

algunos autores extranjeros, de lo manifestado por el Dr. Martínez del Río, y aun consultando el criterio médico, merecería la pena de estudiar este punto, ya por medio de la opinión emitida por los señores socios que tengan antecedentes, ya por la experimentación en la práctica civil, pues en el hospital sería difícil, con motivo de que casi siempre llegan las personas con la enfermedad avanzada; debiéndose tener en cuenta la época de la administración del medicamento, la cantidad que debe darse y el tiempo que debe sostenerse su aplicación. Si de dicha aclaración que se hiciera resulta favorable el uso de los compuestos sulfurados, así como el de los eyacuantes en dicha enfermedad, tendríamos una base para la aplicación médica especial y oportuna: es decir, al comenzar una enfermedad febril dudosa evitando así la pérdida de un septenario tan perjudicial á la marcha de la enfermedad.

En la actualidad han aumentado los casos de tifo y esto cuando aún estamos en tiempo lluvioso, que es cuando disminuye todos los años, lo que hace suponer que con motivo del drenaje, algunas atarjeas que aun no han sido compuestas, se encuentran azolvadas y de aquí nace el mal olor que se percibe en las aberturas que comunican con las atarjeas, pues este mal olor, es el aviso del desarrollo del tifo. Si, como es de temer, aumenta próximamente la enfermedad, sería de desear que la empresa reconociera y desahogara las atarjeas indicadas que es donde radica la causa del tifo, pues la remoción de terreno, la incuria del pueblo y la mala alimentación, etc., etc., serán causas predisponentes; pero el origen de esta plaga en la capital es el fermentar de las atarjeas.

México, Octubre 2 de 1901.

MAXIMINO RÍO DE LA LOZA.

CLÍNICA EXTERNA

Intervención quirúrgica sobre tres aneurismas.

De un año acá, se me han presentado tres casos de aneurisma, que operé: dos falsos consecutivos á heridas (en las regiones parotídea y axilar respectivamente) y una dilatación de la arteria poplítea con rotura del saco; y como en ellos mismos, así como en mi manera de intervención, existen puntos de contacto, me parece de interés práctico referirlos. Describiré, primero, las diversas situaciones, rela-

taré después cómo desempeñé cada tratamiento, terminando por las comparaciones que se me ocurren.

El joven hojalatero Mariano Lama llegaba á su casa la noche del 20 de Noviembre de 1900, cuando fué alevosamente atacado por un grupo de hombres, lesionándole uno de ellos con arma blanca, atrás y abajo de la oreja izquierda; manó incontinenti grueso chorro de sangre, pero gracias á su habilidad manual, salvóse comprimiendo su herida con el pañuelo que, sin embargo, era levantado por el impulso de la onda líquida; llamado un facultativo, seguramente no logró ligar los cabos del vaso trozado, porque se limitó á suturar la herida y aplicar un vendaje compresivo. Como ninguna laceración orgánica existe en nuestro artesano, cicatrizó la lesión per primam; pero á los 8 ó 10 días sintió una bolita tras la quijada, que latía, la cual se hizo al principio patente como un garbanzo, hasta presentar lo siguiente á fines de Diciembre:

Ví desde luego una cicatriz vertical de cuatro y medio centímetros de longitud, que comenzando sobre la apófisis zigomática, se detenía á dos centímetros del ángulo del maxilar inferior; bajo ella, mis dedos encontraron una saliente casi esférica, pulsátil, de cuatro y medio centímetros en todos sus diámetros, pues sus latidos llegaban: adelante, hasta cerca del ángulo malar-zigomático; abajo, hasta medio centímetro del de la mandíbula inferior; arriba, se detenía en la arcada ya dos veces citada; atrás, levantaban la cuenca y acercándose al mastoide, percibíanse sobre la foseta retro-auricular; la arteria temporal apenas batía, y se auscultaba soplo sincrónico á la diástole arterial.

En resumen, como las pulsaciones ocupaban no solamente la región parotídea, sino que la expansión iba más allá; esto, más los anamnésticos, manifestaban que se trataba de un aneurisma falso consecutivo de la carótida externa, próximo á reventarse al exterior, porque patentemente se veían separados los bordes de la cicatriz, algunos milímetros, y sangre coagulada en el fondo.

