

En el presente caso, cualquiera tentativa de operación plástica habría fracasado sin duda, no solo por la pérdida ó falta de substancia que hay y se echa de ver desde luego, sino porque no habría sido posible volver al orden esa masa confusa de órganos y tejidos heterogéneos visibles é invisibles. Por estas consideraciones fué preciso resolverse á optar por el único camino que quedaba, quiere decir, alimentar á la criatura lo mejor que se pudiese; aunque respecto á esto estaba previsto también, que el medio de alimentación adoptado únicamente serviría para mantener la vida por breve tiempo, en vista de su insuficiencia.

8 de Febrero de 1888.

JUAN MARÍA RODRÍGUEZ.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.

ABSCESSO PROFUNDO DE LA FOSA ILIACA TERMINADO POR LA CURACION.

La historia clinica que á grandes rasgos voy á trazar, se refiere á la enferma que tuvo el honor de presentar ante esta respetable asamblea en una de las sesiones pasadas, y constituye un hecho curioso de absceso profundo de la fosa iliaca derecha, terminado felizmente. La paciente atribuía su enfermedad á fatigas de marcha por haberse visto durante algún tiempo en la necesidad de hacer cuatro veces al día viajes desde el barrio de Tepito, lugar de su residencia, á la cárcel de Belén, y ser atacada de su padecimiento en esa época en que un dolor gravativo cada vez más molesto le apareció á la derecha de la parte baja del vientre, y aunque continuo, se exacerbaba más cuando ella se ponía en marcha; su apetito comenzó á disminuir, las digestiones eran difíciles y la constipación acompañaba á estas perturbaciones del aparato digestivo que á su vez eran seguidas de un malestar general. Pocos días después del principio de estos trastornos, no fué posible á la enferma levantarse, pues á un aumento en la intensidad de los síntomas enunciados, se agregaba la imposibilidad de mover libremente su miembro abdominal derecho, obligado por el dolor, á estar de continuo en la media flexión de la pierna sobre el muslo y de éste sobre la pelvis. Un poco más tarde aparecieron calofrios seguidos de calor fuerte y á veces de sudores irregulares, y en tal estado, veinte días después del principio de su enfermedad, se resolvió á impetrar los auxilios de la Beneficencia pública.

El 28 de Noviembre pasado ocupaba la cama núm. 4 del servicio de cirugía de mujeres del hospital San Andrés, y el examen clínico me suministró los datos siguientes: Decúbito supino, miembro abdominal derecho en retracción permanente, facies hipocrática, demacración, piel húmeda, pulso frecuente, temperatura 38,9^m, abdomen ligeramente abultado, un poco más en la región de la fosa iliaca derecha, adonde la palpación es dolorosa y hace percibir una sensación anormal de resistencia en las partes profundas aunque completamente limitada à ese lugar é inmóvil como independiente de los tejidos superficiales: hecha en el pliegue inguinal produce mayor sufrimiento y da noción vaga de fluctuación profunda. La percusión comparativa hace fijar la atención en un sonido obscuro que se obtiene haciéndola en la mitad externa de la fosa iliaca y timpánico en la mitad interna; este signo, además, es invariable sea cual fuere la posición dada à la enferma. La exploración por la vagina demostraba que los sacos ó depresiones vaginales estaban íntegros, y que los movimientos comunicados al útero no tenían influencia sobre el tumor en cuestión. El tacto rectal no dió resultado positivo. Interrogando las demás regiones, no se encontró de particular mas que la perturbación funcional del miembro abdominal derecho que estaba retraído, y si se pretendía hacerle variar de posición, se causaban vivos dolores en la región iliaca correspondiente. Aunque con los datos adquiridos por la relación de la enferma y el examen físico se sospechó la existencia de un foco de supuración en la región profunda de la fosa iliaca, quise insistir en las maniobras de exploración en condiciones más ventajosas; aprovechando la oportunidad de que la enferma estaba en ayunas, se le cloroformizó y el resultado de este nuevo examen fué el mismo, con excepción de lo relativo al miembro abdominal derecho, que pudo ser movido hasta ponerlo en extensión completa como su congénere. Como complemento de la exploración se practicó una incisión paralelamente al arco de Falopio, haciéndola partir dos centímetros abajo de la espina iliaca antero-superior y terminándola tres centímetros adentro: se interesaron capa por capa los tejidos superficiales hasta él facia lata con el instrumento cortante que aquí fué sustituido por el índice derecho; éste despegó las adherencias que existían entre el arco de Falopio y los tejidos subyacentes penetrando en la región abdominal, pero detrás del peritoneo; hasta este momento no se obtenía pus, sin embargo, el dedo percibió más clara la fluctuación profunda; venció la resistencia que le opusiera la pared anterior del foco y penetró en él saliendo en seguida una cantidad como de 150 gramos de pus blanco, homogéneo, espeso, inodoro, con los caracteres asignados al pus, francamente flegmonoso ó de buena naturaleza. Evacuado completamente el contenido de la cavidad anormal, se hizo minucioso reconocimiento de ésta con el dedo y se encontró que estaba situada sobre la fosa iliaca interna, de la que solo la separaba el músculo iliaco. Su límite anterior era la aponeurosis facia iliaca adherida en parte al peritoneo, y los laterales eran los de las inserciones de esta

