

risma y de la perturbación de la irrigación sanguínea que origina sobre el miembro correspondiente. Este es el caso en la observación núm. 2. Cuando el diagnóstico de naturaleza y localización se establece con exactitud, la operación quirúrgica, con el mínimo riesgo, conduce a tan rápida curación que dejar de ejecutarla por la severidad del pronóstico vital en estos enfermos, sería imperdonable. El caso número 3 vió desaparecer todas sus molestias con la ligadura simple de la femoral profunda; evidentemente persiste su problema médico, pero ha podido reanudar su vida habitual y se encuentra en igual estado que antes de su accidente vascular. La cirugía le ha prestado con toda seguridad un gran servicio.

## RESUMEN

Los aneurismas micóticos de las arterias periféricas pueden ser aneurismas por distensión (aneurismas verdaderos) o aneurismas por rotura (hematomas pulsátiles).

Los aneurismas por rotura, por la intensidad del dolor, por su crecimiento progresivo o por el conflicto circulatorio que crean a la extremidad, requieren con frecuencia un tratamiento quirúrgico.

El hematoma consecutivo a la ruptura arterial evoluciona como no infectado a pesar del origen séptico de la perforación.

Como consecuencia la intervención consistirá simplemente en incomunicar el hematoma con la luz arterial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cit. por STRIMMEL y WOLPERTH. — Arch. Int. Med., 31, 527, 1923.
2. MÉRCKLEN y WOLF. — Presse Méd., 7, 97, 1928.
3. LIAN, MOULONGUET y BROCARD. — Presse Méd., 97, 1.732, 1937.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die mykotischen Aneurysmen der peripheren Arterien können wirkliche, d. h.

Dehnungsaneurysmen sein oder aber infolge Bruches der Gefäßwand (pulsierendes Hämatom) entstehen.

Die Durchbruchsaneurysmen müssen häufig infolge des intensiven Schmerzes des fortschreitenden Wachstums oder der in der Extremität entstehenden Kreislaufstörung chirurgisch angegangen werden.

Das im Anschluss an eine Arterienperforation entstandene Hämatom infiziert sich trotz des septischen Ursprunges der Perforation nicht.

Der chirurgische Eingriff besteht darin, dass man die Verbindung zwischen dem Hämatom und der Arterie unterbricht.

## RÉSUMÉ

Les anéurysmes micotiques des artères périphériques peuvent être des anéurysmes par distension (anéurysmes véritables) ou des anéurysmes produits par une rupture (hématomes pulsátiles).

Les anéurysmes de rupture, par l'intensité de la douleur, par leur accroissement progressif ou par le conflit circulaire qu'ils créent à l'extrémité, exigent avec fréquence un traitement chirurgical.

L'hématome consécutif à la rupture artérielle évolue comme non-infecté, malgré l'origine septique de la perforation.

Comme conséquence, l'intervention consistera seulement dans une incommunication de l'hématome avec la lumière artérielle.

## NOTAS CLÍNICAS

## DIAFISECTOMÍA POR OSTEOMIELITIS AGUDA DE TIBIA — FALTA DE REGENERACIÓN ÓSEA — OPERACIÓN DE HAHN

L. SIERRA CANO y F. LÓPEZ AREAL

Jefe del Servicio

Médico Interno

Servicio de huesos y articulaciones. Jefe: DR. SIERRA CANO

El tratamiento de un proceso tan extendido como es la osteomielitis aguda ha pasado por varias fases y puede decirse que cambiará aún, con el transcurso del tiempo.

Desde luego somos partidarios acérrimos del criterio intervencionista y nos parece mal, exponer a nuestros enfermos, esperando la hipotética curación por medio de la vacunoterapia y de la sulfamidoterapia, medios en los cuales, no tenemos por ahora

ninguna confianza por sí mismos y sí como coadyuvantes.

A los enfermos tratados en el Servicio de Huesos y Articulaciones de la Casa Salud Valdecilla, se les practicaron diferentes intervenciones; unos con la simple incisión y drenaje del absceso subperióstico curaron; otros después de trepanaciones más o menos amplias y de colocarles una cura de ORR — la cual nos ha dado resultados verdaderamente magníficos — han curado también, y por fin a un número más reducido de casos se practicó la resección de toda o la mayor parte de la diáfisis afecta, es decir, se practicó una "diafisectomía" obteniendo resultados variables, pero en general buenos. Estos casos — la mayor parte — están presentados en un trabajo publicado el año 1934, tomo V de la Revista de Cirugía de Barcelona por nuestro compañero el doctor BLANCO.

