

Después se dió lectura á la 2ª parte de clasificación que dice: 1º Lesiones que no pusieron en peligro la vida, 2º Lesiones que pusieron en peligro la vida. Se puso á discusión.

Dr. Hurtado.—En este momento caben de un modo completo las objeciones que he venido presentando. Es muy difícil en el momento científico actual, asegurar si una lesión puso ó no en peligro la vida. Tal afirmación se relaciona con muy variados elementos, v. g., las condiciones de la curación y hasta las personas que tratan los enfermos. Seguramente que una herida penetrante de abdomen es siempre grave y cuando estas heridas se practican en condiciones de gran habilidad, la gravedad disminuye; tal prueba el caso presentado hoy por el Sr. Dr. Villarreal. Cosa análoga acontece con las heridas que demanda la desarticulación de la cadera, por ejemplo; y el Sr. Dr. Maldanos demuestra hoy cómo sobreviven los enfermos. Además, creo que hoy deben ejecutarse las exploraciones modernas para resolver si existe gravedad en el pronóstico; quiero referirme á la medida de la tensión del pulso y á las exploraciones de leucopemía, según las cuales, efectuando con frecuencia la cuenta de las variedades de glóbulos blancos de la sangre, puede preverse si el enfermo presentó grados en la importancia de su padecimiento. Yo propondría que estas y otras circunstancias sean tenidas en seria consideración. Tenemos también en esto, una cuestión de ética y se relaciona hasta con la honorabilidad del Médico tratante. Todo lo cual demanda explicaciones.

ANTONIO A. LOAEZA,
Primer Secretario.

CLINICA EXTERNA.

Algunas consideraciones anatomoclínicas sobre la desarticulación de la cadera.

Creo que hay pocas intervenciones quirúrgicas que hayan preocupado tanto á los Cirujanos como la desarticulación de la cadera. Si se consulta la literatura médica, cada cirujano ha consagrado un capítulo especial y se ha detenido al abordar es-

ta intervención. La comentan, la valorizan, y operadores de mucha nota la llegan á clasificar como la más grandiosa de todas las operaciones; pero la cirugía está sujeta como muchas ramas del saber humano á la adaptación al medio, á las épocas en que se ejerce. "Los tiempos cambian y nosotros cambiamos con ellos." La desarticulación coxo-femoral tenía que seguir el camino del progreso en que vemos cada día entrar todas las intervenciones quirúrgicas desde la más complicada hasta las prácticas más elementales de la pequeña cirugía. Hay tres peligros en esta intervención; que han preocupado y preocupan al Cirujano que va á desarticular un fémur. La infección, el choque y la hemorragia. Es justo pensar que una cadera que se infecta pone en peligro la vida del operado, aun tratándose de infecciones benignas cuántas veces el estado general del enfermo ha quedado en condiciones tan lamentables que el proceso supurativo más insignificante lo agota y conduce á la muerte. Nada se diga de esas supuraciones que se prolongan meses y meses y que traen la degeneración amiloidea de los órganos. Nuestro bagaje científico está considerablemente crecido para la lucha, y ya tenemos medios precisos y seguros para no sembrar gérmenes. "Más vale prevenir y no tratar." Pero cuántas ocasiones se va á operar en un terreno ya infectado, en un campo operatorio en que desde el aspecto de la piel está marcando la virulencia del germen que abrigan las partes profundas, y sin embargo valientemente nos lanzamos á hacer la desarticulación como el único medio, como la tabla de salvación que le arrojamos á nuestro paciente para arrebatarlo á la muerte. No se debe tener temor en este lugar infectado de abrir bocas á la absorción, al practicar el corte de la desarticulación; es más de temer el dejar las cosas en tal estado y al enfermo no proporcionarle este recurso supremo.

En tiempos no muy remotos, todavía cuando era yo estudiante, la mortalidad por las septicemias desarrolladas en los traumatismos expuestos, era muy desconsoladora. En cuántas fracturas expuestas de los miembros, en cuántas heridas por arma de fuego ví estallar la gangrena gaseosa, y rápidamente matar al herido.

