

entra en los autores antiguos la relación de pequeños números de hechos, en los cuales se hablan de operación sobre la extremidad inferior tibia i del perone, en las dislocaciones complicadas.

Sea a causa de una fractura comminativa acompañada de perforación de los tegumentos coexistente con la dislocación, sea a consecuencia de la operación del enfermo para amputación, Curianos habian operado quitando parte mas o menos considerable de los huesos.

Pero no eran esas, propiamente hablando, verdaderas resecciones, es decir operaciones arregladas por el arte con indicaciones precisas, con un Manual operatorio determinado. Generalmente se trataba de simples extracciones de astillas, o bien aun de la ablacion de una maliciola, sabiendo fuera de la herida, llegaba a ser un obstáculo para la reducción.

Celso el primero, después de haber aconseja

la reduccion, cuando ella es posible, es de quitar
de quitar las estremidades huescosas que forman
obstáculos e impiden al pie devuelto volver a
tomar su posicion normal.

Pero solo Galians puso en practica este
consejo i se atrevió a tentar esta operacion.

Desde entonces i hasta mediados del siglo
XVIII, este método quedó en el olvido. Hasta esta
epoca se empleo solamente la reduccion o bien
simplemente la expectacion. El primer medio
era desde luego admitido de preferencia, pero,
si despues de los esfuerzos de traccion sostenida
i de los desmembramientos alrededor de los huesos
apretados por los tegumentos no se llegaba a
reducir, las estremidades dislocadas eran aban-
donadas en sus relaciones patológicas. Se com-
batia la inflamacion por la sangria, la inmo-
bilizacion i los otros medios reprensantes.

Los accidentes consecutivos a estas tentativas eran muy serios, J. L. Petit aconseja amputar desde la aparición de estos accidentes.

En 1758, Gouche ~~recomienda~~ la resección i cita en su apoyo un caso de resección maleolar seguida de un éxito completo.

En 1782, Moreau padre, por causa traumática, pero solo en el décimo noveno día del accidente, practicó una resección de los dos huesos de la pierna fracturados i que salían al través de la piel. El resultado fue perfecto.

En circunstancias análogas, Taylor, Hennen A. Cooper operaron sobre los dos huesos del miembro inferior a saber el tibia i el peroné aisladamente.

Josse a principios de este siglo, alentado por su experiencia, estendió el empleo de la resección a una dislocación del tibia con fractura i cambio de lugar del peroné, pero sin herida. Esta operación se hizo con el objeto

de combatir los síntomas mas graves.

En sus lecciones orales, Dupuytren rechaza en absoluto la amputación; es de opinion de tentar la reduccion en casi todos los casos; pero no habla de la reseccacion.

Hee aqui lo que dice en su clinica quirurgica.
 "Si el descabado no es estremo, si los huesos dislocados no están al mismo tiempo destruyados, si los nervios los vasos principales no se han roto, si la gangrena en fin no parece inevitable, es necesario volver a colocar las partes en su lugar, recurrir a los desinfectantes, a los resuscitantes, a los calmantes de todo género, prevenir los accidentes o combatirlos con energia."

Para este cirujano, no hai pues otra alternativa que la reduccion o la amputacion.

Sin embargo desde esta época las observaciones comienzan a sucederse muy rápidamente



i Grafe, Roux, Tesson, Velpeau, publican meras. Este último, a pesar del éxito de sus tentativas, escribe que esta operación ofrece pocas ventajas sobre la amputación de la pierna.

A partir de 1830, al menos en Francia, i salvo un pequeño número de excepciones, los cirujanos parecieron abandonar casi completamente esta práctica.

A. Berard cree que es necesario recurrir en todos los casos; la amputación es indicada únicamente para aquellos en que la herida tiene una gran estension, con ruptura de muchos tendones i desorden muy notable de las superficies articulares. Se puede también decir recurrir con ventaja a la resección tibio-tarsiana, si la reducción es imposible, si la parte del hueso está de tal manera dañada que la necrosis



deba producirse necesariamente, en fin es la porción
encrosta ^{Museo Nacional de Medicina} del cartilago está quebrada ^{WWW.MUSEOMEDICINA.CL} Comminativa ^{Museo Nacional de Medicina}

En estos últimos tiempos Klose, Merz, Se-
dillot, Rodorfer, Smith, obtienen ^{un buen} éxito. Los en-
fermos sanan i pueden andar con bastante
facilidad. Sedillot sin embargo condena este
tratamiento, bien que al mismo tiempo ^{Museo Nacional de Medicina} hace relación
de una resección que había dado excelentes re-
sultados en un caso de dislocación complicada
con herida i fractura ^{Museo Nacional de Medicina}

Más recientemente aun los señores
Broca i Ollier hacen en comunicaciones ^{Museo Nacional de Medicina} el uno

en la Sociedad de Cirujia de Paris, el segundo
en la Sociedad Médica de Lyon, la relación de
dos observaciones interesantes.

