

HEMATOMAS PROFUNDOS DEL MUSLO (*)

Dr. Eduardo C. Palma y Br. Francisco Gómez Gotuzzo

En comunicaciones anteriores hemos descripto los espacios celulosos del muslo y los flemones que en ellos se desarrollan.

El muslo es una región en donde se producen con frecuencia lesiones traumáticas, pero ellas son vistas y tratadas por los traumatólogos. Desde hace varios años es muy poco frecuente en nuestro país el ingreso de traumatizados a los servicios de cirugía general.

Sin considerar las fracturas, el muslo es una región en la que con frecuencia se producen lesiones traumáticas. Hay en ella múltiples y grandes músculos, muy vascularizados y poderosos, en los que los traumatismos directos o indirectos pueden producir rupturas de vasos sanguíneos y de haces musculares, con los hematomas correspondientes. La existencia de grandes espacios celulosos constituyen especies de celdas preformadas, en que pueden colectarse fácilmente los derrames sanguíneos. La vida moderna, con su mecanización creciente, el incremento de la industria y la práctica de los deportes, favorecen la producción de estas lesiones.

Este capítulo de la patología traumática, a pesar de su importancia creciente, ha sido olvidado por los investigadores. No hemos encontrado, en nuestra pesquisa bibliográfica, descripciones de los hematomas profundos del muslo.

Personalmente hemos asistido pocos casos, la mayoría de los cuales no han sido documentados. Presentaremos algunos hechos y sugerencias, con la sola finalidad de iniciar el estudio de este capítulo de la patología.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de octubre de 1952.

He aquí un caso reciente, muy demostrativo: S. G. G., 23 años, sin antecedentes personales de importancia, sufre el 29-VII-1951, un traumatismo importante en su muslo derecho, mientras jugaba al foot-ball (rodillazo de otro jugador), siendo derribado y sintiendo dolor intenso en el lugar contusionado. Tuvo impotencia parcial por breves minutos, pero pudo luego levantarse por sus propios medios y jugar durante 20 minutos; al cabo de los cuales debió abandonar el juego, por el intenso dolor e impotencia funcional parcial, hallándose tumefacto su muslo. El masajista le efectuó enérgicos movimientos de flexión y extensión de la rodilla, y masajes en el miembro, al cabo de los cuales se sintió peor. Desde entonces quedó con gran dolor, tumefacción, en su muslo e impotencia funcional, teniendo la rodilla en extensión. Durante 6 días se le mantuvo a reposo absoluto, con horno y sedantes. No mejoró en absoluto pareciendo, al contrario, haber aumentado sus trastornos. A partir del día siguiente al traumatismo (30-VII-951), su rodilla se puso tumefacta y apareció una febrícula persistente.

El examen efectuado el 4-VIII-951 mostró: Buen estado general, pulso 90, temperatura axilar $38^{\circ} \frac{2}{5}$. Gran tumefacción difusa del muslo derecho, en toda la logia anterior, pero predominando netamente en la zona ántero-externa, y más en la unión del $\frac{1}{3}$ medio y $\frac{1}{3}$ inferior. No había rubor, ni circulación colateral. La rodilla se encontraba también tumefacta, hallándose el miembro en extensión, e inmovilizado por el intenso dolor. A la palpación se percibía dolor local en el muslo, en la zona de la tumefacción. No había infiltración superficial, circulación colateral, ni otras modificaciones de la piel, ni del tejido celular subcutáneo. La presión, aún moderada, producía gran dolor a ese nivel, no percibiéndose fluctuación superficial, ni profunda. La rodilla se encontraba tumefacta, con distensión de sus fondos de saco articulares y levantamiento a tensión de la rótula; para poder percibir el choque rotuliano era necesario deprimir enérgicamente la rótula, a causa de la tensión del derrame articular. La rodilla no era dolorosa a la presión en parte alguna, no teniendo movilidad anormal, y hallándose inmovilizada en extensión.

Todo movimiento activo era imposible, por el intenso dolor. La movilidad pasiva permitía una flexión de 15°, como máximo, siendo detenida por el intenso dolor a distancia, en la zona tumefacta del muslo. No había adenopatía crural y el resto del miembro no ofrecía particularidades.

Con esta sintomatología se hizo diagnóstico de hematoma profundo de la logia anterior del muslo, de localización subcuadricipital.

