



Selección de obras de San Martín

La terapéutica individual y social. Su pasado, su presente y su porvenir, discurso leído en la Real Academia de Medicina de Cádiz, Madrid, Aribau, 1875.

Estudio de materia médica física, Madrid, Aribau y Suc. De Rivadeneyra, 1880.

Curso de Patología quirúrgica, Madrid, Suc. De Rivadeneyra, 1884 (sólo apareció el primer volumen incompleto).

Discurso sobre el valor curativo de la naturaleza en las enfermedades, leídos en la Real Academia de Medicina de Madrid, Madrid, E. Teodoro, 1888.

Alejandro San Martín y Satrustegui (1847-1908)

José L. Fresquet Febrer

Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia
(Universidad de Valencia - CSIC)

Versión en pdf de:
<http://www.historiadelamedicina.org/satrustegui.html>
(Noviembre, 2008)

Alejandro San Martín y Satrustegui (1847-1908) Hijo de Manuela Satrustegui y del médico rural Mariano San Martín y Olaechea, Alejandro San Martín nació el 17 de octubre de 1847 en Larráinz, valle de Ulzama (Navarra). Hasta la edad de diez años permaneció en su ciudad natal donde realizó los estudios primarios. Marchó después a Pamplona para cursar el bachillerato en su Instituto. A los tres años se trasladó a Madrid (1860) donde prosiguió estudios en el Instituto de San Isidro. Estaba bajo la tutela de su tío Basilio San Martín, que era un cirujano de prestigio. Entre otras contribuciones, fue uno de los que introdujo en España la anestesia por inhalación. San Martín obtuvo el grado de bachiller en artes en noviembre de 1862 con la calificación de sobresaliente.

En 1863 comenzó sus estudios de medicina en la Facultad de Medicina. Fue licenciado en 1868 y doctor al año siguiente. Fue nombrado San Martín médico cirujano de Villas de Ituren, Zubieta y Elgorriaga en diciembre de 1868. En 1874 ganó la cátedra de terapéutica de la Facultad de Medicina de Cádiz y en 1882 consiguió la de patología quirúrgica de

Influjo del descubrimiento del Nuevo Mundo en las ciencias médicas, Madrid, Estab. tip. “Sucesores de Rivadeneyra”, 1892.

Conferencia Sanitaria Internacional de Dresde... Memoria presentada por Alejandro San Martín Satrústegui..., Madrid, Ricardo Rojas, 1893

ϕ
Notas sobre educación física, Madrid, G. Gutiérrez, 1893.

Un nuevo método de amputación de las extremidades inferiores, *El Siglo Médico*, 1899; 46: 18-23, 34-36, 50-53.

Discursos pronunciados en la interpelación al Sr. Ministro de Fomento sobre el decreto de reformas de la Segunda enseñanza publicado en la “Gaceta” de 630 de Mayo último, Madrid, Hijos de J.A. García, 1899.

Comunicación acerca de un caso de resección del nervio trigémino, *Anales de la Real Academia de Medicina*, 1900; 20: 207-208.

Cirugía del aparato circulatorio, Discurso leído en la real Academia de Medicina de Madrid, Madrid, E. Teodoro, 1902.

Escisión esfenoideal de dentro afuera en la extirpación del ganglio de Gasserio, *El Siglo Médico*, 1905; 52: 71-75.

Colopractia, colostomia o colostomosis subespinosa, Madrid, [Nicolás Moya], 1905.

Mi paso por el Ministerio de Instrucción Pública, Madrid, 1906.

la Universidad de Madrid, que mantuvo hasta su muerte.

San Martín fue el típico representante de la mentalidad fisiopatológica. Se dedicó a la cirugía quizás por la influencia de su tío. Para él ésta no era mera exéresis, sino que también podía ser funcional así como restauradora. Hizo investigación de laboratorio con el objetivo de encontrar soluciones a determinados problemas quirúrgicos.

En 1884 se publicó la primera y única parte de su *Curso de Patología quirúrgica*. Una de sus bases es, como hemos dicho, la fisiopatología. Destaca, por ejemplo, la exposición del shock traumático. Lamentablemente la obra quedó incompleta.

