

- 10.—Badal.—De l'élongation du nerf nasal externe contre les douleurs ciliaires. *Ann. d'Oculist.*, 241, 88, nov-déc. 1882.
- 11.—Wibo.—Le syndrome du nerf nasal. *Bull. Soc. belge d'Ophthalmol.*, No. 62, 12, 1931, in *Zentralbl. f. H.N. Ohrenheilk.*, 18. 223, 1932.
- 12.—Mangabeira-Albernaz Paulo.—Sur le syndrome de Charlin, *Archives d'Ophthalmologie*, Mai 1939. Pág. 25.

## Neoartrosis femoro-iliaca \*

Por el Dr. JOSE ANGEL PESCHARD.

En diciembre de 1940 se presentó en el Hospital Civil, J. H., para curarse de una infección que presentaba en el muslo izquierdo originada por una herida antigua. Había sido lesionado tres años antes por un proyectil de pistola calibre 45, que le penetró en la región glútea izquierda (fig. 1), y le fracturó la extremidad superior del fémur. El proyectil no salió, y le hicieron una primera operación para extraérselo, no pudiendo lograrlo y sólo pudieron extirpar los fragmentos de cuello y de cabeza del fémur que quedaron reducidos a pedazos pequeños, según lo mostraron los médicos al enfermo. Como la herida se infectó, se vieron precisados a practicar tres intervenciones más en el curso de un año, que permaneció el paciente en la cama. En todas ellas hubo extracción de esquirlas, desbridación de trayectos supurados, algunos de los cuales llegaron hasta el tercio inferior del muslo (fig. 1), y una búsqueda infructuosa del proyectil que no pudo ser alcanzado a pesar de buscarlo con rayos X.

Al cabo de catorce meses pudo comenzar a levantarse, ya con las heridas casi cicatrizadas, y principió a caminar con muletas, siendo bastante dolorosa la marcha en las primeras semanas. Le quedó sin embargo, un trayecto fistuloso que supuraba la mayor parte del tiempo, por la cicatriz de la cara anterior (fig. 2); y con frecuencia, en los dos años siguientes tuvo brotes inflamatorios más intensos, que lo hacían guardar cama. Sin embargo, el último año ya pudo caminar con mayor facilidad y volvió a su ocupación habitual, que es la agricultura.

\* Leído en la sesión del 18 de junio de 1941.

En el mes de noviembre de 1940 tuvo un brote inflamatorio mucho más intenso, con fiebre elevada que se terminó por la formación de un absceso en la cara anterior del muslo. Con ese motivo se trasladó a esta población (Durango), internándose en este establecimiento.



Fig. 1.

Al examinarlo se encontró el muslo bastante inflamado, dando salida a una supuración abundante por un orificio situado en la cicatriz de la cara antero-interna, presentando además otras cuatro cicatrices, como puede apreciarse por las fotografías adjuntas.

Se le tomaron entonces dos radiografías, antero-posterior y lateral respectivamente, tanto para localizar el proyectil, como para tener una idea del estado de los huesos de la región.

Se pudo apreciar entonces, que habían sido destruidos la cabeza y el cuello del fémur, sin quedar restos; que el borde inferior de la cavidad cotiloidea había sido lesionado, encontrándose dicha cavidad desocupada; el fémur desalojado hacia arriba, apoyado sobre la fosa ilíaca externa. Se advierte todavía la existen-



Fig. 2.

cia de algunas esquirlas, y la articulación coxo-femoral substituída por una nueva, constituída por el extremo superior del fémur y el hueso ilíaco, apreciándose claramente una reacción perióstica y neoformación ósea al nivel de las superficies en contacto. Por último, el proyectil aparece en la proximidad de la rama isquio-pubiana, cerca de la cavidad cotiloidea.

Hecho el estudio pre-operatorio de rigor se procedió bajo ra-

quianestesia a la intervención, que tuvo por objeto extraer la bala, la cual se hallaba en el espesor de los tendones de los aductores, casi incrustada en la rama isquiopubiana; en seguida se amplió y se desbridó el orificio anterior supurante, lo cual condujo hasta el hueso, y se extrajeron las esquirlas restantes. Se suturó la primera incisión completamente, y en la segunda se dejó una peque-



Fig. 3.

ña canalización, habiendo procurado en todos los momentos, no acercarse mucho al lugar de unión de ambos huesos.

