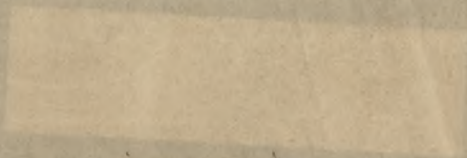


43-3

25 Potterville



1880

81-2-c-6

Nº  
1704

"LA DESARTICULACION INTER-ILIO-ABDOMINAL"

TESIS del DOCTORADO

por

CRISTINO LUIS Y SIMON.



-----x-|-x-----

ce. 2436  
(1704)



R E S P E T A B L E   T R I B U N A L :

Al pretender dar cumplimiento al ineludible precepto académico de someter á vuestra censura este trabajo, profunda emoción embarga mi ánimo, viéndome llegado al término de mi carrera dejando atrás las dificultades sin cuento de la senda recorrida, para el vencimiento de las cuales tal vez mi voluntad, hubiera resultado débil, á no verse confortada por el estímulo y el cariño de mis maestros á quienes envío desde el fondo de mi alma mi reconocimiento más sincero.

                  x  
                  x                   x

Y pasando á justificar la elección de asunto para esta memoria reglamentaria, comenzaré consignando los casos clínicos

que me lo sugirieron. En el mes de Abril de 1902 ingresó en la Clínica Quirúrgica (2º. curso), donde yo prestaba mis servicios como interno, el niño J.F. de 8 años de edad, afecto de una coxalgia que se habia iniciado dos años antes, tratada en sus comienzos por un vendaje silicatado, no se obtuvo mejoría alguna; al año de iniciado el padecimiento, las lesiones eran tales, que se propuso á la madre del enfermito la desarticulación coxo-femoral. Rechazola esta y transcurrido otro año nos trae el niño á la Clínica en el siguiente estado, que consignó con detalles para justificar la intervención de que fué objeto. Demacración extrema, palidez intensa de las mucosas, falta de fuerzas, come bien y no obstante la desnutrición se ha ido acentuando cada vez más; tiene tos seca y cuya frecuencia fatiga mucho al enfermito. Por auscultación se perciben gruesos estertores y roncus diseminados en todo el aparato respiratorio y además rudeza ex-

piratoria en los vértices de ambos pulmones. La región glútea izquierda se presenta notablemente aumentada de volumen, con dos orificios en la parte anterior de la región trocanterca y otros dos en la región portero-externa, correspondientes todos ellos á otros tantos trayecto fistulosos, por donde constantemente fluya pus; seguida con el estilete la disección de uno de estos trayectos, se observa que se remonta por encima de la articulación coso-femoral hácia la fosa iliaca esterna - El miembro afecto presenta un acortamiento de unos cuatro travesos de dedo. Los movimientos de la articulación, así espontáneas como provocados son nulos y el intento de ejecutarlo es muy doloroso.

En circunstancias tan desastrosas, solo la desarticulación inter-ilio-abdominal parecia llenar la indicación del quitar todo lo enfermo; y, en efecto, el 23 de Abril se llevó aquello á cabo por mi maestro el Doctor Ribera de la manera siguiente:

Elevación del miembro durante la anestesia para facilitar el vaciamiento de la sangre que contuviera, haciendose luego una ligadura con un tubo de goma en la raiz del mismo para evitar el retroceso de esta. Incisión paralela al arco de Falopio, á través de la cual se hizo ligadura sub-peritoneal de los vasos iliacos primitivos; prolongación de la incisión hasta dos centímetros de la sinfisis pubiana ,por delante, y hasta la articulación sacro-iliaca, por detrás, costeando la cresta del iliaco. Denudación de la cara interna de este hueso. Mediante dos incisiones ligeramente curvas, trazadas la primera desde la espina iliaca ántero-superior y la segunda desde unos 16 centímetros más atrás, descendentes ambas hasta el tercio medio del muslo, se limitó una región cuadrilátera en que se hallaba los orificios de los trayectos fistulosos mencionados; incisión circular en el límite inferior del tercio superior del muslo; dirección hácia

fuera y hácia dentro del gran colgajo cuadrilátero póstero-interno resultante; denudación de la cara externa del iliaco; sección con el escoplo del púbis y rama isquio-púbica á unos dos centímetros de la sínfisis; sección del iliaco, mediante la sierra de cadena introducida por la escotadura ciática mayor y saliendo á nivel de la espina iliaca posterior; es decir que se respetó la articulación sacro-iliaca, quedando unida al sacro la porción auricular del iliaco. Se terminó la disección del colgajo y se estirpó el iliaco con el miembro correspondiente. Durante la operación se inyectaron al enfermo 300 gramos de suero á causa de la extrema debilidad del pulso ligadura de los vasos cuya sección es visible. Sutura muscular para adoptar superficies y sutura cutánea, dejando desagüe en los dos angulos del muñón, tubo en el posterior y gasa en el anterior.

Al determinar la operación se inyectan al enfermo otros 300

gramos de suero para favorecer la reacción, que no tardó en sobrevenir; el enfermo se queja durante todo el día de intensos dolores; á la caída de la tarde comienza á hacer deposiciones d diarreicas que manchan el apósito y la herida, haciéndose preciso levantar aquél y lavar bien esta. Se le administra un preparado de opio y se domina la diarrea.

A la mañanasiguiente dolor de cabeza intenso, fotofóbia , vómitos biliosos, pulso 120, temperatura 39° . Se le prescribe hielo en la leche.

Al tercer día: Los fenómenos meníngeos han desaparecido; en cambio el pulso sube á 130; la temperatura á bajado á 38'5; se presenta de nuevo la diarrea y se le administra el sub-nitrató de bismuto.

Al cuarto día aparición de manchas gangrenosas en los bordes de la herida.

Muere al octavo día, no pudiendo practicarse la autopsia por estar reclamado el cadáver por la familia.

El enorme traumatismo que tal operación supone, aquella denominada herida á través de la cual pugna por salirse todo el contenido abdómino-pelviano; la fâcies del operado, harto mas descajada que la de muchos cadáveres; su estado esquelético etc, me impresionó de tal suerte, que en mi ignorancia, secundada por un sentimentalismo quizás ridículo, llegué á dudar si sería lícito practicar tal operación. El funesto desenlace de la misma, vino á robustecer mi duda.

Sabedor de que el mismo eminente Catedrático habia practicado otra y se disponia á practicar una tercera operación análoga en el Hospital del Niño Jesús, traté de inquirir los datos referentes á la primera que son las siguientes : Niño de 8 años, afecto de tuberculosis codo-femoral con lesiones extensas del

iliaco y trayectos fistulosos múltiples. Operado en la mañana del 24 de Mayo de 1902, siguiendo un procedimiento idéntico al que acabo de describir, aunque variando el colgajo, que aquí fué interno, por tener que eliminar de él las partes blandas alteradas pertenecientes á las regiones posterior y externa. El enfermo reaccionó aparentemente bien pero á las tres de la tarde se inicia el colapso que no se puede vencer apenas de las inyecciones de suero y de cafeina y muere á las tres y media.

He aquí ahora un resumen del tercer caso operado: Niña de 10 años, con tuberculosis coxo-femoral y del iliaco; secuestro óseo hácia la cresta iliáca. En 3 Julio 1901 <sup>se</sup> practicó artrectomía de la articulación coxo-femoral y resección de parte de la cresta iliaca; en 30 de Septiembre 1901, raspado. El estado general de la enferma ha empeorado considerablemente en los diez meses que lleva en el Hospital. Existen numerosos ganglios in-

fartados en la región inguinal; la herida, no cicatrizada aun, de la artrectomia y un trayecto fistuloso que se abre hácia la espina iliaca postero-inferior . Operada de desarticulación inter-ilio-abdominal el 27 de Abril de 1902. En este caso el procedimiento seguido fué distinto de los anteriores; además de la auto-trasfusión de la sangre contenida en la extremidad afecta, se empezó por inyectar 400 gramos de suero; se ligaron solamente los vasos iliacos externos; la sección del pubis á dos centímetros de la sínfisis y la del iliaco, con la sierra de cadena, á nivel de la escotadura ciática, igual que en los casos precedentes; el colgajo estaba tomado á expensas de las regiones anterior y externa, cuyos tegidos parecían indemnes; desague de gasa. En el momento de separar el iliaco, cae en colapso; se la inyenta otros 300 gramos de suero, que la reaniman. Deespues de la operación la niña habla, contesta á las preguntas

que se le dirigen, pero está fria, pálida, indiferente; pulso y respiración lentos. Nueva inyección de suero y otra de cafeina; flagelación de la región precordial; corrientes eléctricas en las inserciones del diafragma; respiración artificial, todo fué inútil y la enfermita muere á las tres horas de la operación.

El resultado operatorio de estos dos casos, afianzó más mi creencia de la falta de tolerancia por parte de los operados para tamaña operación.

Esto me decidió á hacer un estudio minucioso de la misma, merced al cual he rectificado en gran parte el pesimista criterio que antes formara.

Fruto de este estudio es la presente Memoria, en la cual nada encontrareis original. Trátase solo de una exposición de hechos de observación propia los menos; recogerlos, reunirlos y comentarlos, es mi única labor; vuestra benevolencia suplirá mi

deficiencia y confianza en aquella entro en materia.

-----

LA DESARTICULACION INTER-ILIO - ABDOMINAL. SINONIMIA, DEFINICION

E HISTORIA.- La desarticulación inter-ilio-abdominal (Jaboulay)

amputación inter-pelviana ó supra-iliaca del miembro inferior

(Girard) ú operación de Billroth-Jaboulay-Girard (Savariland),

consiste en la ablación total ó casi total del hueso iliaco con

el miembro abdominal correspondiente. Homóloga esta operación

de la inter-escápulo-torácica, es sin embargo mas moderna en el

campo de la Cirugia.