No es extraño que San Martín destacara en el campo de la cirugía vascular. Uno de sus primeros proyectos fue evitar la propagación de la gangrena de un miembro por endoarteritis obliterante. Solucionó el problema con una anastomosis arteriovenosa que trasladaba la sangre arterial que no llegaba por la arteria obstruida a la vena principal. También estudió casos clínicos de aneurismas arteriovenosos. Investigó durante dos años en animales el comportamiento de la anastomosis por invaginación de la arteria en la vena y de las anastomosis laterolaterales. Aunque no consiguió del todo evitar la amputación, abrió un camino que seguiría investigando uno de sus discípulos predilectos: José Goyanes Capdevila. Para San Martín la anastomosis arteriovenosa era una verdadera autotransfusión sanguínea que podía utilizarse en determinadas situaciones.

San Martín también hizo contribuciones en el campo del tratamiento de las neuralgias del trigémino. Realizó resecciones del trigémino y de los nervios maxilar superior e inferior. Ideó una técnica “de escisión esfenoideal de dentro afuera en la extirpación del ganglio de Gasser”. Esta intervención la presentó primero al XIV Congreso Médico Internacional que tuvo lugar en Madrid en 1903 y, en 1905, la publicó en *El Siglo Médico* acompañada de dos casos (Véase el artículo completo más abajo). Más tarde probó la neurectomía de la segunda rama

Neurectomía del trigémino, *El siglo Médico*, 1907; 54: 444-445.

Trabajos póstumos del Dr. San Martín, *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 1909; 85: 169-181.

del trigémino con orificación del agujero redondo mayor.

Como muchos cirujanos de su época, San Martín realizó aportaciones encaminadas a mejorar la anestesia. Fue uno de los primeros en difundir la asepsia e ideó varios tipos de pinzas para facilitar las ligaduras. Asimismo introdujo técnicas desarrolladas en el extranjero y modificó otras.

San Martín no sólo se dedicó a la cirugía. Participó como miembro de varias comisiones oficiales. Por ejemplo, formó parte de la que el Gobierno nombró en 1885 para estudiar y dictaminar sobre la vacuna de Jaime Ferrán contra el cólera. En 1890 se trasladó a Berlín para investigar los descubrimientos de Robert Koch.

También se dedicó a la política. Fue senador desde 1898 hasta su muerte por la Universidad de Madrid. En 1906 fue durante unas semanas ministro de instrucción pública en el gobierno de Segismundo Moret (1833-1913), durante el reinado de Alfonso XIII, hasta que éste se vio obligado a dimitir al no contar con mayoría suficiente en las Cortes. San Martín sustituyó a Santamaría de Paredes cuando dimitió el gabinete de Montero de los Ríos. Los liberales tenían como candidato para Instrucción pública a Cajal, pero éste declinó el ofrecimiento y recomendó a San Martín. Apenas ocupó la cartera veinticuatro días como hemos dicho. Entre las pocas cosas que pudo hacer, destaca un proyecto de real decreto que establecía en los Institutos una enseñanza práctica de física y química obligatoria para el último curso. Otro de sus objetivos fue suprimir la figura tan singular del “alumno libre”. A Satrústegui le sucedió en el cargo Amalio Gimeno Cabañas, que formó parte del nuevo gabinete presidido por José López Domínguez (1829-1911).

Satrústegui era de ideas liberales y se reconoció deudor del pensamiento político de Giner de los Ríos, de quien era amigo. Según él, sólo era conservador en la mesa de operaciones. Sin embargo fue un liberal moderado, un reformador tal como demuestra J.R. de Andrés Martín en su trabajo “Trayectoria política del doctor San Martín y Satrústegui”. En tiempos de la Gloriosa señaló que

“haya radicalismo en todo cuanto sirve de rémora al mejoramiento de las instituciones del país, pero consérvese aquello que sea útil, sin atender a su origen moderado o neo y sin pensar siquiera en las personas”.

Satrústegui fundó el periódico para estudiantes *La Aspiración Médica* (1869) y participó también en la redacción de la revista médica *El Siglo Médico*. *La Aspiración* constituye hoy un volumen de cuatrocientas páginas en dos columnas que recoge artículos de varios temas, incluidos los científicos, y algunas crónicas. Muchos de ellos destilan asuntos políticos. Uno de los temas más recurrente es la necesidad de que la ciencia española adelantara independientemente de los colores políticos. En sus años de juventud San Martín se apasionó con la libertad y los cambios, pero la realidad fue convirtiéndolo en una persona más cauta. No es extraño que su revista fuera suprimida en el mes de diciembre de 1868. Respecto a su colaboración en *El Siglo Médico*, sabemos que en 1871 fue llamado por Francisco Méndez Álvaro y Nieto Serrano para que formara parte de la redacción.

