3174

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TARSECTOMIA POSTERIOR

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO T. ORELLANA

EX-INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR (1896-1900)

1 9 0 0

IMPRENTA Y LIBRERIA=BOULLOSA=AVENIDA ENTRE-RIOS 1275

BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

DR. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

DR. D. JOSÉ T. BACA

ACADÈMICOS TITULARES

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GüEMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO S. CHAVES

ACADÈMICOS HONORARIOS

DR. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

SECRETARIO TITULAR

DR. D. LUIS M. ACUÑA

PRO-SECRETARIO

DR. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Dr.	JUAN JOSÉ NAON
Anatomia Topográfica	„	JUVENCIO Z. ARCE
Histología teórico-práctica	„	RODOLFO DE GAINZA
Fisiología General y Humana	„	PEDRO J. CORONADO
Patología General y Ejercicios clínicos	„	ROBERTO WERNICKE
Materia Médica y Terapéutica	„	JUSTINIANO LEDESMA
Higiene Pública y Privada	„	MELITON GONZALEZ DEL SOLAR
Patología Externa	„	OBDULIO HERNANDEZ
Patología Interna	„	JOSÈ PENNA
Anatomía Patológica	„	TELÈMACO SUSINI
Bacteriología	„	CÁRLOS MALBRAN
Medicina Operatoria	„	ADALBERTO RAMAUGÈ
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	ENRIQUE BAZTERRICA
Enfermedades de niños y su clínica	„	MANUEL BLANCAS
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	PEDRO LAGLEYZE
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	JOSÈ M. RAMOS MEJIA
Enfermedades mentales y su clínica	„	DOMINGO CABRED
Enfermedades Génito-urinarias	„	FEDERICO TEXO
Enfermedades venéreas y dermatologia	„	BALDOMERO SOMMER
Clínica quirúrjica	„	JULIAN AGUILAR
	„	ANTONIO C. GANDOLFO
	„	ALEJANDRO CASTRO
Clínica médica	„	GREGORIO N. CHAVES
	„	ABEL AYERZA
	„	LUIS GÜEMES
	„	FRANCISCO SICARDI
Laringologia, otología, rinologia	„	EDUARDO OBEJERO
Obstetricia y Clínica respectiva	„	SAMUEL MOLINA
Medicina legal	„	FRANCISCO DE VEYGA
Toxicología	„	JUAN B. SEÑORANS
Química aplicada á la medicina	„	PEDRO N. ARATA
Física médica	„	JAIME R. COSTA
Zoología médica	„	ELISEO CANTON
Botánica médica	„	MARTIN SPUCH
Botánica farmacéutica	„	ADOLFO MUJICA
Química médica	„	ATANASIO QUIROGA
Farmacia teórica	„	JUAN A. BOERI
Farmacia práctica	„	J. MANUEL IRIZAR
Obstetricia para alumnas parteras	„	JUAN R. FERNANDEZ
Odontología	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA
Dentistería operatoria	„	LEON PEREYRA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr.	JUAN D. PIÑERO
	„	JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO (en ejercicio
Patología General y Ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA
		ANGEL M. CENTENO
Higiene Pública y Prívada	„	ENRIQUE REVILLA
		RICARDO SCHATZ
Patología Externa	„	PASCUAL PALMA
		DANIEL J. CRANWELL
Patología Interna	„	MARCIAL V. QUIROGA
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADIA
Medicina Operatoría	„	NICOLAS REPETTO
		ALFONSO MASI
Enfermedades de mujeres y su clínica		ALFREDO LAGARDE
		JOSÉ F. MOLINARI
Enfermedades de niños y su clínica		ANTONIO F. PIÑERO
		FACUNDO LARGUIA
Enfermedades de los ojos y su clínica		FRANCISCO BARRAZA
		TEÓFILO A. MORET
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	JOSÈ A. ESTEVES
		JOSÉ R. SEMPRUM
Enfermedades mentales y su clínica	„	BENJAMIN T. SOLARI
Enfermedades Génito-urinarias	„	PEDRO BENEDIT
Enfermedades venéreas y dermatología	„	M. ABERASTURY
Clínica quirúrjica	„	JUAN B. JUSTO
		DIÓGENES DECOUD
		A. POSADAS (en ejercicio)
Clínica médica	„	JULIO MENDEZ
		IGNACIO ALLENDE
		PATRICIO FLEMING
		RICARDO COLON
Laringología, otología, rinología	„	WENCESLAO TELLO
		ELISEO V. SEGURA
Obstetricia y clínica respectiva	„	LUIS F. VILA
		FANOR VELARDE
Medicina ilegal	„	DOMINGO S. CAVIA
		.....
Toxicología	„	J. ALBA CARRERAS (en ejercicio)
Química aplicada á la medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Física médica	„	JUAN J. GALIANO
Zoología médica		VACANTE
Botánica médica		LUCIO DURAÑONA (en ejercicio)
Botánica farmacéutica		VACANTE
Química analítica	„	FRANCISCO B. REYES
Farmacia teórica	SR.	J. A. DOMINGUEZ (en ejercicio
Farmacia práctica	DR.	MIGUEL PUIGGARI
Obstetriciapara alumnas parteras		VACANTE
Odontología		VACANTE
Dentisteria operatoria		VACANTE

PADRINO DE TÉSIS

Académico Dr. Luis Güemes

A la memoria de mis padres

A mis hermanos

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentar á vuestra honorable consideración este pequeño trabajo, lo hago, no con la pretensión de añadir nada nuevo á lo que ya se conoce sobre este punto, sino para cumplir con la prescripción reglamentaria de nuestra escuela que exije un trabajo inaugural para optar al grado de Doctor en Medicina.

