

## CIRUGIA.

### Sobre el mejor tratamiento quirúrgico de los abscesos profundos de la region anterior del antebrazo.

A mi amigo el profesor D. Juan María Rodriguez.

LUIS MUÑOZ.

Los abscesos profundos de la region anterior del antebrazo no son muy raros, sobre todo los que resultan de la propagacion de la inflamacion del tejido celular sub-aponeurótico de la region palmar de la mano, consecuencia muy comun de varias lesiones de los dedos.

En algunos individuos esta propagacion se hace con rapidez aun á pesar de incisiones oportunas practicadas en los dedos enfermos y en la misma mano.

La permanencia un poco prolongada del pus en el lugar que suponemos es de terribles consecuencias, porque pueden ser desnudados los músculos, formarse varios focos entre las multiplicadas láminas aponeuróticas que circunscriben diversos espacios cerrados completa ó incompletamente en esta region, lo que dificulta poderlos atacar con ventaja; exfoliarse los numerosos tendones que existen allí inferiormente, y despues contraer adherencias entre sí ó con los mismos huesos, lo que impide ó nulifica los movimientos libres de los dedos; ademas, el pus puede insinuarse en las sinoviales de las articulaciones del carpo, desnudar aquellas superficies huesosas y dar lugar á la necrosis ó á la caries; en fin, todos esos desórdenes pueden llegar á hacer precisa la amputacion del miembro, para salvar en muchos de estos casos la vida del enfermo.

Por esta corta exposicion se podrá ver cuan importante es dar salida al pus lo mas pronto posible cuando se llega tarde ó cuando con los medios que se emplearon no se logró evitar su formacion.

No pretendemos afirmar, por lo que llevamos dicho, que todos los abscesos profundos de la region anterior del antebrazo lleguen inevitable y fatalmente á presentar esa gravedad: bien sabemos que en muchos casos se puede ir siguiendo y atacando progresivamente la formacion del pus y que las aberturas hechas en la palma de la mano bastan para dar salida al que va formándose superiormente, á cuyo fin contribuyen con eficacia medios tan simples como la posicion del miembro y un vendaje apropiado.

Pero no siempre es así como se hacen esas colecciones de pus en el antebrazo: á veces una inflamacion difusa del tejido celular sub-aponeurótico se propaga

con extraordinaria rapidez de la mano hácia aquella parte; el pus se forma entonces allí como si fuera la consecuencia de una lesion idiopática aun antes de que se haga coleccion alguna en la misma mano. En estos casos, así como en aquellos en que no ha precedido lesion de la mano ó de algun dedo, está uno obligado á dar salida al pus sin pérdida de tiempo á través de los tejidos del antebrazo.

La práctica mas usada consiste en hacer una larga incision longitudinal hácia la parte media de la region anterior del antebrazo, dividiendo capa por capa los diversos tejidos, y despues, con la extremidad de la sonda acanalada separar los haces musculares hasta encontrar al pus.

Tal es el modo con que en 1856 Mr. Nelaton abrió á nuestra vista un absceso de esta clase en el hospital de las Clínicas de Paris.

No hay duda que este procedimiento puede ser seguido de la curacion cuando el foco es circunscrito y no muy profundo; mas en las circunstancias opuestas expone á nuestro juicio á todas las consecuencias que mencionamos antes.

La completa salida del pus se hace siempre muy difícil por la interposicion de los músculos superficiales; la introduccion diaria de la sonda para procurarla inflama los tejidos, y lo mismo sucede cuando se coloca alguna mecha ú otro cuerpo extraño con tal objeto. La experiencia hace ver todos los dias la dificultad con que se hace salir al pus por estas incisiones y que á pesar de ellas se difunde por diversas partes, lo que hace que la enfermedad se prolongue indefinidamente.

Tan cierto es lo que decimos que muchos prácticos colocan una mecha ó sedal, que penetrando por la incision del antebrazo y pasando por debajo del ligamento anular anterior del carpo salga por otra abertura practicada en la palma de la mano.

No obstante la autoridad de algunos cirujanos que lo han recomendado, consideramos á este medio como muy poco racional, y la razon es, que su presencia excita la inflamacion del tejido celular que rodea al gran número de tendones que existen allí y aumenta las probabilidades de que éstos contraigan las adherencias de que hemos hablado, lo que perjudicará ulteriormente el movimiento libre de los dedos.

¿Los cirujanos á que aludimos hubieran recurrido á un procedimiento tan defectuoso, cuyos inconvenientes conocian demasiado, si la incision hecha en el antebrazo y la pronacion forzada hubiesen bastado para dar fácil salida á la supuracion?

