

Segunda prueba del Concurso de Anatomía
Topográfica
(Anatomía Clínica y Quirúrgica)

POR EL DOCTOR
FORTUNATO QUESADA

Señor Decano;
Señores Catedráticos;
Señores:

Vamos a ocuparnos de la anatomía clínica y quirúrgica de los flancos y regiones lumbares. Principiaremos por definirles.

Los flancos y regiones lumbares están constituídos por las porciones laterales blandas del vientre—superficial y profundamente considerado—, porciones que en la terminología corriente se conocen con el nombre conjunto de *cintura*.

Las razones por las que reunimos en un solo capítulo el estudio de los flancos con el de las regiones lumbares son de orden clínico y quirúrgico: los flancos sirven de acceso para la exploración de las regiones lumbares y particularmente del elemento más importante del contenido de éstas, el riñón; es por el flanco que se ha aconsejado también abordar operatoriamente la celda renal; y existe una multitud de procesos regionales que comprometen los elementos de los flancos y de las regiones lumbares y repercuten, por consiguiente, de los unos en las otras y recíprocamente.

Haremos, desde luego, su demarcación. Ya anteriormente, y con ocasión que se refiere a este mismo concurso, nos hemos ocupado de la delimitación anatomo-clínica de

las distintas regiones abdominales. Ahora vamos a hacer únicamente la repetición de la de los flancos y regiones lumbares. Primero, su proyección superficial, comenzando por la parte anterior. Indicaremos sólo la topografía radiada, que es la que seguimos en la clase. El flanco propiamente dicho se encuentra delimitado superficialmente en la parte anterior por tres puntos: el ombligo, la espina iliaca anterior y superior y el borde costal a la altura de la 9ª costilla. Si trazamos dos líneas que unan de una parte el ombligo al punto marcado del borde costal y de otra el punto umbilical a la espina iliaca anterior y superior, tendremos delimitado el flanco en su cara anterior. En la parte lateral encontramos límites bien naturales y fáciles de percibir; son: el borde costal hacia arriba y otro borde óseo, la cresta iliaca, hacia abajo. En la parte posterior, que forma la región lumbar propiamente tal, continuamos dichas dos líneas, la superior hasta la apófisis espinosa de la 12ª vértebra dorsal, siguiendo en su última porción el relieve óseo de la 12ª costilla; y la inferior, que sigue el relieve de la cresta iliaca, hasta caer entre la tercera y cuarta vértebras lumbares. El límite vertical posterior, paramediano, de estas regiones se traza a 2 o 3 traveses de dedo de la línea de las apófisis espinosas.

Pero estas regiones no solamente comprenden elementos superficiales; comprenden igualmente elementos profundos dentro de la cavidad abdominal. En su parte anterior abarcan un segmento de la gran celda abdómino-pelviana, en su porción peritoneal; hacia la parte posterior o lumbar, se compenetran, casi se asimilan al contenido de la celda renal. Debemos advertir, como vamos a ver en seguida con algunas demostraciones, que esta celda renal escapa, en su porción superior, a los límites superficiales que hemos marcado a nuestras regiones, es decir, que el riñón y particularmente la cápsula supra-renal, que se encuentran dentro de dicha celda, invaden otra región, que ya hemos considerado antes, la región del hipocondrio, tanto al lado derecho como al izquierdo.

Delimitadas así estas regiones en superficie y en profundidad, vamos a estudiar en primer lugar su conformación exterior. Los elementos conformativos de las regiones son —hemos dicho en términos generales— primordialmente los huesos y secundariamente los elementos blandos. Los elementos óseos que se encuentran en estas regiones están formados, de una parte, por el borde costal y, de otra, por la

cresta iliaca. Generalmente en los sujetos de una mediana contextura los relieves del borde costal y la cresta iliaca son siempre manifiestos. La porción anterior de la región es aplanada; la porción lateral presenta una ligera concavidad, precisamente a la cual se le llama la cintura; hacia la parte posterior es más o menos levantada por el relieve de los músculos lumbares. Esto que ocurre en el aspecto exterior abdómico-lateral de un sujeto normalmente constituido varía enormemente según el grado de constitución somática que tenga un individuo. En los sujetos emaciados o enflaquecidos, la pérdida de las partes blandas hace que los relieves óseos descuellen más en esta región y que entonces las tres caras aparezcan más o menos cóncavas; por el contrario, en los que están dotados de alguna gordura, el plano subcutáneo grasoso aumenta y la región se hace más o menos prominente. Es esto lo que ocurre sobre todo en las personas del sexo femenino, en las que, el aumento de la grasa a nivel de la cintura hace que ésta se continúe con el relieve de la cresta iliaca y por eso es que las mujeres gordas semejan tener caderas más altas. Esta conformación exterior de las regiones que nos ocupan tiene numerosas variaciones en circunstancias anómalas. Estudiando los distintos elementos que integran este segmento orgánico vamos a reparar algunas deformaciones, puntualizando cómo se realizan dentro de la conformación anatómica.

