

DICTAMEN

de la Sección de Anatomía Normal y Patológica, sobre las Memorias de los Sres. Dres. D. Adrián de Garay y D. Francisco Vázquez Gómez.

Los subscriptos, reunidos en comisión para dictaminar acerca de las Memorias presentadas por los Sres. Dres. D. Adrián de Garay y D. Francisco Vázquez Gómez, optando á la plaza vacante en la Sección de Anatomía Normal y Patológica, y para clasificar á estos señores según sus méritos, tienen la honra de someter al recto juicio de sus ilustrados consocios el siguiente informe:

Comenzaremos por el estudio de las Memorias, juzgándolas como si no conociéramos de los autores mas que el nombre, y después nos ocuparemos brevemente de los títulos científicos de los candidatos, en relación sobre todo con los conocimientos anatómicos.

El trabajo del Sr. Dr. Garay se titula: "*Algunas consideraciones sobre el canal crural desde el punto de vista de la Anatomía quirúrgica.*" Las primeras líneas las dedica á lamentar la confusión originada por las diversas descripciones é interpretaciones del canal crural.

Hace la historia del modo cómo ha sido comprendido ese canal por los más eminentes anatómicos, y se inclina á aceptar la descripción de Richet, aunque no le satisface del todo.

No nos detendremos en esta parte, por más que no estemos de acuerdo con algunas de las críticas, y sólo haremos notar que hay cierta obscuridad en la exposición.

Describe después las partes esenciales de la región de la ingle, con el fin de que se comprenda mejor la manera cómo considera el canal crural, y presenta una figura tomada de la obra de Tillaux.

Esta descripción es clara, pero deja de serlo al tratar de las inserciones de las aponeurosis que limitan la canaladura en que están los vasos femorales, porque después de nombrar la hoja superficial del fascialata, dice: "ésta aponeurosis se inserta al arco de Poupart, á la cresta pectínea y á la bandeleta ileopectínea, y se necesita de algún esfuerzo de atención para comprender que se trata no sólo de la hoja superficial de ese fascia, sino también de las porciones que cubren á los músculos pectíneo y psoas é iliaco.

Viene aquí la parte más importante del trabajo; la descripción de un tabique aponeurótico, situado entre la vena femoral y los ganglios linfáticos profundos que se encuentran hácia afuera del liga-

mento de Gimbernat, cuyo tabique va de la hoja superficial á la profunda del fascialata, terminando abajo, en donde se aboca la vena safena interna á la femoral. Lo llama tabique de Scarpa, dice que lo ha encontrado siempre en los cadáveres, y, en su concepto, limita con las dos hojas superficial y profunda del fascialata en su parte interna el canal crural; considerando por lo mismo á éste independiente de la vaina de los vasos femorales.

Trata en seguida del modo de disecar ese tabique y el lóculo crural.

Asienta, á nuestro juicio, sin fundamento, que sin este tabique, no habría razón para que las hernias no pasaran por el lado externo del lóculo crural, y descendiesen siguiendo la vaina de los vasos femorales.

Cita los autores que admiten la existencia de ese tabique, y recuerda que Thompson y algunos otros anatómicos señalan, además, otro tabique, entre la arteria y vena femorales.

Nuestra opinión en este punto, apoyada en nuestros recuerdos, y en los que vimos dos de nosotros el martes de la última semana, en un cadáver, es: que no puede decirse en rigor de verdad que exista ese tabique fibroso independiente ni entre la arteria y la vena, ni entre ésta y el ganglio situado generalmente hácia afuera del borde externo del ligamento de Gimbernat: que esos gruesos vasos están envueltos por un tejido fibro-celuloso, y que un hábil preparador como lo era Thompson y lo es sin duda el Sr. Garay, puede muy bien esculpir fácilmente esos tabiques.

