

neano, figura 1 ó y. Uniendo los mismos puntos con otra línea que pase por la inserción superior del pabellón, se tiene el ecuador craneano. Estas dos líneas son la base de todas las operaciones que se practican en el cráneo. La zona psicomotriz se encuentra á uno y otro lado de una línea oblicua de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, que una el meridiano con el Ecuador. ¿Cómo fijar exactamente las extremidades superior é inferior de esta línea? Según el resultado de las observaciones practicadas en el anfiteatro, la extremidad superior de la línea rolándica corresponde á las 53 centésimas partes del meridiano y la extremidad inferior á las 43 centésimas partes del ecuador. Determinada esta línea, se sabe la longitud exacta de la sisura, porque ésta principia á las 33 centésimas partes de la distancia comprendida entre el meridiano y el ecuador. 53—43—y 33 son las cifras que hay que retener para fijar en cualquier individuo la zona psicomotriz. Pongamos un ejemplo. Marcados los puntos o, p, i, que corresponden respectivamente al ofrion, al inion y al pabellón se trazan las líneas correspondientes al meridiano o, i, y al ecuador o, p, i. Se toma la longitud de la primera, y suponiendo que fuera de 33 centímetros, que es la cifra media, en las razas de la mesa central, multiplicamos 33×53 y resultan 17 centímetros 4 milímetros, separando del producto las dos últimas cifras. Esta distancia nos da la extremidad superior de la Sisura de Rolando. Medimos en seguida el ecuador y multiplicamos la longitud total. 26 centímetros por ejemplo por 43, resultándonos 11 centímetros que nos marcan la extremidad inferior. Para marcar la longitud de la sisura, tomamos la distancia que hay entre el ecuador y el meridiano. Supongamos que resultan 16 centímetros, multiplicamos 33×16 , y resultan 5 centímetros que nos marcan la extremidad inferior de la sisura. Conservando la cifra 53 en la memoria para multiplicarla por el número de centímetros que tenga el meridiano, separando las dos últimas cifras, tenemos marcada la extremidad superior de la Sisura Rolándica. La cifra 43, multiplicada por la longitud del ecuador, dividiendo el producto por 100, da la extremidad inferior. La cifra 33 multiplicada por la distancia que hay del ecuador al meridiano, dividiendo por 100, da la longitud definitiva de la cisura.

Las experiencias las hemos hecho conservando las partes blandas y en condiciones distintas, pudiendo rectificar en todos los casos la bondad del método cuyo mejor elogio puede condensarse en dos palabras: precisión y sencillez.

La clínica nos proporciona tres observaciones:

1ª F. M., hombre de 60 años, sifilítico, con hemiplegia contractura de los músculos extensores de los dedos del pie izquierdo, ceguera del ojo izquierdo, fué operado hace 10 meses; buscando el tercio superior de la parietal ascendente, se encontró un quiste sobre esa circunvolución, que, extirpado, permitió al enfermo recobrar sus movimientos, desapareciendo vértigos, vómitos y cefalea.

2ª R. C., hombre de 50 años, parálisis de los muslos de la pierna derecha. Torpeza cerebral, dificultad en la articulación de la palabra. Antecedentes sifilíticos. Operación el tercio medio. Quiste ceroso. Evacuación. Curación.

3ª Niño de trece años, J. J. Hemiplegia derecha. Convulsiones en el miembro inferior. Ceguera completa. Ausencia de reflejo cremasteriano. Opistotonos, cefalea, vértigos, vómitos. Operación amplia, con aplicación de tres coronas de trépano en la zona psicomotriz. Gliosarcoma difuso. Extirpación parcial. El día de la operación el enfermo recobró la vista y los movimientos, desapareciendo los vómitos y el dolor de cabeza. El tumor se reprodujo, reapareciendo los síntomas primitivos un mes después de la operación.

México, febrero 17 de 1904.

ALGUNOS PUNTOS DE REFERENCIA PARA IDENTIFICAR

LAS VISCERAS

DURANTE LAS INTERVENCIONES ABDOMINALES.

Señores: Hoy que la Cirugía invade nuevos dominios, haciendo suyos padecimientos que antes eran del resorte de la medicina; hoy que la Cirugía no sólo toca sino extirpa algunas de las vísceras abdominales, he creído conveniente contribuir con mi óbolo, que aunque de carácter netamente anatómico, creo será una recopilación de datos, útil para aquellos que como yo culti-

van la Cirugía blanca; y también, aunque en pequeño para los que en las verdaderas intervenciones han logrado poner á tan respetable altura, el nombre de la Cirugía nacional.