Múltiples hechos apoyaban este diagnóstico: el antecedente traumático; la impotencia funcional del miembro, sin signos de fractura; la importancia de la tumefacción del muslo, sin gran tensión; el dolor espontáneo, mayor aún a la presión; la producción del dolor a distancia en el movimiento de flexión pasiva de la rodilla; el estado febril, etc. La carencia de fluctuación profunda hacía pensar que el derrame era grande y a tensión, quizás con múltiples coágulos, con comienzo de organización. El derrame articular de la rodilla se interpretó como hidartrosis reaccional secundaria, en base a la carencia de síntomas locales inflamatorios, y a su aparición retardada con respecto al accidente. Esta hidartrosis era un nuevo elemento de juicio a favor de la localización subcuadricipital de la colección sanguínea, pues ella no se produce en los derrames de las otras logias del muslo. En los hematomas subcuadricipitales, la bolsa y el fondo de saco subcuadricipitales quedan rodeados por el derrame sanguíneo, originándose secundariamente la hidartrosis.

De acuerdo a nuestro criterio y la experiencia obtenida en otros casos, se decidió cambiar la terapéutica y operar el enfermo a la brevedad posible.

Fué intervenido el mismo día (Dr. E. Palma y Pte. F. Gómez Gotuzzo), bajo anestesia general. La punción articular permitió extraer de la rodilla 25 cms. de líquido citrino oscuro, siruposo, sin sangre. Se efectuó una incisión longitudinal de unos 15 cms. en el muslo derecho, en su parte ántero-externa y en la unión del 1/3 medio y 1/3 inferior, seccionándose la piel, el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis superficial, que eran de características normales. Los músculos vasto externo y recto anterior no presentaban particularidades, si bien se encontraban levantados y distendidos por la tumoración pro-

funda. Se atravesó el plano del vasto externo, clivándolo algo por encima de su parte media, oblicuamente hacia abajo y adelante, en la dirección de sus fibras musculares, que no fueron cortadas. Se respetó su paquete vásculo-nervioso, que descendía longitudinalmente en la parte media de la incisión, liberándolo hacia arriba y abajo, y reclinándolo. Se incindió longitudinalmente la lámina aponeurótica profunda y se atravesó

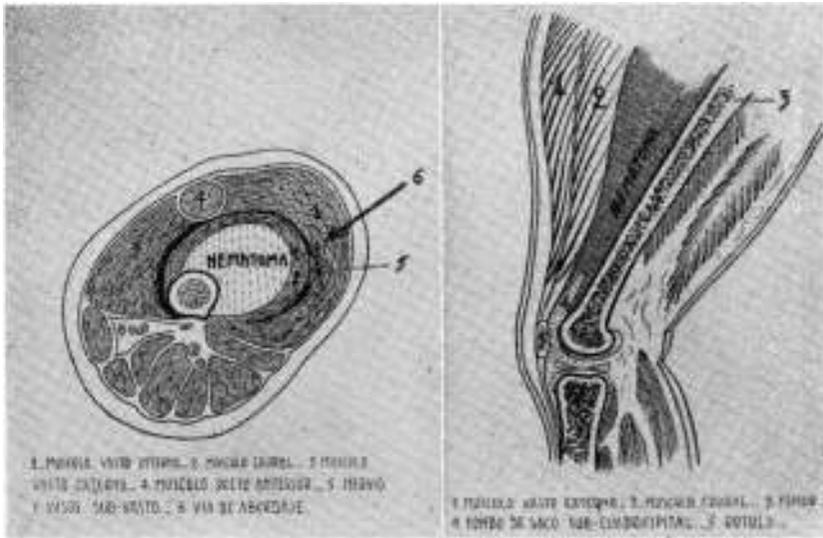


FIG. 1. — Esquemas de localización del hematoma sub-cuadricepsal, en el espacio sub-crural, mostrando su situación en un corte transversal y en un corte longitudinal.

el plano del crural, clivándolo en la dirección de sus fibras, encontrándose debajo de él un gran hematoma, de sangre negruzca, coagulada y en vías de organización. El hematoma ocupaba todo el espacio celuloso subcrural y el subcuadricepsal inferior, rodeando el fondo de saco de la rodilla y extendiéndose desde allí hasta las inserciones superiores del crural, y desde el tabique intermuscular externo del muslo, afuera, hasta las inserciones del crural en la cara interna del fémur, adentro. Las paredes de la logia estaban constituidas por la cara profunda del crural, en la periferia, y el periostio del fémur, en el centro, engrosados y cubiertos de tejido de granulación vásculo-conjuntivo, adhe-

rentes a la masa sanguínea coagulada. Para evacuar el gran hematoma fué necesario romper con los dedos los coágulos y las adherencias, extrayéndose una voluminosa masa de sangre. Se produjo una copiosa hemorragia en capa, que fué difícil de cohibir, lográndose finalmente su hemostasia mediante el taponamiento, la electrocoagulación y la colocación de dos láminas de oxycel en la parte alta de la logia. Obtenida la hemostasia, se

