

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

---

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEXICO.

---

## CLINICA EXTERNA.

---

**Reseccion sub-perióstica de la extremidad superior del fémur: curacion;  
regeneracion del hueso.**

Desde el año de 1869 en que publiqué un resumen brevísimo de los hechos y experimentos que demuestran la posibilidad de hacer resecciones subperiósticas, y las ventajas que ofrecen respecto de las resecciones ordinarias, me propuse dar á conocer el primer resultado positivo que obtuviera de la aplicacion de estas ideas, y la fortuna me proporcionó la ocasion de hacer esta operacion con buen éxito, en el año de 1872. En esa época tuve el honor de presentar á la Academia á la niña que ahora exhibo por segunda vez. Entónces quise dar á conocer solamente, una operacion lograda, supuesto que la niña vivia y que su enfermedad estaba en vía de curacion; pues apénas supuraban las fístulas que rodeaban la articulacion enferma.

Ahora que ha trascurrido un tiempo suficiente para conocer el resultado definitivo de la operacion, la presento como un caso de regeneracion huesosa, con todas las ventajas que trae consigo para la conservacion, ó más bien, para el restablecimiento de las funciones del miembro.

El extracto de la observacion á que vengo aludiendo, lo publicó el Sr. Lavista en su última tesis, \* y lo voy á transcribir aquí para recordar algunos detalles.

El 14 de Mayo de 1872, recibí en el hospital de Infancia una niña de cerca de cuatro años de edad, llamada Petra López. Sus padres eran de una salud excelente, y la niña la habia conservado muy bien, hasta el 2 de Febrero del mismo año, en que fué atacada de viruela grave (no habia sido vacunada). A consecuencia de la viruela aparecieron abscesos en la region supra-clavicular, en la dorsal, al nivel de las primeras vértebras, y más tarde en la region coxo-femoral izquierda y en la ro-

\* Estudio sobre la coxálgia, principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica, etc., por Rafael Lavista.—1874.—México.

dilla del mismo lado. Los dos primeros cicatrizaron despues de la punccion; los otros dos se abrieron en las articulaciones correspondientes, ó el trabajo supurativo comenzó por ellas y se extendió al exterior, pues este punto no he podido aclararlo. La artritis coxo-femoral fué combatida por dos médicos de la ciudad: primero con los mercuriales y despues con los revulsivos. Cuando la supuracion se abrió paso hácia fuera, dejó un trayecto fistuloso, que aprovecharon para pasar un tubo de canalizacion, haciendo una contra-abertura en el punto más declive; despues, cuando aparecieron pequeños secuestros, ampliaron una de las fistulas y extrajeron por la incision el casco articular del fémur.

A la articulacion fémoro-tibial aplicaron el mismo tratamiento que á la otra, inclusive la canalizacion. De esta articulacion nunca extrajeron esquirlas. Tal es la relacion que he obtenido de los padres de la niña.

ESTADO DE LA ENFERMA A SU ENTRADA.—El 14 de Mayo presentaba esta situacion: en el decúbito lateral derecho, sumamente extenuada; su semblante indicaba el sufrimiento y el temor de ser cambiada de la postura en que se encontraba; la piel pálida, caliente y seca; el pulso latia 140 veces por minuto; tenia ulceraciones en la columna vertebral, desde las primeras vértebras dorsales hasta el sacro; las de este último lugar eran profundas y anfractuosas; igualmente existian al nivel de las tuberosidades del isquion y en el gran trocánter derecho. La lengua estaba seca, habia algun apetito y tenia diarrea. Para poder estudiar convenientemente el estado de las articulaciones enfermas, que sufrían dolores agudísimos, cloroformé á la enferma. En union de los Señores Muñoz (D. Luis) y Chacon, pude comprobar lo siguiente: el miembro estaba en la adduccion, la flexion y la rotacion hácia dentro; acortado siete centímetros respecto del otro opuesto; la pierna en ligera flexion sobre el muslo, la rodilla hinchada y caliente. En la articulacion coxo-femoral habia dos aberturas fistulosas, una al nivel del pliegue de la ingle, y otra detras del gran trocánter. A traves de estas aberturas se habian puesto tubos de Chassaignac. Los quitamos y con el estilete nos cercioramos de la existencia de carie y necrosis de la extremidad superior del fémur; pero el resultado negativo de la exploracion de la cavidad cotiloidea, por medio de aquel instrumento, nos hizo temer que se hubiera horadado dicha cavidad. La rodilla tambien estaba atravesada por tubos de canalizacion; se sentia el abultamiento de las extremidades huesosas que contribuyen á formar esa articulacion y la alteracion de las partes blandas que le rodean; pero no pudimos observar la desnudez de los huesos.