El cirujano actual no puede seguir los consejos de Astley Cooper practicando las operaciones siete veces en el cadáver antes que en el vivo, por temor á las infecciones; no puede dedicar un solo instante á las faenas del anfiteatro, porque esta clase de trabajos inspira temor á los operadores y horror á los operados; los anfiteatros están desiertos y hasta los estudiantes de medicina ven con desconfianza estos estudios áridos siempre y al parecer estériles y peligrosos; en tal virtud, creo que los que cultivamos esta materia, tenemos obligación de hacer más activa y eficaz nuestra cooperación.

La cavidad abdominal puede considerarse dividida en tres departamentos quirúrgicamente distintos, el primero ó piso superior está limitado hacia arriba por la concavidad del diafragma y hacia abajo por un tabique entero-epiploico que forman el colon transversal con la cortina epiploica hacia adelante y el mesocolon transversal hacia atrás; el piso medio tiene por límites superior el tabique antes descrito y por límite inferior la línea curva natural que forman el promontorio y las crestas ilíacas; el tercer departamento está constituido por la cavidad pélvica con todos sus accesorios; de estos tres departamentos, los más importantes son los dos primeros por encerrar órganos de difícil acceso y donde el cirujano se ve obligado á desplegar suma habilidad asociada siempre á un buen caudal de conocimientos anatómicos; vamos á procurar desarrollar en el curso de este trabajo el siguiente programa: 1° Cuáles son los límites y órganos que tiene cada departamento, 2° cuál es el camino más seguro que debe seguirse para identificar estos órganos con el tacto. La parte superior de la cavidad abdominal puede llamarse gastro-hepática y tiene como límite superior la concavidad del diafragma y como límite inferior un tabique que va oblicuamente de derecha á izquierda desde el reborde costal á la altura de la extremidad de la décima primera costilla derecha hasta el ligamento frenocólico á la altura de la novena costilla izquierda, este tabique liso y lustroso tiene hasta veinte centímetros de longitud antero-posterior por sesenta de ancho,

es fácil de reconocer por el tacto y por la vista; los órganos colocados arriba de él son el hígado y el aparato biliar con exclusión de las porciones pancreáticas y retro duodenal del canal coledoco; el estómago, el píloro, el tronco celiaco, la primera porción del duodeno, el baso, el pancreas y la cabeza del riñón izquierdo.

En consecuencia, cuando se quiere intervenir sobre cualquiera de estos órganos, debe procederse á buscar el mesocolon transversal y sobre él hacer la exploración; en el piso medio están contenidos la segunda, tercera y cuarta porción del duodeno, el intestino delgado, el grueso, el riñón derecho y los dos tercios inferiores del riñón izquierdo; para intervenir ó explorar estos órganos es necesario fijar la situación del mesocolon transversal elevarlo y abajo de él dirigir las investigaciones.

La laparotomía media supra-umbilical basta para explorar la primera porción del vientre, la para-umbilical para la segunda y tercera. Dada la importancia y la íntima relación que tienen los órganos en la primera porción del vientre, vamos á ocuparnos de explicar detalladamente la exploración en esta región.

Hecha la laparotomía supra-umbilical lo primero que llama la atención es la gran cantidad de tejido celuloadiposo que está en contacto con el peritoneo y que falta cuando la incisión se hace sobre los grandes rectos; la presencia de este tejido, además de revelar el contacto con el peritoneo obliga á hacer la sección cuidadosamente más hacia la izquierda de la línea media para no abrir á base del ligamento suspensor y perder así el ligamento hepato-umbilical, que es un hermoso punto de referencia en las intervenciones hepáticas, este ligamento se siente con el dedo índice izquierdo y siguiendo la base en contacto con la pared abdominal, va uno directamente á la convexidad del lóbulo izquierdo del hígado y á los órganos contenidos en el hipocóndrio izquierdo; si por el contrario, sigue uno el borde libre lo lleva á uno directamente á la escotadura del surco longitudinal y de ahí al lóbulo derecho y á todos los órganos que están en relación con él; es decir, el ligamento suspensor subdivide esta zona en dos; una de las cuales, la derecha pertenece al aparato biliar y la izquierda principalmente al estómago.