La evolución posterior fué enteramente favorable, cicatrizando de primera intención la incisión por donde fué extraído el proyectil; la otra tardó en cicatrizar unos quince días, habiendo comenzado desde luego a caminar con ayuda de un bastón y pudo

abandonar el Hospital a las tres semanas de haber sido operado.

Antes de dársele de alta, se le practicaron otras radiografías, las cuales tuvieron por objeto comprobar y valorizar el movimiento en la articulación de nueva formación. Se tomaron en sentido transversal, procurando en una, producir la flexión del muslo sobre la pelvis, y en la otra, la extensión. De esta manera se comprueba que sí hay movimiento, y que en ese tiempo era de unos  $45^{\circ}$ .

Se le permitió entonces abandonar el Hospital, recomendándole que volviera a los tres meses para comprobar los resultados, encontrándose que en este tiempo no ha vuelto a tener molestias, y parece probable que no las vuelva a tener. No ha vuelto a abrirse ninguna cicatriz, y la de la incisión por donde se extrajo el proyectil, es poco aparente (fig. No. 3). Ha vuelto a su trabajo con más fuerza y con mayor agilidad, puede hacer las faenas más rudas, como cargar bultos pesados, y corre con facilidad, como se puede apreciar por el trozo de película cinematográfica adjunta. Un nuevo examen radioscópico da un valor de  $60^{\circ}$  entre las posiciones límites de flexión y de extensión del muslo. Ha aumentado cinco kilos de peso, se siente optimista, y cree ya no volverá a molestarle esa herida.

Este caso me parece digno de referir, porque al haberse perdido la articulación normal por la destrucción de uno de sus elementos, la cabeza femoral, y el desalojamiento de la cotiloidea, vino un proceso de adaptación natural a constituir una nueva articulación. Se formaron adherencias, indudablemente de naturaleza fibrosa, tan fuertes que sería tan difícil separar ambos huesos como en una articulación normal, y permiten a la vez movimientos de una amplitud bastante aceptable. Hay desde luego movimientos en la columna lumbar, que suplen con su amplitud la que le falta a los de la neoartrosis que nos ocupa; y por último, el proceso de adaptación ha determinado una proliferación ósea en los puntos de contacto de ambos huesos para darle mayor solidez a la articulación.

Ahora bien, el resultado final de este caso me parece bastante satisfactorio comparándolo con los de otros padecimientos quirúrgicos de la referida articulación. En las fracturas del cuello en personas de edad avanzada, a veces es preciso, como en un caso

que tuvimos recientemente, extirpar la cabeza y adaptar la extremidad del fémur en la cotiloides; pero con resultados muy mediocres. Desde luego el enfermo salvó la vida y puede caminar; pero con ayuda de muletas únicamente, siendo la marcha dolorosa.

He podido también observar una anquilosis tratada en una clínica de fama, por medio de una artoplastia, y tampoco son comparables las condiciones de ese enfermo con las del caso que nos viene ocupando, pues son muy limitados los movimientos de la articulación, algo molestos, y no es posible la carrera, ni aun la marcha rápida.

### **Posibilidad de observar con el oftalmoscopio las microfilarias del vítreo en los pacientes afectados de oncocercosis \***

Por el Dr. A. TORRES ESTRADA.

Es frecuente que los pacientes afectados de oncocercosis acusen como síntoma subjetivo la visión de pequeños cuerpos móviles dotados de una gran movilidad propia y con un aspecto vermiforme, por lo cual no vacilan en decir que ven sus parásitos cuando saben que están afectados de esta terrible enfermedad. En la actualidad la ciencia ha confirmado que estos cuerpos móviles corresponden a microfilarias, y tal vez a filarias de pocas dimensiones, que se hacen visibles cuando se acercan a la superficie de la retina, en las cercanías de la mácula.

El año de 1925, haciendo un largo viaje desde las zonas oncocercosas de Guatemala, vino al Hospital Oftalmológico de Ntra. Sra. de la Luz uno de estos pacientes que acusaba este síntoma, y describía con precisión de finos detalles la forma, tamaño y posición de uno de estos cuerpos móviles. Dicho paciente fué estudiado por el Sr. Dr. Rafael Silva, quien pudo observar el cuerpo móvil, identificándolo con un parásito aproximadamente de tres diámetros papilares, sumamente móvil, con gran refringencia, con reflejos dorados, y que tomaba a la luz aneritra una coloración plateada. Hizo la observación simplemente iluminando el fondo del ojo con espejo plano, de la misma manera que se hace para

\* Nota presentada en la sesión del 4 de febrero de 1941.