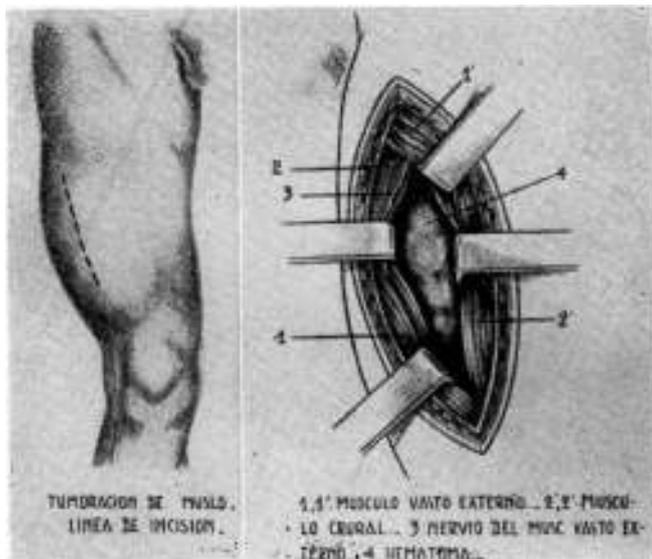


FIG. 2. — A) Aspecto del muslo con la tumefacción por el hematoma profundo, y su vía de abordaje quirúrgico. B) Abordaje quirúrgico amplio para evacuar el hematoma y hacer su hemostasia, respetando todos los elementos.

quitó el taponamiento, se lavó con suero fisiológico, se colocaron 400.000 unidades de penicilina y se puso un tubo de avenamiento, que salía por la parte baja de la herida. Se suturó el crural y el vasto externo con catgut cromado N° 1, y la aponeurosis superficial con hilo de algodón N° 40. Se puso sulfatiazol en el tejido celular y se suturó la piel con puntos sueltos.

La evolución del enfermo fué muy favorable. Pasó el primer día muy dolorido, levantándose a las 2 horas. Se quitó el tubo de drenaje a las 48 horas, comenzando a caminar al tercer día, teniendo ya pocos dolores. La fiebre fué cayendo hasta cesar

al 9º día. Al 6º día se extrajeron por punción 70 c.c. de líquido seroso oscuro (algo hemático), de la logia subcuadricipital; al 7º día, 25 c.c.; al 8º día, 28 c.c.; al 9º día, 25 c.c.; no hubo ya líquido en el espacio subcuadricipital a partir del 10º día. Al 8º día, se extrajeron por punción 21 c.c. de líquido residual de la rodilla, que no se reprodujo más. El paciente se fué de alta del

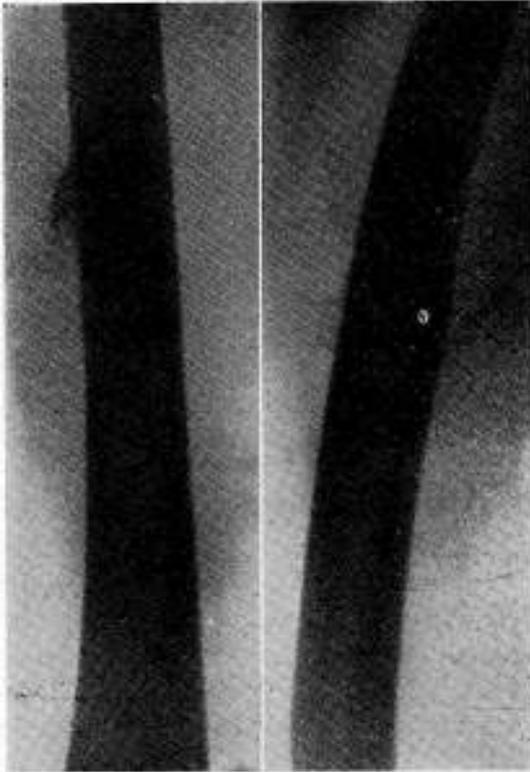


FIG. 3. — Radiografías tardías del muslo en el caso del hematoma sub-cuadricipital evacuado, mostrando en el frente y el perfil del fémur la discreta calcificación en espón yuxta femoral, en la parte alta de la logia, donde quedaron pequeños coágulos organizados, sin extirpar.

