

Un Caso de Cirugía Conservadora.

(2ª Comunicación)

POR EL DR. JULIAN VILLARREAL

Esquemmatizando el tratamiento practicado a la enferma de la que ofrecí informar, diré: que se conservó la parte posterior del calcáneo cubierto por abajo de la porción talonaria de la planta y sostenido por el tendón de Aquiles, éste también revestido de piel sana; el talón quedó colgando y grandemente separado de la muesca tibio-tarsiana; el tercio inferior de la tibia y el peroné desnudos de piel y músculos en su parte anterior y lateral; el peroné fracturado al mismo nivel. La infección que sufrió la enferma hasta hace diez días, dejó de manifestarse con elevación de temperatura; las yemas carnosas presentaban buen aspecto, pero había sin embargo sobre el cartilago de la muesca y sobre el corte del calcáneo, secreción blanquecina concreta pseudo-membranosa, el practicante Uribe había hecho las curaciones con asiduidad y determiné continuar la operación bosquejada, tan luego como la temperatura de la enferma no subió a 37° durante varios días y que su estado general era satisfactorio; he aquí el tratamiento que practiqué con objeto de aproximar el fragmento del calcáneo a la tibia y dar principio a la autoplastia que había de cubrir la parte aun desprovista de tegumentos de la extremidad inferior de la pierna según la historia que el practicante Uribe tomó de la ordenata correspondiente.

OPERACION.—Se hizo la antisepsia de la región con yodo, alcohol y permanganato de K; con una gasa estéril se frotó la superficie granulosa con objeto de quitar las yemas carnosas superficiales y lograr una mejor desinfección. Se volvió a desinfectar con tintura de yodo y alcohol. En seguida, por medio de una escofina, se limó la superficie articular tibiotarsiana y la parte a descubierto de la tibia, y del calcáneo. Se levantó entonces el colgajo calcáneo poniendo a éste en contacto con la extremidad tibial y manteniéndoles en contacto íntimo por medio de un

doble punto en **U**, del cual, una de sus asas, se pasó por un orificio hecho con un punzón de la cara interna de la tibia, a la externa, y la otra asa, tomó músculo y piel del talón anudándose sobre un tubo de caucho. Después, por medio de puntos separados, y en la cara interna de la pierna, se aproximaron los bordes irregulares de la desgarradura de la piel, logrando cubrirse en parte la superficie cruenta de esa cara. Por la cara externa, la pérdida de piel y tejido celular siendo mayor, se hizo la autoplastia por deslizamiento de la piel y parte del tejido celular haciendo dos incisiones longitudinales, aproximadamente de 18 cms. cada una, separados entre sí unos 8 cms., con lo cual, después de haberla estimado y suturado sus respectivos bordes, se logró cubrir una superficie de unos 25 cms. cuadrados. Para mayor fijeza, con otro doble punto en **U**, se tomó por una de sus asas, el borde libre de la piel deslizada y por la otra, músculos y piel del talón, anudándolos sobre un tubo de caucho. Quedando todavía una amplia superficie sin piel, aproximadamente de unos ciento cincuenta cms. cuadrados. Se cubrió la región con gasa yodoformada y sobre ella un vendaje estéril; se hizo tracción de la piel desde la rodilla hasta el tercio inferior de la pierna y se puso el apósito con algodón, compresa y venda. Se colocó, por último, una férula de aluminio en la cara posterior de la pierna, dando vuelta al talón para sostenerlo.

Operó.—Dr. Dn. Julián Villarreal.

Ayudó.—E. Uribe Guerola.

Anestesia.—Cloroformo.—D. Flores y Srta. B. Heuer.

Al terminarse la operación, se aplicó a la enferma una inyección de dos centímetros cúbicos de aceite alcanforado al 20%. En la tarde se le puso un centígramo de clorhidrato de morfina y 500 c.c. de suero fisiológico. La noche de la operación, la enferma presentó 37.8° de temperatura y 112 pulsaciones por minuto.