Cuando palpamos superficialmente estas regiones por sus caras anterior, lateral y posterior, es decir, cuando hacemos la palpación anatómica de las paredes de los flancos y regiones lumbares, podemos apreciar los elementos que las constituyen y que ya conocemos por la Anatomía topográfica cadavérica. Estos elementos, que vamos a recordar sumariamente con algunas preparaciones, debemos tenerlos siempre en la mente cuando palpemos las paredes aludidas.

Inspeccionamos y palpamos en primer lugar la piel: la encontramos más o menos gruesa y deslizable sobre los elementos subcutáneos. En una preparación podemos verla levantada por el escalpelo tal cual es. En seguida encontramos el pániculo adiposo, también levantado en la preparación. Este pániculo adiposo podemos apreciarlo por debajo de la cubierta cutánea, observando particularmente su espesor y su fijeza, levantándolo en un pliegue y traccionándolo en diferentes sentidos. A veces dejamos por la presión una

huella en estos elementos superficiales, cuando se ha infiltrado algún líquido en sus mallas o cuando existe una flegmasia en la vecindad. En seguida podemos palpar la aponeurosis superficial que es el plano sobre el cual deslizan los elementos subcutáneos. Podemos palpar igualmente la pared muscular. Esta pared muscular que está formada por el oblicuo mayor, más propiamente llamado oblicuo externo, por el oblicuo menor o interno, y por el transverso. Estos elementos musculares, en el sujeto vivo, los examinamos al estado de relajación, cuando el sujeto abandona su vientre y respira tranquilo en el decúbito; o si el sujeto hace esfuerzos para levantarse, al estado de contractura. Es así, haciendo la contracción de sus fibras cómo podemos darnos cuenta si estos músculos se hayan íntegros o rotos; esto es, si se encuentra una ruptura muscular a su nivel. Podemos, también, haciendo la contracción de estos músculos descubrir si tienen alguna solución de continuidad, sin ruptura de sus fibras: si existe una hernia. Esto puede observarse, en la porción anterior, en las inserciones más anteriores de los músculos oblicuos mayor y menor, en la línea llamada de SPIGEL. Recordaremos, asimismo, a este respecto, aquel triángulo muscular que hemos estudiado entre las formaciones anatómicas cadavéricas y que debemos aprender a reparar en el vivo. Me refiero al triángulo de PETIT. Este triángulo como se recuerda perfectamente en un esquema, resulta del encuentro del borde anterior del dorsal ancho con el borde posterior del oblicuo mayor o externo, que cierran un ángulo, hacia arriba, y, hacia abajo, la abertura del ángulo o base del triángulo está cortada por la cresta iliaca. Si recordamos que las inserciones del dorsal ancho vienen a realizarse en la unión del tercio posterior con el tercio medio de la cresta iliaca, y fijamos un punto en dicha unión, reparamos así el ángulo postero-inferior del triángulo de PETIT. Este triángulo tiene una extensión, en su base, generalmente de 4 a 5 cm.; le damos esta extensión en la cresta iliaca. Y asciende de 7 a 8 cm.; pues en este sitio proyectamos su ángulo superior. En esa zona debemos buscar, sobre todo en los niños, un relieve anormal: el de aquellas hernias llamadas lumbares, cuya razón anatómica, como vamos a ver en seguida, está vinculada a otro punto débil que existe en esta región, el denominado cuadrilátero de GRYNFELT. Un somero recuerdo esquemático de lo que es este cuadrilátero, para aprender a repararlo en el vivo. Recordemos que tiene