Hubiera deseado someter á vuestro ilustrado criterio, algo de más sólido estudio, de más observación; pero mis escasos conocimientos y mis débiles esfuerzos, añadidos á la premura del tiempo de que he podido disponer, no me permiten sinó tratar muy sucintamente y no con la extensión de mi deseo, el tema que he elegido para este modesto trabajo: «La tarsectomía posterior».

Espero, pues, que al juzgarlo, lo hareis con benevolencia.

Antes de dejar este templo de la ciencia, mi agradecimiento eterno por las sabias lecciones que me habeis dado, las que siempre recordaré con cariño y gratitud.

Al distinguido profesor, mi maestro y amigo Doctor Alfonso Masi, de quien he recibido las más desinteresadas como inmerecidas atenciones, que me ha dispensado su generosa protección y ha guiado mis primeros pasos en el terreno de la Cirujía, con sus sabias lecciones y sanos consejos, durante mi internado en el Hospital Militar—mi sincero agradecimiento.

Y al Doctor Luis Güemes, de un modo especial, mi profunda gratitud, por el alto honor que me hace al acompañarme en este acto.

Las amputacciones parciales y las resecciones del pié, por lesiones tuberculosas, se cuentan entre las cuestiones que han suscitado mayor número de discusiones en la esfera de la cirujía conservadora. Se ha recurrido á procedimientos más ó menos ingeniosos, para curar la tuberculosis articular del pié, con el objeto de evitar en lo posible llegar á la amputación, mediante operaciones económicas y parciales.

La artrotomía y la artrectomía, están lejos de dar aquí los buenos resultados que con las mismas se obtiene en otras regiones articulares; podríamos decir que para el cuello del pié no convienen. Para ser eficaz el curetaje debe hacerse lo más completo posible, casi á cielo abierto, pues recordando las condiciones anatómicas de la región, nos damos fácil cuenta de las dificultades con que se tropieza al atacar esta articulación tan cerrada por esos medios de tratamiento,

á menos de practicar grandes debridamientos que permitan dislocar la mortaja tibia tarsiana y las demás articulaciones y obrar así, eficazmente.

Se ha pensado, entonces, en operaciones más típicas, más grandes. Ollier, comprende en el número de aquellas las tarsectomías y las divide en anteriores, posteriores y totales; totales cuando se extirpan los siete huesos del tarso; las anteriores comprenden: el escafoide, cuboide y los tres cuneiformes; y las posteriores se reducen á extirpar el calcàneo y artrágalo. No discutiremos las razones que deben prevalecer para elejir una ú otra de estas intervenciones, porque ellas serán dadas por las indicaciones de cada caso en particular.

La tarsectomía posterior ha contado con un escaso número de partidarios entre los cirujanos de años atrás, quienes, teniendo en cuenta que la extirpación del calcáneo y artrágalo suprime el punto de apoyo más potente, que sirve de soporte al peso del cuerpo, desempeñando á la vez un gran rol en el tiempo más pesado de la marcha, todos han vacilado ante las consecuencias que traería esa resección.

Pero, con los profesores de la cirujía se han ido modificando poco á poco esas antiguas tendencias, hasta el momento donde Ollier hace co-

nocer el rol importante que desempeña el periostio conservado, y, por hoy, podemos decir que la práctica de la resección del tarso posterior ha conquistado todo su derecho, ocupando un elevado puesto en la cirujía ósteo-articular del pié; los resultados que con ella se obtienen desde el punto de vista funcional, no pueden ser más halagadores: los operados marchan sin calzado especial y pueden hacer largas marchas.

Reemplaza ventajosamente en muchos casos á la operaciòn osteoplástica de Mikulicz, que, sin querer negarle todos los buenos resultados que se obtienen de ella, tiene indicaciones muy limitadas; los enfermos en quienes se ha buscado soldar el tarso anterior á los huesos de la pierna, siguiendo su eje longitudinal, llegan indudablemente á marchar bien con el tiempo, apoyan sólidamente sobre la cabeza de sus metatarsianos y se amoldan pronto á la nueva conformación de su pié; pero un operado, más desearía conservar la forma y función de su pié, calzarse como todo el mundo y vivir en iguales condiciones; le es preferible un miembro corto, pero que repose sobre un talón normal, á uno largo que apoya con sus metatarsianos; un calzado con un taco más ó menos alto hará más fácil la marcha en el primero que en el segundo caso.

Así pues, en aquellos casos en que las lesiones

radiquen en el tarso posterior, la anquilosis tibio-antetarsiana no puede ser sinó excepcionalmente preferida, la tarsectomía posterior encuentra mejor indicación; las ósteo-artritis crónicas supuradas, la tuberculosis, los traumatismos, deben entrar entre las afecciones que la reclaman. Hoy todos los cirujanos buscan reconstituir un pié capaz de soportar el peso del cuerpo y servir á la marcha normal.

Para poder juzgar, ahora, los resultados de ésta intervención, es necesario considerar ó tener en cuenta dos elementos principales: primero la gravedad inmediata de la operación, es decir, la mortalidad operatoria, y despues, los resultados funcionales. Si la mortalidad es de apreciación simple, no se puede decir lo mismo del segundo punto. ¿Mediante qué reglas se pueden juzgar los resultados funcionales? Algunos autores los clasifican en cuatro grupos: llaman excelentes, cuando el operado se apoya tan bien y tan seguramente sobre el pié enfermo, como sobre el pié sano, marchan sin apoyo de ningún género, pueden ejecutar movimientos complicados; buenos, cuando el sujeto puede estar largo tiempo sin dolor ni fatiga sobre el pié operado, pero con una lijera cojera que necesita un bastón para caminar; mediocres, cuando hay claudicación pronunciada, fatiga rápida y la necesidad de muletas; y malos,

si la marcha se hace imposible. Otros juzgan los resultados, por la forma del pié, como órgano de sostén; por la ausencia de todo dolor expontáneo ó provocado como condición esencial de un buen funcionamiento. Son datos éstos, que no deben ser tomados en el sentido absolutamente riguroso; un excelente pié despues de la mejor resección, no puede valer lo que otro normal.