Y no depende ésto de que sus indicaciones sean mas raras que las de aquella; la principal que, como luego veremos, son los tumores de la raiz de los miembros, afectan con tanta frecuencia al inferior como al superior; sin embargo el traumatismo que exige la operación que estudiamos es tal, que era lógi-

co temer que ningún operado resistiese á los peligros inmediatos de tan enorme mutilación. Por otra parte, encajado el sacro á manera de cuña en el espacio que entre sí le dejan los dos iliacos, á ellos trasmite las fuerzas que recibe de la columna vertebral, para que á su vez la declinen en las partes rígidas de los miembros inferiores; ahora bien, suprimidos dos de los elementos integrantes de este mecanismo, ¿qué iba á ser de la estática y de la dinámica de aquél organismo? Por de pronto parecía absurdo la posibilidad de sentarse el operado; no parecía mas admisible la de andar ó la de estar en pié, debido, principalmente, á la falta de apoyo y contención eficaz de las vísceras abdomino-pelvianas, cuyo funcionalismo, además, parecía seriamente comprometido. Estas, sin duda, y otras análogas consideraciones, hacian que los cirujanos se abstuviesen de llevar á cabo la operación homóloga de la inter-escápulo-torácica, ape-

sar de haber entrado ya esta en la categoría de las clásicas.

Ya en 1888 un eminente cirujano español el Dr. Margarit, comentando un caso clínico de tumor pelviano con ulceraciones de la extremidad inferior etc, proponía para casos análogos "enuclear, amputas ó desarticular el iliaco". Al publicarse la notabilísima conferencia de este Profesor, por un lapsus lamentable se dejó de consignar el corte interno del hueso iliaco, resultando por ello sumamente confusa la técnica de la operación que propone, que no es otra que la desarticulación inter-ilio-abdominal, La prueba de ello es que al estudiar la preparación del enfermo, señala como "uno de los mayores peligros de las grandes operaciones que consisten en la separación de una gran parte de nuestro cuerpo, la interrupción brusca del campo circulatorio"; y para prevenir este peligro en la operación que él propone, aconseja lo que denomina Gimnástica arterial". Este tratamiento

prévio, dice, consiste en la suspensión brusca de la circulación de alguna parte de nuestro cuerpo, siendo ayudado esto del retorno forzado de la sangre que en ella se encuentre; de esta manera se vá gradualmente por el aumento de presión que representa, acostumbrando las vísceras al aumento de presión y facilitando el desarrollo de la circulación colateral. Esto puede hacerse interrumpiendo la circulación de la extremidad inferior, ya por la compresión digital ó por medio de un compresor y facilitando el descenso de la sangre por la posición elevada..... ó por la compresión uniforme y fuerte que se puede obtener por la venda de Esmark..... Esto se habria de efectuar por espacio de cuatro ó cinco días y para que fuera mas llevadero, haria la compresión alternativa de las extremidades inferiores y de las superiores....." Comparando después esta operación con su afi-  
ne la desarticulación de la cadera, afirma que si bien "en aque

lla la mutilación es más extensa, en cambio la hemorragia es menor, por ser mas radical la hemostasis (ligadura de la iliaca primitiva). "Termina, por último, su trabajo el experto cirujano Barcelonés, estableciendo las indicaciones posibles de su operación, que son las mismas que luego asignaremos á la inter-ilio-abdominal. Sin embargo esta operación, tal como la propone el Dr. Margarit, no tengo noticias que se haya realizado ni aun por su patrocinadorp.

El primer cirujano que parece haber realizado la desarticulación inter-ilio-abdominal fué Billroth en 1889. Se trataba de un joven afecto de un sarcoma de la pelvis; el operado murió de colapso á las dos horas de la operación. Este caso no se publicó hasta varios años despues (1898) en que Berg, cirujano del hospital de los Serafines de Estocolmo, presente en la operación de Billroth, comunicó verbalmente esta á Girard.

La primera observación publicada de desarticulación inter-ilio-abdominal fué la de Jaboulay en el Lyon médical de 15 de Abril de 1894, p. 507. Hace este cirujano un estudio notable sobre las indicaciones de aquella operación, que creía ser el primero en realizar, y expone detalladamente el manual operatorio seguido por él. Su enfermo, afecto de osteo-sarcoma y profundamente caquético, murió de colapso.

Algunos meses después, Cacciopoli de Nápoles publicó en la Riforma médica (vol II - 1894) , un nuevo caso de desarticulación inter-ilio-abdominal, operado por él en 24 de Junio de aquél año, siguiendo el procedimiento de Jaboulay. El resultado no fué mejor que el de los casos anteriores muriendo el enfermo de colapso á las pocas horas de operado.

En 1895, Girard de Berna, ignorando los casos publicados de Jaboulay y Cacciopoli y considerándose por tanto, el autor de la operación, comunicó al Congreso francés de Cirugía un caso de

desarticulación inter-ilio - abdominal llevado á cabo por él en 25 de Marzo de aquél año, proponiendo para la operación el nombre de amputación inter-pelviano ó supra iliaca del miembro inferior. Este caso, notabilísimo por varios conceptos y cuyo resumen consignamos más adelante, fué el primero que obtuvo un éxito, no solo operatorio, inmediato, sino ortopédico, ulterior. En efecto, la operada, al cabo de algunas semanas marchaba con dos muletas, se sentaba sobre el isquiún y el fémur que la quedaban, pudiendo permanecer sentada durante horas sin molestia, concurría á una iglesia, distante dos kilómetros de su casa, por un mal camino montañoso y no presentaba indicio alguno de hernia en el lado operado. Por desgracia el éxito terapéutico no corrió pareja con el ortopédico, pues á los seis meses recidivó el sarcoma que habia motivado la operación.

En el mismo año 1895, Jaboulay practicó otras dos veces la

operación que historiamos. Una de ellas fué publicada por su interno Mr. Gayet en Province médicale (24 Agosto 1895) ; la otra no ha sido publicada hasta tres años después en que Girard, que la conocia por comunicación verbal, dió cuenta de ella al Congreso francés de Cirugia (1898). En los dos casos sucumbieron los operados por infección, á las 36 horas el primero y á los cinco días el segundo.

Todavía en igual año 1895 se llevó á cabo otra operación inter-ilio-abdominal por Girard, si bien no la hizo pública hasta 1898 en que, á la vez que otra, la comunicó al Congreso francés de Cirugía. En esta ocasión no coronó el éxito su obra, pues el operado murió de colapso á los cincuenta minutos de la operación.

En 1897, Bardenhener, dá conocimiento al Congreso alemán de Cirugía de un nuevo caso operado con éxito, apesar de las desfavorables condiciones en que se hallaba la enferma.

Tambien en igual año se llevó á cabo por Girard idéntica operación, con el mismo éxito operatorio y ortopédico y con igual resultado terapéutico que en su primera operada; pues, como esta, el ahora operado fué victima de la recidiva de su sarcoma á los seis meses de la intervención. Este caso fué comunicado por su autor al Congreso francés de Cirugia de 1898 (pág. 585).

Salistcheff, de Tomsk, realizó en 1898 y siguiendo un procedimiento propio, otra desarticulación inter-ilio-abdominal, - igualmente seguida de éxito, siendo publicado el caso en Archiv. f. Klin. Chir - 1900 - II.

En 1899 J.L. Faure intentó practicar esta operación en una jóven afecta de un osteosarcoma del iliaco, no pudiendo llevar la á término por la abundante hemorragia que amenazaba acabar con la enferma, no obstante haberse hecho ligadura temporal de la aorta y definitiva de la iliaca primitiva. De todas suertes,

la enferma sucumbió de colapso al día siguiente de este intento operatorio. Revue de gynécologie - 1899.

En 1890 Nanu, de Bucarest, comunicó al Congreso internacional de Medicina, reunido en París, otro caso por él operado según el procedimiento de Jaboulay y terminado por muerte á los 20 días de la intervención, á causa de infección y de embolias.

Savariaud, de París, practicó en 1901 y por procedimiento diferente de los anteriores otra desarticulación inter-ilio - abdominal, muriendo la enfermita por colapso á poco de terminada la operación - Observación publicada en Revue de Chirurgie - Sept. 1902.

Y finalmente las tres operaciones realizadas por mi maestro el Dr. Ribera y Saus en 1902 y comunicadas, aunque incidentalmente, al Congreso internacional de Medicina reunido en Madrid en el presente año. (Muertes post-operatorias, Sección de Ci-

rugia, y Tratamiento de las tuberculosis articulares, Sección de Pediatría), cierran, por ahora el ciclo histórico de esta operación, que, no obstante contar 14 años de antigüedad en la Ciencia, apenas ha logrado obtener el derecho de hospitalidad entre los cirujanos.

El siguiente cuadro, tomado en parte de Girard, resume todo lo que llevamos dicho sobre la historia de la operación objeto de esta Tesis.

INDICACIONES. Desde que Margarit publicó su notable trabajo acerca de la Amputación del iliaco, todos cuantos se han ocupado de la desarticulación inter-ilio-abdominal han seguido invariablemente asignando á esta las indicaciones siguientes: 1<sup>a</sup>. Tumores malignos que interesan á la vez el fémur y el iliaco; 2<sup>a</sup>, Cáries extensas del hueso coxal, con afección simultánea del fémur, sobre todo cuando existe supuración prolongada que

... agotar las fuerzas del enfermo; 3ª; Grandes ...  
 ...

Discutamos estas indicaciones para no todas las ...

... bien establecidas.

