

77-1

81-9A-w/07

~~Dr. Gouin~~ ~~Dr. Howell~~

~~Dr. Brown~~

Dr. Gorman

no. 1596

Ca 2387 (1596)



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313212987

X-53-380341-0

31-1-1896

1396

artritis tibio-tarsianas.
Sobre su tratamiento quirúrgico.



tesis del doctorado por
D. José Yáñez

1

Exmo Sr.

A una severa crítica y aún a una crítica imparcial, pues son los hombres que resisten en sus ideas y obras; y en que las imperfecciones de los débiles, menos aparentes que reales, destácase singularmente cuando se trata de fijar conceptos, que han de someterse a la censura de los que habituados a los trabajos de la ciencia y familiarizados con los conocimientos que esta de continuo difunde, darán el fallo de su opinión. Por este motivo contando en el numeroso grupo que espera la indulgencia, he de acometer mi empresa fiado en el espíritu de tolerancia de ese respetable Tribunal.

Un asunto de cirugía práctica me propongo referir = las inflamaciones crónicas de la articulación tibio-tarsiana y su tratamiento quirúrgico por medio de la resección =

Todos los sitios de nuestro organismo son importantes cuando enferman y así cada cual atribuye más interés a los males que padecen; pero nota la cadena que los órganos constituyen, en cualquiera de sus eslabones, el resultado es el mismo. Cuando se comparan los perniciosos efectos a que conduce la falta del ejercicio funcional de las extremidades, es difícil decidir si las superiores se necesitan más para los principales actos de la vida, o por el contrario sean las inferiores de mayor utilidad pues que permiten trasladarse de sitio al individuo.

Se entiende por resección el acto de separar una porción importante de un hueso en la continuidad o en la contigüidad, o bien la separación del hueso por completo. Una resección parcial suele llamarse también escisión; y resección artificial, cuando no se ajusta á condiciones determinadas. Las reglas generales que se deben observar en esta clase de operaciones, son = separar las incisiones de los vasos más principales respetando también todo lo posible los tendones, nervios, músculos, etc. prefiriendo los cortes longitudinales = precisar los límites de la afección = evitar las torceduras de las extremidades = unir las superficies óseas cortadas con mayor ó menor exactitud, según se trate de consolidar la parte ó de dejar falsas articulaciones.

La extensión de las incisiones depende del propósito que tengamos de abrir solo la articulación, (artrotomía) o ya pasemos a la artrectomía o escisión parcial o total de la cápsula articular, de la sinovial, de los extremos articulares, del cartilago inter-articular o de los ligamentos. Es buen consejo separar lo más que se pueda de los huesos, las partes blandas para facilitar la ejecución. Kocher inclina el método sub-cortical que consiste en conservar juntamente con el periostio la capa cortical del hueso. En cuanto a la hemostasia profiláctica de la marcha, ha facilitado estas operaciones, ya nos valgamos de la sonda elástica para hacer refluir la sangre o del tubo de caoutchouc. Se dispondrán gasas y yodofórmicas en los senos si los hubiere, es también cuando el desahúe necesario con pequeños tubos

de vidrio. La asepsia e inmovilidad post-operatoria completarán nues-
tros cuidados.

En lo que concierne a la conservación del periostio no todos los
cirujanos están de acuerdo. Sedillot niega sus propiedades regenera-
doras al paso que lo afirman Ollier y Coenig. Esto no debe llamar
la atención porque en las cosas mas generales de la vida, suele haber
disparidad de juicios en los cerebros privilegiados cuando las expe-
riencias ordinarias notan con evidencia la igualdad.

Es innegable que el hueso sin periostio crece tambien porque lo han
comprobado experimentos concluyentes, sin que de ello se deduzca
sea desfavorable su conservación.

No creo pertinente ocuparme en la presente ocasion, de las des-

cripciones y estudio de los huesos en lo que respecta a su textura, toda vez que mi esencial idea se dirige mas bien al estudio de ciertas resecciones articulares: por eso pasare en silencio las referencias que para un tratado podrian darse de las epifisis y cartilagos inter-articulares y epifisarios, como de los medios de nutrición y vitalidad que tienen, conductillos de Havers, arterias nutricias y vasos perivestios y epifisarios; por igual motivo no me detendré tampoco en determinadas entidades patológicas, para las cuales serian preciosos antecedentes la descripción de las células de medulocitos y micelofalagos como del perivestio, aunque el conocimiento de esta membrana seria más indispensable en las resecciones de las diafisis, que es donde su conservación ha obtenido más triunfos como elemento reg-

operador del hueso, por que en las resecciones articulares, como decía el
Doutor Creus si quien tiene el honor de escuspar en el Congreso Médico
Andaluz de 1882, no era posible admitir en buena teoría la sepa-
ración del perivostio, y tengare en cuenta que el célebre operador pro-
sée especial competencia por la serie de exposiciones que ha escrito.