El señor Ollier aplicando el método
sub-perioste ^{Museo Nacional de Medicina} en la resección tibio-tarsiana
introduce importantes ^{WWW.MUSEOMEDICINA.CL} mejoras relativas a la

posibilidad de poder reproducir una nueva articulación.

En fin el señor profesor Richet acaba, en su clínica quirúrgica del Hôtel-Dieu, de reseca con buen suceso cuatro centímetros de la extremidad superior del tibia. Como lo veremos, ha tenido cuidado al mismo tiempo, de fracturar el peroné, a fin de evitar los inconvenientes de la ablación de uno solo de los huesos que forman la mortaja peroneo-tibial.

Capítulo I.

Indicaciones de la operación

Cuando a consecuencia de una caída, se ha producido una dislocación del pie sobre la fíbula, si la violencia no ha sido muy considerable la lesión puede limitarse al cambio de las relaciones de las superficies articulares, sin desgarradura de la piel.

Pero amenudo la dislocacion tibia es acompañada de herida, con salida de las extremidades huescos al traves de la solucion de continuidad.

De todas las complicaciones, es una de las mas frecuentes, la que reclama en primera linea la intervencion inmediata del cirujano.

Las heridas que resultan del esfuerzo mismo ejercido de adentro hacia afuera por las superficies que han cambiado de lugar sobre las partes vecinas, tienen una estension variable. Pueden dejar ver en ciertos casos el interior de la articulacion, neces al contrario son muy estrechas, son un obstaculo para la reduccion produciendo una estrangulacion.

Al traves de los tegumentos, se ve salir la extremidad inferior del tibia, la estremidad superior del perone o bien aun los dos huesos a la vez. Lo que aparece al exterior es algunas veces formado



partes ¹ duros, la ² agnorial; ³ síntomas generales
graves, aceleración ⁴ del pulso, aumento de la
temperatura, agitación, incommis, sobrealto
de los tendones.

Es ¹ la presencia de semejantes disrdenes,
que ² deberá el Cirujano ³ prenciar en la ⁴ succesion ⁵ in-
mediata ⁶ ?

Las indicaciones de esta operacion se
sacarán ¹ de la irreductibilidad ² de la dislocacion, ³
del estado de las partes ⁴ musculosas, ⁵ del estado de

las partes blandas que rodean la articulation ⁶
Se ⁷ podrá practicar ⁸ para remediar ⁹ vicios de
conformacion ¹⁰ i de ¹¹ farmacion ¹² no ¹³ muy ¹⁴ pronunciados.

Se ¹⁵ tendrá en ¹⁶ consideracion ¹⁷ la ¹⁸ constitucion ¹⁹ del
enfermo, ²⁰ su ²¹ edad ²² i ²³ las ²⁴ condiciones ²⁵ hygienicas
en ²⁶ las ²⁷ cuales ²⁸ se ²⁹ encuentra ³⁰

La ³¹ irreductibilidad ³² se ³³ encuentra

frecuentemente en las dislocaciones del pie.
 Es sobre todo muy marcada e invencible, cuando
 el pie habiéndose fuertemente desviado, el tibia
 sale — al través de los bordes de la herida.
 La malicia en las dislocaciones producidas
 por una gran violencia, por ejemplo, puede
 llegar a tocar el suelo por su estremidad in-
 ferior. A pesar de las tracciones i de los movi-
 mientos que experimentan, bajo la mano del
 operador, las superficies articulares, no se arriba
 a ningun resultado. Los esfuerzos del cirujano no
 resultan coronados en semejantes mutaciones.

En los casos en que el traumatismo es me-
 diamente considerable i la proyeccion de los huesos
 al través de la herida poco acentuada, puede
 suceder sin embargo que la reduccion sea
 tambien imposible. La parte huesosa que
 sale está entonces como estrangulada por los
 labios de la solucion de continuidad.

a la anchilosis. Sucede así en los fracturas en que no se observa una inmovilidad absoluta. Se forma entonces una

Los experimentos de Ollier sobre los animales i los hechos patológicos demuestran, en los casos de resecciones sub cápsulas periosteas, la posibilidad del restablecimiento de una nueva articulación. Ha podido, conservando el periostio en continuidad con la cápsula articular, hacer reproducir la articulación, sea según su tipo primitivo, sea según un tipo diferente.