Este último proceder está discutido por muchos especialistas. Los hay partidarios acérrimos y los hay detractores impenitentes. En nuestro material, hemos tenido más resultados buenos que malos, pero nos parece que es un método que no se debe de aplicar si no disponemos de conocimientos precisos para sentar las indicaciones, pues es indudable que éste, es un "procedimiento de excepción".

El fundamento de este proceder terapéutico es que si practicamos una diafisectomía primaria precoz, al resear la diáfisis enferma, eliminamos el foco infeccioso, quedando el estuche perióstico en buenas condiciones para su regeneración posterior y con amplio drenaje, evitando recovecos, que reteniendo el pus, favorecen la progresión de la enfermedad.

En octubre de 1932, el Congreso francés de Ortopedia, se ocupó en uno de sus temas del "Tratamiento precoz de la osteomielitis aguda", se discutió el problema de la "Diafisectomía precoz primaria" siendo INGELRANS el que desarrolló la ponencia, mostrándose partidario de la resección precoz en los casos graves y extensos, pero manteniéndose contrario a la generalización de este tratamiento.

En términos generales, es la escuela francesa la más partidaria de este método, mostrándose más reservados los alemanes e ingleses. Entre los cirujanos partidarios de ella tenemos a: INGELRANS, LEVEUF, WOLASCHEFFSKI, RODZINSKI, BARRET... y otros; sólo son partidarios de las resecciones tardías: MATHEU, CARAJANNOPOULOS, CAMPBELL... y en fin, los hay sólo partidarios de las resecciones parciales como son: DIKANSKY, LASSERRE, RANKIN.

Los inconvenientes que le oponen al método son los de: gravedad operatoria, peligro de ausencia de regeneración y persistencia de la infección a pesar de la ablación del foco.

La gravedad operatoria, prácticamente no hay que tenerla en cuenta, pues según nuestros casos, es una operación sin grandes complicaciones. La diáfisis se suele encontrar casi totalmente despegada del periostio y no hace falta nada más que un poco de trabajo con la sierra o un golpe de escoplo para despegarla por completo. En algunos casos existe ya desprendimiento epifisario.

El peligro de no regeneración existe indudablemente, pero reputamos raro un caso como el que motiva nuestro trabajo y que presentaremos luego.

En cuanto a la persistencia de la infección, depende casi siempre de la deficiente ablación del foco. La osteomielitis no es más que una septicemia con foco en el hueso, y el tratamiento de todas las septicemias debe de tender en lo posible, a la ablación de la causa, que es el medio más eficaz de que disponemos contra ella. Entre nuestro material, contamos con un caso, en que a pesar de practicarle una diafisectomía primaria precoz de casi toda la tibia, el estado séptico no mejoró, siguiendo con su hemocultivo positivo y con complicaciones sépticas — pericarditis séptica — durante un tiempo grande hasta que al fin sucumbió, con una sepsis general. Este caso lo relataremos luego.

En contra de estos inconvenientes, tiene las siguientes ventajas:

1.ª Curación rápida de la enfermedad en un

tiempo incomparablemente más corto que con los procedimientos económicos.

2.ª Ausencia de recidivas.

3.ª La forma y arquitectura del hueso es lo más aproximado a lo normal, sin cloacas ni hiperostosis.

4.ª Extirpación radical del foco enfermo.

Lo esencial en este procedimiento es sentar bien las indicaciones, ahora bien, es difícil puntualizar en qué condiciones se debe de emplear. Para esto hay que tener en cuenta dos factores:

1.º Enfermo, estado general, extensión del proceso... etc.

2.º Localización de este mismo proceso.

Como factores para sentar la indicación ateniéndonos al estado del enfermo, no nos sirve la gravedad del proceso, pues a veces, un cuadro muy aparatoso, no corresponde con lesiones extensas en el hueso, por lo cual más que el estado general del enfermo, es la extensión del proceso la que nos indicará si debemos o no emplear este procedimiento.

Si al incidir la piel y llegar al foco nos encontramos con que hay un gran absceso subperióstico, en medio del cual nada la diáfisis, que está casi desprendida, no dudaremos en practicar una diafisectomía.

