Al Sr. Teniente Coronel D. Cirné
Don Nicolas Barros.
Recuerdo de

FACULTAD DE MEDICINA
DE
BUENOS AIRES

ANEURISMAS ESTERNAS

POR

LUCIO MELENDEZ

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
1863
BUENOS AIRES

BUENOS AIRES
—
IMPRENTA DE LA UNION
CALLE DE RIVADAVIA 323 y 325.
—
1872

180

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES.

ANEURISMAS ESTERNAS

POR

LUCIO MELENDEN

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
1863
BUENOS AIRES

E 20.771.

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE "LA UNION"

CALLE DE RIVADAVIA NUMEROS 323 y 325.

1872

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES.

PRESIDENTE..... *Dr. D. Juan José Montes de Oca.*
VICE-PBESIDENTE..... « « *Nicanor Albarellos.*
SECRETARIO (Prov'sorio) « « *Santiago Larrosa.*

ASIGNATURAS.	CATEDRATICOS.
Anatomía y Fisiología.....	*Dr. D. Manuel A. Montes de Oca.*
Materia Médica, Terapéutica y Farmacología é Higiene.....	« « *Adolfo E. Peralta.*
Nosografía Quirúrgica.....	« « *Teodoro Alvarez.*
Clínica Quirúrgica, Operaciones....	« « *Juan José Montes de Oca.*
Nosografía Médica.....	« « *Manuel Arauz.*
Partos, enfermedades de mujeres y niños.....	« « *Pedro A. Pardo.*
Patología general, Anatomía patológica y Medicina legal.....	« « *Nicanor Albarellos.*
Clínica Médica.....	« « *José María Bosch.*

SUSTITUTOS.

Anatomía, etc.....	*Dr. D. Santiago Larrosa.*
Materia Médica, etc.....	« « *Pablo Santillan* (en ejercicio.
Nosografía Quirúrgica.....	« « *Leopoldo Montes de Oca.*
Nosografía Médica.....	« « *Luis Tamini.*
Clínica Quírúrgica.....	« « *Daniel Iturriós.*
Partos, etc.....	« « *(Vacante.)*
Patología, etc.....	« « *José T. Baca.*
Clínica Médica.....	« « *Pedro A. Mattos.*

DISECTOR EN GEFE

DOCTOR DON DANIEL ITURRIÓS.

PADRINO DE TESIS

DOCTOR DON SANTIAGO LARROSA.

NOTA—El padrino de Têsis no podrá tomar la palabra en la discusion, y su presencia solo se considerará como un acto de honor para el ahijado.

(Reglamento de la Facultad.)

A MI CUÑADO

EL TENIENTE CORONEL DE LÍNEA

D. NICOLAS BARROS

Muertos mis padres en la edad mas tierna de mi vida, encontré en vos, no solo el hermano y el amigo, sino el abnegado y afanoso padre que hoy vé terminada su obra, producto de tantos desvelos y sacrificios.

A LOS DOCTORES

D. Guillermo Rawson, D. Santiago Larrosa y D. Lino Loureyro

Gratitud eterna

AL DOCTOR D. MIGUEL J. ECHEGARAY

Siempre recordaré con gratitud los servicios prestados á vuestro condiscípulo y amigo.

SEÑORES:

Al presentar á vuestra consideracion este trabajo, debo repetiros con sinceridad, lo que un cólega y compañero os decia poco ha en circunstancias igualmente solemnes: »no abrigo la pretension de decir algo nuevo, pero sí deseo y espero consignar lo mas notable que he observado.»

Muchos autores he consultado; en todos ellos he encontrado cierta uniformidad en el fondo, en conformidad con lo que yo mismo he observado, salvo algunas circunstancias, que tendré cuidado de presentaros en oportunidad.

Siguiendo vuestro consejo, he estudiado la enfermedad en los libros y á la cabecera de los enfermos, lo que es diferente segun la espresion de un distinguido catedrático de la Escuela, en su remarcable tésis de concurso. En efecto, he podido convencerme que solo la observacion atenta y minuciosa de la enfermedad, en su invasion, marcha y terminacion, es capaz de desarrollar convenientemente el criterio médico.

Durante los seis años que he estudiado las ciencias médicas, siempre de interno en el Hospital, me hé encontra-

do en presencia de afecciones de muy diversa naturaleza.

En unas he visto á la ciencia ratroceder lastimosamente ante el fenómeno morboso, en otras triunfar completamente y con facilidad; por fin, en algunas, he seguido con mirada atenta, la lucha tenaz y brazo á brazo entre la enfermedad y el arte, de cuya lucha no siempre he visto resultados halagüeños.

Entre estas últimas podemos colocar la afeccion que nos ocupa, tanto mas cuanto que ha sido objeto de largos y concienzudos estudios, de los que han resultado ventajas incontestables.

Antiguamente los aneurismas tenian un sério carácter de gravedad; porque la ciencia en su infancia, no podia oponerles sino brazos débiles y sin fuerzas.

Mas. la ciencia, señores, esa hija predilecta del pensamiento humano debia seguir con paso acelerado en la senda del progreso, que las leyes naturales marcan al hombre. Ese camino largo y penoso á traves de las edades, oscuro en su principio, lo tenemos hoy con la luz de su aurora, segun la feliz espresion de Broca, y si nos fuera permitido comparar un aneurisma antiguo con un moderno, bajo el punto de vista de su pronóstico, encontrariamos una gran diferencia.

En efecto, entre Rufus de Efeso, Galeno y Antyllus, cauterizando ó abriendo un saco aneurismático, y esponiendo al paciente á hemorragias mortales, y Anel, Desault y Hunter envolviendo la arteria emferma con un hilo y comprimiéndola, hay una gran diferencia, una gran distancia, marcada por el progreso del espíritu humano á traves de catorce siglos.

Y si es verdad que Antyllus, modificando los procederes groseros de sus predecesores, es el gigante de la antigüedad, para algunos; Anel inventando es el gigante de la ciencia contemporánea.

¿Podemos decir por ésto que los aneurismas no son afecciones graves en nuestros tiempos?

De ningun modo. Yo creo que esta enfermedad será siempre altamente grave, porque situada en el árbol que lleva, por así decir, la vida á todo el organismo, toda alteracion notable en el primero indudablemente traerá modificaciones en el segundo.

Ya podeis deducir, señores, cuál ha sido el móvil que me ha guiado en la eleccion de este punto; incapaz de crear me he contentado con estudiar y observar.

Antes de entrar en materia, creo necesario deciros dos palabras acerca del órden que he seguido en el transcurso de este trabajo. He creido conveniente principiar por definir lo que es aneurisma en general, marcar sus divisiones y subdivisiones y despues entrar de lleno en el estudio de las causas, síntomas, marcha, duracion, terminacion, diagnóstico, pronóstico, anatomía patológico y tratamiento de la enfermedad que nos ocupa.

Al final consigno cinco casos de aneurismas, los mas notables que he observado.

Definicion.

Entendemos por aneurisma todo tumor circunscrito, lleno de sangre líquida ó coagulada, comunicando directamente con el canal de una arteria, y limitado por una membrana que se llama saco.

Cuando el tumor está situado dentro de las cavidades esplánicas, toma el mombre de aneurisma *interna;* reservándose el de *esterna* para todos los que puedan aparecer en cualquiera otra parte del cuerpo.

Clasificacion.

Respecto á las causas que producen los aneurismas, han sido divididos en *espontáneos y traumáticos.*

Ls espontáneos que son los que parecen desarrollarse la mayor parte de las veces bajo la influencia de causas internas, se subdividen en: *verdaderos* cuando son formadas por la dilatacion de todas las túnicas arteriales á la vez, y *falsos* cuando hay ruptura de alguna de esas túnicas ó de todas á un mismo tiempo.

