

## AMPUTACION DE LA PIERNA ARRIBA DEL LUGAR DE ELECCION

POR EL DR. ROSENDO AMOR E.

Chassaignac llamaba al lugar de elección, "lugar de exclusión."

Yo recojo esa frase que parece pronunciada en favor de nuestros pobres y casi de nuestro medio.

LOS traumatismos graves del pié y especialmente de la pierna, aquellos que desde el primer momento no permiten esperanza alguna de conservación, pueden terminar por cualesquiera de las operaciones mutilantes conocidas, como las diversas amputaciones de pierna, especialmente la del lugar de elección u otras como la amputación en el tercio inferior del muslo. Las estadísticas hospitalarias y particulares demuestran lo mucho que se hacen las dos mencionadas y confieso que me causa cierta extrañeza lo monótono de elecciones semejantes, pues casi nunca se verifican las amputaciones inferiores de pierna, entre las que figuran en lugar distinguido la supra-maleolar de Guyón; el procedimiento oblicuo de Marcelino Duval, el circular de Leovin, de Dupuytren; el elíptico, el de colgajo posterior único, de colgajo posterior mayor, de colgajos iguales, laterales de Rix, gran colgajo de Teale, etc. Lo propio diríamos de las amputaciones de la porción media, como los procedimientos de Hey, Teale, gran colgajo posterior y pequeño anterior y de las de lugar de elección Montes de Oca: dos colgajos iguales, lo mismo en el sentido antero-posterior que en el transversal; de colgajo posterior de Verduin o interno de Bell o Sedillot. Por otro lado, nada se ha dicho de las amputaciones arriba del lugar de elección que son técnicamente un capítulo nuevo de Cirugía conservadora y acerca de lo cual, después de una antiquísima memoria del Barón Larrey, casi olvidada ya, y de la amputación que yo tengo el ho-

nor de enseñar en mi cátedra desde hace muchos años que después describiré, no hay nada como lo acabo de indicar. Estas amputaciones importantísimas, por ser amputaciones en el límite, como las osteoplásticas de rodilla y hasta la desarticulación, o varias de las intermediarias entre dos secciones del miembro, como pié y pierna o pierna y muslo; las de Hancock por ejemplo (osteplásticas entre pié y pierna) Budens, Syme, Pirogoff, Pasquier, Le Fort, Tauffer, etc. o las en raqueta de Perrín, Chauvel, Farabeuf, etc tampoco se hacen con la frecuencia que debieran las amputaciones totales o desarticulaciones de pié, como la tibio-tarsiana de Daudens, Syme, Chelius, J. Riux, Soupert, Sedillot, A. Guerin, Brasdor, Sabatier, Gunther, Rossi, Blandin, Kluge, Jabort, Leroy, etc. ni las inferiores de pierna como subastragalina de Textor, Malgain, Volkmann, Simon, Nelaton, Verneuil, etc. *sino constantemente pierna en el lugar de elección y tercio INFERIOR de muslo* Ahora bien, ¿está justificado amputar los muslos en los casos en que aún no terminan de reaccionar los tejidos y no se sabe por lo mismo de cuales se puede disponer con seguridad?— naturalmente que no; pues nunca será indiferente sacrificar hasta el muslo, sino que todos los esfuerzos deben tender a procurarse los tejidos necesarios para confeccionar un muñón arriba del lugar de elección en los casos apurados y en último lugar, realizar cualquiera de las operaciones límites incluyendo, si es posible, la desarticulación de la rodilla o cualesquiera de las plásticas de esa región, como la de Gritti, Savanageff, etc. que aunque menos útiles que la operación que yo describiré arriba del lugar de elección, sin embargo, lo suficiente para impedir el uso de muletas, pues todos esos muñones permiten el uso de una orquilla común y corriente y por lo tanto, el uso completo de los miembros superiores. Este pequeño trabajo tiene por objeto esencial señalar una deficiencia quirúrgica en nuestro medio, ya que ha sido dable observar en muchos casos, que se puede disponer de los tejidos necesarios para construir un muñón modesto, pequeño, arriba del lugar de elección, aunque este se salga de todos los procedimientos conocidos hasta la fecha. Todas las operaciones mencionadas, sin excepción, exigen el uso de aparatos de prótesis, no obstante lo perfeccionados que se encuentran, muchos enfermos los abandonan o no pueden adquirirlos por su precio elevado y terminan usando las orquillas tan conocidas de nosotros o resignados al uso de muletas.