Fecha de la operación.	La Edad.	Sexo	Indicación operatoria	Resultado próximo	Causa de la muerte.	Operadores	Publicación de los casos.
1889	laro que	Hombre	Sarcoma femore-pelviano.	Muerte	Colapso	Billroth de Viena	Noticia verbal de Berg á Girard y comunicación de este al <u>Congrés francais de Chirurgie 1898 pgs. 585</u>
Abr. 1894	no he discutido	id.	id.	id.	id.	Jaboulay de Lyon	<u>Lyon médical</u> 15 Abril 1894, págs. 507.
24 Jun. 1894	17	id.	id.	id.	id.	Cacciopoli de Nápoles	<u>Riforma médica</u> Junio 1894.
25 Mr. 1895	19	Mujer	id.	Curación	id.	Girard, de Berna.	<u>Congrés francais de Chirurgie</u> 1895 página 223.
Agosto	66	Hombre	los límites del mal,	Muerte á las 36 hs.	Infección	Jaboulay de Lyon	<u>Province médicale</u> 24 Agosto 1895 página 396.
Septbe	"	Mujer	id.	Muerta á los 5 días	id.	id. de id.	Noticia verbal á Girard y comunicación de este al <u>Congrés francais de chirurgie 1898 pags. 585.</u>
16 nobre	15	Hombre	Coxalgia	Muerte	Colapso	Girard de Berna.	<u>Congrés francais de Chirurgie,</u> 1898, pags. 585.
27 Enero 1895	46	Mujer	id.	Curación	id.	Bardenheuer, de Colonia	<u>Congrés allemand de Chirurgie</u> 1897
5 Marzo 1897	52	Hombre	Sarcoma femore pelviano.	id.	id.	Girard de Berna.	<u>Congrés francais de Chirurgie</u> 1898 pags . 585
8 Dcbr. 1898	38	id.	id.	id.	id.	Salistcheff de Tomsk.	<u>Archiv f. Klin. Chir</u> 1900; y <u>Croisier-Thèse-Paris</u> 1901
16 Abril 1899	16	Mujer	id.	Muerte	Colapso	Faure de paris.	<u>Revue de Gynecologie</u> 1899.
11 Julio 1900	50	Hombre	id.	Muerte á los 20 días	Infección y embolias.	Nanu de Bucarest	<u>Congr. internat. de Médecine Paris</u> 1900 página 511.
Octbre 1901	7	Mujer	id.	Muerte	Colapso	Savariaud de Paris.	<u>Revue de Chirurgie</u> . Septiembre 1902
24 Marzo 1902	8	Hombre	Coxalgia	id.	id.	Ribera de Madrid.	<u>Congreso internacional de Medicina Madrid</u> 1903
23 Abril 1902	8	id.	id.	Muerte á los 8 días	Infección	id.	id. id. id.
27 Abril 1902	10	Mujer	id.	Muerte	Colapso	id.	id. id. id.

amenaza agotar las fuerzas del enfermo; 3<sup>a</sup>, Grandes traumatismos.

Discutamos estas indicaciones pues no todas las considero bien establecidas.

La legitimidad de la primera no puede ser más evidente. Claro que para los que consideran á los tumores malignos como enfermedad general, la abstención sería la regla; pero como yo no he de discutir ahora esa cuestión, me limito á dar por bien establecida esta indicación, añadiendo que el éxito terapéutico será mayor cuanto mas precóz sea el diagnóstico y mas temprana la operación. Solo así tendremos la garantía de haber traspasado con la exéresis los límites del mal, pues, como dice mi maestro Dr. Ribera (Muertes post operatories)" la mayor parte, al menos, de las recidivas no son tales, sino continuación de la enfermedad por haber sido incompleta la operación ó haber o-

perado tarde. Tan censurable como la operación incompleta, considero las grandes mutilaciones que no estén plenamente justificadas; por esto rechazo como indicación de la desarticulación inter-ilio-abdominal la que le asigna Girard: "ciertos sarcomas de la extremidad superior del muslo que por, estar muy inmediatos á la pelvis, casi en contacto con ellas impiden practicar la desarticulación de la cadera". Por muy inmediato á la cadera que se halle un tumor del fémur, mientras no forme cuerpo con ella ó la afecte, no será justificable de una operación que tendría que sacrificar un órgano sano á sabiendas, el iliaco. Podría citar en apoyo de este aserto algún caso operado por mi maestro el Dr. Ribera, de sarcoma de la extremidad superior del fémur, adherido aparentemente al iliaco, penetrando algo por delante en la cavidad pelviana, el cual fué totalmente estirpado mediante una desarticulación coxo-femoral . Otro tanto digo de

los tumores que afecten exclusivamente al iliaco; serán justicias de una resección total ó parcial de este hueso, pero nunca de una desarticulación inter-ilio-abdominal.

Claro es que cuando existan síntomas de generalización, la operación no solo sería inútil sino perjudicial en la mayoría de los casos.

La segunda de las indicaciones señaladas, no podemos admitirla sin grandes limitaciones. En efecto, lesiones tuberculosas que á la vez interesen el iliaco y el fémur, es casi seguro que son lesiones que reconocen un origen articular, es decir que se trata de una coxalgia. Ahora bien, si siempre es de rigor cumplir el precepto de quitar todo lo enfermo, nunca lo es tanto como cuando se trata de lesiones tuberculosas; precisamente por olvidarse con harta frecuencia este precepto, surgen esas tuberculosis agudas meníngeas ó pulmonares que arrebatan un crecido

número de operados por tumor blanco. Por eso en este, como en todos los casos de tuberculosis articulares, lo primero que debemos investigar es si existen localizaciones viscerales avanzadas, porque en este caso la intervención resultará contra-indicada; y solo cuando tales lesiones viscerales no existan ó sean mínimas, ó cuando el predominio de la lesión local sobre la visceral, por supuración prolongada, dolores intensos &, sea muy marcado, entonces y solo entonces estará justificada la intervención. Ahora bien, cuando un coxálgico presente lesiones tan extensas que haga pensar en la desarticulación inter-ilio-abdominal por ser insuficiente la coxo-femoral, denota que el proceso ha marchado con notable rapidez ó que data ya de larga fecha; si lo primero, acusa gran virulencia en el agente causal ó excelentes condiciones para su desarrollo en el terreno que le alberga; si lo segundo, no es de presumir que las vísceras se ha-

llen indemnes; y tanto en uno como en otro caso, el organismo, impregnado con las toxinas bacilares, desnutrido, si no caquéctico, albúminúrico frecuentemente, fosfatúrico siempre, con degeneraciones amiloideas á veces, dista mucho de poseer la resistencia necesaria para soportar tan enorme traumatismo. Ya presumia esto mismo Margarit cuando dice: "Las indicaciones posibles de esta operación en la tuberculosis quirúrgica no me atrevo del todo á plantearlas, por opinar que el tuberculoso es el que resiste menos á los traumatismos quirúrgicos", y los hechos han venido luego á confirmar estos escrúpulos del cirujano Barcelonés.

En resúmen: entiendo que la segunda indicación de la operación que motiva este trabajo, debe enunciarse así: Lesiones óseas para las que sea insuficiente toda otra operación, siempre que el enfermo no presente lesiones viscerales avanzadas ni

su estado general sea tan desastroso que no ofrezca fundadas probabilidades de tolerar la intervención.

Y finalmente por lo que respecta á los grandes traumatismos que afecten á la vez la pelvis y el muslo, ó son tan enormes, tan complicados (hemorragia, colapso, magullamiento de vísceras) que el pronóstico es igualmente fatal con ó sin operación, y en este caso no se debe intervenir; ó bien el destrozo no será tan grande que no podamos aplicar con éxito la cirugía conservadora. Debe pues, á mi juicio, borrarse del cuadro de las indicaciones de la desarticulación inter-ilio-abdominal, la que acabamos de estudiar.

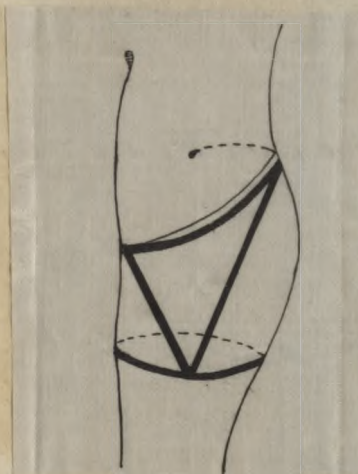
PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.- Ocurre con la desarticulación inter-ilio-abdominal lo que con la mayor parte de las operaciones nuevas; que hasta que no entran en la categoría de las perfectamente regladas, se dan tantos procedimientos como autores.

Cinco perfectamente distintos se han puesto en práctica para esta operación; pues en los restantes casos el manual operatorio, aunque variara en detalles secundarios, coincidía en lo fundamental con alguno de estos cinco.

No habiéndose publicado el procedimiento seguido por Billroth para la primera operación de esta clase, habremos de dar comienzo por el de Jaboulay.

MANUAL OPERATORIO DE JABOULAY.- GRAN COLGAJO POSTERIOR; PRIMER TIEMPO - Incisión paralela y sub-yacente á la arcada crural, desde la región pubiana hasta la cresta iliaca que debe seguir de delante á atrás. Por esta incisión se despega el peritoneo hasta llegar á los vasos iliacos primitivos. Mientras un ayudante sostiene y aparta los órganos abdominales que continúan protegidos por el peritoneo, se ligan la arteria iliaca primitiva y la vena iliaca externa, seccionando esta última entre dos ligaduras.

2°. Tiempo.- Incisión circular de la piel del muslo en su tercio superior. Del punto medio de esta incisión sobre la cara ante-



rior del muslo, se trazan otras dos divergentes, de las cuales una termina en el pubis y la otra en la espina iliaca antero-superior. Estas dos últimas incisiones limitan con la de la ligadura de los vasos iliacos un triángulo de partes blandas que deben ser sacrificadas y no serán conservadas en el colgajo. Se disecan los tegumentos de la raíz del muslo hacia fuera y hacia dentro .

3°. Tiempo.- Separación del cordón espermático ó del ligamento redondo hacia dentro y por encima del púbis, á fin de hacer accesible la sínfisis. Desinserción con la legra del músculo recto abdominal y del piramidal. Sección de la sínfisis pubiana con bisturí de botón. Desinsertar con la legra los cuerpos cavernosos, n

músculos y aponeurosis que se insertan en la rama isquio-pubiana. Separación del miembro inferior del lado operado á fin de entreabrir la sínfisis; desinserción de las partes blandas de la cara interna del hueso iliaco, facilitada por la separación progresiva del miembro. Gracias á ella, la sínfisis sacro-iliaca se abre; se corta de delante á atrás el ligamento sacro-iliaco posterior, se contornea el borde posterior del hueso iliaco seccionando los órganos que salen por las escotaduras ciáticas y se llega á la cara externa del hueso que se disecciona de atrás á delante en toda su extensión. "El ayudante es de gran utilidad en este último tiempo; debe rechazar hacia delante el hueso iliaco, separando en ángulo recto el muslo y la pierna".

