REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

ANATOMIA DE LOS ESPACIOS CELULARES Y SISTEMATIZACION DE LOS FLEMONES DEL CUELLO

DISCURSO

LEIDO POR EL ACADEMICO ELECTO

Dr. MOISÉS BROGGI

el día 20 de Noviembre de 1966
en el acto de su recepción

DISCURSO

DE CONTESTACION DEL ACADEMICO NUMERARIO

Dr D. LUIS SAYÉ

BARCELONA
1966

ANATOMIA DE LOS ESPACIOS CELULARES Y SISTEMATIZACION DE LOS FLEMONES DEL CUELLO

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

ANATOMIA DE LOS ESPACIOS CELULARES Y SISTEMATIZACION DE LOS FLEMONES DEL CUELLO

DISCURSO
LEIDO POR EL ACADEMICO ELECTO
Dr. MOISÉS BROGGI
el día 20 de Noviembre de 1966
en el acto de su recepción

DISCURSO
DE CONTESTACION DEL ACADEMICO NUMERARIO
Dr D. LUIS SAYÉ

BARCELONA
1966

DEPOSITO LEGAL: B. 33249-1966

COMERCIAL Y ARTES GRAFICAS, S. A. - AVDA. JOSE ANTONIO, 719 - BARCELONA-13

Excelentísimo Señor Presidente,
Muy ilustres Señores Académicos,
Señoras,
Señores,

Mis primeras palabras deben ser de gratitud para aquellos que con su benevolencia me han acogido en el seno de esta docta Corporación, que tantas glorias pasadas y presentes encierra.

Hace unos dos años, en el curso de un viaje, tuve ocasión de saludar a mi antiguo maestro, D. Augusto Pi Sunyer, tan ligado al historial científico y docente de este país y al de esta casa en particular. Vivía la última fase de su vida declinante en aquel lejano lugar, rodeado por gente que le veneraban y le querían y en los momentos de lucidez que le permitía su dolencia pensaba en su amada patria y en lo mucho que en ella había dejado, pero de todo ello sus recuerdos preferentes y más sentidos no eran para aquellos centros oficiales y docentes en los que tanto había laborado, ni para aquel Instituto que había creado y elevado, sino que eran para esta Real Academia y para sus miembros inolvidables, de los que hablaba con lágrimas en los ojos. Indicando con ello el alto lugar que en su espíritu ocupaban.

Lo mismo le sucedió a mi ilustre predecesor, D. Joaquín Trias Pujol, a quien cuando las circunstancias le fueron adversas y se encontró en diversos lugares recibido con frialdad y suspicacias, aquí fue acogido con la amplitud de espíritu y afecto de siempre, demostrándose una vez más que cuanto más elevado es el rango de una persona o Institución, tanto menos deja influirse por las perturbaciones pasionales, que con tanta frecuencia agitan la vida de los hombres y saben mantenerse en un estado de serena ecuanimidad.

El Dr. Joaquín Trias fue mi predecesor y maestro. Procedía del campo de la anatomía y sentía gran vocación por la enseñanza, en

la que se reveló como un consumado maestro, pues tenía el don de hacer fácil lo difícil, despreciando siempre las superficialidades retóricas para dirigirse al centro de los problemas, con gran provecho para discípulos y enfermos. Observador sagaz y dotado de gran curiosidad científica, sabía ver mil diferencias allí donde los demás sólo veían la uniformidad.

Su producción científica fue amplia y extensa, refiriéndose siempre a hechos muy vividos y bien observados, por eso perdura el interés y actualidad de sus trabajos.

Citaremos, porque se refiere al tema de nuestra disertación, sus estudios anatómicos sobre la aponeurosis media del cuello y la descripción del túnel del omohioideo, que establece una comunicación entre la región infrahioidea y la supraclavicular, de gran importancia en la propagación de los abscesos. Pero en su obra los temas de fisio-patología ocupan un lugar de especial predilección, como son sus estudios sobre osteogénesis, trastornos homorales postoperatorios, de la circulación periférica, complicaciones pulmonares en el postoperatorio (en colaboración con el Dr. Sayé)... etc.

Su labor en el tratamiento de las fracturas fue de gran importancia. Hace más de treinta años, cuando aún existía gran confusión en esta materia, el Dr. Trias ya se ocupaba del tratamiento de estos pacientes con ideas muy parecidas a las que actualmente rigen la traumatología. La norma de reducir e inmovilizar el tiempo necesario hasta obtener la consolidación era el principio básico en que se fundaba y con el que conseguía resultados muy superiores al de los demás cirujanos que se ocupaban de estos pacientes empleando métodos de movilización precoz y de osteosíntesis con materiales mal tolerados, que provocaban con frecuencia graves secuelas y peligrosas complicaciones.

Cuando en 1928 apareció la primera edición del libro de Boehler en el que este autor exponía estas mismas ideas, el Dr. Trias se puso en relación inmediata con él y creó un centro de traumatología regentado por Jimeno Vidal, anejo a su Servicio del Hospital Clínico, el primero después del de Viena funcionando con estas normas lógicas y sistemáticas, en una época en que no se conocían en el resto de Europa ni en América. También era considerable su experiencia en el tratamiento de las osteomielitis con el método de Orr, que hizo extensivo a las fracturas abiertas.

Insistimos sobre este aspecto de sus actividades porque tuvieron una importancia trascendental, ya que al ser aplicados estos principios por él y sus numerosos discípulos a los heridos de guerra, se

salvaron muchas vidas en el curso de los años 1936-39. Estos mismos principios son los que se han impuesto y prevalecido en la última guerra mundial.

Organizó el primer banco móvil de sangre, gracias al cual llegaba a primera línea la cantidad de sangre necesaria, debidamente envasada y clasificada, lo que permitía practicar las transfusiones convenientes y en la debida cantidad en los puestos y hospitales más avanzados. Si consideramos la gran cantidad de vidas que fueron salvadas con estas aportaciones no dudaremos en calificarlo como a un verdadero benefactor de nuestro país.

Además de organizador, hombre de ciencia y gran pedagogo, hemos de hacer referencia a sus extraordinarias cualidades humanas. Su gran inteligencia y la amplitud inusitada de su cultura, le conferían un singular atractivo que influía en cuantos le conocían y hacían de él un conversador incomparable. Su falta de vanidad, el despego de sí mismo y la benevolencia para con los demás llegaban a límites extraordinarios. Muchas veces he llegado a pensar que su espíritu correspondería a una fase más avanzada de la evolución humana en el sentido de la perfección moral.

En estos momentos en que procuro hacer el elogio de mi predecesor, estoy honrando a uno de los hombres más elevados que he conocido. Su lugar en esta Real Academia es irreemplazable; por eso, en este momento en que me dispongo a sucederle considero y lamento mis insuficiencias y limitaciones, por las que pido indulgencia, y hago constar también mi más firme propósito de seguir en todo momento la línea que su espíritu representa.

Cuando se llega a momentos cruciales de la existencia, el hombre se inclina hacia su pasado y el recuerdo de aquellos a los que debe su formación espiritual y técnica surgen ante él con una fuerza extraordinaria. Por ello no puedo silenciar el nombre de otro preclaro maestro, del prof. Antonio Trias, hermano del anterior y cuya labor fue de capital importancia en la Universidad de Barcelona.