Pero si el examen de estos detalles no ha de ser obligado prin-
cipio de este escrito, no dire^{lo} mismo de algunas referencias anatómicas
macroscópicas o sucinta idea que nos recuerde la organización del pié,
siquiera sean los datos más principales para tratar de su cirugía.

Consideración anatómica. = Por debajo de las caras articulares
de la tibia y del peroné, existen siete huesos cortos y tuberosos dispues-
tos en dos filas; en la parte posterior el astráigalo y el calcáneo,
este último por debajo del primero; en la fila anterior y de dentro

afuera, las tres cuñas y el subóides. El escapoides está por la parte interna entre el astrágalo y las cuñas. Cuatro ligamentos hay entre el peroné el astrágalo y el calcáneo, y otros cuatro entre la tibia, la apófisis menor del calcáneo, el escapoides y el astrágalo. El más fuerte, es el lateral interno que tiene un centímetro de grueso, y está comprendido entre el maleolo y el astrágalo algo oculto entre los huesos por cuyo motivo no es tan fácil su sección.

Encuétrase delante de los maleolos, de dentro afuera, los tendones del tibial anterior, del extensor del dedo grueso, del extensor común de los dedos y del peronéo anterior. La arteria pedica es continuación de la tibial anterior, y está situada entre el tendón del extensor del dedo grueso que está por dentro, y el músculo pedico que está por

fuera. El nervio tibial anterior costea el lado interno de la arteria.

Por detras y de fuera adentro, los peroneos laterales, el flexor del dedo grueso, el flexor comun de los dedos y el tibial posterior. La arteria tibial posterior, está exactamente en la parte media del espacio comprendido entre el borde posterior del malleolo interno y el borde interno del tendon de Aquiles. El nervio tibial posterior está por detras de la arteria. La arteria peronea pasa entre el tibial posterior y el flexor propio del dedo grueso.

∴

Las inflamaciones crónicas de las articulaciones producidas con suma frecuencia por las diatesis de purpura por traumatismos, han recibido indeliberadamente el nombre de tumores blancos por el color mateo de la piel; pero esta denomi-

uación aunque respetada por el uso no da á entender las lesiones que
 las caracterizan, difíciles de precisar dada la complejidad del pro-
 ceso que nos ocupa y aunque en la práctica éste se conoce por
 síntomas establecidos, no sucede lo propio con las variedades de
 formas: pero es de alta importancia para el tratamiento averiguar
 el origen, ya sea la sífilis, el escorbuto, reumatismo, eseropulsa-
 ó su análoga la tuberculosis que al decir de los patólogos represen-
 ta la ulterior evolución del estado eseropulso.

Las alteraciones de los tejidos que reclaman los auxilios opera-
 tivos, son por desgracia frecuentes y graduadas. La sinovial
 y los tejidos fibrosos de la articulación se encuentran vasculariza-
 dos; sumefactas las granulaciones de la hoja subserosa, penetrando

las falsas membranas por las erosiones de los cartilagos para implantar
 se en el hueso y producir mas tarde la supuración, las fistulas y
 los abscesos crugestivos.

Granga tarea seria relatar la descripción de las artritis teniendo en
 cuenta los adelantos de la anatomia patológica, y más aún el recor-
 dar todo y cada uno de los medios que para combatirlas se han pro-
 puesto, ya locales o dirigidos a combatir el estado general del paciente.

Podríamos citar para comprobar su ineficacia la púera tendenciosa que
 tienen los productos inflamatorios a organizarse en tejidos nuevos, sino
 más bien a degenerar o destruir las partes en donde se depositan,

Asimismo se observa la inutilidad de los innumerables me-
 dicamentos de que nos valemos y de los aparatos que se recomiendan.

Lo mismo dice del tratamiento de Doule' citando al enfermo el continuo reposo á que de ordinario se le sujeta, para exponerlo á la acción del aire seco y del ejercicio moderado; y el del Doctor Piel (de Kiel) que fundado en el autoqueimismo que existe entre la tuberculosis pulmonar y las estancaciones venosas de los cordones, aconsejó producir artificialmente el éxtasis en las articulaciones afectas de tumor blanco. Propone Lanelongue el método esclerogénico, inyectando en los tejidos anormales sustancias que por endurecimiento impiden la reproducción de los bacilos, creyendo conseguir ventajas en las articulaciones tuberculosas no abiertas ni supuradas.