Resulta así un vasto colgajo posterior, cuya base está entre el ano y la región lumbar.

En el caso de que estuviesen alteradas las partes blandas

de la cara posterior, Jaboulay indica un segundo procedimiento operatorio que consistiría en tallar el colgajo á espensas de la cara anterior del muslo. Este segundo procedimiento fué el seguido por Cacciopoli.

El procedimiento de Jaboulay aunque perfectamente reglado, es susceptible de serias objeciones. He aquí algunas de las que le hacen Savariaud, "Sobre el cadáver me ha parecido que su colgajo posterior es verdaderamente exuberante, por tanto más difícil de obtener y de nutrir. Creo que se podrian cortar los tegumentos del muslo mas arriba de lo que indica el autor..... Del mismo modo considero inútil conservar en el colgajo todos los músculos glúteos, basta, creo yo, conservar el glúteo mayor..... Debe procurarse no seccionar la arteria isquiática....." La mas seria de las objeciones que á este procedimiento se pueden hacer, fué ya señalada por su propio autor al ver el resultado ob-

tenido en el segundo de sus operados; se refiere á la ligadura de la arteria iliaca primitiva. Ciertó que la hemostasia de este modo queda suficientemente asegurada, pues si bien la sangre puede afluir del lado opuesto por las anatómosis que entre sí forman las ramas viscerales de la iliaca interna, es lo cierto que en las intervenciones realizadas por Jaboulay, Cacciopoli, Nanu, Salist cheff y Ribera, en todas las cuales se hizo ligadura de la iliaca primitiva, la hemorragia fué tan escasa, que como dice Gayet, en cualquiera amputación de muslo se pierde mas sangre. Pero no basta prevenir la hemorragia; es preciso á la vez asegurar la nutrición del colgajo y esto es precisamente lo que le falta al procedimiento de Jaboulay. En efecto, siendo su colgajo póstero-esterno, la nutrición de este territorio está encomendada á las arterias glútea, isquiática y obturatriz hijas de la hipogástrica, como corrientes principales; y en órden mas secundario, la *mu-*

denda externa profunda ó inferior para la parte interna del colgajo hija de la femoral, y la circunfleja posterior hija de la femoral profunda, una y otra derivadas de la iliaca externa. Ahora bien; ligada la iliaca primitiva del lado de la operación, la sangre para nutrir el colgajo ha de venir del lado opuesto por las anastomosis entre vasos dependientes de la iliaca externa ó de la interna; las anastomosis que puedan formar los derivados de la iliaca externa como son la de la epigástrica con la obturatriz por detrás del ligamento de Gimbernat, la de aquella con la subcutánea abdominal (cuyos ramos descendentes nutren á la región superior interna del muslo), la de las pudendas externas entre sí &, no pueden realizar la derivación pretendida por ser excluida del colgajo la región en que tales anastomosis se verifican. Restáanos solamente las que tienen lugar entre ramos derivados de la hipogástrica; ramitos hemorroidales inferiores, anales, perineales, y

puéndos, hijos todos de la pudenda interna, de los cuales hay que prescindir también por ser sacrificada dicha arteria en casi toda su longitud; tampoco puede sernos de utilidad, por idéntica razón, la inosculación que puede reputarse constante, entre las dos obturadoras, por detrás de la sínfisis pubiana; y únicamente nos que dan las redes anastomóticas que entre sí forman los ramitos terminales de los ramos viscerales (umbilical, vesical, hemorroidal, media, uterina, vaginal) y de los ramos sacros, A primera vista parece que, dada la multiplicidad de estas anastomosis, debieran ser suficientes para suministrar la cantidad de líquido nutritivo necesario para asegurar la vitalidad del colgajo; pero si se tiene en cuenta la vasta extensión de este, su aislamiento vascular completo del tronco hipogástrico, la necesidad de que se establezcan puentes de unión arteriales entre ambos, el tamaño casi capilar de *la* mayor parte de aquellas anastomosis, su falta de dilatación pré

via, excepto en aquellos casos en que existiera compresión notable de los troncos principales, el espasmo que el traumatismo forzosamente ha de producir en tales vasos, el no menos probable que puede determinar la presencia de agentes extraños (exudados, detritus), las alteraciones materiales de los tegidos (magullamiento) y las topográficas, son otras tantas causas que aunadas entre sí son sobradamente eficaces para hacer imposible ó cuando menos muy difícil la nutrición del colgajo. Y así han venido á confirmarlo los hechos; de 8 veces que se ha hecho en esta operación ligadura de la iliaca primitiva (Jaboulay 3, Cacciopoli 1, Nanu 1, Salistcheff 1 y Ribera 2), han muerto siete operados, tres de colapso en las primeras horas, de los cuales no me he de ocupar porque ignoramos lo que hubiera ocurrido en el colgajo; los otros cuatro sobrevivieron el tiempo suficiente para que se mostrasen los trastornos nutritivos: mortificación de tegidos en el territo-

rio de la hipogástrica (dos casos de Jaboulay), gangrena del colgajo (un caso de Ribera) y escasa sacra y gangrena del colgajo en el caso de Nanu. Ciertamente que se salvó el enfermo de Salistcheff pero no sin presentar síntomas que hagan sospechar mortificación de tejidos, hasta el punto de tener que quitar la futura cutánea para dar salida á exudados y detritus.

Y no se diga, como hace Savariaud, "que el operado de Nanu tenía 50 años y á esta edad las anastomosis son menos dilatables que en los jóvenes"; porque á esto opongo yo el operado de Ribera que tenía 8 años y apesar de ello las anastomosis no fueron lo suficientemente dilatables para evitar la gangrena del colgajo.

Otras muchas y no despreciables objeciones pueden hacerse á este procedimiento, como la pérdida de una gran masa de sangre encerrada en las venas de la extremidad desarticulada y que se evitaria con la elevación del miembro durante cinco minutos y la

colocación de un tubo de goma fuertemente atado á la raiz del mismo, que es el procedimiento puesto en práctica por mi maestro Dr. Ribera ó bien haciendo uso de la venda de Esmarch, como aconseja Savariaud.

Tampoco es buena práctica la de separar los iliacos por la sínfisis pubiana, pues además de exponer á la lesión de la vegiga, se pierde la insercción inferior del recto del abdomen, disminuyendo con ello el sostenimiento de las vísceras abdominales, har to disminuido ya del lado de la operación.

MANUAL OPERATORIO DE GIRARD - PROCEDIMIENTO A DOS COLGAJOS, ANTERIOR y POSTERIOR.- La primera desarticulación inter-ilio-abdo-

minal realizada por Girad, fué secundaria á otra coxo-femoral que habia practicado meses antes. Sin duda fundado en el éxito de este caso aconseja Chalot que se practique, cuando sea posible, aquella operación en dos sesiones, por creerla así menos grave. Pre

cisamente por estar convencido de todo lo contrario, principio por rechazar estas operaciones preliminares, incompletas siempre, que no hacen mas que abrir nuevas vías á la infección y son nuevos motivos de agotamiento de energias. Así han debido entenderlo tambien la mayor parte de los cirujanos, puesto que todos han practicado despues en una sesión la operación dicha; y si bien Bardenheuer lleva á cabo antes la desarticulación coxo-femoral, en la misma sesión termina la ablación del iliaco, pudiendo en este caso estar justificada tal disociación del acto operatorio, por falta de precisión y claridad en la indicación de la inter-ilio-abdominal, surgiendo esta indicación de las lesiones encontradas en la articulación.

Veamos ahora cual es el procedimiento seguido en sus dos últimos casos por Girard, tal como lo describe su autor: "Primer tiempo - Setallan dos colgajos, uno anterior poco convexo, otro

posterior. La incisión del primero parte de la proximidad de la sínfisis pubiana, se separa ligeramente del pliegue inguinal, costea la cresta iliaca y termina en la región de la espina iliaca posterior. Se levanta este colgajo en toda su extensión, seccionando todas las inserciones musculares de la cresta iliaca así como la arcada crural; se penetra hasta la arteria y vena iliacas externas, que se ligan (En el primer caso se hizo ligadura prévia de estos vasos por una pequeña incisión especial).

2º. Tiempo.- Se traza el colgajo posterior dándole una gran convexidad y reuniendo por la incisión posterior, que no penetra provisionalmente mas que hasta el tegido celular sub-cutáneo, los dos extremos de la incisión anterior.



3<sup>er</sup> tiempo.- Con la legra se denudan las ramas horizontal y descendente del púbis, hasta el isquión; después con una sierra recta ó el hilo de Gigli se seccionan las ramas del púbis en el borde interno del agujero obturador, conservando intacta la tuberosidad pubiana con todas sus inserciones. Separando fuertemente el miembro inferior, la línea de sección ósea se entre-abre; se despegan las partes blandas de la superficie interna del hueso iliaco, y el resto de la operación es análogo al procedimiento de Jaboulay.

A pesar de haber sido la arteria iliaca externa, la única previamente ligada, la pérdida de sangre no es considerable; los vasos arteriales que aparecen á medida que tiene lugar la separación progresiva del hueso iliaco, son cogidas con pinzas y ligados despues de la operación. Si la afección que motiva esta lo consiente, se procura mantenerse bajo el músculo iliaco en cuanto sea posible;

sino se hace proteger (con una compresa caliente) el peritoneo y las visceras abdominales. Durante este tiempo de la operación, el operado debe descansar sobre el lado sano.

4º. Tiempo.- Una vez hecha la hemostasia se reúnen por planos de suturas de catgut todos los segmentos musculares que hayan podido ser conservados, para formar una especie de pared más ó menos completa destinada á servir de apoyo al contenido abdominal; Es difícil decir exactamente que músculos se prestan mejor á esta sutura y en que sentido ha de hacerse; esto depende de que haya habido necesidad de sacrificar tal ó cual músculo. Finalmente se colocan dos gruesos tubos de desagüe, uno en el ángulo anterior y otro en el posterior de la herida, y se hace la sutura cutánea de los colgajos".