Abandonada la enferma á los recursos de la naturaleza, habria succumbido infaliblemente. Empezar una operacion en esas circunstancias era aventurado; pero como dejaba alguna esperanza, me resolví á practicar la reseccion sub-perióstica de la extremidad superior del fémur, seguro de que así evitaba á aquella organizacion, tan profundamente deteriorada, el trabajo de hacer la eliminacion del secuestro, y ponía la herida en condiciones favorables á su cicatrizacion: me propuse mantener el cuerpo inmóvil en una canal de Bonnet, repartir la presion en los puntos que no estuvieran ulcerados; alimentar á la niña lo mejor que pudiera, y rodearla de las condiciones higiénicas que exigía aquel estado tan delicado.

Tomada esta resolucion, consulté con los señores ántes mencionados y con otros muchos cirujanos; la mayor parte de ellos corroboraron mi opinion, y decidí la operacion para el 27 de Mayo.

**OPERACION.** Como conservaba dudas respecto del estado de la cavidad cotiloidea, me propuse hacer la primera parte de la incision, examinar directamente la cavidad por medio del dedo y obrar conforme lo indicasen las circunstancias. Procuré seguir el procedimiento que Ollier recomienda para esta reseccion. Hice una incision que, comenzada á dos centímetros abajo de la cresta del hueso iliaco y dos centímetros atras de la espina iliaca anterior y superior, se dirigió abajo y muy atras, hasta encontrar la parte mas saliente del gran trocánter, que estaba fuera de su situacion normal por efecto de la luxacion; separé ó corté en la misma direccion las fibras del glúteo grande y procuré desprender su insercion tendinosa; corté las fibras del mediano y del pequeño; completé la seccion de la cápsula articular é introduje el dedo en la cavidad. Me convencí entónces de que en efecto la cavidad cotiloidea estaba borrada por las granulaciones que habian vegetado en su fondo; de que el cuello del fémur, destruido en parte, estaba interesado, lo mismo que la porcion del trocánter, que me era accesible.

Como dije ántes, me habia propuesto hacer esa primera incision, y si encontraba secuestros desprendidos ó poco adheridos, los extraía con pinzas, si no, procedía á la reseccion.

Del vértice del gran trocánter, donde concluyó la incision, hice partir otra que formaba con aquella un ángulo muy abierto y que seguía la direccion de la diáfisis del fémur hasta mas abajo del trocánter. Con la sonda-legra de Ollier desprendí los tendones de la cara externa del trocánter, que estaba aun en parte cartilaginosa; desnudé la parte superior de la base del cuello y de la cavidad digital; hice salir á traves de la

herida la extremidad del fémur; desprendí las inserciones tendinosas de la cara inferior de la implantacion del cuello; y exagerando la luxacion, desprendí el perióstio de la diáfisis en una extension de cuatro á cinco centímetros. Encontré inflamada esta porcion del hueso, y á ese nivel hice pasar la sierra de cadena, despues de haber protegido convenientemente las partes blandas.

Pasé despues un grueso tubo de Chassaignac por la parte más baja de la herida y por la fistula posterior (previendo la posibilidad de que tuviera yo mas tarde que renunciar al empaque de la herida); procuré cerrar por primera intencion la parte superior de la herida que habia practicado; llené toda la cavidad articular con algodón empapado en alcohol con ácido fénico; con una capa muy gruesa de aquella sustancia, cubrí todo el exterior de la articulacion coxo-femoral y apliqué por encima un vendaje apropiado. Curé tambien con alcohol y algodón todas las ulceraciones de la columna vertebral. Coloqué á la niña en un aparato como los que usaba Bonnet, modificados por él mismo para las lesiones de la columna vertebral, procurando que el muslo quedara en una ligera flexion sobre el vientre y la pierna sobre el muslo. Mandé construir un cojín que dejara en hueco toda la parte del dorso en que habia ulceraciones. La rodilla la dejé con sus tubos de canalizacion. Ordené una alimentacion reparadora y una bebida ligeramente opiada.

MARCHA DE LA ENFERMEDAD.—A los cinco dias me ví en la precision de levantar el aparato de curacion por encontrarlo manchado con la orina, y temiendo que ésta se hubiera infiltrado hasta el interior de la articulacion. No sucedió así; el algodón se habia adherido á la superficie de la herida, que tenia un color rosado excelente; el pus era de buena naturaleza y la parte de la herida que pretendí cerrar por primera intencion, estaba ya cicatrizada. Repetí la curacion en los mismos términos que la primera vez, y seguí renovando el aparato cada vez que lo encontraba impregnado por la orina.

La cicatrizacion marchó con mucha rapidez en las ulceraciones de la espina; las del sacro curaron un poco despues; la herida de la operacion se fué estrechando mas y mas hasta el grado de que al tercer mes quedaba apénas un trayecto fistuloso en el punto mas declive.

La calentura desapareció desde los primeros dias; el apetito fué en aumento, cesó la diarrea; las fuerzas y la alegría vinieron despues, y comenzó á robustecerse rápidamente la enferma.

