

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

bisturí estrecho que lo hacía penetrar de plano en la sinovial, y luego, levantando la hoja también de plano, favorecía la salida del líquido. Será buena práctica tirar previamente de la piel en uno ú otro sentido, con el fin de destruir el paralelismo entre la punción de los tegumentos y la de los tejidos más profundos. Cerrada la herida con un pequeño parche de diaquilón, mira como medida indispensable mantener el miembro inmóvil sobre un doble plano inclinado, á lo menos durante las primeras veinticuatro horas, con el único objeto de evitar el desarrollo de la inflamación.

«He practicado, dice, infinidad de punciones y nunca he visto que de ellas resultara el menor accidente; más aun, una vez penetró en la sinovial alguna cantidad de aire y á pesar de que no tomé ninguna medida extraordinaria, al día siguiente se había reabsorbido.»

II. TRATAMIENTO CURATIVO.—Consiste esencialmente en determinar en la sinovial una inflamación que modifique el estado patológico y prevenga la recidiva de la hidrartrosis.

Boyer intentaba provocar la inflamación supurativa por la incisión, procedimiento temible por sus consecuencias y que debe desecharse en absoluto. La prudencia reclama que nos limitemos á la inflamación adhesiva ó simplemente á una irritación sustitutiva que modifique el estado de la sinovial sin determinar adherencias. Para cumplir estas indicaciones, contamos con dos medios: las incisiones subcutáneas y las inyecciones.

1.º *Incisiones subcutáneas.*—Se practican por dos procedimientos, que se distinguen en que se evacue ó no el líquido.

Procedimiento de Goyrand.—Este cirujano levantaba los tegumentos de la parte externa y superior de la rodilla en un ancho pliegue transversal que un ayudante se encargaba de sostener, y colocando la mano izquierda sobre la rótula y parte inferior del tumor, para que haciendo presión rechazara el líquido hacia la superior, hundía en la base del pliegue y de arriba á abajo un tenotomo estrecho, de manera que no pasara de los tegumentos; luego, con todo el filo del instrumento, dividía la aponeurosis, las porciones externa y media del tríceps y el fondo de saco superior externo de la sinovial. Penetrado de este modo dentro de la articulación, hacía rodar el instrumento sobre su eje, para dirigir el filo hacia adelante y desbridar desde la cavidad de la articulación hacia la piel, todos los tejidos profundos, de manera que la incisión resultaba de 15 á 18 milímetros. Retirado en seguida el tenotomo y sin manipulación alguna para vaciar la sinovial, cerraba la pequeña puntura exterior con un parche de diaquilón.

En el caso en que aplicó este procedimiento, el líquido se infiltró en el tejido celular del muslo por debajo del tríceps; la compresión hizo que se resolviera el tumor y á los diez y nueve días el sujeto estaba curado.

Procedimiento de Malgaigne.—Practica una punción con un bisturí estrecho, tomando por supuesto las precauciones indicadas; deja salir la sinovia y luego sin dilatar la puntura exterior, hace en la sinovial á derecha é izquierda, hacia arriba y hacia abajo, incisiones subcutáneas.

«De este modo, dice, he obtenido algunas curaciones radicales, pero las más de las veces la hidrartrosis ha recidivado. Con todo, yo no me atrevería á dejar que la sinovia se esparciera por el tejido celular como lo hizo Goyrand; porque si se desarrollase algún absceso, sus consecuencias podrían ser fatales.

»Además, como que Goyrand el día 19 perdió de vista á su enfermo, no nos consta si la curación se sostuvo; y aun siendo así, un hecho aislado de ningún modo puede ser suficiente para probar la eficacia constante de un procedimiento.

»Por mi parte, puedo á lo menos afirmar, respecto del mío, que jamás le he visto seguido del menor accidente.

2.º *Inyecciones.*—La idea de las inyecciones irritantes en la hidrartrosis, no es nueva. Gay, en 1879, hizo, con buen resultado, inyecciones con agua de Goulard añadiéndola aguardiente alcanforado; en 1830, Jobert ensayó las inyecciones de agua de cebada alcoholizada; y por último, en 1842, Bonnet (de Lion) y Velpeau ensayaron las inyecciones yodadas.

De este modo se han obtenido éxitos buenos y malos; pero tal vez estos últimos son debidos á haberse ensayado las inyecciones en casos en los cuales la hidrartrosis era simplemente un síntoma de una afección más grave. Malgaigne ha tenido ocasión de emplear este medio muchas veces y con resultados distintos: una vez fué tan completo el éxito que se conservaron en toda su integridad los movimientos de la rodilla: en otros casos, desapareció la hidrartrosis, pero dejando alguna rigidez; en otros persistió todo como antes; y por último, en un sujeto que había sufrido sin resultado tres inyecciones, á la cuarta la articulación supuró, dando por consecuencia la formación de fistulas rebeldes á todo tratamiento.