hoja fibrosa; no se encontró signo de padecimiento en las diversas partes del esqueleto de la región, los músculos mismos no parecían haber sufrido un principio de destrucción, lo que estaba conforme con la época á que se refería el principio de la enfermedad.

Las paredes del foco eran anfractuosas y tapizadas por yemas carnosas que sangraban al tacto. El resultado de esta segunda parte del examen clínico hizo convertir en certidumbre lo que momentos antes no era sino una sospecha y procuró datos nuevos de muchísima importancia, tales como la situación topográfica del proceso supurativo, que era enteramente subaponeurótico, sus límites ya designados y que lo hacían colocar entre los abscesos circunscritos, la seguridad casi completa de que no reconocía como causa un padecimiento del esqueleto, ni había producido serios desórdenes en los tejidos de los órganos vecinos, todas circunstancias que favorecían singularmente el pronóstico y hacían esperar un feliz éxito. El tratamiento local era el que naturalmente prevalecía en mi ánimo por entonces; se lavó el foco con agua fenicada caliente, se puso un tubo de canalización de dos milímetros y se ocupó la cavidad con bolitas de algodón yodoformado, aplicando después sobre la herida, que se amplió previamente casi otro tanto de su longitud, una tela de cautchuc, completando el apósito con el empaque de Guerin.

En la noche siguiente la temperatura fué de 38°, y así poco más ó menos se sostuvo durante cuatro días, después de los cuales (2 de Diciembre) descendió á la normal, á la vez que el foco había disminuido mucho en su extensión y proporcionalmente las molestias que antes habían atormentado tanto á la enferma. Las curaciones diarias en el principio y hechas de la misma manera que la que siguió á la operación, fueron después retardándose más ó menos según las indicaciones tomadas del estado del apósito, la temperatura y las molestias ocasionadas á la paciente.

El 7 de Diciembre, diez días después de la operación, los movimientos del miembro abdominal derecho eran posibles sin dolor alguno y el foco se reducía más. El término de la curación no se habría hecho esperar más, si un incidente por desgracia muy común después de las operaciones, en la época actual, no hubiera interrumpido la marcha favorable del proceso reparador. En efecto, el día 20 de Diciembre, cuando ya no existía foco de supuración en la fosa iliaca, los movimientos del miembro abdominal derecho completamente expeditos, sin la menor molestia y el infarto del tejido conjuntivo perifocal disminuía á gran prisa, quedando en suma por repararse tan sólo la herida operatoria, apareció una placa erisipelatosa alrededor de ella acompañada de elevación de temperatura, 39°9 y diarrea: á pesar de haber sido tenazmente perseguida por medios generales y locales, eligiendo entre los primeros las sales de quinina por su acción manifiestamente antipirética asociadas á la salicina como adjuvante, y para evitar un aumento en las perturbaciones gastro-intestinales, y entre los

segundos unas veces el percloruro de fierro de Pravaz, otras la tintura de yodo, la terrible complicación siguió su marcha invasora en la forma ambulante, debilitando cada vez más á la pobre enferma.

