

CLINICA EXTERNA.

ANEURISMA TRAUMÁTICO CURADO POR LA EXTIRPACIÓN DEL SACO.



OR la primera vez tengo la honra de dirigirme á esta Honorable Academia, y le ruego que acepte la sencilla comunicaci3n que le dirijo, como prueba de respeto.

* * *

Jacinto Ram3rez es el nombre de un individuo que el d3a 30 de Diciembre del a3o de 1886 recib3o un balazo con una pistola de las que usan los gendarmes, Colt calibre 44. El proyectil entr3o en el tercio medio del muslo derecho, en la cara externa y como á 20 cent3metros arriba del pliegue del hueco popl3teo. El agujero de salida se encontraba en la l3nea de uni3n de la cara anterior con la interna del muslo, y como 25 cent3metros arriba del pliegue del hueco popl3teo.

Desde el momento en que recib3o la herida el individuo no pudo andar, y tuvo una hemorragia muy abundante que se contuvo por una compresi3n en3rgica que se hizo en el muslo sobre las heridas. Llegado el enfermo á la comisaría, se le quit3o la compresi3n del muslo, se vieron coágulos en el orificio interno de salida que se respetaron; ya no hab3a hemorragia y se le puso al enfermo una curaci3n compresiva. Fu3 llevado el paciente al Hospital Ju3rez, 3 ingres3o al servicio de un apreciable compa3ero. No se presentaron hemorragias secundarias, ni se le practic3o operaci3n ninguna, y cicatrizaron los agujeros de entrada y de salida del proyectil. El m3dico que atend3a entonces á Ram3rez reconoci3o, por s3ntomas claros, que en el lugar de la lesi3n se hab3a formado un aneurisma traumático. Se le trat3o por la compresi3n digital y mecánica sin conseguir ning3n resultado, y se le di3o de alta el 20 de Mayo de 1887.

El 23 de Noviembre del a3o de 92 me encontraba accidentalmente á las 8 de la noche en el Hospital Ju3rez, en donde hab3a concurrido á practicar una trepanaci3n vertebral, acompa3ado de mis apreciables compa3eros los Dres. Fernando Z3rraga y Carlos Santa Mar3a, cuando supe que hab3a llegado en camilla á solicitar cama un enfermo con una herida en

el muslo y que acaba de tener una hemorragia de consideración. Lo ví, hice que lo pusieran en mi sala; encontré su estado general muy malo, acentuándose una anemia intensa. La curación que le habían hecho en la comisaría estaba bien puesta y no estaba manchada de sangre. Le prescribí un régimen tónico estimulante, y aplacé para el día siguiente el examinarlo y operarlo si fuere preciso. En efecto, al otro día y ya en la sala de operaciones, descubro la región enferma y me encuentro en la cara antero-interna del tercio medio del muslo, un aneurisma del tamaño de una naranja y abierto en forma de boca de cráter, cráter que tenía de diámetro cinco centímetros. La víspera, en la comisaría, habían tapado esa abertura con algodón antiséptico: no había sangre, y por de pronto naturalmente, no quité los algodones. El tumor tenía movimientos de expansión, isócronos al pulso de la femoral derecha, los cuales cesaban comprimiendo dicha arteria. La pediosa derecha tenía sus latidos un poco más débiles y ligeramente retardados que los de la izquierda. No había edema del miembro inferior derecho y la boca abierta del aneurisma correspondía al primitivo orificio de salida del proyectil.

Interrogué entonces al enfermo quien me dió los datos que anoté al principio, agregando que desde su salida del Hospital, el tumor había ido creciendo, la piel se había ido enrojeciendo y adelgazándose, hasta que días antes de ingresar por segunda vez al hospital se había ulcerado la piel y había tenido tres hemorragias de consideración. En el estado en que se encontraba no podía trabajar ni hacer ejercicio con el miembro enfermo. Por la situación de los agujeros de entrada y de salida, más bajo el primero que el segundo, parece raro cómo pudo seguir esa dirección el proyectil; pero teniendo en cuenta que el individuo iba corriendo cuando recibió el balazo, es fácil explicarse el trayecto del proyectil, considerando el muslo doblado, casi horizontal, y el agresor oblicuamente enfrente de él y por el lado derecho.

El enfermo cuenta 23 años de edad, es zapatero, no tiene ninguna afección cardíaca ni antecedentes sifilíticos claros. Parece que no es alcohólico. En esos momentos como indicamos ya su estado anémico era muy grave.

A mi juicio el tratamiento que había que seguir se imponía por sí mismo. De todos los métodos aconsejados para tratar los aneurismas, el verdaderamente racional en el caso, era la ligadura arriba y abajo del sa-

co, pues estando éste abierto, una sola ligadura no bastaba para impedir la hemorragia por restablecimiento de la circulación colateral. Hecha esta ligadura doble ¿qué debía hacerse con el saco?