Así como Joaquín Trias era un cirujano cauto y prudente, que no se apartaba de las normas más sólidas y evitaba aventurarse por los inseguros caminos de las últimas innovaciones, su hermano Antonio era en este sentido el reverso de la medalla. Se sentía atraído por los nuevos campos que se abrían a la cirugía y laboraba en ellos con gran afán y tenacidad, contribuyendo a su mayor conocimiento y progreso, todo ello con gran esfuerzo y sacrificio. Fue el gran iniciador en nuestro país de las grandes especialidades de la cirugía, que tanto auge han adquirido después. Hace cerca de cuarenta años se

adentró por el campo de la cirugía torácica, de la neurocirugía y de la cirugía vascular, en una época en la que todo esto estaba en período formativo, y fomentó el cultivo de la anestesia como especialidad. De este modo se formaron en sus servicios los primeros grandes especialistas: Adolfo Ley, Antonio Rodríguez Arias, Antonio Caralps y José Miguel son brotes fructíferos que surgieron de tan fecunda raíz.

Su técnica estaba orientada bajo el signo de la pulcritud en una época en la que lo que más contaba era la rapidez, dado el atraso y gravedad de las anestesias prolongadas, lo que representaba grandes y constantes esfuerzos y peligros. Con ello Antonio Trias se adelantaba a su época y nosotros debemos considerarlo como al precursor de la cirugía actual.

Sus inquietudes universitarias le llevaron a actuar de un modo eficaz y decisivo dentro del extinguido Patronato de la Universidad de Barcelona en su heróico y malogrado esfuerzo para modernizar a nuestra Universidad.

¿Se encontrarán seguidores capaces de mantenerse a la altura de tan ingente labor?

Inicié mis actividades al lado de estos dos grandes hombres, con los que he mantenido el más íntimo contacto mientras las circunstancias lo han permitido.

Durante mis estudios de Facultad tuve ocasión de escuchar las lecciones de don Agustín Pedro Pons, que tan dignamente nos preside. Recuerdo, Excmo. señor, que bajo el influjo de vuestra palabra elocuente parecía como si las cosas cobrasen vida propia y apareciesen ante nuestros ojos bajo sus múltiples y diversos aspectos.

Entonces empezaba a formarse a su alrededor lo que después había de ser la gran Escuela de Patología Médica, que honra a nuestra Universidad y constituye un caso insólito en este país de individualidades dispersas. En ella se efectuaron los primeros estudios flebográficos del sistema porta que nos permitieron intentar la solución quirúrgica de aquellos casos de cirrosis con predominio de la congestión sobre el déficit hepático y conseguir en este sentido resultados aceptables, siempre gracias a sus indicaciones y consejos.

Finalmente debo también referirme a Marcel Berard. Le conocí en la postguerra inmediata, era hijo de Leon Berard y trabajaba en Lyon. Rompiendo con el aislamiento científico y espiritual en que estaban encerrados en nuestro vecino país desde la guerra del año 14, representaba la gran tendencia renovadora y progresista que ha conducido a la cirugía francesa al lugar preeminente que actualmente

ocupa. Tenía aproximadamente mi edad y coincidíamos en muchos puntos de vista.

En sus conversaciones me decía que los que nos ocupábamos en aliviar los sufrimientos de los demás deberíamos formar una gran agrupación que tenía que estar por encima de todo, especialmente por encima de aquellas cosas que establecen diferencias entre los hombres —razas, religiones y nacionalidades— ya que nuestro elevado objetivo, que es el de combatir el dolor, es común a toda la humanidad.

Pero lo que más me impresionó de él fue su manera de operar. Berard operaba como si fuese el oficiante de un rito religioso en el que el cuerpo del paciente constituyera el objeto sagrado; sus dedos, más que tocar, acariciaban los órganos y los tejidos. Cuando le ví actuar de esta manera tuve la impresión inmediata de que me encontraba ante el secreto de la cirugía, después he comprendido que éste es el verdadero y profundo secreto de la acción.

Me he extendido sobre esta primera parte, diríamos de reconocimientos y gratitudes, porque si hay algo de bueno en nuestra modesta labor, ello es debido a la influencia que sobre mí han ejercido estos hombres eminentes a los que he tenido la suerte inmensa de encontrar en el curso de mi existencia.

EL TEMA ELEGIDO

El tema que nos proponemos desarrollar es un tema anatomoquirúrgico que demuestra la gran importancia que tiene la colaboración estrecha y armónica entre las diferentes disciplinas para obtener resultados positivos. El capítulo de los flemones del cuello no podría estar acabado sin haber hecho antes el estudio exacto de los espacios celulares de esta importante región y son muchos, seguramente, los problemas que veríamos resueltos de ponerse de acuerdo para tratarlos conjuntamente los diferentes especialistas, en vez de hacerlo desde campos diversos y desconectados.

VALOR Y SENTIDO DE LA ANATOMIA

La anatomía constituye la base primordial del gran edificio de la medicina; es la ciencia básica en la que se apoya todo lo demás.

Las grandes personalidades que impulsaron el desarrollo de la

Medicina y de la Cirugía, desde el Renacimiento hasta el siglo XIX, eran ante todo grandes y fervientes anatómicos. Su entusiasmo por las disecciones llegó a los mayores extremos, y gracias a ello las más finas y sutiles estructuras del cuerpo humano fueron halladas y descritas minuciosamente, alcanzando esta ciencia en su desarrollo extraordinario el límite de su perfección. Pero con ello esta materia, que simbolizaba el progreso y a la que se dedicaban los espíritus mejor dotados y con más afán de superación, quedó convertida en una ciencia inmovilizada y estática. Su lugar en los centros universitarios sigue siendo preeminente pero su enseñanza tiende a hacerse rutinaria, a base de esfuerzos memorísticos agotadores, con olvido frecuente de su fuente natural de información y estudio, que es y será siempre el anfiteatro de disección. En ésto se ha llegado a los mayores desvíos, apartándose de lo que tan claramente exponía Guillermo Harvey en el siglo XVII en su célebre libro "Exercitatio de motu cordis et sanguinis in animalibus" en donde dice textualmente: —Porque yo aspiro a saber y enseñar la anatomía no por medio de los libros, sino por las disecciones; no mediante la actitud de los filósofos, sino conforme a la obra de la naturaleza— Francfort 1628.

No hay que decir que esta ciencia sin salidas aparentes, decadente y anquilosada, que se presenta muchas veces ante los alumnos, no es la verdadera anatomía del momento presente. Es lo que era la anatomía hace más de un siglo y desprovista además del sentido progresista que debe tener toda ciencia. Ya que actualmente este sentido descriptivo ha sido ampliamente superado para dar paso a la anatomía aplicada, siempre en función de problemas de orden clínico o técnico, y con grandes posibilidades de desarrollo.

Porque, aunque a primera vista parezca sorprendente, esta ciencia cuyo objeto siempre ha sido el conocimiento del cuerpo humano ha experimentado en el curso de su historia cambios de sentido fundamentales.