Cuando las dos túnicas internas han sido rotas quedando solamente la esterna, el aneurisma toma el nombre de *misto esterno*, tomando el de *misto interno* cuando han sido rotas las esternas quedando únicamente la interna.

Algunos autores han negado la existencia de los aneurismas verdaderos, entre ellos Scarpa, que cree que necesariamente todo aneurisma principia por la ruptura de las dos túnicas internas; y en este caso, la sangre distenderia el vaso, en aquel punto donde las paredes arteriales, insuficientes para oponerse á la tension sanguinea, cederian su túnica esterna ó celular para formar el saco, que constituye el aneurisma. De manera que el citado autor no admite que un aneurisma pueda principiar por una dilatacion de las tres túnicas; por consiguiente, niega absolutamente la existencia de los aneurismas verdaderos.

En nuestros dias no pueden sostenerse semejantes teorias, sin ir á estrellarse directamente contra los testimonios que la ciencia posee, debidos á prolijas disecciones de anatomistas que como Cruveillier nos merecen entera fé.

En efecto, los hechos nos permiten asegurar que algunos aneurismas han comenzado por nna dilatacion simultanea de las tres túnicas, segun lo ha probado de un modo evidente é irrefutable el renombrado profesor Houel, por prolijas disecciones practicadas en los aneurismas laterales de los gruesos troncos arteriales. Berard, Cruveillier y otros profesores han citado casos incontestables de aneurismas verdaderos; pudiendo verse perfectamente constatada su existencia en el Museo de Dupuytren.

¿Es frecuente la existencia de esta clase de aneurismas como lo cree Cruveillier? Apoyados en los hechos, podemos afirmar que no; por que si bien los numerosos datos estadísticos nos prueban su existencia, ellos tambien nos revelan su poca frecuencia, como lo veremos al estudiar sus causas predisponentes y ocasionales.

Los aneurismas traumáticos, que son el resultado de una lesion arterial, se dividen en *falsos primitivos, falsos consecutivos y arterio-venosos.*

Los primeros se forman inmediatamente despues de la herida del vaso.

Los segundos sobrevienen despues de la cicatrizacion de la herida arterial, ó por la desaparicion del coagulo que impedia la salida de la sangre; se forman con lentitud y en un todo semejante á los aneurismas espontáneos, con la sola diferencia, que estos tienen por saco las túnicas de la arteria, mientras que aquellos son envueltos por

un quiste que les forma el tejido celular ambiente.

En fin los arterio-venosos son producidos por la comunicacion de las cavidades de una arteria y una vena.

Hecha esta division del aneurisma, que hemos creido necesaria, pasaremos á ocuparnos de los que deben constituir principalmente nuestro trabajo, es decir de los aneurismas espontáneos esternos.

Aneurismas esternos espontáneos.

Causas.—Son de dos clases; predisponentes y ocasionales.

La mayor parte de los autores consideran como desempeñando el principal papel, á las primeras, llegando hasta creer, que las segundas tienen accion muy limitada y sentando en tésis general, que cuando un aneurisma se produce espontáneamente, es debido á una causa general que altera de cierto modo las túnicas arteriales, haciéndolas mas susceptibles de romperse. Esto parece ser racional y conforme á la observacion diaria.

Entre las causas predisponentes colocaremos en primera línea, *la edad*. En efecto, los datos estadísticos demuestran que su mayor frecuencia se nota entre los treinta y cincuenta años; tal es el resultado de la observacion de Lisfranc sobre 120 casos de los cuales 76 se encuentran en la edad indicada y 44 desde 13 á 80. La misma proporcion, poco mas ó menos, ha sido observada por Crisp en 505 casos.

La profesion tiene tambien mucha influencia. Asi se ve que es comun la enfermedad en aquellos individuos que

se entregan por los deberes de su profesion á grandes esfuerzos ó que están obligados á guardar cierta postura como los sastres, cocheros, lacayos, zapateros etc.

Se observan los aneurismas espontáneos mucho mas en el hombre que en la mujer, debido sin duda á la diferencia de ocupacion.

El calibre de las arterias y su mayor ó menor proximidad al corazon, tambien tienen marcada influencia; ysi es verdad que la arteria poplítea, es una escepcion á esta ley, esto no sucede sino porque su posicion subcutánea y sus estremidades limitadas por fuertes anillos aponeuróticos la esponen con mayor frecuencia á las causas ocasionales, como golpes, bruscas distensiones, etc.

La hipertrofia del corazon, las bebidas alcohólicas, la situacion superficial de las arterias, el mercurio tomado á grandes y repetidas dósis, la sífilis, el vicio herpético, escrofuloso, gotoso, etc., las concreciones calcáreas dentro del vaso, las degeneraciones esteatomatosas y ateromatosas, el clima, la raza; como sucede en Inglaterra y Estados-Udidos, donde se observa con mayor frecuencia esta enfermedad, mas en los recien venidos que en los naturales y mas en los blancos que en los negros.

En Bombay, en la isla de Ceylan, climas calientes, los aneurismas son muy raros, y se observan casi siempre en los estrangeros recien llegados.

Finalmente y en la imposibilidad de encontrar causas plausibles en algunos casos, los autores han recurrido á una *diatésis aneurismática.*

Entre las causas ocasionales colocaremos las contusiones, golpes, estensiones bruscas etc.

En las observaciones 1ª, 2ª. y 3ª., fué debida la enfermedad á esta última causa.

Síntomas.

Cualquiera que sea el modo como principia la enfermedad, se presenta siempre bajo la forma de un tumor mas ó menos redondeado ú ovoideo, colocado en el trayecto de una arteria, indolente á la presion, blando y reductible en parte, sin cambio de coloracion en la piel, presentando latidos de espansion isocronos á los del corazon, perceptibles no solo á la palpacion sino tambien á la simple vista.

Los autores señalan un ruido de roce que se percibe con mucha facilidad, aplicando la mano en el tumor.

El fenómeno es fácilmente esplicable y nada ilógico seria que sucediera, confesando por nuestra parte, que por mas que nos hemos esforzado no hemos podido percibirlo en nuestras observaciones.

Si se comprime la arteria entre el corazon y el tumor, este disminuye de volúmen, sucediendo lo contrario si la compresion se hace entre el tumor y los capilares.

Si se aplica el oido solo ó provisto del estetóscopo, sobre el tumor, se oye un ruido de soplo áspero, correspondiendo al sístole del corazon.

Broca y otros han señalado la existencia de dos ruidos de soplo, correspondíendo el uno al sístole del corazon y el otro al sistole arterial.

El fenómeno es fácil de esplicar, mas confieso injenuamente que no los he oido sino en un caso de aneurisma de

la poplitea (observacion 2ª.) Estos ruidos desaparecen por la compresion de la arteria entre el tumor y el corazon.

¿Por qné se producen estos ruidos? Diversas esplicaciones se han dado al respecto. El 1.° parece ser debido á la agitacion vibratoria de los bordes del orificio aneurismal, debido al paso de la sangre de la arteria al saco.

En cuanto al 2.° parece ser debido á la vuelta rápida de la sangre á la arteria, por la contraccion ó retractilidad del saco, haciendo vibrar los bordes del orificio á su salida, de la misma manera que á su entrada.

A medida que la enfermedad progresa, algunos de los síntomas se modifican. Así por ejemplo, la consistencia del tumor aumenta, por la presencia de coágulos fibrinosos adosados á las paredes del saco por la degeneracion fibrosa ó cartilaginosa de este etc., por consiguiente disminuye su compresibilidad; el ruido de soplo se hace de mas en mas oscuro; llegando muchas veces á faltar por completo. En este estado, el latido espansivo es sustituido por el movimiendo de elevacion, lo que ha dado lugar á lastimosos errores.

