes de la herida lingual y se sostiene el niño hácia adelante por una asa de seda que se fija en los dientes para evitar su caída hácia atrás y la asfixia consecutiva que podría resultar.

En pocos días se obtiene la curación.

Cuando el enfermo está completamente restablecido, por término medio después de quince días, se procederá á la operación del cuello para la extirpación de los ganglios sub-maxilares y carotídeos, á lo largo de los vasos. Se tendrá especial cuidado de extirpar la glándula sub-maxilar, junto con todos los gánglios que le rodean. Se cuidará de extirpar un gánglio que se encuentra en la bifurcación de la carótida primitiva que siempre está atacado, y después se suturará la herida.

De esta manera se transforma la gravísima operación del cáncer lingual en un solo tiempo, en dos operaciones benignas, cuyo pronóstico operatorio es casi inofensivo, y el curativo tendrá mayores probabilidades de éxito con el mínimo de los peligros.

Aquello de imponer dos operaciones consecutivas á los enfermos, es en mi concepto de secundaria importancia ante los peligros que con esto se evitan. Como dice muy bien Faure, más vale curar un enfermo haciéndole dos operaciones sucesivas, que matarle bajo el pretexto de ahórrarle una.

Naturalmente que en los casos en que la neoplasia lingual haya invadido sólo una pequeña parte del órgano, podrá hacerse la operación en una sola sesión, practicando primero la extirpación de los gánglios del cuello y después la amputación de la lengua pasando ampliamente los límites del mal.

Nada de esas amputaciones pequeñas limitadas sólo á extirpar con economía la porción de la lengua enferma. Debe cuando menos pasarse unos dos centímetros por detrás del límite del tumor; hay que ser pródigo en las amputaciones ó extirpaciones de órganos cancerosos; el éxito definitivo y la vida de los enfermos, así nos lo imponen.

Merced á la aplicación de las reglas que en el curso de este trabajo he desarrollado, es que he podido obtener éxito completo en una intervención en la que la lengua estaba invadida por el neoplasma en sus tres cuartos anteriores, y que dada la calidad del sujeto; enferma de 60 años de edad, de constitución débil, padeciendo de una grave enfermedad nerviosa (mielitis transversa de la médula lumbar), había mucho que temer del éxito de la intervención.

Hoy la enferma está perfectamente curada de la intervención operatoria, y merced á la extensión de ella, creo poder esperar fundadamente en su curación.

Si ésta no se obtiene, si la enfermedad recidiva, quédame al ménos la satisfacción íntima, de que lo que he hecho no ha sido daño para la enferma, y antes al contrario, la he colocado en las condiciones mejores para librarla del triste y doloroso fin á que en breve plazo estaba condenada.

HISTORIA

Inés Vilches, de 58 años de edad,

viuda, de raza blanca, constitución débil y temperamento linfático, ingresó al Hospital de Santa Ana, Sala de San Pedro, el día 12 del mes de agosto del presente año. (1906) Casada á los 15 años, tuvo 4 hijos habiendo muerto todos en sus primeros años de fiebre tifoidea. Sus menstruaciones siempre fueron normales.

Salvo ligeras indisposiciones en la niñez, la enferma siempre gozó de buena salud, hasta hace 6 años época en la que comenzó á sentir trastornos en los movimientos de los miembros inferiores; dificultad en la marcha, y calambres repetidos.

Este síndrome se fue acentuando poco á poco hasta imposibilitarle totalmente la deambulacion.

Hemos podido asegurarnos que la enferma no ha tenido en sus ascendientes, ni entre sus colaterales, ninguna afección diatésica susceptible de transmitirse por herencia. No presenta ningún vestigio de manifestaciones sifilíticas.

El principio de la afección actual, asciende á seis meses. La enferma vió aparecer sobre el borde izquierdo de la lengua en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores, un cierto número de botones rojos que ocasionaban un vivo ardor principalmente en los movimientos de la lengua. En este estado permaneció la lesión algún tiempo, hasta que se formó una ulceración del tamaño de una lenteja, muy dolorosa, acentuándose el dolor con el contacto de los dos premolares izquierdos.