A pesar de los remedios supleados, muchas artritis crónicas persisten con tenacidad sin que ni el cauterio impida la supuración

que se establece con grave daño de los enfermos, en los que tras un descom-
 pormiento del estado general sobreviene la fiebre tífica y la mue-
 te si el cirujano no acude con sus recursos de amputación, ó si posi-
 ble fuese todavía de resección, permitiéndolo conservar un miembro
 de tanta conveniencia en la progresión.

No todas las articulaciones son aptas en igual grado para conse-
 guir estos fines quirúrgicos, y en cuanto á la tibio-tarsiana, si no per-
 mitir la corta extensión de las lesiones en la fila anterior del tarso
 en los jóvenes la tarsectomia anterior de Ollier, si bien en los adul-
 tos en casos más aflictivos la desarticulación sub-astragalina ó la ope-
 ración osteo-plástica de He Fort, la amputación de la pierna se im-
 pone casi siempre toda vez que no es fácil obtener buenos frutos

de la completa resección articular.

Como la tuberculosis y ciertos tumores infectantes aportan un crecido número de estas operaciones, no es de extrañar y el hecho es digno de llamar la atención que individuos operados por estos motivos vuelvan a sufrir la misma enfermedad en otras partes del cuerpo; por esto es la conveniencia de extirpar ó resear bien y por completo las zonas invadidas, para no dejar gérmenes que se reproduzcan en perjuicio del éxito de la operación, y con objeto de no involucrar bacilos en los tejidos sanos en que se efectuau las incisiones preliminares, M. G. Marion ejecuta las resecciones de los huesos sin abrir la sinovial.

De algun tiempo á esta parte se ha generalizado la ten-

deencia de no emplear medios cruentos sino en los casos de recorvi-
 da grave), acreditando lo que he dado en llamarse Ci-
 rugía conservadora, si bien siempre fué esta la tendencia de
 la cirugía dentro de los convencimientos que ha tenido y en efecto,
 obliga aceptar que si en situaciones particulares se ha dilatado
 el compás de espera sin ventaja alguna, no es menos cierto que
 la actual manera de proceder consigue indiscutibles ventajas apar-
 te del sistema antiséptico, con dejar á la naturaleza la requie-
 ración de las partes hasta el punto de contarse ejemplos dig-
 nos de curación. Algunos de interés podría aducir pero temo
 desviarme del principal asunto que me propuse, y si al fina-
 lizar mi escrito refiero una nota clínica que patentiza

el deber de respetar lo posible las partes del organismo, es porque bajo otro concepto, bajo el concepto quirúrgico es motivo de esta tesis.

De aquí el valor de los medios que dejando mayor longitud a los miembros, tengan al par la ventaja de producir buen funcionamiento.

En la tuberculosis articular incipiente todos los autores guardan uniformidad en prescribir la quietud, la extensión y la revolución;

pero cuando fracasan estos medios surge la disparidad, y al paso que unos se contentan con la menor operación posible (raspado, etc)

decláranse partidarios otros de la curación radical (amputación o resección.)

Algunos aquellos que en particular en los niños es considerable la fuerza de reposición bastando casi siempre operar digámoslo así superficialmente, no creyendo necesario resear todos los huesos

invadidos demostrando la clinica infantil que huesos sacrosados se llegan á reponer con perfeccion. Estos otros prácticos más eruditos, dicen que si se amputaran todos los tuberculosos del pie se salvarian muchos más. Kocher opina que se debe operar con precaucion todas las artritis crónicas, ya sean tuberculosas o puramente proliferantes por cuanto son de curso perado y sin esperanzas de curacion.

Los extremos son peligrosos. Ahora bien; explicase que hayan surgido las artrectomias como operaciones racionales. Ha demostrado la experiencia que ni las amputaciones ni las grandes resecciones son el tratamiento ideal de la primera edad, pues suprimidas las epífisis llanudas fertiles por Verneuil se evita el crecimiento del hueso.

Considerando trazada una línea imaginaria á cinco centímetros sobre la línea interarticular tibio-tarsiana y otra línea inferior que cortase en la mitad el espesor de las uniones y el tendón, tendremos un espacio en el que se practicare distintas operaciones propuestas por los autores y examinadas á evitar mayores pérdidas de sustancia. Conócense multitud de procedimientos quirúrgicos que varían las incisiones externas siendo estas ya una sola longitudinal y por fuera de la coyuntura tibio-tarsiana, ó transversal separando los tendones para permitir la operación. Esta incisión puede comprender el tendón de Aquiles: procedimientos de dos incisiones laterales que pueden reunirse por otra sección, y también se podrá trazar un colgajo semi-

circular ó unidrilátero por delante de la articulación.