En efecto, los primeros disectores que se aventuraron por este camino, venciendo todos los obstáculos que ello representaba, lo hicieron con una intención metafísica, con el propósito de descubrir el asiento del alma, y con ello descifrar el enigma de la existencia. Se comprende que ante tan ambiciosa finalidad no retrocedieran ante nada y llegaran a extremos increíbles para conseguir sus objetivos. Vesalio nos cuenta con un realismo impresionante cómo él y sus compañeros hubieron de procurarse personalmente el material anatómico en excursiones nocturnas al Gibet de Montfaucon, donde se encontraban los ajusticiados en las cercanías de París, afrontando la

jauria de perros famélicos que rodeaban las horcas y les disputaban los despojos humanos. También nos refiere cómo los estudiantes saltaban de noche las tapias de los cementerios en busca del precioso material. (*)

En las décadas siguientes la pasión por su estudio se extendió por toda Europa. Los sabios "curiosos por investigar la morada del alma" hacían proezas de heroísmo, robando cadáveres y desafiando la autoridad de los príncipes de la Iglesia; asimismo se cometieron los actos más reprobables en aras a tan nobles anhelos. Gabriel Falopio, en su libro "De Morbo Gallico" refiere cómo Berengario de Carpi, que había introducido las fricciones mercuriales en la práctica médica, enriqueciéndose con ello, disecó vivos a dos enfermos sifilíticos y que por esto fue desterrado a Ferrara, y el propio Falopio cuenta cómo envenenó personalmente a un condenado que el Gran Duque de Toscana le cedió en Pisa para sus clases de Anatomía. Esto era entre 1548 y 1551.

Heroicidades y atrocidades para conseguir un fin supremo. El eterno problema entre el fin y los medios. ¿Cuántas veces en la historia del hombre se han querido justificar los mayores desmanes en nombre de la importancia de un fin, que en último término ha resultado una simple utopia que estaba sólo en la imaginación y no en la realidad?

Como es natural, en nuestro caso, el fin metafísico no fue conseguido, ni tan solo entrevisto, pero en cambio se llegó al perfecto conocimiento del cuerpo humano, de la anatomía en la plenitud de su estado actual.

El objetivo metafísico se convirtió en un fin puramente descriptivo y éste se cumplió plenamente. Con la disección se ha llegado a los más escondidos lugares del cuerpo humano y ello parece que tiene un límite. Las mejores y más finas disecciones ya no dan más de sí; se podrán hallar nuevas y raras anomalías, pero cada vez con menos trascendencia. El límite es inasequible, pero desde un punto de vista práctico casi se ha alcanzado y la ciencia viva y apasionante de antes se ha convertido en una sistemática.

Esto siguiendo las técnicas clásicas de la disección, porque en la investigación anatómica se ha vuelto a producir un nuevo cambio de signo, según el cual, lo meramente descriptivo ha dado paso a lo funcional, a lo dirigido en el sentido que señala la patología o la clínica o la técnica quirúrgica. Con ello se han obtenido grandes resul-

(*) Andreas Vesalius Bruxellensis y su época, por Velarde Pérez Fontana. Publicaciones del Ministerio de Salud Pública, Uruguay. (1965)

tados; se han completado capítulos de la patología, se han señalado caminos que han hecho posible o facilitado técnicas quirúrgicas y de rechazo se han efectuado nuevos hallazgos que han enriquecido la anatomía descriptiva, imposibles o difíciles de hacer con los métodos simples de la disección.

Ilustres miembros de esta Real Academia han efectuado destacadísimas aportaciones a este campo de la anatomía aplicada.

Así por ejemplo, cuando Martorell describe la estenosis de los troncos supraaórticos, que tanta importancia tienen en la explicación de los síndromes de isquemia encefálica, Pons Tortella, guiado por la descripción de esta entidad patológica, revisa la anatomía de las embocaduras de las ramas del cayado aórtico y encuentra que las descripciones clásicas no corresponden exactamente con la realidad. La conocida descripción de un orificio único a la derecha para el tronco arterial braquiocefálico y de dos orificios a la izquierda para la carótida y subclavia izquierdas, representa solo un tanto por ciento reducido de casos, mientras que lo más corriente es que el orificio de la carótida izquierda proceda del mismo que el tronco braquiocefálico, con lo que una pequeña lesión a este nivel puede obstruir simultáneamente las dos carótidas. Es muy difícil que sin la importante aportación de Martorell al campo de la patología vascular se hubiese ocurrido a nadie revisar la implantación de los grandes vasos en el cayado aórtico. En este caso la aportación previa en patología ha inducido al hallazgo anatómico.

Fue indudablemente la vocación urológica la que guió al Prof. Gil Vernet en su famoso estudio sobre la pelvis y el periné. Sus largas y pacientes disecciones completadas mediante corte en diferentes sentidos difícilmente se hubiesen efectuado de no existir el propósito, en este caso plenamente cumplido, de buscar y hallar una vía perineal de abordaje a la próstata, completamente avascular y desprovista de obstáculos.

Asimismo fue seguramente su condición de digestólogo la que indujo a Agustín Gómez y Gómez a efectuar sus importantes estudios sobre la región subfrénica izquierda. Sus laboriosas disecciones, y estudios embriológicos sobre la misma zona no tendrían sentido si no tuviéramos en cuenta la preocupación del autor por la patología gástrica y las propagaciones neoplásicas y su afán para encontrar un método que simplificase las técnicas de resección. Al hallar y describir los grandes planos de despegamiento, que permiten la extirpación en bloque del estómago, bazo y parte distal del páncreas, consiguió su objetivo y alcanzó grandes y merecidos honores.

ESTUDIO DE LOS ESPACIOS CELULARES Y SU IMPORTANCIA

En lo referente a los espacios celulares del cuello nuestra labor fue guiada por un propósito análogo: colmar una laguna en patología quirúrgica mediante un estudio anatómico, estudio dirigido según nuestra intención, que era la de definir, limitar y sistematizar las supuraciones cervicales, para lo cual teníamos que conocer previamente la disposición del tejido celular de la región que es el que condiciona el desarrollo y propagación de los abscesos.

El tejido celular no puede estudiarse por disección directa, pues sus límites no son precisos y no se corresponden exactamente con las aponeurosis, como parecería lógico y como generalmente se cree, ya que en ellas existen soluciones de continuidad que establecen comunicaciones insospechables e imposibles de hallar por disección; asimismo, al lado de zonas rellenas de tejido celular perfectamente visible e individualizable, existen otras zonas virtuales imposibles de despistar y que sólo se ponen de manifiesto cuando un proceso supurado se desarrolla en ellas y las convierte en espacios reales.

Todo esto no hay manera de verlo si no es empleando métodos indirectos de inyección y relleno —no aplicados arbitrariamente— sino apoyándose siempre en datos suministrados por la observación clínica, lo que naturalmente supone un conocimiento de las localizaciones supuradas observadas en la práctica corriente, así como de sus características, para dirigir de esta manera los estudios anatómicos según un plan preconcebido.

De ello había el precedente de Kanavel, que había efectuado con anterioridad el estudio de los flemones de la mano siguiendo esta misma orientación.

Antes de Kanavel una vulgar supuración de la mano era algo de un pronóstico sumamente incierto, que lo mismo podía resolverse con una cierta simplicidad, como producir una importante pérdida funcional y a veces poner en peligro la vida. Los cirujanos más competentes, que efectuaban con éxito las grandes operaciones abdominales, se encontraban incómodos e inseguros ante el vulgar panadizo.