La ulceración fue aumentando de tamaño, hasta presentar la dimensión de una peseta, al mismo tiempo que la dolorabilidad crecía al punto de dificultar considerablemente la masticación y la palabra.

Sometida la enferma á diversos tratamientos prescritos por varios facultativos que la vieron durante la enfermedad, rayos X, tratamiento antisifilítico, etc.-vió siempre que

el mal seguía adelante, los dolores se hicieron más violentos, principalmente en las noches, y se acompañaron de irradiaciones dolorosas hacia la región auricular izquierda.

En estas condiciones ingresó la enferma al Hospital de Santa Ana, para buscar en la cirugía un remedio para su mal.

La ulceración se presentó á nuestro examen en las siguientes condiciones: ocupa el borde izquierdo de la lengua, desde un centímetro detrás de la punta hasta el nivel del segundo molar; sus dimensiones pueden avaluarse en 4 centímetros en el diámetro ántero posterior y 3 centímetros en el diámetro vertical. El suelo bucal no está invadido.

La ulceración no es escavada, y al contrario reposa sobre una tumuración que ocupa la lengua en mayor extensión que la úlcera; su fondo es recubierto por un exudado blanco—amarillento, pultáceo. La exploración de la úlcera es dolorosa y hay una secreción salivar abundante y un tanto fétida.

El examen de los grupos ganglionares correspondientes á los linfáticos de la lengua, permite apreciar la presencia de un gánglio indurado al nivel del ángulo izquierdo del maxilar inferior, un poco sensible á la presión, y de la dimensión de un medio.

Los trastornos funcionales consisten en una dificultad acentuada de la palabra, de la masticación, y de la deglución.

Su estado general, está algo interesado, pues aparte de la lesión nerviosa de los miembros inferiores que ya he mencionado, y que parece debida á una mielitis transversa de la médula dorsal, la enferma presenta una flacura considerable y coloración amarillenta de la piel sin constituir sin embargo un estado caquéctico avanzado. Sus pulmones funcionan normalmente. El sistema arterial, presenta signos evidentes de arterio—esclerosis; los

demás órganos y aparatos funcionan normalmente.

El diagnóstico clínico de la lesión de la lengua, se hizo teniendo en cuenta ese conjunto de caracteres, bastante sugestivos por cierto, que ya hemos enumerado. Pensamos inmediatamente en un tumor maligno: en un epiteloma de la lengua.

No era evidentemente una ulceración simple dentaria; la ausencia de dientes cariados, la forma de la ulceración, el aspecto de su fondo, y los dolores irradiados á la oreja, alejaban este diagnóstico de mi espíritu.

Tampoco era una ulceración tuberculosa, pues aparte de que no había lesión pulmonar de ninguna especie, no la había en ningún otro órgano; por lo demás el aspecto de la ulceración en la que no había pérdida de sustancia, la existencia de tumor lingual, y de adenopatía cervical, y la ausencia de la coloración pálida y de ese semillero de pequeñas granulaciones gris—amarillentas que se observan en la vecindad de la ulceración tuberculosa, y que además es poco dolorosa, me hizo por estas razones desechar esta enfermedad.

La sífilis constituye una causa frecuente de las afecciones linguales.—Son las manifestaciones terciarias de la sífilis que pueden originar ulceraciones capaces de confundirse con la tuberculosis ó el cáncer—La ulceración gomosa, consecutiva á la fusión de un goma, es precedida ordinariamente por un tumor indolente que ocupa más el dorso que los bordes de la lengua, y está constituido por una cavidad más ó menos anfractuosa con bordes cortados á pico, desprendidos y poco ó nada indurados. Esta ulceración jamás sangra y es indolora. La ulceración esclero—gomosa se acompaña de un aspecto especial de la lengua: está surcada por fisuras más ó menos profundas, no ulceradas que atraviesan las partes indu-

radas en sus diámetros ántero posterior y transversal, dando ese aspecto *cuadrillé* absolutamente característico. Además el aspecto de la ulceración en este último caso, es análogo á la ulceración gomosa. Ordinariamente hay manifestaciones sifilíticas terciarias en otros órganos, ó hay vestigios de manifestaciones secundarias principalmente en la piel. No hay adenopatía sub-maxilar.