Apreciación.—Como se ve, Malgaigne era partidario decidido de las punciones en la hidrartrosis; sin embargo, yo aseguraría que, siguiendo el ejemplo de Gosselin y Chassaignac debía practicarla raras veces, puesto que durante el tiempo en que fui su interno ni

una sola vez se la ví practicar. Después de la invención del trócar capilar aspirador y sobre todo desde que el fanatismo listeriano ha dado á entender á muchos cirujanos que con las precauciones antisépticas podían permitírsele todo, la punción ha venido á ser para algunos el tratamiento ordinario de la hidrartrosis. Se comprende esta exageración cuando no se sabe tratar la hidrartrosis como se debe, pues yo me atrevería á decir que si la compresión, recurso de gran valía, resulta frecuentemente ineficaz, es debido á no haber sido bien aplicada. Será casi con seguridad ineficaz siempre que se practique con una venda común en circulares alrededor de la rodilla. Pero si se aplica como yo lo hago, con una canal enyesada detrás de la corva para evitar la compresión de los vasos y asegurar la circulación, y luego comprimiendo la rodilla con una venda de caucho, la curación es constante y rápida. Por mi parte puedo asegurar que con las aplicaciones yodadas, los vejigatorios y la compresión, he curado todas las hidrartrosis que se me han presentado y en breve tiempo. Jamás se me ha ocurrido practicar la punción, y no hallándome dispuesto á aceptarla en mi práctica, tampoco puedo aconsejarla á los demás. Difícilmente la encontraría aceptable en un caso de hidrartrosis muy crónica y rebelde; pero la rechazo en absoluto en las hidrartrosis agudas y sobre todo en las hemohidrartrosis. Indudablemente se ha practicado muchas veces la punción sin accidentes; pero no siempre ha sucedido así y hasta alguna vez ha ocasionado la muerte del enfermo.

ARTÍCULO II

CUERPOS MOVIBLES ARTICULARES

Pueden desarrollarse en todas las articulaciones, pero se los encuentra principalmente en la rodilla.

Se han ensayado dos clases de tratamientos; uno paliativo, que consiste en fijar el cuerpo movable en un punto de la articulación donde no pueda perjudicar, y otro curativo, que consiste en extraerlo de la cavidad articular.

TRATAMIENTO PALIATIVO.—*Fijación del cuerpo movable en la articulación.*—Es ante todo necesario que el cuerpo extraño pueda ser conducido encima ó á los lados de la rótula, hecho lo cual se trata de fijarlo, ya por medio de un emplasto aglutinante sostenido por un vendaje (Middleton), ya por medio de una rodillera muy almohadada y construída expresamente (Gooch). Se citan casos de feliz resultado, unas veces porque el cuerpo movable ha contraído

adherencias en el punto en que se le ha fijado; y otras porque se ha fijado en él por una especie de yuxtaposición.

Siendo por este medio extraordinariamente raros los casos favorables, Jobert ha ideado un procedimiento que debía ofrecer mayores seguridades: consiste en fijar el cuerpo extraño por medio de una especie de tridente clavado en él á través de los tegumentos. He visto á Jobert y Laugier apelar muchas veces á este recurso, pero siempre sin resultado alguno, aunque sin que por ello se desarrollaran accidentes serios.

TRATAMIENTO CURATIVO.—*Extracción del cuerpo movable.*—Contamos con dos procedimientos: la incisión directa y la incisión subcutánea.

Procedimiento antiguo: extracción directa.—No operamos sino después de haber podido colocar el cuerpo movable á un lado de la articulación, en el cual se incidirá en la extensión de 3 á 4 centímetros, interesando la piel y la cápsula; y luego para hacer salir el cuerpo extraño, ó haremos presión con el dedo, ó lo arrastraremos con una cucharilla pasada detrás del mismo. Si la incisión resultara corta, la prolongaríamos con el bisturí de botón.

Como que antes de hacer la incisión habremos procurado dislocar la piel de los planos subyacentes, una vez hecha la extracción, se la dejará suelta para que vuelva á su sitio normal: de este modo la abertura de la cápsula resultará cerrada y al abrigo del contacto del aire; sólo faltará reunir la herida exterior con tiras aglutinantes.

Bromfield tiraba de los tegumentos hacia abajo; B. Bell, hacia arriba; Desault, hacia adelante en dirección de la rótula, lo cual es indiferente; pero el procedimiento en sí expone en gran manera á la supuración de la sinovial, y por esto se le ha sustituido con ventaja por el siguiente.

2.º *Incisión subcutánea. Procedimiento de Goyrand.*—En vez de extraer directa é inmediatamente el cuerpo extraño, se opera en dos tiempos. En el primero se abre la cápsula sobre el cuerpo extraño por medio de una incisión subcutánea y se procura colocarlo en el tejido conjuntivo periarticular. En el segundo y después de algunos días, es decir, cuando se calcule que la cápsula se habrá ya cicatrizado, se extrae el cuerpo extraño, que entonces es extraarticular. La incisión de la cápsula se hace con un tenotomo largo y muy estrecho, que se habrá introducido por un punto todo lo apartado posible del en que se haya de practicar la abertura de la sinovial.

A menudo el cirujano tropieza con dos dificultades: unas veces