Se ha pretendido censurar en este procedimiento la pequeñez aparente de los colgajos; pero esta objeción carece de base, si

se tiene en cuenta que Girard en los dos casos en que lo ha empleado, no ha tenido dificultad para recubrir con ellos la superficie cruenta. Ciertamente que en sus dos enfermos curados se notaba una pequeña desviación hacia el lado operado, de los órganos genitales y del orificio anal; pero tan insignificante, que ni producía alteración funcional alguna, ni siquiera la mas mínima molestia, á los operados.

En resumen, que considero excelente este procedimiento y mucho más teniendo en cuenta que en los dos enfermos sobrevivientes de Girard no se ha observado ni hernia ni trastorno funcional alguno de las vísceras abdomino-pelvianas.

MANUAL OPERATORIO DE BARDENHEVER - PROCEDIMIENTO A DOS COLGAJOS

LATERALES - 1<sup>er</sup> TIEMPO . Se trazan en la raiz del femur dos colgajos hasta el tegido celular sub-cutáneo: uno externo muy grande, otro interno mas pequeño.



2º. tiempo.- Se hace una incisión oblicua un poco por debajo de la arcada crural y paralela á ella. Por esta incisión se penetra por debajo del peritoneo hasta los vasos iliacos externos que se seccionan entre dos ligaduras; después hasta los internos haciendo lo mismo con ellos.

3<sup>er</sup> tiempo. Desarticulación del fémur en la articulación coxo-femoral .



4º tiempo. Por la amplia herida que de ello resulta, sección con la sierra de Gigli de las ramas horizontal y descendente del pubis, á nivel del borde interno del agujero obturador, previa denudación suficiente de dicho hueso.

5º tiempo. Se desprega el músculo psoas-iliaco y las inserciones musculares á lo largo de la cresta iliaca y, separando fuertemente el hueso coxal, se acaba la operación como en los dos procedimientos ya descriptos.

La enferma operada por este procedimiento, á pesar de hallarse en condiciones muy desfavorables (coxalgia fistulosa con varios trayectos; degeneración amiloidea de las vísceras, albuminuria), curó tan rápidamente que al cabo de dos meses marchaba con un aparato protésico y un bastón. Se trata, por tanto, de un éxito; pero como con un solo hecho no se puede

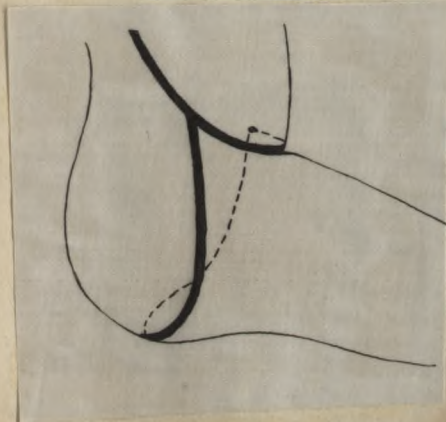
atgumentar y las excepciones no destruyen la regla, creo sinceramente que este procedimiento presenta graves inconvenientes. El mayor, tal vez, es la ligadura de los vasos iliacos internos y externos, equivalente á la de la iliaca primitiva; al comentar el procedimiento de Jaboulay, ya he dicho el concepto que esta ligadura me merece, y no he de insistir sobre ello. Además, la desarticulación previa coxo-femoral aumenta la duración de la operación, aumenta el traumatismo y se pierde con la ablación del fémur un brazo de palanca útil para la separación del hueso iliaco después de la sección del púbis. No se cuida de esprimir la sangre contenida en el miembro que se va á amputar. Y por último, de la descripción del método tomada de Girard, Croisier y Savariaud, parece desprenderse que los colgajos son exclusivamente cutáneos, defecto que por sí sólo bastaría para invalidar el procedimiento.

Manual operatorio de Salistcheff.- Procedimiento en raqueta.- 1<sup>er</sup> tiempo.- Se hace una incisión que partiendo de la extremidad anterior de la duodécima costilla, desciende hacia la espina iliaca antero-superior, sigue después paralelamente al ligamento de Falopio, manteniéndose á un centímetro por encima del mismo, y termina en la espina pubiana. Esta incisión interresa todos los planos hasta el tejido celular subperitoneal, y á través de ella se buscan los vasos iliacos primitivos y se ligan.

2º tiempo. Se traza una segunda incisión que parte de la

terminación de la precedente en la espina pubiana y sigue la rama isquio-pubiana hasta la tuberosidad isquiática.

3<sup>er</sup> tiempo. Otra incisión que partiendo de la primera hacia la mitad de la cresta iliá-



ca, desciende bordeando el trocánter mayor; luego incurvándose suavemente hacia atrás, marcha á encontrar la extremidad de la segunda incisión á nivel de la tuberosidad isquiática.

Estas tres incisiones forman, por consiguiente, una raqueta cuyo mango se extiende desde la duodécima costilla al punto medio de la cresta iliaca, y cuyo óvalo sigue la parte anterior de la cresta, la arcada crural, la espina del pubis, la rama isquio(pubiana), la tuberosidad del isquión, sigue contorneando el muslo según una línea convexa tangente al trocánter mayor, hasta volver al punto de partida.

4º tiempo. - Desinserción de todos los músculos que se insertan en la cresta iliaca y en la rama horizontal del púbis. Sección del ligamento suspensor del pene y separación hacia el lado opuesto del cordón espermático. Desinserción de los cuerpos cavernosos, de los músculos isquio-cavernosos y de los

que forman el diafragma uro-genital.

5º tiempo.- Sección de la sinfisis pubiana con bisturí de botón y separación de los dos huesos por el procedimiento ordinario.

La operación se termina como en el procedimiento de Jaboulay.

6º tiempo.- Una vez hecha la hemostasia, se unen mediante varios planos de suturas los músculos psoas y glúteo mayor á los seccionados en la pared abdominal anterior - Desagüe.

Según su autor, las ventajas de este procedimiento sobre los anteriores consistían en proporcionar una pared mucho más sólida y aduce como prueba de ello que en su enfermo no se manifestó la menor tendencia á formarse hernias, apesar de haber supurado. A esto podemos arguir que tampoco en los enfermos de Girard, cuya observación abarca más tiempo, hubo el menor co-

nato de hernia.

Por la demás, el procedimiento de Salistcheff solo tiene de original la forma de colgajo; siendo en todo lo restante idéntico al de Jaboulay, claro está que encontramos en él los mismos graves defectos que en su lugar señalamos al de este autor.

Manual operatorio de Savariaud - Procedimiento á colgajo interno. - He aquí la descripción tal como la hace su autor:

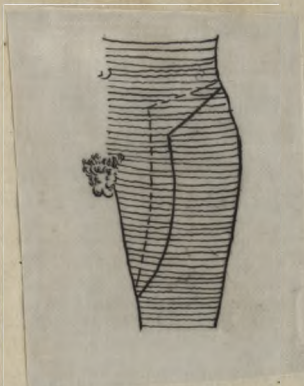
"Al operado se le acuesta primero sobre el lado sano, colocándole un zócalo ó una almohadilla detrás de la espalda, de manera que quede libre la cresta iliaca en toda su extensión. Esta es la posición que conviene para desinsertar los músculos de la pared hasta la espina iliaca posterior y para hacer la ligadura de los vasos iliacos. Cuando llegue el momento de tra-

zar el colgajo y de seccionar el púbis, será preciso atraer la pelvis al borde de la mesa y mantener al enfermo acostado sobre el lado sano. Para desarticular la sínfisis sacro-iliáca, se le acostará sobre el dorso.

Hemostasia preventiva. - Antes de toda incisión de tegumentos, para economizar sangre, se hará la auto-trasfusión, aplicando la venda de Esmarch desde los dedos del pié hasta la mitad del muslo; á este nivel se sujeta fuertemente la venda. De este modo toda la sangre arterial y venosa del miembro inferior se encuentra rechazada hacia el tronco.

Se traza una incisión desde el punto medio de la arcada crural, á la espina iliaca postero-superior, siguiendo la cresta en toda su extensión. A través de esta incisión se descubre la arteria iliaca externa en la que se pone una ligadura provisional; después se la sigue hasta el nacimiento de la iliaca inter-

na, la cual se liga definitivamente . Esto hecho, se traza el colgajo que parte de la mitad de la arcada crural, descende un poco hacia fuera de los vasos femorales que deben ser con-



servados en el colgajo, se incurva hacia la mitad del borde interno del muslo y asciende hasta alcanzar la tuberosidad isquiática, continuándose después hasta la espina iliaca postero-superior, siguiendo próximamente la dirección del borde posterior del

iliaco. Se desnuda y liga la arteria y vena femorales á 7 ú 8 centímetros del ligamento de Falopio; se liga la femoral profunda y todos los vasos cuya sección es visible. Se talla luego el colgajo por transfisión ó por incisión. Se desnudan las ramas horizontal del púbis é isquio-pubiana y se las secciona con la cizalla.

La operación se termina como en el procedimiento de Girard.

Como se ve este procedimiento solo se diferencia del del cirujano de Berna, en la magnitud del colgajo postero-inter-no y en que no existe el anterior, cosa bien accesoria por cierto. En lo fundamental coincide con él dejando sin ligar una de las iliacas para asegurar la nutrición del colgajo, respetando ~~la~~ la tuberosidad pubiana, etc. Todavía le lleva de ventaja la hemostasia ó vaciamiento previo de la sangre contenida en el miembro correspondiente. Cuanto dijimos á propósito del procedimiento de Girard, puede darse aquí por reproducido.

