

En el caso del Sr. Dr. Mejía, creo que una simple punción sería ineficaz y que una laparotomía es lo urgente: esperar es peligroso, porque si como en el caso que acabo de referir, es cierto que todo ha sido feliz, esto es la excepción, en tanto que una ruptura espontánea es casi la regla, y las consecuencias son bien graves.

Respecto al soplo que se dice existe, no puede ser sino placentario ó producido por la compresión de algún vaso.

J. R. ICAZA.

PATOLOGÍA, CLÍNICA

Y TERAPÉUTICA QUIRÚRGICAS.

Aneurisma traumático arterio-venoso, en el tercio superior del brazo. Pseudo-*elefanciasis* del antebrazo y la mano. Ulceración de esta última en toda la extensión de su cara dorsal y dedos medio y anular. Extirpación del aneurisma y curación.

Un hecho raro en nuestros tiempos, y, por tanto, digno de mencionarse, me autoriza á ocupar la atención de esta H. Sociedad, á la que tengo el honor de ofrecer mi lectura reglamentaria.

Desde que la sangría del pliegue del codo ha caído en desuso, puede decirse que los aneurismas arterio-venosos son excepcionales, pues que, en esta región se presentaban frecuentemente. La cuidadosa estadística que Delbet ha hecho, comprueba que la inmensa mayoría de aquéllos ocupaba el sitio indicado. Conviene hacer notar que de los 250 casos registrados hasta la fecha, 90 fueron el resultado del traumatismo producido en la arteria y la vena por la sangría. Figuran entre los restantes, muchos producidos en las cavidades, particularmente en la torácica: á éstos, como sabéis, se les llamaba *espontáneos*, impropriamente. Su mecanismo y patogenia os son bien conocidos, razón por la que no me detendré á señalarlos.

Los traumatismos del hueco axilar y el brazo, en el tercio superior, que ocasionen el aneurisma arterio-venoso, son tan raros, que apenas se cuentan ocho casos. Al que os señalo le toca el número *nueve*. Es, por tanto, digno de registrarse.

Como sabéis, los patologistas admiten dos grandes variedades de aneurisma

arterio-venoso: la flebarteria simple, de Broca, verdaderamente excepcional, y el que justamente merece el nombre de aneurisma arterio-venoso. A esta variedad corresponde el que os presento. Varios son los tipos clínicos conocidos; entre ellos figuran: 1º, el aneurisma por dilatación, ya sea simple ó doble; 2º, los aneurismas enquistados. De estos últimos hay subvariedades, según que el quiste es arterial, venoso ó intermedio: Examinando cuidadosamente la pieza patológica, notaréis que el tumor está formado por la dilatación de la vena; la comunicación entre los vasos apenas es perceptible: trátase, por tanto, de la primera variedad.

Antes de entrar en consideraciones sobre la fisiología patológica de la especie que os señalo, voy á comunicaros el hecho clínico, cuya historia es como sigue:

A principio del mes de Octubre del año en curso, entró á la Sala de Clínica quirúrgica del Hospital de San Andrés, el enfermo Blas Gutiérrez, que ocupó la cama núm. 1. Tiene este hombre 40 años de edad, mal constituido y profundamente debilitado: á la simple inspección se ven los estigmas clarísimos del alcoholismo. En su historia patológica anterior, sólo se registra una fiebre grave que, probablemente, fué tifoidea, y el traumatismo que sufrió hace diez años en la cara interna y superior de la región húmero-axilar derecha, en la que se ve aún la cicatriz correspondiente. La dirección de ésta es transversa y ligeramente curvilínea; mide cuatro centímetros de longitud y dos milímetros de anchura; no ofrece pigmentación marcada, pudiendo asegurar que es exacta la declaración del enfermo, que dice que la herida curó rápidamente y sin supuración. No ha sido posible saber con qué arma le fué inferida aquélla, porque el accidente se produjo estando el enfermo en completo estado de embriaguez: apenas recuerda que después de la lesión perdió el conocimiento por mucho tiempo: al volver en sí, observó que sus ropas estaban fuertemente manchadas de sangre. También recuerda que la hemorragia se detuvo naturalmente, sin que se le prestaran cuidados especiales. Dice que se curó en su propia casa con los pobres recursos que estuvieron á su alcance, y que, quince días después del traumatismo estaba sano y en condiciones bastantes para volver á su trabajo, duro y fatigoso: el de carrero; sirviéndose de su brazo casi como de costumbre. Un año hace que comenzó á experimentar sufrimientos en su miembro derecho: la mano se hinchaba, y el hinchamiento pronto se extendía al antebrazo, casi en toda su extensión; sobre su dorso apareció lo que llama un grano duro, doloroso y rojo; pronto se ulceró éste, y la ulceración invadió rápidamente la cara dorsal, el puño, casi en toda su circunferencia y los dedos anular y medio. A medida que el proceso ulceroso avanzaba, el hinchamiento del miembro ha-