Es verdad que muchos de estos procedimientos son difíciles de ejecutar bien, pero no por esto está justificado el abandono de la mayor parte de ellos y menos autorizados al sacrificio de una parte aunque sea pequeña, de la pierna, como sucede en las operaciones límites que yo llamo entre la pierna y el muslo, que son de utilidad enorme. Nunca pues, en estas condiciones, es moral, aunque si pu-

diera ser más cómodo, hacer una amputación de muslo. En traumatología y en nuestro medio, (hablo de los pobres) las operaciones arriba del lugar de elección, suelen ser superiores al procedimiento de Montes de Oca, porque se confeccionan los muñones con pocas carnes y no quedan estorbosos; tanto más cuanto que para una amputación arriba del lugar de elección, no son precisos más cantidad de tejidos que para una desarticulación de rodilla y menos en ciertos casos en que puede utilizarse el artificio de cicatrizar el centro del muñón por gemación y cutización, con tal de que la rodilla quede siempre doblada y el sujeto a la vez con los brazos libres, marchando sobre su rodilla. ¡Cuántos individuos han pedido ser amputados en estas condiciones y sin embargo han sido mutilados excesivamente o cuando menos en el tercio inferior del muslo!

Voy a describir en primer lugar el gran procedimiento de Montes de Oca para que se vea cuán largo queda el muñón (más de media pierna) apropiado por lo mismo para llevar un magnífico aparato de prótesis y cuán malo pudiera ser por lo estorboso, para los pobres que no pueden comprarlo. En segundo lugar describiré el procedimiento que tengo costumbre de utilizar cuando hay escasez de tejidos y por último recordaré la antigua memoria de Larrey que practicó una amputación a dos dedos de la interlinea, con raqueta cuadrada de cola posterior. Probablemente dicho cirujano sintió en el campo de batalla la misma necesidad que nosotros hemos sentido en nuestro medio y con nuestros pobres, procurando la conservación a toda costa, de parte de la pierna aunque sea muy pequeña. Yo por mi parte, practico el procedimiento de Montes de Oca cuantas veces lo encuentro indicado y lo propio con la suprameleolar, amputaciones del tercio medio, desarticulaciones de la rodilla, esteoplásticas, etc.; y las amputaciones de muslos en sus verdaderas indicaciones pero hago siempre un esfuerzo por conservar aunque sea una porción de pierna, con el objeto de que el paciente marche sobre una orquilla y tenga expeditos sus brazos en el trabajo pues nunca olvido las frases de Ambrosio Paré, por una parte, a propósito de los muñones largos, quien decía: "Es muy penoso llevar tres piernas en lugar de dos, lo que obliga a muchos enfermos a pedir con urgencia la reamputación de su miembro", o bien la de Farabeuf, por otro, tratándose de la monotonía con que muchos Cirujanos eligen una o dos operaciones para cubrir todas sus necesidades quirúrgicas en traumatología diciendo: "que hay que aprender a cortar piernas en todos los lugares y en sus respectivas indicaciones, desde los maleolos hasta un poco abajo de la tuberosidad o sea el lugar de elección" y yo agregaría: "hasta arriba del lugar de elección y muy cerca de la superficie articular". El procedimiento de Montes de Oca consiste en marcar un punto a tres dedos abajo de la espina de la tibia a cuyo ni-