Estos caracteres no se observaban en nuestra enferma y como por informaciones verídicas supe que la paciente había sido sometida á un tratamiento antisifilítico enérgico y perfectamente bien dirigido, descarté de plano este diagnóstico de sífilis lingual.

Sólo quedaba el cáncer lingual, cuya marcha, y aspecto clínico se amoldaban sobre la sintomalogía de nuestra enferma y fué este el diagnóstico que hicimos en ella. Hice practicar el examen histológico de un pedazo del tumor, y este confirmó el diagnóstico clínico.

En presencia de esa terrible enfermedad; el tratamiento quirúrgico se impone. No había otra esperanza.

Sugestionado por los brillantes éxitos operatorios y curativos que, durante mi última permanencia en Europa, ví obtener á Butlin de Londres, y á Poirier y Faure de París, con la operación del cáncer lingual en 2 tiempos, pensé ponerla en práctica en esta enferma con

tanta mayor razón, cuanto que el estado de miseria fisiológica de ella me hacían comprender la imposibilidad de llevar á cabo con éxito una de las antiguas intervenciones del cáncer lingual—la faringectomía supra hioidea; la vía trasmaxilar, etc.—operaciones que á más de muy cruentas y de técnica más ó menos difícil, tienen un porcentaje de mortalidad operatoria muy elevado.

Hice pues, el día 17 de agosto del presente año y por primera vez entre nosotros, la extirpación de la lengua por vía bucal; operación sencilla, que duró apenas 30 minutos, casi exangue, siguiendo la técnica que en sus líneas generales ó reglas principales he descrito en la primera parte de este trabajo.

Cuando la herida lingual hubo cicatrizado, 15 días después de la primera intervención, hice la extirpación de todos los gánglios del cuello, correspondientes á la región sub-maxilar, carotídeos á lo largo de los vasos del cuello, así como la extirpación de la glándula sub-maxilar.

Esta última herida cicatrizó rápidamente. Hoy la enferma, 4 meses después de su primera intervención, se encuentra en admirables condiciones de salud, y sin el menor vestigio de recidiva. La palabra es bastante clara y fácil, sólo se observa un poco de sialorrea que tiende á desaparecer.

ESTADÍSTICA DE LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PRACTICADAS POR EL DR. JUVENAL DENEGRI EN EL HOSPITAL DE SANTA ANA, SERVICIO DEL DR. EDUARDO BELLO, EN LOS AÑOS DE 1904, 1905 Y PARTE DE 1906 (HASTA EL 31 DE OCTUBRE); ASÍ COMO EN LA PRÁCTICA CIVIL.

Histrectomia vaginal.

| | Opera- ciones | Curá- dos | Muer- tos |
|-----------------------------|------------------|--------------|--------------|
| Por esclerosis uterina..... | 3 | 3 | 1 |
| „ fibromiomas | 2 | 2 | 1 |
| „ supuración pelviana. | 1 | | 1 |