cía rápidos progresos, inutilizándolo cada vez más. Desde esa época le comenzaron dolores vivos, á veces ardorosos, y á veces de tiponeurálgico; estos últimos seguían el trayecto del nervio cubital. Fijando la atención del enfermo para precisarlo á contar su historia, refiere que tres años antes de la aparición del trabajo ulceroso, las venas del antebrazo y brazo se habían abultado, muy particularmente la humeral, en la que se observaban pulsaciones. Declara también que en la axila, al nivel del tumor, sentía las pulsaciones más fuertes y algunas veces acompañadas de un ruido especial que no sabe definir. A última hora su padecimiento y la inutilidad del miembro, eran tan grandes, que le obligaron á solicitar su ingreso al Hospital.

Estado actual del enfermo.—Descubierto el miembro, pudo observarse el enorme hinchamiento de su antebrazo y mano. En el tercio superior del antebrazo, la circunferencia medía 0^m40; 0^m36 al nivel del tercio medio, y así gradualmente, descendiendo hasta el puño. La mano, en forma de abanico abierto, tan abultada, que era imposible la aproximación de los dedos, dejando éstos, entre sí, espacios triangulares de vértice inferior, de tres centímetros por base: la cara palmar, deformada; su hueco natural, perdido; absolutamente inmóvil, aunque conservando perfecta la sensibilidad en sus diversas formas. Acompañaba al hinchamiento una rubicundez vinosa que decrecía insensiblemente de abajo hacia arriba. La piel, de aspecto rugoso, casi en toda su extensión, lo era muy especialmente sobre el dorso del antebrazo, en el que se veía la dilatación exagerada de sus múltiples venas, en estado flebartérico. La cara dorsal de la mano y puño, ofrecían una úlcera atónica, sucia, cubierta de pus sanioso y ligeramente sanguinolento, sin endurecimiento especial de los bordes de la ulceración. El mismo proceso había invadido el dorso de los dedos mencionados. El simple contacto permitía apreciar la exageración de calorificación producida en el miembro enfermo, que, á primera vista, semejaba un flemón supurado, sobre el que rápidamente se produjera la necrobiosis, consecuencia de la exageración prolifera de los tejidos fuertemente hinchados.

Contrastaba con el cuadro descrito, el que se observaba en el brazo. Arriba del codo se conservaban normales el volumen, calor y temperatura, notándose la dilatación de las venas superficiales y profundas, cuyo volumen se había cuadruplicado. Muy notable era el estado marcadamente cirsoide de estos vasos. Sobre la vena humeral, el latido arterial no sólo era tangible, sino apreciable á la simple vista, desprovisto de estremecimiento y soplo, propagado en su longitud.

En el límite axilo-humeral, casi á la mitad del hueco, á igual distancia de sus bordes anterior y posterior, se observaba el tumor aneurismal. Estaba éste

colocado en el sentido del eje del miembro, de forma cilindroide: era blando y depresible, hasta borrarse á una suave presión, pulsátil y soplante; el soplo continuo se reforzaba con la sístole arterial, limitándose sólo al tumor que medía 0^m05 en su mayor diámetro longitudinal y 3 y medio centímetros en su diámetro transverso. El cuadro que os describo se completa con el *thrill* característico, fácilmente apreciable.

La exploración de la circulación arriba y abajo del aneurisma, enseñaba: aumento sensible de la tensión arterial, arriba; disminución marcada en el trayecto de la humeral, no apreciable sobre el antebrazo, en el que la exploración era difícil, por el enorme hinchamiento de que he hablado.

