

de la íliaca primitiva. Esta operación se ha practicado 11 veces, para cohibir hemorragias; y resultaron 10 muertos y 1 curado. La muerte tuvo lugar 4 veces por hemorragias secundarias, 5 por decaimiento general y progresivo después de la operación, y 1 por peritonitis.

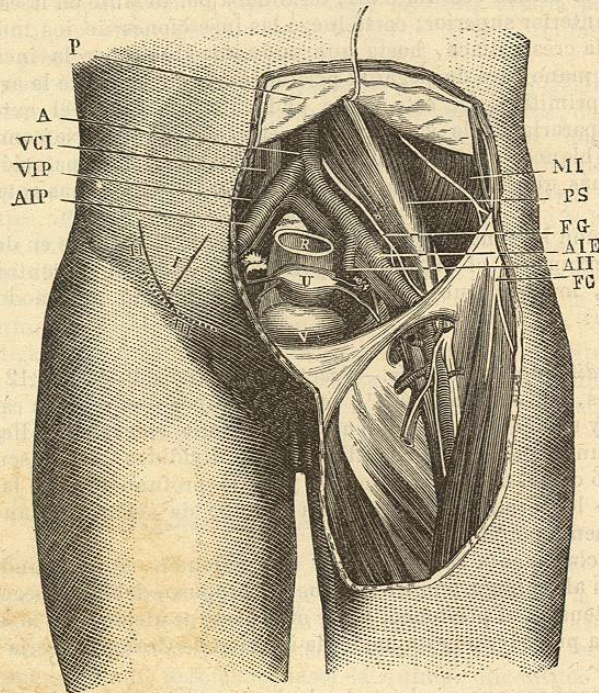


FIG. 190

ARTERIAS ILÍACA Y FEMORAL

P. Peritoneo.—A. Aorta.—VCI. Vena cava inferior.—VIP. Vena íliaca primitiva.—AIP. Arteria íliaca prim.—MI. Músculo íliaco.—PS. Psoas.—FG. Nervio fémorogenital.—AIE. Arteria íliaca externa.—AII. Arteria íliaca interna.—R. Recto.—U. Utero.—V. Vejiga.—LIGADURA DE LA ILÍACA EXTERNA.—I. Incisión de Malgaigne.—II. Incisión de A. Cooper.—III. Incisión de Bogros.

Quince veces se practicó esta ligadura por aneurismas y se alcanzaron 5 curaciones: 1 definitiva (Mott) y 2 temporales (Peac, Salomón); en los otros dos casos, no se tiene noticia de lo que sucedió después de curada la operación en sí. Los otros 10 operados murieron.

En cuatro casos se hizo la ligadura para obtener la curación de tumores cancerosos que simulaban aneurismas; únicamente curó de la operación el enfermo de Guthrie.

Bushe practicó la operación contra un aneurisma por anastomosis; pero el operado murió de erisipela á los 37 días.

Chassaignac la ligó antes de quitar un tumor de la parte superior del muslo, y el enfermo murió 4 horas después de la operación.

En resumen, en 32 ligaduras, se cuentan 6 curados y 26 muertos.

En 1862, Syme, en un caso de aneurisma ilíaco, abrió el saco y ligó las íliacas primitiva, interna y externa; el enfermo curó.

XI.—Ligadura de la arteria glútea

La arteria glútea ha sido ligada muchas veces, unas por heridas y otras por aneurismas traumáticos.

Nace de la arteria hipogástrica, y después de un trayecto que varía entre 2 1/2 y 6 centímetros, sale de la pelvis en contacto con el reborde superior de la escotadura ciática mayor, cerca de la parte media de la curva que éste describe. Apenas desciende 5 milímetros de esta escotadura, se divide en dos ramas terminales; por consiguiente para ligarla, conviene descubrirla á su salida de la pelvis. Hé aquí los datos que indican su posición.

Echado el enfermo en decúbito abdominal con el muslo extendido y los dedos del pie mirando á dentro, si se tira una línea que vaya desde la espina íliaca pósterosuperior hasta la parte media del espacio que separa la tuberosidad isquiática del gran trocánter, en la unión del tercio superior con el tercio medio de esta línea se encontrará la arteria (Lizars y Harrison).

M. Diday extiende un hilo desde el vértice del coxis al punto más alto de la cresta íliaca y el punto medio de esta línea indica el de emergencia de la arteria.

M. Bouisson ha medido la distancia que separa la arteria de las tres eminencias óseas, y ha encontrado:

	Centímetros
De la espina íliaca ánterosuperior.	de 10 á 11
De la espina íliaca pósterosuperior.	6 á 7
Del punto más alto de la cresta íliaca.	9 á 10

Por último, Malgaigne parte de un dato muy sencillo: el vértice de la escotadura ciática, y por consiguiente la arteria, se encuentra sobre una línea horizontal que pase por la espina íliaca ánterosuperior.