Según la estructura de la nueva articulación se tiene entonces solamente los movimientos de extensión o de flexión, tan necesarios para andar, o bien movimientos mas estendidos i mas numerosos, movimientos laterales, por ejemplo, que preceden

hacer muy difícil o aun imposible el poder andar sin aparato. Estas dificultades se deben en el último caso a la ausencia de las maléolas imperfectamente regeneradas i por consiguiente a la imperfección de la nueva mortaja peroneo-tibial.

La estructura de la nueva articulación varía por otra parte según las condiciones que presiden a su reconstrucción. Si se ha dejado el astrágalo i el peroné, se establece el tipo primitivo, con tendencia a la rotación del pie hacia dentro si la maléola interna está incompleta.

Si los dos huesos de la pierna han sido regenerados i el astrágalo dejado en su lugar, tenderá también a establecerse el tipo primitivo; pero habrá generalmente poca solidez lateral, si los ligamentos

están relajados; pocos movimientos de flexión
i de extensión, si gracias a una anclitosis
mus o ménos completa, hai solidez lateral.

Cuando falta una sola maleola, el pié
tiende a girar de un solo lado, hácia adentro,
por ejemplo, si es la maleola tibial la que se
ha quitado. Si la longitud del tibia reseca
es considerable, sin reproducción hueso en
por el periostio, las condiciones podrán ser
muy desfavorables en cuanto a poder andar
i el enfermo quedar impotente.

Para prevenir, en su enfermo, tan
penosas consecuencias, el señor profesor Ri-
chet, despues de haber hecho la reseca
del tibia en una longitud de cuatro cen-
tímetros i medio, ha tenido cuidado de quebrar
el peroné al nivel de su cuello.

Los dos fragmentos cabalgarán el

uno sobre el otro, se formará un callo en estas posiciones. Etun con una reproducción del tibia apenas marcada, los dos huesos se encontrarán al mismo nivel, de manera que forman una montaja regular.

No se vaya a creer que la formación de una nueva articulación, o la de una pseudo-articulación sean una condición indispensable para el funcionamiento regular del miembro pelviano. La anclilosis no impide el poder andar, gracias a las articulaciones del tarso que desempeñan entonces un rol suplenentario. Llegan a ser mas movibles que en el estado normal, i se introducen las unas en las otras de manera que hacen mas fácil la progresion.

Capítulo IV

De la importancia de la resecacion

tibia tarsiana comparada a los otros métodos de tratamiento.

De la mortalidad. La resección tibio-tarsiana es una operación grave, que no se debe emprender sin indicaciones formales, pero que ha dado hasta aquí muy buenos resultados.

Hemos podido reunir setenta i siete observaciones de resección tibio-tarsiana total e parcial, en las dislocaciones complicadas.

Se ve que es sobre todo en Inglaterra donde se ha usado este método de tratamiento, después viene en segunda línea la Francia, i, enfin, en último lugar, solamente por un pequeño número de observaciones, la Alemania.

La resección total, tibia, peronea i astragala, ha sido hecha 7 veces. Heas dado siempre buenos resultados. M. Olber en particular, en una resección primitiva, ha podido obtener, en un niño de 10 años, la reproducción de

Las maleólas.

Los resultados son menos felices en la resección tibio-peroneal. Practicada 35 veces, hai 25 casos de curación completa i 8 muertos. 2 veces la amputación secundaria ha sido necesaria por las complicaciones; ha sido funesta una vez. En definitiva, la proporción de los muertos es de 22 por 100.

Se ha reseccionado solo el tibia 31 veces. Todos los enfermos han sanado, resultado que se explica por la menor extensión de los destrozos operatorios.

La resección del peroneo ha sido hecha 4 veces. Pero, a la verdad, dos de estos casos deben ser omitidos, por haberse quitado el astragal, lo que cambia la naturaleza de la operación.

Jager ha quitado solo el peroneo en una dislocación de este hueso en un hombre de 22 años que ha sanado perfectamente.

Schitzinger, en el caso de una dislocación en salud del peroné sin fractura, ha empleado el mismo medio y el operado ha podido andar fácilmente.

Se puede decir sin embargo, a primera vista, que la ablación del peroné solo no es una buena operación. Conservando la mayor parte de las superficies articulares, expone a todos los peligros de la inflamación de las grandes articulaciones. La ausencia de la materia peroné ocasiona grandes dificultades para andar, y la dislocación tiene tendencia a reproducirse. Sin embargo los aparatos protéticos pueden, hasta cierto punto remediar este inconveniente.

