

Rápido y exacto diagnóstico de la enfermedad.

Colocación del paciente en la posición de Fowler, desde que se sospeche la peritonitis.

Intervención lo más pronto posible, después de establecido el diagnóstico.

Operación rápida, con el menor traumatismo posible del peritoneo.

No lavar ni limpiar la cavidad con gasas ó esponjas.

Canalizar el fondo peritoneal inferior y el sitio de la infección con gruesos tubos de goma perforados lateralmente.

Restituir al enfermo á la posición de Fowler.

Instituir la proctoclistis continua y continuarla hasta que la gravedad haya pasado.

Con esta forma de tratamiento el Dr. John B. Murphy ha salvado 48 enfermos sobre 51, cifra que hasta hoy no se ha llegado á presentar que yo sepa.

México, Junio 22 de 1910.

U. VALDÉS.

ANATOMIA CLINICA.

Heridas en la región glútea.

Hay asuntos en la práctica profesional que aunque estudiados, parece indispensable que la casualidad conduzca al profesionista á tener al frente casos concretos para que broten nuevas meditaciones y poder así tener un conocimiento verdaderamente completo acerca de ellos. La práctica concreta, los enfermos, nos proporcionan verdaderas oportunidades para poder comprender y aclarar muchos asuntos que tal vez aprendidos no habían sufrido la meditación suficiente para poder llegar á un fin práctico.

Cuando se lee una región anatómica, se repite y se cree haberla grabado en la mente, sucede con frecuencia que al diseccionarla se van descubriendo y apreciando ciertos detalles que no habían impresionado el espíritu en el estudio teórico, y que el

conocimiento intuitivo ha puesto en relieve y demostrado su importancia. De la misma manera, regiones anatómicas ya conocidas por disecciones cadavéricas, pueden carecer de ciertos atributos sólo perceptibles en el vivo, y que como hace un momento lo indicaba, el caso particular de intervención en aquel sitio nos lo viene á poner de relieve. El conocimiento completo de las regiones anatómicas viene á contribuir á formarlas, la clínica y el estudio sobre la mesa de operaciones. Esta es la idea que desde hace algún tiempo persigo y que día en día voy comprobando.

Son algunos casos concretos, los que me han conducido á presentar esta noche mis breves apuntes, nacidos de la observación en la mesa de operaciones y de los trabajos de anfiteatro.

Las heridas en la región glútea implican, para poder ser tratadas, un conocimiento distinto de la región. No voy á ocuparme en ésta, de una manera prolija, sería trabajo de cátedra, no de academia. Agrupo únicamente los órganos enumerándolos, y hago sobresalir los elementos principales en la región, objeto de aplicación en mi estudio.

Cuatro líneas forman la cuadrícula topográfica; costeano la cresta ilíaca, la región sacro-coxígea, el pliegue glúteo y el borde posterior del tensor de la fascia-lata. Profundamente tiene por fondo la región el esqueleto coxal y la cara posterior de la articulación coxo-femoral. En estos límites se agrupan órganos blandos celulo grasosos, musculares, fibrosos, que acolchando el esqueleto le imparten una gran protección y obligan al cirujano á trabajar en un hueco profundo y oscuro, donde las relaciones anatómicas son la única fuente de luz que puede aprovechar. Dos atributos contribuyen á modificar la profundidad á que se encuentra el esqueleto de la región; la grasa y el espesor de los músculos; atributos variables como se sabe, según la raza, el sexo y personalidad. De los músculos hay dos, que no debe olvidar el operador; uno superficial, el gran glúteo; otro profundo, el piramidal. El primero por la dirección de sus fibras da idea de la dirección que comunmente debe darse á las diéresis practicadas á este nivel; y el segundo es elemento importantísimo para referir vasos, nervios, y casi proyectarlos á la superficie de la piel. Su borde superior corresponde á la línea ileo-trocantérica superior; el inferior á la ileo-trocantérica