Con posterioridad á Savariaud solo se ha llevado á cabo la desarticulación inter-ilioabdominal por mi maestro el D.<sup>o</sup> Ribera; y si bien es cierto que en ninguno de sus tres casos pudo ceñirse á procedimiento alguno de los descritos, por im-

pedirselo la extensión y situación de las lesiones de las partes blandas, circunstancia que le obligó á trazar colgajos diferentes en cada caso, entiendo que esta variante fortuita de los colgajos no puede constituir un nuevo procedimiento . El concepto general de método y procedimiento, basado en la forma de diéresis de las partes blandas, podrá ser muy bueno para las demás operaciones mutilantes de los miembros , pero no lo considero aplicable á esta excepcional operación, porque en ella rara vez se podrán tallar los colgajos de una manera reglada, sino que habrá que subordinar su número, forma, extensión y situación al estado pocas veces íntegro de las partes blandas; en otros términos , que es relativamente secundario, variable y extraño á la voluntad del cirujano, lo referente á los colgajos. En cambio hay otros elementos integrantes de la operación que por su trascendencia, por la posibilidad de elec-

ción en la mayor parte de los casos, podrían servir de fundamento para agrupar los procedimientos; uno de estos es la hemostasia. Por lo tanto, en esta operación, serían tres los procedimientos: 1º ligadura de la iliaca primitiva; 2º Id. de sus dos ramas; 3º Ligadura de una sola de las ramas terminales de la iliaca primitiva.

Tipo del primer procedimiento sería el caso de Jaboulay, del segundo el de Bardenheuer y del tercero el de Girard. Todos los demás serían variantes de alguno de estos.

ELECCION DE UN PROCEDIMIENTO. Después de lo que acabamos de decir y de la crítica expuesta al estudiar los diferentes manuales operatorios, nos ha de ser fácil la elección de procedimiento en cada caso.

Hemos visto que la hemostasia era suficiente con la ligadura de una sola de las ramas terminales de la iliaca primiti -

va, y que en cambio la nutrición del ó de los colgajos se veía seriamente comprometida cuando se ligaba el tronco ó las dos ramas terminales de dicha arteria; luego, á menos de indicación forzosa (tumor que englobe el origen de las arterias iliacas interna y externa), se elegirá siempre el procedimiento de de ligadura de una sóla de las iliacas externa ó interna; la elección de la que se ha de ligar depende de la situación del colgajo que nos propongamos tallar, estando este, á su vez, subordinado á la naturaleza, extensión y situación de las lesiones. Si se trata de un tumor óseo, sin alteración de las partes blandas (caso excepcional), podemos libremente elegir la variedad de colgajo y en este caso debe darse la preferencia al glúteo ó posterior, tanto por el abundante riego de esta región, cuanto por poder conservar el músculo glúteo mayor que por su forma y dimensiones se presta á formar una buena pared contenti-

va de las vísceras abdominales; en este caso la arteria á ligar sería la iliaca externa; si el tumor estuviese ulcerado ó presentase simplemente adherencias á la piel, habría que tallar el colgajo en región indemne. Cuando se trata de lesiones tuberculosas, no es siempre fácil la formación de colgajo y mucho menos la elección ; son tan numerosos á veces los trayectos fistulosos, cuyos orificios se reparten en todo el contorno de la región operatoria (casos de Ribera), que el cirujano se vé obligado á tallar colgajos irregulares en extremo . En general, diré que si el colgajo único ó principal ocupa la región postero-externa, la arteria iliaca externa será la que se ligue; y si la región ántero-interna será la hipogástrica la ligada.

Sea el que quiera el procedimiento álegido, no deberá omitirse la expresión previa de la sangre contenida en el miembro correspondiente.

La tuberosidad pubiana, con sus inserciones musculares, se conservará siempre que sea posible, por las razones expuestas mas atrás.

RESULTADOS DE LA OPERACION. - Resultados inmediatos. - Del cuadro -resumen de operaciones que acompaña á este trabajo, resulta que la desarticulación inter-ilio-abdominal se ha llevado á cabo 16 veces; de estas, 5 por coxalgia, obteniéndose una curación y cuatro muertes, ó sea el 20 por ciento de curaciones y el 80 por ciento de muertes. A primera vista este resultado aterra; sin embargo, es preciso tener en cuenta que en la mayor parte de estos casos se trataba ó de sugetos muy jóvenes ó de sugetos agotados, en un grado avanzadísimo de caquexia, tal vez con enormes lesiones viscerales, los mas. Por otra parte, en toda operación grave, ocurre algo semejante; los primeros

casos no suministran mas que resultados mediocres; solo cuando se van precisando las indicaciones de la operación y perfeccionando su técnica en vista de las faltas observadas, es cuando los resultados se hacen cada vez mas satisfactorios. Para tener una prueba evidente de esto que decimos, basta observar lo que ocurre con las estadísticas de la desarticulación coxo-femoral: del 70 por ciento de mortalidad que acusa la de Lúning, desciende al 52 por ciento en la de Eiseberg, no alcanza mas que el 44 por ciento en la de Alvernhe, el 31 por ciento en la de Berckel y el 29'3 por ciento en la de coronat (Octubre 1896), considerándose esta última como la mas halagüeña. Posteriormente ,mi maestro el dr! Ribera, en su comunicación al congreso internacional de Medicina (Madrid 1903) sobre Tratamiento de las tuberculosis articulares, al ocuparse de la desarticulación coxo-femoral dice: "12 veces la había hecho hasta Julio de 1902

por lesiones tuberculosas; seis desarticulaciones primarias y seis después de otra intervención, de las cuales solo una después de resección de la cadera y las cinco restantes después de artrectomía ó resección de rodilla. Las 12 desarticulaciones han dado por resultado 7 curaciones, dos que estaban en tratamiento, próxima á terminar la cicatrización, y tres muertos: uno de meningitis á los 34 días de la operación, otro de tuberculosis general cerca de dos años después de la operación y sólo en un caso se puede dudar si la muerte, ocurrida á los 18 días de la operación, se debe directamente á ella ó es debida á la naturaleza de la lesión articular."

He aquí ahora otra estadística no publicada del mismo eminente cirujano, comprensiva de los casos de desarticulación coxo-femoral por lesiones no tuberculosas y las realizadas por lesiones tuberculosas después de publicada la transcrita.

4 Osteosarcomas del fémur, de ellos uno recidivado y otro tan enorme que penetraba en la pelvis á nivel del ligamento de Falopio; muerte de estos dos y curación de los otros dos.

2 epitelomas, uno de ellos desarrollado en cicatriz de quemadura; dos curaciones.

1 fractura doble del fémur, curación

1 fractura fémur y osteomielitis antigua, curación

1 id. de la pierna con heridas múltiples y septicemia, curación.

2 gangrena por ateroma, un muerto, y un curado

1 osteo-periostitis del fémur, curación.

2 tuberculosis en muñón de amputación, dos curaciones

2 coxalgias supuradas, dos curaciones.

1 coxalgia, operada antes de resección, curación.

2 tuberculosis del fémur, dos curaciones.

1 tuberculosis del fémur y del iliaco; desarticulación coxo-femoral y resección parcial del iliaco, curación.

Es decir que en totalidad suman 32 desarticulaciones coxo-femorales con cuatro muertos ó sea el doce y medio por ciento.

Yo no dudo que en lo sucesivo, la desarticulación inter-ilio-abdominal aplicada con las restricciones debidas á las lesiones tuberculosas, dará otros resultados que los suministrados hasta ahora.

Los 11 casos restantes que han sido justiciables de esta intervención, se refieren á tumores malignos, principalmente osteo-sarcomas, habiendo dado por resultado tres curaciones y ocho muertos, ó sea un 27,3 por ciento de las primeras y un 72,7 por ciento de las segundas. Esta proporcionalidad en la curación sería altamente lisonjera, si hubiera sido mas dura-

dera; ya veremos al estudiar los resultados lejanos que desgraciadamente no es así. De todos modos, además de tratarse de casos en que la caquexia estaba enseñoreada del organismo y en algunos iniciada la generalización (caso de Cacciopoli en que existía un nódulo sarcomatoso en el pulmón), téngase presente que se trata de estados patológicos para los cuales, fuera de la desarticulación inter-ilio-abdominal, no hay un sólo recurso, ni una esperanza de curación por pequeña que esta sea, y que en la mayor parte de estos casos la supervivencia sin operación hubiera sido muy pequeña. No deben, pues, los cirujanos retroceder ante esta estadística, pues como dice Girard, "la postura que se arriesga es muy pequeña comparada con la ganancia que se espera".

Resulta, pues, en totalidad, que de 16 intervenciones, ha habido 4 éxitos y 12 fracasos; de estos, 4 han sido debidos á

infección y 8 al colapso ó choc traumático. En los cuatro casos de muerte por infesción (Jaboulay 2, Nanu 1, Ribera 1), se había hecho ligadura de la iliaca primitiva; en todos ellos, sobrevivieron los operados el tiempo suficiente para demostrar que toleraban el traumatismo y que sucumbían á los fenómenos sépticos producidos tal vez por la deficiencia de nutrición en los tegidos que forman la superficie cruenta.

Y vamos á decir algo de los ocho casos restantes de muerte debida al colapso . Es verdaderamente desconsoladora la enorme cifra de operados que nos arrebatata esta complicación tan frecuente como difícil de combatir. El 50 por ciento de los operados de desarticulación inter-ilio-abdominal sucumben por colapso, á pesar de llenarse los requisitos señalados por Lande-  
rer para evitarlo: anestesia, asepsia, falta de hemorragia considerable y rapidez en la operación. ¿A qué es debida esta fre-

cuencia aterradora ~~con~~ que se nos muestra el colapso en la operación que estudiamos? Imposible es dar una respuesta satisfactoria, mientras no se resuelva el oscuro problema de la *patogenia* de dicho accidente. Es muy probable que sean varios los factores que concurren á su producción; estado de debilidad de los enfermos; enormes dimensiones de la herida, maniobras de fuerza que la operación necesita, duración de esta, órganos *traumatizados*, etc. Sin que podamos darnos idea exacta del porqué es lo cierto que los hechos han demostrado que los individuos débiles, los nerviosos y los fatigados están más predispuestos que otros al colapso. Que contribuye también la extensión de la herida, es indudable; cuanto mayor sea esta, mayor traumatismo supone; mayor número de nervios seccionados; mayor número de vasos abiertos y por tanto más pérdida de sangre. La influencia de las maniobras de fuerza está bien probada; Cacciopoli

pudo observar en el caso operado por él que el estiramiento brusco y violento de los grandes troncos nerviosos, en el momento de separar el hueso iliaco, era capaz de determinar el colapso. Además, es oportuno recordar la observación de Kramer comunicada al Congreso de cirugía alemán de 1895, de que las intervenciones violentas y prolongadas sobre el esqueleto pelviano, determinan fácilmente, en los sujetos débiles, una verdadera inhibición en los movimientos cardiacos; hasta el punto de que la sección de los huesos de la pelvis con escoplo y martillo determinan frecuentemente la debilitación y aun suspensión del pulso. Dedúcese de todo esto, como indicación preventiva, que la separación del hueso coxal después de la sección del púbis, debe hacerse con precaución y si es posible, seccionar antes los nervios crural, obturador y ciático para evitar su estiramiento; y que la sección de los huesos pelvianos

debe hacerse con sierra ó con cizalla, nunca con escoplo.