Reflexiónese que ha habido prácticos que hayan ido mas lejos aún, pues no han vacilado en dividir el ligamento anular anterior del carpo en algunas circunstancias, á su juicio consideradas tan graves que se han creido autorizados para ver si por este medio salvaban el miembro ó la vida de los pacientes. Tal es el caso en que se dice que Arnaud salvó de este modo la vida á un enfermo afectado de un panadizo de muy mala especie y en quien la enfermedad se habia propaga-

do hasta el antebrazo, respecto del cual algunos médicos hablan declarado necesaria la amputacion opinando otros que siempre moriria.

Este nuevo recurso no ha tenido la aceptacion general, porque se puede asegurar que si bien conserva el miembro, nulifica sus funciones; el mismo Boyer dice que cuando se crea indispensable recurrir á él debe advertirse á la familia que el enfermo quedará impedido del uso de su brazo.

Estos procedimientos no son, pues, recomendables, y lo son mucho menos en los casos en que no existe ninguna abertura en la mano; practicarla con ese solo objeto es exponer al aire un largo trayecto, lo que puede ser un motivo de que empeore la situacion del paciente.

¿Hablaemos de la práctica recomendada por algunos cirujanos, que consiste en dejar colgando el brazo noche y dia para facilitar la salida del pus por la mano? Semejante práctica no es aplicable cuando hay un flegmon difuso en el antebrazo; pues la sana cirugía prescribe tener entonces elevado al miembro. Resulta de aquí, que solo se podria emplear cuando en la mano hubiera un flegmon supurado y abierto ya, y el pus caminara hácia el antebrazo. Mas aun en este caso un simple vendaje aplicado convenientemente desde el codo hasta el carpo bastaria para conseguir el objeto sin necesidad de obligar al enfermo á guardar una posicion insostenible por molesta.

Si se pudiera hallar el modo de proporcionar al pus una salida fácil por un punto que en una posicion muy cómoda para el enfermo fuese siempre declive; si se pudiera hacer que el trayecto que se le prepare con ese objeto se alejase de la masa tendinosa y de las sinoviales que se encuentran en el carpo; si se pudiera conseguir que ese trayecto fuera lo mas corto posible, y si por él, en fin, se pudiesen evitar las graves operaciones de que hemos hablado, se estableceria un buen procedimiento para curar estos abscesos.

El que nosotros empleamos llena, en nuestro concepto, todas estas condiciones; los resultados buenos y prontos que con él hemos obtenido nos ponen en el deber de comunicarlo á los prácticos, para que ensayado en los casos que se les presenten pueda ser juzgado nuestro procedimiento y comparado con los conocidos.

De dos modos se pueden presentar al observador estos abscesos; ó bien existe ya una coleccion algo notable y es bastante perceptible la fluctuacion, ó bien es ésta muy difícil de ser percibida porque la coleccion comience á formarse apenas.

En el primer caso es inútil cualquiera abertura en la parte media de la region anterior del antebrazo; ella expondria sin necesidad á que el pus que saliera por allí bañase los músculos que forman las capas mas superficiales y á que se infiltrara así por varias partes.

Nosotros procedemos como sigue: practicamos una incision longitudinal en la parte media ó inferior del borde interno del cúbito; dividida una vez la piel y el tejido celular cortamos sobre la sonda acanalada la aponeurósis antibrachial; aban-

donando el bisturí despegamos los tejidos con la extremidad de la sonda por movimientos moderados de delante atrás, en la misma extension que damos á la incision en los tegumentos, hasta que penetramos en el foco; el pus sale inmediatamente. Una tira de lienzo untada de cerato es interpuesta entre los labios de la solution de continuidad durante dos ó tres dias para evitar su aglutinamiento; el antebrazo es mantenido en una posicion perfectamente horizontal, entre la pronacion y la supinacion, por medio de una charpa, posicion muy cómoda y natural en virtud de la cual la abertura se halla siempre en un punto declive. Pueden aplicarse despues tópicos emolientes si la inflamacion lo exige, y cuando se considere oportuno emplear el vendaje expulsivo se coloca uno inferiormente desde el codo hasta el mismo punto.

Despues de la curacion no queda mas que una cicatriz longitudinal que por su corto tamaño y por su posicion no es muy perceptible: los músculos de las capas superficiales quedan íntegros, ilesos y libres de las malas consecuencias que acarrea el contacto con el pus.