Como hemos dicho, San Martín fue amigo de Francisco Giner de los Ríos. Participó en los programas de enseñanza gratuita para los obreros en el centro Popular de San Carlos, auspiciados por la Institución Libre de Enseñanza. También se implicó en el Ateneo Científico, Literario y Artístico, asociación que contribuyó a la renovación científica del último tercio del siglo XIX. En 1886 San Martín fue elegido presidente de la sección de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales.

Un año antes de que falleciera San Martín se fundó la Junta de Ampliación de estudios e Investigaciones Científicas. Entre el Consejo directivo que presidía Cajal, se encontraba como vocal San Martín junto a Julián Calleja, José Echegaray, Joaquín Costa, Menéndez Pelayo, y Menéndez Pidal, entre otros.

Según cuenta Cajal en *Recuerdos de mi vida*, San Martín “... fue uno de los hombres más cultos, simpáticos y mejor educados que he conocido. Yo aprendí mucho con su conversación. Acaso por el

contraste de nuestros caracteres hicimos siempre buenas migas. Si en nuestras amistosas discusiones salía yo perdiendo, en el intercambio de ideas y sentimientos ganaba siempre”.

Fue San Martín quien presentó a Cajal en la tertulia que se reunía en el Café Suizo, a la que Cajal acudió casi a diario durante treinta años. Comenzó siendo política y literaria y fue convirtiéndose en una charla de temas diversos por profesionales de distinta procedencia y formación. A partir de la muerte de Satrústegui, la tertulia fue perdiendo interés hasta desaparecer.

San Martín contrajo matrimonio dos años antes de su fallecimiento a la edad de 58 años con su sobrina Julia Ruíz de Azcárraga. Murió el 10 de noviembre de 1908. Dispuso en su testamento que su cadáver fuera colocado en un modesto ataúd, conducido sin pompa a la Facultad de medicina y llevado a la sala de disección. Uno de los encargados de realizar la autopsia fue Julián Calleja. También señalaba que los restos quedaran para que los estudiantes pudieran estudiar, aspecto que no llegó a cumplirse.

Bibliografía

—Cortezo, C.M., D. Alejandro San Martín, *El Siglo Médico*, 1908; 59: 273

De Andrés Martín, J.R. Trayectoria política del Doctor San Martín y Satrústegui, *Príncipe de Viana*, 2000; 61(221): 751-778.

—De Andrés Martín, J.R., Trayectoria política del doctor San Martín y Satrústegui, *Príncipe de Viana*, 2000; 61(221): 751-778.

—Expediente personal del Senador D. Alejandro San Martín y Satrústegui por la Universidad de Madrid. *Arquivo Histórico del Senado* [<http://www.senado.es/historia/senadores/index.html>].

—López Piñero, J.M., San Martín Satrústegui, Alejandro, En: *Diccionario de la Ciencia moderna en España*, Barcelona, Península, 1983, vol.2, pp. 291-293.

—Goyanes Capdevila, J., El Doctor Alejandro San Martín, *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, 1908; 20: 321-326.

—Goyanes Capdevila, J., San Martín y su obra, *Médicos ilustres del siglo XIX*, Madrid, 1926, pp. 66-95.

—Goyanes Capdevila, J. San Martín y su obra, *adrid, Art. Graf. Plus-Ultra*, 1920.

—Martín de Prados, A., Alejandro San Martín Satrústegui. Su aportación a la Cirugía, Madrid, 1956.

—Palma Rodríguez, F. , Vida y obra del Doctor Alejandro San Martín satrústegui, San Sebastián, Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, 1997.

—Ramón y Cajal, S., Recuerdos de mi vida, Madrid, Alianza, 1984.

—Ribera Sans, J., Biografía de Alejandro San Martín y Satrústegui, Madrid, Est. Tip. de la viuda e hijos de M. Tello, 1909.