Kanavel se encontró afectado personalmente por uno de estos graves procesos y experimentó en su propio cuerpo las angustias de las intervenciones repetidas, inútiles muchas veces, perjudiciales otras, el peligro de perder la vida y finalmente la invalidez residual con importante merma de su actividad profesional como cirujano. En el curso de este largo y penoso proceso tuvo ocasión y tiempo para

meditar sobre las grandes imperfecciones que imperaban en este importante campo de la patología.

La anatomía de la mano era archiconocida en sus más nimios detalles. El estudio de sus huesos, articulaciones, músculos, tendones, aponeurosis, vasos y nervios estaba definitivamente acabado, pero existía un elemento, el tejido celular, en el que precisamente se produce y propaga la supuración, que escapaba a las disecciones más escrupulosas y Kanavel comprendió que mientras no se efectuase el estudio de este tejido no podía comprenderse nada sobre las infecciones de la mano. Para realizar su idea se valió de la inyección de soluciones de yeso, que al solidificarse marcaban los límites de los diferentes espacios, su vecindad y posible contacto con las vainas tendinosas, así como la posibilidad de efectuar incisiones de drenage respetando los espacios adyacentes o las vainas no contaminadas. Asi fue como se realizó el capítulo de los panadizos, uno de los progresos más importantes efectuados por la cirugía en la tercera década del presente siglo.

LOS ESPACIOS CELULARES DEL CUELLO Y LOS FLEMONES DE ESTA REGION

El cuello es una región en la que los procesos supurados revisten una particular imoprtancia dada su frecuencia y gravedad. Ello se explica por la presencia de las piezas dentarias y de las amígdalas, puertas de entrada fáciles para los gérmenes ya incubados de la cavidad bucal. Las condiciones anatómicas de la región con su gran vescularización, presencia de fascias inextensibles, estrechez glótica y comunicaciones mediastínicas señalan peligros evidentes de difusión séptica y de asfixia, peligros que se presentan aún hoy día a pesar del poderoso auxilio de los antibióticos.

La disparidad de las clasificaciones adoptadas en los diferentes tratados muestra el grado de confusión reinante en este capítulo. Generalmente se intenta explicar la topografía de los flemones por la disposición de las aponeurosis, hablándose de formas superficiales o profundas según su posición en relación con la aponeurosis cervical media, a lo que se le ha querido dar también un significado pronóstico, pero tal como hemos dicho anteriormente, las clasificaciones basadas en la disposición de las aponeurosis no se corresponden con la realidad, y así vemos que en el cuello hay localizaciones profundas con características de benignidad, otras que son en parte

superficiales y en parte profundas y finalmente el flemón del suelo de la boca que a pesar de su situación submucosa presenta una merecida fama de gravedad por tener una prolongación posterior hacia la entrada de la laringe.

Mi ilustre maestro y antecesor, que se había ocupado con especial dedicación a estos estudios, ya reconocía que la disposición de las aponeurosis tenía menos importancia de la que se desprendía de los trabajos anatómicos clásicos, y decía también que lo verdaderamente básico era la disposición del tejido celular. En su trabajo sobre el concepto de los abscesos del cuello publicado por la Soc. Cat. de Biol. en el año 1919 expone claramente esta opinión sobre el particular e intenta explicar la distribución del tejido celular en el que se fraguan las celulitis, mediante disecciones y cortes practicados en cuellos de fetos, teñidos con los métodos de la histología. Algunas de sus preparaciones son sumamente demostrativas, especialmente sobre la confluencia del tejido conjuntivo alrededor de los paquetes vasculares, y señala también la comunicación entre uno y otro lado, así como su continuación con el tejido conjuntivo que envuelve las vísceras de la parte media del cuello. A pesar de lo acertado de sus ideas, el método no da más de sí; con él no pueden revelarse aquellos espacios que son sólo virtuales y que por consiguiente escapan a todo intento de disección, así como a los demás métodos clásicos de la anatomía. El concepto de espacio celular no pertenece a la anatomía inmóvil del cadáver, sino que cae de lleno en el terreno de la anatomía funcional.

La simple disección nos revela muy poco sobre el verdadero valor de estos espacios. Solamente la disección precedida por su relleno podrá precisarnos su valor y afirmar o negar las constataciones hechas anteriormente.

Conscientes por lo tanto, del papel de protagonista exclusivo representado por el tejido celular en los procesos supurados, decidimos efectuar como tiempo previo al estudio de los flemones cervicales, el de los espacios celulares de la región, lo que llevamos a cabo con la valiosa colaboración del Dr. Pons Tortella, y empleando en ello el tiempo necesario durante el que tuvimos que vencer, además de las dificultades técnicas inherentes a toda investigación, las derivadas de la búsqueda y consecución del material anatómico.

Procedimos al relleno de los espacios celulares con substancias solidificables y opacas a los rayos Roentgen, inyectadas a presiones moderadas y uniformes en cada caso, para estudiar seguidamente las imágenes radiográficas y luego la disección complementaria. En

muchos puntos nuestros resultados no se correspondían con los clásicos. En otras ocasiones pudimos constatar la utilidad y vigencia de detalles anatómicos, que si bien descritos con anterioridad, no se les había dado el valor que merecían; tal es el caso del conducto que la aponeurosis media forma a nivel del tendón del omohioideo, formación que había sido descrita por nuestro maestro Joaquín Trias en 1919.

Para nuestro estudio utilizamos cadáveres recientes, no conservados y especialmente de niños, ya que en ellos el tejido celular es más laxo y se deja distender con mayor facilidad. Procedimos a la inyección de las zonas celulares guiados por un criterio basado en la observación clínica. Los espacios celulares se mostraron constantes en todos los casos, correspondiéndose exactamente cada uno de ellos con un tipo bien definido de flemón con sus propias características clínicas, pronósticas y de tratamiento.

Generalmente sus formas son irregulares y anfractuosas y cualquiera de ellos puede llenarse total o parcialmente, según la presión a que se inyecte la masa. Lo mismo ocurre con el proceso supurado, que puede ocupar todo el espacio o quedar acantonado a una parte del mismo —recodo o departamento— originándose así diferentes variantes o subgrupos.

Considerando la gran importancia del absceso que tan frecuentemente se localiza en la región del ángulo maxilar, nuestros trabajos iniciales se dirigieron a sistematizar la morfología del espacio celular que ocupa esta región, sus relaciones aponeuróticas y sus prolongaciones. A este efecto practicamos la inyección introduciendo la cánula hasta alcanzar el perióstio del ángulo del maxilar inferior. La substancia opaca fue en algunos casos una suspensión acuosa de sulfato de bario teñida de vermellón y en otros una suspensión de yeso. En todas ellas se practicaron radiografías en proyección lateral, frontal y transversal y seguidamente la disección. Las inyectadas con yeso fueron estudiadas topográficamente mediante el método de los cortes.

En la región suprahioidea se inyectaron igualmente, siguiendo la técnica descrita, los espacios sublingual y submaxilares.

Con especial atención se inyectó el tejido celular que rodea al paquete vasculo-nervioso, buscando siempre el contacto directo de la cánula con los vasos. Unas veces por delante y otras por detrás del músculo esternocleidomastoideo y a diferentes niveles. La solidaridad del tejido perivascular con el que forma la vaina visceral y con

el que se extiende por el espacio prevertebral, se nos mostró siempre como un hecho evidente.