Si se trata de una osteomielitis bipolar, también podremos practicar la diafisectomía. En cambio si las lesiones son poco extensas, es mejor no practicarla, contentándonos en estos casos con hacer unas trepanaciones y si acaso una resección parcial del trozo de hueso afecto.

En cuanto a la localización del proceso, es indudable que tiene gran importancia. Ante todo, si la afección radica en un hueso, como el fémur o el húmero, que él solo forma el esqueleto del miembro, haremos bien en no practicar la diafisectomía por las grandes dificultades con que nos encontraremos para lograr una perfecta inmovilización, condición importantísima para la regeneración ósea.

Los huesos de la pierna y antebrazo, por ser dobles se prestan bien para esta intervención, pues el otro hueso sano, nos sirve de férula, manteniendo normal el eje del miembro. Otros huesos como la clavícula, metatarsianos y metacarpianos, son también muy apropiados para realizar la diafisectomía.

Al practicar una diafisectomía, hay que tener gran cuidado en respetar el estuche perióstico, pues él será luego el encargado de la regeneración ósea. Otra condición indispensable para una normal regeneración es una cuidadosa e ininterrumpida inmovilización del miembro diafisectomizado.

Si se trata de la pierna o antebrazo, colocaremos una ancha férula de escayola posterior, que nos sirva como gotiera, adaptándola bien al miembro para que la sujeción sea mayor. En el brazo nos serviremos de un aeroplano de BÖELER poniéndose según los casos una tracción continua o no. Después en cuanto pasen unos días y ceda la supuración, colocaremos una cura de ORR sobre el mismo aeroplano, incluyendo las férulas de antebrazo y brazo en la escayola, o mejor una espica de escayola en abducción.

En el muslo la inmovilización la obtendremos mediante la férula de BRAUM y una extensión con-

tinua con esparadrapo o con hilo de KIRSCHNER aplicado a la pierna; luchará contra el acortamiento producido por los potentes músculos del muslo.

La experiencia nuestra se basa en quince casos observados en la Clínica de huesos de la Casa de Salud Valdecilla, y los resultados que hemos observado empleando este tratamiento son buenos, menos en los dos siguientes. En estos casos nos ocurrió que faltó la regeneración ósea completamente en uno y que persistió el estado séptico en otro, teniendo una serie de complicaciones que terminaron con la muerte del enfermo.

Los casos son los siguientes:

CASO 1.º. — M. L. G. H.ª núm. 30.031. Fecha 23-XII-33. Mujer. 9 años de edad.

Hace 8 días comienzo de la enfermedad, con dolor grande en pierna derecha que se le hinchó mucho. Fiebre alta, llegando a 40°. Los dolores han ido en aumento. La fiebre ha persistido, al mismo tiempo que empeoraba el estado general de la enferma.

Exploración. — Pierna derecha muy hinchada, edematosa y con piel enrojecida. Duele a presión, sobre todo el hueso, principalmente en tercio inferior. Fiebre de 40°.

supura muy poco; pierna muy poco hinchada. La fiebre no llega a 38°. Mejor estado general.

27-XII-1933. Nueva cura; muy poca supuración. La herida empieza a granular.

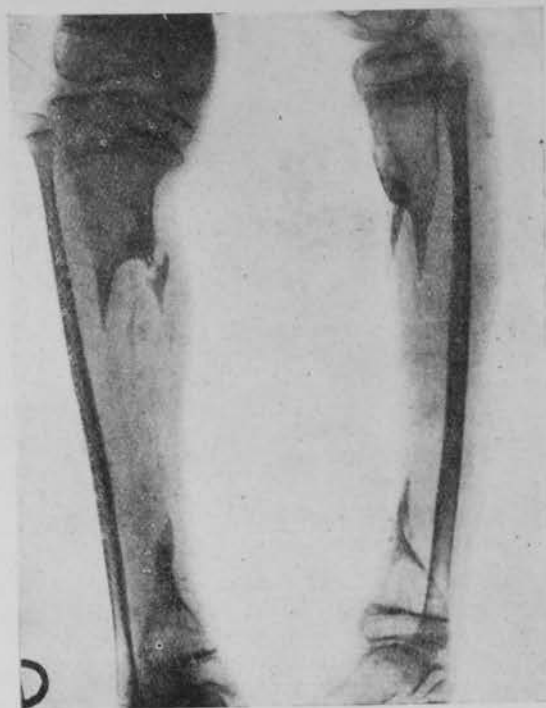


Fig. 2



Fig. 3

Diagnóstico. — Osteomielitis aguda de tibia.