Veamos lo que se puede constatar mediante las observaciones que se han publicado. La mortalidad es poca; se cifra en un 10.3 °/₀, de los cuales muchos sucumben á las circunstancias inmediatas de la operación. En cuanto á los resultados funcionales 40.8 °/₀ de los casos son excelentes; 26.8 °/₀ buenos; 7.6 °/₀ mediocres y malos un 6.2 °/₀; se debe hacer entrar en línea de cuenta la edad, al juzgar los resultados funcionales; por debajo de 30 años la mortalidad es débil y los resultados que se obtienen mejores.

Finalmente, no parece que el número de huesos del tarso quitados, influya de manera apreciable sobre los resultados; efectivamente, resecciones extensas han sido seguidas de los mejores éxitos.

En cuanto á las ventajas que esta resección ofrece á la amputación de la pierna, la que evitaría al enfermo los peligros de una permanencia prolongada en un Hospital, como se ha dicho,

está en que el paciente conserva su pié, y esto sólo, compensa grandemente la larga duración de la cura. La conclusión en este sentido es unívoca.

No han abundado mucho los procedimientos para practicar la tarsectomía posterior, siendo por el contrario numerosos, para la resección aislada de cada hueso.

Comenzaremos por describir el procedimiento clásico de Ollier: cuando las indicaciones de una intervención nos lleven á quitar el tarso posterior, puede comenzarse por extraer, primero el calcáneo y despues, por la misma vía, el astrágalo; ahora si es éste el que se está obligado á extirpar primero y despues el calcáneo, se hace necesario emplear sucesivamente las dos inciciones para la extracción aislada de cada hueso.

Extracción del astrálago

Se comienza por colocar el pié en extensión forzada y en adducción, por encima del maleolo externo á 5 ó 6 cent. de él, siguiendo el borde interno del peroné y por fuera del tendón del peroneo anterior comienza la incisión y desciende hasta el cuboide en la dirección de la comisura del 4º y 5º dedo, luego se traza otra incisión perpendicular sobre aquella por debajo del maleolo externo, de 3 1/2 cent. más ó menos; se secciona la piel y el tejido celular exclusivamente, teniendo cuidado en la parte anterior de la herida de no lesionar el tendón del peroneo anterior y por debajo del maleolo el del peroneo lateral corto.

Se corta en seguida hasta el hueso en toda la extensión de la herida, se abre la articulación peroneo tibial inferior, astrágalo escafoideana y tibio-

tarsiana, con la legra se desprende el ligamento peroneo astragalino anterior, despues el periostio del cuello del astrágalo y el ligamento interóseo, para este tiempo se puede recurrir al bisturí abotonado y hacerle seguir las curvas de la articulación calcáneo-astragalino; se aprovecha esta misma incisión para desinsertar el ligamento peroneo-astragalino posterior.

Hecho esto, se pasa á practicar la incisión postero-externa á igual distancia del tendón de Aquiles y del borde posterior del maleolo externo se hace una incisión de 3 cent. que termine en la parte posterior de la articulación; por esta vía se completa la liberación del astrágalo desprendiendo el ligamento posterior de la articulación calcáneo astragalina.

Incisión ántero-interna

Se circunscribe por una incisión curva, semicircular, la parte anterior del maleolo interno, hasta un poco por detrás de la punta; del medio de ésta se traza otra que termine al nivel de la articulación astrágalo-escafoideana. Se secciona la piel y el tejido celular sub-cutáneo, se abre la articulación tibio-tarsiana y astrágalo-escafoideana, se ataca despues con la legra el ligamento más resistente de la articulación, el ligamento deltoideano ó astragalino interno, maniobrando por debajo y detrás del maleolo y siempre apoyando sobre el hueso, terminando por la desnudación de la cabeza y cuello del astrágalo.

Incisión póstero-interna

Al practicarla, recuérdese que los vasos y nervios tibiales posteriores pasan en el espacio comprendido entre el tendón de Aquiles y el borde posterior del maleolo, debiéndose llevar la incisión más cerca del tendón que del maleolo, vertical de 3 cent., se aborda por ella la cara póstero-interna de la articulación y se moviliza el borde posterior del hueso.

Habiendo sido así, bien aislado y movilizado en toda su extensión, se lleva por la incisión externa una pinza que lo toma y extrae, ayudado por movimientos de rotación; si quedan algunas resistencias ligamentosas se cortan.

Ablación del calcáneo

La incisión tiene una forma acodada, es externa, comprende dos porciones, una vertical que sigue el borde del tendón de Aquiles y otra horizontal, que costea el borde externo del pié. A tres cent. por encima de la punta del maleolo comienza la incisión y se detiene al nivel de la tuberosidad del calcáneo, de allí se dirije casi en ángulo recto hácia adelante á la cara superior de la apófisis del 5º metatarsiano.

Se desprende la mitad posterior de la cara externa, con una legra bien cortante, se desinserta el tendón de Aquiles y se le echa hácia adentro, se continúa la desnudación con la cara inferior y el tercio posterior de la cara interna, se separan los tendones peroneos y son confiados á un ayudante, lo que facilita la denudación de la gran

apófisis y se abre la articulación calcánea cuboideana.

El hueso se mantiene aún inmovilizado, no se ha hecho sinó desprenderlo en gran parte de su periostio, un delgado bisturí es introducido en la articulación astrágalo-calcánea, que corta el ligamento interóseo, repasándolo varias veces, hasta estar seguro de su sección. Aún lo retienen los ligamentos calcáneo-escafoideano y calcáneo-cuboideano interno, pero como ya ha adquirido una cierta movilidad por la sección del ligamento calcáneo-astragalino, se lo toma con una pinza y se lo baja desprendiéndolo de esos ligamentos, la extracción termina con la denudación de su cara interna.