Por el contrario, la falta de relleno en los casos anteriores de una cavidad virtual existente bajo el músculo esternocleidomastoideo nos indujo a inyectar separadamente esta zona, con lo que obtuvimos la sistematización perfecta de un espacio submuscular independiente en absoluto del gran espacio vasculo-viscero-prevertebral, en relación con la atmósfera celular de la región supraclavicular.

Finalmente se procedió al estudio anátomo-radiológico del espacio infrahioideo, por delante de la aponeurosis media. La inyección fue seguida por la radiografía en dos proyecciones y por la disección comprobante.

EL ESPACIO SUBANGULO MAXILAR CON SUS PROLONGACIONES Y LOS ABSCESOS QUE EN EL SE FORMAN

A nivel del ángulo del maxilar existe una masa de tejido celular de la mayor importancia. La inyección de substancia opaca en esta región da lugar a un acúmulo considerable por detrás y debajo del ángulo de la mandíbula. Si la presión aumenta, la masa se extiende de una manera constante hacia la profundidad, invadiendo dos zonas de significado anatómico distinto: por dentro penetra en la fosa zigomática, propulsando de un modo particular a nivel de la región amigdalina. Hacia afuera se extiende superficialmente entre la aponeurosis superficial y el músculo cutáneo, formando una lámina superficial de espesor variable.

La radiografía en proyección horizontal y los cortes transversales practicados en las preparaciones inyectadas con yeso indican la situación y forma de este espacio. Tiene aspecto de herradura, con una porción intermedia que comprende el ángulo maxilar y dos ramas; la interna, gruesa, se extiende por la zona comprendida entre el pterigoideo interno y la faringe, mientras que la externa, más tenue, se extiende por la región suprahioidea, entre el músculo cutáneo y la aponeurosis cervical superficial.

Gracias a esta disposición ha sido posible inyectar tres zonas de topografía diferente: mientras que las zonas intermedia e interna son subaponeuróticas, la externa es francamente supraaponeurótica. La explicación de este hecho que se repite constantemente en todos los casos depende de la morfología especial que ofrece el tabique

submaxilo-parotídeo o "pars angularis fasciae colli" de Zuckerkandl y Told, donde existe, por dentro de la banda maxilar, una región aponeurótica cribiforme, verdadera solución de continuidad, que establece el paso de una a otra zona. De esta manera se comprende fácilmente la singular anatomía de este gran espacio.

La parte intermedia o confluente está formada por un verdadero túnel, al que por su situación le designamos con el nombre de intermaxilo-parotideo, ya que contacta por encima y por debajo con las celdas de las glándulas salivales, parótida y submaxilar. Por fuera está en relación con la cara interna de la aponeurosis cervical superficial, en el lugar en que está reforzada por la banda maxilar, y un poco más arriba con la zona cribiforme. Por dentro comunica ampliamente y sin obstáculo con el tejido celular de la fosa zigomática. Por detrás se corresponde con el borde anterior del esternocleidomastoideo y por delante abraza el ángulo del maxilar.

La zona superficial tiene forma triangular con la base emplazada en la región del ángulo, sobre la banda maxilar y la zona cribiforme. Se extiende por fuera de la aponeurosis superficial y sus límites dependen de la tensión de la masa inyectada: su límite superior sobrepasa poco el borde inferior del maxilar y su borde infero-interno no alcanza la línea media. Este espacio, que queda inyectado constantemente, tiene como característica notable el que su base comunica ampliamente a través de la zona cribiforme con el túnel subangular que hemos descrito.

La zona profunda corresponde a la región paraamigdalina. Por detrás, el diafragma estiloideo le forma un límite bien trazado e infranqueable, que se revela en todos los cortes e imágenes. Por delante lo limita la aponeurosis bucinato-faríngea; por debajo la glándula submaxilar, cuyo polo posterior forma la pared correspondiente del túnel intermedio, verdadera puerta de entrada a esta región. Las paredes externa e interna presentan relaciones importantes dignas de ser consideradas con especial atención.

Por la cara externa esta masa celular entra en contacto con el músculo pterigoideo interno y por delante del mismo con el periostio de la parte más posterior del reborde alveolar, a nivel de la implantación de los últimos molares. La cara interna contacta con la pared lateral de la faringe, exactamente en la zona de implantación de la amígdala; la masa inyectada empuja a la amígdala propulsándola hacia la faringe, a nivel del hiato comprendido entre el constrictor superior y el medio, a cuyo nivel se establece una comunicación entre el tejido celular y de la región y el periamigdalino.

La constancia con que hallamos estas disposiciones en todos los casos nos autoriza a interpretar el espacio estudiado como constituyendo una entidad anatómica definida.

Nunca encontramos comunicaciones con los demás espacios, los cuales se mantienen independientemente uno de otro. Así vemos que la masa de inyección no penetra nunca en el espacio vascular, ni en el submuscular, ni al del suelo de la boca, a pesar de su inmediata proximidad.

Los abscesos radicados en el espacio subángulomaxilar son los más frecuentes del cuello, debido indudablemente a las relaciones directas de este espacio con el tejido periamigdalino y con la parte posterior del reborde alveolar del maxilar inferior, donde tan a menudo se desarrollan procesos infecciosos originados en el último molar, cuyos accidentes de erupción son muy frecuentes.

Su característica más acusada es la tumefacción, con un punto de máxima sensibilidad y dureza a nivel del ángulo de la mandíbula, cuyo relieve queda borrado. A partir de este punto se extiende hacia adelante y abajo, por la región suprahioidea lateral y cara externa del maxilar inferior, correspondiente a la prolongación superficial de este espacio, que se reblandece y fluctua algunas veces. Entre los síntomas funcionales domina el trismus y en segundo lugar el dolor de garganta.

El tratamiento consiste en una incisión que bordea el ángulo, a través de la cual se introduce un instrumento romo, con el que se profundiza hasta tocar el borde denudado del hueso, y de aquí se hunde en la fosa zigomática, se dilata el trayecto y se prolonga el corte hasta el límite del despegamiento superficial; el drenaje queda en declive, el curso suele ser favorable y la cicatriz poco visible.

Uno de los abscesos cervicales más conocidos es el llamado flemón submaxilar, debido casi siempre a una osteitis del borde externo de la apófisis alveolar. Estos flemones se forman sobre la cara externa del maxilar inferior, en la región suprahioidea lateral, son independientes de la celda de la glándula submaxilar y se corresponden con la prolongación superficial de nuestro gran espacio subángulomaxilar. Dada su situación superficial, la supuración se manifiesta por signos externos evidentes: la piel participa en el proceso, se enrojece y fluctúa. Estos flemones representan el tipo más benigno de los abscesos cervicales.

EL ESPACIO SUBMAXILO-SUBLINGUAL Y EL FLEMON DEL SUELO DE LA BOCA

El tejido celular del suelo de la boca se continúa con el que rodea a la glándula submaxilar, entre ésta y su celda. Este hecho, que se repite en todos los casos, indica la solidaridad existente entre estas dos regiones, que constituyen así un espacio celular único, que puede denominarse submaxilo-sublingual.