por lado superior e interno el borde inferior del músculo serrato posterior e inferior; que su lado anterior e inferior corresponde al borde posterior del oblicuo menor; que el lado posterior vertical sigue al borde externo del cuadrado lumbar y que, por último, el borde inferior de la 12^a costilla lo completa como lado superior y anterior. Es esta 12^a costilla la que nos permite reparar bien el cuadrilátero de GRYNFELTT, ya que los bordes pertenecientes al cuadrado lumbar y sobre todo al oblicuo menor y al pequeño serrato posterior e inferior no podemos repararlos exactamente. Determinando la 12^a. costilla, inmediatamente por debajo de su parte media, podemos repararlo con seguridad. Pues bien, el cuadrilátero de GRYNFELTT en las hernias lumbares se puede asimilar al orificio inguinal profundo y a la punta de hernia de las hernias inguinales; en tanto que el triángulo de PETIT en aquellas se puede comparar al orificio inguinal superficial y a la hernia que ha avanzado hasta el escroto en los procesos herniarios inguinales. El trayecto herniario, que puede verse en los preparados, corre por debajo del dorsal ancho, teniendo a este músculo como pared superficial, y, como pared profunda, al oblicuo menor, por fuera del cual pasa, semejando así en todo al trayecto inguinal. Las hernias lumbares asoman por el cuadrilátero de GRYNFELTT, avanzan entre el músculo dorsal ancho y el oblicuo menor, y se exteriorizan por el triángulo de PETIT. Por eso decimos que se deben examinar buscándolas a nivel del cuadrilátero de GRYNFELTT como una punta de hernia y a nivel del triángulo de PETIT como hernia constituida.

Existen otros elementos superficiales cuyo reparo tiene también importancia verificar: los nervios abdomino-genitales mayor y menor. Recordemos que estos nervios en su parte superior pasan por delante del cuadrado de los lomos y allí son difícilmente palpables; pero en la porción más inferior se hacen superficiales, precisamente por la penetración de las fibras de los músculos oblicuo menor y transversos. Es en esta porción que nos interesa repararlos y que tienen una relación casi constante con la cresta iliaca, pasando el abdominogenital mayor a 2 cm. y medio y el menor a 1 cm. y medio, más o menos, por encima de ella. No solamente tiene importancia reparar estos nervios, en el vivo, con el objeto de buscar a su nivel los puntos dolorosos correspondientes, sino que en las anestésias locales en las que es necesario insensibi-

lizarlos, es a este nivel que penetramos con la substancia anestésica y hacemos su infiltración.

Si palpamos la pared lo mas profundamente posible llegaremos a la hoja peritoneal. Esta no se puede descubrir en el sujeto vivo normal; pero basta que haya un proceso inflamatorio cualquiera en su sección para que inmediatamente, siguiendo una ley conocida de patología quirúrgica, según la cual el músculo que está implantado por encima de una serosa inflamada se contractura inmediatamente, encontraremos esta musculatura en un estado especial de tensión, llamado generalmente de empastamiento o "plastrón". En este caso podemos hacer una exploración clínica de la irritación de esta última hoja parietal.

Importancia técnica tienen estos elementos parietales por que los aprovechamos como zona de pasaje para abordar los órganos profundos. Existe una incisión, que es la mas corriente para intervenir sobre los órganos del contenido regional, sobre todo para llegar al riñón, que sigue principalmente la dirección de los haces musculares y respeta el trayecto de los abdomino-genitales. Es la incisión oblicua que corre diagonalmente por todo el costado de la cintura, dando una excelente luz. Ultimamente se ha propuesto la incisión transversal anterior.

Son estos los valores que tienen los elementos parietales de estas regiones en anatomía clínica y quirúrgica.

Vamos, ahora, al contenido.

Cuando un sujeto sufre un traumatismo interno, sea una fuerte contusión o una herida penetrante; cuando tiene signos inflamatorios profundos; cuando presenta un tumor en esta cavidad, lo primordial que debemos hacer, siguiendo aquella regla que indica que primero hay que pensar anatómicamente, es; recordar; cuál es el contenido de ella, para despistar el órgano que se ha contundido o herido, que es el asiento de la inflamación o el soporte del tumor. Veamos el contenido de los flancos y regiones lumbares.