Cuadros imponentes también he presenciado en el miembro inferior, como escenario, en estos últimos años, y muchas veces

he tenido que entrar en profundas meditaciones, para resolver una situación tan angustiosa tanto para el paciente como para la gran responsabilidad que lleva el Cirujano. En estos momentos de verdadero examen de conciencia, es cuando viene á la mente, la diferencia tan clara que debe existir entre el que va á cortar, el operador, y el que sabe cuándo y dónde se debe cortar, el verdadero Cirujano.

Hay dos reglas que seguimos en estas infecciones cuando se trata de practicar una operación mutilante en tiempo oportuno, operar pronto y lo más alto posible para caer en tejidos sanos. Ojalá que siempre fuera posible el poner en práctica estos consejos. Cuántas veces llegan los enfermos á manos de uno demasiado tarde: todo un miembro se encuentra ya invadido por el vibrión séptico de Pasteur y la pared abdominal se encuentra aun sospechosa, la toxina misma ha deprimido de tal manera el corazón, que cualquier intento parecería inútil; y sin embargo, hoy no se debe ya desmayar, se debe hacer y hacer mucho para volver á la vida aquella existencia ya próxima á extinguirse. Todas las fotografías que tengo el gusto de presentar, han sido de operados que han pasado por este cuadro dramático que acabo de bosquejar: no se debe, pues, desesperar, y mi objeto al tratar de este asunto en la noche de hoy, es el de vulgarizar los medios de que nos valemos en estos momentos para combatir estas infecciones y enfrentarnos con la muerte para llevar á la salud á estos traumatizados. Hace un momento indicaba que se debe operar pronto y lo más alto que sea posible. La primera proposición es bien aceptada, y rara vez entra á discusión; pero no así la segunda que implica necesariamente para el miembro inferior la desarticulación de la cadera en las infecciones fulminantes que han invadido más allá del tercio medio del muslo. Hay un medio de hacer aceptar esta intervención: el de mostrar que no es tan grave como se afirma, que no es la más grandiosa de las operaciones como se ha afirmado, que debe intentarla todo Cirujano como un medio seguro para combatir las infecciones avanzadas del miembro inferior y que han invadido ya la cadera: desvanecer ese temor que se le tiene á la operación en sí misma y demostrar que la operación no es la mortal sino el padecimiento por la que se practica. La desarticulación es uno de los prime-

ros medios para tratar estas infecciones que invaden la raíz del muslo. ¿Pero una vez desarticulada está asegurado el peligro? Muy lejos estoy en afirmarlo, es el primer paso que se da para entrar en la lucha. Desarticulado todo el miembro inferior, hay que asegurarse si la infección no ha amenazado más allá de la raíz del muslo. Cuántas ocasiones me ha acontecido el poder apreciar la crepitación gaseosa en la pared abdominal y allí dirigirme á establecer una canalización. Tengo muy presente en este año escolar á un enfermo que los alumnos recuerdan con toda claridad (y que aquí está presente), herido en la pierna por una bala y que se nos presentó con todo el cuadro aterrador de la gangrena gaseosa. Este enfermo fué desarticulado por el Profesor de la Clínica, Sr. Dr. Fernando Zárraga, y al explorar el muñón pudo darse cuenta de la salida de gases en las cercanías del paquete vásculo-nervioso femoral, é introduciendo su dedo encontró un enorme desprendimiento producido por la infección que se dirigía á la cavidad abdominal siguiendo el trayecto del psoas ilíaco. Me ordenó inmediatamente abriera yo el vientre subperitonealmente y me dirigiera á canalizar la fosa ilíaca hasta llegar al psoas. El resultado fué muy satisfactorio; el enfermo se salvó y aquí está presente.