vel debe aserrarse el hueso; se hace pasar por éste punto una circunferencia de la cual se toma la cuarta parte para transportarla más abajo, trazando otra circunferencia en el lugar que señale esa cuarta parte. El colgajo externo debe ser más largo que el interno, de manera que sobre el eje del peroné se marca un punto un dedo abajo de la segunda línea; en el lado interno, sobre la línea cóndilo-maleolar, un punto exactamente sobre la segunda línea; en la parte posterior y un dedo arriba de la propia referencia y sobre la línea media de la pierna; un centímetro afuera y abajo de la cresta de la tibia, se comienza la raqueta que debe tocar los puntos mencionados. Hecha la sección de la piel y del tejido celular en un segundo tiempo, se talla el colgajo externo en tercer lugar, para lo cual se hace una *insición longitudinal que continúe la dirección de la cola de la raqueta* sobre la parte no utilizable de la pierna. Se van seccionando los músculos rosando la tibia en su cara externa, hasta llegar a la membrana inter-huesosa. Se introduce el pulgar en la herida y con los otros dedos afuera, se aseguran las carnes, se hace la sección oblicua hasta llegar al borde del gemelo externo; se hace en seguida la disección del colgajo desprendiendo las carnes del peroné, respetando los gemelos y llegando hasta la altura en que se deben seccionar los huesos. Se talla el colgajo interno, a la altura de la piel retraída, se hace la sección del periostio de la tibia y con la legra se levanta juntamente con la aponeurosis. Se forma primero el labio perióstico y luego se levanta metiendo la legra como entre la corteza y el árbol (Farabeuf). Se lleva el desprendimiento hasta la altura de la sección huesosa; se desnuda después el borde interno de la tibia; se talla el colgajo como el externo pegado a la tibia, después de un centímetro, se cambia de dirección para poder seguir el hueso, se aseguran las carnes con el pulgar y el índice, y más hacia abajo que del lado externo, se secciona a fondo, se disecciona el colgajo, se desnuda el peroné y la tibia, haciendo en una y otra una sección circular con el bisturi y luego levantando el periostio con la legra; la desnudación del peroneo debe ser más alta. Se secciona luego la membrana interhuesosa. 5° tiempo.—Se corta el hueso dirigiendo la sierra primero muy oblicuamente y después perpendicular a la tibia se concluye la sección. En seguida se asierra el peroné. 6° tiempo.—Suturas del periostio de la tibia y del peroné. Se sutura la aponeurosis anterior con la posterior; el largo peroneo con el soleo; el tibial anterior con el posterior y gemelos, etc., etc. El muñón queda aproximadamente de una longitud igual a las  $\frac{2}{3}$  partes de la pierna.

## AMPUTACIÓN DE LA PIERNA ARRIBA DEL LUGAR DE ELECCIÓN

ier. tiempo.—Se marca el punto en que se hará la sección de los huesos que puede hacerse hasta en la parte esponjosa de la extremidad tibial. 2º—Se trazan las incisiones, para lo cual, con un hilo, se toma la circunferencia de la pierna al nivel del punto que se ha señalado para seccionar los huesos. Se toma la cuarta parte de ella y esta medida nos servirá para fijar el tamaño de los colgajos. Sobre las líneas cóndilo-maleolares, se lleva esta medida hacia afuera, agregándole un centímetro; en la porción interna, la medida exacta y hacia atrás restándole un centímetro. De esta manera quedan fijos los puntos principales para trazar una raqueta mejorada. Queda entendido que estas medidas se llevan a partir de la circunferencia fijada de antemano como señal en que se hará la sección de los huesos. La raqueta se comienza un centímetro afuera y se puede prolongar la cola en casos extremos hasta la interlínea o más allá si es preciso y pasando por los puntos señalados. Los bordes convexos de ambos colgajos se reúnen atrás en una V muy abierta hacia abajo. Debe procurarse redondear apenas los colgajos, dejándoles un aspecto muy semejante a los colgajos cuadrados que resultan de las raquetas hechas a la Larrey; a esto le llamo yo propiamente la raqueta mejorada. 3º—Corte de las partes blandas. Se hace el corte de la piel y del tejido celular como en cualesquiera otro procedimiento. En todo el recorrido se disecciona como un centímetro excepto en la porción interna en que se desprende la piel hasta el lugar de sección huesosa o más arriba, cuidando de no conservar el periostio. Se divide la aponeurosis de envoltura a lo largo de la cresta tibial, desprendiendo después el tibial anterior de la cara externa del hueso hasta llegar al ligamento inter-huesoso respetándolo, para lo cual se tomarán con el pulgar e índice los músculos tibial anterior, extensor común de los dedos y largo peroneo lateral; se dividen al nivel de la piel dándole al cuchillo inclinación hacia arriba para tajar las carnes en bisel grueso; esta sección se detendrá hasta el borde del gemelo externo; en estas condiciones queda el colgajo externo formado por los músculos ya mencionados. Con todo cuidado lo desprendemos de la membrana inter-osea, evitando lesionar no sólo la arteria tibial, sino el tronco tibio peroneal; en el caso de que el anillo por donde sale la tibia sea muy grande, lo que traería fatales consecuencias para todas las carnes, de manera que esta disección quirúrgica debe ser hecha a la vista de los vasos, lo mismo arteriales que venosos y nervio. En seguida con el cuchillo mediano se talla el colgajo interno, que es mejor posterior, formado por los gemelos, sarto tibial posterior, plantar delgado, etc., haciendo el corte de las carnes de igual ma-