La comunicación entre estas dos regiones se efectúa a nivel de la parte interna del borde posterior del músculo milohioideo, por el lugar por donde pasan el conductor de Wharton y el nervio hipogloso. La parte externa de este borde muscular está ocupada por la prolongación sublingual de la glándula submaxilar, que se opone a la propagación obstruyendo el camino.

Solamente en un caso de cadáver de feto de siete meses la masa inyectada en el suelo bucal se propagó por la parte externa del intersticio entre el borde posterior del milohioideo y el hiogloso, invadiendo la región suprahioidea y ocupando el espacio existente entre el milohioideo y el vientre anterior del digástrico. Con la sola excepción de este caso de cadáver fetal, el milohioideo se ha comportado siempre como un verdadero elemento de separación entre la región sublingual y la suprahioidea. En ningún caso la substancia inyectada invade hacia atrás el espacio subángulo maxilar y mucho menos el vascular, aún más posterior.

Los estudios en proyección transversal revelan la existencia de una prolongación hacia atrás y abajo, siguiendo la superficie del músculo hiogloso, que llega a contactar con el mismo hueso hioides. Finalmente, por delante, la región sublingual de un lado comunica con la del otro lado.

Como vemos, este espacio es de una gran extensión y está atravesado y ocupado por múltiples formaciones: músculos de la lengua, glándulas submaxilares y sublinguales, vasos, nervios y conductos de Wharton. El tejido celular que lo constituye es de una gran laxitud y los flemones que se forman a su nivel no tienen tendencia a localizarse, sino que la supuración tiende a infiltrarse entre dichos numerosos elementos que lo ocupan y a extenderse hacia atrás hasta el hioides, junto a la entrada de la laringe. Todo ello, y sobre todo lo inextricable de la región, hace que el drenaje de la misma sea muy difícil en las formas difusas, que son la mayoría, lo que explica la extrema gravedad de este tipo de flemón del cuello, que se acompaña

frecuentemente de edema de la glotis. De todos es conocida la gravedad de la angina de Ludwig y lo difícil de su tratamiento.

El cuadro es inconfundible: la tumefacción ocupa toda la región suprahioidea y abulta considerablemente por el suelo de la boca. La lengua, aplicada contra el paladar, no puede exteriorizarse ni moverse y ambas regiones submaxilares pueden estar dolorosas e infiltradas, indicando su participación en el proceso. La causa más corriente es la caries dentaria con osteitis de la cara interna de la apófisis alveolar del maxilar inferior.

Respecto al tratamiento, se recomienda en todos los tratados practicar los desbridamientos a nivel de la región suprahioidea, pero como se infiere del estudio anatómico precedente, por esta vía hay que atravesar una zona de tejidos edematosa y sumamente engrosados para alcanzar el foco de celulitis, que se encuentra a gran profundidad y por encima del milohioideo; además hay que considerar la presencia a cada lado de las glándulas submaxilares, que obstaculizan el drenaje. A pesar de la extirpación de ambas submaxilares, el drenaje por debajo resulta difícil e insuficiente. Considerando dichas dificultades, así como la disposición de este complejo espacio celular, hemos aconsejado y practicado el abordaje del flemón sublingual por vía intrabucal, contrariamente a los preceptos clásicos, tal como lo venían recomendando Delteil y Houser.

Con un abrebocas se vence el trismus, se incinde la mucosa en el lugar de mayor tumefacción y endurecimiento, generalmente a nivel del segundo molar, entre el frenillo y el borde alveolar, se dilata la abertura con un instrumento romo, preferentemente con el dedo, y se completa la intervención con la extracción de las piezas enfermas. A veces es necesaria la traqueotomía y la práctica de aberturas externas complementarias, en especial si las celdas submaxilares han sido invadidas.

EL ESPACIO PROFUNDO Y SUS PROLONGACIONES MEDIASTINICAS

La inyección de la vaina celular que rodea al paquete vasculonervioso del cuello da lugar de un modo constante a la impregnación longitudinal de dicha túnica celular, a la invasión amplia del tejido prevertebral y al paso a la vaina vascular del otro lado. De esta manera se revela un vasto espacio simétrico, que lateralmente se extiende de uno a otro paquete vasculo-nervioso, y longitudinal-

mente de la base del cráneo al mediastino, en el que se hunde más o menos según la presión a que se inyecta la masa. Alrededor del paquete vascular la disposición de la materia inyectada no es uniforme, se acumula sobre todo en su parte posterior y externa, mientras que por delante la cantidad es menor, deteniéndose a nivel del hioides, en el punto de emergencia del tronco tirolinguo-facial. En cambio, por detrás se extiende fácilmente hasta la base del cráneo, por el espacio retroestiliano.

La masa acumulada de esta forma alrededor del paquete vascular no se extiende nunca siguiendo las ramificaciones vasculares, ni aún las más importantes. De la sombra producida por la masa vemos emerger todas las ramas de la carótida externa sin el menor saliente que altere su perfil; ni en el mismo punto de partida se nota la menor tendencia a seguir el trayecto de la arteria, lo que nos indica que las ramas arteriales no constituyen caminos para el tejido celular.

El acúmulo retrovascular se continúa de un modo franco y amplio con el espacio prevertebral, en el que la facilidad de despegamiento es considerable. El paquete vascular del otro lado queda empujado hacia afuera e infiltrado todo el llamado espacio visceral, es decir, toda la región infrahiodea por detrás de la aponeurosis media.

Por detrás se extiende por la región supraclavicular profunda y hacia abajo se prolonga hacia el mediastino. Estas prolongaciones son un atributo exclusivo de este espacio profundo del cuello. Así como hacia arriba este espacio está limitado por la base del cráneo, hacia abajo desciende por el mediastino a mayor o menor profundidad, según la presión de la masa inyectada, valiéndose de dos caminos: por una parte el tejido perivascular hacia el mediastino anterior y por otra por el espacio prevertebral hacia el mediastino posterior. El primero es diferente a uno y otro lado; a la derecha se detiene a nivel del origen de la subclavia y a la izquierda llega fácilmente hasta el cayado aórtico. El posterior es aún más franqueable, ya que por él se llega sin dificultad hasta niveles muy bajos, hasta el fondo de saco de Haller en nuestros casos.

Como vemos, regiones diversas y alejadas forman parte de una atmósfera celulo-adiposa común constituyendo un gran espacio con una unidad anatomo-patológica indiscutible, mientras que otras regiones más próximas topográficamente quedan completamente separadas de ella; tal ocurre con las regiones subangulomaxilar y submaxilo-sublingual, así como con el espacio despegable situado bajo

el esternocleidomastoideo, frecuentemente confundido con ed carotídeo, dada su topografía. En ninguna de estas regiones hemos hallado vestigios de propagación procedentes del espacio profundo del cuello.

Las supuraciones de este espacio son el conocido flemón profundo del cuello. Generalmente su origen es alguno de los ganglios que forman la cadena carotídea, pero hemos visto casos originados en lesiones del esófago cervical y en osteitis de los cuerpos vertebrales de la región.

Las características anatómicas de este gran espacio nos hacen comprender fácilmente la importancia y gravedad de los flemones que en él se desarrollan.