El total de las observaciones de resecciones en las dislocaciones complicadas del cuello del pie es pues de 74. Sobre este número, ha habido solamente 2 amputaciones secundarias y 8 muertos.

o sea el 10,32 por 100.

Notemos que los 8 muertos pertenecen a la resección tibio-peroneal. En las otras variedades ha habido siempre buenos resultados.

Estos datos estadísticos no tienen por cierto una importancia absoluta. Muchos casos, sobre todo aquellos en los cuales los resultados han sido desgraciados, quedan ignorados. Siempre no obstante cierta autoridad.

Publicamos aquí en cuadros, el resumen de las observaciones conocidas, en las fuentes en donde se puede buscarlas, el nombre de los operados e i las principales particularidades de la operación.

De la reducción. Este método cuenta numerosos éxitos i A. Cooper, por ejemplo, refiere, por su parte, una veintena de observaciones que ~~avilitan~~ avilitan en favor de este sistema de tratamiento.

He aquí una observación que demuestra

que con desórdenes poco considerables, es por lo ménos prudente esperar para hacer una resección secundaria. La simple reducción en el momento del accidente puede en efecto salir bien.

Un hombre tuvo una caída de caballo el 23 de febrero de 1840. Llamado inmediatamente, H. Cooper encontró al herido sentado sobre una silla, el pie derecho hacia casi un ángulo recto con el eje de la pierna, a consecuencia de su vuelta hacia adentro. Dos pulgadas del tibia y del peroné, completamente separados de los músculos, salían entre el calzado y el borde inferior de la proleina.

En el primer momento, la amputación pareció el único recurso. Sin embargo, después de haberlo clarofarmado, H. Cooper pudo con muchos esfuerzos, reducir parcialmente el tibia, pero el labio inferior de la herida

se apresuró a la reducción del fémur cuya ^{mu-}león debió ser resacaada. Fue entonces fácil reducir completamente el tibia.

El miembro fue colocado en una canal suspendida i cubierto de cataplasmas. Al décimo día una erisipela fleumosa hizo necesaria una incision.

El 27 de Mayo, cuando todo iba bien, el enfermo tuvo un calorío violento; sin embargo se restableció.



En el mes de Setiembre, no habia ya sino una pequeña herida en la parte interna de la articulación, i el herido podia desempeñar sus ocupaciones haciéndose conducir en un pequeño coche.

En noviembre, se sacó por la herida una pequeña astilla, i dos meses mas tarde un hueso pequeño fragmento salió por el mismo. La herida no tardó en cerrarse.

Hoy día, No. Ho... puede andar diez millas a pie sin fatigarse. Ha recobrado en parte los movimientos de la articulación, i no hai contracción de la pierna.

Es ese seguramente un caso que aconsejará la prudencia, pero por algunos sucesos, cuanta contratiempo!

De la amputación. — Último recuento del arte, hemos dicho que era necesario no recurrir a él sino en ciertas circunstancias indicadas por Astley Cooper.

1.º La estension i el despedazamiento de la herida. 2.º La fractura comminativa de los huesos con prolongamientos sobre el tibia. 3.º La division de un grueso vaso sanguíneo. 4.º La gangrena del pie. 5.º Una contusion excesiva. 6.º Infirmitad el estado general del enfermo que no puede soportar las supuraciones prolongadas.

En estas condiciones no se podria evitar la amputacion, aunque la pérdida de la pierna sea un sacrificio tan cruel que se duda verificarlo.

Se puede practicar la amputacion sea en la conjuntura tibio-tarsiana (Syme, Baudens, Jules Roux, etc.) sea en su tercio inferior, sea en un lugar de eleccion.

Bajo el punto de vista de los resultados, la reseccion primitiva o secundaria es mas favorable que la amputacion hecha en las mismas condiciones.



siguen las observaciones

constato' una dislocacion de la articulacion de
 tibio - tarsiana, que se reconocia por la presencia
 de una salida huesosa enclavada hacia adelante
 i hacia atras de la maleola externa, con impos-
 sibilidad de los movimientos de flexion i de
 extension del pie sobre la fierna. Muchas
 tentativas de reduccion practicadas en el
 momento del suceso quedaron sin resultado,
 i el enfermo fue trasportado al Hospital
 militar.

El examen atento de la lesion permite
 asegurarse entonces que el pie, colocado en
 ligera extension, estaba en una ^{posicion} ~~incompleta~~
 laxa. La maleola externa parecia
 intacta. Detante de ella se notaba una
 salida huesosa del grosor de un hueso
 de paloma, que ningun esfuerzo podia
 hacer mover. La maleola interna estaba
 quebrada en fragmentos que producian



bajo la presión un chisparroteo múltiple.