En la actualidad hay ya una reacción favorable en favor de la extirpación del saco según el procedimiento de Delbet, no sólo porque evita la reincidencia del aneurisma, sino porque expone menos á la muerte y á accidentes tan graves como las hemorragias secundarias, la supuración del saco, etc. Pero si cabe duda en extirpar un saco aneurismal, cuando este saco está entero, creo que la duda es imposible, cuando este saco está ya roto y lleno de coágulos y en comunicación con el aire. Así, pues, creí enteramente indicado practicar la doble ligadura ya mencionada y la extirpación completa del saco. Formé entonces este programa: ligar arriba la iliaca externa; este es el procedimiento clásico, y ningún cirujano liga ya la femoral en el triángulo de Scarpa; esto expone mucho á las hemorragias secundarias y no puede saberse á punto fijo en dónde se encuentra la femoral profunda. Como el aneurisma se encontraba en el tercio medio del muslo, decidí ligar abajo la femoral en el canal de Hunter; después abrir el saco, quitar los coágulos, y limpiar y disecar después el saco, respetando la vena si era posible y ligando las colaterales eferentes que se encontraran. Con la mejor antisepsia posible, y bajo la anestesia clorofórmica, procedí á ligar la femoral en el canal de los abductores, con el fin de poder aprovechar los latidos al hacer la ligadura de la iliaca externa. Hice la incisión correspondiente, encontré el canal, introduje mi sonda por el agujero de salida del nervio safeno interno, abrí el canal y no lo encontré ocupado sino por el nervio mencionado: no estaban allí ni la arteria ni la vena. Hice la operación conforme á las reglas aconsejadas, rectifiqué muy bien mis datos anatómicos, y con la experiencia de haber practicado en el vivo tres veces esta ligadura, me convencí de que se trataba de una anomalía arterial. En estos momentos principió á salir sangre por la herida aneurismal y procedí rápidamente, y siguiendo los preceptos aconsejados, á ligar la iliaca externa, verificado lo cual cesó ya toda hemorragia. Mi incisión para buscar la femoral la prolongué hacia arriba hasta descubrir enteramente el saco; hecho esto quité los coágulos activos y pasivos que tenía y le hice un buen lavado antiséptico. Busqué después en el saco el agujero de salida de la femoral; introduje por él una sonda acanalada y pude convencerme que la arteria se dirigía á la parte posterior del muslo, arriba del canal de Hunter, mucho más arriba que de ordinario. Tanto el saco, como unos dos centímetros de la arteria femoral ha-

cia abajo, estaban enteramente calcáreos. A unos dos centímetros más abajo y en arteria sana apliqué la ligadura. El saco estaba implantado en la parte antero-interna de la arteria, y su aspecto era enteramente semejante al de los aneurismas no traumáticos, pues no podía distinguirse cuál era la membrana de nueva formación, independiente de la arteria, que se había formado al rededor del aneurisma falso primitivo. Disequé después cuidadosamente el saco, y en ocho ó diez colaterales eferentes que corté, intenté ligarlas y como estaban calcáreas se rompían. Aun cuando sangraban en esos momentos poco, les dejé puestas pinzas de Péan por temor de una hemorragia secundaria. Concluí la disección del saco y pude respetar la vena. Suturé la herida de la íliaca externa, y curé á fondo con gasa yodoformada la herida del muslo, buscando la cicatrización profunda, y, dejando como indiqué arriba, las pinzas de forcipresura. En seguida coloqué el apósito antiséptico y el vendaje apropiado, ligeramente compresivo.

Para abreviar diré que ni un solo día tuvo este enfermo reacción febril ni hemorragia secundaria; que la herida de la ligadura de la íliaca externa cicatrizó casi toda por primera intención, que tres días después de operado quité las pinzas de forcipresura y la herida del muslo se fué cubriendo de yemas carnosas caminando fácilmente á la curación. En los primeros días después de la operación no latía la pediosa y había ligero adormecimiento del pie; pero no hubo nunca enfriamiento ni dolores, y á los 8 días la circulación colateral estaba perfectamente establecida y latía la pediosa. El día 4 de Enero la cicatrización era perfecta y el enfermo estaba enteramente sano, como puede verse examinando al antiguo paciente, que tengo la honra de presentar. Este caso viene en apoyo de la inocuidad y de las grandes ventajas del tratamiento de los aneurismas por la extirpación del saco, tratamiento que no sabemos si ya en México se había puesto en práctica.

A. DE GARAY.