En el segundo caso de que hemos hablado, como no existe un foco notable que pueda servir de guía, procedemos á hacer primero una incision en la parte media y anterior del antebrazo, tal cual la hacen comunmente los cirujanos en el procedimiento clásico; la damos una extension moderada, porque solo nos va á servir para penetrar en el foco con seguridad. Divididas la piel, el tejido celular y la aponeurósis sobre la sonda, con la extremidad de ésta comenzamos luego á separar en la misma direccion los músculos superficiales hasta que vemos salir algunas gotas de pus. Al dia siguiente introducimos por esta abertura una sonda curva de plata, y por movimientos bien combinados hacemos caminar su extremidad separando con ella los músculos en una pequeña extension hasta que venga á levantar la piel delante del cúbito cerca de su borde interno; entonces, por medio de una incision que divide la piel, el tejido celular y la aponeurósis, descubrimos la extremidad de la sonda; ésta nos sirve entonces para hacer pasar un tubo de canalizacion que hacemos salir por la otra abertura, y de este modo queda establecido un conducto que asegura la fácil salida del pus por un punto declive. Los tópicos emolientes y á su vez los vendajes expulsivos pueden ser aplicados despues en este caso como en el anterior.

De paso diremos que la idea de aplicar tubos para facilitar la salida del pus no es de data reciente, pues leemos en Boyer (*Obras quirúrgicas*, tomo 1º, pág. 56), hablando de los abscesos en general, lo siguiente:

«En fin, las cánulas de plata ó de goma elástica nos ofrecen en los abscesos sinuosos y fistulosos un recurso que no debe desdeñarse; por medio de ellos se dá una salida libre y continua á la materia purulenta, se impide que aumente, y se favorece la aproximacion y adhesion de las paredes del foco.»

No se pueden exponer de un modo mas claro y mas conciso las ventajas de la aplicacion de los tubos para la curacion de los abscesos; encontramos solamente de nuevo la materia flexible á la par que resistente de que están formados los que hoy se emplean, y las aberturas laterales que permiten la salida fácil del pus por el canal.

Las operaciones de que hemos hablado no exponen á ningun peligro grave que no fuera fácil evitar. En los casos que deba practicarse solamente una incision hácia el borde cubital del antebrazo debe tenerse presente, que la arteria cubital suele ser á veces subcutánea, es decir, que anómalamente se halla entre la piel y la aponeurósis antibraquial; advertido de esto, el cirujano debe primero asegurarse de si existe tal anomalía para evitar herir la arteria: en las circunstancias comunes, cuando se ha dividido la piel y la aponeurósis sobre la sonda, se van separando con la extremidad de ésta los tejidos conforme lo tenemos dicho hasta llegar al foco, lo que no presenta peligro alguno respecto de la arteria cubital, pues á mas de que la sonda no divide los tejidos sino que solamente los separa, la arteria se encuentra á cubierto hallándose aplicada por medio de una lámina aponeurótica contra el músculo flexor profundo que está debajo. Esta última consideracion basta para hacer ver que tampoco hay peligro de interesar la arteria cubital cuando por una abertura practicada en la parte anterior del antebrazo se penetra con la extremidad redondeada de una sonda curva de plata para hacer la incision en un punto declive.

Respecto del peligro que pueda haber cuando se hace la incision en la parte anterior del antebrazo, el único que ha sido señalado es herir la arteria del nervio mediano que suele ser tan gruesa como la radial; mas este peligro no existe realmente sino para los que pretendan penetrar hasta el fondo dividiendo los tejidos con el bisturí y no procedan como llevamos dicho.

Varios alumnos de la Escuela de Medicina que han seguido mi clínica recordarán habernos visto tratar del modo expuesto abscesos de esta clase, con el mejor resultado.

Una muger, *María Marcelina*, que ocupó la cama número 19 de la sala de Cirugía de mugeres en el hospital de San Andrés, y que entró á ella el 27 de Diciembre de 1869, tenia en el antebrazo y mano derecha un intenso flegmon profundo que le ocasionaba dolores insufribles; los síntomas generales eran igualmente muy intensos. En el momento de su entrada al hospital no pudimos percibir fluctuacion alguna, por lo que nos limitamos á imponerla un tratamiento antiflogístico apropiado. Cuatro dias despues era perceptible una fluctuacion profunda en la region anterior del antebrazo; procedimos entonces á hacer una pequeña incision en el borde cubital; despues de haber dividido la piel y la aponeurósis antibraquial sobre la sonda, un poco adelante del cúbito, fuimos separando poco á poco los

músculos con la extremidad de aquella, hasta que encontramos el pus que salió en abundancia; colocamos luego una tira de lienzo untada de cerato para prevenir que se reunieran los labios de la incision; el antebrazo fué puesto entre la pronacion y la supinacion, y los tópicos emolientes continuaron hasta que se logró dominar la inflamacion considerablemente. Todos los dias cuidábamos de separar con la extremidad de la sonda los labios de la incision y facilitábamos así la salida del pus hasta su extincion completa, que favorecimos, una vez calmada la inflamacion, con un vendaje apropiado. En el dorso de la mano se formó un absceso que abrimos y que curó pronto. En esta enferma no solo se restableció pronto el bienestar general y se calmaron sus sufrimientos, sino que en seguida quedaron bien conservados y libres los movimientos de la mano y de los dedos.