El dolor, el edema, la dilatacion varicosa de las venas, la coloracion azulada de la piel, las luxaciones y fracturas son fenómenos que se muestran á medida que el tumor aumenta.

Marcha, duracion y terminacion.

No todos los tumores aneurismáticos, tienen una marcha igual. Algunos hay que permanecen estacionarios,

por un tiempo mas ó menos largo, llegando hasta citarse casos de individuos que han llevado dos y mas años esta clase de tnmores, sin ser de ningun modo incomodados y pudiendo entregarse con facilidad á sus tareas diarias, hasta que una causa cualquiera los ha colocado en circunstancias apremiantes, teniendo necesidad de recurrir á los auxilios del arte. Otros por el contrario, se desarrollan con suma rapidez, pudiendo influir considerablemente, en esta clase de marcha, la proximidad del tumor al corazon, la tenuidad de sus paredes y el diámetro del orificio del saco. De esto resulta que la duracion de un aneurisma es sumamente variable, y depende de muchas circunstancias, tanto internas como esternas.

Cualquiera que sea por lo demás la marcha del tumor, la enfermedad termina de dos modos constantemente: por la curacion espontánea ó la muerte.

Algunos autores señalan varios modos de terminacion espontánea de los aneurismas, los que han sido restringidos por otros á un cortísimo número.

Así, Crisp, admite la inflamacion del estremo de la arteria mas cercano al corazon, resultando de allí la formación de un tapon de linfa plástica, que impediria la llegada de la oleada sanguínea al tumor, siguiéndose por consiguiente la desaparicion de éste por los diversos modos señalados por los autores, tales como su supuracion, absorcion, etc.

Pero si tenemos en consideracion la poca vascularidad de las túnicas internas de las arterias, la oleada sanguínea que llevaria por delante cuanto depósito quisiera formarse de sustancias de esa natnraleza, la distension

contínua de la arteria por la sangre, que impediria la adhesion de sus paredes y otras circunstancias; llegaremos á concluir que, si la curacion puede hacerse de este modo, será en casos bien raros y en aneurismas pequeños.

La compresion que ejerce el tumor, á medida que se desarrolla sobre la arteria, es señalada tambien como medio de curacion espontánea. Para admitir esta circunstaucia, es necesario colocarse en cierto terreno, y señalar bien la direccion que toma el tumor, porque esto puede suceder en algunos. En otros faltaria completamente.

Así, supongamos un tumor aneurismal en la poplitea, que desarrollándose ha tomado hácia arriba y comprime en un punto cualquiera la arteria. Es claro que esta compresion, cesará desde el momento en que el tumor no recibiendo mas sangre, vacia la que tiene por el estremo inferior del vaso, y como es necesario la distension del saco por la sangre para que se ejerza la compresion, y no existiendo aquella cesará ésta, hasta que una nueva oleada lo ponga en las mismas circunstancias anteriores, resultando una compresion alternativa que no daria ningun resultado.

Mas si en vez de suponer el tumor, desarrollándose hácia la parte superior, lo suponemos hácia abajo, entonces es fácil ver. que la compresion seria constante, y por consiguiente vendria como consecuencia la formacion de coágulos fibrinosos que irian hasta obstruir el saco.

La gangrena, la obstruccion de la abertura de comunicacion entre la arteria y el saco por nn coágulo fibrinoso que se haya desprendido de las paredes de éste á conse-

cuencia de un movimieuto brusco, la inflamacion, ya termine ésta por supuracion ó por resolucion y por fin la formacion de coágulos fibrinosos, que obstruyen la comunicacion entre arteria y saco, que es la terminacion mas frecuentemente observada y mas natural han sido señalados como circunstancias capaces de producir la curacion de un tumor aneurismal.

Cuando el tumor crece considerablemente, sus paredes no pueden resistir y se rompen saliendo la sangre é infiltrándose en el tejido celular ambiente, donde mas tarde se produce un trabajo inflamatorio, la supuracion se abre paso al esterior, y con ella la sangre, dando por resultado hemorragias mortales.

La inflamacion del tejido celular peri-aneurismático, por una violencia esterior ó cualquiera otra circunstancia puede comunicarse al saco, ulcerarse éste, y dar resultados idénticos á los anteriores.

La erisipela flegmonosa, que algunas veces se desarrolla encima ó en los alrededores del tumor, puede dar los mismos resultados.

He observado el desarrollo de esta enfermedad en un aneurisma de la femoral, no pudiéndose ver su terminacion por la ligadura que muy á tiempo se practicó en la iliaca esterna.

La abertura del tumor en una cavidad articular, como sucede algunas veces en los aneurismas poplíteos, es otro modo fatal de terminacion.

Señalaremos por fin la gangrena de las estremidades y de las partes circunyacentes al tumor, que hace sucumbir al paciente en poco tiempo.

Diagnóstico.

No es siempre fácil distinguir un tumor aneurismal, de otro de naturaleza diversa.

Los tumores créctiles arteriales tienen latidos, movimientos espansivos y ruido de soplo, por consiguiente, podrian ser confundidos por un médico poco ejercitado, con un aneurisma.

Pero si se tiene en cuenta, que el ruido de soplo en esta clase de tumores es sumamente débil, sus latidos poco pronunciados y sus movimientos espansivos en estremo limitados, que el tumor no disminuye por la compresion de la arteria que se presume enferma, ni deja de presentar los síntomas anteriores, porque el tumor sigue recibiendo siempre sangre por los numerosos capilares que encierra, el diagnóstico podrá ilustrarse sin gran dificultad.

La dilatacion varicosa de las arterias puede confundirse en el primer momento con un aneurisma. Mas si se deja en reposo al enfermo, con un régimen dietético moderado, el ruido de soplo que presentaba al principio, así como sus latidos disminuyen considerablemente, pudiendo observarse entonces las flexuosidades del vaso, así como las de las arterias mas próximas.

He tenido ocasion de observar una dilatacion varicosa de la radial en un soldado del Contingente Riojano, que vino á consultarme al Hospital. En el primer momento creí tener que haberme con un tumor aneurismal, pero habiéndole observado durante ocho dias consecutivos

despues de hacerlo atender convenientemente, me convencí de mi error.

Una simple dilatacion arterial, puede simular algunas veces un tumor aneurismal por el ruido de soplo que presenta.

He observado una dilatacion de la humeral en la flexura del brazo, que al primer momento creí fuera un aneurisma, mas comprimiendo la arteria en la parte superior, el tumor desapareció completamente, lo que me demostró que no existia en ese punto sino una dilatacion del vaso.

Los tumores cancerosos, principalmente cuando están colocados en la estremidad de un hueso, como en la tibia, en su estremo superior, en los cóndilos del femur etc., pueden imponer tambien al práctico y hacerlo confundir con un aneurisma, dificultando en estremo el diagnóstico.

Mas la observacion atenta del tumor, la compresion que hace oir un ruido particular, llamado ruido de pergamino, debido á la ruptura de las láminóseas, las abolladuras que presenta, los dolores que tienen asiento en ese punto y que son característicos, el ruido de soplo que es mucho mas suave, los latidos que son muy débiles en comparacion al desarrollo del tumor, y por fin el estado general del indivíduo, son otras tantas circunstancias que ponen en el camino del diagnóstico.

Los quistès, los adenitis que tienen una arteria en el centro pueden tomarse por un aneurisma. Pero en aquellos su volúmen no varia, ya se comprima la arteria superior ó inferiormente, el ruido de soplo debido á la compresion del vaso es sumamente débil, sus movimientos son mas bien de elevacion que de espansion.

