

Contestación al Trabajo del Ingreso de Dr. Adalid y Castillo

POR EL DR. IGNACIO PRIETO

La Presidencia de nuestra Academia ha tenido a bien, apoyándose en artículos expresos de nuestro reglamento, dar al que suscribe la comisión de contestar a la memoria de ingreso que presenta el Sr. Dr. Jesús Adalid y Castillo, y antes de entrar de lleno en la cuestión, me permito expresar la satisfacción que me ha causado la lectura y el análisis del trabajo que, a mi juicio, es el fruto de las labores sostenidas de tiempo atrás y de la observación atinada del autor.

En efecto, el doctor Adalid se ha dedicado desde los comienzos de su recepción a la enseñanza y a la práctica de la cirugía; profesor de Patología quirúrgica en la Escuela Médico-militar y de la misma asignatura en la Nacional de Medicina; ha desempeñado la cátedra de Clínica quirúrgica en nuestra Facultad y ha sido repetidor de operaciones a más de los puestos señalados, siendo actualmente el director de las prácticas operatorias entre los alumnos de nuestra querida escuela.

Esta carrera de profesorado que ejerce desde hace varios años, ha influido en su dicción que es, como la de todos los anatómicos, sobria y condensada, parca en palabras, reducida en expresiones, no va más allá de lo estrictamente necesario para exponer sus ideas y esto, naturalmente, lo hace compendioso y mesurado en su exposición sin que por esto deje de ser claro y detallado, lo que constituye una cualidad de la memoria que examinamos, la cual a pesar de la amplitud del tema que se propone, no da a su trabajo sino una extensión limitada, en consonancia con su educación anatómica.

En la actualidad, todos los hechos que observamos, no sólo en el campo de la investigación científica, y que son generados por la experiencia o bien nacidos de antecedentes sentados, y que se desprenden como conclusión ineludible de premisas anteriores, deben tener su aplicación inmediata para hacerlos viables; del mismo modo los recogidos en la práctica deben servir para aplicarse y su aplicación será utilizada con objeto de enseñarnos, de marcar una conducta que nos guíe y nos sirva en lo de adelante.



Un conocimiento o un principio que se anuncia sin conocer el alcance de su acción, sin determinar los límites en los cuales está contenido, no puede ser reconocido como de actualidad, debido al afán con el cual queremos aplicar todo lo que encontramos. Con todo el respeto que nos merece el señor doctor Adalid, decimos con franqueza que esta es la primera impresión que nos produce su trabajo y no porque carezca de importancia práctica sino porque se define en él, el radio de acción que le sea propio. Efectivamente el trabajo nos enseña un buen camino para llevar a cabo la resección del codo, nos facilita la manera de hacerlo, tiene de original que descubre rápidamente el campo de la operación; pero hoy sabemos que las resecciones son un problema ya resuelto y que tienen determinado su plan de ejecución de tal manera que podemos decir de antemano lo que tenemos que hacer y hasta donde debemos hacerlo, según las circunstancias del enfermo y acomodándonos a su edad y a su temperamento. No operamos lo mismo a una persona de edad avanzada que a un niño, no tratamos de la misma manera a los artríticos, a los gotosos, a los reumáticos crónicos en los cuales la producción de osteofitos amenazan el resultado final. Esta falta de reflexiones de práctica diaria, que no figuran en la memoria que examinamos, hace que, a pesar de su importancia, pueda ser considerada como trabajo de anfiteatro, debiendo ser un trabajo esencialmente clínico.

La resección, hoy como en los tiempos de Ollier, siempre que se trate de anquilosis del codo, no es una operación inmediata, de necesidad vital, en la cual se necesite ir de prisa para obtener lo que sea posible. El tratamiento de la anquilosis es una operación ortopédica de primer orden, se trata frecuentemente de una operación de lujo y podemos por un cálculo previo basado en una serie de términos, obtener un resultado exactamente previsto en la inmensa mayoría de los casos. Es necesario determinar el tipo de neartrosis que convenga mejor en un caso dado; así en un obrero que necesita un gasto considerable de fuerza, nos empeñaremos en provocar un codo sólido. En otro enfermo en el cual son los movimientos, más que otra cosa lo que necesita para cumplir con las atenciones que desempeña y tiene necesidad de destreza y de blandura articular, una coyuntura móvil deberá ser el resultado ortopédico buscado.