Considerando el autor que el canal crural, tal como él lo concibe, no tiene orificio de entrada ni de salida sino que está cerrado por todas partes, le parece mejor llamarle CAJA CRURAL, la que describe diciendo: que es prismática, triangular, con su tapa superior; constituida por el ligamento de Gimbernat y el septum crural, y tres lados formados, el anterior por el facia cribiforme, el posterior é interno por la aponeurosis del pectíneo con la hoja profunda del fascialata, y el externo por el tabique de Scarpa.

Recuerda nuevamente lo que pasa abajo del arco de Falopio; llama cruoro abdominal al orificio que limita este arco, y lo considera dividido en tres partes por la bandeleta ileo-pectíneo y el tabique.

Repite, ampliando, la descripción de la «Caja crural,» y deteniéndose en la del fascia cribiforme, del que afirma, lo que es cierto, que es muy delgado y está impregnado de grasa, y cree que las hernias pueden ser extranguladas por las mallas que dejan las fibras aponeuróticas que lo constituyen.

Dice que el ligamento de Burns y Hey es artificial (pág. 15) y no es agente de extrangulación, y más adelante (en la pág. 23), dice lo contrario, y termina la descripción de las paredes postero-interna y externa, y de la tapa de la caja, anotando justamente el gran

papel que desempeña en la extrangulación de las hernias el borde externo, cóncavo fuerte y cortante del ligamento de Gimbernat.

Trata después el Sr. Garay de las relaciones del cordón, de la arteria epigástrica y de la vena femoral con el ligamento de Gimbernat, y de las que en algunos individuos puede tener la arteria obturadora.

Vuelve á ocuparse de la «Caja crural:» señala sus dimensiones que son mayores en la mujer, y el hecho de que los ligamentos y aponeurosis que la forman son más fuertes en el hombre: dos motivos para que las hernias crurales sean más frecuentes en el sexo femenino.

Dice que en el interior de la caja sólo hay grasa y uno ó dos ganglios linfáticos, cuya inflamación puede simular una hernia, lo que en su juicio no tiene grandes inconvenientes, porque la indicación en los dos casos es: abrir y dar salida al pus ó desbridar.

Recomienda operar lo más pronto posible en los casos de extrangulación, y cuando no han dado resultado algunos medios como las pulverizaciones de éter sobre la región, baños tibios prolongados, lavativas de café y el taxis prévia cloroformización, que á veces le han sido útiles.

Aconseja aprovechar la operación de la Kelotomía, para intentar la curación radical de la hernia.

Describe en seguida el trayecto que recorre la hernia crural, y enumera las diez capas que dice la cubrirían si no se perfora ninguna de las paredes de la caja, poniendo entre estas capas una de tejido ganglionar, lo cual no puede ser. Asienta que puede efectuarse la extrangulación por el cuello del saco, el ligamento de Gimbernat, el septum crural, el fascia cribiforme, el ligamento de Hey, el ligamento de Cooper y todavía añade una etc. Esta multiplicidad de los agentes de extrangulación no está admitida por los autores de más nota.

Señala los puntos por donde puede hacerse el desbridamiento é insiste con justicia en que nunca debe hacerse hácia afuera por el temor de herir la vena femoral.

Pasa al estudio de la curación radical de las hernias crurales; dice algo sobre sus ventajas y resultados no siempre muy satisfactorios; no se ocupa de los procedimientos para encontrar el saco, resecarlo, etc., y se detiene en la cuestión de cerrar bien la puerta por donde salieron las vísceras, describiendo un «nuevo método» que supone debe dar resultados seguros.

Consiste este método, en su parte fundamental, en suturar las fibras musculares de un hacecillo tomado del músculo costurero á los bordes de la abertura que deja la hernia en el lugar que ocupaba el septum crural, cuyos bordes son el ligamento de Gimbernat, la parte correspondiente del arco de Poupart, y el músculo pectíneo

con su aponeurosis: no poniendo sutura alguna en la parte externa por encontrarse allí la vena femoral.

Cree que este método puede aplicarse también á la hernia inguinal.