Sanatorio al 9º día, apirético y caminando por sus propios medios, continuando su asistencia en consultorio. A los 24 días, se hallaba muy mejorado de sus trastornos, sin dolores, sin hidartrosis, sin tumefacción del muslo, con atrofia moderada del cuádriceps y pudiendo flexionar su rodilla hasta los 45º (estando limitada la flexión profunda por la rigidez del cuádriceps). Fué pasado en asistencia al Dr. E. Migliaro, para su tratamiento fisioterápico y rehabilitación funcional.

Su recuperación fué total, desapareciendo progresivamente la atrofia muscular, aumentando la movilidad articular y obteniéndose la curación "ad integrum".

Las radiografías mostraron sólo unas discretas calcificaciones en espolón, yuxta-femoral, en la parte alta de la logia subcuadrípital, correspondiente a lo que fuera el polo superior del gran hematoma, junto a la inserción ósea del crural, y en donde quedaron algunos coágulos ya organizados, a pesar de la amplia evacuación operatoria.

He aquí otra observación, tratada con criterio terapéutico diferente.

A. F., 28 años, sufre un traumatismo violento en su muslo derecho el 3-XI-951, jugando al foot-ball (recibe un puntapié), teniendo gran dolor, impotencia funcional y tumefacción en la logia anterior del muslo, parte ántero-interna, debiendo abandonar de inmediato el juego.

Se le trató mediante reposo, horno y luego onda corta, movilización y masaje. Mejoró parcialmente, persistiendo la tumefacción del muslo, que se hizo cada vez más dura, continuando con disminución de fuerza y cierta limitación funcional. A los 2 1/2 meses, se inició el tratamiento radioterápico de su tumoración. Visto por nosotros (en el consultorio) a los 4 meses del accidente, el 13-III-952, comprobamos la existencia de una voluminosa tumoración fusiforme, de gran dureza, situada en la parte ántero-interna del muslo derecho y ocupando su 1/3 inferior y parte del 1/3 medio, en la zona correspondiente al espacio celuloso sub-vasto-interno. Existía una neta disminución de fuerza, en comparación con el otro muslo, y la flexión de la rodilla estaba limitada al ángulo recto. Las radiografías mostraron la existencia de una gran masa calcificada, fusiforme, de unos 17 cms. de largo, por 5 cms. de ancho, por 2 1/2 cms. de espesor, sin estructura ósea, que correspondía a la calcificación del hematoma de la logia sub-vasto-interno (1).

(1) Agradezco a los estimados colegas que asisten a este paciente, la autorización para incluir en nuestro trabajo esta breve observación comparativa.

Consideraciones:

Nuestra experiencia no es suficiente para establecer conclusiones definitivas sobre estos procesos.

Presentamos esta nota previa, apoyada en observaciones personales y los resultados terapéuticos obtenidos.

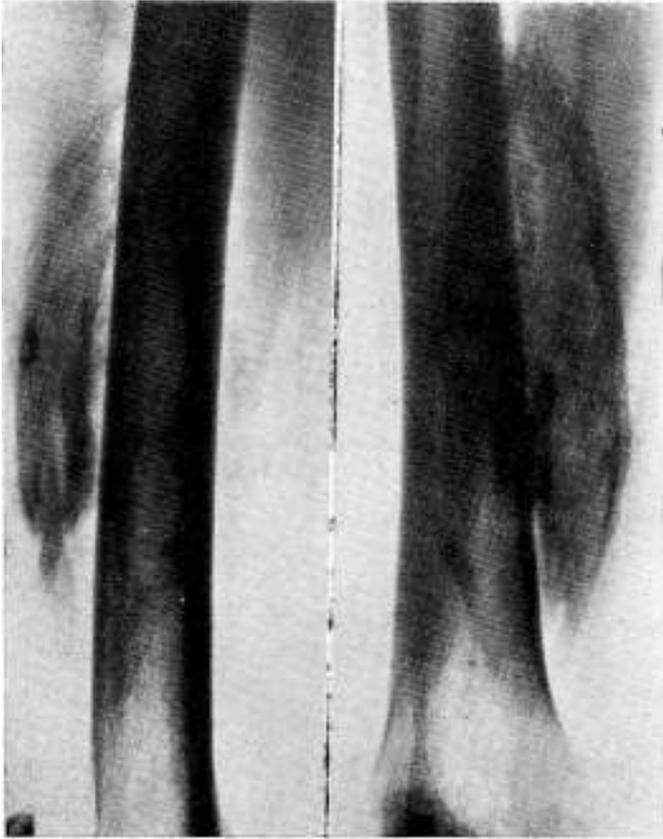


FIG. 4. — Radiografía de fémur mostrando la enorme masa calcificada del hematoma sub-cuadricipital no evacuado.