Estos, son los dos procedimientos con sus incisiones típicas de Ollier para la resección aislada de cada hueso. Cuando se quiera practicar una resección calcáneo-astragalina, basta con la incisión del calcáneo solo; extraído éste por el procedimiento ya descrito se aborda el artrágalo por detrás, pudiendo agrandarse la incisión vertical para facilitar su extracción. Se comienza por desnudar el borde posterior del hueso, llevando hácia adentro la vaina del tendón del flexor propio del grueso dedo y hácia afuera el ligamento peroneo astragalino externo. La articulación así abierta, se toma el astrágalo y se lo tira inclinán-

dolo hácia afuera, despues hácia adentro, movimientos que facilitan el desprendimiento del ligamento deltoideano de sus insersiones, mediante la legra, el hueso se vuelve, así cada vez más movible, se desnuda su cuello, llegando hasta la cabeza sin necesidad de recurrir á una nueva incisión.

Podría, sin embargo, practicarse una por delante y debajo del maleolo interno, la misma que se hace para su ablación aislada que permitiría trabajar más cómodamente hácia su parte anterior, se facilita así la operación, evitando las tracciones que podrían comprometer las partes blandas vecinas. Si el astrálago se encuentra reblandecido y su tejido es muy friable que no permite tomarlo sólidamente con la pinza, una otra incisión ántero-externa puede ser añadida. Con ésto, no hemos terminado todavía, nos queda por examinar el estado de los maleolos, curetear ó extirparlos según la extensión de la lesión.

Un cirujano italiano, el Doctor Negrotto, ha imajinado para las lesiones del calcáneo y partes vecinas, un procedimiento de resección del tarso posterior, que permite obtener un pié, aunque acortado en su diámetro ántero-posterior, conserva su posición normal, en lugar del pié equino que resulta de la resección osteoplástica de Mikulicz. Consiste en practicar dos incisiones

oblícuas que se reunen por delante de los maleolos y se dirigen de arriba á abajo la una hácia la extremidad posterior del primer metatarsiano y la otra hácia la del quinto; una incisión horizontal contornea el talón y se continúa por los lados del pié hasta unirse con las anteriores al nivel de su tercio anterior; estas incisiones se hacen á fondo, se flexiona el pié, se abre la articulación tibiotersiana por su cara posterior, se desprenden las partes blandas dorsales del tarso, hasta el metatarse y se desarticula en la articulación de Chopart, quitando con el calcáneo y astrágalo, todas las partes blandas circunscritas por las incisiones en seguida con la sierra procediendo de atrás á adelante abraza los maleolos, así como una delgada lámina ósea de la cara superior del escafoide, cuboide, 2º y 3er cunciforme.

Se coloca el pié en ángulo recto sobre la pierna, se afrontan las superficies de sección y se las sutura, se drena, los labios de la herida son suturados, sin preocuparse del reborde formado por el colgajo dorsal, éste pliegue saliente desaparece pronto expontáneamente.

El autor dice que ha practicado esta operación con todo éxito en una niña, por tuberculosis del cálcano con invasión consecutiva al astrágalo.

Bruns ha imaginado otro procedimiento, que llama resección tibio-calcánea, pero que no es en

suma sinó una tarsectomía posterior parcial. La operación preconizada por el profesor Bruns, es aplicable á los tumores blancos que radican en el tarso posterior. Una resección tibio-tarsiana, dice, sería insuficiente, en estas circunstancias, la amputación de la pierna, sería un último recurso y la operación de Pirogoff tiene el inconveniente de sacrificar un gran segmento del pié, toda su mitad anterior que se conserva sana.

El plan operatorio que Bruns ha puesto en práctica es el siguiente: descubre el tarso posterior por una incisión curva dorsal, extirpa el astrágalo, corta horizontalmente las extremidades maleolares y la mitad superior del calcáneo, limpia la cavidad que queda y une cuidadosamente el esqueleto calcáneo altibial.

Su incisión en arcada transversal desciende sobre la cara dorsal del pié hasta el nivel de la interlínea de Lisfranc, diseca el colgajo hasta el hueso y lo lleva hácia atrás; dice, que la sección de los nervios y tendones dorsales, no ofrece ningún inconveniente, como lo ha probado una de sus observaciones, ha visto despues de seis años una operada que marchaba bien, sin molestias de ningún género. El colgajo elevado abre la articulación tibio-tarsiana y procede como anteriormente he dicho, sin dar á conocer las reglas que debe observar ni los métodos á seguir, una

vez adoptadas las superficies óseas, introduce un clavo á través de la piel del talón, manteniéndolos en contacto.

Considera otras formas de tuberculosis articular, donde la incisión transversal posterior es preferible, cuando las fungocidades y fístulas ocupan la región retro maleolar. Una incisión curva á convexidad inferior que una la punta de los maleolos, seccionando el tendón de Aquiles, permite abordar por dentro de la articulación, y terminando como el primer caso. La resección tibio-calcánea por este método asegura, dice, la marcha en las mejores condiciones y las hace superior á la amputación osteoplástica. Bruns la ha practicado cuatro veces, en los dos primeros casos los resultados le han sido satisfactorios, en el tercero tuvo que recurrir á la amputación poco después, y el último no pudo observarlo.

En presencia de este pequeño número de hechos, piensa el autor que la tarsectomía posterior, parcial, es susceptible de dar buenos resultados funcionales; pero, necesita para ello un calcáneo sano, por lo menos en su parte inferior y como en las lesiones tuberculosas no hay que ser demasiado pródigo, sinó estirpar el mal de raíz, ese platillo calcáneo para que pudiera ser utilizado, se necesitaría tener la seguridad completa de su integridad; así pues, quedaría muy li-

mitada su indicación, si está sano, no hay para que tocarlo, si está enfermo, hay que estirparlo integro, antes que dejar un hueso que aunque de apariencia sana, puede ser motivo de una operación ulterior con perjuicio del enfermo.