La duración del acto operatorio es otro factor que por si y por la prolongación de la anestesia, debe contribuir en no poco al colapso.

Y por lo que respecta á los órganos traumatizados, todos están conformes en que las vísceras abdominales (tan manoseadas en la denudación de la cara interna del iliaco) y los grandes troncos nerviosos, son los que mas contingente prestan á esta complicación. Por ser esto tan corriente en la ciencia desde los experimentos de Goltz, Weber, Bezold y Levisson, base de las actuales hipótesis para explicar el colapso, no insisto mas en ello.

Resultados tardíos. - Merecen estudiarse desde el triple punto de vista anatomo-fisiológico, ortopédico y terapéutico. En otro lugar de esta Memoria, al relatar el primero de los casos

operados por Girard, me ocupo de estos resultados tardios. Poco he de agregar á lo allí dicho. Ninguno de los operados posteriormente ha presentado mas alteración que una ligera desviación hacia el lado operado, del ano, vulva ó escroto, pero sin que esto entorpeciera los actos funcionales que á tales partes están encomendados; nada de hernia, ni abombamiento ni dolores. posibilidad de todos los decúbitos; de la estación en pié y sentada; de la marcha con muletas, etc. Bardenheuer llegó á suprimir estas, haciendo construir para su operada un aparato compuesto de dos canales de cuero muy gruesas y resistentes, cada una de las cuales se adaptaba á la mitad de la pelvis; estas canales estaban unidas entre si y sujetas á los hombros. La del lado operado llevaba, á la altura de la articulación de la cadera sana, una charnela transversal á la cual iba fija la pierna artificial. Con este aparato la enferma marchaba fácil-

simamente , apoyándose en un bastón. El último operado con éxito, el de Salistcheff, ha venido á confirmar en un todo lo que llevamos dicho, toda vez que á la tercera semana de la intervención se sentaba y á la quinta marchaba perfectamente con muletas.

No podemos entonar idéntico himno por lo referente á los resultados terapéuticos. Ya hemos dicho anteriormente , y en ello no quiero insistir, de que depende esto: naturaleza de la afección, operaciones incompletas y tardías, etc.

He aquí ahora un sucinto resumen de los casos publicados que han motivado la operación estudiada en esta Memoria.

#### Observación 1ª

Billroth de Viena - 1889

No publicada.

Observación 2ª

Observación 2ª

Jaboulay de Lyon - 1894

Sin datos clínicos suficientes.

Observación 3ª

Cacciopoli de Nápoles - 1894.

Giuseppe Sibilía de 17 años, comenzó a sentir dolor dos años antes a nivel del trocánter mayor derecho. Al ingresar en el hospital, presenta tumor que se extiende desde la cresta ilíaca hasta el tercio medio del muslo, de consistencia fluctuante en algunos sitios, dura y elástica en otros. Piel roja, distendida, adelgazada, difícilmente plegable, pero no invadida. Fémur fracturado. Movimientos de la cadera abolidos.

Operación el 24 de Junio de 1894, siguiendo el procedimiento de Jaboulay. En el momento de separar hacia fuera el ilíaco para facilitar la abertura de la articulación sacro-ilíaca,

se detiene la respiración del paciente, el pulso falta, la resolución muscular es completa; pero se logra reanimarlo.

Duración de la operación, 45 minutos.

Muerte al cabo de tres horas.

Autopsia: nódulo sarcomatoso en el vértice del pulmón derecho; núcleos neoplásicos en el iliaco; los vasos iliacos externos rodeados de ganglios infartados y lo mismo el nervio ciático mayor.

#### Observación 4ª

Girard de perna- 1895.

Muger de 18 años, afecta desde hace un año de osteo-sarcoma del tercio superior del fémur derecho. En Abril de 1894 se le propone desarticulación coxo-femoral y la rechaza, solicitándola ella dos meses después por haber aumentado los dolores. Se llevó á cabo esta primera operación el 23 de Mayo de 1894, cica-

trización fácil y mejoría rápida del estado, general.

A principios de 1895, induración de la cicatriz; **recidiva** adherente al hueso iliaco. Inyecciones de toxinas estreptocólicas, sin resultado.

Desarticulación inter-ilio-abdominal el 25 de Marzo, según el procedimiento del autor. Curso post-operatorio excelente; la temperatura máxima fué 38° el tercer día. Se levanta á las tres semanas y pronto anda con muletas. El 6 de mayo marcha á su casa sin mas molestias que cualquier desarticulado de cadera. Ningún trastorno en la posición de las vísceras abdominales; nada de hernia ni de alteración de las funciones intestinales. Orificios anal y vulvar un poco desviados. La estación en pié tiene lugar con la ayuda de muletas, como en un desarticulado de cadera no provisto de pierna artificial. La posición sentada, á pesar de la supresión de un isquion, se mantiene fácilmente

estando ya acostumbrada la enferma á estar sentada sobre una sola nalga". Puede permanecer largas horas en una silla ó butaca haciendo media ó leyendo. Habita una región montañosa y durante el verano iba regularmente el domingo, á pié, á la iglesia situada á mas de dos kilómetros de distancia y accesible desde su casa solamente por un camino de montaña bastante pendiente." La enferma había recobrado su gordura.

Examinada en 10 de octubre siguiente se vió que una nueva recidiva se habia iniciado en la cicatriz. "No hay duda, que si en el mes de Mayo de 1894 yo hubiese seguido mi inspiración y practicado la amputación supra-iliaca ,hubiera habido grandes probabilidades de curación total."

Observación 5ª

Jaboulay- 1895.

G. Benoit, 66 años, labrador; ingresa en el Hotel Dieu el

10 Junio 1895. A mediados de Abril le apareció en la cara interna del muslo un pequeño tumor limitado, profundo, doloroso espontaneamente. En la actualidad el tumor tiene el volumen de dos puños, es imposible aislarlo de los planos profundos y muy difícil limitarlo. Extirpación incompleta por el Dr. Pollosson. Recidiva rápida in situ en Agosto. Encargado de la sala el Dr. Jaboulay, lleva á cabo la desarticulación inter-ilia-abdominal; la operación duró una hora. Durante aquel día, el enfermo contesta acordes á las preguntas que se le dirigen; solo se queja de que le aprieta el vendaje; hay que sondarle; temperatura 38'5. A la mañana siguiente, agitación, temperatura 39'6. por la tarde prostración, extremidades frias, inteligencia íntegra. Muere durante la noche.

Autopsia: fué incompleta por estar avanzada la descomposición: solo revela aspecto algo sanioso de la herida. Jaboulay

se pregunta si no habria esfacelo en el territorio de la ilia-  
ca interna y si en lo sucesivo no sería preferible hacer solo  
la ligadura de las arterias que se presenten á la sección.

Observación 6ª

Jaboulay- Septiembre 1895.

No publicada.

Observación 7ª

Girard- 1895.

E. G. 15 años, afecto tres años antes de tumor blanco de  
la rodilla izquierda, siendo resecado con éxito por otro ciru-  
jano. Poco tiempo después, síntomas de tuberculosis coxo-femo-  
mar del mismo lado; resección de la cadera por el mismo ciru-  
jano. La herida no cicatriza, á pesar de los raspados ulterio-  
res. El enfermo adelgaza, supuración abundante. Un año después

de la resección de la cadera ingresa en la sala de Girard, con caries extensa de la pelvis y perforación de la cavidad cotiloidea. La herida segrega abundante sanies fétida; la pierna edematosa, casi elefantíásica; fiebre héctica, albuminuria, caquexia profunda.

Operación el 16 Noviembre 1895 por el procedimiento del autor. Anestesia por el éter. Muerte por choc 50 minutos después de acabar la operación, á pesar de las inyecciones de suero artificial.

Observación 8ª

Bardenheuer de Colonia- 1897.

Enferma de 46 años con numerosos abscesos periarticulares y fístulas hasta la fosa iliaca. Signos de degeneración amiloidea de las vísceras; albuminuria. Operación el 27 de Enero de 1897,

sin incidentes. A los dos meses salía del hospital, habiendo mejorado considerablemente el estado general.

Observación 9ª

Girard 1897.

E. H. de 52 años, afecto de sarcoma de la extremidad superior del fémur izquierdo, iniciado 7 ú 8 meses antes; se extiende hasta el borde superior de la pelvis y penetra en la fosa ilíaca interna por debajo del ligamento de Falopio, pudiéndosele palpar á través de la pared abdominal. Dolores fuertes en el territorio del ciático. No hay signos de metástasis.

Operación, el 5 Marzo 1897 por el procedimiento del autor. Anestesia por el éter. Desagüe solo en el ángulo posterior de la herida; acúmulo de líquido sero-purulento que determina fiebre y hace preciso quitar algunos puntos de sutura del ángulo

anterior para introducir otro tubo de desagüe. Detersión de la herida con permanganato. Cicatrización rápida. El enfermo sale del hospital 35 días después de la operación, marchando fácilmente con muletas. A los seis meses, signos de metástasis pulmonares.

Observación 10<sup>a</sup>.