| | | |
|---|----|----|
| Por carcinosis peritoneal..... | 4 | 4 |
| „ exploración..... | 3 | 3 |
| Amputación de las glándulas mamarias: por el método de Halsted, en el cáncer..... | 10 | 10 |
| Amputaciones de las dos mamas por pseudo- <i>elefantiasis</i> .. | 1 | 1 |
| Extirpación de fibromas de la glándula mamaria | 3 | 3 |
| Nefrotomía por supuración de la pelvis renal: con tra- yectoro fistuloso externo | 1 | 1 |
| Nefropexia por riñón móvil..... | 4 | 4 |
| Operación de Talma para la cirrosis atrófica del hígado (ascitis) | 4 | 4 |
| Procedimiento autoplástico de Legueu, para cubrir una gran herida operatoria después de la amputación ma- maria por el método de Halsted | 1 | 1 |
| Operación de Moreschi para la curación de las várices y úlceras varicosas de los miembros inferiores..... | 6 | 6 |
| Curación de una aneurisma voluminoso de la arteria po- plítea, por la ligadura de la femoral en el canal de Hunter..... | 1 | 1 |
| Operación de la fístula de ano..... | 6 | 6 |
| Abscesos de la margen del ano (incisión)..... | 3 | 3 |
| Operación de la tarsectomia dorsal cuneiforme y tenoto- mía del tendón de Aquiles, por piebot varus equino congénito | 3 | 3 |
| Operación del pie plano varus con extirpación del astrá- gulo, resección de la apófisis menor del calcaneo, del es- cafoides y de los cuneiformes y sección de los tendones de los peronéos laterales..... | 2 | 2 |
| Astragalectomía por herida contusa de la articulación ti- bio tarsiana con abertura completa de la cavidad ar- ticular, la extirpación del astrágalo se hizo para dre- nar la articulación infectada..... | 1 | 1 |
| Operaciones auto-plásticas..... | | |
| Por cáncer del labio inferior, queloplastía..... | 1 | 1 |
| „ retracción cicatricial consecutiva á quemaduras del párpado inferior, blefarorrafia y blefaroplastía..... | 1 | 1 |
| Amputación del brazo por tumor blanco de la articulación del codo..... | 1 | 1 |
| Amputación del muslo por tumor blanco de la rodilla muy avanzado..... | 1 | 1 |
| Amputaciones del antebrazo..... | 1 | 1 |
| Amputación de la pierna por tumor blanco de la articula- ción tibio-tarsiana..... | 2 | 2 |
| Resección total unilateral del maxilar inferior por fibro- sarcoma voluminoso implantado en el cuerpo y rama ascendente del hueso..... | 1 | 1 |
| Resecciones costales múltiples: | | |
| Por tuberculosis ósea..... | 3 | 3 |
| „ necrosis consecutiva á traumatismos..... | 2 | 2 |
| Resección parcial del fémur..... | 1 | 1 |
| „ „ del olécranon..... | 1 | 1 |
| „ „ del peroné..... | 1 | 1 |

| | | | |
|---|----|----|---|
| Recección parcial del ala del hueso ilíaco..... | 1 | 1 | |
| " " del maxilar inferior por caries..... | 4 | 4 | |
| Desarticulaciones de los huesos de la mano..... | 3 | 3 | |
| Trepanación del húmero por osteomielitis..... | 1 | 1 | |
| " " del femur por osteomielitis..... | 2 | 2 | |
| Extirpación de un tumor de la cara externa y superior del brazo izquierdo (fibro-sarcoma)..... | 1 | 1 | |
| Amputación de la lengua por-cáncer, con extirpación de los ganglios..... | 1 | 1 | |
| Extirpación de un lipoma voluminoso de la región dorsal | 1 | 1 | |
| " " " " del hombro..... | 1 | 1 | |
| Operación de las uñas encarnadas..... | 10 | 10 | |
| Incisión al termocauterio de un flegmon del labio superior | 4 | 4 | |
| Extirpación de un quiste dermoide de la cola de la ceja iz- quierda..... | 1 | 1 | |
| Extirpación de ganglios tuberculosos del cuello..... | 3 | 3 | |
| " " de linfo-sarcomas múltiples del cuello, con adhe- rencias profundas con el paquete vásculo-nervioso..... | 1 | 1 | |
| Flegmón profundo del cuello consecutivo á herida por ar- ma de fuego (incisiones múltiples) con extracción de proyectiles (municiones)..... | 1 | 1 | |
| Punción lumbar, Quinke, por proceso irritativo meningeo | 1 | 1 | |
| Exición de tumores hemorroidarios con el terno-cauterio | 4 | 4 | |
| Trepanación de la apófisis mastoides por mastoiditis con- cutiva á otitis media supurada aguda..... | 12 | 12 | |
| Mastoiditis de Bezold (operación)..... | 4 | 4 | |
| Curación radical de la otitis supurada media crónica (ático-antrectomía) procedimiento Schwartz..... | 3 | 3 | |
| Curación radical de la otitis supurada media crónica (ático-antrectomía) procedimiento de Stacke..... | 1 | 1 | |
| Pólipos del conducto auditivo externo, con implantación en la caja del tímpano, consecutivos á otitis media su- purada crónica (extirpación)..... | 14 | 14 | |
| Otitis externa difusa sub-perióstica. Incisión de Wilde..... | 5 | 5 | |
| " " supurada circunscrita (forúnculo)..... | 20 | 20 | |
| Operación plástica para formar un conducto auditivo ex- terno artificial, por ausencia completa de él, debido á malformación congénita..... | 1 | 1 | |
| Extirpación de los huesecillos del oído medio (martillo y yunque) por otitis media supurada crónica..... | 2 | 2 | |
| Paracentésis del tímpano por otitis media supurada..... | 25 | 25 | |
| Trepanación del seno frontal por supuración crónica, pro- cedimiento de Ogston-Luc..... | 4 | 4 | |
| Trepanación del seno maxilar por inflamación supurativa crónica, procedimiento de Caldwell-Luc..... | 5 | 5 | |
| Trepanación de los senos frontal y maxilar combinados por sinusitis crónica fronto-maxilar..... | 1 | 1 | |
| Pólipos mucosos nasales—Extirpación con el polípótopo | 16 | 16 | 5 |
| Resección de crestas y espinas del tabique nasal..... | 20 | 20 | |
| Operación de Krieg para la resección fenestrada del cartí- lago del tabique nasal en las deformaciones y desvia- ciones del septum..... | 4 | 4 | |