Una vez abierta la cavidad abdominal, el pri-

mer punto de referencia y el más importante es el gran epiplón porque lo lleva á uno directamente al colon transversal y por ende al mesocolon. Reconocido el mesocolon (transverso) trayendo el colon transversal en contacto con la pared abdominal se incomunica la zona donde se va á operar. Dirijase hacia abajo el mesocolon cuando se exploren el hígado, el aparato biliar, el duodeno, el páncreas, el estómago y el bazo; cuando por el contrario la intervención vaya dirigida sobre el intestino delgado ó grueso ó sobre el riñón se extiende el mesocolon formando un tabique y dirigiéndolo hacia arriba. Vamos en seguida á procurar identificar los órganos contenidos en la cavidad abdominal; digimos que el primer punto de referencia lo constituye el gran epiplón; es fácil de reconocer á la vista y al tacto y aunque generalmente es muy desarrollado lo he visto faltar estando representado por masas de tejidos celulo-grasoso; cuando á primera vista no se encuentra, es que el colon transversal se ha desarrollado y baja describiendo una curva que llega hasta el pubis, cosa bastante común en nuestra raza por el género de alimentación; en estos casos después que el Cirujano ha dividido el peritoneo tiene frente al filo del cuchillo un tejido amarillento, grasoso y vascular que puede ser tomado por el gran epiplón pero que se diferencia de él por la disposición de sus arborizaciones vasculares y por la tensión de los tejidos que le da cierto brillo: es el mesocolon. Otras veces se presenta asaz de intestino delgado y no se presenta el gran epiplón, es que está retraído y colocado casi siempre en el hipocondrio izquierdo; esto mismo sucede con frecuencia en los estados patológicos. Este punto de referencia nos da la clave de la situación de los órganos; supongamos que deseamos reconocer el aparato biliar: El camino es sencillo y completamente inofensivo; se busca el segundo punto de referencia que es el ligamento suspensor del hígado empleando para ello la mano izquierda colocada en posición media, sigue uno el borde inferior del ligamento hepato-umbilical con el pulgar y el índice colocados como si fueran las ramas de una pinza, después de recorrer aproximadamente diez centímetros se siente una depresión que corresponde á la extremidad anterior del surco de la vena umbilical, sin abandonar el cordón sigue uno la ca-

naladura que se presenta á los dedos, llega un momento en que tropieza con dos fosetas formadas por el puente de tejido hepático que une el lóbulo izquierdo al lóbulo cuadrado; si sin abandonar el sitio del pulgar dirigimos el índice cuatro centímetros hacia la derecha del enfermo y á la izquierda del operador se siente una depresión ocupada por un cuerpo que desliza, que contiene líquido y que suele estar en estado de turgencia; para asegurarse de si es la vesícula biliar se avanza el pulgar sobre el índice tomando ligeramente los tejidos verificando movimientos de deslizamiento de atrás hacia adelante hasta encontrar el fondo de la vesícula y la escotadura correspondiente del borde hepático. Para reconocer el aparato secretor biliar debe seguirse con el pulgar y el índice la canaladura donde está alojada la vesícula sin despegar los dedos de estos tejidos hasta sentir un repliegue que forman el canal hepático y el cístico; salvada la foseta y continuando la exploración hacia atrás cae insensiblemente el índice á una ventana de bordes arredondados donde penetran fácilmente el índice, el medio y el anular, es el yatus de Winslow y los tejidos colocados adelante y arriba de los dedos son los del epiplón gastro-hepático y los elementos del pedículo vascular; todos estos elementos se reconocen de un modo muy claro porque quedan colocados entre el pulgar hacia arriba y los demás dedos hacia abajo, el primer elemento que se siente es la arteria hepática, en seguida la vena porta y en seguida el canal coledoco sobre el borde mismo del pequeño epiplón; en los casos patológicos, más frecuentes entre nosotros de lo que se cree, esta región está envuelta en magma de adherencias difícil de explorar y sólo entonces se da una cuenta exacta de las ventajas que tiene una exploración lenta y meticulosa como la que acabamos de explicar; la vena porta lleva su borde izquierdo cubriendo el colédoco y esto es bueno que lo tengan presente los partidarios de la coledocotomía si es que quieren disminuir las cifras de mortalidad de estas operaciones. También debe tenerse presente que la arteria gastro epiploica derecha cruza con frecuencia el colédoco y suele ser un escollo para esta operación.