Salistscheff de Tomsk - 1898

Hombre de 38 años, desnutrido, poco resistente. A fines de 1896 se inició su mal por dolor constante en la mitad derecha de la pelvis y rotación externa del miembro inferior. En 1897 se mejora. En Marzo de 1898 aparece en la región inguinal un tumor del tamaño de un huevo de paloma que, en el momento de su ingreso en la Clínica mide 38 centímetros de alto por 30 de ancho es de consistencia variable. El miembro inferior está en abducción con rotación externa y con edema

enormísimo (la circunferencia, en su parte superior, es de 97 centímetros, mientras que en el lado sano solo es de 46); movimientos casi abolidos y muy dolorosos. No hay síntomas de generalización.

Operación el 8 diciembre 1898, hecha según el procedimiento del autor. Durante los ocho siguientes días, la temperatura se mantiene elevada, debido á constipación y ligera infección de la herida que obliga á quitar algunos puntos de la sutura para facilitar el desague. A las tres semanas el enfermo puede sentarse; á la quinta semana puede marchar con muletas. El 23 de Marzo salió curado de la clínica.

Observación 11ª

Faure, de París 1899.

Mujer de 16 años, con enorme osteosarcoma que invade toda la

región glútea izquierda extendiéndose ,por detrás, hasta la región lumbar, y perdiéndose, por delante, en el interior de la pelvis. Ni el tacto vaginal ni el rectal dan sensaciones claras gran edema de la extremidad izquierda, estando tambien algo aumentada de volumen la derecha.

Operación el 16 de Abril 1899. Laparotomía central infra-umbilical, con abundante hemorragia venosa por la enorme dilatación que tenían <sup>de las</sup> paredes del vientre. "La pelvis menor está toda ella ocupada por un tumor mamelonado que parece salir de la pared izquierda para ir al encuentro de la derecha. La superficie del tumor está recubierta por enormes venas, algunas de las cuales son tan gruesas como el pulgar. Los vasos iliacos están levantados por el tumor y la arteria iliaca primitiva se percibe claramente detrás del peritoneo recubierta por mallas de venas anómalas que la cruzan. Incisión prudente del pe-

ritoneo". Pero algunos vasos de escasa importancia se rompen y dan lugar á una hemorragia en sábana muy abundante que no se contiene por el taponamiento". Tomo el partido de obrar directamente sobre la aorta. Había preparado para esto una ligadura de caucho, larga de 50 centímetros, en uno de cuyos extremos habia fijado un grueso hilo de seda. A 10 centímetros por encima del promontorio incindo el peritoneo, por delante de la aorta. Denudo esta con la sonda acanalada y la cargo sobre la aguja de Deschamps; paso por esta el hilo de seda, lo conduzco por detrás de la aorta arrastrando detrás el de caucho. Pongo tenso á este y cruzados sus extremos delante de la aorta, los fijo con una pinza. Corto uno de los cabos y dejo el que lleva fijo el hilo de seda. La hemorragia cesa en el acto. Ningún fenómeno en las partes superiores del cuerpo. Solamente el pulso es un poco más fuerte." Ligadura de la arteria iliaca primiti-

va. Sutura de la pared abdominal; á nivel del ombligo se deja salir el hilo de seda y la pinza que le fija, á fin de poder retirar ulteriormente la ligadura de la aorta.

"Trazo la primera incisión necesaria para la desarticulación, siguiendo la arcada crural y la cresta iliaca en una extensión de 15 centímetros. Pero en este momento la incisión da tanta sangre, que es evidente que si continuo, la enferma morirá de hemorragia antes de terminar la operación". Ligadura de vasos y sutura de la piel. Ablación del hilo elástico de la aorta. Muerte al siguiente día.

#### Observación 12ª

Nanu, de Bucarest- 1900.

Hombre de 50 años, muy debilitado, con vivos dolores que le impedían conciliar el sueño. Su afección databa de 16 meses,

iniciándose por dolores en la rodilla, pierna y pié izquierdos; dificultad creciente para la marcha. Mas tarde, aparición de un tumor inguinal, el cual á su ingreso en la Clínica asciende hasta dos traveses de dedo del ombligo; por el lado interno parece haber traspasado la línea media. El muslo está fijo en semi-flexión, abducción y rotación externa. No hay sintomas de generalización.

Operación el 11 Julio; venda elástica arrollada á la extremidad para desalojar la sangre; Anestesia por el éter. La operación se llevó á cabo siguiendo la técnica de Taboulay, durando hora y cuarto.

La disección de la pieza, demostró que el tumor habia invadido el púbis, el isquión, la cavidad cotiloidea, la cabeza y el cuello del fémur. Su examen microscópico demostró se trataba de un mixo-sarcoma.

Terminada la operación se le puso una inyección de suero y otra de cafeína; ~~temperatura~~ temperatura 36,8; por la tarde tuvo un síncope; temperatura 36,4; pulso 136; á media noche, deposiciones diarreicas.

A la mañana siguiente 36,4; por la tarde 36,8 ; pulso 108; sigue la diarrea.

Tercer día, 37,4; pulso 108; diarrea; el apósito está manchado por una serosidad rojiza , se levanta y se ve que el borde del colgajo, en casi toda su extensión , tiene un color rojo violáceo.

cuarto día; se quitan la mayor parte de los puntos de sutura, se desune en parte el colgajo y se hace una irrigación prolongada de la herida con suero artificial.

El quinto día la secreción de la herida era fétida, la

cara profunda del colgajo estaba esfacelada.

Sexto día; aparición de escasa sacra; gangrena seca de los dedos del pié; casi toda la superficie de la herida estaba esfacelada. Muerte el vigésimo día.

A falta de datos de la autopsia, Nanu atribuye la muerte á la ligadura de la iliaca primitiva; "teniendo en cuenta el estado de agotamiento del enfermo, el estado sincopal en que cayó algunas horas después de la operación, se puede sospechar que se ha formado un coágulo sanguíneo á nivel de la bifurcación de la aorta".

#### Observación 13ª

Savariaud, de París - 1901.

Niña de 7 años, con voluminoso tumor de la región glútea que data de hace tres meses y que determina violentos dolores en la zona del ciático. Confina hacia arriba con la cresta ilia-

ca, hacia abajo con el isquión, hacia delante con el trocanter mayor y hacia atrás invade el sacro. Es consistente, sin fluctuación, inmóvil. El tacto rectal demuestra que forma eminencia en la excavación pelviana; los movimientos de la cadera son muy dolorosos.

Operación, según el procedimiento del autor; en el momento de luxar la articulación sacro iliaca, se ve que el sacro está invadido por el tumor, por lo que se reseca con la cizalla al ala de dicho hueso, dando esto origen á la salida de un chorro de líquido céfalo-raquídeo, signo indudable de haberse herido el fondo de saco aracnoideo. Duración del acto operatorio, 1 hora y 20 minutos.

. Muerte á las tres horas, por colapso.

La autopsia del miembro (que fué presentado á la Sociedad anatómica - 7 Noviembre 1901), demostró que el tumor apenas in-

terresaba al esqueleto. Tenía la forma de un reloj de arena, cuya parte estrecha correspondía á la escotadura ciática mayor, con cuyo periostio se adhería, y las porciones ensanchadas una á la nalga y la otra á la excavación pelviana.

Observaciones 14, 15 y 16.

Ribera, de Madrid - 1902.

Van relatadas al principio de esta Memoria.

✕

✕      ✕

## C O N C L U S I O N E S .

---

1ª La desarticulación inter-ilio-abdominal es una operación de indicaciones precisas, perfectamente tolerable y que por tanto debe figurar resueltamente entre las usuales del Arte quirúrgico.

2ª Las indicaciones de la desarticulación inter-ilio-abdominal, són: (a)- Tumores malignos que afecten á la vez al fémur y al iliaco, á no ser que existan síntomas de generalización ó caquexia muy pronunciada; (b)- Lesiones tuberculosas que tambien afectan á los dichos huesos, siempre que no existan localizaciones viscerales muy avanzadas y el estado general del enfermo sea relativamente bueno.

3ª El procedimiento de elección para practicar la desarticulación inter-ilio-abdominal, será el de ligadura de una sola de las ramas terminales de la arteria iliaca primitiva; la elección de la rama que se ha de dejar sin ligar depende de la situación topográfica del colgajo único ó principal al cual ha de nutrir, estando á su vez subordinada la topografía y forma de este colgajo al estado de integridad de las partes blandas.

4ª En los casos en que sea posible la elección de región

para tallar el colgajo, se preferirá la póstero-externa, tanto por el abundante riego de la misma (hipogástrica), cuanto por las excelentes condiciones que el musculo glúteo mayor reúne para contener las vísceras abdomino-pelvianas (forma ensanchada, espesor notable, falta de intersticios celulares á cuyo través se produjeron hernias, etc).

5ª Cualquiera que sea el procedimiento operatorio que se siga, á fin de disminuir causas provocadoras del colapso, se hará previamente la auto-transfusión de la sangre contenida en el miembro que se ha de quitar; con el mismo fin, se verificarán con sierra ó con cizalla las secciones óseas de los huesos pelvianos, nunca con escoplo y martillo.

H E D I C H O.

Madrid, octubre de 1903.



*Cristino Luis*

B I B L I O G R A F I A .

---

- MARGARIT. - Gaceta médica catalana 15 y 31 Mayo y 15 Junio de 1888.
- JABOULAY. - Lyon médical - 15 Abril 1894.
- CACCIOPOLI. - Riforma médica - junio 1894.
- GIRARD. - Congrès français de Chirurgie - 1895.
- GAYET. - Province médicale - 24 Agosto 1895.
- BARDENHEUER. - Congrès allemand de Chirurgie - 1897.
- GIRARD. - Congrès français de Chirurgie - 1898.
- FAURE. - Revue de Gynécologie - 1899.
- SALISTCHEFF. - Archiv. f. Klin. Chir. - 1900
- NANU. - Congrès international de Médecine - París 1900
- CROISIER. - Thèse - París 1901.

SAVARIAUD. - Revue de Chirurgie - Sept. 1902.

RIBERA. - Congreso internacional de Medicina - Madrid 1903.



Admirable  
M. P. Stevens



Verifico el ejercicio del grado de doctor  
el día 18 de Octubre de 1903.

que calificando de sobresaliente

Antonio Trucón

M. P. Stevens

Mariano de la Haza

José Ribera

Alvarado