El estado del enfermo, sólo ofrecía lo ya indicado: gasto profundo de fuerzas, sin desorden apreciable de calorificación, ni perturbación marcada de alguno de los grandes aparatos del organismo.

Un detalle que conviene señalar se refiere á la falta de relación entre el lugar de la cicatriz y el que correspondía al tumor. Este se encontraba á 0^m03 de distancia de aquélla, aunque colocado en el mismo plano transversal.

El conjunto de los signos clínicos, relacionados por la historia patológica del enfermo, eran más que suficientes para el diagnóstico. Se trataba, á no dudarlo, del aneurisma arterio-venoso de la primera variedad ya mencionada.

La marcha del padecimiento, fué la que comúnmente ofrecen casos semejantes; pero con particularidad, es digno de mencionarse el predominio de las perturbaciones de nutrición sobre las de sensibilidad. Las primeras se tradujeron por enorme hinchamiento, más particularmente desarrollado sobre el elemento conjuntivo que sobre el muscular, como ha podido comprobarse *a posteriori*, cuando, después de practicada la operación, rápidamente se ha visto desaparecer el hinchamiento, dejando los músculos entorpecidos por la inutilidad funcional prolongada á que estuvieron sujetos, pero conservando su excitabilidad propia, sobre todo á las corrientes eléctricas. La sola perturbación sensitiva, bien definida, era la térmica: el enfermo revelaba sensación de enfriamiento, cuando fácil era comprobar el aumento sensible de la calorificación en todo su miembro lesionado.

El trabajo ulceroso desarrollado en la mano, en la región indicada, era testimonio patente del desorden nutritivo producido en el miembro, en relación con el desorden circulatorio accidentalmente provocado. El proceso, en tal caso, semejaba con una inmensa verdad, al que se presenta en la varicosis crónica, que trae siempre á su consecuencia flemasias crónicas, necrobióticas, por la falta de renuevo de los elementos anatómicos, motivada por el desorden vascular.

La fisiología patológica de esta especie de aneurismas, enseña que siempre que una vena comunique con una arteria, la sangre de la arteria, dotada de una tensión mayor que la de la vena, pasa constantemente de aquella á ésta; como consecuencia natural, la sangre de la vena es arterializada en parte: de ahí la dilatación y engrosamiento de las paredes venosas. La corriente circulatoria del sistema venoso situado abajo del aneurisma, se hace naturalmente difícil, en tanto que la del mismo sistema colocado arriba, es mucho más rápida y fácil; por tanto, la coagulación, aun en los aneurismas provistos de sacos, es excepcional, con mucha más razón en aquellos como en el que os presento, en que falta absolutamente el saco, haciendo imposible la curación espontánea de esta especie de aneurismas. El retardo que la circulación venosa sufre en el extremo del miembro, favorece la estasis sanguínea en el sistema venoso, que, naturalmente se dilata y ocasiona los desórdenes hipertróficos primero y necrobióticos después, como se pudo apreciar en el miembro de nuestro enfermo.

El sistema arterial de la porción situada más allá del punto de la comunicación, anatómica y fisiológicamente se modifica, disminuyéndose el calibre de los vasos, y haciendo su irrigación insuficiente para mantener la vida del miembro. Es por esta razón que la sensibilidad, la calorificación y la movilidad se perturbaban tan profundamente en el territorio mal nutrido. Los desórdenes nutricios, más comúnmente ofrecen el aspecto hipertrófico, casi elefantiaco, produciéndose rara vez, como aconteció en nuestro caso, desórdenes tróficos, edemas y ulceración.

La marcha del aneurisma arterio-venoso es siempre lenta y en muchos casos benigna; esta benignidad hace contraste con lo que se observa en los aneurismas del sistema arterial. En compensación el aneurisma arterial es susceptible de curar espontáneamente, cosa verdaderamente excepcional, casi imposible, para el aneurisma arterio-venoso. Alguna vez estos aneurismas hacen progresos incesantes, destruyen los tejidos y acaban por romperse. Broca y Delbet han señalado casos de esta especie: siempre será cierto que deben considerarse estos casos como excepcionales. Lo que constantemente se observa, son perturbaciones tróficas, tan graves á veces, que han necesitado para curarse, la amputación; cuando esto no acontece, se necesitan cuidados prolijos para combatir las, dejando siempre más ó menos comprometida la integridad funcional del miembro.