Su situación profunda, bajo fascias inextensibles, hace que la tensión de los exudados inflamatorios comprima los órganos del cuello situados en la celda visceral y a las numerosas venas de la región, ocasionando trastornos funcionales precoces y acusados, especialmente disfagia y dificultad en la fonación y en la respiración por edema de la laringe. Si a esto añadimos las propagaciones mediastínicas comprenderemos fácilmente los graves y amenazadores estados que pueden presentarse.

Para el diagnóstico hay que considerar que como en toda supuración profunda faltan los síntomas externos de la supuración, ya que la piel no participa en el proceso, y que la fluctuación tampoco se presenta.

Clínicamente apreciamos una infiltración profunda, leñosa y dolorosa al tacto, situada bajo el esternocleidomastoideo, que se extiende desde el hioides hasta la base del cuello. La cabeza adopta una posición ligeramente flexionada hacia el lado enfermo, con el objeto de relajar los músculos y fascias y ganar con ello algo de espacio para los oprimidos órganos del cuello. Al comienzo el estado general no está alterado, pero llama la atención una particular expresión angustiosa de la cara, indicadora de que el paciente está consciente de la gravedad de su estado y de que un pequeño movimiento o aumento del edema puede conducir a la oclusión total de la glotis y a la asfixia. En fases más avanzadas aparecen fenómenos infecciosos por mediastinitis supuradas y por tromboflebitis séptica. Todas estas complicaciones revisten extraordinaria gravedad a pesar de las medicaciones antibióticas actuales, si no se efectúa un drenaje precoz y eficaz del foco de supuración.

Los desbridamientos se harán siguiendo el borde del esternocleidomastoideo, preferentemente el posterior, ya que por detrás el

espacio resulta más abordable por ser el lugar donde se acumulan los exudados en mayor cantidad. A través de la incisión se exploran los despegamientos existentes, en especial la invasión del otro lado por el tejido prevertebral y en caso de que existan se establecen las contraaberturas necesarias. Generalmente sorprende la falta de relación entre lo impresionante de la clínica y lo escaso del pus encontrado, ya que unos pocos centímetros cúbicos pueden determinar los cuadros más graves.

Es muy importante evitar los drenajes rígidos por los decúbitos y esfacelos que pueden producir en la pared de las arterias con hemorragias fulminantes.

EL ESPACIO SUBMUSCULAR

Finalmente debemos citar otro espacio situado también en la región carotídea, por debajo del músculo esternocleidomastoideo, entre su cara profunda y la aponeurosis cervical media, donde existe un espacio virtual que se extiende topográficamente a todo lo largo del músculo. Este espacio, absolutamente distinto del que rodea a los vasos y con el que generalmente se confunde, tiene una realidad anatómica suficientemente acusada para merecer una descripción y denominación propias.

Normalmente es virtual y no es otra cosa que el ángulo diedro que se forma entre la cara posterior del músculo, recubierta por la hoja correspondiente de la aponeurosis superficial y la cara anterior de la aponeirosis media, que en realidad no termina a nivel del borde externo del omohioideo, como está generalmente admitido, sino que se continúa hasta el borde posterior de la hoja profunda de la vaina del esternocleidomastoideo, con la que contrae fuertes adherencias en casi toda su extensión; en cuya forma el borde posterior del espacio queda bien delimitado. El borde anterior, que representa el seno del ángulo, queda abierto más o menos ampliamente hacia la región infrahioidea media superficial, pues aquí las adherencias establecidas entre el borde muscular anterior y la aponeurosis media no son consistentes; no obstante, en algunos casos hemos hallado en este nivel un tabicamiento casi perfecto, aislando el espacio submuscular de dicha región media infrahioidea. Hacia arriba se continúa hasta la inserción del músculo en la apófisis mastoides, y hacia abajo hasta la inserción esternoclavicular. La inserción más posterior

de los otros músculos infrahioideos y las adherencias aponeuróticas de la región, impiden la comunicación hacia el mediastino.

Este espacio presenta a nivel de su tercio inferior una comunicación constante con el tejido celular de la región supraclavicular y otra eventual con el tejido celular infrahioideo situado por delante de la aponeurosis media. La más importante de estas comunicaciones es indudablemente la que se establece hacia la región supraclavicular, a través de una disposición anatómica, que a pesar de ser constante y fácil de demostrar es poco conocida por los autores; nos referimos al conducto que la aponeurosis media forma al tendón del omohioideo en el lugar que cruza el borde posterior del esternocleidomastoideo, formación que fue descrita detalladamente por Joaquín Trías en 1919. Este conducto del tendón del omohioideo, abierto por delante en el espacio submuscular, se continúa por detrás con la vaina del músculo hasta su inserción en el omóplato, de manera que cruza toda la región supraclavicular. La masa de inyección, pasando por el interior de este túnel, hace irrupción en el tejido celular de la fosa supraclavicular, envolviendo los elementos vasculares y nerviosos de la región. Este hecho se produce constantemente en todas las preparaciones sin tener que forzar apenas la presión de la masa inyectada. Nunca hemos observado comunicaciones con los demás espacios.

Las supuraciones que en él se desarrollan son flemones laterales, que abultan bajo el músculo esternocleidomastoideo, produciendo un tortícolis característico. El origen de la supuración casi siempre es ganglionar, pero puede tratarse de abscesos por propagación directa a partir de una osteitis a nivel de la inserción superior del músculo en la apófisis mastoides.

A pesar de que por su topografía puede confundirse con el flemón carotídeo, se distingue marcadamente por su disposición limitada bajo el cuerpo muscular, sobrepasándolo sólo por abajo. hacia la fosa supraclavicular, y sobre todo por su falta de gravedad y de las temibles complicaciones que acompañan a la evolución del flemón carotídeo.

El tratamiento consiste en incidir junto al borde anterior del músculo, en la parte más baja del absceso y contraabertura en la parte más posterior, con drenaje entre una y otra.

Los siete espacios fundamentales descritos —dos subángulomaxilares, dos submaxilo-sublinguales, uno profundo visceral y dos submusculares, con sus compartimientos y separaciones, condicionan

toda la clínica y terapéutica de los flemones del cuello, porque toda esta patología se adapta exactamente al estudio que hace ya algún tiempo efectuamos con la valiosa colaboración del Dr. Pons Tortella.

Con este trabajo hemos querido significar ante todo la vitalidad siempre actual de la anatomía, que si bien tomada desde un punto de vista meramente descriptivo ha sobrepasado el límite de su desarrollo, puesta al servicio de los problemas que continuamente nos presenta la clínica nos ofrece posibilidades inagotables.

DISCURSO

DE CONTESTACION DEL ACADEMICO NUMERARIO

Dr. LUIS SAYÉ

Excelentísimo señor,
Muy ilustres señores Académicos,
Señoras,
Señores.

Moisés Broggi Vallés hizo sus estudios de Medicina en Barcelona, se licenció con Premio Extraordinario en 1931 y se doctoró también en Barcelona con la máxima calificación en 1935. Como a dato anecdótico referiremos que su título de Doctor tiene un valor histórico, ya que es el único existente concedido por la Universidad Autónoma de Barcelona, puesto que los demás que se doctoraron durante aquellos años convalidaron posteriormente sus títulos en la Universidad Central, previa repetición de los ejercicios, mientras que él, considerando legal su posición, solicitó y obtuvo el reconocimiento oficial en 1944.