ESCISIÓN ESFENOIDAL DE DENTRO AFUERA EN LA EXTIRPACIÓN DEL GANGLIO DE GASERIO

Por Alejandro San Martín (catedrático de Clínica Quirúrgica en la facultad de Medicina de Madrid)

El Siglo Médico, 1905, pp. 71-76

En esta maniobra quirúrgica tan interesante, no tan sólo por su científica técnica, sino por la urgencia y conformidad que el dolor impone a los desesperados pacientes, lo más discutible hoy a mi juicio es si su craneotomía ha de ser más temporal que zigomática o temporozigomática, de amplitud en ambos sentidos; y no porque la parte difícil de la operación sea el acceso al interior del cráneo, sino porque con él se prepara el cirujano a superar los obstáculos intradurales.

Por mi parte, he preferido el mayor campo operatorio posible en las primeras operaciones, al menos, habiendo agregado algunos detalles al procedimiento temporopterigoideo, que practico del modo siguiente:

Incisión de tegumentos.— Colgajo a lo Hartley, pero de mayor extensión y menor profundidad. El diámetro vertical del colgajo por ella tallado suele pasar de ocho centímetros, excediendo un poco de la línea de inserción del músculo temporal en la cresta de ese nombre. Dicha incisión no alcanza sino hasta la aponeurosis inclusive, dejando intactas las fibras del crotafites.

Con el mismo bisturí hago cinco incisiones longitudinales de un centímetro o algo más de extensión paralelamente a los haces musculares, y que lleguen a interesar al periostio. Estas incisiones, en sentido radiado, se encuentran colocadas entre los dos bordes que la incisión en omega determina, por retracción de la piel y aponeurosis seccionadas. Corresponden las incisiones en este segmento de círculo: una a la parte superior y media, dos a los extremos respectivos de la incisión general, y las dos últimas, una en cada lado, equidistantes de la superior o media y de la del extremo correspondiente.

Diéresis ósea.— Con perióstomo descubro el fondo de las referidas incisiones intramusculares, radiadas en la extensión para introducir una gubia no muy ancha y labrar un agujero óseo en todas ellas. Cada uno de estos cinco agujeros se construye, no perpendicularmente a la superficie esquelética, sino de una manera oblicua, con una de sus semi-circunferencias talladas a modo de canal. Unidos entre sí estos taladros, bien con sierra de Gigli, conducida por una aguja legradota o cualquiera de los instrumentos ideados al efecto, bien con algún craneotomo, dejando la línea que queda entre los dos inferiores que se movilice por medio de la fractura, limitan en la sien un espacio pentagonal, muy apropiado para los tiempos ulteriores. La forma de los taladros proporciona gran facilidad para el paso de las agujas citadas, que pueden ser de varios tamaños y deben estar hechas de una aleación que las permite adaptarse a diferentes curvaturas y con bordes y puntas romos, muy apropiados para separar las adherencias de la duramadre.

Los cortes de sierra deben hacerse con la mayor oblicuidad posible para la mejor adaptación osteoplástica ulterior. Operando así casi siempre se fracturará limpiamente en una sola pieza el colgajo óseo al nivel de su base. Este debe ser envuelto en una compresa de gasa que lo resguarde, impidiendo a la vez que el opérculo óseo se desprenda de las partes blandas.

Si el enfermo que se opera es de aquellos que exigen rapidez, prefiero el craneotomo a la sierra; pero ésta, aunque de empleo más lento, tiene las ventajas de precisar menor agujero para ser introducida, de dar a la operación la seguridad, biselamiento y delgadez de su corte y de poderla utilizar el cirujano de menores recursos instrumentales.

Ampliación del campo operatorio. Despegamiento de la duramadre basilar.— Procedo inmediatamente a introducir entre la duramadre basilar y el endocráneo, no el dedo desnudo, sino precedido de una larga tira de gasa iodofórmica, que más tarde se empuja con un instrumento romo y plano, hasta llevarla al contacto del borde externo de la fosa de Meckel.

Durante este acto podremos juzgar si es útil y hasta necesaria la resección temporal del arco zigomático y parte posterior del rombo malar, o si podemos extraer el ganglio de Gaserio sin grandes traumatismos para el encéfalo en los movimientos de ascenso que le hayamos de imprimir. El Dr. Blanco Rivero, en un estudio anatómico de la extirpación del ganglio de gaserio, analizando mi procedimiento, dice al llegar a este pasaje que el índice cefálico, el diámetro bituberoso zigomático, y sobre todo la distancia real, visual, a que encontremos el borde de la tienda de Meckel, son los elementos decisivos. En el caso de que esta distancia sea juzgada como grande, se procederá a la sección zigomatomalar.