Después de tres semanas de continuada lucha por fin desapareció la erisipela con su cortejo de síntomas alarmantes, y no obstante las malas condiciones del organismo, que habia reducido á la miseria en los últimos días de ese incidente, pudo completarse lo que faltaba para que la cicatrización de la herida fuese completa.

En la actualidad, como ha podido juzgar esta honorable Corporación, no quedan en la región afectada ni la induración que suele persistir en casos análogos, y el único vestigio del mal es una cicatriz rosada, firme, como de cinco centímetros, indicio de la herida que dió paso al líquido purulento coleccionado en las capas profundas de la región iliaca.

Una de las cosas que llama la atención en la historia referida, es la causa presunta del padecimiento, que la enferma referia á largas y repetidas jornadas en el mismo día: no se encuentran, en efecto, registradas entre las causas productoras de los abscesos iliacos las marchas exageradas; pero si se tiene en cuenta el papel que el músculo psoas-iliaco desempeña en ese acto fisiológico, no pugna al buen sentido que un exceso de actividad de sus elementos prepare en éste como en cualquier otro tejido colocado en igualdad de condiciones, el terreno favorable al desarrollo de una inflamación. En el caso es de admitirse aún más esa causa patogénica cuando no habia en el enfermo otra que pudiera explicar el origen del proceso supurativo, á menos que una influencia discrásica que no fué dable descubrir, hubiera tenido parte, pues de otra manera habria que admitir una espontaneidad absoluta en su aparición.

Otra razón que pudiera aducirse en favor de la misma idea, es el sitio anatómico de la enfermedad, que á juzgar por el orden cronológico de los síntomas, el dolor extensivo desde el principio al miembro abdominal correspondiente y exacerbándose con los movimientos de éste, su retracción consecutiva y lo circunscrito, inmóvil y profundo de la tumefacción inflamatoria, fué desde su origen en el tejido conjuntivo subaponeurótico, es decir, en inmediata relación con la capa muscular que se supone fué su punto de partida.

Otro punto importante es el tratamiento. Si en alguna época no lejana se exigía como precepto para practicar una operación cuyo objeto fuese la evacuación de un absceso, el tener la certidumbre previa de su existencia por los signos físicos, sobre todo percibiendo claramente el fenómeno de la fluctuación, hoy día por fortuna para los pacientes, basta tener la sospecha por los síntomas generales, de que existe una colección purulenta en cualquiera de las regiones del cuerpo para que sea lícito hacer una punción exploradora que en caso positivo precede á la operación, y esto es ventajosisimo en casos como el presente, en que antes que los signos físicos pudiesen proporcionar el dato que se buscaba por las circuns-

tancias especiales de la región enferma, los síntomas generales habían anunciado su existencia, y la operación practicada oportunamente impidió los estragos que el padecimiento hace con frecuencia cuando por cualquier motivo se aplaza la evacuación del absceso por algún tiempo. Basta recordar la marcha natural de estos procesos, que terminan por lo común abriendo un camino al pus por los órganos vecinos y aun dentro de la cavidad peritoneal, antes que por la piel, que sería el lugar menos peligroso, y aunque remotamente, pensar en la posibilidad de una laceración de las paredes de los vasos, como en el caso de Demaux citado por Grisolle,¹ en el que el pus de un absceso iliaco se abrió paso en la vena cava inferior, para apresurarse á seguir los consejos del Dr. Henry Morris, que en un artículo relativo á este asunto dice: «Desde que se percibe la fluctuación, es necesario hacer una punción ó una incisión para evacuar el pus; pero si se tienen buenas razones para sospechar la presencia del pus, es necesario no esperar que se perciba la fluctuación, es necesario hacer una punción exploradora, en seguida asegurar el libre escurrimiento del pus, y colocar un tubo de canalización. Bien que la curación tenga frecuentemente lugar desde que el pus se escurre por el intestino, la vagina ó la vejiga, sin embargo, hay casos en que en estas circunstancias la terminación ha sido fatal, y además, nunca se puede saber qué marcha seguirá el absceso que puede producir una peritonitis mortal por extensión de la inflamación ó que puede abrirse en la cavidad peritoneal.»²