La vesícula biliar suele faltar de un modo absoluto según las observaciones del maestro Chacón, otras veces está atrofiada y otras por fin

enormemente desarrollada, siendo común en estos casos que no sean las paredes de la vejiga las que resistan una distensión patológica tan grande, sino que los fenómenos de para-cistitis traigan la formación de un nuevo saco con elementos de los órganos inmediatos; también suele encontrarse una especie de ligamento peritoneal (tres veces según mis observaciones) que fija la vesícula al colon transverso; lo que me ha llamado la atención es haberla encontrado dos veces una cubierta peritoneal doble é independientes, habiendo entre las dos un espacio de más de un centímetro. Cuando se explora la yatus de Winslow se siente un pequeño inflamamiento que pertenece á la primera porción del duodeno, y cuya naturaleza se identifica dirigiendo el dedo hacia la columna vertebral para sentir primeramente la aorta y abajo á la derecha un anillo fibroso que pertenece al píloro. En este sitio y después de exploración anterior pueden practicarse las operaciones pilóricas lo mismo que las gastro-enterostomias, teniendo presente que el duodeno está fijo y que las maniobras que tiendan á librarlo comprometen su vitalidad y pueden desgarrar elementos vasculares. En este mismo sitio llevando el dedo hacia abajo se explora la cabeza del páncreas y las porciones retro-duodenal y pancreática del colédoco; las extremidades del canal corresponden según mis propias investigaciones la superior móvil al borde superior de la 1ª vértebra lombar o'03 á la derecha de la línea media y la inferior á la 3ª lombar o'02 á la derecha de la línea media. Para explorar los canales por el cateterismo vascular creo que es una operación peligrosa y difícil y muchas veces imposible debido en gran parte á la disposición de los valvales de Lhister. Cuando quiera explorarse el hipocondrio izquierdo, se lleva el índice derecho sobre el borde superior del ligamento suspensor del hígado, se avanza hasta sentir la cara convexa del lóbulo izquierdo, se recorre el borde filoso de la víscera, se llega á la columna vertebral, se siente el lóbulo de Espigelio hacia atrás; en seguida la aorta que en el cadáver desliza y en el vivo late, se dirige el índice hacia arriba y se siente una feseta donde está la terminación del esófago y el cardia, si se toman los tejidos colocados entre el pulgar y el índice se tendrá asegurado el estómago en el punto que más conviene para la gastrostomía; puede ex-

plorarse toda la gran curvatura del estómago siguiéndola con la mano, en seguida dirigiéndola hacia el ángulo costo cobio se reconocerá el bazo, el ligamento espleno cólico y la cabeza del riñón en la prolongación de la línea que pasa por la articulación del 9º cartilago costal.

En otro trabajo reglamentario describiré las dos zonas restantes.

México, febrero 26 de 1903.

A. URRUTIA.

CLÍNICA INTERNA.

UN CASO INTERESANTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL.

El día 22 de noviembre próximo pasado fui á visitar por primera vez á una señora que me dijo estar atacada desde la víspera, de un cólico intestinal. El día que la observé se quejaba todavía del cólico, el cual consistía en un dolor agudo situado en el flanco derecho, y que se irradiaba á casi todo el vientre; además, había vómitos, falta absoluta de evacuaciones intestinales y de salida de gases. Examinando el vientre, pude notar que el dolor se exacerbaba algo á la presión, aunque no de una manera muy intensa, y que el resto del vientre casi no estaba doloroso, aunque sí algo meteorizado. La enferma me refirió que con alguna frecuencia le venían estos cólicos y que se le quitaban con lavativas de aceite de ricino y azafétida y tomando una píldora de masa azul inglesa y de belladona. Le prescribí, en efecto, las medicinas referidas, y al día siguiente ya pudo arrojar gases con libertad y tener dos ó tres evacuaciones abundantes, de consistencia blanda.

El día siguiente me encontré á la enferma en un estado convulsivo clónico, casi continuo y me manifestó que sentía convulsiones interiores en los intestinos y el estómago y que era seguro que el cólico le iba á repetir, pues así le comenzaba generalmente. Al examinar el abdomen, luego que comprimí las regiones ováricas, estalló un ataque de histeria franca, que duró más de media hora, quedando después la enferma en un estado de sobreexcitación nerviosa muy exagerado y con algunas convulsiones. Los otros ataques de cólico que había tenido anteriormen-