Los abcesos por congestion, que casi siempre están colocados en el trayecto de los gruesos vasos, pueden tambien ser confundidos con un aneurisma.

He tenido ocasion de observar en las salas de Clínica Quirúrgica, dos abcesos por congestion situados en la ingle derecha, que en el primer momento creimos que se trataba de aneurismas de la fémoral. Para cerciorarnos y hacer un diagnóstico serio, hicimos acostar al individuo en el decubito dorsal, redujimos el tumor, el cual desapareció completamente, lo que no hubiera sucedido si hubiera sido un tumor aneurismal; volviendo á tomar sus dimensiones primitivas cuando hicimos poner de pié al paciente

Por lo demás el ruido de soplo no existia en ninguno de ellos.

Muchas veces sucede que el tumor aneurismal, en un periodo bastante adelantado, no presenta ya la mayor parte de los síntomas característicos; el ruido de soplo se hace sumamente oscuro, por la espesa capa de coágulos fibrinosos que tapisan las paredes del saco, el tumor se pone duro y sus movimientos de espansion son sumamente limitados.

En estos casos, solo los conmemorativos bien referidos pueden ilustrar al práctico y sn falta llevarlo á cometer errores de consideracion.

Asi, ha sucedido á algunos que han abierto un tumor aneurismal tomándolo por una degeneracion cualquiera y otros han llegado hasta amputar miembros creyendo tener en su presencia un tumor canceroso.

Un tumor aneurismal inflamado puede ser tomado por un abceso.

Se refiere que el eminente práctico Velpeau padeció un errór de esta naturaleza, y abrió un aneurísma de la femoral creyendo operar un abceso.

Los conmemorativos ó la puncion esploratriz podran aclarar el diagnóstico, debiendo en estos casos obrar con mucha circumspeccion,

Pronóstico

El pronóstico de los aneurismas es siempre grave, y si es verdad que el arte posee hoy medios ventajosos para combatirlos, tambien es cierto que el mejor de ellos tiene sus accidentes próximos ó lejanos q' hacen temer siempre una funesta terminacion. Está subordinado al sitio, número, estado de las paredes de la arteria enferma y á la rapidez en su desarrollo y al estado general del paciente.

En igualdad de circustancias y en miembros iguales un aneurisma será tanto menos grave cuanto mas lejano se halle del centro circulatorio, por que espondrá menos á la obliteracion de ramos colaterales importantes, á la gangrena y demas complicaciones consiguientes.

Un solo aneurisma es menos grave que dos ó mas, ya situado sobre la misma arteria ó en otras diferentes.

Cuando las paredes de la arteria enferma estan friables ya por la propagacion del mal, ya por un estado patológico general ó local, entonces hay suma gravedad, por cuanto el tratamiento fracasará en muchos casos, pues lá arteria tenderá á romperse en el punto ligado y producir una hemorragia muy grave.

Si el tumor tiene una marcha rápida, será mas grave,

por cuanto puede afectar órganos de importancia antes de que se pueda recurrir á los medios convenientes para reprimirlo, como hubo de suceder en un aneurisma de la carotida primitiva derecha que tuve ocasion de observar en la sala de clínica quirúrgica, servida entonces por el Dr. D. Daniel Iturrios; en la cual sobrevinieron síntomas de asfixia por la compresion de la traquea, que pusierou en inminente peligro la vida del enfermo ó por la hemorragia que puede producir su ruptura-

Por fin agravará considerablemente el pronóstico, una enfermedad constitucional cualquiera, principalmente si ella ha sido la causa del desarrollo del tumor.

Vnatomia Patológica.

Los aneurismas se desarrollan bruscamente ó de uu modo lento. En el primer caso son el resultado de un golpe, un movimiento brusco &. que hace que las túnicas internas de la arteria se rompan y la sangre chocando contra la esterna sola, la obliga á distenderse, formando una bolsa' que se llama *saco*.

En el segundo caso, las túnicas internas por una causa cualquiera, como las concreciones calcáreas, degeneraciones ateromatosas, esteatomatosas, la sífilis, etc., se degastan ó se ulceran, y entonces la presion lateral de la sangre distiende la esterna.

Algunas veces el saco formado por las tres túnicas, (aneurismas verdaderos) aparece de volúmen pequeño, hasta que una causa ocasional cualquiera, tendiendo á

distenderlo, hace que las dos mas internas se rompan y el tumor aumenta entonces considerablemente.

Segun la forma que afecta el saco, han sido llamados los aneurismas: *crateiformes*, *sacciformes*, *fusiformes*, y por fin *disecantes*.

A medida que el aneurisma aumenta, se observan cambios en su constitucion, que pueden referirse; al saco, á la abertura de comunicacion entre el saco y la arteria y á los coágulos.

El quiste aneurismal aumenta de volúmen, y se hace mas espeso, ya sea debido á la aproximacion de las mallas del tejido celular ambiente, ya á degeneraciones fibrosas y cartilaginosas que puede sufrir.

Los órganos que le rodean están comprimidos ó levantados, como sucedió en el aneurisma de la observacion 4.ª

Algunas veces el tumor contrae adherencias con las partes vecinas y se vuelve mas denso y previene su ruptura.

La abertura de comunicacion es por lo general irregular, de bordes flotantes, desgarrados.

Algunas veces los bordes, en lugar de flotar se comunican en el interior del saco, constituyendo los aneurismas verdaderos. La mayor parte de las veces el aneurisma es misto esterno, ya sea primitiva ya secundariamente.

Sucede tambien aunque muy raras veces, que el saco se forma á espensas de la túnica interna, destruidas las esternas.

Aunque Scarpa no los admite, es indudable que existen.

La sangre que distiende el saco no permanece en estado líquido; una parte se coagula formando dos especies de coágulos y que Broca divide en activos y pasivos.

Los primeros son consistentes, sólidos, resistentes; los segundos son blandos, friables, de un color negruzco, semejantes á los que se encuentran en un foco sanguineo.

Las arterías próximas al aneurisma sufren tambien modificaciones en su direccion y calibre. «Cuando una artería emerge del punto de otra artería afectada de aneurisma, la primera se encuentra transportada sobre un punto del saco aneurismal, á medida que ésta crece, si el aneurisma se desarrolla en el ángulo de separacion de dos gruesos troncos arteriales, el uno es transportado sobre el tumor aneurismal.»

En cuanto á los desórdenes que los aneurismas causan en los órganos que los rodean, podemos referirlos á los siguientes:

Los músculos estan flacsos, comprimidos, aplastados, cambian de direccion y pierden su color rojo.

Los nervios tensos, aplastados, desorganizados, de donde resultan, fenómenos de dolor, entorpecimiento y paralisis.

Las venas y los linfáticos comprimidos, obliterados &. de donde viene el edema, la dilatacion varicosa de las venas, &.

Los huesos, á causa del trabajo de absorsion del quiste, se desgastan, se ponen friables, se luxan y se fracturan con mucha facilidad.

Tratamiento

Muchos métodos divididos en un sin número de procederes se han empleado en el tratamiento de los aneuris-

mas. Me contentaré con enumerarlos, deteniéndome en aquellos que he visto emplear con éxito.

En unos se trata de destruir el tumor, tales son:

La estirpacion (Purmann)
La cauterisacion
La abertura del saco. (Antillus)

En otros solamente modificarlos, tales son:

Los estípticos
Las moscas (Larrey)
El método endérmico
La acupuntura (Velpeau)
La sutura ensortijada (Malgaigne)
El amasamiento (Fergusson)
La aplicacion del calor (E. Home)
La aplicacion del frio
La compresion directa
La galvano-puntura. (Monteggia)

En fin otros que obran lejos del tumor, como

El tratamiento médico de Valsalba
La ligadura encima del saco
La ligadura debajo del saco
La ligadura encima y debajo del saco
La compresion indirecta.