Apoyado en estas razones fué por lo que procedí á verificar en la misma sesión la operación preliminar que intentada como medio de diagnóstico me sirvió para iniciar el tratamiento. El procedimiento operatorio seguido no fué el que para casos análogos recomiendan los cirujanos europeos, que por lo regular aconsejan hacer una incisión en el punto indicado por el máximo de fluctuación, ó bien arriba del ligamento de Falopio, como lugar más cercano á la región enferma. Dos inconvenientes tiene esta manera de proceder: la posibilidad de herir el peritoneo, el intestino ó algún otro órgano importante, y la de favorecer las eventraciones por dejar un punto débil en la pared abdominal. Para evitar esos peligros, mi apreciable amigo y compañero el Dr. Chacón F. recomendó en 1873 un procedimiento que fué publicado un año más tarde en mi tesis inaugural, de donde lo transcribo textualmente: «A tres centímetros abajo de la espina iliaca anterior y superior como punto de partida, se practica una incisión de cuatro á cinco centímetros de longitud, siguiendo la dirección del borde interno del costurero, se divide la piel y la capa subcutánea hasta llegar á descubrir la aponeurosis femoral, se divide ésta al nivel del borde interno del costurero, y en algunos casos esto solo bastará para dar salida al pus si el

¹ Grisolle. Patología interna.

² Enciclopedia Internacional de Cirugía.

flemón hubiera sido producido en el tejido celular subperitoneal. En el caso de que la colección estuviera situada más profundamente, entonces con el mango del escalpelo ó mejor con el dedo, se separan las adherencias celulosas que hay entre el psoas y el recto anterior, pudiéndose llegar de este modo hasta la fosa iliaca interna. Debe tenerse presente que al nivel de la eminencia ilio-pectínea existe normalmente una bolsa serosa entre esta eminencia y el psoas iliaco, para evitar cuidadosamente el abrirla, pues se sabe que con frecuencia esta bolsa comunica con la serosa de la articulación coxo-femoral.»¹

Como ha podido verse, el procedimiento del Dr. Chacón tiene todas las ventajas que se buscaban en los otros y ninguno de sus inconvenientes; al ponerlo en práctica en el caso de la presente historia y en otros varios, lo he seguido exactamente, menos en cuanto á la dirección de la incisión, que me ha parecido más conveniente hacerla *paralela* al arco de Falopio, con el objeto de tenerla más ampliamente abierta y facilitar así el libre escurrimiento del pus como el lavado satisfactorio del foco. Con esa pequeña modificación he operado á seis enfermos, de los cuales tres tenían absceso iliaco, dos circunscrito y uno difuso, cuya historia detallada se halla consignada en la tesis inaugural del Dr. Francisco Vargas.² En todos ellos el resultado fué completamente satisfactorio. En los otros tres casos la operación tuvo por objeto buscar y dar salida al pus de flemones periuterinos, en uno de ellos se dió con el foco que se canalizó desde la ingle hasta la vagina siguiendo el procedimiento de Hegar y Kaltenbach con resultado satisfactorio; en los otros dos no se encontró el absceso pero las enfermas no solo no sufrieron perjuicio por la operación, sino que en el curso del tratamiento de la herida operatoria se vió disminuir á paso rápido hasta su desaparición completa el flemón periuterino y con él la fiebre intensa y los otros síntomas alarmantes que me obligaron á tomar una actividad mayor en el tratamiento.

Por esta relación compendiada de los hechos que me son propios, parece quedar demostrado que la operación descrita hace un instante para dar salida al pus no solo de los abscesos iliacos sino aun de una gran parte de los retroperitoneales, es relativamente inofensiva por si misma, y puede, en consecuencia, intentarse aun como medio de exploración en ciertos casos dudosos.

1 Miguel Cordero y Gómez. Estudio sobre la región del canal crural y sus aplicaciones á la Patología y la medicina operatoria. México. 1874.

2 Diagnóstico y tratamiento de los abscesos de la fosa iliaca. 1883.