Se da el ingreso y pasa a la Sala Séptica para su tratamiento operatorio.

Operación. — Dr. GONZÁLEZ AGUILAR. Anestesia general con éter.

Incisión longitudinal sobre tibia. Se vacía un gran absceso subperióstico, encontrando la diáfisis de la tibia nadando en pus; su extremidad inferior está desprendida por el cartilago de conjunción.

Se secciona la diáfisis tibial por su tercio superior con una sierra y se extrae toda la diáfisis.

Se coloca un tubo de goma en el espacio perióstico, suturando el mismo por encima con unos puntos sueltos de catgut, con lo que se reconstruye el estuche perióstico.

Se tapona con gasa por encima y se dan unos puntos de aproximación de piel. Se coloca una férula posterior de escayola con la rodilla en semiflexión y se pone la pierna en una férula de Braum para inmovilizar.

Curso postoperatorio. — 25-XII-1933. Se levanta la cura,

1-II-1934. Herida cicatrizada. Se manda cura de aire y sol. Radiografía 1.

15-II-1934. Se quita la férula posterior de escayola y se coloca una completa sin ventana, pues la herida está cicatrizada.

15-V-1934. Se quita la escayola. Herida operatoria cerrada. Movilidad anormal. Nueva escayola con la pierna en semiflexión.

15-VII-1934. Se quita escayola. Herida bien. Clínicamente



falta de regeneración ósea. Radiografía 2. Vemos que no se ha producido la regeneración ósea. Hay una pérdida de substancia muy considerable. Se le propone nueva operación para colocar un injerto óseo entre los dos extremos diafisarios de tibia,



Fig. 4

en cuanto la piel esté en buenas condiciones. Se coloca escayola con ventana y se manda cura de aire y sol.

10-IX-1934. Tiene un eczema crónico que se ha agudizado en esta fecha. Se cura con sulfato de cobre.

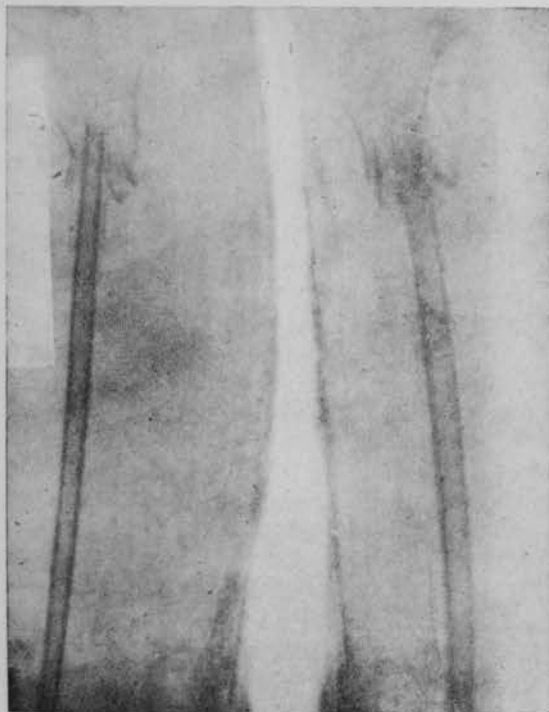


Fig. 5

2-X-1934. Mucho mejor. La exudación ha desaparecido. Naftalán y tumenol.

8-XII-1934. Muy bien, han desaparecido las escamas. Se coloca nueva escayola con ventana y se operará en cuanto la piel esté normal.

15-X-1935. Muy bien. Piel de aspecto normal. Se operará en cuanto pase el verano.

9-IX-1935. Operación. Doctor GONZÁLEZ AGUILAR. Sala verde. Anestesia etérea. A un hermano de la enferma, de diez años de edad, se le extrae un injerto de la tibia; el injerto tiene unos 15 cm. y comprende la cresta tibial, con el periostio. Hemostasia y sutura por planos.

Inmediatamente, incisión sobre cara anterior de pierna de la enferma. Se descubren y legran los extremos óseos y se coloca el injerto, empotrándolo en los extremos metafisarios de tibia. Queda bien fijo. Se reconstruye un plano artificial sobre el hueso y se sutura piel. Se coloca escayola sin ventana.

13-IX-1935. Muy bien, ninguna molestia, no fiebre.