nera que en el caso anterior, es decir, en bisel y terminando con la maniobra de la sección en ocho de cifra para el corte de los músculos colocados atrás de la membrana interhuesosa, que se agregan al colgajo posterior, para lo cual se hacen insiciones paralelas a los bordes de ambos huesos, para desenclavar completamente estas carnes y dejarlas adheridas a la masa posterior, quedando en definitiva un gran colgajo posterior y uno pequeño antero-externo. La disección de estos colgajos se lleva lo más alto que se pueda teniendo en cuenta que el peroné se tiene que seccionar un poco más arriba que la tibia y desarticular según el caso. 4º—Sección de los huesos. Se ratifica el punto marcado de antemano como límite de sección de los huesos. Por medio de una compresa o sin ella según que haya sido amplia o limitada la disección de los colgajos se quitará una cuña como es común en todas las amputaciones a expensas de la cara antero-interna de la tibia, según las indicaciones de Sansón; 2º se cortará el peroné oblicuamente hacia arriba y afuera o se desarticulará según las circunstancias. Se ligan los vasos, se resecan los nervios y fragmentos musculares inútiles y por último, se hacen las suturas lo mismo musculares que superficiales, canalizando o no según las circunstancias.

Las principales diferencias entre estos dos procedimientos, radican esencialmente: 1º—en que el corte de los huesos se hace siempre arriba del lugar de elección, pudiendo aserrarse hasta dos dedos abajo de la interlínea; 2º—los colgajos son más pequeños; 3º—Que por resultar un muñón corto y hasta muy corto está indicado en los traumatismos más altos, con los límites ya fijados. 4º—Es una operación límite entre pierna y muslo y por lo mismo tiene la importancia de éstas. 5º—Tiene ventajas sobre todos los procedimientos de amputación conocidos en los enfermos pobres que no pueden llevar un aparato de prótesis.

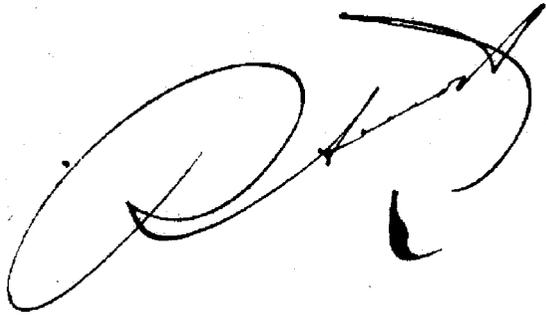
#### RAQUETA DE LARREY

Larrey practicó su operación por las necesidades que experimentó durante las campañas del Primer Imperio; la practicó a dos dedos abajo de la interlínea y no temía en esa época desintertar el peroné en lugar de aserrarlo. En esa época se cortaban las piernas o el muslo en los lugares de elección y no se conocía ninguna operación de tipo intermediario y era para evitar la amputación de muslo que reputaba como muy grave, por lo que Larrey amputaba en la cercanía de la articulación y dejaba al amputado un muñón más útil que con la amputación de muslo. El hacía su raqueta clásica, de cola posterior sobre la masa muscular de los gemelos y a la vez hendía la piel al nivel de la cresta tibial para evitar se ulcerase; por la cola de la raqueta, canalizaba. Los músculos eran seccionados

transversalmente a unos cuantos centímetros abajo del lugar del aserramiento; con frecuencia le quedaban dos colgajos, en lugar de la raqueta que todos conocemos y que lleva su nombre.

He querido traer a la consideración de Uds. un procedimiento no generalizado aún, sencillo y modesto, pero demasiado útil en nuestro medio.

México, 21 de julio de 1921.

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.