He aquí el segundo hecho, por orden cronológico: el 16 de Febrero próximo pasado, la Empresa de Ferrocarriles Urbanos me recomendó atendiese á su empleado Herculano Rodríguez, casado, de 30 años de edad; él no refería antecedentes sífilíticos, ni jamás padeció reumatismo; pero explicaba que por

mucho tiempo fué dependiente de tienda, y que desde hacía cinco años acostumbraba tomar una copa de jerezana de chorrera, con su comida, y otra en la cena: entiendo yo que por esto sus arterias todas estaban degeneradas, v. gr., las radiales eran como de anciano decrépito y la aorta ventral con patente aneurisma. El comienzo de su mal fué el habitual: hacía dos meses y medio notó que le brincaba una bolita en la corva izquierda; cuando la sintió era ya como una nuez, y la encontró buscando la causa de grandes dolores en la parte posterior del muslo, corva y panterrilla, hasta el talón: los sufrimientos eran continuos, exagerándose por la noche; transcurridas seis semanas cesaron los dolores y se le adormeció la pierna. Como el tumor siguiese creciendo hasta alcanzar el tamaño de un limón, vió á un pasante de Medicina, quien le vendó fuertemente; pero más tarde á ignorante empírico del pueblo, el cual le sujetó á tratamientos bárbaros; entre otros, le dió baños de agua hirviente, al extremo que al llegar á mi presencia todavía presentaba quemaduras de segundo y tercer grado, á lo largo de la cresta tibial y empeine. Probablemente se determinó una ruptura como en la segunda quincena de Enero, pues rápidamente acreció entonces el volumen de la corva y se fué encogiendo la pierna, al grado que cuando yo lo examiné medía 41 centímetros de circunferencia al nivel de la rótula (por 31 en el lado derecho), diez centímetros más también abajo de la choquezuela izquierda que en el opuesto lado, y trece, más arriba de ella. Existían diversas escaras: la capital, transversa, sobre el pliegue poplíteo, de nueve centímetros de largo por uno y medio de ancho; otra á nivel del tendón de Aquiles, de tres centímetros de longitud, por dos de latitud; y dos más de análoga dimensión á lo largo del borde externo del pié. El dedo pequeño de éste y la mitad anterior del penúltimo, estaban gangrenados. En la corva batía y hacía expansión bajo la mano toda la región, bajando mucho el movimiento entre los gemelos y subiendo hasta la cara interna del fémur: y como que amenazaba atrojar fuera, de un momento á otro, la escara respectiva.

* *

Mi última observación es esta: el 16 de Mayo del corriente año me fué presentado el adolescente Gustavo Briones, explicándoseme que había sido herido por otro muchacho el día 5 del mismo mes, perdiendo mucha sangre; que trasladado inmediatamente al Hospital Civil, se le suturó su herida, quitándose los

puntos á los cuatro días; permaneció en el último plantel hasta el 11, fecha en que fué alta, al parecer curado: pero que al día siguiente, con motivo de fuerte estornudo (dicen ellos), empezó á saltarle algo bajo la cicatriz, formándose un bultito pulsátil que crecía más y más; por último, que después de recorrer diversos consultorios, solicitaba inmediata atención mía. Efectivamente, descubierto el brazo izquierdo apareció en el cuarto superior de su cara interna una placa de plomo que, quitada, ostentó otra de gangrena cutánea del diámetro de un tostón ya en vía de eliminación en toda la periferia, y bajo de ella se percibía un coágulo esférico de sangre concreta, con batimientos y expansión isócronos a pulso arterial: oí doble soplo y sentí el típico estremecimiento vibratorio llamado *thrill*, ya cerca de la región axilar: de consiguiente, evidente era que teníamos á la vista un aneurisma falso, consecutivo á la lesión recibida, probablemente arterio-venoso; y principalmente de interés vital era el hecho, que podía reventarse la débil barrera, de un momento á otro, como temía el paciente. Además, tenía retraídos sobre la palma de la mano é insensibles, los dedos índice, mediano y anular.

* *

El 3 de Enero del corriente año, en mi Hospicio de Niños y Ancianos, ejecuté la operación para curar el aneurisma parotideo, con verdadera antiseptia, ayudado por el Sr. Dr. Enrique Jurado y Gama, por el Sr. Dr. Regino del Pozo, por el señor Veterinario Carlos Chacón, que también estudia medicina, y por su compañero el Sr. Francisco Covarrubias. Hice una incisión de cuatro y medio centímetros de largo, que comenzando á uno abajo del ángulo maxilar, terminaba cerca del borde superior del tiroideo: presentes en la memoria los preceptos de los diversos clásicos modernos, incidí contra la laringe, busqué y encontré el hueso hioides, también apareció el tronco venoso tiro-linguo-facial (muy bajo por cierto), la asa del nervio hipogloso, y arriba entrevimos el borde inferior de la aponeurosis tendinosa que va del maxilar al esterno-mastoideo, todo muy claro. Como incidente de sensación, sucedió que mi principal ayudante levantó involuntariamente su gancho separador del referido tronco venoso con sus ramas descendentes, cuando disecaba profundamente, el cual vino á herirse contra mi escabelo, saliendo súbito borbotón de sangre; pero tuve la buena suerte de aplicar al primer intento una pinza de Pean y ligué la vena. Acabé después