23-IX-1935. Sigue muy bien. Parece estar algo floja la escayola.

2-XII-1935. Se quita la escayola con cuidado y se hace la radiografía 3. El injerto se está reabsorbiendo; el extremo superior está suelto de la tibia. Se coloca nuevamente escayola bien modelada.

21-III-1936. Se quita escayola. Nueva radiografía (4); vemos que sigue el proceso de reabsorción del injerto. Escayola.

16-XI-1936. Se quita escayola. Radiografía 5, el injerto ha desaparecido completamente. Los extremos óseos han crecido, pero queda una pérdida de substancia de unos 4 traveses de dedo. Se coloca nueva escayola para inmovilizar y más tarde se operará de su pseudoartrosis.

Este caso nos mueve a ser más cautos en el empleo de un procedimiento que si bien tiene unas indudables ventajas, puede acarrear trastornos que plantean problemas difíciles y a veces imposibles de resolver.

El siguiente caso, nos muestra cómo a veces aun haciendo una diafisectomía completa y precoz; el estado general puede seguir siendo malo, con hemocultivos positivos que nos acarrear complicaciones sépticas, que como en este caso nos conducen a un desenlace fatal.

CASO 2.º. — E. A. H.º núm. 105.816. Fecha 28-IV-1942. Hombre. 16 años de edad.

Hace dos días que comenzó con dolor fuerte en pierna izquierda. Ha tenido fiebre elevada, dice llegaba a 40°. Rápidamente alteración del estado general.

Exploración. — Pierna hinchada, roja, caliente, se aprecia fluctuación a gran tensión. Dolor a presión en metafisis superior de tibia.

Diagnóstico. — Osteomielitis aguda de tibia.

Se da ingreso y pasa a la Sala Séptica para su tratamiento operatorio.

Operación. — Anestesia general etérea. Dr. SIERRA CANO. Se incide a todo lo largo de la pierna, sobre la tibia y se vacía un gran absceso subperióstico que baña toda la diáfisis de tibia, la cual está desprendida del periostio. Con una sierra se seccionan ambos extremos de tibia extrayendo casi toda la diáfisis (fig. 6). Se dan unos puntos sueltos de catgut para aproximar el periostio por encima de un tubo de goma colocado en el canal que dejó la diáfisis. Se inmoviliza con escayola con ventana.

Curso postoperatorio. — 29-IV-1942. Ha mejorado poco el estado general. Se manda hacer hemocultivo y se instituye un tratamiento por Piridazol.

30-IV-1942. Sigue con fiebre muy alta. Continúa tomando Piridazol.

1-V-1942. Hemocultivo positivo a estafilococos. Sigue tomando los comprimidos de Piridazol. El estado general no ha empeorado. Sigue con fiebre elevada. Se levanta la cura. No supura; únicamente exuda una serosidad sanguinolenta.

2-V-1942. Sigue con fiebre elevada. Va decayendo algo el estado general. Continúa tomando Piridazol.

3-V-1942. Igual. La herida operatoria tiene buen aspecto, casi no supura. No hay inflamación ni edema en pierna.

4-V-1942. En hemitórax derecho un poco por debajo de la teta, absceso que se desbrida. Mejor estado general. Radiografía de pulmones. Sigue con el Piridazol.

5-V-1942. Está mejor. Ha descendido la temperatura a 37°. Continúa tomando el Piridazol. Tiene reacciones articulares en hombro izquierdo y en cadera derecha.

6-V-1942. Sigue igual.

7-V-1942. Mejor estado general. Se cambia el tubo colocado en la pierna por otro más fino. Disminuimos la dosis de Piridazol: antes estaba tomando 8 comprimidos diarios, ahora tomará seis.

12-V-1942. Sigue mejor. Ha descendido la fiebre. Los hemocultivos practicados diariamente siguen siendo positivos, aunque tardan algo más en crecer.

15-V-1942. Nueva escayola, pues la otra está floja. Pierna en semiflexión. La herida operatoria, de muy buen aspecto, color rojo sangrante y con muy poca supuración. El estado general ha empeorado bastante. Hígado palpable 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal. Se palpa bazo. Tiene 130 pulsaciones.

16-V-1942. Es visto por el Servicio de Cardiología. Radiografía de tórax. Tiene una pericarditis. Se hace punción pericárdica extrayendo 40 c. c. de líquido seropurulento, que se manda analizar. Después de la punción se encuentra mejor.