Dejemos á un lado estos métodos operatorios que dejan mucho que desear sin haber conseguido entrar á la práctica, y terminaremos la intervención según lo aconseja Ollier. Una vez extraido el tarso posterior, se abre la herida mediante dos separadores, se va con la pinza y tijeras á estraer todas las fungosidades de la cápsula y hacer la limpieza completa de la cavidad, se examinan cuidadosamente las estremidades maleolares y el platillo tibial, asegurándose que no son asiento de ninguna lesión para dejarlos ó por el contrario estirparlos si ha habido propagación del foco tuberculoso; la cureta ó la sierra llenan esa misión según sea el foco superficial ó profundo. Igual cosa hay que hacer con las vainas sinoviales de los peroneos, tibial posterior y flexores.

Si quedan puntos sospechosos en la cavidad, deben cauterizarse con tapones montados en pinzas é impregnados de una solución de cloruro de zinc al 1/10 ó ácido fénico al 4 ó 5 °/₀, paseándolos por todos los rincones de la herida se drena la cavidad, por medio de dos tubos que se cru-

zan en X, se completa la intervención por la sutura parcial de la herida operatoria, habiendo antes colocado un buen taponamiento con gasa esterilizada se rodea el pié y pierna con gasa y una buena capa de algodón aseptico, una venda mantiene la curación y una semi gotera enyesada posterior asegura la inmovilización.

Esta curación se deja 10 ó 12 días, se la renueva en el momento de sacar los hilos, la que consistirá en cambiar las gasas y lavar los drenajes, cuidando de mantener el pié en ángulo recto sobre la pierna. No deben condenarse los enfermos á permanecer mucho tiempo en cama; á los 20 ó 30 días de operados, pueden levantarse, pero hay que esperar la supresión del drenaje, asegurarse que la curación es completa, para recien permitirles servirse de su pié, mediante un botín especial 4 ó 6 meses después—completan y consolidan la curación, las aplicaciones eléctricas, el masage y las duchas.

Teniendo en cuenta las observaciones publicadas por el profesor Ollier, los resultados que ha obtenido no pueden ser mejores, en todos sus operados ya por tuberculosis, inflamaciones simples, osteo-artritis supuradas; la mortalidad ha sido nula desde el punto de vista de las consecuencias inmediatas de la ocupación; observados años después, los encuetra entregados á una

vida activa, haciendo sus 15 ó 20 kilómetros por día, caminan sin calzado especial, sin dolor, con su pié en buena posición, bien movible sobre la pierna y en los casos más favorables, al cabo de 2 ó 3 años, el pié adquiere tal solidez que se los ha visto tenerse sobre la punta del pié operado, el otro en el aire y sin apoyo.

Es pues, mediante la formación de una nueva masa ósea en el lugar que ocupaba el calcáneo, como llegan con el tiempo esos operados á disponer de un punto de apoyo sólido y resistente y de un pié bien articulado con los huesos de la pierna, y gozando de movimientos activos. Palpando la región se siente netamente un talon óseo, duro, y que dá al tendón de Aquiles una inserción sólida y muy favorable á las funciones del triceps; soporta eficazmente el peso del cuerpo, sirve de sosten fijo y permanente de la mortaja tibio-tarsiana impidiendo el descenso de los maleolos.

Esta reproducción ósea, no puede hacerse sinó mediante las propiedades osteojénicas del periostio conservado; á él se debe que la región conserve su forma y función; inútil sería, pues, insistir aquí sobre las ventajas de los métodos imajinados por Ollier.

SERVICIO DEL Dr. ALFONSO MASI

Carlos Amalla, argentino, de 35 años, soldado do del Regimiento 7 de Infantería de Línea, con seis años de servicio.

Antecedentes hereditarios—buenos.

» *individuales*—á la edad de 6 años ha tenido viruela; desde entonces hasta los 25 años ha gozado de completa salud; en esta época contrajo una blenorrajia, que curó en un mes.

No es alcoholista ni sifilítico.

No ha padecido afección pulmonar de ningún género.

Es un hombre bien desarrollado y robusto.

Hace un año y medio, andando en instrucción con su batallón, al querer saltar una zanja, dice que hizo una mala pisada, á consecuencia de la cuál se torció el pié izquierdo, quedando imposibilitado para continuar la marcha; fué remitido al Hospital de Río Cuarto, donde permaneció tres meses en asistencia, con su pié completamente aumentado de volúmen, lo mismo que la parte inferior de la pierna, con puntos dolorosos en la articulación del cuello y dorso del pié; estos dolores le venían por accesos durante el día, haciendose casi continuos por la noche; ha tenido fiebre durante todo ese lapso de tiempo.

Como su enfermedad se agravara cada día

más, lo mismo que su estado general á pesar de cuanto se le hizo, resuelven enviarlo al Hospital Militar de la Capital, ingresando al servicio el 4 Abril de 1899, tres meses después del accidente.

Examinado el enfermo, se encuentra á simple vista toda la región aumentada de volúmen, deforme; las depresiones naturales han desaparecido, en el cuello del pié varios puntos dolorosos bien localizados, se nota un punto fluctuante en la cara esterna—el pié en estensión marcada—la pierna más delgada que la del lado sano, con un poco de atrofia—los movimientos de flexión muy limitados y dolorosos, se hacen casi imposibles por los intensos dolores que despiertan.

Llevado el diagnóstico de tumor blanco, como primera medida de tratamiento se le coloca un aparato enyesado y se le condena al reposo absoluto.

Como continuaran los dolores y su estado general se empeoraba, se le quita 20 días después éste vendaje y se resuelve la intervención el 5 de Mayo.