inferior situada á 3 centímetros próximamente abajo de la primera. Refiérense al borde superior los vasos y nervios glúteos; al inferior los pudendos, isquiáticos, y nervios grande y pequeño sciático. Estas dos líneas indican el camino que debe seguirse para visitar los elementos más importantes de la región glútea, vasos y nervios, y aun para dirigirse al cuello del fémur, pues la línea ileo-trocanteriana superior se relaciona con el eje del cuello del femoral. Si importancia tiene la región glútea es por sus órganos vasculares y lo que á ella le corresponde de la articulación. Una herida en esta región puede interesar estos órganos delicados, y mi estudio lo limito al cuadro que se presenta cuando la arteria glútea está interesada, caso que he tenido que afrontar y no en una sola ocasión. Hace algunos años, recién entrado al Hospital "Juárez," atendí á un individuo que perdía bastante sangre por una herida que tenía en la región glútea. Hacía unas cuantas horas que había sido atacado y la pérdida de sangre era considerable. Debridé la herida para ir á buscar el vaso que daba sangre, y profundizando mis cortes llegué á descubrir un coágulo que envolvía una porción del piramidal, dando ramificaciones en diversos sentidos. Empezaba á desprender aquella masa informe cuando la sangre se presentó con gran abundancia. Apresuré mis maniobras y pronto pude convencerme que la fuente de la pérdida ocupaba la parte superior de la gran escotadura sciática, y que debería ser la glútea la arteria herida. No obstante la amplitud que le había dado á mi incisión, es la profundidad tan grande en que se trabaja y la estrechez tan marcada en la herida, que sólo cuando se han tratado casos semejantes, se pueden comprender las dificultades que se tienen para hacerse dueño de los vasos divididos. Mi ayudante y yo limpiábamos el campo, pero la sangre era más rápida en salir que nuestros esfuerzos; introduje mi índice hacia la escotadura sciática y por relación anatómica apliqué una larga pinza de forcipresura en el lugar en que el tacto y la vista me indicaban el punto que debería producir la pérdida. Esta en efecto disminuyó, pero el campo operatorio siempre se cubría por la sangre. Me decidí á hacer un taponamiento en la profundidad de la herida, rodeando á la pinza ya colocada, y me incliné á dejarla allí durante 24 horas, pues intentar sustituirla por ligadura era casi impracticable á la profundidad en

que trabajaba. Ya el enfermo había sido encamado cuando el practicante me anunció que el apósito se manchaba y á gran prisa; en efecto, la sangre seguía saliendo; descubrí de nuevo al enfermo, y pude ver que la pinza se había desprendido, tal vez en algún movimiento inconciente posanestésico. Había que tomar una resolución definitiva y eficaz, el estado del enfermo ya inspiraba temores, y quitar aquel tapón para emprender una nueva busca azarosa del vaso ó vasos heridos, y perder tanto tiempo y sangre, como en la vez anterior, no creía yo aceptable esa línea de conducta, pues mi creencia firme era que siguiéndola, moriría el operado. Ordené al ayudante el rápido aseo del vientre para ir á ligar la hipogástrica, mientras que yo procuraba comprimir el tapón introduciendo más gasa en la herida glútea. Una vida casi artificial tenía mi paciente en aquellos momentos, no dejando de funcionar el aparato de suero. Hice la incisión clásica para descubrir la ilíaca interna, y apliqué rápidamente la ligadura con el porta-ligadura de Cleaveland, instrumento que siempre uso sustituyendo á la aguja de Cooper, ó de Dechamps en caso semejante; dejé canalizada la herida del vientre y me retiré del lado del enfermo multiplicando mis recomendaciones. Al día siguiente ligera reacción febril, pero el apósito estaba intacto, y no creí indicado descubrir la herida. A los tres días quité el tapón, algunos coágulos en la herida y algo de escurrimiento sero-purulento. Este enfermo tuvo una marcha feliz y llegó á la curación completa.

Estos casos que impresionan son un estímulo que inducen á perfeccionar la técnica seguida para afrontar algún día los nuevos que se nos presenten. Creí desde un principio que la investigación del sitio de la arteria glútea procurando precisar lo mejor posible sus relaciones, podría servir para simplificar el trabajo operatorio; pero mis investigaciones en el cadáver no sólo me hicieron conocer lo mejor posible estas relaciones, sino que pude apreciar que la arteria glútea lleva una compañía muy peligrosa; no es como dicen generalmente los autores, dos venas que la acompañan, sino que por anastomosis transversales por inosculación ó longitudinal, forman un plexus de tal manera desarrollado, que por sí solo supera en importancia á la glútea misma.