Las resecciones tarsianas más ó menos perfectas son antiguas en la historia de la cirugía. Hipócrates en su artículo Gen tibiae ad malleolos, ya se ocupa aunque ligeramente de la extracción de cierta parte del esqueleto articular. Ambrosio Pareo en 1558, extrae cuerpos extraños originados en la coyuntura. En 1568, Fabricio de Hilden refiere una luxación del astrágalo cuyo hueso se reseccó con buen éxito, y desde esta fecha en lo sucesivo se han repetido análogas operaciones, hasta realizar la resección tibio-tarsiana, Moreau padre e hijo y mas tarde Billroth en 1868. Follin la cita en la obra de patología, declarándose partidario de la

amputación sobre la resección porque no siempre se dominan los límites de las alteraciones, ni se obtiene un miembro bastante sólido para la marcha; pero al tratar de las osteítis del tarso en el último tomo de su obra, por cierto de fecha mucho más moderna e inspirada en nuevos derroteros, se recomienda la resección de estos huesos por tener las ventajas de la desarticulación del pie sin producir acontamiento.

No fue más escaso el temor de los antiguos cirujanos á la práctica de las operaciones articulares que á la extirpación de los tumores malignos. El noli me tangere se aplicaba dice el Doctor Morales Pérez, á unas y otras dolencias, que tenían el triste privilegio de la espectación que muy no podría justificarse. El horror

de aquellos prácticos, hallábase fundado en que todas las heridas
de las articulaciones terminaban por artritis supuradas, hoy excep-
cionales merced al tratamiento antiséptico. Es natural sin embargo
que la contraindicación hallada en las operaciones de la articulación tibio-
tarsiana sobre todo por aspectos patológicos, debido esto a la especial
forma de la parte con poca protección de capas blandas.

Debemos tener en cuenta la larga duración del tratamiento de
estos operados, sus posibles resistencias y la inaptitud funcional del pie
que puede sobrevenir por acortamiento o desviación de la extremidad;
pero he aquí la dificultad del asunto que debemos combatir por to-
dos los medios que estén a nuestro alcance. La sola idea de la
amputación causa espanto a las familias y aun al mismo opera-

debe que por tan violentos recursos si de resolver la cuestion, surgiendo en la mente los distintos medios que llevando el consuelo a los pacientes puedan ensayarse antes de apelar a extremos remedios.

En los traumatismos y cuando la piel del talon y de la cara interna de la garganta del pie este bastante sana para servir de volgajo, se obtendra buen resultado de la desarticulacion de Rong o de Lyome. La diseccion de la piel del talon es dificil, por lo que Pirogoff conserva en el volgajo la parte posterior del calcaneo cuando se encuentra en buen estado, aplicandola sobre la extruinidad representada de los huesos de la pierna. Todo esto no invalida la reseccion articular por causa patologica no solo en casos de moderadas alteraciones de los tejidos, sino en otros muchas en las que por lo graduado de las

lesiones se piense en la amputación de la pierna.

Después de un largo silencio, ejecútase la resección tibio-társiana comprendiendo unas cámpas operatorias especialmente en los huesos del tarso, se amplía y perfecciona, se describe con exactitud dando reglas de interés que le hacen ocupar un puesto en la moderna cirugía.

Resecciones del tarso ha hecho gran número el Dr. Helderich, y procede levantando un gran volgajo dorsal por medio de dos incisiones laterales, que una por delante por una incisión transversal parecida a la que suele hacerse para la resección de la rodilla por el procedimiento de Jones. En cámpas muy extensas levanta todas las partes blandas, pero si ocupan poco sitio es suficiente la incisión longitudinal respetando los tendones.

El Doctor Rubio aconseja lo siguiente = En las operaciones en que haya que atacar el tarso posterior en todo o en parte, se debe entrar por el talon cortando el tendón de Aquiles y suturando le al terminar la operación. De esta manera se salva la arteria pédiá y casi siempre la tibial posterior y la peronea, cosa no difícil dividiendo con cuidado las envolturas posteriores de los males. Así se conserva íntegra la circulación. Con la sierra se separa en dos mitades el astrágalo, y queda el pie como una caja abierta; se descubre todo el campo lesionado, y se extiende con libertad y sin hemorragia todo lo enfermo y sin más ni menos que lo que obligue la necesidad.