Se diagnosticó una fractura del asteroide con dislocación hacia adelante i hacia arriba de la mitad posterior de estos huesos, i destrucción de la mácula interna. El enfermo fué cloroformado i se tentó de nuevo la reducción. La contra-estensión operada sobre la rodilla estaba confiada a muchos ayudantes, la estension era practicada sobre el pie i la porción dislocada del asteroide fué directamente empujada hacia adentro i hacia atrás. Apesar de la completa resolución en que se encontraba el enfermo, i no obstante sus considerables i reiterados esfuerzos, no se obtuvo ningun cambio en las relaciones de los huesos.

El día siguiente tuvo lugar una junta. El cuello del pie era ya el sitio de flictenas i la tumefacción i ~~dem~~ colorado reluciente indicaban la inminencia

de la gangrena. La espectacion fue unánime-
 mente declarada imposible i la salvacion del
 enfermo pareció esporádicamente, sea
 la amputacion de la pierna, sea la extraccion
 de la porcion dislocada del astragalo i de los
 otros fragmentos huesosos. Se decidió esta última
 operacion.

Conducido el enfermo al anfiteatro i
 anestesiado, una incision practicada trasversal-
 mente de una maléola a otra abrió anchamente
 la articulacion. Se vio entonces la casi totalidad
 de la polea anterior del astragalo dislocada
 hacia adelante de la maléola esterna i
 retenida hacia atras i hacia afuera por
 esta última, hacia adelante i hacia adentro
 por la mitad anterior del
 astragalo comprendiendo el cuarto anterior
 interior abarca de la superficie articular

i hacia arriba por el borde anterior del tibia. Se grito el fragmento astragaliano dislocado haciéndole dar vuelta de adentro hacia afuera con el mango de un escalpelo. Despues de haber sacado algunos pequeños fragmentos óseos pertenecientes a la mitad posterior de la maleola tibial un fragmento voluminoso representando la mitad anterior de esta maleola i una porcion continua de la superficie articular anterior del tibia, se operaba hacia adelante i hacia adentro de la herida i en el interior de la articulation una porcion del astragalo (mitad superior). Esta parte del hueso era angular i separada de la parte dislocada por una fractura oblicua. Fue sacada.

La ruptura de la maleola tibial i la integridad de la maleola peroneal, cuya altura es de cerca de 4 centimetros, debian

impedida la rectitud ulterior del pie volviendo
hacia adentro; la sustentacion, el movimiento
i la forma regular del miembro estaban
comprometidos. Se practicó tambien la
reseccion de las superficies articulares peroneo-
tibiales por un corte de sierra horizontal despues
de haber cortado ligeramente de arriba hacia
abajo los ángulos de la herida para obtener un
pequeno trozo anterio-superior. La juntura
del tibia con el calcáneo, convertido en mas
fácil, estaba aun un poco impedido por la
presencia de la parte escafoidea del astragal.
El bisturí, introducido de nuevo en la herida
quité el resto del astragal sin mucha di-
ficultad cortando los ligamentos.

Las extremidades del tibia i del
peroneo se situaban entonces libre i perpen-
dicularmente en la ancha escaracion formada
por el calcáneo i el escafoide. Ya no habian



que temer desviaciones forzadas del pie sobre la pierna. La herida fue cerrada hacia adelante por tres puntos de sutura y mantenida una boca abierta de cada lado para la salida de la sangre, de la serosidad y del pus.

Se colocó el miembro durante los primeros días en una *Caja Pauleus* i dada vuelta ligeramente hacia afuera. La inminencia de la gangrena i supuraciones difusas inspiraron grandes inquietudes durante casi dos semanas. Además, hubo un principio de tetanos.

Disipados los accidentes, la herida marchó sin tropiezo a la cicatrización, que era completa dos meses después del día del accidente.

Se hizo fabricar un zapato cuera for superior, estrecho, conexa i ovalada correspondía a la concavidad de la planta

se está convenientemente acolchada. El enfermo se servía de él con facilidad y desde ese momento no cesó de andar sirviéndose de un simple bastón. Medido el miembro tres meses después de la curación se había acortado de 4 a 5 centímetros, pero podía andar con facilidad, gracias al zapato especial que llevaba.

Observación II.

Dislocación del pie hacia afuera con salida de las maléolas por la parte exterior de la articulación (resumen).

H. M. ..., de edad de 25 años, hombre sanguíneo, robusto, entró el 5 de junio de 1866 a la Clínica quirúrgica del señor profesor Rigaud.