Para hacer más comprensible el procedimiento operatorio, ilustra el Sr. Garay su descripción con una buena pintura al oleo, tomada del natural.

Debemos decir sobre este método, que la idea de tomar un colgajo muscular para cerrar con él el orificio hernario, no es una novedad en cirugía, supuesto que Schwartz ha aconsejado, para la curación radical de la hernia inguinal, insinuar en el anillo de este nombre y suturar allí, una tira sacada del músculo recto del abdomen, y Poulet hace una cosa análoga, tomando su colgajo del aductor mediano.

Son tantos los procedimientos que cada día se inventan para todas las operaciones, que es imposible conocerlos todos, y creemos por lo mismo que el Sr. Garay, sin tener conocimiento del modo de obrar de los cirujanos que acabamos de citar, ideó el método que nos propone.

Por lo demás, está hoy bien admitido que sólo en los casos de grandes hernias con un vasto anillo, es cuando se procura reforzar las suturas, colocando delante del orificio hernario diferentes tejidos como piel (Championier), músculos ó aun una placa de hueso descalcificado como lo hace Thiriari, y aún todavía puede agregarse que estos métodos no están definitivamente juzgados, y es de temerse que atrofiándose los músculos como se atrofian en los muñones de los amputados, no cierren bien la abertura en que se les coloca.

Termina el Sr. Garay su escrito, aconsejando se use, en los braqueros, pelotas de hule huecas y llenas de aire ó agua para evitar la formación de bolsas serosas y las inflamaciones de la piel que ocasionan las pelotas sólidas, usadas comunmente.

Respecto de ésta, al parecer, innovación, sólo diremos que desde hace mucho tiempo fueron recomendadas estas pelotas llenas de aire, como puede verse en las páginas 614 y 615 del "Arsenal de la Cirujía contemporánea," de Gaujot y Spillmann, y sin duda no dieron buen resultado en la generalidad de los casos, supuesto que no se ha extendido su uso.

La Memoria presentada por el Sr. Vázquez Gómez tiene por título:

ANATOMIA DEL ESQUELETO DE LA REGION MASTOIDEA. *

Comienza el autor encareciendo la importancia de la Anatomía normal y patológica, y da las razones por las que prefirió el estu-

* Véase la página 5 de este tomo.

dio de la región mastoidea. La considera desde el punto de vista de la cirugía operatoria, en sus relaciones con las cavidades ú órganos vecinos, y haciendo punto omiso de las partes blandas que la cubren. Fija su situación y señala sus límites y dimensiones, variables éstas, con la edad, el sexo y los individuos.

Describe la cara externa de la apófisis mastoide y marca la existencia constante de una espina huesosa llamada espina supraneaum ó de Henle, en el vértice del ángulo formado por la raíz de la apófisis zigomática y el eje de la apófisis mastoide. Dice que como los otros huesos del cráneo, la apófisis mastoide presenta para su estudio dos láminas de tejido compacto y una capa de substancia esponjosa.

Trata del diferente grueso de la lámina compacta exterior, el que en el estado normal es igual al de la lámina interna.

Dice que ha comprobado en los numerosos cortes que ha hecho, que ese espesor varía de medio milímetro á tres milímetros y medio, existiendo aún algunos individuos, afortunadamente pocos, en los que dichas láminas están interrumpidas por *hiatus* que ponen en comunicación las celdillas mastoideas con el tejido conjuntivo sub-aponeurótico ó sub-meningeo.

En los casos patológicos estas variaciones son mucho más notables; en la esclerosis de la apófisis mastoide, osteitis condensante consecutiva ú osteitis medias supuradas crónicas, el volumen de las celdillas mastoideas se reduce mucho y hasta llega á desaparecer, mientras aumenta considerablemente el espesor de la substancia compacta; en la osteitis rarefaciente, supurativa ó necrobiótica, que sigue á los procesos muy sépticos ó agudos, sucede lo contrario.