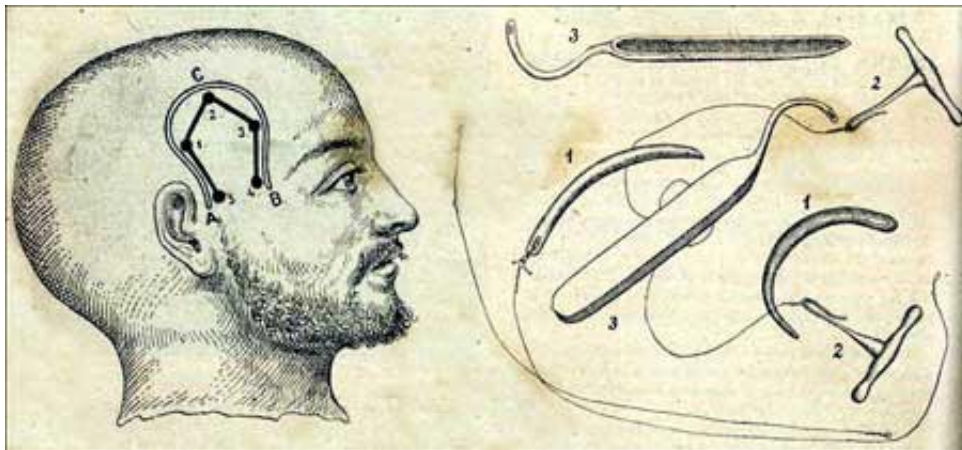


Al efecto, prolónguense hacia abajo, lo preciso, los extremos de la incisión primitiva, serrando el rombo malar antes del zigoma. La diéresis hecha con sierra de mano al principio, se termina con unos golpes de escoplo. La sección se hace para el malar en una línea oblicua, abajo y adelante, extendiéndose desde el ángulo entrante, formado entre la porción vertical y la horizontal del borde supero-externo de dicho malar, hasta un ángulo inferior o un poco por detrás del mismo. La sección del zigoma se hará un poco por delante de su tubérculo, aunque nada he tenido que sentir cuando se ha abierto la articulación temporo-maxilar.

Durante esta maniobra no se desperdicia tiempo; la gasa que antes hemos colocado entre

la duramadre y la base del cráneo, produce la hemostasia del campo que ella desgarró, acción a la que contribuye el encéfalo que descansa durante este compás de espera, en su fosa esfenoidal por intermedio de la gasa misma. Tiene ésta, además, otra ventaja: la reducción de la hemorragia, por ser ella quien hace el desprendimiento de la duramadre.

Finaliza este tiempo operatorio, poniendo al descubierto, mientras se logra la hemostasia intra-craneal, el lado esfenopalatino del ala esfenoidal y apófisis pterigoides por medio del perióstomo, hasta el agujero oval, como en la resección extracraneal del nervio maxilar inferior, según Kroenlein.



Paso de las sierras de Gigli al través del agujero oval.— Un ayudante eleva ligeramente el encéfalo, retirando la gasa introducida en la fosa esfenoidal, y sustituyéndola por una espátula sencilla, curva, que levantando suavemente la masa encefálica, permite reconocer el nervio maxilar inferior dentro del cráneo. De antemano, uno de los ayudantes tiene preparadas dos sierras de Gigli, en cuyos ojos extremos van enhebrados hilos de seda de diferente color, según advierte oportunamente el referido Sr. Blanco, o uno con nudos y otros sin ellos, por si la sangre los tiñe por igual; en una palabra, con algún distintivo para que las sierras no se crucen cortando la una a la otra, al ponerse en movimiento.

Así las cosas, se pasan dos hebras, una de cada sierra, por el agujero oval de dentro afuera, mediante un gancho con un mango largo o con una aguja curva llevada por una pinza larga de disección, y recogidas desde la fosa pterigopalatina, pueden tirar de las sierras colocándolas en posición.