El hecho con que os doy cuenta, ofrece de particular el resultado admirable de la intervención operatoria, que feliz y rápidamente ha hecho desaparecer tantas complicaciones, devolviéndole al miembro, en gran parte, sus funciones normales.

Al hablar del pronóstico, conviene recordar que si el aneurisma arteriovenoso es de ordinario benigno, no faltan hechos que acrediten que, en ciertas circunstancias, puede adquirir cierto grado de malignidad, aun tratándose de la várice aneurismal, mucho menos grave que el verdadero aneurisma varicoso. Aquélla, ciertamente, es mucho más rara, como lo acreditan las estadísticas de Barwell; pero una vez desarrollada, constituye una enfermedad verdadera que jamás cura espontáneamente y que trae, como en nuestro caso, desórdenes tróficos extraordinariamente serios.

Para que os forméis idea de las lesiones anatómo-patológicas, transcribo á continuación el estudio que del aneurisma operado, ha hecho el Dr. José Mesa y Gutiérrez:

“La pieza extirpada es irregularmente fusiforme, y mide cinco centímetros de largo por unos quince milímetros de diámetro menor. Comprende una porción de la longitud antedicha de la vena axilar, notablemente dilatada, de paredes engrosadas, y conteniendo en su interior un coágulo sanguíneo. A la vena está fuertemente adherida una porción como de 4 centímetros de la arteria correspondiente, cuyo volumen parece disminuído. El todo forma una especie de saco membranoso, mirándose en uno de los extremos la vena sujeta por una ligadura y en el otro las aberturas contiguas de los dos vasos, que, un poco más arriba, se confunden. Practicando, después de endurecida la pieza en alcohol absoluto, cortes transversales que quedan unidos por un puente de la pared venosa, se ve lo siguiente: en el primer corte, la luz de la vena, circular, de unos 12 milímetros de diámetro, de paredes gruesas, ocupada por un coágulo crónico: contigua á ella está la luz de la arteria, de 1 milímetro, igualmente ocupada por un coágulo y cuyas paredes son algo gruesas; entre los dos vasos y, sobre todo, al rededor de la arteria, hay un tejido fibroso, denso, abundante. En el corte siguiente, la vena aparece poco modificada: el calibre de la arteria se duplica, y la distancia que separa á un vaso del otro, disminuye, quedando reducida á un tabique de menos de medio milímetro de espesor. En el corte siguiente la luz de la vena se estrecha un poco y la de la arteria se ensancha mucho, teniendo los dos vasos casi igual calibre: pero en tanto que la cavidad de la vena se conserva regular, la de la arteria se vuelve sinuosa é irregular; al mismo tiempo aumenta mucho el tejido fibroso que rodea á este último vaso y se confunde con su pared; el tabique que los separa, subsiste y es más grueso que en el corte anterior. Viene después otro corte en el que se ve la luz de la vena algo reniforme, un poco sinuosa y ensanchada otra vez, y la de la arteria como una media luna; el tejido fibroso que envuelve á este último vaso y se confunde con la pared de la vena, es muy abundante y en su espesor se ve con toda cla-

ridad, cavado una especie de canalito, ocupado por sangre y que establece la comunicación entre los dos vasos modificados. En el último corte aparecen éstos otra vez separados, con sus calibres respectivos disminuidos y rodeados por abundante tejido fibroso. Los cortes han sido hechos á distancia de dos milímetros más ó menos uno del otro.”

El tratamiento aconsejado por los patologistas para la curación de esta enfermedad, ha variado mucho desde William Hunter hasta la fecha. Como sabéis, este célebre cirujano aconsejaba á sus enfermos la expectación. Alguna vez este tratamiento se ha hecho compatible con cierto bienestar relativo del enfermo; pero tarde ó temprano sobrevienen complicaciones que exigen un tratamiento severo. En tal caso los métodos empleados se han clasificado como sangrantes ó no sangrantes. Entre estos últimos, el más recomendado ha sido la compresión; ésta, cuando se hace indirectamente, ha fracasado siempre, razón por la que ha obligado á los cirujanos á abandonarla. La compresión directa, mucho más eficaz, sólo tiene aplicaciones ventajosas en los aneurismas arteriovenosos recientes. En los aneurismas antiguos, como el que os presento, es absolutamente ineficaz.