Por consiguiente, practica la resección tibio-calcánea dando un

corte en forma de arco entre ambos maleolos pasando lo más distante
 posible hacia delante, llegando hasta el hueso para levantar el volgajo
 que hará accesible todo el tarso. Abre luego la articulación tibio-
 tarsiana; extrae el astrágalo y con la sierra o el cincel reseca la
 parte articular de los huesos de la pierna, así como alguna parte del
 calcáneo siguiendo el plano horizontal. Con el auxilio de un clavo se
 sujeta este último hueso y a seccionado a los de la pierna, termi-
 nando el acto como de ordinario pero sin suturar en los ángulos
 posteriores para el desahije. Suele valerse también de incisiones
 posteriores primordiales y oblicuas hacia la planta del pie.
 Aseméjase la operación de Brown a la de Pirogoff, por cuanto
 que en una y otra la sección del calcáneo se sujeta a los huesos

de la pierna; en cambio en la resección tibio-calcánea se conserva el autopié lo que no sucede en la amputación de Pirogoff. Aquella operación tiene sobre esta señaladas ventajas; no origina tanta mutilación, descubre bien los focos óseos, conserva suficiente la forma del pié y es corta la claudicación.

Ollier extirpaba antes los maléolos y después hacía la abrasión o ablación del astrágalo en relación al estado existente, pero no tardó en variar su proceder superando por extirpar el astrágalo facilitando así el reconocimiento de las lesiones; y ya que del Dr Ollier me sirvió, cité las investigaciones que tiene hechas sobre la conservación del periostio del calcáneo en la desarticulación de Lyne, habiendo comprobado merced a los rayos Röntgen que los nuevos productos formados

por dicha membrana, aumentan en dos y tres centímetros la longitud total del miembro.

En el 7^o Congreso de cirugía celebrado en París en 1893, - varios profesores se ocuparon de las resecciones que estudiamos para demostrar hasta que límites pueden llevarse. Refirió Mr. Villar ejemplos repetidos en colaboración de lo dicho y Mr. Le Dentu recuerda las implantaciones de hueso de ternera, descalcificado, citando el caso de una sustitución del extremo inferior de la tibia, por un trozo de hueso así preparado, como de siete centímetros, y habló de otros enfermos en que por igual medio pudo reconstruirse el talón.

Ultimamente = la resección Vladimiroff-Mikulicz, representa una importante modificación ideada por sus autores para las afeciones

del tarso en totalidad, ó que la piel del talón se haya invadido²⁸;
apuradas situaciones que antes se trataban con la amputación, si
bien la nueva forma de intervenir no está exenta de comentarios
que se desprenden en el transcurso de estas líneas.

Vladimiroff en Rusia y Mikulicz en Francia ejecutau casi aná-
logamente coincidiendo en sus procedimientos, aunque con ligeras
variaciones relativas á la distinta extensión de las incisiones, á la
conservación del periostio y á procurar el equinismo.

Resecciones tibio-tarsianas se practicaron antes sin comprender
todo el tarso; siguiendo el pie en ángulo con la pierna no con-
venia que los dedos quedasen levantados sobre el dorso, y hasta
se evitaba este equinismo con la colocación de aparatos convenien-
tes.

durante las curas postoperatorias. Comprendiendo Mikulicz en las operaciones todo el tarso, el equinismo es muy ventajoso puesto que desapareciendo el talón y continuando el pie en la misma dirección de la pierna, no sería fácil la progresión si los dedos no tocasen el suelo formando ángulo en imitación al pisar del caballo. Quedan pues los dedos en flexión dorsal para lo cual hay que apelar á ciertos recursos que dan dispondose, por ejemplo, la tenotomía.

Los cortes externos que se deben trazar son dos arqueados = uno en la cara posterior de la garganta del pie sobre las interlíneas articulares tibio-tarsiana de uno á otro maleolo, y otra incisión transversal en la planta del pie partiéndolo un poco por de-

trás de la tuberosidad del quinto metatarsiano en los casos de mayor extensión del mal, para conducir delante del escapóides. Dos incisiones oblicuas reúnen las extremidades de las secciones anteriores. Después de seccionar el tendón de Aquiles y abierta la articulación de los huesos de la pierna con los del pie se lleva este hacia detrás y abajo, se secciona el esqueleto por arriba y por abajo donde lo pide la extensión de las lesiones y se une luego suturando las partes ~~_____~~. Puede suturarse el nervio tibial posterior. (Roger.)

El uso de una bota protésica, favorecerá mas tarde los movimientos.

Los resultados obtenidos por Miroulier han sido sumulados por Socin, Kussmaul, Lausteín y otros segun dice la Revista de Cirujía que inusualmente se publica en París, la cual refiere un estado

comparativo de la resección del tarso posterior y de la operación Wladimi-
roff-Mikulicz. Dicho trabajo debido al Dr Butini, consiste en una
serie de observaciones relativas al caso variando las incisiones
en armonía con la extensión de las superficies afectas.