Al cuarto mes se le permitió andar con muletas.

Los movimientos comunicados podian ejecutarse en todos sentidos;

podia hacer voluntariamente los de extension y de flexion, pero limitados.

Se formó un absceso pequeño al nivel de la fistula que ocupaba primitivamente el pliegue íngino-crural, y se cerró algun tiempo despues; lo mismo sucedió por varias ocasiones con el que ocupaba la parte posterior del gran trocánter, ántes de la operacion.

La artritis de la rodilla se curó con la inmovilidad. Las aberturas fistulosas se fueron estrechando poco á poco y obligando á sustituir los tubos primitivos con otros mas y mas delgados, hasta que se suprimieron definitivamente. Se procuró hacer volver la articulacion á sus funciones normales por medio de los movimientos comunicados.

Cuando la niña dejó el Hospital estaba sana y robusta; caminaba con muletas, pero el acortamiento del miembro habia disminuido notablemente. Los movimientos de flexion, de extension, de adduccion y de abduccion se ejecutaban perfectamente, pero quedaban algo limitados. Todo esto me hizo creer que se habia efectuado la regeneracion del tejido huesoso á expensas del periostio conservado y que se habia formado una articulacion que podia suplir, aunque imperfectamente, á la normal.

Hace cuatro ó cinco meses que volví á ver á la niña con motivo de una erisipela que invadió el miembro á consecuencia de un golpe que produjo una pequeña herida.

En esa ocasion supe que podia marchar sin muletas, y que su salud se conservaba inalterable.

Como se acaba de ver, cuando se publicó esta observacion anuncié con mucha timidez que me parecia que el hueso se habia regenerado y se habia formado una articulacion que suplía, aunque imperfectamente, á la articulacion normal; pues ateniéndome á los recuerdos de cuatro ó cinco meses atras no quise aventurar una proposicion que tal vez mas tarde hubiera sido desmentida por una observacion mas atenta; pero por fortuna el 11 de Marzo de este año tuve ocasion de ver á mi pequeña operada y pude cerciorarme de la realidad de mi opinion. Hice retratar á la niña, y tengo la honra de ofrecer á la Academia las dos fotografias que le representan en el estado que guardaba en esa fecha.

Que la operacion ha correspondido á la indicacion que se trata de llenar con una reseccion, es indudable: el movimiento de flexion hace llegar el muslo hasta la pared del vientre, la extension es completa; la adduccion y la abduccion llenan las necesidades habituales; la rotacion comunicada y aun voluntaria tienen la extension ordinaria; el miembro ántes de la operacion media siete centímetros ménos que el otro; duran-

te la operacion quité cuatro ó cinco centímetros (no tengo en este momento en mi poder la porcion de hueso quitado y por esta razon no puedo decir con entera exactitud si fueron cuatro ó cinco centímetros) de la diáfisis del fémur, por consiguiente el acortamiento debió ser de 11 á 12 centímetros. A pesar de esto, la longitud de los dos fémures, estando la niña de pié es muy poco perceptible; la marcha se hace aún con una muleta para que el miembro no se fatigue, pero le puede hacer sin apoyo ninguno, como pueden ustedes ver. La claudicacion que se nota proviene, más que del acortamiento real, del hábito que se contrae de hacer pasar los movimientos en la pélvis.

Creo que las circunstancias que acabo de enumerar bastan para demostrar que el miembro ha crecido en longitud y que existe una articulacion: lo primero seria imposible sin que la extremidad que corté se hubiera regenerado á expensas del periostio que intencionalmente conservé; pero si esa prueba no fuere convincente, tengo una directa; en el lugar en donde hice la segunda parte de mi incision, el tejido de cicatriz es bastante delgado para dejar sentir con toda claridad el hueso que está situado debajo; las presiones hechas por la parte anterior y posterior del miembro dan una sensacion idéntica á la del otro miembro en el cual no tenemos duda de que existe el esqueleto; y por último, si el hueso no se hubiera regenerado, los músculos pelvi-trocantérianos elevarian el extremo del fémur en el punto en que lo corté y acortarian excesivamente el miembro izquierdo. Respecto de la existencia de la articulacion, casi nada tengo que agregar á lo que dejo dicho sobre la clase y la extension de los movimientos que ejecuta; solamente haré observar que esa casi integridad de la articulacion la atribuyo en gran parte á la conservacion de la cápsula, á no haber interesado las inserciones musculares y á la regeneracion de la extremidad superior del fémur.

Esta es la conviccion que tengo respecto del resultado de la operacion; la someto, sin embargo, al exámen de mis ilustrados compañeros para decidirme ó no á seguir sosteniendo que he logrado obtener la regeneracion huesosa y la restauracion de una articulacion que se hubiera perdido casi seguramente si no se hubiese empleado en la reseccion el método sub-perióstico.

México, Junio 3 de 1874.

E. LICEAGA.