Por otra parte las condiciones que deciden de la cualidad de la nueva articulación son múltiples. En primer lugar la edad, el periostio del niño en plena actividad de osteogénesis es capaz de producir neoformaciones huesosas tan abundantes que son lo más a propósito para engendrar una nueva anquilosis. Un viejo, al contrario, en quien la actividad perióstica está casi extinguida, la pseudo-artrosis pendulante será el probable resultado de la intervención por poco amplio que sea el sacrificio huesoso; pero todo cambia si este periostio estacionario por la edad, es el sitio de trabajo in-

inflamatorio; estará en condiciones de dar una reproducción huesosa que puede no quedar en los límites deseados. Todos estos problemas necesita el operador discutir antes de una intervención para calcular las dimensiones de las partes que debe sacrificar, acomodándose a las condiciones de su enfermo teniendo en cuenta su edad y sus ocupaciones.

No es esto todo, los estados diatésicos deben ser tomados en consideración; los artríticos, los reumáticos dan producciones huesosas, osteofitos exuberantes que nulifican el resultado final.

La cantidad, la forma, el sitio de las osificaciones intra o periarticulares constituyen elementos importantes de intervención operatoria. En muchos casos la fractura para articular del codo produce múltiples callosidades que comprometen las funciones de la articulación y tenemos que recurrir a la resección completa para restituir los movimientos comprometidos.

Apoiados en las observaciones y en los resultados obtenidos y que han acumulado los datos recogidos, podemos hoy sentar las reglas a las cuales nos debemos sujetar en la práctica de las resecciones del codo. Cuando se busca gran movilidad, es necesario quitar cinco o seis centímetros de hueso, hacer además la disección circular del periostio, hecho que suprime la osteogénesis en este sitio y prepara el interlíneo de la nueva articulación.

Cuando nos proponemos obtener una neartrosis sólida, debemos conservar toda la membrana cápsulo perióstica, se respetará todas las ligas fibrosas y el corte del hueso será lo más limitado posible. Estas reglas operatorias generales experimentarán variantes que obedezcan a la actividad del periostio y a los resultados ortopédicos que se persigan.

Por lo expuesto se ve que es indispensable en la actualidad, no sólo sentar la necesidad de resecar sino también determinar las condiciones especiales de cada caso, con la mira de fijar la amplitud de los movimientos buscados, teniendo en cuenta la edad, la profesión y el temperamento de cada individuo. Sólo así sentaremos el problema. Apenas tenemos necesidad de apuntar que lo que llevamos dicho se refiere solamente a intervenciones de corrección o de complecencia y que de ningún modo se relaciona a las articulaciones que son el sitio de infecciones tuberculosas o actinomicóicas en las cuales la sinovial articular supura abundantemente, cuyas partes blandas están fistulosas y cambiadas totalmente en su estructura anatómica y sus relaciones. Aquí se procede a la resección, pero es atípica, obedece a la necesidad de suprimir los focos de infección, de sanear la región infectada, de procurar una cicatriz que ahogue los gérmenes patógenos. Todo cálculo y toda previsión desaparece y no queda sino la indicación urgente de extirpar al enemigo y reparar, en lo posible, los destrozos causados.

Sentadas someramente las indicaciones de la resección del codo y de

las consideraciones a las cuales debe sujetarse, debemos discutir ahora el procedimiento, es decir, el artificio mecánico que nos conduzca a modificar las relaciones articulares con la intención de conseguir remediar la supresión de los movimientos y tratar de restituir a la articulación las funciones perdidas.