Hace observar que estos padecimientos pueden circunscribirse ó generalizarse á las regiones vecinas. Para mayor claridad y prueba de lo que asienta, se refiere á las figuras que ilustran su trabajo, de las que las cuatro primeras son tomadas de la obra de A. Hartmann sobre las enfermedades del oído, y las otras ocho son originales y sacadas de su colección particular.

El estudio de las celdillas mastoideas es considerado por el Sr. Vázquez Gómez de la más alta importancia, porque, dice que sus padecimientos reclaman frecuentemente nuestra intervención; fija sus límites y se detiene en marcar que es muy variable, según los individuos, la distancia entre la foseta sigmoidea donde se aloja el seno lateral y la pared posterior del conducto auditivo, y que también lo es el espesor de la lámina que separa las celdillas suprauditivas de la fosa cerebral media. Hace desde luego algunas deducciones operatorias que repite más adelante y establece la conclusión de que las celdillas mastoideas *"sobre las cuales el cirujano debe llevar primitivamente su intervención,"* están situadas en la

mitad anterior de la apófisis, ó de otro modo, que es en esta mitad donde debe buscar las celdillas ó el antro mastoideo.

Sigue la descripción de este antro, que hace comunicar las celdillas con la caja del tímpano: es un lugar de paso de los procesos patológicos que van de esta caja á esas celdillas, y de allí al seno lateral ó á las meninges cerebrales ó cerebelosas.

De esta descripción deduce, que abriendo en un punto situado á cuatro milímetros atrás de la pared posterior del conducto auditivo y en una dirección paralela á su eje, llegarem $\frac{2}{3}$ perfecta y seguramente á la cavidad del antro.

Agrega, sin embargo, que las figuras números 2 y 4 enseñan que en algunos individuos á solo tres milímetros de la pared posterior del conducto, caeríamos en la foseta sigmoidea, sobre el seno lateral; y la núm. 2 demuestra, además, que una línea horizontal tangente á la pared superior del conducto auditivo pasa sólo á dos milímetros abajo del piso medio del cráneo y hay por lo mismo peligro de penetrar en su cavidad; de esto saca la consecuencia de que el límite superior de nuestra intervención debe ser inferior al plano de la pared superior del conducto auditivo, límite que marca la espina de Henle.

Repite que varía la distancia entre el límite anterior del seno lateral y la pared posterior del conducto auditivo, agregando que estas variaciones las ha observado hasta en un mismo individuo de un lado á otro (figura 8); hecho que no sabe haya sido señalado por los autores.

Insiste en la situación del seno lateral y resume lo que le han enseñado sus observaciones y las medidas que ha hecho, diciendo:

Primero. Que en la mayor parte de las veces el borde anterior de la foseta sigmoidea y por ende del seno lateral, se detiene á unos diez milímetros atrás de la pared posterior del conducto auditivo externo huesoso.

Segundo. Que generalmente el seno lateral, en su codo y terminación, corresponde á la mitad posterior de la apófisis mastoide; y

Tercero. Que esta situación es variable, no sólo de un individuo á otro, sino también de uno á otro lado en el mismo individuo.

Para determinar la porción de la apófisis mastoide, llamada auricular ó quirúrgica por ser donde está el antro y las celdillas, y donde por lo mismo se debe operar, sirve mucho la espina de Henle. Una vez fija la situación de ésta, dice el autor, se tira una línea horizontal hácia atrás y á 8 ó 10 milímetros se baja otra línea perpendicular que corresponda al eje de la apófisis; estas líneas circunscriben con el borde anterior un triángulo á cuya base corresponde el antro mastoideo.

Termina la parte anatómica, recordando ligeramente las diferencias de volumen, el origen y relaciones del seno lateral, y pasa

á estudiar las «Principales operaciones que se practican en la región mastoidea» diciendo, equívocamente, que las indicaciones, en vez de decir operaciones, pueden dividirse con Broca en tres grupos: 1º Trepanación de la apófisis mastoide; 2º Trepanación de la apófisis y de la caja; y 3º Operación de Stacke ó abertura, arriba de la membrana del tímpano, del lóculo en donde se encuentran la cabeza del martillo y el cuerpo del yunque.