Podemos buscarlo en el vivo por distintos procedimientos. Lo primero que se muestra a nuestra búsqueda es el contenido intestinal. Las porciones de intestino que se encuentran en los flancos se pueden buscar por la palpación anatómica, a travez de la pared anterior, con mas o menos dificultad, según que sea ésta poco o muy gruesa; con mayor o menor claridad, según que haya o nó proceso inflamatorio en el peritoneo que corresponde a la región. Por el exámen

clínico podemos descubrir también la presencia del riñón. Esto nos permitirá explicar las razones anatómicas de la palpación renal. A través de la pared anterior, cuando se trata de buscar el riñón, palpamos todas estas hojas musculares y aponeuróticas que hemos visto aquí. Posteriormente, con el mismo objeto, se coloca la mano en esta porción que se conoce con el nombre de ángulo costo-vertebral, formado hacia arriba por la 12^a costilla y hacia adentro por la columna lumbar. Es así, colocando una mano posterior costo-lumbar y otra anterior en el flanco, cómo podemos ir al encuentro clínico del riñón. Aunque sea una regla negativa, lo cierto es que el riñón, siendo un contenido fijo de esta región, generalmente y en los casos normales no se debe palpar, y si se alcanza a veces su polo inferior, no debe percibirse con toda precisión. Si descubrimos en esta región el riñón perfectamente palpable en su polo inferior, en su porción media o en toda su extensión, es porque se encuentra, dentro del contenido de esta región, mucho más abajo que normalmente; es decir, que existe una caída o ptosis del riñón.

Tenemos un procedimiento que nos permite en el vivo descubrir perfectamente bien el contenido intestinal y renal que nos ocupa: este procedimiento es el de los rayos X. Haciendo opacos los intestinos delgado y grueso vemos que el intestino delgado ocupa tanto el flanco derecho como el izquierdo, y que al flanco derecho corresponde exactamente el colon ascendente, que en anatomía se llama colon lumbar derecho, y al flanco izquierdo el colon descendente, que los anatomistas llaman colon lumbar izquierdo. El mismo procedimiento de examen anátomo-radiológico nos permite establecer idénticos límites que las preparaciones cadavéricas dan para el colon ascendente y el colon descendente. Efectivamente, para uno y otro, es la cresta iliaca hacia abajo; hacia arriba, el ángulo esplénico para el lado izquierdo y el ángulo hepático para el lado derecho. Si dejamos sin ocupar con el bismuto o la barita el tubo intestinal, observamos más precisamente el contenido de la celda renal. Es así como al estado normal se puede descubrir una sombra por detrás de la 12^a costilla, sombra que corresponde a la forma del riñón. Pero aunque no se encuentre el intestino sino lleno de aire, pueden apreciarse muchas veces zonas intestinales que dan manchas a los rayos X, lo que hace necesario vaciarles bien, previamente. La percepción de la sombra renal mediante los rayos X tiene gran importancia clínica. En los casos de cálculos

del riñón y cálculos de la vesícula biliar, la sombra renal ayuda al radiólogo a afirmar la presencia de aquellos. Esta sombra renal se presenta en algunos casos con toda nitidez; en otros se ofrecen zonas mas oscuras o mas claras, lo que inmediatamente hace pensar en una lesión del riñón, como en el caso de calculosis del doctor PAZOS a que corresponde esta radiografía, y el del doctor MANCHEGO, en el cual se puede ver la sombra renal del lado izquierdo sin anormalidad alguna y la del derecho con un sombreado extraordinario, de un riñón atigrado, un aspecto radiológico de tuberculosis renal.

El intestino delgado, las porciones indicadas del intestino grueso y los riñones constituyen el contenido normal de los flancos y regiones lumbares. Los mismos pueden fugar y entonces el contenido hacerse anómalo. Tal ocurre, por ejemplo, en este caso, en el cual estando lleno el estómago y el intestino grueso, el flanco derecho se encuentra libre de intestino: el intestino grueso hasta el ángulo cólico ha pasado a la fosa iliaca derecha; en tanto que en el flanco izquierdo se encuentra un contenido anormal, el estómago. Esto se produce en la ptosis gastro intestinal o enfermedad de GLENARD.

Si recordamos algunas de las nociones anatómicas, tanto descriptivas como topográficas, referentes al colon y a los riñones, nos podemos explicar perfectamente bien el hallar en determinados casos la existencia de uno de estos procesos ptósicos. En lo que se refiere al colon, sabemos que este órgano se encuentra fijo en los flancos por la coalescencia en la mayoría de los casos del mesocolon primitivo con el peritoneo parietal posterior, tanto a la derecha como a la izquierda. Es cierto también que el colon se encuentra fijo en sus porciones ascendente y descendente, a nivel de los flancos, no solamente por estos elementos propios de la región, sino por elementos de fijeza que ya hemos considerado en las regiones de los hipocondrios y que recordaremos: ligamentos cólico-cólico, hépato-cólico y freno-cólico derecho o *sustentaculum hepatis*, a la derecha; y freno-cólico izquierdo, llamado también *sustentaculum lienis*, a la izquierda.