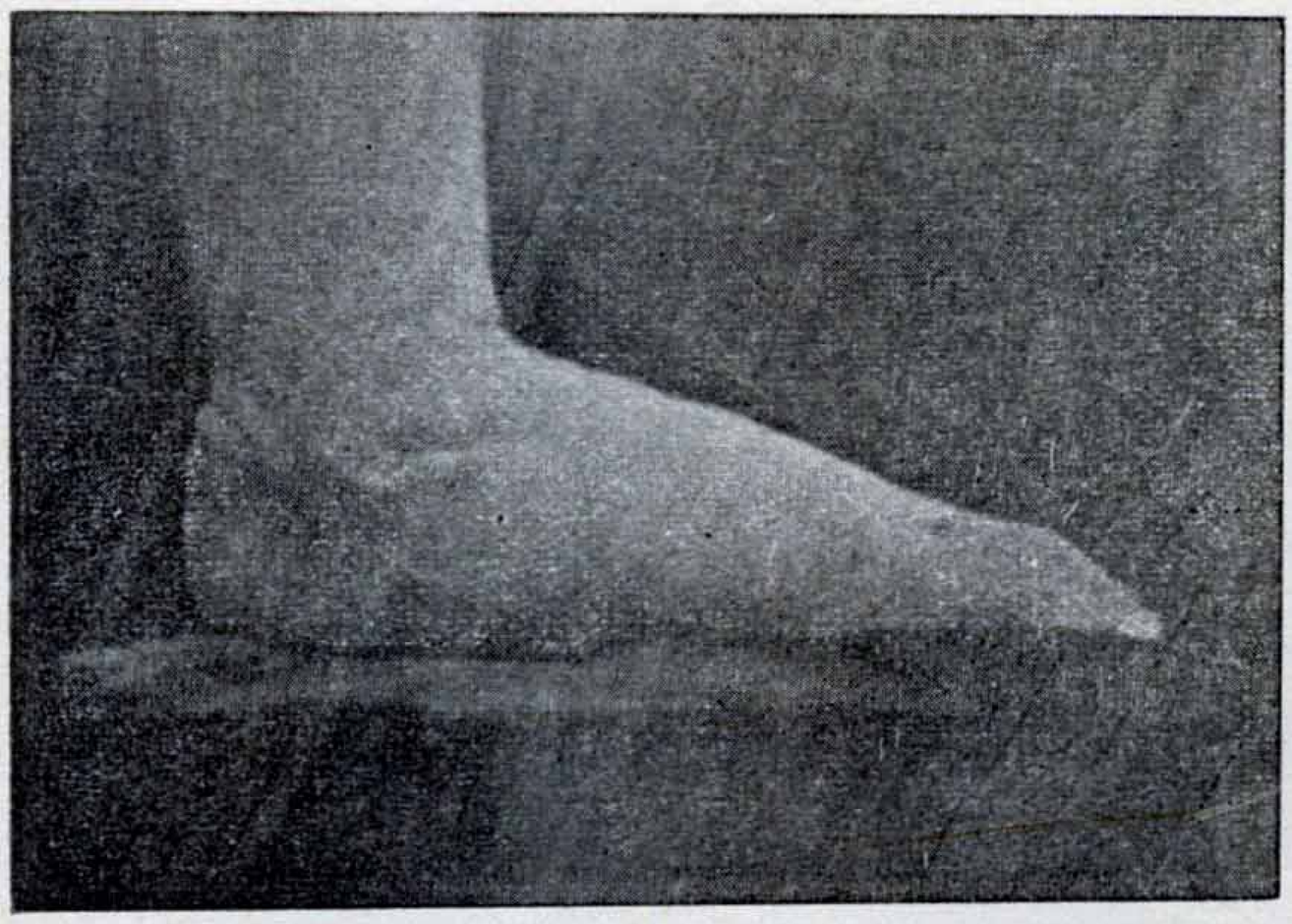
Anestesia por éter—210 gms.

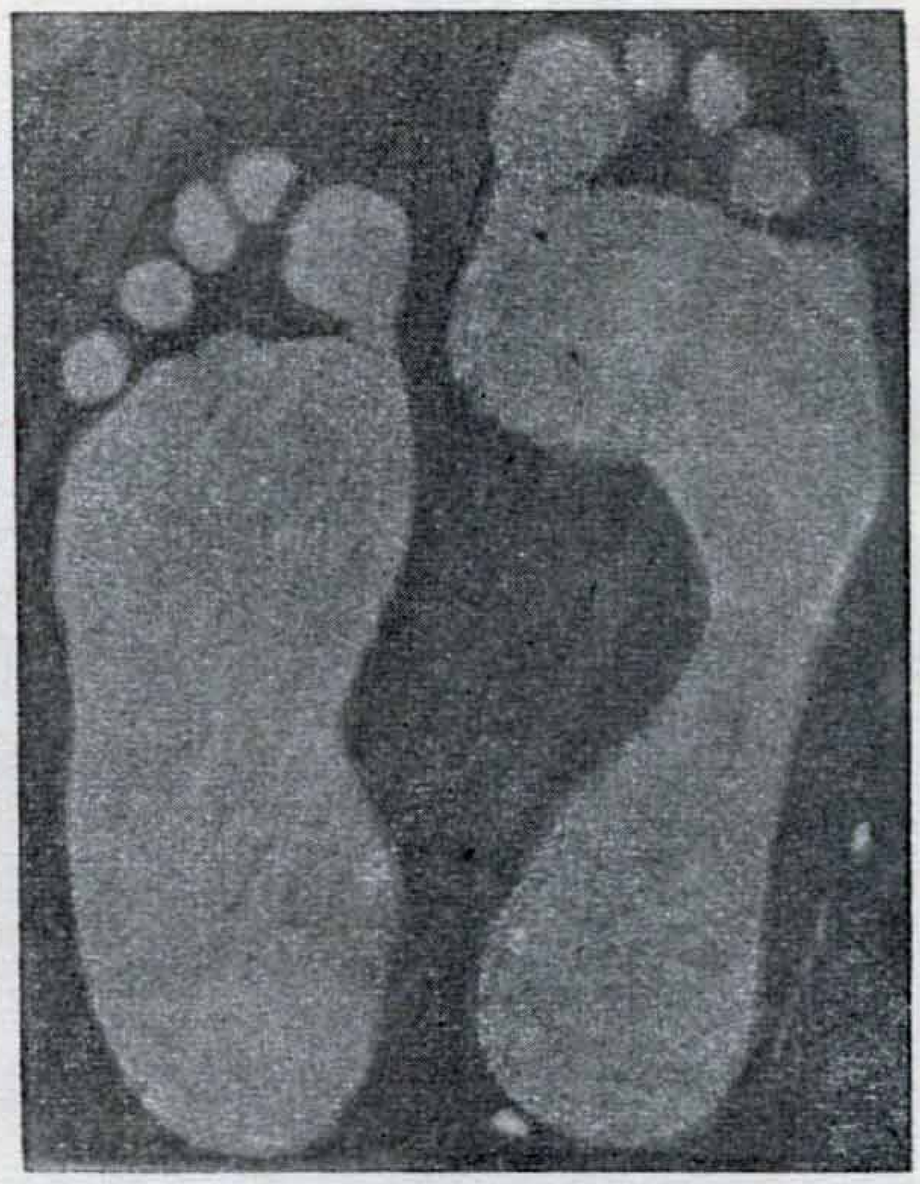
Se empieza por la astragalectomía por el procedimiento que aconseja Ollier en las tuberculosis tibio—tarsianas—Como se siente una gran masa de fungosidades retromaleolares, se empieza por la incisión vertical en el borde esterno