Empleado en transportar carga en el ferrocarril, llevaba una carga de un peso considerable la cual se le caía sobre la pierna, por la parte de adentro, quedando

el pie aplastado contra el carro. De ahí, des-
locación completa del pie hacia afuera, sin
ninguna fractura cosa notable. El pie
estaba casi en ángulo recto (hacia adentro)
salía la pierna, y las estremidades articulares
del tibia y del peroné salían completamente
hacia afuera por una herida horizontal
comprendiendo casi exactamente la median-
cia superficial exterior del miembro en el punto
de unión de la pierna y del pie. Los tendones de
los músculos anteriores con la arteria pedia, que
se veía palpitante, estaban rechazados hacia adentro
igualmente los posteriores. Los dos huesos de la
pierna salían así por completo al través
de un orificio horizontal.

La maléola interior, que salía toda
entera, se apoyaba hacia adentro en una lon-
gitud de muchos centímetros sobre la piel

del labio inferior de la herida. Esta malicia interior habia perdido un pequeño fragmento en su cima, además, su faz interna habia sido despojada de su pericostio en una longitud de 3 a 4 centímetros.

La rescacacion se hizo muy fácilmente con la sierra con cadena. El enfermo habia sido previamente cloroformado. Se vio entonces que el astragalo estaba en su lugar normal y que no estaba quebrado.

Se aprovechó con mucha utilidad de esta feliz circunstancia y las extremidades rescacadas se pusieron en contacto del cartilago del astragalo. Esto disminuye las probabilidades de la anchilosis, la cual habria llegado a ser inevitable, si, por una causa o por otra se hubiera tenido que cortar la parte articular del astragalo correspondiente a las extremidades ya quitadas del tibia del peroné.

Hecho la reduccion, los labios de la herida fueron reunidos por cuatro puntos de sutura, sabes 3 centimetros cerca de la parte posterior para dar paso al pus. Se establecio un lavatorio continuo a 15 o 20° sobre la pierna colocada entre dos cojines, en una casa de Bandens.

8 junio. El pie i la pierna comienzan a discharge hasta la rodilla. Se formo en la parte exterior del cuello del pie una pequena escara.

El 11 Principio de linfangitis, rastros linfaticos en la faz interna de la rodilla. Por otra parte, estado general muy bueno.

El 13. Los labios de la herida dejan de correr una notable cantidad de pus bastante seco; la escara esta en via de eliminacion. Despues se abren muchos abscesos qe

han despegado los tejidos. Poco a poco la hinchazón del miembro desaparece i después de cuatro meses de tratamiento el enfermo está curado. 82

Los movimientos de flexión i de extensión han vuelto a ser posibles en cierta medida.

Contracción de 3 centímetros i medio, a la cual se pone remedio empleando un calzado apropiado.

Observación III.

Dislocación hacia adentro del pie derecho: heridas del lado externo de la articulación, con salida de la extremidad inferior de los huesos de la pierna i fractura de las maléolas, resaca de las superficies articulares del tibia i del peroné; extracción de la maléola externa i reducción; ablación el tercer día de la maléola interna; inmovilización del miembro; curación.

A. K., de 19 años de edad, de constitución delicada, es llevado a la clínica en la tarde

del 10 de Mayo de 1867. Este joven ayudaba a bajar a una bodega un barril que contenia cerca de 400 kilogramos de aceite, cuando una de las cuerdas que rodeaba el tonel i lo sostenian se rompió, i él colocado por delante i mas abajo fué volcado.

Se notó en la faz esterna de la region tibio-tarsiana derecha, una herida de 6 centímetros de altura, sobre 8 de ancho, al traves de la cual salian los huesos de la pierna. La superficie articular del tibia está a descubierto, i la superficie externa fracturada ha quedado en su lugar normal, retenida por los ligamentos del tarso. La estremidad del peroné está igualmente separada de su maléola.

La piel aprieta con violencia los huesos; está como dada vuelta hácia bajo i hácia dentro i no permite explorar el astrágulo.

La faja inferior o la planta del pie ha llegado a ser completamente interna i presenta una infiltracion sanguinea muy marcada en su faja esterna.

El enfermo fue clorofarmado, i se practicó una incision longitudinal que partió de la herida i prolongada hacia arriba a lo largo del perone, hacia abajo hasta mas allá de la maléola esterna.

Una sierra con cadena pasada al rededor de los huesos sirvió para reseca una laminilla hueca de algunos milímetros de espesor de la superficie articular. La diseccion fue entonces reducida con la mayor facilidad i quitada la maléola esterna. La simple aplicacion del agua de Pagliari basta para suspender la salida de sangre, i el miembro, colocado i sujetado en una Caja de Bandas, fue rodeado de una nepra de iene.