Los anatómicos dividen la región del codo en planos distintos, de los cuales el anterior responde a los vasos y nervios contenidos hacia adelante, el posterior corresponde a los huesos y el medio a la articulación. Esta división nos enseña que para tratar padecimientos de los huesos y articulaciones debemos recurrir a la región posterior y en efecto todos los procedimientos que atacan la unión huesosa lo hacen por la vía posterior y sólo cambia el trazo de la incisión que para unos es mediana o paramediana, supraolecraniana, podríamos decir, y para otros es lateral o paralela al olécrano aprovechando las canaladuras olecranianas. Las incisiones curvas de Kocher o en bayoneta de Ollier son inferiores a éstas porque comprometen las expansiones tendinosas del tríceps y porque no tenemos seguridad en las cicatrices transversales que tienen que desarrollarse en la profundidad. Son por consiguiente, las incisiones longitudinales las preferidas y de éstas la mediana a lo Park, es superior a la paramediana de Langenbek porque respeta los órganos importantes de la región y no compromete las expansiones tendinosas del músculo extensor que debemos respetar con objeto de conservar las funciones de la nueva articulación. La incisión lateral que aprovecha la canaladura olecraniana expone al traumatismo de órganos que debemos respetar. Con justa razón el autor de la memoria se decide y aconseja la incisión mediana que permite trabajar libremente en ambos lados tanto de la epitroclea como del epicóndilo. Esta incisión fué ideada por Park, usada por Dupuytren y Maisonneuve y en manos de Farabeuf ha quedado clásica por ser la más cómoda y la mejor adoptada para practicar una intervención rápida y segura. Actualmente ya no son recomendables las incisiones curvas o en ache, y aún la de Ollier ha quedado desusada en virtud, como decíamos hace un momento, de que no tenemos la seguridad de la cicatrización transversal sólida de las partes profundas y principalmente que se corre el riesgo de comprometer la continuidad de órganos importantes como los nervios y las expansiones tendinosas.

Pasado este primer tiempo de la intervención los autores se dedican a descorticar el olécrano y desprenderlo de sus ligas con las partes que lo rodean; este tiempo es innecesario como lo demuestra el señor doctor Adalid y en esto consiste precisamente la modificación feliz que ha introducido en la técnica de la operación. El autor divide el olécrano por la mitad como si prolongara la incisión cutánea hasta la articulación y, a diferencia de los autores extranjeros, de un solo trazo penetra hasta la articulación, to

que produce rapidez, seguridad y elegancia, ahorrando tiempo y proporcionando ventajas inapreciables y desconocidas antes, aún por los mejores operadores. No paran aquí las modificaciones provechosas que el doctor Adalid ha ideado sino que, después de haber economizado tiempo y facilidad para explorar la unión de los huesos, procede a dividir con cincel la base del olécrano haciendo dos mitades que alojadas a los lados de la herida forman dos colgajos cutáneo-huesosos fáciles de separar y que permiten trabajar sobre el húmero. Ciertamente es que la división del olécrano por su base ya había sido practicada sistemáticamente y aún con el ánimo de reimplantarlo si las circunstancias lo permitían, esta maniobra daba acceso fácil y dejaba explorar y practicar la resección; pero sentar la movilización del olécrano como tiempo necesario de la operación y hacerlo en las condiciones en las cuales lo hace el autor de modo que se tenga una vía fácil y segura y permita trabajar con pleno desahogo, es lo genial de nuestro compañero y es lo que da carácter personal a su procedimiento. En lugar de descorticar el olécrano a la Farabeuf, tiempo más o menos largo y que respeta un hueso que se ha de sacrificar a la postre, lo divide prolongando la incisión cutánea hasta encontrar la articulación, lo reseca en su base y aísla los dos colgajos cutáneo-huesosos para dedicarse a tratar el húmero y las superficies articulares, respetando los ligamentos y las partes blandas así como las inserciones musculares, precepto fundamental en toda buena resección. Y en efecto, los límites de la abrasión huesosa están indicados por las inserciones de los músculos flexores, bíceps y braquial anterior que deben respetarse a toda costa; la conservación de los ligamentos laterales que se respetan en el procedimiento ideado por el autor de la memoria, da seguridad a la nueva articulación y contribuye a la solidez que debe procurarse siempre; las expansiones aponeuróticas del tríceps, sobre todo la externa, cuya utilidad es inapreciable, no se compromete y respecto al cubital puede ser visto y respetado; de modo que, examinando el conjunto de las razones expuestas, podemos decir que el procedimiento ideado por el doctor Adalid es de recomendarse, siempre que esté indicada la resección del codo.