del tendón de Aquiles por este recomendada; por ella se limpia á la cureta la masa fungosa y se desnuda con la legra el borde superior del astrágalo. Desde que empieza á trabajar la cureta, se nota que el hueso está completamente reblandecido, tiene una consistencia de queso· Luego se pasa á las incisiones antero-externa y antero-interno y se extrae el astrágalo casi todo con la cureta porqué no ofrece resistencia ninguna á las ramas de las tenazas. Al practicar la antero-externa se abrió la articulación, tibio perónea inferior, la que estaba invadida por fungosidades. Es un caso más que muestra la exelencia del procedimiento de Ollier, quien aconseja especialmente en la astragalectomía por tuberculosis la abertura de dicha articulación con el doble objeto de esplorarla y por la facilidad que dá á la legra en su trabajo ulterior para desnudar la cara externa del astrágalo.

La cantidad de fungosidades que se saca con la cureta es enorme y una vez despejada la cavidad se notan las siguientes lesiones: maleolos y calcáneo completamente invadidos, sus superficies articulares están destruidas, apenas quedan algunas pequeñas porciones de sus cartílagos, su consistencia es igual á la del astrágalo–Si bien en la articulación astrágalo escafoidea encontramos un poco de líquido y algunas fungosidades, estas

TARSECTOMIA POSTERIOR





Fotografias tomadas un año después de la operación.

procedían manifiestamente del astrágalo; el cartílago del escafóide tenía su brillo, coloración y consistencia normal. La lesión entonces no había invadido todavia la porción superior del tarso anterior.

Se siguió adelante estirpando el calcáneo empleando la incisión y el procedimiento de elección indicado por Farabeuf, extando ya iniciada la vía por la incisión postero-externa que sirvió al principio para desnudar el borde posterior del astrágalo. Todo el tejido oseo calcaniano, tenía la misma consistencia del astrágalo; terminada su estirpación se vió que la cara articular del cuboides, también estaba intacta, de manera que por aquí tampoco se había invadido el tarso anterior.

Pasando á los maleolos y prolijamente examinados, se vió que no solamente ellos estaban nivadidos sinó que la lesión se propagaba á las diafisis, lo que obligó á practicar una sección con la sierra á dos dedos por encima de la cara articular tanto de la tibia como del peroné.

No habrá necesidad de hacer resaltar la gran facilidad con que éste tiempo pudo ser llevado á cabo por la amplia brecha que había dejado la calcáneo-astragalectomía. Las partes blandas estaban bastante bien conservadas, sin embargo que no todas las cápsulas de las articulaciones invadidas habían sido respetadas por las fungosi-

dades y éstas se prolongaban por algúno que otro tendón y se insinuaban en ciertos puntos de los tejidos blandos.

Se hizo con la cureta y las tijeras una limpieza prolija de todas ellas; en algunos puntos se hizo funcionar el termo cauterio y finalmente se tocó toda la vasta superficie cruenta con solución fenicada fuerte (5 por ciento)—Se taponó con gasa esterilizada y se colocó alguno que otro punto de sutura.