La operación osteo-plástica que nos ocupa, se ha verificado
dos veces en Madrid sin contar alguna de fecha muy moderna;
la primera vez se trataba de una mujer con una poliartritis tar-
siana del pie derecho; no estaban afectadas las extremidades in-
feriores de la tibia y peroné y sin embargo no se practicó la am-
putación de Pirogoff, por la circunstancia de estar comprendido
en el proceso tuberculoso el calcáneo en su totalidad, y se hizo la
operación Mikulicz sin conseguir el ideal del equinismo que tanto

se proponían sus autores en la nueva traza operatoria. Esto no obstante la cicatrización fue perfecta y la enferma salió curada de la clínica. Datos son estos que agradezco al distinguido profesor Doctor Martínez Angel. El segundo caso, era un enfermo que al principio de la primera pero con la circunstancia agravante de haber roto el proceso los límites articulares, e invadir todos los tejidos incluso la piel, pero la difusión del mal obligó a efectuar después de la resección, la amputación de la pierna por el sitio de elección.

También en el Hospital Central de Sevilla, se ha hecho en dos ocasiones que pueda atestiguar sin obtener la cicatrización de los huesos, motivo que llevó también a la amputación.

Consideración clínica Según queda expuesto, la inmovilización

articular y demás medios incruentos tienen por contrarios a' la resección y amputación. Los ingleses y americanos operan a' enfermos que en Francia tal vez fuesen tratados por la quietud. La cuestión no siempre es fácil de resolver por que no se dan en la naturaleza las igualdades en el sentido matemático; y aun resuelto a' intervenir queda por resolver si deberá acudirse a' la resección o la amputación. Aquí están el criterio individual del profesor, dice el Doctor Reilic, la experiencia, y la voluntad del paciente.

Es de sentido clínico que una persona afecta de tumor blanco, en la que no existan fistulas óseas reveladoras de sequestros difíciles de eliminar, ni se observen adelgazamiento, ni palidez, ni falta de apetencia debe ocurrirse a' los vendajes enyesados por espacio de algunos

mises sosteniendo al propio tiempo con los tónicos las acciones saludables del organismo? En caso apuesto; debilitándose quisiéramos el enfermo por las supuraciones y no existiendo signos de tuberculosis visceral ni albumina en la orina, deberá operarse teniendo en cuenta su necesidad para el trabajo o mejor posición social.

Nota clínica - La niña Pastora Gomes Campos, de seis años de edad, natural de Loulla, había sufrido el golpe de una piedra que con regular violencia dió sobre el metatarsiano interno del pie derecho. - Pasaron los momentos de llanto y de dolor, y restablecida la calma deseada, no lamentaron sus padres consecuencias desagradables por el pronto.

Quince ó veinte días. Transcurrieron así haciendo obviar la con-
tusión, pero el mal se había iniciado ciertamente en el esqueleto de
la parte, porque se demostró la presencia de un absceso periarti-
cular á consecuencia del trabajo inflamatorio de la tibia. Estendió-
se el proceso de la articulación tibio-tarsiana y á la médula, y por
último á los huesos del tarso y bolsas sinoviales. Transcurron los re-
medios empleados para la curación á pesar de la buena voluntad
con que se recomendaron por los médicos de asistencia. De nada
sirvieron los baños, las esponjas, ni los aceites de pescados como cuan-
tos métodos se ensayaron en el estado crónico. El padecimiento se
sostenía y cuando tuve ocasión de reconocer la enfermita, era ya de bas-
tante notable la atrofia de la pierna correspondiente que durante

un año si habia verificado: agudizárouse los síntomas, atormentándola el constante dolor que no le permitia el sueño ni la debida alimentación, por cuyo motivo se desmejoraba de dia en dia perturbando á cuantos la rodeaban al contemplarla tan abatida é inquieta.

Osteomielitis y amputación, son las dos palabras que se vienen á la mente y tales fueron las pronunciadas por los distintos profesores que en consulta reconocieron á la niña, entre ellos el que fué eminente cirujano é inolvidable maestro Doctor Galado.

Yo habíamos en el caso de recurrir á la operación Mikulicz; mas no tenia idea de situaciones análogas ignorando se hubiera practicado en España, toda vez que las ejecutadas en nuestros hospitales parecen de fecha más moderna.

y de acuerdo con el Sr Testriani á quien debo importante concurso por la iniciativa y habilidades que le distinguen, procedi á la operacion en 18 de Septiembre de 1892.