| | | | |
|---|-----|-----|---|
| Decortización de los cornetes inferiores en la rinitis hipertrófica..... | 15 | 15 | |
| Turbinectomía total del cornete inferior..... | 5 | 5 | |
| Turbinectomía parcial del cornete medio..... | 3 | 3 | |
| Pólipos fibrosos nasales..... | 2 | 2 | |
| Vegetaciones adenoides- Curetaje del cavum nasofaríngeo | 45 | 45 | |
| Amigdalotomías palatinas en los adultos | 15 | 15 | |
| Morcellement de las amígdalas palatinas en los adultos.. | 6 | 6 | |
| Extirpación de la amígdala lingual hipertrófica..... | 3 | 3 | |
| Gálvano-cauterización de la amígdala lingual..... | 10 | 10 | |
| Incisión de flegmones peri-tonsilares y tonsilares..... | 10 | 10 | |
| Discisión de las amígdalas palatinas por amigdalitis críp-tica..... | 15 | 15 | |
| Pólipos nasofaríngeos-Extirpación..... | 1 | 1 | |
| Flegmon retro-faríngeo-incisión | 1 | 1 | |
| Extirpación por vía endo-laríngea de pólipos fibrosos de las cuerdas-vocales..... | 2 | 2 | |
| Extirpación de nódulos fibrosos de las cuerdas vocales..... | 1 | 1 | |
| Total..... | 574 | 569 | 5 |

OPERACIONES DE URGENCIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Laparotomías por heridas múltiples del vientre, por instrumento cortante—una de ellas penetrante..... | 1 | 1 | |
| Laparotomía por herida penetrante del abdomen por arma de fuego con herida del epiploon y del intestino delgado—resección epiploica y suturas múltiples intestinales..... | 1 | 1 | |
| Laparotomía por obstrucción intestinal á los diez días de enfermedad..... | 1 | 1 | |
| Laparotomía por estrangulamiento herniario (hernia crural), ingresó al hospital á los tres días de enfermedad... | 1 | 1 | |
| Hernia umbilical estrangulada con gangrena del intestino y resección de más de un metro de intestino; ingresó al hospital á los ocho días del estrangulamiento..... | 1 | 1 | |
| Hernias umbilicales estranguladas..... | 6 | 6 | |
| Apendicitis y anexitis tuberculosa, operada por agravación brusca de la lesión apendicular (peritonitis generalizada) | 1 | 1 | |
| Forúnculo antracoide del labio superior con fenómenos cerebrales y gran infección general..... | 3 | 2 | 1 |
| Antrax grave de la nuca..... | 3 | 3 | |
| Traqueotomía por difteria laríngea..... | 1 | 1 | |
| Herida contusa grave de cuarto grado del pié derecho, producida por el paso de una rueda de una carreta sobre el pié—curado con conservación completa del pié..... | 1 | 1 | |
| Extracción de una espina implantada en el vestíbulo laríngeo, por medio de la pinza de Schrötter..... | 1 | 1 | |
| Cuerpos extraños del conducto auditivo externo, con enclavamiento en caja del tímpano; operados con el despren- | | | |