Consideramos que los espacios celulosos del muslo constituyen celdas preformadas, propicias a la colección de sangre en los traumatismos importantes, que han originado rupturas de vasos sanguíneos o haces musculares.

Los hematomas que hemos observado hasta el momento se

encontraban en los espacios sub-cuadricipitales, (en el sub-crural, en el sub-vasto-interno, en el sub-cuadricipital inferior, o en todos a la vez).

El cuadro clínico puede parecer confuso las primeras veces, pero luego se le reconoce fácilmente por sus características bastante típicas.

En todos los casos existía un antecedente traumático de cierta importancia, que marcaba el comienzo del proceso, y se acompañaba de dolor, tumefacción e impotencia funcional más o menos parcial, sin signos de fractura.

La tumefacción se hacía luego permanente, muy dolorosa y de situación profunda. Había poca o nula repercusión sobre los planos superficiales, excepto un discreto calor local.

La tumoración deforma el muslo y se dispone en forma longitudinal, que reproduce groseramente la forma del espacio celuloso sub-cuadricipital correspondiente. Generalmente no se percibe fluctuación profunda, siendo en cambio dolorosa a la presión. Hay una neta disminución de la fuerza del cuádriceps, con impotencia parcial o total para la marcha, según la importancia y la tensión del derrame, y la intensidad del dolor.

Es importante señalar la frecuencia con que se produce una hidartrosis reaccional de la rodilla, que puede erróneamente ser considerada como de origen traumático y consecutiva a lesiones articulares. Esta hidartrosis ha hecho que en algunos casos se plantearan diagnósticos equivocados de hemartrosis, artritis reumática, etc., etc.

Desde el punto de vista general los pacientes presentan fiebre o febrícula, producida por la reabsorción de la sangre extravasada y sus pirógenos.

Desde el punto de vista terapéutico, consideramos que deben diferenciarse los hematomas recientes, y los hematomas antiguos.

En los hematomas importantes recientes somos partidarios de su evacuación quirúrgica amplia.

La patología de los hematomas tiene características generales comunes sea cual fuere el territorio en el cual se produce el derrame sanguíneo. La sangre extravasada constituye un cuerpo extraño, que origina grandes trastornos, bien estudiados

en otras zonas del organismo. Ya se tiene criterio formado sobre la utilidad de la evacuación de los hematomas abdominales, torácicos, intracraneanos y articulares.

En el muslo, igual que en otras regiones, el hematoma produce gran congestión y edema en los tejidos vecinos, alterando su funcionamiento. Además genera una intensa reacción en el tejido conjuntivo, con formación de tejido de granulación que penetra la masa sanguínea y organiza sus coágulos, los que secundariamente se calcifican. Los músculos vecinos quedan profundamente adheridos a este cuerpo extraño organizado y calcificado, y sufren además un proceso de fibro-esclerosis que disminuye grandemente su capacidad funcional.

La evacuación quirúrgica evita estos trastornos. Alivia rápidamente al paciente, brinda oportunidad para la hemostasia de los vasos que sangran, evita las secuelas y permite la restitución "ad integrum" del miembro.

Preferimos la evacuación operatoria a la evacuación por punción, mediante un trocar grueso, que difícilmente puede eliminar los coágulos. La intervención, permite evacuar todos los coágulos, aún los voluminosos, los situados en recesos y los adherentes o con comienzo de organización; además, permite efectuar la hemostasis de los vasos que sangran, evitando la reproducción del derrame.

La evacuación operatoria debe realizarse mediante una incisión amplia que brinde cómodo abordaje al espacio celuloso en que se encuentra el hematoma. A la vez debe efectuarse con técnica cuidadosa, que respete la integridad anatómica de la región disociando los músculos en la dirección de sus fibras, conservando los troncos y filetes nerviosos correspondientes y respetando todo lo posible su vascularización.

El acto operatorio debe ser seguido de la movilización precoz, para evitar la atrofia muscular. Más tarde se realizará el tratamiento fisioterápico complementario, para prevenir toda fibrosis y contribuir a la curación sin secuelas.