Dolores moderados durante la noche. Par
 nota del día siguiente buena, 96 pulsaciones. 85

El 12 fuerte fiebre, hinchazon de la
 pierna, tinte colocado alrededor de la herida,
 obstruccion de los ganglios crurales. Cauterizaciones
 acentuadas. Agua de Sedlitz.

El 13, la hinchazon es mas grande al con-
 torno de la region maleolar tibial i se extiende
 a la mitad inferior de la pierna.

Se decide practicar la ablacion de la ma-
 leola. Esta parte huesosa, completamente separada
 de la diafisis, desempeña el rol de un cuerpo extraño
 irrita las partes blandas que la rodean, provoca
 la supuracion.

Después de clorofarmaco, se practica una
 incision de 12 centímetros sobre el costado interior
 de la pierna. Extraccion de la maleola tibial,
 que se separa con el bisturi i las tijeras, ligamentos
 muy apretados i muy adherentes, que la fijaban. La



Herida comunicada ancha y profundamente con la articulación.
Los tejidos, inflamados, se relajan i su limpieza
llega a ser mas facil.

Las prescripciones son: inmovilidad
absoluta del miembro; inyecciones aromáticas re-
petidas en la conjuntura para hacer salir los
líquidos que tendrian a depositarse ahí.

Los tres dias siguientes, la tumefaccion
de la pierna aumenta i se eleva hasta la rodilla.
Abertura de muchos abscesos. En seguida se aplican
un aparato enyesado sobre el pie i la mitad in-
ferior de la pierna con aberturas laterales, coyendo
profundamente a las heridas maléolares, para permitir
i favorecer la salida del pus.

A partir de este momento, el enfermo
entra en convalecencia, i desde principios de
junio, se reemplaza el yeso por un aparato almidonado, que
permite al enfermo levantarse i andar con muletas.



Observacion IV.

En la sociedad de Ciencias Médicas, Mr. Viennois presenta un niño de 10 años al cual Mr. Ollier ha practicado, hace trece meses, la reseccion primitiva de la articulacion tibio - tarsiana, a causa de una dislocacion de esta articulacion, con salida al traves de las carnes del tibia i del peroné, con fractura comminativa del astragalo.

Mr. Ollier practicó la reseccion subperiosteal del tibia i del peroné; aserró a H. la articulation de la articulacion; quitó en seguida los diversos fragmentos del astragalo, despues la casi totalidad de este hueso.

El resultado es importante de constatar bajo muchos puntos de vista. Desde luego bajo el punto de vista de la curacion definitiva, el enfermo anda sin baston ni muletas, i

con una claudicación mínima. El enfermo ~~usa~~
sin embargo muletas cuando quiere hacer una
marcha un poco larga, la fuerza ~~resuelve~~ de día
en día al miembro operado, no hai ya fistulas.

A pesar de la ablacion de toda la articulacion
tibia-tarsiana en la porcion del tibia del perone
i del astragalo, no he habido anclorosis, el pie
está poco movable sobre la pierna, es cierto;
pero el calcáneo está movable sobre el tibia
i el peroné.

En cuanto a la reproduccion de los
huesos, se observan dos mateólas nuevas. La
mateóla peroneal es muy ancha i muy fácil
de distinguir bajo la piel. En cuanto a la mateóla
tibial, está aun movable sobre el tibia mismo
i afecta una direccion casi transversal en su
mayor estension, ~~se encuentra~~ ~~poniendo~~ el
eje del pie con el eje de la pierna en

razón de una desviación que se operó consecutivamente.
 El miembro se ha acortado de 3 a 4 centímetros.
 La curación de este enfermo estuvo un instante
 comprometida por hemorragias sobrevinidas ^{algún}
 tiempo después de la operación. Este fenómeno
 debe ser señalado después de las resecciones pri-
 mitivas con fracturas comminutivas. Hubo tres
 hemorragias muy abundantes debidas a la contusión
 de los vasos en el momento del accidente.

Observación V.

Dislocación del pie hacia afuera; consolidación
 de la fractura; resección del tibia sola.
 Luis Chourdel, de 43 años de edad, comer-
 ciante forastero, entró el 24 de abril de 1874,
 al Hôtel-Dieu, Sala Santa Marta, Cama n.º 33,
 en el servicio del Señor profesor Pichet.

Es un hombre fuerte de buena constitución.
 Cuenta que en el mes de febrero último, se

dislocó el pié a consecuencia de un accidente de
 carruaje. Transportado al hospital, se tentó
 inútilmente la reducción. Sobrevino una hinchazón
 considerable. Para ~~conservar~~ una fractura que
 existía al mismo tiempo que la desviación del
 pié, quedó sesenta días en cama.