Del volumen de estas venas y de su número no se puede te-

ner idea en el cadáver cuando se prepara únicamente la arteria glútea; se ven las venas vacías y no representan así su volumen real y la cantidad de sangre que pueden llevar. Inyéctense con una masa bien penetrante, como la mezcla de gelatina y miel virgen, que comunmente uso para esta clase de trabajos, y quedará uno perplejo al ver el grueso y el número de los vasos. *Son ellos los que principalmente dan sangre en las heridas de esta región.* La arteria se reconoce buscando con el índice el borde de la escotadura sciática al partir del borde del piramidal, se llega á la parte culminante del arco huesoso, y allí se encontrará un tubérculo de Bouisson, inmediatamente hacia afuera está la arteria. Es cierto que su tronco extra-pélvico es muy corto, 5 á 6 milímetros cuando más, lo que dificulta mucho tomar su cabo central ó periférico cuando está dividida, pero se llega á lograrlo; mientras que el tomar las numerosas bocas de aquellas venas que continuamente dan sangre, es demasiado difícil; tanto más que con la mayor facilidad se desgarran á la más ligera tracción de la pinza hemostática.

Estos datos que obtuve en el cadáver, más tarde me fueron de útil aplicación en un herido que conocieron la mayor parte de los estudiantes que asistían á las clínicas del Hospital "Juárez", y que por rara coincidencia fué herido con un puñal en la región glútea, el mismo día y á la misma hora que el matador de toros Antonio Montes. Una gran hemorragia, el mismo cuadro que el enfermo anterior. Mi línea de conducta fué amplísima debridación de la herida, compresión lo más fuerte posible por mi ayudante de los contornos de la herida misma á la ayuda de compresas para disminuir el aflujo de sangre; busca del borde superior del piramidal y del tubérculo de Bouisson; llegué á ver el cabo arterial central y lo ligué, el cabo periférico se perdió entre los músculos. Bocas venosas al nivel del borde superior del piramidal daban abundante cantidad de sangre lo mismo que al nivel del borde del agujero sciático. En estas condiciones apliqué el mismo método que Desault aconseja para las hemorragias producidas por la intercostal. El taponamiento á la Poupée de Desault; variedad del taponamiento á la Mickulicz en que una porción queda intra-pélvica. Este tapón fué retirado á las 24 horas sin ninguna novedad, y con gran sorpresa mía pude ver lo mismo que los alumnos que me acompañaban,

que en el fondo de la herida formaba hernia una asa intestinal. Procuré prudentemente reducirla y establecí una canalización particular que en muchos casos la siguió: envoltura de varias tiras de gasa por una tela de salud. Al mes, la herida del enfermo estaba enteramente cicatrizada.

De todo lo anteriormente expuesto podría llegar á las siguientes conclusiones: Que todas las heridas de la región glútea en que la pudenda, la isquiática, ó la glútea han sido atacadas, son graves; que la gravedad la origina la hemorragia; no sólo la hemorragia arterial, sino principalmente la producida por plexus venosos muy desarrollados que envuelven los vasos arteriales; que existe una gran dificultad para ligar estos plexus, y que el medio heroico es la aplicación de tapones á la Mickulicz.

Esta es la conducta que he seguido, la he aconsejado seguir y tanto yo como los que han secundado mis ideas, hemos sido felices en los resultados obtenidos.

México Marzo 2 de 1910.

G. MALDA.

CLINICA.

Imposibilidad de fijar límites entre la medicina y la cirugía.

INCONVENIENTES DE SER EXCLUSIVAMENTE MÉDICO Ó CIRUJANO.
 COMO EJEMPLO EN APOYO DE ALGUNOS CASOS DE FLEMÓN
 SUBPERIÓSTICO.

Muchas veces oí decir al señor mi padre, en las conversaciones íntimas que con mi hermano y conmigo solía tener, que era de todo punto imposible separar la profesión del médico de la del cirujano, pues muchas veces el que pretende ejercer la medicina exclusivamente deja de apreciar indicaciones urgentísimas, perdiendo por tanto preciosa oportunidad por no ser como debiera al mismo tiempo que médico, cirujano también, y citaba en apoyo de su modo de pensar ejemplos en que