Para descubrirla, es preciso dividir la piel, el glúteo mayor y la aponeurosis profunda de éste por una incisión que caiga sobre su punto de emergencia; cumplida esta condición, la dirección del corte es casi indiferente y cualquiera puede crear cuantos procedimientos le plazca.

Hay, sin embargo, algunos que tienen por objeto conservar ínte-

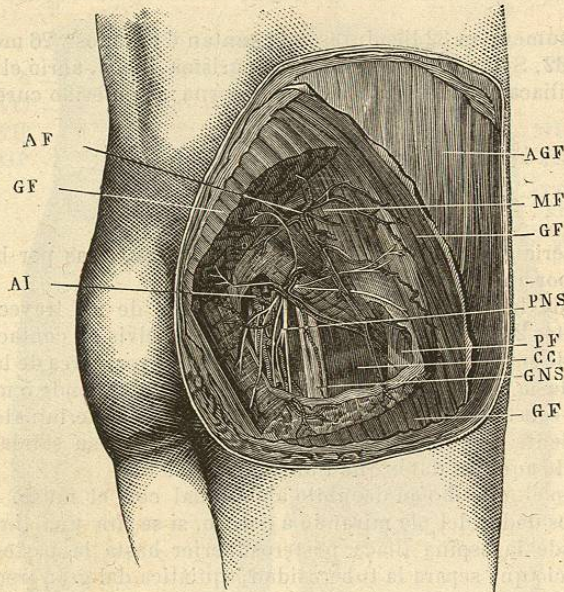


FIG. 191

ARTERIAS GLÚTEA É ISQUIÁTICA

AGF. Aponeurosis del glúteo mayor.—MF. Glúteo mediano.—GF. Glúteo mayor.—PF. Glúteo menor.—CC. Cuadrado crural.—AF. Arteria glútea.—AI. Arteria isquiática.—PNS. Nervio ciático menor.—GNS. Nervio ciático mayor.

gras las fibras del glúteo mayor, á cuyo objeto se incide en la dirección de éstas para separarlas en vez de dividir las. Por esto, Harrison empieza su incisión á 25 milímetros por debajo de la espina iliaca pósterosuperior y á igual distancia del sacro, dirigiéndola hacia el gran trocánter en la extensión de 7 á 8 centímetros; pero haciendo de manera que pase por el punto de emergencia de la arteria.

M. Diday tira sobre la primera línea otra perpendicular que la divide en dos mitades y por la cual adelanta el bisturí.

M. Bouisson prefiere cortar las fibras del músculo, para que su retracción permita ver mejor el fondo de la herida; y por consiguiente, hace una incisión transversal cuya parte media corresponde sobre la arteria.

Este último procedimiento me parece que tiene ventajas sobre los demás, particularmente por el hecho de cortar las fibras musculares, único medio de que el cirujano pueda ver hasta el último momento lo que hace, principalmente si se trata de un sujeto grueso y muy musculoso. No hay duda de que, con una incisión vertical oblicua hacia abajo y atrás, se alcanzaria el mismo objeto; pero la transversal tiene la doble ventaja de que tendrá constantemente por guía el punto de referencia que he establecido en la espina ánterosuperior y que costeando el reborde superior en alguna extensión, no es posible, como en los otros procedimientos, alejarse mucho del vaso.

Al llegar á la arteria, debemos tener muy presente su poca longitud, no fuese que equivocadamente ligásemos por ella alguna de sus ramas.

La proximidad y escasa longitud de las arterias glútea é isquiática, hacen á veces muy difícil el diagnóstico preciso del sitio del aneurisma ó del origen de una hemorragia. Sólo tenemos noticia de dos casos de ligadura de la glútea por herida, una practicada por Bouisson y la otra por Baroni. Los aneurismas son más frecuentes; Fischer ha podido reunir 25 casos, 11 traumáticos y 14 espontáneos. John Bell (1795), Carmichael (1883), Shuh (1856), y Syme (1860) abrieron el saco y ligaron la arteria con buenos resultados. Toracchi no fué tan afortunado, puesto que no pudiendo encontrar la arteria, taponó el saco, y habiendo sobrevenido á las tres horas nueva hemorragia, hubo de ligar la hipogástrica y el enfermo murió. J. Bell no pudo llegar hasta la arteria, sino después de haber practicado una incisión de dos pies de longitud.

No existe otro caso de ligadura de la glútea sin abertura previa del saco, que el de Campbell (de Montreal); tal vez se le pudiera añadir un caso que Guthrie atribuye á Murray.