Los métodos sangrantes han vuelto al campo de la cirugía de esta especie de aneurismas, con la aparición de la antisepsia quirúrgica. La ligadura de la arteria por el método de Anell, así como las operaciones practicadas sobre la vena, nunca dieron resultado satisfactorio: de ahí la necesidad de hacer ligaduras dobles ó cuádruples, estas últimas de preferencia; pero como quiera que no correspondían los hechos clínicos en los que se ensayó esta tentativa operatoria, ha sido preciso apelar á otros recursos. Figura entre éstos, la extirpación radical del saco, como el solo recurso para curar satisfactoriamente la enfermedad: A éste apelé con el resultado más completo. El procedimiento operatorio que someramente describo, os dará idea de la conducta que en el caso observé: Una incisión que comprendía el espesor de la piel, tejido conjuntivo y aponeurosis superficial de la región axilar, fué hecha en la unión del $\frac{1}{4}$ anterior con los $\frac{3}{4}$ posteriores de la axila. En el fondo de ésta, se encontró el borde interno del biceps; inmediatamente hacia adentro, el nervio radical y ramos del braquial cutáneo interno; el primero de estos haces nerviosos, con adherencias íntimas con el saco flebotómico: en la extremidad superior de la incisión, se diseccionó cuidadosamente la arteria axilar, á su entrada á la región humeral, se la aisló y ligó cuidadosamente: la vena humeral y un grueso ramo de la cefálica que se abocaba en ella, fueron á su vez ligados. Una disección semejante, hecha en la extremidad inferior de la incisión, permitió ligar la arteria y la vena correspondientes, después de lo cual se hizo la disección cuidadosa del tumor venoso y su extirpación.

Todo ello asépticamente practicado y con la hemostasis más perfecta. Inmediatamente después se procedió á la sutura en surgete, cuidando de dejar escurrimiento fácil á los exudados que la herida pudiera producir en el curso de la curación, para lo que hice la canalización de aquélla con gasa yodoformada impregnada en glicerina. Se aplicó luego el apósito correspondiente.

La marcha que siguió á la intervención operatoria ha sido tan feliz, que la herida cicatrizó casi de primo intento, pudiéndose retirar la gasa al tercer día.

Las modificaciones producidas en la circulación é innervación del miembro, fueron verdaderamente sorprendentes por la rapidez con que se produjeron. Antes de la primera semana, el enorme volumen del miembro desapareció, volviendo casi á sus dimensiones normales. En el curso de veinte días se hizo completa la cicatrización de la enorme úlcera de la mano y puño, y un mes después de la intervención, cuando el enfermo dejaba el Hospital, salía completamente curado, habiendo recobrado el uso completo de su miembro.

La circulación en las arterias radical y cubital, del lado enfermo, comenzaba á recobrase para hacerse sensible. Eran, sin duda, los múltiples vasos capilares, desarrollados durante el proceso patológico, los que mantenían la vitalidad del miembro, como en el estado normal.

El hecho es altamente significativo, porque nos enseña cómo en circunstancias determinadas, puede suprimirse la circulación troncal, sin comprometer la nutrición.

DR. R. LAVISTA.

OBSTETRICIA.

Gracias á la amabilidad de nuestro consocio y amigo el Sr. Profesor Bandera, ha llegado á mis manos el núm. 55 de la "Semana Médica," de París, correspondiente al 31 de Octubre próximo pasado, en cuyo periódico y bajo el rubro de "Medicina práctica. Un procedimiento para provocar el parto en las eclámpticas," se encuentran dos párrafos, verdaderamente pequeños, por el número de frases que los forman; pero grandes, enormes, por la clase de conceptos que ellos entrañan.

Dicen así: "Se sabe que en la eclampsia puerperal, la indicación capital consiste en vaciar el útero de su contenido, es decir, terminar el parto y la expulsión de las secundinas, tan pronto como sea posible. Para esto, el Dr. P. Drejer, de Christianía, recomienda acudir al siguiente procedimiento, que sería de una