No debe, pues, el Cirujano, limitarse á quitar el miembro, sino á buscar las ramificaciones de la infección y dar aire, mucho aire, á estos gérmenes que son anaerobios. Una vez abierta la gran brecha que deja el miembro extirpado y practicadas las incisiones que favorecen la canalización y la penetración del aire en los diferentes puntos por donde se ha extendido la infección hay que prolongar el método empleado, es decir, nunca cerrar, jamás suturar. Nunca por estos muñones debe pasar la aguja de sutura, cerrar es matar, es dejar el enemigo dentro que hará destrozos incalculables en muy pocas horas. Procurar aun que el mismo vendaje no sirva de medio de afrontamiento. Es el momento en que bañamos los tejidos con agua oxigenada, líquido que simboliza el progreso para combatir estas infecciones. No ser nada parco en su uso, pues en este oxígeno naciente, está la vida del operado y la muerte del germen. No sólo bañar los tejidos sino el apósito saturarlo del mismo líquido. Aun hay algo más que le pertenece á mi querido maestro el Dr. Zárraga, en el tratamiento de estas infec-

ciones, y es el embalsamamiento de estas heridas. No se puede tener idea sino viéndolo de cómo la aplicación del bálsamo del Perú convenientemente esterilizado detiene la absorción de estas toxinas y la generalización de las infecciones; localmente se ven los yemos carnosos de átonos que estaban, venir á ser exuberantes y rojos; bajar inmediatamente la temperatura, y todo el estado general del enfermo sufrir una verdadera transformación. Continuar el embalsamamiento por algunos días, y nunca dejar el uso del agua oxigenada. Muy pocos días pasan para que los tejidos estén en condiciones de invitar á una reunión secundaria: en todas las fotografías que tienen Uds. á la vista, hemos procedido así. Por eso nuestros muñones no serán muy estéticos, pero nuestros operados viven.

Otro de los temores muy contados en esta operación es el Choque traumático. Sinceramente puedo decir á Uds. que tengo la convicción de que tras esa palabra se abrigan muchos factores que pueden explicar la muerte de los operados ó que realmente contribuyendo á deprimir el sistema nervioso pueden estar bajo nuestra tutela y disminuir sus efectos lo más que sea posible. Si en una desarticulación de cadera se ha dado un anestésico que deprima mucho ó si se ha administrado mal ese anestésico haciendo que tome más cantidad de la necesaria, ó teniendo al operado incompletamente dormido y sintiendo éste los dolores que requieren algunos de los tiempos de la operación, es indudable que el Choque aumentará. Lo mismo se puede decir de un operador que demasiado espacioso prolongue más de lo debido la duración de intervención; y más diremos todavía de la pérdida de sangre que contribuye de una manera tan notable á deprimir á estos operados. Pero al enemigo hay que tenerlo de frente, pensar en todos estos factores y mucho se podrá disminuir su influencia nociva; ayudándose además de todos los medios ya conocidos para estimular en estos casos á nuestros operados y combatir lo que propiamente le corresponde á ese estado llamado Choque que contribuyen á producir tan diversas causas.

Me queda por hablar de algo más importante "la hemorragia." Puedo afirmar que ha sido el espanto de los operadores, quizá lo que han temido más y lo confirman el sinnúmero de procedimientos que se han propuesto para ahorrar la sangre

desde el momento en que nació esta operación. Una crítica severa é imparcial va desechando toda esa serie de medios de hemostasis preventiva á distancia como la compresión de la aorta tan usada por Mac Ewen, la compresión de las iliacas primitivas ya por la vía rectal ya por vía abdominal bajo el peritoneo ó al través de él. La ligadura aun de las iliacas primitivas se ha prestado á la crítica, desde el momento que en manos de un cirujano tan hábil como Tredelemburg se le vió fracasar.