17-V-1942. Nueva punción, extrayendo 400 c. c. e inyectando 100 c. c. de aire.

18-V-1942. Radiografía. Ha pasado mejor la noche. El hemocultivo es negativo. El análisis del líquido extraído del pericardio nos da: estafilococos.

19-V-1942. Punción extrayendo 700 centímetros cúbicos de líquido seropurulento.

22-V-1942. Punción extrayendo 800 centímetros cúbicos.

23-V-1942. Punción extrayendo 250 centímetros cúbicos.

25-V-1942. Punción extrayendo 400 centímetros cúbicos.

27-V-1942. Punción extrayendo 400 c. c. El estado general ha empeorado muchísimo. Se hace radiografía de tórax. Tiene un gran neumotórax espontáneo en el lado derecho.

28-V-1942. Punción extrayendo 900 c. c. de líquido seropurulento. Se inyectan en el pericardio 20 c. c. de Piridazol. Se pone también 10 c. c. de Piridazol intravenoso y se dan 2 gramos por vía oral.

29-V-1942. No se consigue extraer más que 150 c. c. de líquido de pericardio. Se inyectan 20 c. c. de Piridazol en pericardio.

30-V-1942. Se extraen 150 c. c. y se inyectan otros 20 centímetros cúbicos de Piridazol en pericardio. Sigue diariamente tomando 4 comprimidos y poniéndole una ampolla intravenosa de Piridazol.

1-VI-1942. Punción. 100 c. c. de líquido. Inyección de 20 c. c. de Piridazol en pericardio.

2-VI-1942. Tiene un absceso en región escapular izquierda, fosa supraespinosa. Se desbrida, saliendo bastante pus. Muy mal estado general.

3-VI-1942. Tiene menos fiebre.

10-VI-1942. Se suspende el Piridazol. Radiografía de tórax. El estado general es muy malo.

15-VI-1942. Continúa muy mal.

25-VI-1942. Muy mal estado general. Hipotermia, pulso muy blando, frialdad de extremidades. Edemas en cara, tórax y maléolos.

27-VI-1942. Fallece.



Fig. 6

Este caso nos demuestra cómo a veces aun practicando la diafisectomía precozmente — a los dos días del comienzo de la enfermedad — el estado séptico puede persistir y conducirnos a un desenlace fatal.

En el primer caso se nos planteó el problema de cómo reparar la pérdida de substancia tan enorme que tenía la enferma, por la falta de regeneración ósea.

Para ello recurrimos a practicar una operación de HAHN. Dicha intervención fué descrita por HAHN en 1884 en el "Zentralb. f. chir." y fué posteriormente modificada por CODIVILLA, hablándose a veces de operación de HAHN-CODIVILLA.

La operación típica de HAHN consiste en la implantación del extremo superior de la diáfisis peronea, oportunamente seccionada, en el extremo superior residual de la tibia. Abajo, peroné y tibia conservan sus relaciones normales. Se trata por lo tanto de un trasplante unipolar término-terminal.

CODIVILLA observa pronto que con la técnica clásica de HAHN se produce una fuerte posición en "varo" del pie y aconseja por lo tanto, para corregir esto, el empleo de una técnica que consienta que el eje del trasplante esté en el eje longitudinal de la porción residual de la tibia. Con esto, además de corregir la deformidad del pie en varo, se estimularía mejor al trasplante, por el estímulo estático, produciéndose una más rápida y completa hipertrofia de compensación.

HAHN ideó su operación para el tratamiento de la pseudoartrosis de la tibia con gran pérdida de substancia. Las indicaciones se han aumentado y hoy son varias las publicaciones que se refieren a esta operación en el tratamiento de: ausencia congénita total o parcial de tibia; osteomielitis de tibia con gran pérdida de substancia; pseudoartrosis congénita de tibia o pseudoartrosis traumática con gran pérdida de substancia.

La técnica también se amplió y así FIORI, sistematiza las variantes sucesivas aportadas al método de HAHN para el tratamiento de la ausencia total de la tibia. Estas variantes son las siguientes:

c) Trasplante bipolar, en uno o dos tiempos. Los dos extremos del peroné seccionado, se implantan en los correspondientes de la tibia. Esta es la operación de HAHN-CODIVILLA.

b) Trasplante superior en tibia, inferior en astrágalo o calcáneo, con variantes. Operación de PUTTI.

c) Reunión laterolateral por simple contacto o por implantación lateral, y como variante colocar además en un segundo tiempo un trasplante libre, autoplástico (de la tibia del otro lado) entre los muñones tibiales residuales de la pérdida de substancia. Operación de TRINCI-MARCONI.