Algun tiempo despues, el 25 de Abril de 1871, entró al mismo hospital á la sala de Cirugía de hombres (cama núm. 8) un enfermo, Santos, albañil, que una semana antes habia recibido una herida hecha con una pala de hierro en la region palmar de la mano izquierda, la cual interesaba las bases del dedo pequeño y del anular; la mano, el carpo y el antebrazo estaban horriblemente hinchados, los dolores eran muy intensos, la reaccion febril bastante fuerte, la tension de todas esas partes muy considerable, y no podia percibirse fluctuacion alguna. Empleamos desde luego los mismos medios que en el caso anterior, los antiflogísticos y los tópicos emolientes; tres dias despues creimos percibir una fluctuacion muy ligera y oscura hácia la parte media y anterior del antebrazo; el tiempo que habia transcurrido, los síntomas generales y los locales, que aunque oscuros les habiamos ya percibido, nos autorizaban á hacer allí una incision para proporcionar la salida del pus antes de que se pudiera extender mucho entre los músculos profundos; practicamos, pues, una incision longitudinal de tres centímetros en la parte anterior y media del antebrazo; dividida la piel introdujimos la sonda acanalada debajo de la aponeurósis antebraquial y la cortamos en la misma extension; en seguida con la extremidad de la sonda fuimos separando los músculos superficiales; ninguna supuracion salia. Con la sonda dividimos luego la lámina aponeurótica que separa los músculos superficiales de los profundos en la misma extension de la herida que habiamos practicado al exterior, y una pequeñísima cantidad de supuracion asomó entonces: esta circunstancia nos persuadió de que habiamos operado á tiempo; la supuracion comenzaba á formarse. Continuamos los emolientes: dos dias despues aumentó un poco la supuracion; por la incision que habiamos hecho y que tuvimos cuidado de mantener abierta introdujimos la extremidad redonda de una sonda curva de plata; habiendo llegado con ella hasta los músculos profundos fuimos dirigiéndola de modo que á la vez que separara los tejidos viniera á hacerse aparente debajo de la piel adelante del borde interno del cúbito; sobre ella misma dividimos la piel y la aponeurósis antebraquial. Salida esa extremidad al

exterior pudimos servirnos de ella para pasar un tubo, por medio del cual quedó establecida una fácil y doble salida para el pus. El tratamiento consecutivo fué igual al que se siguió en el caso anterior.

Los sufrimientos del enfermo fueron disminuyendo muy pronto, encontrándose así dominada una situación que muy comunmente ocasiona la pérdida de algunos dedos, de la mano, del brazo y aun de la vida.

Este enfermo salió perfectamente curado el día 1º de Julio de 1871, es decir, cosa de setenta dias despues de su entrada; mas es de advertir que hubiera podido salir bueno veinte dias antes: si lo detuvimos allí fué en espera de la completa restauracion de los movimientos de los dedos para que pudiera volver á sus trabajos, cual lo habiamos logrado ya respecto de la enferma anterior.

En enfermedades de esta clase no puede considerarse largo el término en que han sanado nuestros enfermos, cuando vemos á otros que tratados de diverso modo duran en tal estado por mas largo tiempo, quedando impedidos acaso de volver á ejercer los trabajos de que subsistian.

Como deseamos ser bien comprendidos, resumiremos nuestras ideas diciendo, que nuestro procedimiento no se refiere á aquellos casos en que el pus que proviene de un foco situado en la mano camina hácia el antebrazo, accidente que no tiene la misma gravedad y que puede combatirse por un simple vendaje expulsivo: nos referimos á los casos graves en que el pus se forma en el antebrazo exclusivamente ó al mismo tiempo que en la mano, á consecuencia de una inflamacion flegmosa que se haya extendido hasta allá. Los hechos que hemos citado lo comprueban bastante. Limitar la extension del foco, hacer salir al pus por el camino mas corto en vez de llevarlo á que se ponga en contacto con tejidos que sufren de él muy sérias consecuencias, disminuir los padecimientos de los enfermos, abreviar la curacion, apartar graves peligros, dar la casi seguridad del completo restablecimiento de las funciones del miembro, tales son las ventajas que creemos poder atribuirle, y por lo mismo no hemos vacilado en someterlo al juicio de mis profesores.

LUIS MUÑOZ.

---

## EMBRIOLOGIA.

---

### CASO DE AMPUTACION INTRAUTERINA.

En la cama núm. 28 de la sala de San Júdas Tadeo (cirugía de hombres) del hospital de San Andrés de esta capital, á cargo del distinguido profesor D. Luis Muñoz, se halla en la actualidad curándose de algunos accidentes sifilíticos Aure-