Solo me ocuparé de la ligadura por el método de Anel modificado por Hunter y de la compresion digital.

Ligadura

La ligadura tiene por objeto obliterar la arteria en cualquier punto de su trayecto.

El primero que parece haber empleado este método es Anel. Nadie siguió á Anel quedando su método sepultado en el olvido, hasta que Dessault lo puso en práctica en un aneurisma poplíteo.

Consiste en ligar la artería entre el tumor y el corazon, lo mas cerca posible del primero.

Hunter mas tarde modificó este método, practicando la ligadura á bastante distancia del tumor.

No me detendré á describir la operacion, porque no habiendo observado ninguna modificacion en los procederes que señalan los autores, me parece que me estendería demasiado sin objeto.

Creo mas conveniente pasar á describir los fenómenos que he observado despues de practicada la ligadura.

Fenómenos que se observan en el tumor—Los latitidos, los ruides de soplo, los movimientos de espansion cesan inmediatamente, porque no llega ya al tumor el líquido que los produce. Su volúmen disminuye en razon directa de la cantidad de sangre líquida que contiene, porque las contracciones del saco la arrojan al canal de la artería. El tumor se endurece y continua disminuyendo. Suele suceder que éste se reblandece; despues de algun tiempo, principia á crecer y presentar latidos, debidos á la entrada de sangre por algunas ramas colaterales, exijiendo muchas veces una nueva operacion. Otras veces, pasados algunos dias, el quiste se inflama, supura y segun la posicion de él, resultan accidentes de suma gravedad. Asi, en el aneurisma que constituye la cuarta observacion, trece dias despues de la operacion principia á supurar, cuya supuracion se introdujo por la traquia y

produjo la muerte en cuatro dias, á pesar de que se practicó á tiempo la traqueotomia.

Tuve ocasion de observar la supuracion del saco, en un aneurisma de la humeral sin accidentes de ninguna clase.

Las hemorragias que sobrevienen despues de la abertura ó supuracion del saco, como hemos tenido ocasion de observar en un aneurisma de la femoral:

Fenómenos que se observan en el miembro que recibe sangre de la arteria ligada. Inmediatamente despues de la ligadura, el miembro palidece, se enfria, se pone mas ó menos insensible; y si estos fenómenos se prolongasen no tardaria en caer en gangrena á pesar de la aplicacion del calor que se hace en casos semejantes.

Algunas veces sucede, que los fenómenos de palidez y enfriamiento cesan, siendo sostituidos por una rubicundez y calor exajerados muchas veces, viéndose en la necesidad de modificar el restablecimiento de la circulacion colateral y una reaccion mas ó menos violenta.

Hé visto varias veces sobrevenir estos fenómenos.

Accidentes que pueden seguir á la ligadura. Con ocasion de la incision que se hace para buscar la arteria que se trata de ligar, se desarrollan muchas veces en ese punto, erisipelas simples, erisipelas flegmonosas, la inflamacion de los vasos linfáticos, resultando de ésto mas de una vez la absorcion purulenta.

Otras veces se observan hemorragias temibles ya sean primitivas ó consecutivas.

Las alteraciones en la circulacion y en la nutricion del

miembro, si bien desaparecen en la mayor parte de los casos, en otros persisten por un tiempo considerable, de donde resulta la atrofia, dolor, paralisis, debilidad en los, movimientos, calambres etc. debidos á la seccion de algunos nervios al practicar la operacion ó de su ligadura junto con la arteria.

Compresion digital

Voy á pasar por alto, las diferentes clases de conpresion que se emplean en el tratamiento de los aneurismas, para ocuparme esclusivamente de la compresion digital, la única que he visto aplicar con éxito completo, al Dr. D. Manuel A. Montes de Oca, en el enfermo que constituye la observacion quinta.

Consiste el proceder, en hacer comprimir con el dedo la arteria, rechazándola contra el hueso vecino.

Como se ve, es necesario disponer de muchas personas inteligentes, porque si la operacion se confía á manos poco diestras; sucederá indudablemente que si uno comprime exactamente, otro dejará pasar una cantidad mayor ó menor de sangre, y no podrá obtenerse resultado alguno. Indudablemente por esta circunstancia, este proceder es poco usado.

El cirujano á que me refiero, pudo salir airoso en la empresa, porque disponia de los alumnos de 2° año, que son numerosos y todos se prestaron con gusto.

Por la poca inteligencia de los ayudantes, puede suceder que el enfermo sufra mucho en el punto comprimido; porque se aprieta demasiado con el dedo. El modo de su-

plir á este inconveniente se supone desde ya; disminuir la fuerza comprimente.

Los efectos de la compresion dijital son rápidos y puede decirse que se hacen en un tiempo mucho menor que el que se emplea en cualquiera otra compresion.

Antes de practicar la operacion debe el cirujano preparar su enfermo. Esta preparacion consiste en colocar el paciente en una cama cómoda, donde pueda permanecer algunos dias sin moverse; administrarle opiados para calmar los dolores, demostrarle la sencilles del proceder operatorio y las ventajas incontestables que tiene sobre otros métodos y sobre todo que si ella no tuviese efecto, habria siempre tiempo para practicar la ligadnra con mejor suceso; mejorar su constitucion si se encontrase demacrado por la enfermedad, administrandole tónicos y buena alimentacion; sangrar y administrar hipostenizantes como la digital en los pletóricos; cubrir la parte que vá á comprimirse con una piel de gamusa ó polvos de colofonia, para evitar la mortificacion de la piel sobre la que comprime.

Miéntras se practica la operacion debe hacerse una compresion moderada sobre el tumor, no debiendo estenderla nunca á todo el miembro, para no perturbar la circulacion colateral, que podria traer resultados graves, como la gangrena, etc.

El cirujano de cabecera debe vijilar que la compresion sea bien hecha y examinar atentamente todas las modificaciones que sobrevengan.

Los fenómenos que se observan en el tumor son los mismos que cuando se practica la ligadura, salvo que

éste no disminuye tan prontamente, porque siempre se deja pasar una pequeña cantidad de sangre, mientras se forma el coágulo obliterante. En cuanto á las otras modificaciones que sobrevienen, son menos frecuentes enésta que en la ligadura.

En la observacion 5ª sobrevino la anestesia del miembro y la gangrena de la estremidad inferior.

Paralelo entre la ligadura y la compresion digital.

Los numerosos accidentes que sobrevienen en la ligadura, los que disminuyen considerablemente en la compresion digital, hace que esta última, sea preferible en la medicina operatoria de los aneurismas.

Como he dicho antes la dificultad consiste solamente en encontrar ayudantes bastantes intelijentes.

Obstruyendo completamente y de una vez la artería por la ligadura hay que temer que no se establezca con la prontitud requerída, la circulacion colateral; de donde resultan fundados temores de gangrena; en la compresion digital ella tiene lugar raras veces, por cuanto una pequeña cantidad de sangre pasa por la artería, y ayuda á la nutricion del miembro, mientras que las colaterales se dilatan para llevar mayor cantidad de líquido. Por lo demas, empleando la compresion digital, se abre un camino si esta no tiene buen éxito, para practicar la ligadura con mayores probabilidades de buen suceso, porque la circulacion colateral está en cierto modo establecida ya, costando poco establecerse por completo despues de hecha la ligadura.