| | | |
|---|----|------|
| dimiento del conducto auditivo externo membranoso, sección y plástica de ese conducto..... | 2 | 2 |
| Extracción de cuerpos extraños enclavados en las cavidades nasales, intervenciones variadas (operación de Rouge, sección del cuerpo extraño, etc., etc.)..... | 10 | 10 |
| Totales..... | 33 | 28 5 |

OPERACIONES PRACTICADAS POR EL DOCTOR JUVENAL DENEGRI, POR PRIMERA VEZ ENTRE NOSOTROS.

Curación radical de la hernia inguinal por el método de Bassini, practicada en el año de 1895 en el hospital Dos de Mayo, servicio del Dr. Juan C. Castillo. El enfermo curó y hasta hoy, más de once años no hay recidiva

Nefrotomía por pielitis supurativa—Operación hecha en el hospital de Santa Ana en el servicio del Dr. Bello en el año de 1902; la enferma curó.

Operación de las vegetaciones adenoides del cavun naso-faríngeo por el curetaje—La primera operación la hizo en la parctica civil el año de 1895 con completo éxito.

Operación de Talma para la curación de la ascitis consecutiva á la cirrosis hepática atrófica Esta operación fue hecha el año de 1903 en hospital de Santa Ana en el servicio de Cirugía del Dr. Bello, con éxito completo.

Método de Halsted para la extirpación del cáncer de la glándula

mamaria de los músculos pectoral mayor y menor y vaciamiento completo de la axila—Hecha en el año de 1903 en el hospital de Santa Ana, servicio del Dr. E. Bello—con buen éxito.

Operación plástica de Legueu, para cubrir la enorme herida resultado de la operación de Halsted en la extirpación de la glándula mamaria cancerosa—fue hecha esta operación en el año de 1904 en el servicio del Dr. Bello del hospital de Santa Ana—con buen éxito.

Punción lumbar por el método de Quincke en la meningitis tuberculosa—se hizo el año de 1900 en el servicio del Dr. Nestor Corpancho en el hospital de Santa Ana

Histeropexia abdominal por retro-flexión del útero — procedimiento de Legueu—Esta operación fue hecha el año de 1903 en el hospital de Santa Ana, servicio del Dr. Bello, con éxito.

Método del Dr. Moreschi para la curación de las várices y úlceras varicosas del miembro inferior—La primera operación se hizo el año de 1903—hospital de Santa Ana—ser-

vicio del Dr. Bello, con éxito satisfactorio.

Vaciamiento petro-mastoideo para la curación radical de las otitis supuradas crónicas—la primera se hizo en un enfermo de la práctica civil el año de 1895, siendo ayudante el Dr. Bello—éxito completo.

Turbinectomia y turbinotomia de los cornetes inferiores por hipertrofia de estos cornetes—año de 1902 en la práctica civil—con éxito completo.

Operación de Cadwel-Luc para la curación radical de la sinusitis frontal se hizo la primera curación el año de 1905 en el Hospital de Sta. Ana, servicio del doctor Bello con éxito completo.

Operación para la curación de una malformación congénita del conducto auditivo y pabellón, que había determinado sordo-mudez, fue hecha esta operación el año 1896 en la práctica civil con asistencia del doctor E. Pardo Figueroa y Nieto, con éxito completo.

Resección fenestrada sub-periosteal de Krieg para corregir las desviaciones del tabique nasal, fue hecha esta operación el año 1904, en la práctica civil, con éxito completo.

Extirpación de la amígdala lingual hipertrófica con el aparato de Mackenle el año 1903, con éxito completo, en la práctica civil.