En lo referente a técnicas operatorias, casi todos los autores son partidarios del trasplante bipolar, por cuanto las condiciones estáticas del miembro son mejores, y no se producen desviaciones anormales en la dirección del eje del pie.

SCAGLIETTI, del Instituto Rizzoli, dice que siguiendo la técnica de HAHN se produce una desviación del pie en "valgo", pero CODIVILLA, TRINCI-

MARCONI y nosotros, observamos que esta desviación es en "varo".

La operación típica de HAHN es en un solo tiempo; el trasplante bipolar puede ser en uno o en dos tiempos, comenzando por el polo superior o por el inferior según los casos.

La incisión es única o doble; única, va desde la cabeza del peroné hacia abajo y adelante, sobre el borde anterior de tibia.

Para hacer la fijación del peroné a la tibia, si hacemos un trasplante laterolateral, hay que crear superficies cruentas, tanto en tibia como en el peroné, y luego, una vez puestas en contacto, las mantendremos sólidamente fijadas con catgut grueso o con hilo metálico. Este último método de fijación ha sido empleado por SANDRO MARCONI en alguno de sus casos, obteniendo buen resultado.

Después de la operación hay que colocar un yeso que llegue hasta el tercio medio del muslo e incluyendo el pie. La inmovilización durará, cambiando alguna escayola, hasta la perfecta consolidación ósea. Se ha observado a veces que se produce una fractura del peroné, pero ésta, en todos los casos ha consolidado perfectamente.

En este caso nuestro se practicó una operación típica de HAHN con el siguiente resultado:

2-11-38. Operación. Doctor SIERRA CANO. Sala verde. Anestesia etérea.

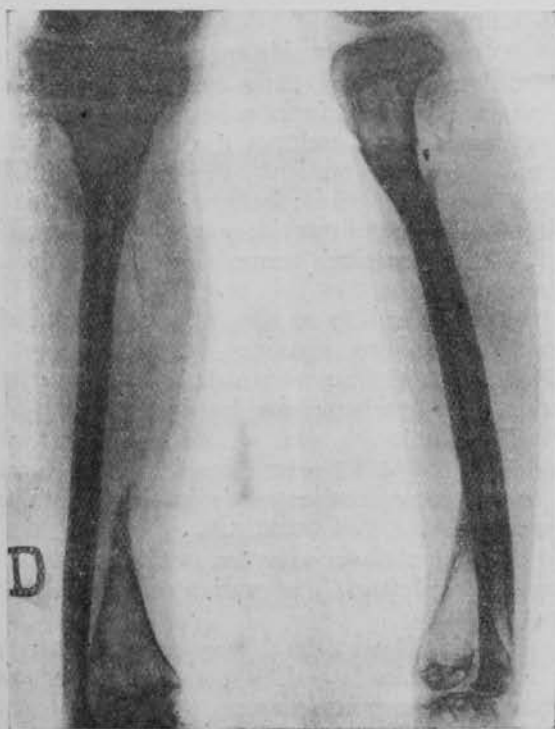


Fig. 7

Incisión en cara anteroexterna y en tercio superior de pierna. Se descubre el extremo superior de tibia y se reseca su porción terminal para descubrir la cavidad medular del hueso. Se talla un lecho para recibir al peroné. Se descubre el peroné en su extremo superior y se secciona, una vez seccionado se incurva para que quede empotrado en el lecho labrado en la tibia; se consigue esto quedando muy fijo, pues el peroné incurvado actúa como un resorte sujetándose perfectamente contra las paredes del lecho tallado. Reconstrucción por planos y sutura de piel.

Se coloca una escayola que llega hasta medio muslo y que incluye el pie.

4-II-1938. Muy bien. Nada de fiebre. Muy pocas molestias. 14-II-1938. Sigue perfectamente. Alta para volver dentro de un mes.

14-III-1938. Bien. Parece verse un ligero callo en el punto de implantación del peroné. Se manda continuar con la escayola y empezar a caminar con ella después de colocar un estribo de marcha.

15-V-1938. Sigue muy bien. Se refuerza la escayola y se manda andar mucho.