mi disección abajo y profundamente, con toda facilidad, sin que viésemos ya para nada ningún otro vaso venoso; aislé las dos ramas de bifurcación de la carótida primitiva, libertando ambas de los hilillos nerviosos simpáticos que las rodeaban, con exquisito cuidado; así como presenté los orígenes de la tiroidea y de la lingual en la carótida externa. Declaro, entre paréntesis, que los latidos arteriales me sirvieron en este primer caso, tanto como los datos anatomo-topográficos para descubrir esos vasos, sobre cuyo pormenor hago hincapié, por lo que se verá más adelante. Aisladas completamente las carótidas interna y externa, las hice reconocer á los alumnos, y pasé bajo cada una dos hilos de cat-gut Répín del grosor adecuado; en seguida apreté primeramente los de la externa, con toda mi atención, á un centímetro arriba de su origen; el saco se abatió en el acto y desaparecieron completamente los latidos para unos circunstantes; mas como para otros, inclusive yo mismo, persistía ligera elevación intermitente (seguramente por las anastomosis que en el hueco parotídeo tienen las dos arterias hermanas), incontinenti apreté también las cuerdas que tenía listas sobre la interna, á idéntica altura que su compañera, sin que sobreviniese signo alguno de anemia cerebral.

La herida quirúrgica curó sin supurar, formando la cicatriz fuerte cinta ó férula que sujeta los vasos ligados; pero quince días después de la operación, se inflamó la herida parotídea en la piel, y sin supuración reabrióse, exprimiendo los coágulos el compañero Jurado y yo; esto bastó para obtener lo que Verneuil titula una «primera intención secundaria,» porque jamás hubo pus. Posteriormente ocupó en su oficio á mi operado, quien goza de perfecta inteligencia, es activo como pocos y de conducta ejemplar.

* *

Acompañado del Sr. Dr. Miguel Rodrigo Soberón y de algunos discípulos, operé al desgraciado enfermo de aneurisma poplíteo, el 18 de Febrero del presente año, en el mismo establecimiento que al anterior. Naturalmente, debía ligar la femoral arriba de la expansión del derrame sanguíneo, la cual llegaba ya á la parte baja de la cara interna del muslo; y este punto fijado para la extremidad inferior de mi incisión, cayó precisamente arriba de la abertura superior del canal de Hunter; mas al hacer las maniobras necesarias para el aislamiento del vaso, brotó del canal de los aductores sangre coagulada, que ensució y ocultó el campo de la operación; ob-

turé entonces el canal con gasa aséptica, aislé la femoral, liguela, quedando arriba la grande anastomótica, y apliqué una curación independiente sobre mi herida del muslo, que de una vez adelanto que curó por primera intención. Al día siguiente quité la escara del pliegue poplíteo, desinfecté rigurosamente los bordes del avivamiento y de nuevo mis manos, cambié de instrumentos, extraje una cantidad enorme de coágulos, lavé el interior con abundante solución antiséptica, resultando una cavidad en que cabían tres puños robustos, arrugada, de color gris perla, en cuya parte baja se veía una abertura circular obturada, y arriba la continuidad del canal del tercer aductor. Después seguí el consejo de rellenar con gasa yodoformada toda la cavidad; pero en lo sucesivo, tomaron sucio aspecto las neomembranas curtidas por el yodo; lenta é irregularmente fueron cayendo los coágulos y estrechándose trabajosamente la cavidad.

Entre tanto, á pesar de la ligadura femoral, había cambiado favorablemente el aspecto de la pierna y pie, seguramente desde que separé la compresión que hacía el enorme coágulo poplíteo; pues volvió la vida en el penúltimo dedo, cayó el pequeño, igualmente las escaras y cicatrizaron las ulceraciones. El hombre aquél empezaba á robustecerse y ya había bien poca gasa en la corva. . . . cuando, á los dos meses precisos de operado, falleció repentinamente, por ruptura de otro aneurisma intra-pericardíaco, según demostró la necropsia.

* *

Temeroso ya de haber cansado la atención, seré muy breve al presentar los puntos capitales de mi tercera operación, que hice ayudado bondadosamente por el Sr. Dr. José C. Páramo y mis practicantes.