Señala las indicaciones especiales de cada una de estas operaciones; describe su manual operatorio de conformidad con los datos anatómicos expuestos, y refiere incidentalmente que, además de los procedimientos usados para la exploración de las enfermedades del oído, tenemos hoy los datos que pueden suministrar la percusión y auscultación de la apófisis mastoide.

Por la comparación de las dos Memorias y en vista del análisis que de ellas hemos hecho, creemos que la primera, la del Sr. Garay, es inferior porque está escrita con menos orden y menos claridad; tiene repeticiones frecuentes; no está bien fundada en la parte que puede considerarse como original, y encontramos además algunos errores; mientras que la segunda, la del Sr. Vázquez Gómez, está escrita con claridad y con método, y los datos de anatomía que contiene son utilizados juiciosamente desde el punto de vista de la medicina operatoria.

No pretendemos, ni aún queremos que se nos crea por solo nuestro dicho, muy al contrario, es nuestro deseo que los Sres. Académicos lean tranquila y detenidamente las Memorias á que nos referimos, y pasando después su vista por este incorrecto dictamen, juzguen si está fundado nuestro modo de ver.

Al comparar los dos trabajos, nos encontramos con el escollo de que se ocupan de asuntos muy distintos, y bien hubiéramos querido, para facilitar y desempeñar más concienzudamente nuestra tarea, que á semejanza de lo que se hace en las pruebas orales y prácticas en las oposiciones, se acostumbrara en esta Academia señalar á los candidatos un tema definido, ó una cuestión sobre la que versaran sus estudios.

Vamos ahora á la parte referente á las personas, ya que nuestro Reglamento nos exige que clasifiquemos á los candidatos según sus méritos.

Indudablemente que tanto el Sr. Garay como el Sr. Vázquez Gómez, son médicos honorables, que con su buena inteligencia, su ilustración y su laboriosidad se han conquistado un puesto distinguido en nuestra Sociedad.

Los dos pertenecen, mediante oposición, al Cuerpo de Profesores de nuestra Escuela de Medicina, y á varias Asociaciones Científicas; pero es indudable que desde el punto de vista en que estamos

considerando á estos señores, el Dr. Garay lleva la ventaja, y no tan solo porque tiene más títulos honrosos, sino porque algunos de éstos se relacionan directamente con la Anatomía, pues, como es sabido por todos, dicho Sr. Garay es Profesor adjunto de Anatomía Topográfica, y lleva algunos años de ser Jefe de trabajos anatómicos.

Tiene, además, con la Academia el mérito de haber mandado dos trabajos que merecieron la honra de ser publicados en la GACETA, y el de haberse presentado una vez á concurso, optando una plaza en la Sección de Higiene, debiendo consignarse que si triunfó su competidor, fué sólo por una pequeña diferencia en el número de los votos.

Si, pues, por una parte el Sr. Garay, juzgado especialmente como anatómico, merece la preferencia; por la otra, ya lo hemos dicho, la prueba escrita presentada por el Sr. Vázquez Gómez nos parece más satisfactoria, y la verdad es que, cuando llegamos al momento de fallar, no sabemos qué hacer: si aténernos al mérito de las Memorias ó á los títulos ganados trabajosos y legítimamente, y que sin duda acreditan el saber.

Así es que terminamos este cansado Informe con la siguiente proposición:

Los Sres. Dres. D. Adrián de Garay y D. Francisco Vázquez Gómez son igualmente merecedores de ocupar la plaza vacante que existe en la Sección de Anatomía Normal y Patológica.

México, Mayo 20 de 1896.

Presidente,
FRANCISCO DE P. CHACÓN.

Vocal,
M. TOUSSAINT.

Relator,
J. R. ICAZA.