Antes de la operacion y dispuesto cuanto se considero preciso segun es en tu libro en la cirujia antiséptica, hice sobre el tendon de Aquiles un pueo por encima de la interlinea articular tibio-tarsiana, una incision transversal de cuyas extremidades partian otras dos incisiones oblicuas de arriba abajo y de atrás adelante, hasta llegar la interna por delante del escafoides y la externa detras de la tuberosidad del quinto metatarsiano, uniendo estos dos puntos por el último corte que bajaba por la planta del pie. Divididas las partes blandas y el tendon de Aquiles se abrió por detras la artien-

lesión tibia-tarsiana, se traspasó el pie sobre la pierna para diseccionar
 el esqueleto tarsiano que se seccionó por un corte de sierra transver-
 sal sobre el espesor de las cuñas y el subóides apareciendo una su-
 perficie sana. No sucedió lo propio en la parte superior en la que
 luego de remover los tejidos que cubrían los metatarsos y dar el
 segundo corte de sierra para desprenderlos, hubo precisión de vol-
 ver a serrar más alto por el mal estado en que se encontró la
 médula de los huesos largos, apareciendo al fin buenas superficies
 a la observación macroscópica.

Hecho esto, véase colgar el metatarsos y dedos, de la pierna, con la
 que no tenía otro medio de comunicación que el puente anterior
 formado por las capas comunes, tendones extensores y arteria pédica,

único vaso de riesgo que existía por que la tibial posterior y la peronea fueron interesadas, como supongo que lo serían siempre cuando se trate de separar grandes masas afectas no solo en lo que al esqueleto se refiera, sino tambien a las demás partes degeneradas que no es posible diseccionar. Muy laudable es el propósito de conservar estos vasos, lo que podrá conseguirse en resecciones limitadas a menor campo y en mejores condiciones, porque en este niño resultaría corta toda incisión transversal que salvara las arterias aludidas e irrealizable repararlas de su dirección.

Terminado lo más importante con la hemostasia, desinfecté las superficies para unir los huesos y suturar, lo que fue enojoso por el obstáculo que oponía a la buena adaptación de las partes

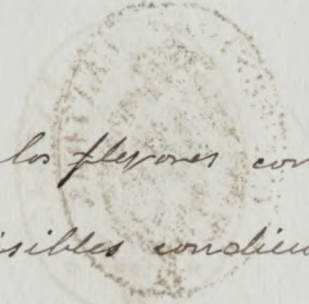
el exceso de piel que había en el plano anterior, pero consiguiendo la más perfecta unión de los segmentos, se aplicó la cura convenientemente inmovilizando la extremidad.

No fue poco conseguir la inesperada cicatrización que tuvo lugar sin complicaciones, llamando la atención de todos como desapareció el gran reborde cutáneo antes referido. No se presentó edema ni hinchazón que demostrara insuficiencia en el riego sanguíneo. Ya sabemos que los vasos arteriales se desarrollan á compensar la deficiente circulación y nutrición de las partes operadas que por de pronto quedan disminuidas de redes sanguíneas.

Tampoco sobrevino fiebre, ni supuración, cediendo los dolores y mejorando por momentos el estado general.

El apósito no se rompió en veinte días por no observarse mal olor ni humedad, y las curas sucesivas fueron cada ocho, limitándose a la sustitución de las capas envolventes. Los puntos de sutura se quitaron en la primera curación, y en conjunto se invirtió en la reparación cuarenta y dos días, durante los cuales como después de ellos se procuró siempre la mayor quietud, valiéndome de fajas sujecionales en cuanto se pudieron emplear.

Adviértase que no se ejecutó la tenotomía de los flexores como aconseja Mix ulier, por quedar los dedos en admisibles condiciones para pisar. El pegamento de los huesos no se realizó con tal firmeza que evitara la existencia de una falsa articulación; pero a evitar este inconveniente usaba la bota ortopédica que la



enfermita lleva, con tapon alto y plantilla muy inclinada sobre la que se reparten las fuerzas. La atrofia de la pierna desapareció por la mejor nutrición pero en honor de la verdad, la solidez de esta extremidad no puede compararse con la de la pierna izquierda, auxiliándose la enferma con frecuencia con el uso de un bastón.

Crítica.— Háme permitido exponer con brevedad el anterior caso clínico, para venir en conocimiento más de cerca sobre las dificultades inherentes a esta clase de operaciones, y poder formar un juicio de relativo valor para decidirse o abstenerse de practicarlas en determinadas situaciones. Desde luego entiendo con dos causas de acontamiento producido en la pierna por la resección.