El método anatómico tenía aquí que triunfar como lo vemos siempre brillar en toda la cirugía moderna. Verneuil fué el primero en proponer hacer la desarticulación del miembro inferior como la extirpación de un tumor, modifica desde el aparato instrumental y usa el escalpelo, el cuchillo de amputación, el periostotomo, la tijera, etc., de acuerdo con el órgano que divide y en arreglo con la técnica anatómica. Verneuil se dirige á los vasos que van á nutrir el órgano, busca la arteria y la vena femoral, las liga y va trabajando plano por plano ligando las intermusculares colaterales antes de dividir las y las musculares después de divididas. Este procedimiento es el que ha marcado la vía que debemos seguir para ahorrar la sangre á nuestros operados; que lugar mejor cubierto de sangre arterial y venosa que la articulación coxo-femoral. La arteria femoral primitiva hacia delante relacionándose con la cabeza del fémur, y algunos centímetros ó milímetros á veces, abajo del arco crural da sus colaterales ó se bifurca para dar dos gruesas ramas, la femoral superficial y la profunda. Acompañando á estos troncos arteriales se encuentran gruesos troncos venosos sobre los que hay que aplicar firmes ligaduras para entre ellas dividir el vaso. Este es un requisito muy especial en esta región pues las venas además de ser gruesas muchas de ellas están desprovistas de válvulas y si las tienen son en muy corto número, para impedir el reflujó de la sangre. He podido con gran facilidad comprobar este hecho practicando inyecciones en el cadáver por la vena cava inferior con gelatina colorida. La masa de inyección llega perfectamente á las venas femorales y á sus colaterales casi sin que presenten los vasos esas gibosidades especiales que traducen al exterior las válvulas dilatadas por el líquido de inyección, proyectado en

sentido contrario. En lo que se refiere á la circulación de la cadera hay que insistir casi de igual manera en la sangre arterial como en la venosa. En esta región no hay vaso que se corte que no dé considerable cantidad de sangre. Recuérdese que la femoral tiene colaterales que en algunos individuos son por su volúmen ramos de bifurcación ó trifurcación que por sus anastomosis dan mucha sangre, aun ligado el tronco principal. Podría comparar esta circulación á una tupida red que envuelve el fémur por todos lados y cuyas mallas son más estrechas á medida que se aproximan á la epifisis superior.

Recuérdese que se tienen que atacar ramos de la tegumentosa abdominal, de la pudenda externa superior y de la inferior: de la arteria del quadriceps, de la muscular profunda, de la circunfleja anterior y posterior, de la obturatriz, de la isquiatica, de la glútea, de las perforantes. De estas colaterales hay una á la que se le debe de dar una particular atención, es la circunfleja posterior que contornea el cuello como lo hace el tendón del obturador externo; esta arteria además de ser voluminosa presenta íntima relación anastomótica con la isquiatica y la rama posterior externa de la obturatriz hacia abajo; y hacia arriba con la glútea. Es decir, le forman al cuello del femur un collar de sangre roja que cuando el operador no es anatómico y hábil, fácilmente lo vulnera.

Repasando la anatomía de esta región hay un hecho que se desprende, la relatividad y variabilidad del volúmen de sus arterias. Sobre esto quiero insistir, pues á mi juicio se deben esas descripciones dramáticas que hacen algunos autores de la gran cantidad de sangre que pierden los enfermos en esta operación, á confusión de vasos. El que haya trabajado en el anfiteatro y operado en el vivo puede dar fe del volúmen tan diferente con que se presentan la femoral primitiva, la superficial y la profunda. Cuántas ocasiones casi no existe la femoral primitiva, reducida á algunos milímetros, diría uno que era el fin de la iliaca externa, y en estas condiciones es la femoral superficial la que bien gruesa y relacionada directamente con la vena, se toma por la femoral primitiva; se la liga, y cuán grande es la sorpresa al ver que al seccionar los tejidos un caudal de sangre invade la diéresis. La explicación es fácil, se ha dejado libre la femoral profunda, quizá la más importante;

la que por medio de la del quadriceps, de las perforantes y sobre todo de la circunfleja posterior, va á anastomosarse con las arterias posteriores de la nalga.