10-X-1938. Se quita escayola. El peroné está perfectamente soldado a tibia, pero como es de poco grosor se coloca nueva escayola para seguir con el tratamiento ambulatorio.

15-V-1939. Muy bien. Se quita escayola. Radiografía 7.ª. Vemos la hipertrofia tan considerable que ha adquirido el peroné. Se coloca un aparato de marcha de Delbet.

20-X-1939. Se quita el aparato y nueva radiografía. Vemos en ella que el peroné ha aumentado aún más de grosor, pudiendo ya sostener perfectamente el peso de la enferma. Alta por curación.

Se le propuso a la enferma que se podía hacer una nueva operación con el objeto de corregir la posición en varo del pie, pero ella no la aceptó, pues decía que no la molestaba mucho. La desviación no era muy acentuada. Se le proponía una implantación del extremo inferior del peroné en tibia, para que así el eje de la pierna fuera más fisiológico.

Vemos por estos casos, que aunque el procedimiento de la diafisectomía en general de buenos resultados, es un proceder que no debemos de emplear a ciegas y que hay que precisar perfectamente las indicaciones, pues su fracaso nos acarrea consecuencias que plantean problemas de difícil solución.

Por otro lado vemos los magníficos resultados que nos puede proporcionar una operación de HAHN o sus variantes técnicas, para los casos de gran pérdida de substancia de tibia, sea ésta por ausencia congénita total o parcial, o bien en pseudoartrosis, tanto traumáticas como por secuelas de osteomielitis.

#### BIBLIOGRAFÍA

- ALLAINES. — Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir., 57, 1.500, 1931.  
 BAILEY. — Brit. J. of Surg., 17, 641, 1930.  
 BARRET. — Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir., 57, 620, 1931.  
 BAUMANN y CAMPBELL. — Surg. Gyn. and Obst., 42, 114, 1926.  
 BAUDET y CAHIZAC. — Rev. Chir., 54, 801, 1935.  
 BENNETT. — Glasgow Med. Journ., 100, 1923.  
 BERTOLA. — Prensa Méd. Argentina, 26, 2.074, 1939.  
 BLARET DE BRIGA. — Bull. e Mem. Soc. Piemontese de Chir., 8, 450, 1938.  
 BLANCO. — Rev. Cir. de Barcelona, 5, 495, 1934.  
 BLYE. — Surg. Gyn. and Obst., 37, 1923.  
 CAMURATTI. — La Chir. Org. Mov., 15, 1, 162, 1930.  
 CARAJANNOPOULOS. — Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir., 57, 915, 1931.  
 CUNEO. — Rev. de Cir. de Buenos Aires, 6, 1927.  
 ENZO DE MARCHI. — La Chir. Org. Mov., 25, 376, 1939.  
 ESTELLA-ESTELLA. — Arch. Esp. de Pediat., 16, 49, 1932.  
 FIESCHI. — La Chir. Org. Mov., 8, 213, 1924.  
 FINOCHIETTO. — Rev. de Cir., Buenos Aires, 10, 49, 1931.  
 FIORI. — Arch. Ital. de Chir., 3, 380, 1921.  
 FIORI. — La Chir. Org. Mov., 8, 207, 1924.  
 GAZZOTTI. — Il Policlín. Sez. Chir., 28, 548, 1921.  
 HAHN. — Zentrbl. f. Chir., 337, 1894.  
 INGELRANS. — Rev. d'Ortop., 32, 1935.  
 INGELRANS. — Ponencia al Congr. Fran. de Ortop., 1932.  
 LEVEUF. — Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir., 58, 596, 1932.  
 LEVEUF y BECHET. — Rev. Chir., 3, 129, 1926.  
 MANDRUZZATO. — Arch. di Ortop., 55, 99, 1939.  
 PUTTI. — La Chir. Org. Mov., 13, 513, 1929.  
 SANDRO MARCONI. — La Chir. Org. Mov., 24, 552, 1938.  
 SATTA. — Arch. Ortop., 45, 762, 1929.  
 SCAGLIETTI. — Boll. e Mem. Soc. Emilian-Romagnola de Chir., 11, 102, 1936.  
 SORREL y GUICHARD. — Rev. d'Ortop., 27, 257, 1941.  
 VALLS y MUSCOLO. — Journ. de Chir., 239, 1937.  
 ZENO y CANES. — Bol. y Trab. de la Soc. Chir. Buenos Aires, 15, 491, 1931.