En los hematomas antiguos, organizados y calcificados, no somos tan partidarios del tratamiento quirúrgico. Las lesiones están ya constituidas, y la exéresis completa de la masa fibro-calcárea, mediante una operación amplia, realizada en una zona

cicatrizal, con grandes adherencias, tiene el riesgo de aumentar las lesiones, anulando ó mutilando un mayor número. de segmentos musculares y sus filetes nerviosos.

Creemos que en los hematomas antiguos, pequeños, puede comenzarse efectuando un tratamiento expectante, de acuerdo al criterio general ambiente, que preconiza la radioterapia y la kinesiterapia focal. Sólo en caso de persistencia de trastornos funcionales importantes. se recurrirá a la cirugía.

En los hematomas antiguos, voluminosos, con trastornos funcionales importantes, hay que recurrir al tratamiento quirúrgico. Pero la operación debe respetar al máximo los músculos, sin pretender reseca en masa la tumoración fibro-calcárea. Se comenzará por extirpar la parte central de la masa, para luego completar la exéresis por fragmentación, yendo del centro a la superficie, e interrumpiendo la resección apenas se llegue al contacto de las fibras musculares.

Conclusiones:

1) En esta nota previa, describimos los hematomas profundos del muslo, que se producen en los espacios celulosos que hemos anteriormente descripto. Hemos visto estos hematomas en los espacios subcuadricipitales (sub-crural, sub-vasto-interno y sub-cuadricipital inferior).

2) Estos hematomas producen un cuadro clínico bastante característico con febrícula, intenso dolor local, impotencia funcional, parcial o total, deformación del muslo, tumefacción profunda, dolorosa a la presión, sin fluctuación, con discreto calor local, sin alteración de los planos superficiales, con la rodilla en extensión, con gran limitación de la flexión, aún en los movimientos pasivos, que produce dolor a distancia a nivel de la tumoración.

3) Es frecuente la hidartrosis de rodilla, secundaria, reaccional, sin lesiones en la articulación.

4) En los hematomas importantes recientes, somos partidarios de su evacuación quirúrgica precoz, mediante un amplio abordaje que respete la anatomía de la región, seguido del levantamiento precoz y más tarde del tratamiento fisioterápico complementario.

5) En los hematomas antiguos, organizados y calcificados, pequeños, somos partidarios de comenzar por el tratamiento médico, con radioterapia y kinesiología local, y recurrir en última instancia a la cirugía. Si estos hematomas antiguos son voluminosos, la exéresis quirúrgica se hará con gran cuidado y por fragmentación, respetando al máximo los músculos y sus nervios.

Dr. Chifflet. — La comunicación del Dr. Palma da un fin a un problema que a veces es confuso, dentro de la clínica quirúrgica, que es el que se refiere a los hematomas, hematomas de miembros en general.

Los casos que presenta el Dr. Palma corresponden a hematomas de los espacios celulosos profundos del muslo, y llega a una conclusión que indudablemente por su experiencia y por el sentido común, nos lleva a acompañarlo en las indicaciones operatorias en estos casos.

Deseaba hacer algunas consideraciones respecto a una entidad que se observa en algunas circunstancias, dentro de los campos de fútbol y es la contusión con hematomas, no por rotura de los vasos en los espacios intersticiales, sino por rotura muscular, y a ese respecto quería recordar un hecho muy frecuente dentro del ambiente deportivo, y es el de que la resolución de que un jugador siga o no siga jugando, después de haber recibido un accidente está basado únicamente en el grado de impotencia que presenta. Con el uso de la inyección de novocaína difundida en gran escala, hasta la usa el enfermero, el masajista, que hacen al jugador sacándolo a la cancha, la inyección calma el dolor y los reintegran al fútbol y es la causa de grandes desastres, no sólo desde el punto de vista de los trastornos articulares, sino de los trastornos musculares. Los trastornos articulares que resultan de una articulación inválida pero no dolorosa, haciendo que el jugador vuelva, son a veces muy grandes en lo que se refiere al plano muscular; el asunto es de más importancia todavía y está demostrado que la contusión muscular no provoca rotura del músculo sano; la rotura del músculo resulta de modificaciones en el segundo traumatismo o elongación, que son suficientes para destruirlo y provocar un grueso hematoma cuya topografía no responde a espacios celulosos sino a la vaina del músculo correspondiente. Digo esto para insistir en que las partes intermediarias de los miembros, es decir, los factores musculares en los deportes son los que deben ser cuidados con todo respeto, tanto mayor de lo que se cuida habitualmente las articulaciones.