Puedo afirmar que si siempre se tuviera en cuenta el hecho, no habría quien describiera esas inmensas pérdidas de sangre de que se habla al hacer el corte de los colgajos. Ya escribiendo este trabajo no hace todavía quince días fuí invitado por mi maestro el Dr. Zárraga para ayudarle en una desarticulación de cadera que practicaba en su Sanatorio. No se trataba de un traumatismo, sino de un enorme sarcoma del fémur que había sido ya varias veces operado por distinguidos Cirujanos con la desgracia de haber reincidido. Estaba demasiado alta la reproducción del lado externo, casi tocando con la base del gran trocánter. No había más tejidos que aprovechar que los del lado interno y así se adaptó el programa. Pues bien, en este enfermo nos encontramos una femoral sumamente gruesa y como las relaciones que afectaba con la vena correspondían á las de la femoral primitiva, por un momento creímos ligada á ésta, pero pronto pudimos convencernos que entre la arteria y la vena y en un plano más profundo latía otro vaso de iguales dimensiones que el anterior, y que era la femoral profunda. Podría decirse que no había femoral primitiva propiamente dicho sino que los dos vasos prolongaban á la iliaca externa. Ligados estos vasos nuestra operación fué sencilla y rápida sin que nuestra operada hubiera perdido más de dos onzas de sangre.

Unidos á este caso puedo presentar todos los que ha operado el Sr. Zárraga ayudado por mí y los que he operado yo: casos en que nunca hemos presenciado esas hemorragias que describen los Cirujanos al hablar de esta operación. Ni tratándose del colgajo posterior en los procedimientos que lo tienen he visto esas pérdidas de sangre.

Muchas veces ayudando he tenido en mis manos el colgajo posterior y disminuyendo la presión poca sangre he visto aparecer en la superficie del corte. Es decir, la seguridad está en poner á la vista los vasos del triángulo de Escarpa, arterias y venas: ligar todas aquellas que por sus anastomosis vayan á formar el círculo arterial del cuello del fémur. Con esto el peligro estará conjurado.

Inspirados en estas ideas mi maestro y yo, no sólo nos limi-

tamos á hacer una incisión para buscar las venas sino que disecamos los labios de la herida para tener á la vista todo aquello que ofrezca peligro y se preste á confusiones.

Partiendo también de estas ideas el Dr. Zárraga ha ideado un procedimiento que lo practicó por vez primera en unión mía y del Dr. Regino González en el anfiteatro, y cuya técnica se reduce á hacer una incisión ovalar de tal manera que el colgajo que forma el óvalo venga á ser posterior, dándole una longitud igual á la mitad de la circunferencia tomada al nivel del pliegue glúteo. La incisión empieza en el arco de Poupard hacia adelante y por consiguiente permite descubrir completamente todo el triángulo de Escarpa, y fácilmente distinguir todos los órganos allí contenidos. Fácilmente se les liga y se les divide viendo lo que se hace. De la misma manera que la articulación queda ampliamente al descubierto y se le ataca con toda facilidad. La canalización puede hacerse por una abertura practicada en el colgajo mismo después de aplicado. Desgraciadamente se tiene que aceptar el procedimiento que se pueda aplicar, pues las condiciones del traumatismo ó del tumor son muy diferentes.

Sí podré asegurar que siempre que se tenga en cuenta el fondo del método, tendrá el Cirujano que felicitarse por la simplificación de los peligros y del trabajo. Estos datos clínicos y anatómicos que expongo esta noche, han sido obtenidos á fuerza de una labor paciente y sostenida, desplegada por mi maestro y secundada por mí. Ojalá que les proporcionen á mis consocios las satisfacciones que hemos tenido nosotros, y con eso nuestros esfuerzos se verán coronados.

MÉXICO, Marzo 15 de 1911.

GABRIEL M. MALDA.