Casi en todos los casos de aneurisma de la arteria glútea se ha ligado la hipogástrica ó empleado las inyecciones de percloruro de hierro. Ligaron la hipogástrica con buen éxito V. Mott (1834), Morton (1867), Stevens (1812), Syme (1860) y Pomeroy White (1827); al paso que la muerte ha sido la terminación de los casos en que ligaron esta arteria Altemuller (1818), Atchinson (1817), Bigelow (1848) y Kimbal (1849).

Pirogoff y Uhde ligaron la iliaca primitiva, ambos operados murieron. Blasius, en 1849, recurrió á la gálvanopuntura; dícese que el enfermo murió del cólera.

Nélaton (1860), por un aneurisma arterio-venoso, Baum (1858),

en uno por anastómosis de la glútea y de la isquiática; y Baum (1866), Bruns (1854) y Legouest (1867), por aneurismas espontáneos de la glútea, emplearon las inyecciones de percloruro de hierro y sólo murió el operado por Legouest.

Por último, Bouisson presencié una curación espontánea, y Stokes, en 1803, curó en 14 días un aneurisma de la glútea por la compresión directa.

Evidentemente en este caso la inyección de percloruro de hierro es el tratamiento que la experiencia demuestra ser el mejor. ¿Cómo explicar estas curaciones al lado de los malos resultados que da semejante procedimiento cuando se le aplica á un aneurisma de la femoral, de la humeral ó de cualquier otra arteria de importancia? Es que la inyección, al obliterar la arteria, lo hace muchas veces en una extensión considerable, ó el líquido coagulante, corriéndose demasiado lejos hacia el extremo de la arteria, expone casi fatalmente á la gangrena. La glútea y la isquiática son ramas arteriales secundarias, y aunque se obliteren en una longitud considerable, nunca la mortificación será su consecuencia, porque á medida que nos aproximamos á la periferia del árbol arterial, el riego sanguíneo está más asegurado por la multiplicidad de las vías anastomóticas. Es por este motivo que las inyecciones coagulantes, detestables para los aneurismas de los troncos arteriales, son excelentes para los de las arterias que podríamos llamar colaterales, como son la facial, la temporal, la occipital, la glútea y la isquiática, y para los tumores cirsoideos, tan frecuentes en el trayecto de las ramas terminales de la carótida externa.

XII.—Ligadura de la arteria isquiática

Lo que llevamos dicho á propósito de la arteria glútea nos ahorra de entrar en nuevos detalles con respecto á los procedimientos operatorios que nos faciliten llegar hasta la arteria isquiática. Por otra parte, esta arteria únicamente ha sido ligada tres veces, una por Sappey en 1850, por Duglas en 1857 y por Tillaux en 1879.

El que operó Dugas sufrió una hemorragia al segundo día, y á pesar de que G. Holt ligó la iliaca primitiva, el enfermo murió. El operado por Sappey pareció al principio curado, pero hubo recidiva y, en 1864, Nélaton curó este mismo enfermo con una inyección de percloruro de hierro.

El enfermo de Tillaux tenía un aneurisma difuso ocasionado por una fractura de la pelvis. Hizo por detrás del trocánter una incisión en T de 13 centímetros en la rama horizontal y 9 en la vertical. El enfermo curó.

XIII.—Ligadura de la aorta abdominal

La aorta abdominal ha sido ligada seis veces. El operado por A. Cooper (1817) vivió aún cuarenta horas; el de James d'Exeter (1829) vivió tres horas; el de Murray (Cabo de Buena Esperanza) veintitrés; el de Monteiro (Río-Janeiro, 1842) diez días; el de South (1856) cuarenta y tres horas; por último, el de Mac-Guire (Richmond, 1858) once horas. Czerny la ha ligado dos veces en el curso de una operación; una vez por hemorragia de la arteria iliaca y la otra durante la extirpación de un tumor del riñón. Los dos enfermos murieron como los otros seis. Creo inútil que nos entretengamos en describir semejante operación.

CAPITULO VI

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LAS ARTICULACIONES

No es este lugar á propósito para ocuparnos de las operaciones que puede exigir una luxación; las caries articulares exigen resecciones, asunto que trataremos mejor en un capítulo especial. Únicamente nos ocuparemos, pues, en este capítulo, de la hidrartrosis, de los cuerpos extraños articulares, de las anquilosis y del enderezamiento del genu valgum.

ARTÍCULO PRIMERO

DE LA HIDRARTROSIS

Podemos evacuar el líquido por simple punción, *tratamiento paliativo*, ó intentar la *curación radical*.

I. TRATAMIENTO PALIATIVO. *Punción*.—Cuando la hidrartrosis es muy considerable, se hace penetrar el trócar de un empuje brusco, como en el procedimiento ordinario; pero si la cantidad de líquido es poca, se le introduce en la articulación con lentitud.

En este último caso, Malgaigne se ha servido á menudo de un