Por otra parte, mientras que la ligadura necesita una

operacion mas ó menos sangrienta, con esposicion á heridas de nervios, vasos linfáticos, etc., la compresion digital deja intacta la piel, y si es cierto que puede suceder que esta se mortifique, en un punto muy circunscrito, por falta de precauciones, ya de parte del cirujano, ya de los ayudantes, como sucede cuando no se coloca sobre el punto comprimido la gamusa ó colofonia ó cuando se comprime demasiado fuerte, es cierto tambien que este accidente es poco temible y fácil de remediar.

En fin en la compresion digital no pueden sobrevenir los temibles accidentes que se observan en la ligadura, tales como las hemorragias primitivas ó consecutivas, erisipela simple ó flegmonosa; la linfangitis, la absorcion purulenta, la inflamacion del saco por continuidad su supuracion etc.

Los accidentes comunes que se observan en ambos métodos, tales como la inflamacion y supuracion del saco, la anestesia del miembro y la gangrena sobrevienen cou mucha menos frecuencia en la compresion digital que en la ligadura. Así es que. solo 4 ó 5 por 100 mueren de accidentes de esta naturaleza en la compresion, mientras que en la ligadura llegan hasta un 25 por 100. Agreguense á todo ésto, la influencia moral que ejerce sobre el paciente la vista del manual operatorio desarrollado para practicar la ligadura, principalmente si ha tenido ocasion de observar algun caso desgraciado, ó tiene noticías de él, compárese con el consuelo que recibe al tener cerca de él, á un ser mas ó menos interesado en su curacion, que le prodiga palabras dulces y consoladoras, y se verá la diferencia considerable que hay entre uno y otro proceder, respecto á la parte moral del paciente.

Primera Observacion

Gregorio Villalon, de nacionalidad argentino, de 23 años de edad, estado soltero, trabajaba en San Nicolás de los Arroyos en un almacen por menor.

Sus padres han sido siempre sanos, la madre murió de asma y no recuerda haya padecido otra enfermedad. El padre vivia y jamás se habia quejado de ninguna dolencia El individuo que nos ocupa ha disfrutado siempre de una perfecta salud, salvo una gonorrea que tuvo hace como cuatro años; en su examen esterior no encontramos ninguna señal que nos permita creer haya padecido alguna enfermedad sifilítica.

Hace como nueve años que queriendo entrar á caballo en su casa, espantóse éste, dándole por tierra y cayendo de pié; no sintió novedad alguna y en el momento pudo caminar hasta su pieza; pero á los ocho dias tuvo que ponerse en cama por un fuerte dolor que le sobrevino en el talon derecho: estuvo tres meses con este mismo dolor, despues del cual se levantó sin encontrarse completamente bueno, pues que cada 4 ó 5 dias se inchaba la parte anterior de la rodilla y el maléolo interno de la misma pierna.

Estas novedades venian acompañadas de un dolor lento que se los calmaba con remedios caseros que se hacia.

Sin embargo, él continuaba en sus quehaceres y no le impedia montar á caballo como antes lo hacia; pero hace un año que principió á incharsele la misma rodilla y el

maléolo interno acompañada siempre de dolor que cada dia se hacia mas intenso á medida que la hinchazon ó edema aumentaba en estension; tomando la corba y parte inferior de la pierna: lo que mas le llamó la atencion entonces fueron los latidos que sentia en esa region y que cada dia tomaba mas intensidad y que le obligaron á estar en reposo en su cama, hasta que por fin se resolvió á venir á esta ciudad á buscar el auxilio de la ciencia y fué recibido eu el Hospital General de Hombres el 15 de Abril de 1870.

Este enfermo solia acusar un fenómeno notable que consistia en un fuerte dolor que se estendia a toda la pierna particularmente cuando la tenia desabrigada y con el los latido del tumor se hacian con mas frecuencia

Este enfermo ocupó el numero 23 de la sala de Clínica Quirúrgica. Su estado general era bueno, su constitucion robusta, su temperamento sanguineo. Todas sus funciones se hacian con regularidad y entereza. Su estado era lizonjero y nos hacia creer que tendria un resultado feliz.

El aparato respiratorio se encontraba bien, asi como el circulatorio a no ser los latidos del corazon que parecian estar un poco alterados en su ritmo, siendo á veces intermitentes, sin presentar ninguna lesion, pudiendo esplicarse este trastorno por un estado nervioso á concecuencia de sus sufrimientos, desapareciendo despues asi que la mejoria se hizo sentir.

La frecuencia del pulso era de 66 pulsaciones por minuto. Los órganos digestivos funcionaban bien y con regularidad.

Sus miembros eran proporcionados á su talla y no pre-

sentaban nada de notable, á no ser el derecho que en su articulacion del muslo con la pierna y en su pa te posterior presentaba un tumor, cuyo volúmen escedia al de un huevo de avestruz ocupando la region poplítea; era blando é indolente, sus latidos eran muy manifiestos no solo á la palpacion sino tambien á la simple vista, siendo isócronos con los latidos del corazon. Hecha la compresion en la arteria femoral en la parte superior del tumor, los latidos dejaron de sentirse disminuyendo su volúmen para volver á tomar sus dimensiones primitivas así que la compresion cesaba.

La auscultacion nos revelaba en la parte donde existia el tumor, un ruido de soplo que se estendia á la parte inferior del muslo hasta la altura del anillo del tercer adductor. La piel en este punto no presentaba alteracion alguna.

El enfermo fué examinado por el catedrático de Clínica Quirurgica Doctor Don Juan José Montes de Oca y habiendo diagnosticado una aneurisma de la poplítea, mandó poner un torniquete en la parte superior del miembro con el objeto de hacer una compresion graduada, sobre la arteria femoral.

Este enfermo fué encomendado á los asiduos cuidados de mi inteligente cólega Don Ignacio Pirovano practicante mayor de dicha sala, á quien se le recomendó ligara la femoral; el punto de eleccion fué su tercio superior.

La operacion fué practicada con toda destreza y habilidad en un momento, sin accidente de ninguna naturaleza. Practicóse la primera curacion como de costumbre, sintiendo el enfermo en la noche de ese dia un dolor en la

rodilla y en el talon acompañado de un lijero movimiento febril.

El segundo dia la temperatura de la pierna aumentó de dos grados, se le retiraron los sacos de afrecho caliente que cubrian el miembro que de exprofeso habian sido colocados pare mantener la temperatura en un estado regular quedando tan solo una botella de agua caliente aplicada al pié.

Siguió el dolor hasta el quinto dia, al cabo del cual, principió á desaparecer asi como igualmente la fiebre; y el enfermo pidió alimentos.

La herida presenta un buen carácter y al vigésimo dia cayó la ligadura, dejando un trayecto fistuloso por donde salia el pus de un abceso formado profundamente y cuyo pus era de buena calidad.

Siguió supurando por espacio de un mes, hasta que se cerró completamente la fistula.

El tumor continó disminuyendo, hasta pue salió de alta el dia 3 de Sectiembre de 1870 completamente sano.

Segunda observacion

Tomas Mensias paraguayo, estado soltero, de edad de 26 años, temperamento sanguineo bilioso, soldado de caballeria de Lopez en la guerra del Paraguy á cuyo servicio estuvo dos años, hasta que cayó prisionero en Humaytá entró al Hospital General de Hombresel dia 22.de Agosto de 1870 y ocupó el número 16 de la sala 4ª al servicio del Dr. Rawson. Hacia año y medio que estába en Buenos Ayres, y trabajaba de peon en el campo.

No da antecedente alguno de familia; dice no haber conocido á sus padres ni tampoco sabe las enfermedades que hayan sufrído durante su vida ó de las que hayan muerto

Este individuo refiere haber padecido enfermedades sifilíticas, como lo prueban las cicatrices que lleva en las íngles de bubones formados en esta region.