El riñón, que forma parte del contenido normal, altamente colocado, en esta región, se encuentra sostenido en ella precisa y fundamentalmente por la presión abdominal, lo que explica que cuando existe una amplia herida en la porción posterior lumbar, haga hernia este órgano. Cuando esta presión abdominal disminuye por embarazos repetidos,

por el sobre-crecimiento de la pared, entonces se producen las ptosis renales; es esta una de las razones por las que el riñón baja de su posición preferentemente en las mujeres. Existen otros elementos de fijeza secundarios que debemos considerar al buscar el sitio del riñón: la cápsula y el pedículo, que mantiene sostenido al riñón hacia su parte interna.

Recordaremos, y lo podemos hacer mediante este corte, cómo se encuentra constituida esta cápsula y qué valor tiene en anatomía clínica bajo el punto de vista del descenso del riñón en la región. Esta celda la veremos primero en los cortes transversales: Es el espesamiento de la fascia propia, que se divide a nivel del borde externo del riñón, en una hoja anterior o fascia pre-renal, que es donde se hace la coalescencia del mesocolon primitivo, y se llama la hoja de TOLDT; y otra posterior o fascia retro-renal, que se conoce con el nombre especial de fascia de ZUCKERKANDL. Esta fascia de ZUCKERKANDL, después de haber cubierto al músculo psoas, se fija por delante de la columna vertebral. No ocurre lo mismo con la hoja pre-renal, que pasa por delante de los vasos, arteria aorta y vena cava, y se une con la del otro lado. La celda renal, pues, cerrada hacia afuera, se encuentra abierta hacia adentro. Un corte parasagital demuestra que la hoja pre-renal se une con la retro-renal en el polo superior, en tanto que se encuentran separadas en la parte inferior, perdiéndose ambas hojas en la fosa iliaca. Se encuentra, pues, además, cerrada hacia arriba y abierta hacia abajo. Esta razón de que la celda envolvente del riñón se encuentre abierta hacia adentro y hacia abajo, es otra invocada por los clínicos para explicar el descenso renal.

Existen otros elementos contenidos dentro de esta región profunda. Por encima y por dentro del riñón, las cápsulas suprarenales; rodeando a los riñones, una atmósfera grasosa, que es la grasa peri-renal, envuelta todavía en un estuche formado a expensas de la fascia propia, la celda renal, a la que acabamos de referirnos.

Después de haber conocido cuáles son los elementos profundos, fijos, de estas regiones, vamos a hacer el estudio anatómico-clínico y quirúrgico particular de cada uno de los órganos aludidos. Comenzaremos por el más importante de todos, que es el riñón.

Pensando anatómicamente en el riñón, la primera regla que debemos aplicar en su estudio clínico-quirúrgico es la re-

gla de simetría de las formaciones orgánicas internas, que ya hemos indicado antes y que es tan conocida en la observación de las conformaciones externas. Existen dos riñones: uno al lado derecho y el otro al izquierdo. Este dato que parece de una vulgaridad grande, es un pensamiento anatómico de gran trascendencia clínica. Tanto es así, que nunca se hace una intervención a nivel del riñón sin haber explorado si en realidad existen los dos, sobre todo cuando se trata de la posible extirpación de uno de ellos.

Buscando al riñón por palpación podemos encontrar a este órgano aumentado de volumen. Tal es el caso, por ejemplo, de los grandes riñones de la tuberculosis renal y también de esta lesión renal frecuente, el riñón poliquístico. En la exploración quirúrgica armada, podemos encontrar el riñón con un aspecto especial en su superficie, este aspecto; que se conoce con el nombre de riñón fetal; y podemos encontrar estas anomalías—aquí tenemos cuatro casos pertenecientes a la colección anátomo-patológica del doctor HERCULES—en las cuales los riñones se encuentran soldados en su porción inferior constituyendo lo que se llama riñón en herradura; pudiendo encontrarse también adheridas las porciones superiores y se constituirá entonces el riñón anular.