Las lesiones pueden ser de los vasos, dando hematomas en los espacios intersticiales y pueden ser en los musculares, y que en los músculos tienen la característica de hacerse en dos tiempos. Como en los casos de los hematomas, en las vainas musculares, dentro de las logias musculares, creemos que la conducta operatoria es tal vez más indicada en los casos de hematomas de los espacios intersticiales.

Nosotros vamos a traer como colaboración a esta comunicación del Dr. Palma, una observación de contusión de región glútea por rotura muscular en dos tiempos, que tuvimos oportunidad de hacerle una inyección de lipiodol y aire, y entonces se ve debajo de la vaina del glúteo medio, de frente y perfil en forma completa. Creemos que ese enfermo fué víctima de un accidente por recibir una contusión después de haber tenido una contusión plena. Decía estas palabras en apoyo de la opinión del Dr. Palma, que estos simples hematomas del muslo pueden tratarse con gran preocupación del cirujano y que el tratamiento debe ser predominantemente quirúrgico.

Dr. Prat. — El Dr. Palma nos ha presentado una comunicación que en el primer momento nos ha sorprendido, orque en vez de tratar o considerar una lesión primaria y fundamental como es la rotura muscular, se refiere a un síntoma, un síntoma o un signo, y es así que ahora nos presenta una comunicación sobre hematomas de los planos profundos del muslo, como la vez pasada nos presentó la comunicación de abscesos del muslo. Es sumamente interesante la comunicación que hoy nos ha presentado el Dr. Palma; la única observación que le haría es que es una lástima que con la preparación y sobre todo la orientación que tiene el Dr. Palma del estudio vascular por medio de los métodos de contraste o arteriografía, no haya ahondado un poco más en el problema y haya tratado de averiguar si estos casos no correspondían a una hemorragia primitiva de los vasos; de los vasos principales del miembro, o de los vasos del muslo, es decir, si no eran roturas o lesiones musculares traumáticas o miositis y aunque consideramos muy difícil llegar a un diagnóstico preciso de estos casos, pero es posible que ahondando el estudio clínico, haciendo una semiología perfecta, sobre todo la exploración con la arteriografía, quizás hubiera sido posible precisar algunas de estas lesiones y entonces se habría podido también precisar la terapéutica. Eso es lo que concierne al tema de esta comunicación, que indudablemente es difícil y complejo; pero en la que nos presentó la vez pasada y perdone señor Presidente que me ocupe de esto inoportunamente, lo hago porque en esa sesión tuve que retirarme de inmediato de leída la comunicación y no pude hacer las consideraciones que pensaba hacer en una presentación tan importante de los abscesos del muslo, que la mayor parte de ellos eran de etiopatogenia osteomielítica y el problema está encarado como simple absceso. Creo que lo fundamental en estos casos, más que el absceso, es la lesión primitiva, es la osteomielitis; lo que hay que tratar y considerar fundamentalmente es la lesión que originó el absceso. Considero que conviene volver sobre la comunicación que ha presentado el Dr. Palma, y entonces invitaríamos a nuestros colegas de niños para que hiciéramos una sesión conjunta en el sentido de estudiar la evolución de la osteomielitis, sobre todo las tratadas por la penicilina, la estreptomycinina y todos los otros antibióticos y comprobar los resultados de esta terapéutica; cuál es el porvenir, cuál es la evolución de estos casos, que evidentemente se salvan todos o casi todos, pero que pueden presentar una secuela como la osteo-

mielitis crónica que la encontramos a menudo en nuestras clínicas de adultos, y será el caso de hilar muy fino y estudiar a fondo el problema, para investigar y saber si los antibióticos bastan para tratar estas lesiones iniciales de osteomielitis, o por el contrario, hay que actuar más directamente sobre el hueso infectado, realizando operaciones más importantes. Creo que constituye esto un problema sumamente interesante y que si hubiera tiempo hasta el final de las sesiones de la Sociedad de Cirugía, quizás se pudiera establecer y realizar esa sesión, es decir, ponernos de acuerdo con los cirujanos de niños y tratar de comentar el tratamiento de la ostiomielitis aguda que creo que será muy importante para el porvenir de la cirugía de la osteomielitis.

Dr. Palma. — Agradezco al Prof. Chifflet y al Prof. Prat, que con su versación se han ocupado de esta modesta comunicación.

Conuerdo enteramente con lo que ha manifestado el Dr. Chifflet.

Los hematomas que hemos presentado no estaban en la vaina de ningún músculo. Ellos se encontraban en los amplios espacios celulosos profundos, sub-cuadricipitales del muslo...