Cuando fue alumno interno de anatomía efectuó un trabajo intenso de disección en el anfiteatro anatómico que le ha sido de gran ayuda en su labor posterior de cirujano.

El internado y aprendizaje de la cirugía lo hizo al lado de los hermanos Trías Pujol, de los que el nuevo académico se enorgullece legítimamente de haber sido su discípulo; de ellos aprendió, no sólo las reglas del arte, si que también aquellas cualidades humanas de buen sentido y generosidad que en tan alto grado poseían aquellos dos grandes hombres y sin las que la ciencia más elevada del mundo no vale absolutamente nada. Consideramos providencial el hecho de que haya sido elegido precisamente en el lugar que ha dejado vacante su querido maestro, Joaquín Trias, cuyo recuerdo es tan vivo entre nosotros. Digno discípulo de tan preclaros maestros se ha destacado brillantemente en el ejercicio profesional y se ha granjeado grandes y devotas amistades.

Realizó una esforzada labor en las clínicas de cirugía del Hospital Clínico, primero como alumno interno y luego como Jefe del Servicio de Urgencias en su calidad de médico de guardia, en cuyo cargo le sorprendió la guerra civil. Este primer período de su vida de cirujano estuvo dedicado a la cirug:a de urgencia, a una cirugía de urgencia en gran escala, dadas las circunstancias extraordinarias de aquella época.

Buena preparación anatómica, maestros excelentes y la escuela insuperable de los centros de urgencia y de los hospitales avanzados de guerra, constituyen la primera etapa de su formación.

Sus numerosos trabajos y publicaciones de esta época revelan claramente estas circunstancias, así como su considerable experiencia en este tipo de cirugía. Entre ellos merecen destacarse por la repercusión que han tenido, su estudio sobre la propagación de la sepsis en las heridas infectadas de los miembros y su tratamiento mediante las ligaduras venosas y el drenaje de los espacios perivenosos. Asimismo es digno de mención el estudio sobre las lesiones vasculares traumáticas, en el que resume los numerosos casos atendidos personalmente, correspondientes a tan importantes lesiones.

El Dr. Broggi representa el prototipo del cirujano general, tan raro y tan necesario en nuestro tiempo. Sintió profundamente la práctica de su profesión, intentando superarla con perfeccionamientos siempre mayores y planteándose posibilidades para la atención de cuadros clínicos aparentemente insolubles. Ha procurado en todo momento cultivar los nuevos campos que se han ido presentando al dominio de la cirugía, sin resignarse al cerco limitado de la especialidad; y así vemos como aquí fue de los primeros que practicó la neumocirugía y las técnicas de resección pulmonar, así como el tratamiento de las hernias discales productoras de lumbo-ciática, poco tiempo después de que aparecieran las primeras publicaciones de Mixter. Hace cerca de doce años empezó a practicar las primeras fístulas venosas derivativas en el tratamiento de la hipertensión portal. Y todo ello con acierto y resultados favorables.

Ha asistido a los principales centros quirúrgicos europeos, buscando siempre nuevos detalles y adquisiciones para superarse y enriquecer su técnica. Es miembro de la mayor parte de Sociedades Científicas y Profesionales quirúrgicas y paraquirúrgicas y sus aportaciones y ponencias a los Congresos y Asambleas, así como sus publicaciones, son numerosas y alcanzan trascendencia.

Su tesis doctoral es un estudio de fisio-patología sobre la inervación y el funcionalismo de los vasos en el que, entre otras cosas, ex-

plica experimentalmente la tendencia a los enfriamientos y vaso-espasmos que presentan los enfermos de poliomielitis; aportación importante al conocimiento de esta enfermedad. Trabajó en cirugía torácica, siendo notables sus aportaciones a la colapsoterapia quirúrgica y a la cirugía del esófago. Pero donde sus trabajos son más numerosos es en el campo de la cirugía abdominal, donde se ha destacado de un modo especial en la cirugía biliar y en el difícil tratamiento de los enfermos cirróticos; su contribución a este interesante capítulo es conocida en todas partes.

Existen dos maneras fundamentales para tratar de comprender a la naturaleza. Una es mediante las palabras y los pensamientos que ellas representan; la otra se basa en el examen de los hechos y de las circunstancias en que éstos se producen. Esto tiene interés porque a los seguidores de cada uno de estos métodos corresponde una mentalidad diferente: los primeros, los que siguen el método verbal o especulativo, tienden al concepto de autoridad y de supeditación a lo que ésta haya dicho o escrito y siempre corren el peligro de quedar aprisionados por las palabras.

La obra del Dr. Broggi no responde a esta mentalidad. En sus trabajos se refiere sólo a hechos vividos y a ellos se ciñen estrictamente sus conclusiones.

La disertación que hemos escuchado es una prueba de lo que venimos diciendo. Este trabajo fue proyectado y ejecutado de la manera siguiente: con motivo de colaborar en la gran obra de "Cirugía de Urgencia", de Doménech-Alsina, comprobó la vaguedad y confusión reinantes en el capítulo de las supuraciones cervicales. En vez de resignarse a aceptar las cosas tal como estaban y limitarse a compendiar lo que sobre ello estaba escrito, se puso a trabajar para esclarecer y dar forma a esta parte importante de la cirugía, y lo consiguió. Ante todo se impuso la búsqueda del mejor método que podría utilizarse, valorando los que ya habían sido empleados para estudiar la topografía de las supuraciones en otras zonas del organismo, también de notoria complejidad anatómica, para aplicarlos a la región cervical. Se puso en relación con el doctor Pons Tortella, gran anatómico, y ambos dieron cima al proyecto, con lo que quedó colmado el vacío existente en los manuales de cirugía.

Esta obra ha sido traducida y publicada en diferentes idiomas y constituye la base del capítulo de los flemones del cuello, tan importante en los tratados de cirugía, así como en odontología y, en cirugía torácica para precisar las propagaciones de las supuraciones cervicales hacia el mediastino.

Este es, en lo profesional y en lo científico, el hombre a quien la Real Academia de Medicina abre hoy sus puertas. Pero no puedo dejar de señalar en el doctor Broggi sus virtudes de rica humanidad; el ejemplo que a todos otorga de cómo pueden vestirse las virtudes de la sabiduría con las discretas galas de la modestia. Admiramos en Broggi sus bondadosos afanes por apartar de las mentes de sus enfermos el temor con que viven sus angustiosos sufrimientos. Su preocupación por dar a la asistencia médica, hecha acción y presencia, no sólo el valor que corresponde al acto de prestación del servicio que la medicina reclama, sino también algo de lo que el enfermo más vivamente ansia, cuando desea ver en el médico que lo atiende a toda la humanidad preocupada y puesta a su exclusivo cuidado. Su interés por comprender y atender aquellas que podríamos denominar "dolencias de resonancia" de la enfermedad principal, la cual, por ser sólo a medias entendida por los enfermos, despierta inquietudes y afanes estériles o desorbitados a los que el médico no puede llegar si no deja mandar en sus acciones más a su buen corazón y elevados sentimientos que a su científico saber.

El Dr. Broggi ha sabido huir del concepto de Séneca cuando señalaba que "con la aparición de los sabios los buenos se habían eclipsado", pues sabe hermanar sabiduría y bondad en alcances de edificante ejemplaridad.

Este es, en su más íntimo fuste, nuestro nuevo compañero.