de sus huesos en la parte inferior. Es verdaderamente que de momento este defecto queda compensado por la nueva posición vertical en que se coloca el pie, pues que de plantigrado se transforma en digiti-
tigrado y por lo tanto el primer motivo de vertedades parece ser pues te-
nido; la otra causa que comprendemos tenga lugar en el transcurso
del tiempo, será a consecuencia de no existir las epífisis inferiores
de la tibia y peroné, evitándose el crecimiento correlativo con la
otra pierna en la temprana edad en que se da el aumento del
organismo, lo cual parece decir a primera vista que solo debiera
intentarse la resección Mikulicz, en los adultos que hubiesen com-
pletado su desarrollo. Guardaría silencio sobre este particular,
a no haber observado mi operada durante algunos años sin

percibir notable variación en sus extremidades. Tal vez las epifisis superiores hayan activado su trabajo de crecimiento y suplido la falta de las inferiores cuando la nutrición de la pierna no ha sido ya deficiente ni estorbada por la enfermedad, sin que podamos decir se den siempre los hechos de igual modo. Lo que sí puede afirmarse es, que si por temor a producir acortamiento de una extremidad se desiste de cualquier resección articular, el resultado será siempre el mismo, por que las epifisis afectas tampoco crecen y aun suele suceder mas bien que despues de tales operaciones, aumenten las partes en grosor y longitud efecto del buen fisiologismo, segun de ello nos dá varios ejemplos el Dr Ashhurst.

La operación Vladimiroff Mikulicz, segun se desprende de

la relación hecha por sus autores y de lo que parece indicar los
 resultados que la representan tiende a realizar una de las miras más
 convenientes a todas las operaciones que se practican en el pie; la solidez del
 maximo óseo a fin de contar con una buena base de sustentación.

No tenemos suficientes observaciones; pero hasta hoy no se ha
 confirmado en España esa evidente prioridad de la nueva
 intervención sobre otras análogas que conocíamos. Precisamente
 tanto la amputación sub-astagalina como la media tarsiana y aun
 la de Pirogoff, tienen el inconveniente que unas veces por retrac-
 ciones del tendón de Aquiles otras por desviación del tarso, el he-
 cho es que no puede pisarse con comodidad para la marcha
 sobre huesos que carecen del buen soporte que tenían cuando

armonizaban en el esqueleto del pie, y cosa parecida tiene lugar en la operación Mikulicz, motivo por el que en ciertas ocasiones se hace preferible apelar a la amputación de la pierna, habiéndose comprobado no ser la primera conveniencia la de dar longitud al miembro; debe buscarse ante todo la solidez y resistencia, máxime, hoy que tenemos los buenos recursos con que nos brinda la prótesis.

Tampoco es fácil conseguir el equinismo si bien wadywa al mejor apoyo.

No quiere decir esto que las resecciones tibio-tarsianas y en singular la de Mikulicz carezcan de indicaciones y beneficios; muy al contrario, existen motivos para aceptarlas como adelantos valiosos de nuestros días que ofrecen seguro limitivo al que por condiciones

peculiares pueda utilizarlas. Mas de lo manifestar que las contra-
 riedades señaladas, deben tomarse en consideracion sobre todo
 en aquellos individuos que necesitan para el sustento una extre-
 midad robusta y vigorosa, reservandose tales operaciones para
 cuando se trate de personas que por su sexo o posicion acomodada
 tengan distinto sistema de vida, pues al fin se ensayarian antes de
 recurrir al triste medio de la amputacion; no olvidando que los re-
 sultados negativos, debeuse en muchos casos a esperar mas de lo
 prudente sin aplicar los medios quirurgicos.

Valga tan solo lo expuesto como elemento al estudio de las
 de las resecciones del tarso; referencias que podran am-
 pliar en mejor escrito lo que por sus inclinaciones y natu-

rales aptitudes sean más llamados a' ello. Por lo que a' mi toca solo he podido contribuir con escasas fuerzas; y al resumir lo dicho lo haré en las siguientes -

Conclusiones = 1^a En las artritis crónicas el tratamiento médico produce ordinariamente funestas consecuencias.

2^a El tratamiento quirúrgico (excluido la amputación) es el ideal de la cirugía antiséptica.

3^a Las artrotomías y arthroctomías no deben ser tardías, pues solamente por ellas podrán eliminarse con facilidad los contenidos articulares, y extirparse los tejidos afectados.

4^a Todas las operaciones que se practican en el tarso incluso la de Vladimiroff-Mikulicz, tienen el

inconveniente de producir por la desviación o la falta de solidar de los huesos, insuficiente base de sustentación.

5^{da},
" Esto no obstante las resecciones en especial la de Mikulicz, constituyen poderosos medios de defensa que podemos utilizar oportunamente. —————

He dicho.

Madrid 27 Sep 1907

José Yáñez Manteca



Admisible
José Doncel

Admirable
J. Gomez Ocaña

Admisible
Arturo de Pedronis

Enterado
J. German

Almuerzo

Café

Verificó el ejercicio el 20 de octubre del 901 y fue
calificado de aprobado

José German

El Secretario
Doncel

Ramón Jimen

J. Gomez Ocaña
Ramón de la Cruz



Reunion de Wladimiroff - Mikulicz - pie droite.

[Faint handwritten text, possibly a signature or date]