Un dia habiendo salido á su trabajo recibió un golpe, cayendo del caballo sobre el pié izquierdo, á consecuencia del cual estuvo como seis dias sin poder mover la pierna y el brazo del mismo lado. Despues de este tiempo principió á sentir un dolor en la rodilla que le duró como cuatro meses, durante los cuales siguió trabajando á pié; en seguida continuó sus trabajos á caballo y á los pocos dias principió á notar que el pie se le ponia ademato so; gradualmente el edema se estendió á la pierna, apareciendo entonces el tumor en el hueco de la corva estendiendosé hasta la parte inferior é interna del muslo, cuyo volúmen aumentaba cada dia.—De esta manera continuó en su trabajo como dos meses hasta que tuvo que suspenderlo por los dolores, y la imposibilidad absoluta para mover el miembro, obligándole á permanecer en cama y buscar remedio para su mal. La pierna estaba en semi-flexion sobre el muslo, siendolé ímposible la flexion ó estension completa; los músculos comprimidos y el tejido celular condensado, parecian oponerse á la produccion de estos movimientos.

De este modo, permaneció en cama por espacio de dos meses haciendosé remedios caceros hasta que se resolvió á venir al Hospital, donde fué recibido el dia indicado.

Este individuo fué conducido en una camilla á la cama

que ocupó, por serle materialmente imposible caminar por los motivos arriba mensionados.—Examinado el miembro inferior izquierdo presentaba un notable aumento de volúmen y el pié y la pierna edematosa; el tejido celular de la pantorrilla endurecido, el tumor aneurismatico de grandes dimensiones ocupaba no solo la region poplitea sino que se entendia á la parte inferior é interna del muslo; sus latidos eran muy perceptibles; su volúmen disminuia por la compresion de la femoral en su parte superior.—A la auscultacion se oia un ruido de soplo muy manifiesto, isócrono con el sistole ventricular del corazon. La piel en estas partes estaba íntegra.

Su estado general era bueno, todas sus funciones se hacian bien y con regularidad; examinado por el médico de la sala, el enfermo se puso en observacion y se dió principio al tratamiento por la compresion mecánica hecha con el torniquete de Dupuytren en la parte superior de la arteria femoral. Encargóse del enfermo mi amigo y compañero de estudios D. Jacob T. Pinto practicante mayor de la sala 2ª.

La compresion se hizo por espacio de algunos dias, sacando muy poco partido de ella, pues la indocilidad del enfermo y el mal estado del instrumento de que se servia no correspoudian á los deseos de este amigo, no obstante se consiguió disminuyera algo su volúmen. Como á los veinte dias de este tratamiento se decidió practicar la operacion que fué efectuada el 29 de Setiembre, al mes de estar en el hospital por el jóven Pinto en presencia del Doctor Rawson.

La operacion se hizo con todas las reglas del arte, en-

contrandosé alguna dificultad para llegar á donde estaba la arteria, por que el volúmen del tumor hizo cambiar en parte las relaciones de los músculos con este vaso. Hecha la ligadura se constató la cesacion de los latidos del tumor aneurismatico y se practicó la primera curacion como de costumbre, se puso el enfermo en cama y se trató de mantener el miembro á una temperatura conveniente por medio del calor artificial. Durante el dia pasó bien y por la noche con un poco de fiebre; durmió algunas horas, sintiendo de cuando en cuando dolor al pié.

Al dia siguiente continuó lo mismo, hasta el tercer dia en que principió á supurar la herida; en los dias siguientes hasta el undécimo en el que cayó la ligadura lo pasó bien; el dia vigésimo cicatrizó completamente, permaneciendo en cama con un vendaje circular de la pierna y parte del muslo hasta los dos meses que principió á caminar con muletas. como veinte dias con baston y despues sin él.

El enfermo aun no estaba cúrado y el tumor no habia desaparecido; en algunos puntos el tejido celular estaba endurecido. Salió de alta el dia 6 de Enero de 1871.

Observacion tercera.

Juan Dalman, español, de 40 años de edad, estado soltero, temperamento sanguíneo-linfático, de constitucion deteriorada: refiere que hace como cuatro años estando en Paysandú durante el sitio, quiso saltar una muralla y sintió un fuerte dolor en la ingle izquierda, apareciendo al mismo tiempo una pequeña dureza qne los médicos con quienes se hizo reconocer opinaron que se trataba de un

bubon sifilitico. El ungüento mercurial unido á la belladona y las cataplasmas emolientes fueron los remedios que usó continuamente, hasta que siéndolé imposible caminar, vino al hospital, donde fué recibido el dia 5 de Mayo de 1870 y ocupó el núm. 34 de la sala de Clinica Quirúrgica.

Examinado por el Doctor Iturrios, encargado del servicio de esta, diagnosticó ser una aneurisma de la femoral en su cnarto superior.

En efecto, limpiado el enfermo de la capa de ungüento que cubria el tumor, se podian apreciar los latidos por la palpacion y aun á la simple vista; á la auscultacion se oia muy manifiestamente un ruido de fuelle isócrono al sístole del corazon.

La piel que cubria el tumor era el asiento de una erisipela flegmonosa que se estendia como á cuatro centímetros al rededor del mismo.

El enfermo fué sometido á un tratamiento antiflogístico hasta el dia 13 de Mayo en que el pus amenazaba abrirse paso al esterior. El temor de un accidente serio obligó al Doctor Iturriós á practicar la ligadura de la iliaca esterna cerca de su origen: la operacion fué practicada segun todas las reglas del arte, abriéndose mas tarde el abceso que dió una cantidad de supuracion y con ella gran cantidad de coagulos, produciéndose inmediatamente una gran hemorragia que fué dada por las anastómosis de la iliaca interna con el saco, haciéndose necesario practicar el taponamiento.

Terminada la operacion, se hizo la curacion como de costumbre y se puso el enfermo en cama.

Tuvo dolores en todo el miembro, siendo estos mas fuertes durante la noche:—enfriamiento, inquietud, fiebre, delirio etc., fueron el cortejo de sintomas alarmantes que presentó el enfermo ese dia.

El dia 14 por la mañana se encontraba mal, habian flicternas en el miembro, rijidez, se puso azulado y tumefacto, la gangrena no se hizo esperar y el enfermo murió ese mismo dia.

Este individuo no dió antecedentes de familia. Recordó si, haber tenido durante su juventud gonorreas y bubones.

Observacion cuarta.

José Castañares, Argentino, de 40 años de edad, estado casado, temperamento bilioso, de profesion panadero y últimamente vigilante, entró al Hospital el dia 30 de Diciembre y ocupó el número 9 de la sala de Cirujía.

Refiere haber padecido cuando jóven de una gonorrea y chancros; ha tenido quistes en el cuero cabelludo y en la frente, que fueron operados por el Dr. D. Juan José Montes de Oca; tenia ademas un ano contra natura en el escroto del costado derecho, producido á consecuencia de una hernia que no se pudo reducir. Los padres han muerto, y no recuerda hayan padecido enfermedad alguna de larga duracion. Examinado el enfermo el dia de su entrada, presentaba un voluminoso tumor en el cuello, al costado derecho, que se estendia hácia arriba hasta el lóbulo de la oreja del mismo lado, hácia fuera y en su parte superior, estaba limitado por el borde interno del múscu-

lo trapecio, levantando el esterno mastoideo del mismo lado; por la parte inferior llegaba á tres traveses de dedo antes del borde superior de la clavícula, hácia adelante pasaba la línea media y rechazaba la laringe y el hioides, perturbando la deglucion y la fonacion. La voz estaba alterada en su timbre, era ronca; la respiracion difícil por la compresion que ejercia sobre la traquea el crecimiento rápido del tumor.