Morcellement de las amígdalas palatinas, con el Morcelleur de Ruault, año de 1904, con éxito completo.

Extirpación por vía endo-laringea de pólipos fibrosos laringeos—año de 1905, en la práctica civil—con éxito completo.

Extirpación de las cuerdas vocales por vía endo-laringea—año de 1905 en la práctica civil, con éxito completo.

Curación radical del prolapso uterino completo, por un método propio—año 1905 en el hospital de Santa Ana, servicio del doctor Bello—éxito completo.

Histerectomias abdominales sub-totales con extirpación de los anexos en las supuraciones pelvianas—año de 1904 en el Hospital de Santa Ana servicio del doctor Bello—éxito completo.

Resección parcial é ignipuntura del ovario en un caso de degeneración escleroquística parcial de los ovarios—año de 1904, Hospital de Santa Ana, servicio del doctor E. Bello. La enferma continuó menstruando—éxito completo.

Curación del prolapso uterino completo por la histerectomia abdominal subtotal, fijación del pedículo uterino, y reconstitución del pavimento pélvico por un método

propio—en el año de 1904, en el Hospital de Santa Ana, servicio del doctor E. Bello—éxito completo.

CRONICA

Cortés ofrecimiento

Ayuntamiento de
Barcelona

12 de noviembre de 1906

Sr. Director de la *Crónica Médica*
Lima (Perú)

El Ayuntamiento de Barcelona se preocupa de que su ciudad sea bien conocida de Europa y de América, convencido como está de que será tanto más apreciada cuanto más visitada sea. De unos cuantos años á esta parte, sobre todo, no solamente ha adquirido un desarrollo que la ponen á la cabeza de las grandes ciudades mediterráneas, sino que ha tenido empeño en mejorar todos sus servicios, en embellecerse, en hacerse, por su cultura y por su amor al arte una digna hermana de las grandes capitales de Europa.

Estos esfuerzos y su envidiable clima, tan dulce que en ella casi nunca hiela, siendo sus días de enero tan espléndidos de sol como los primaverales de muchos otros países, han hecho de Barcelona un foco natural de atracción de los extranjeros, pero una circunstancia deplorable, por lo mucho que se ha exagerado, han retraído hasta ahora á muchos que hubieran acudido á ella. Por su misma intensa vitalidad, sus hechos políticos y sociales han hecho que la prensa europea y americana tuviera que hablar muy amenudo de Barcelona; mas estas luchas, de característica especial ni más fuertes ni más graves que las que agitan á todas las sociedades europeas, no han de retraer para nada á los vi-

sitantes, que en su calidad de forasteros siempre son bien venidos á Barcelona, pues en los momentos de mayor agitación se han encontrado perfectamente seguros en ella.

De esto os pueden dar testimonio los dignísimos representantes de vuestra Nación en Barcelona; pero como es por la Prensa por la que se forma concepto el público, aceptando las impresiones que ella le proporciona es á ella y en especial á U. como á Director del importantísimo periódico *La Crónica Médica* á quien me dirijo, rogándole, no solamente que si lo tiene á bien, tenga la amabilidad de publicar estas líneas, sino que tenga siempre á esta Alcaldía á su disposición para todas las informaciones que crea necesarias á facilitar la más cordial acogida á sus compatriotas que quieran honrar con su visita á Barcelona.

Suyo afectísimo

DOMINGO JUAN PAULSELEY

Nueva Sociedad Médica.—Por cartas recibidas ultimamente de Arequipa, sabemos que se han celebrado ya las reuniones preliminares para fundar una sociedad de médicos en esa ciudad. Deseamos que dicho proyecto sea pronto realizado porque nada contribuye tanto á la solidaridad y estímulo profesional como esas instituciones que patentizan la labor científica de sus asociados, y también porque esperamos que, por emulación, sus trabajos, despierten las actividades adormecidas de las sociedades médicas de Lima.

Concurso en el hospital Dos de Mayo.—Para proveer un titularato de nueva creación ha sido convocado un concurso en ese hospital. Oportunamente publicaremos el resultado de esa actuación.

Imp. San-Pedro.--37190