Comienzo entonces a andar, pero el dolor
 solo le permito dar algunos pasos. Luego, a
 consecuencia de estas repetidas tentativas para
 andar, la piel se inflama al nivel de la
 parte interna. Se forma aun una pequeña
 escara superficial.

Entrado al Hôtel-Dieu, se constató
 una dislocación hacia afuera con fractura de
 los dos huesos de la pierna. El pié se ha dado
 vuelta sobre su borde interno i se ha inclinado
 un poco hacia atrás. La articulación es *en tous sens*
 se conservan los movimientos de flexion i de
 estension. Hai aun movimientos laterales,

escrito sin embargo hacia afuera, en que el pie es detenido por la maléola externa.

Esta sale bajo la piel; está casi horizontal y la consolidación está concluida. El astrágalo ha venido a colocarse abajo, después de haber vuelto a subir a lo largo de la faz interna del tibia. Hay ahí ahora una especie de

La maléola interna sale notablemente hacia adentro; sobre este punto cae todo el peso del cuerpo. A este nivel los tegumentos ~~se~~ encuentran ulcerados.

Al principio, M. Richet creyó que por tracciones energicas, podría reducir esta dislocación. Pero esto fue imposible.

No se podían entonces optar sino entre la amputación y la resección. Se decidió por esta última y se procedió a la operación el 4 de Julio: 1.º Incisión en T, al nivel de la parte interna de la articulación tibio-tarsiana.



2.º Desasimiento del hueso, separando las partes blandas, comprendiendo también el periostio.
 3.º Fractura muy fácil del peroné. 4.º Imposibilidad de introducir la sonda de Blandin.
 Paso de la sierra con cadena. 5.º Sección del tibia a una altura de cerca de 4 centímetros.
 6.º El pie es suelto a colocar sobre el eje de la pierna. 7.º Cura. La pierna es colocada en una canal. El cuello del pie está rodeado de hilas y de cabezales.

Transportado el enfermo a su cama es sometido a un lavatorio continuo. Pasa una noche muy tranquila. Los días siguientes, náuseas, vómitos, lengua sucia, fiebre, insomnio.
 El 8 de Julio, hai un principio de linfangitis. Los ganglios del pliegue de la ingle están tumefactos. Tiene 90 pulsaciones, la temperatura a 3,5.

El 10, se abre un absceso formado al nivel de la fractura del peroné.

El 16 se suprime el lavatorio continuo. La piel está en efecto, seca, un poco escoriada. El miembro está colocado en una simple canal con aplicación de hilas.

El 18, la piel está muy roja. Cataplasmas. El día siguiente se abre de nuevo un absceso sobre el lado opuesto a la herida.

Al presente el enfermo está en vía de curacion.

Un mes mas i el enfermo salia completamente curado?

Museo Nacional de Medicina

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



seguna las conclusiones



Conclusiones.

Para resumir nuestro trabajo en algunas palabras, diremos:

1.º La resección total o parcial de la articulación tibio-tarsiana es indicada en el tratamiento de las dislocaciones complicadas con irreductibilidad o salida de los huesos de la pierna.

Es indicada igualmente cuando la irreductibilidad de la dislocación ha hecho quedar impotente al enfermo, e impide las funciones del miembro.

2.º Debe dejarse a un lado, cuando, siéndolos esternos poco marcados, se puede practicar la reducción con la ayuda de un aparato o de la fractura de un hueso vicioramente consolidado.

3.º El peligro de gangrena de las partes blandas, su contusión considerable, la fractura del tibia estendiéndose al cuerpo del hueso

por fleuras, etc., son contra indicaciones.

4.º El método sub-cápsula-periosteal ^{debe ser} preferido a la resección simple. Además de las ventajas de la reproducción ^{huesosa consecutiva}, limita el traumatismo.

5.º La inmovilidad es una de las condiciones de éxito. La curación tiene lugar por anquilosis o por pseudarthrosis.

La anquilosis no impide los diferentes ^{medios} de progresión, teniendo lugar movimientos ^{suplemen-}taarios en las articulaciones del tarso.

6.º La resección tibio-tarsiana es una operación menos grave que la amputación; conserva el miembro i expone a menos peligros que la simple ^{resección}.

7.º La ^{de la pierna} contracción puede ser nula a causa de la reproducción ^{huesosa}. En el caso contrario, es fácil poner a este remedio por medio de un calzado apropiado.

Francisco A. Echeverría

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