El citado Sr. Blanco prefiere en el cadáver el paso de fuera adentro en este pasaje; pero de cualquiera de las maneras, cerciorados de que las sierras no se han entrecruzado en el agujero oval y ya enmangadas, se tira de la sierra anterior todo lo adelante posible, de tal suerte que muerda el extremo anterior del contorno, para salir serrando hacia delante y afuera, seccionando la apófisis pterigoides y parte próxima del ala mayor esfenoidal. A partir del extremo posterior del contorno externo del agujero que nos ocupa, se sierra hacia atrás y afuera (menos oblicuamente que en el anterior), hasta completar la diéresis. De esta suerte, extraeremos un trozo óseo triangular cuneiforme, cuyo vértice interno, algo posterior truncado, corresponde al semi-contorno externo del agujero oval. Esta cuña está formada, como puede comprenderse, por el techo de la fosa zigomática (trapezio es-

feno-escamoso) y la parte baja de la fosa temporal, hasta el punto de fractura del colgajo osteoplástico.

Cuando urge terminar pronto, introduzco una sola sierra por el agujero oval, con lo que hago la sección anterior; y la posterior la completo con unos cuantos golpes de una pinza gubia, que ya no ofrece los peligros de fracturar con exceso esta delicada porción de la base del cráneo.

El tiempo operatorio restante, es decir, la abertura de la cavidad de Meckel con la disección y extracción del ganglio de Gaserio, lo ejecuto como Krause; no habiendo, en ninguno de los casos operados, pretendido extraer la raíz de dicho ganglio a su salida del bulbo raquídeo.

Por lo demás, este procedimiento o conjunto de pequeñas modificaciones introducidas en los métodos temporo zigomáticos de esta operación, promete, en mi sentir, las ventajas siguientes:

1ª Agrandar en lo posible la brecha ósea temporo-zigomática, con el fin de que las inevitables compresiones encefálicas, durante la resección ganglionar, recaigan sobre una más amplia superficie, haciéndose menos graves, ya por repartirse en mayor campo, ya por serle posible al líquido céfalo-raquídeo rechazado acumularse libremente en la parte en que falta la rigidez craneal, evitando los efectos compresivos del líquido mismo en distintas zonas de los centros nerviosos.

2ª. Conseguir puntos de referencia claros y precisos, y disección no ciega de todo el ganglio de Gaserio, con el propósito de evitar desgarros duros, así como lesiones vasculares y de los nervios del ojo.

3ª. Dotar al foco operatorio de tal forma, que impida la acumulación de sangre y líquido encefalo-raquídeo y permita operar sin suspensiones hemostáticas frecuentes que dificulten la más fina disección ganglionar.

4ª. Lograr la mayor economía arterial, procurando la menor injuria a los plexos venosos y el más rápido aplastamiento de los vasillos seccionados.

5ª. Reaplicar lo más exactamente posible el colgajo osteo-músculo-cutáneo, evitando en él la descorticación perióstica exocraneal, tan frecuente, huyendo al mismo tiempo del empleo de la gubia, del escoplo y aun de la pinza gubia en la delgada zona esfenoidea, cuyo fino calado expone a su fractura por los golpes de aquellos instrumentos, con peligro de lesionar los órganos subyacentes.

6ª. Ofrecer una craneotomía de la base, acaso aplicable a otras lesiones en que se halle indicado, bien un desagüe expedito subdural o subaracnoideo, bien una rebaja de la presión intracraneal.

He practicado esta operación en dos casos.

El primero, cuya historia fue redactada por el alumno Sr. Moreno Bastante (1), era un *Epónimos y biografías médicas* 10

hombre de treinta años, de Cádiz, muy diminuto de cuerpo, delineante, que venía padeciendo cefalalgias desde los cuatro años, habiendo sufrido una pedrada de pequeño en la frente que le privó del conocimiento; refiere además no haber tenido la segunda dentición hasta los trece años, y en todo su organismo revela una degeneración extraña, aunque la inteligencia se conserva en buen estado. A los diez y ocho años se exacerbaron los dolores en el pómulo izquierdo, con lagrimeo, jaquecas y crisis intensísimas que le impedían muy frecuentemente el trabajo. Se le extrajeron dos muelas inferiores para dejar sitio a la del juicio, que nació atravesada, y nada se alivió de los dolores hasta que se le extrajo también este último molar, lo cual le proporcionó un alivio de tres meses, reapareciendo la punzada en el pómulo, no ya intermitente, sino continua y con radiaciones de maxilar inferior a superior, que indujeron a extraerle dos molares superiores sin éxito y después a la neurotomía del sub orbitario, asimismo inútilmente.