Los síntomas eran alarmantes y era necesario una pronta intervencion; al dia riguiente lo vió el Doctor Iturrios encargado del servicio de la sala y aprobó el dignóstico que el dia antes habiamos hecho con mi distinguido cólega y amigo Ignacio Pirovano, que apesar de la rapidez con que se habia desarrollado el tumor, y el volúmen que presentaba como tambien la existencia sobre él, de picaduras de sanguijuelas ordenadas por un curador, creimos que se trataba de una aneurisma de la carótida primitiva derecha; los latidos que presentaba á la palpasion y á la simple vista, como tambien el ruido de fuelle isócronos con el latido de las radiales, no nos dejaba duda alguna de la exactítud de nuestro juicio formado.

El treinta y uno de Diciembre se practicó la ligadura de la carótida primitiva por el procedimiento de M. Sedillot sin ningun accidente. Durante el dia el paciente tuvo fiebre, el pulso daba 140 pulsaciones por minuto, sed y anorexia. Se le dió como tratamiento bebidas refrescantes, mantenieudo tópicamente ei calor artificial con sacos calientes.

El dia primero de Enero la fiebre persistia y se le daba el mismo tratamiento interno, cubriéndole el tumor con

cataplasmas y notándose en seguida una disminucion en el volúmen.

El dia 2 la fiebre disminuye y el pulso es menos frecuente; el enfermo tiene sed, pero menos que el dia de la operacion, buen apetito, el tumor disminuye y su consistencia cambia de duro qne era en blando y depresible.

El dia 3 estuvo muy bien y la herida principió á supurar.

Los dias 4, 5 y 6 siguió la mejoria.

El dia 7 cayó la ligadura, continuando la supuracion de la herida y la disminucion del tumor de una manera notable.

Los dias 8 y 9 nada de notable ocurrió.

Los dias 10 y 11 el enfermo estuvo bien.

Los dias 12 y 13 habia bastante tos y el enfermo no se encontraba tan bien.

El dia 14 la toz aumenta, principiando á haber perturbacion en la respiracion, pues esta no es tan franca como la de los dias anteriores; la afonia aumenta.

El dia 15 hay acceso de sofocacion presentando síntomas de afixia; por la noche fué necesario practicar la traqueotomia en momentos que el enfermo parecia espirar.

La noche la pasó bien, estaba mas calmado.

El dia 16 siguió lo mismo.

El dia 17 principió á echar por la cánula una sanies pútrida y fétida, hasta las dos de la tarde que falleció.

La autopsia nos demostró que el saco habia supurado, y se habia vaciado en el interior de la traquea.

Observacion quinta.

Debido á la amabilidad del Dr, D. Manuel A. Montes de Oca, pude observar el siguiente caso.

José Aguirre, español, 41 años de edad, temperamento sanguíneo, de profesion herrero, constitucion robusta.

No recuerda haber padecido enfermedades de larga duracion. Hace 6 años tuvo una gonorrea de la cual sanó fácil y completamente,

Hacen tres años y medio poco mas ó menos que perdió su esposa y algunos miembros de su familia. Con este motivo sus negocios se pusieron en mal estado, por lo cual se afectó profundamente.

De esto resultó que tuvo necesidad de entregarse á mayores fatigas, para mejorar su posicion.

Hace siete meses, dirijia trabajos de madera en la provincia de Córdoba, y obligado en cierta circunstancia á hacer un gran esfuerzo, sintió un dolor vivo hácia la corba derecha, el cual desapareció por algunos dias, para reaparecer mas tarde, y siguió de un modo intermitente, coincidiendo su aparicion con los cambios atmosféricos, y haciéndose de vez en vez mas agudos, hasta el punto de no poder permanecer de pié, y viéndose en la necesidad de colocar este sobre una silla para calmar los dolores vivos que sufria.

Cuatro meses despues advirtió que el pié se ponia edemataso, volviendo á su estado normal durante la noche. Luego notó que la rodilla y la pierna aumentaban de volúmen, principiando por la corva. En este estado se hizo

ver por un facultativo, el que le mandó una bebida y una untura. Siguió con este tratamiento por algunos dias, sin guardar cama, á pesar de serle muy penosa la marcha.

Los dolores, la pesantez y la fatiga le obligaban á descansar, despues de caminar dos ó tres cuadras.

Asi pasó algun tiempo, hasta que el acrecentamiento continuo de los dolores le obligaron á guardar cama para atenderse con mas cuidado.

En esta época, su médico le mandó un caustico á la corva y sanguijuelas á la rodilla.

En una consulta que hubo, se opinó que debia practicarse una operacion lo mas pronto posible.

Despues de esto fué llamado, el Dr. D. Manuel Augusto Montes de Oca, quien diagnóstico un ªaneurisma de la poplitea acompañado de otro de la femoral, situada esta última á dos traveses de dedo debajo del arco crural, de un tamaño considerable la 1.ª y la 2.ª del de un huevo de paloma.

Apesar de la divergencia de opiniones sobre el tratomiento que debia emplearse, prevaleció el de nuestro maestro, que consistía en la compresion digital de la iliaca esterna sobre la rama horizontal del púbis.

Comenzó á practicarse el 24 de Agosto á las dos de la tarde, por los alumnos de 2.° año, consiguiéndo la completa obliteracion de la arteria despues de 52 horas de compresion. Al mismo tiempo, el emfermo tomaba ópio, para calmar los dolores, que eran agudos, desde algunos dias antes.

El dia 27, se presentaron síntomas de gangrena en el pié yen la pierna, acompañados de una anestesia completa.

Los dias 28, 29, 30 y 31 el enfermo no se encontraba bien. Tuvo vomitos repetidos, anorexia, sed, pulso frecuente y pequeño. Mientras tanto, la gangrena seguia adelante, habiendo principiado por el pié, y limitádose á este, que se esfaceló.

A beneficio de un tratamiento tónico, se pudo modificar el organismo levantando las fuerzas del paciente.

Diez dias despues se notó la entrada de sangre en el tumor, el que seguia disminuyendo á pesar de esta.

El 11 de Setiembre se recurrió nuevamente á la compresion, la cual duró doce horas, que bastaron para la obliteracion completa, no solo del aneurisma poplitea, sino tambien del femoral.

Hoy (1 ° de Noviembre) el enfermo se encuentra muy bien; está próxima á cicatrizar la superficie descubierta por la gangrena: camina con muletas.

Esta Tésis está de acuerdo con las prescripciones del Reglamento de la Facultad.

Buenos Aires, Enero 10 de 1872.

SANTIAGO LARROSA.

V.° B.°

Teodoro Alvarez.

PROPOSICIONES ACCESORIAS.

1.ª ¿Cómo se opera la absorcion de las grasas, y qué vasos las llevan al torrente circulatorio?

2.ª Los medicamentos llevados al interior del organismo ¿son ó no asimilados?

3.ª Puer non laborat podagra ante veneris usum.—(Hip. afor. XXX sec. 6.ª)

4.ª ¿Cuáles son las complicaciones de las heridas?

5.ª El tratamiento por la compresion del aneurisma incipiente ¿es ó no preferible á la ligadura y á la inyeccion como medio general?

6.ª ¿Cómo y cuándo puede hacerse la version en la primera y segunda presentacion de la espalda?

7.ª Puede parir una mujer sin tener conocimiento del parto.

8.ª Diagnóstico diferencial entre la bronquitis y la tuberculizacion incipiente.

.....

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BUENOS AIRES