Alrededor de los riñones se encuentra una atmósfera grasosa que puede ser asiento principalmente de tres procesos: muchas veces está atmósfera grasosa que circunda al riñón se encuentra esclerosada, constituyendo la perinefritis esclerosada, frente a la cual el cirujano se halla en las mayores dificultades para hacer la nefrectomía, y se ve obligado a la extirpación subcapsular del riñón o nefrectomía subcapsular; se puede encontrar la atmósfera grasosa hipertrofiada, constituyendo toda una enorme masa con el riñón atrófico en medio: es la perinefritis fibro-lipomatosa; y se puede hallar una atmósfera supurada, constituyendo los flegmones perinefríticos, en sus diversas localizaciones.

Dentro de esta misma celda renal encontraremos aun otro elemento. Este es la glándula para-renal, llamada impropiaamente cápsula supra-renal, porque no es cápsula sino glándula y porque generalmente no está encima sino dentro del riñón. Más propiamente se debe llamar, pues, la glándula adrenal. Es muy difícil de descubrir al examen en el sujeto vivo, porque esta glándula adrenal, como se vé, se encuentra colocada profundamente contra la porción posterior

de músculo diafragma, y delante de ella está todo el contenido de la cavidad abdominal.

El contenido de la celda renal es importante, después de haberlo reparado mediante las rayos X y por la palpación anatómica, saberlo proyectar en superficie, aprovechando de sus relaciones anteriores y posteriores.

Comenzaremos por el riñón y por sus relaciones posteriores que son las más importantes. Existe un cuadrilátero en la parte posterior de esta región que permite encontrar un área superficial correspondiente al riñón. Esta área superficial se traza de la siguiente manera: Reparamos la 12ª costilla y la 12ª apófisis espinosa dorsal; encontramos por encima la 11ª apófisis. Trazando una línea transversal a nivel de la 11ª dorsal, tenemos la proyección posterior del borde superior del riñón. Después nos servimos de aquella para fijar la 1ª, 2ª y 3ª lumbares, y más particularmente el espacio entre las 2ª y 3ª. Trazamos una línea horizontal a su nivel y reparamos el borde inferior del riñón hacia atrás. Para reparar el borde interno, trazamos una línea vertical a 2 y ½ o 3 y ½ cm., por fuera de la línea de las apófisis espinosas; y para reparar el borde externo, otra que se encuentre a 8 y ½ o 9 y ½ cm. Este cuadrilátero hace la proyección posterior superficial de la cara correspondiente del riñón. Es dentro de su extensión que podemos buscar dos puntos dolorosos renales: los puntos llamados costo-vertebral y lumbo-costal. Este último podemos ver en las preparaciones cadavéricas que corresponde al encuentro de la 12ª costilla con el borde externo del cuadrado lumbar. Es a la altura de la 11ª costilla que se encuentra la cara posterior del riñón en relación con la pared por intermedio del fondo de saco pleural. En esta preparación podemos ver cómo el fondo de saco en referencia con sus dos hojas, parietal y visceral, viene a encontrarse por debajo de la 11ª costilla. Es la relación con la 12ª costilla que divide la cara posterior del riñón en una porción torácica por encima y otra por debajo, propiamente lumbar, que se encuentran perfectamente representadas en este esquema. Las aplicaciones quirúrgicas de estas dos relaciones son preciosas en las operaciones renales.

Podemos proyectar también el riñón hacia adelante; nos servimos de esta proyección anterior para reparar y buscar profundamente no sólo un punto doloroso renal, sino también uno que corresponde al borde interno del órgano y que

representa la proyección de la pelvis renal. El borde externo del riñón, hacia la parte anterior, pasa ligeramente por fuera de la línea mamilar; el borde interno, se encuentra a 2 o 3 centímetros por fuera de la línea media. Los bordes superior e inferior resultan de la proyección anterior de la 11ª dorsal y de las 2ª o 3ª lumbares, respectivamente. En el borde interno de esta proyección anterior es donde se encuentra el punto piélico o ureteral superior, que se repara exactamente trazando por el punto de MAC BURNEY una vertical, y en el sitio en que la corta la horizontal del ombligo se halla dicho punto de BAZY.

Podemos hacer también la proyección superficial y las consideraciones anátomo-quirúrgicas de otras porciones del contenido fijo que se encuentra dentro de estas regiones profundas, particularmente del colon ascendente hacia la derecha y del colon descendente hacia el lado izquierdo.....

El señor Decano.—Está bien, doctor QUESADA.



Sr. Dr. Enrique L. GARCÍA
Catedrático de Pediatría
y su Clínica