Visto el peligro en que se hallaba el niño herido en la parte alta de la arteria braquial, en el acto ligué la axilar, con dificultad notable: 1.º, por presentar muy dilatadas sus venas satélites; 2.º, por estar la arteria muy delgada, como aplastada ó estrecha, y con débiles batimientos; 3.º, porque latía también una de las venas, á la vez que el corazón; 4.º, por presentar todos los vasos [arteriales y venosos idéntico color, intermedio entre el azul y el violeta: de manera es que vacilé algunos instantes. Convencido al fin por las relaciones anatómicas, y porque la compresión del escueto vaso elegido por mí como arteria, detenía los movimientos del aneurisma, apliqué correcta ligadura. Después, previa incisión elíptica hice la excisión de la escara, extraje el saco, que conservo, constituido por sangre cuajada, por-

que el instrumento vulnerante abrió longitudinalmente á la humeral, solamente en una de sus paredes; ligué también arriba y abajo la vena, que interesada, comunicaba con el saco, y por último suturé algunos cordoncitos del nervio mediano, que hallé seccionados.

Excelente fué la marcha operatoria: ni amenaza de gangrena presentó el miembro respectivo; con rapidez relativa fué recuperando los movimientos en los dedos paralizados; y al ser dado de alta el herido, llevaba únicamente debilitada la sensibilidad en los mismos.

* * *

Concluída la exposición de mi trabajo, no pueden ocultarse á la perspicacia de la respetable Academia, los rasgos de interés que pueda tener, ni los puntos vulnerables del mismo; pido perdón por los últimos, que son debidos á involuntaria insuficiencia; pero debo terminar, manifestando cuáles son, ante mi pobre cerebro, las consecuencias culminantes.

1.º No aseguro que no existan publicados múltiples casos de aneurisma falso de la carótida externa, en la región parotidea, porque mi biblioteca es modesta; de manera que únicamente puedo decir haber hallado en ella citado un solo hecho análogo, perteneciente á Mc Klellan, sin pormenores; de todas maneras, seguramente mi primera observación debe ser de las pocas en que se aplicaron, para tal efecto, los preceptos teóricos de los mejores autores modernos, para las heridas parotideas de las carótidas: esto es, preferir la ligadura de la carótida externa, ó, en caso necesario, la de ambas ramas del tronco primitivo, en vez de atar éste.

2.º Había llamado también la atención que ningún trastorno primitivo ni lejano se presentase en la circulación encefálica, al ser ligadas simultáneamente ambas carótidas de un lado; pero toda extrañeza se aleja reflexionando en la juventud del operado, en que, por las vertebrales, las dos carótidas derechas y otras vías, puede llegar suficiente sangre al heptágono de Willis, y otras anastomosis.

3.º Los antecedentes de la observación 1.ª y de a 3.ª afirman con elocuencia el precepto para los

jóvenes cirujanos, de procurar empeñosamente la ligadura, en la herida misma, de ambos extremos de la arteria interesada; de lo contrario, corre riesgo el lesionado de tener un aneurisma falso consecutivo: tanto más cuanto que resulta indudable que los tres pacientes hubieran perecido por hemorragia externa, á no ser operados; de igual manera que el segundo enfermo murió más tarde de hemorragia interna por ruptura interna: pero cumplimos nuestro deber prolongando su vida.

4.º Del segundo caso aparece patente la necesidad de hacer muy cuidadosa la compresión sobre el saco, si se desea intentar ese método, contra-indicado *acaso* si la degeneración vascular es excesiva; me refiero, por ejemplo, á la flexión de la pierna sobre el muslo en los aneurismas poplíteos.

5.º *El habernos visto obligados á extraer los coágulos del aneurisma parotideo*, ocho días después de salvar al enfermo; más el contraste con el brillante éxito de la extirpación de escara y saco en el herido de la humeral, son datos que inclinan vehementemente al juicio, á no confiar (para nuevos aneurismas consecutivos) en que la falsa bolsa se retraerá hasta quedar insignificante, sino preferir vaciarla inmediatamente después de la ligadura.

6.º Realmente no quedé satisfecho de la lenta retracción de la bolsa poplítea, una vez vaciada y llena con gasa, ni menos del feo aspecto que tomó su interior con los antisépticos; de manera es, que si se me presentase nuevo hecho semejante, canalizaría yo y comprimiría sobre grueso empaque, esperando la aplicación más violenta, que de aquel modo de paredes opuestas.

Y 7.º Si guía inapreciable es el batimiento arterial para tratar aneurismas verdaderos, y también para los consecutivos, en que sólo está interesado vaso de sangre roja; en los arterioso-venosos debe desconfiarse de los batimientos de las venas isócronos al corazón, del color uniforme de los vasos de ambas clases y de la vacuidad relativa de la arteria al hacer una ligadura.

San Luis Potosí, 4 de Noviembre de 1901.

DR. MIGUEL OTERO.