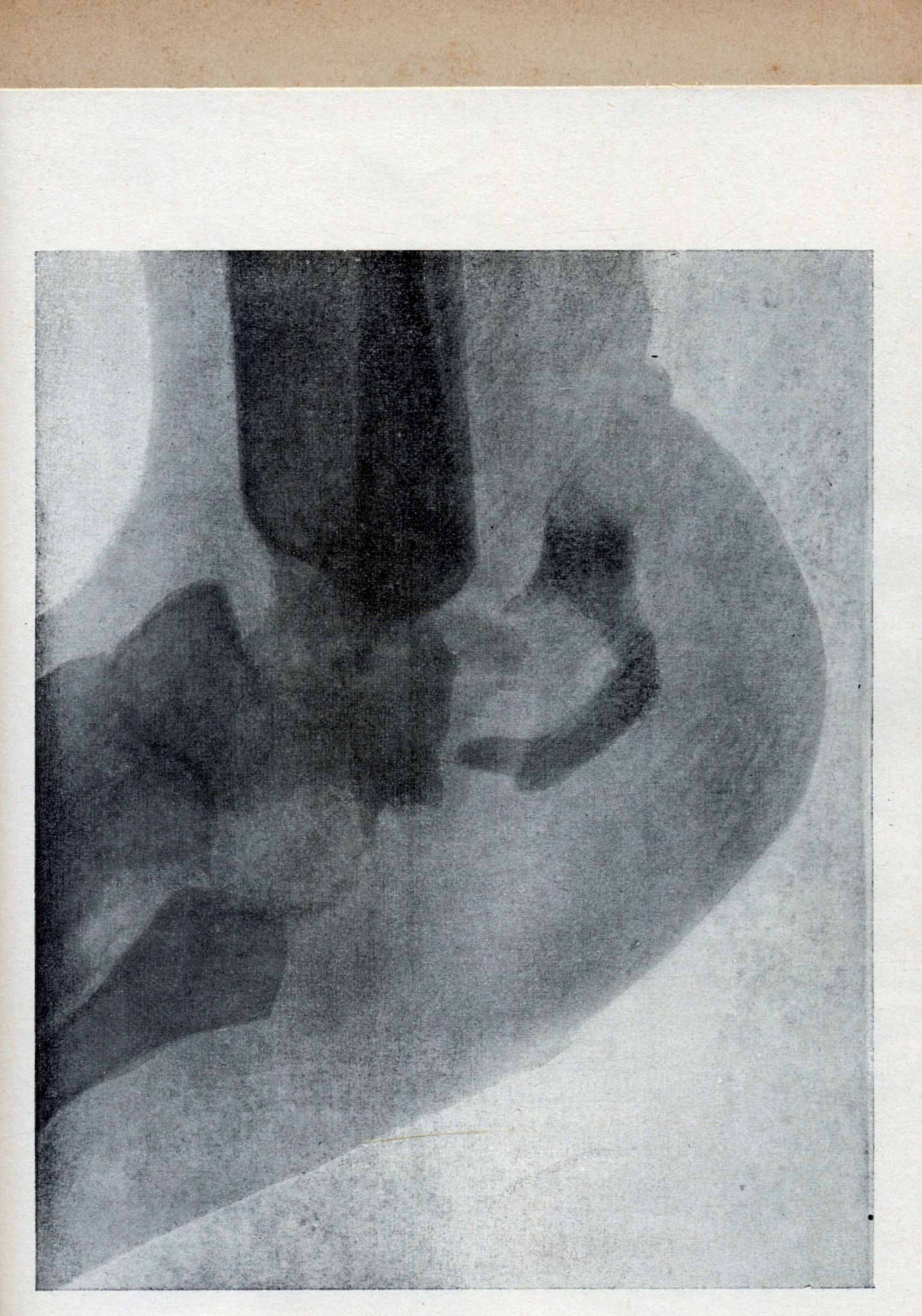
Las curaciones que se practicaron fueron muy de tarde en tarde, disminuyendo cada vez más la cantidad de gasa del taponamiento.

La marcha prit-operatoria fué completamente apiritica como no puede menos de suceder cuando, como en este caso, se deja puerta abierta y se emplea material de curación bien aséptico y bien absorvente.

Dos meses después la cicatrización es completa, el enfermo se levanta con muletas, apoya el pié sobre el suelo, pero sin soportar el peso del cuerpo.

La longitud del pié, del talón á la extremidad del grueso dedo dá: para el pié sano 30 cent. para el operado 26.

Se le hace construir un simple botín con un taco de 8 centímetros de alto y doble suela para la planta.



Radiografia tomada en el gabinete de Física Médica de la Facultad de Medicina.

Cinco meses después deja las muletas, marcha todo el día y sale del servicio en un exelente estado general el 18 de Noviembre de 1899.

Hoy, ya casi al año de esta intervención, podemos ver cómo se puede confiar en el excelente punto de apoyo que ofrece la almohadilla talonaina y todo lo que se puede esperar del periostio *cronicamente* inflamado, teniendo á la vista el sujeto que, con su cuerpo de 80 kilos, marcha con un simple bastón, y la radiografía que muestra con perfecta claridad que ese periostio de 35 años de edad ha producido hueso, lo que por otra parte ya no es una novedad, pues ya hace bastantes años que Ollier ha dicho cuanto se podía decir y hecho cuanto se podía hacer con el periostio.

PEDRO T. ORELLANA

Buenos Aires, Noviembre 12 de 1900.

Nómbrase á los Señores: Académico Doctor Leopoldo Montes de Oca, Profesor Titular Dr. J. Aguilar y Profesor Suplente Dr. Alfonso Masi, para que, constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
LUIS M. ACUÑA.

Noviembre 16 de 1900.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Sr. Pedro T. Orellana.

«En el local de la Facultad, á 16 de Noviembre
« de 1900, reunida la Comisión que subscribe,
« encargada de dictaminar respecto de la ad-
« misibilidad de la tesis del Señor Pedro T. Ore-
« llana, que versa sobre «Tarsectomia posterior»
« resolvieron admitirla. Con lo que teminó el
« acto».

Firmados:—*L. Montes de Oca.—Julián Aguilar.— Alfonso Masi. —Zenón Aguilar*. Pro-Secretario.

LUIS M. ACUÑA

Fecha ut supra.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA

LUIS M. ACUÑA

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Cuando las partes blandas del talón están intactas, la tarsectomía posterior es preferible á la operación de Miskulicz.

II

La desarticulación tibio–tarsiana por el procedimiento de Syme–Ollier, ofrece sobre los antiguos procedimientos, múltiples causas de superioridad.

III

La sal de quinina que debe preferirse en el tratamiento de paludismo es el clorhidrato neutro.