Sin pensar siquiera en neuroanatomías extra-craneales, practiqué en este caso la extirpación del ganglio de Gaserio como queda descrito, el 17 de Marzo de 1899, con un resultado operatorio muy halagüeño, aunque sin curación de los dolores, que al cabo de algunos meses dieron lugar a un estado de manía aguda que acabó con la vida del infeliz en el mes de Septiembre, cuando todos los interesados en el caso nos hallábamos fuera de Madrid, y sin que, a pesar de mis reiteradas recomendaciones, se hubiera practicado esta instructiva autopsia.

El otro enfermo, también de treinta años, era por el contrario, corpulento, robusto y procedente del otro extremo de la Península, de Asturias. En él practiqué la neurectomía, o más bien la extirpación del maxilar superior, tirando del nervio sub-orbitario hacia arriba y arrancando los troncos en masa, el 17 de Marzo de 1900, con resultado por de pronto muy satisfactorio (2).

La ventaja de esta modificación en las resecciones del trigémino es de importancia, porque la reproducción de estas neuralgias hace sospechar que el fracaso operatorio no depende siempre de lo que se avanza hacia el centro como de lo que puede quitarse de extensión en la periferia en estas neurectomías extra-craneales.

En el cadáver puede también extraerse por el agujero mentoniano el nervio dentario inferior arrastrando otras ramas del nervio maxilar inferior cortado en el agujero oval; pero no he encontrado ocasión de intentar en el vivo este procedimiento, que en el nervio maxilar superior ha empleado también, con una ligera variante, el Dr. Poirier.

Volviendo al enfermo en cuestión, después de haber hecho varios meses su vida ordinaria, volvió a la Clínica y fue sometido a la extirpación del ganglio de Gaserio (previa una sección intra-craneal pocos días antes). El éxito operatorio fue asimismo aceptable y el alivio de los dolores inmediato; pero un aprofunda emoción sufrida (robo de dinero) hizo decaer al enfermo en términos que, sin violentar la etiología, puede creerse que influyó en el desarrollo de una meningitis séptica, a la que sucumbió. La autopsia nada descubrió digno de notarse.

En ninguno de los dos casos tuve que ligar la arteria meníngea media; ambos fueron operados desde el principio con la cabeza elevada, ofreciendo el primero su huevo cerebral en máxima tensión y el otro casi vacío, arrugado y manejable.

Posteriormente he conocido otro método operatorio de Lexer (3), de la clínica de E. von Bergmann, que me parece ventajoso por lo que simplifica la técnica, siquiera yo no haya tenido que lamentar necrosis ósea en craneotomías más extensas, a pesar de haberseme desprendido en el segundo caso descrito el opérculo óseo, que repuse inmediatamente sujetándolo mejor con gasa. En ninguno pude llegar a la raíz del ganglio ni a una disección tan amplia como la de Coelho (4); pero las dos piezas fueron examinadas por el profesor S.R. Cajal, que encontró en ellas la mayor parte de los elementos ganglionares.

Mi detalle referente a la escisión de dentro afuera del techo pterigo-maxilar, puede también practicarse en este método con el mismo gancho o con un aguja pequeña de curva muy cerrada, según ha podido comprobar mi ayudante el Dr. Goyanes en el cadáver pasando el hilo de fuera adentro, como ya el Sr. Blanco prefería aun en craneotomías extensas.

Entre nosotros no abundan las neuralgias gaséricas, aunque no faltan las operables fuera del cráneo, por cuya razón no he aportado a las estadísticas los casos que acabo de referir.

[1] Historias de Clínica quirúrgica de la facultad de Medicina en el curso de 1898 a 1899

[2] Anales de la Real Academia de Medicina, Madrid, 1900

[3] E. Lexer, Zur Operation des ganglion Gasseri nach Erfahrungen an 15 Fallen, Archiv. F. Kl. Chir., vol. 65, p. 843

[4] S. Coelho, Revue de Chir., 1899, núm. 5