Hace tres días fué operada la paciente y no se ha presentado infección alguna; diariamente se le cambia curación y este segundo tiempo del tratamiento plástico si se logra, nos permitirá acercarnos al injerto cutáneo.

La idea de las operaciones conservadoras por lesiones del pie usando de procedimientos osteoplásticos, la vengo persiguiendo desde fines del siglo pasado: en 1894, meses después de mi examen profesional, practiqué en un paraplégico con úlcera perforante plantar y artritis puru-

lenta medio-tarsiana, una operación osteoplástica tibio-calcaneana con anestesia local, que fué la primera operación de esta naturaleza practicada en México. El procedimiento seguido fué semejante al de Pasquier-Le Fort, con la diferencia de que la sección horizontal del calcáneo fué muy alta y solo quitó una porción insignificante de su cara superior, conservándolo en casi la totalidad y solo avivando, por decirlo así, su superficie superior para unirlo con la muesca tibio-tarsiana de la que se quitó el cartilago de revestimiento, fijando el calcáneo en la tibia con una clavija de hueso de buey, introducida a través de la planta con el martillo y logrando que no hubiera acortamiento sensible en el miembro operado. (Memorias del II Congreso Médico Mexicano reunido en S. Luis Potosí, Noviembre de 1894). La pieza patológica está en el Museo de Anatomía de la Escuela de Medicina.

De aquella remota época a la presente, muchas veces he tenido que intervenir por lesiones traumáticas de la parte anterior del pie, principalmente en los últimos tiempos en que los medios modernos de transporte, la aglomeración humana de las calles de la metrópoli, las dificultades del tránsito, la precipitación y descuido de los conductores de vehículos, la distracción de los transeúntes, hacen que los accidentes que hoy se llaman del tráfico sean numerosos; las víctimas de los atropellos quedan grandemente estropeadas y hay necesidad de hacer un esfuerzo para que la desgracia sufrida se limite al lugar donde se verificó el traumatismo.

Presento hoy, próxima a salir del Hospital de la Cruz Roja, una enferma que hace dos años le amputaron en un Hospital la pierna izquierda y hace mes y medio un camión de carga de ruedas macizas, le pasó por el pie derecho machacándole los huesos del tarso anterior, metatarso y dedos, llevándole la piel del dorso del pie desde la cabeza del astrágalo y destrozándole los músculos plantares y la planta del pie. Las curaciones antisépticas según la técnica descrita, evitaron la infección, pero no así la gangrena por atrición de los órganos plantares marcándose bien pronto un surco de separación al nivel de la parte media de los cuneiformes y extremidad posterior del quinto metatarsiano. Bajo anestesia general con cloroformo, se separaron los tejidos, los metatarsianos y dedos gangrenados, con tijeras y escabelo, desinfectándose la porción restante donde se hizo la desarticulación; las curaciones fueron diarias hasta que la infección desapareció y las granulaciones que cubrían los huesos tuvieron aspecto sano. En estas condiciones se quitó el excedente

de huesos, que impedían el acercamiento de la piel dorsal y plantar, escafoides con restos de cuneiformes y la mitad del cuboides. Con dos puntos de sutura con hilo grueso se aproximaron los tejidos plantares con los dorsales, se colocaron tubos en los ángulos interno y externo del muñón, y con una tira de leucoplasto de 4 centímetros de ancho y 70 de longitud, pegada desde la parte media y posterior de la pierna sobre el tendón de Aquiles el colgajo y piel del talón, se forzó el muñón en la extensión extrema, adheriéndose el resto de la tira adhesiva sobre la región anterior de la pierna. La curación se verificó sin accidentes como si se hubiera hecho una operación típica y pudo conservarse un muñón estético con movimientos en la articulación tibio-tarsiana sin retracción del tendón de Aquiles.

En otras enfermas que datan de dos y tres años, y que llevan igualmente muñones útiles, la escasez de los tejidos ha sido grande y la unión del fragmento del calcáneo se ha obtenido clavándolo con un clavo a la extremidad inferior de la tibia, clavo que posteriormente se ha retirado cuando la unión de los huesos era perfecta.

DR. JULIAN VILLARREAL.