Dr. Chifflet. — Es así como yo decía.

Dr. Palma. — Esos espacios son grandes, con tejido celuloso y han sido distendidos por la colección sanguínea. Se pueden reconocer estos espacios en cualquier acto quirúrgico. Concordamos con el Prof. Chifflet.

El Prof. Prat plantea una serie de cosas interesantes. En primer lugar considera que hemos planteado un síntoma, en vez de la enfermedad. En esto no estamos de acuerdo con el Prof. Prat. En la comunicación decíamos que estos hematomas pueden ser producidos por rotura muscular o por rotura vascular. En nuestros casos la observación de los músculos demostró que no había rotura muscular, lo cual no quiere decir que en otro caso no pueda producirse.

Los casos que estudiamos eran por rotura vascular preferentemente; fué necesario disociar, incidir los músculos para encontrar los hematomas colectados en los espacios pre-formados, pre-existentes profundos de muslo, que se ven en todos los seres humanos.

El hematoma era lo central, constituía una verdadera entidad clínica, cuya etio-patogenia pudo ser una rotura muscular o vascular, o ambas cosas a la vez, pero que tenía entidad suficiente, anatómica y clínica, por las características que hemos señalado, para constituir el elemento dominante.

Las rupturas musculares del muslo han sido descriptas, pero no los hematomas puros. El cuadro clínico y la evolución son diferentes y también el tratamiento.

La evacuación quirúrgica, completada con la hemostasis de los vasos que sangran, el cierre por primera y la movilización precoz, dan un excelente resultado.

Muy diferente es el resultado cuando se los trata médicamente, dejándolos evolucionar.

Vamos a mostrarles los dos tipos de enfermos. Este es uno de los pacientes que fué evacuado a los seis días del tratamiento expectante; el resultado es excelente y está completamente reintegrado a la normalidad. "Muestre su lesión". Ustedes ven un cuádriceps poderoso; ahí está la incisión externa; la rodilla se dobla sin ninguna dificultad; el restablecimiento anatómico y funcional es total.

El otro enfermo que hemos traído como comparación tiene una enorme tumefacción y una impotencia funcional muy grande, comparada con la del otro lado; su rodilla no se flexiona más de 80 grados y pasivamente hasta los 90 grados; su actividad física está completamente limitada.

En lo que se refiere a la arteriografía, creemos que ella tiene grandes indicaciones. En nuestra experiencia, hasta el momento, la arteriografía nos ha mostrado sólo las lesiones de arterias fundamentales, grandes troncos y arterias de 1º y 2º orden, pero de ninguna manera las de las arteriolas. Las arterias sub-cuadrípales son pequeñas, y no sólo pequeñas, sino que el hematoma las colapsa. Llega el momento en que el hematoma tiene tanta tensión, que deja de aumentar de volumen. No creemos que la arteriografía pueda darnos datos en estos casos, en los cuales no hay lesiones de las arterias importantes, y hemos encontrado normales los pulsos femorales, poplíteos, pedios, etc. Como sugestión de conducta, tendremos en cuenta la arteriografía cuando se nos presente la oportunidad.

En lo que se refiere al comentario de nuestra anterior comunicación sobre los flemones del muslo, creo que su lectura rápida hizo que no se comprendiera bien el total de la comunicación. Decíamos que el flemón del muslo puede ser posible por una serie de causas; la más frecuente es la osteomielitis, pero los hay por hematomas supurados, por septicemias, por punciones contaminantes, hay flemones del muslo en los abscesos por trementina, en las miositis supuradas, etc. Además en lo que se refiere a la osteomielitis, hacíamos notar que hay dos tipos de flemones; aquellos consecutivos a osteomielitis netas, en que las lesiones de osteomielitis son fundamentales y el flemón es accesorio; y otros tipos de flemones en que las lesiones óseas son sólo periostitis que pasan a menudo inadvertidas, aún en manos de personas experimentadas y hasta de radiólogos, y el flemón ocupa el primer plano. En estos casos, el acto quirúrgico consistió sólo en evacuar el flemón, sin efectuar ninguna trepanación ósea, ni curetaje, permitiendo la curación definitiva del proceso.

El flemón de muslo es a nuestro juicio una entidad que debe ser conocida.

Se han descripto los flemones de la mano, que todo el mundo acepta, y son producidos por panadizos, por heridas, osteitis, sinovitis supuradas, etc.

Consideramos que así como hay una patología de los flemones de la mano, existe también la de los flemones del muslo.