

previamente ligada la carótida. Koch menciona cuatro casos de Cusack, de los cuales curaron tres, y á renglón seguido otros dos, uno de Aderson y otro de Dzondi, ambos terminados por la muerte. Con todo, sería útil extender más esta estadística, pero á condición de hacer un examen muy escrupuloso de todos los casos, porque no siempre han pecado por exactas estas relaciones.

II.—Ablación total del hueso maxilar inferior

No puedo decir con certeza quién fué el primero que practicó esta operación. Según Lisfranc, débil autoridad en asuntos de esta índole, fué Walther (de Bonn); Carnochan, que la practicó en 1851, reclamó la prioridad que otros conceden á Mac-Clellan, Stanley, Ganweski, etc.

El procedimiento aconsejado por Lisfranc consiste en cortar un colgajo superior limitado por dos incisiones verticales á lo largo de los bordes posteriores del hueso, unidos sus extremos inferiores por otra horizontal siguiendo la base del mismo; seguidamente se procede á la doble desarticulación. A mi entender, este último momento quedaría muy simplificado si, serrando previamente el hueso en su parte media, se procediese á desarticular primero un lado y después el otro, siguiendo en todo las reglas de la resección unilateral.

Así lo hizo á corta diferencia Carnochan, sólo que sus incisiones verticales pasaban por delante de la articulación, cortando, sin necesidad alguna, los dos conductos de Stenon, y además en la incisión de la base, en lugar de hacerla horizontal, hizo converger sus dos mitades formando ángulo encima del mentón á unos 12 ó 13 milímetros del borde libre del labio. Este pequeño ángulo de piel debía servir para introducir por él una doble ligadura que comprendiera al mismo tiempo la parte anterior de la raíz de la lengua, con objeto de evitar la retrocesión de este órgano, ligadura que, después de reunido el colgajo por medio de la sutura, se fija en definitiva en un *vendaje colocado verticalmente alrededor de la cabeza*, explicación que tiene mucho de oscura. Esta ligadura pudo quitarse al séptimo día y á los catorce estaba el sujeto curado.

Me permitiré hacer sobre este caso únicamente dos observaciones. La enfermedad que motivó la operación fué la necrosis de la porción horizontal del hueso; y en este caso, ¿era indispensable la ablación completa? Por lo menos será permitido dudarlo. En segundo lugar, la porción necrosada estaba casi enteramente des-

prendida de su periostio en la línea media, y debía por lo menos hacerse lo posible para conservar este periostio, sobre todo por dentro, porque no sólo hubiera sido el mejor medio de fijación de la lengua sino que hubiera servido de base al hueso nuevo.

Este consejo es en este punto tan oportuno cuanto que la resección total se ha practicado sobre todo en casos de necrosis y más especialmente aún de necrosis fosfórica, como se ve en las observaciones de Langenbeck, Ried, Pitha, Ward y Günther. La resección total ha sido puesta en práctica por J. F. Heyfelder (3 veces), Esmarch y Maisonneuve, por causa de caries ó cánceres, como la del maxilar superior. La mortalidad resultante de esta resección no es mucha; de los 15 casos mencionados por Heyfelder, uno solo terminó por la muerte; sin embargo, es justo consignar que en muchas observaciones se trataba evidentemente de la extracción de un secuestro más que de una verdadera resección.

§ II.—RESECCIONES ARTICULARES DEL MIEMBRO SUPERIOR

I.—Resección de las falanges

La extremidad inferior de la falange del pulgar ha sido muchas veces resecada en casos de luxación complicada é irreductible de la falangeta, y como en tales ocasiones el hueso queda al descubierto por el hecho mismo de la luxación, no será difícil cortarlo con unas fuertes tenazas incisivas.

Las falangetas necrosadas pueden á veces extraerse sin lesión alguna de las partes blandas; así en los casos de panadizo con necrosis de la falangeta bastarán para ello algunas tracciones con las pinzas á través de la abertura fistulosa que comunmente se establece en la extremidad del dedo.

Butcher extrajo la falangina cariada de un índice que había perdido antes su falangeta por gangrena, y sin embargo, asegura que el dedo quedó muy utilizable.

La ablación de la falange del pulgar conservando la falangeta, permite á ésta movimientos bastante extensos. Velpeau separó en fragmentos esta falange necrosada; y Butcher, encontrando en un caso de aplastamiento de la misma íntegros los tendones, dilató la herida y extrajo las porciones restantes del hueso. Finalmente, Manec tuvo ocasión de aplicar un procedimiento más regularizado: practicó una incisión longitudinal en el borde interno del pulgar y extrajo la falange en dos fragmentos: Verneuil examinó este dedo tres años después de la operación; el acortamiento del pulgar era

de 3 centímetros; la falangeta y el metacarpiano estaban casi en contacto; los movimientos de la falangeta eran muy limitados, y no obstante, el enfermo la utilizaba para coger toda clase de objetos, desde los más voluminosos á los más tenues, con tanta fuerza y precisión como pudiera hacerlo con el pulgar sano. En el sujeto operado por Butcher se había desarrollado en el sitio de la falange un tejido denso y resistente, que evitó al pulgar la mitad del acortamiento; la falangeta se dobló casi por completo, y en esta posición le servía perfectamente para escribir. También Erichsen en un caso de caries extrajo entera la segunda falange del índice, más la cabeza articular de la primera, y sin embargo, el dedo resultó de mucha utilidad.

II.— Resecciones metacarpofalangianas

Fricke practicó esta operación con buen resultado en el pulgar y en el índice.

Se practica, en el borde radial de la articulación, una incisión longitudinal de 3 á 5 centímetros, que se extiende igualmente sobre la falange y sobre el metacarpiano. Se desnudan las caras dorsal y palmar de ambos huesos, cuidando mucho de conservar íntegros los tendones, y después de abierta la articulación por su lado externo y luxada la falange hacia afuera, se concluye la sección de los ligamentos, con lo cual será fácil la resección de la extremidad, sirviéndose para ello de una sierra fina, ó mejor aún de las tenazas incisivas. Lo mismo se hace con la cabeza del metacarpiano, y volviendo luego los huesos á su dirección normal, se rellena regularmente de hilas la cavidad que resulta de la operación. Fricke había intentado la reunión por primera intención, y sin embargo, encuentra que es más prudente renunciar á ella (1).

Este procedimiento es igualmente aplicable al dedo meñique practicando la incisión en su borde interno. En los medio y anular ésta debería recaer en la cara dorsal por fuera del tendón extensor, pero la operación no tendría en estos casos la utilidad que en el anterior.

(1) Este precepto ha perdido su importancia desde que se aplica la cura listeriana con su sistema de desagüe.

III.— Ablación del primer metacarpiano

Esta operación la propuso Barbier en 1804, y más tarde la practicaron con feliz éxito Roux, Blandin y otros cirujanos. Para los datos anatómicos véase el párrafo correspondiente á la amputación del pulgar.

Se ha de practicar una incisión á lo largo del borde radial del hueso, que por uno y otro extremo exceda unos 12 milímetros del

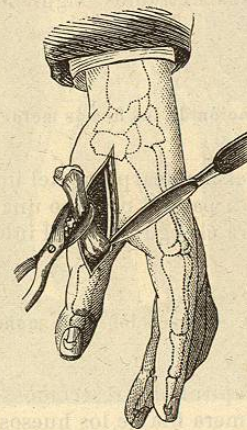


FIG. 219

Resección del primer metacarpiano

nivel de sus dos articulaciones, y para que en este momento la piel esté convenientemente tersa, es un excelente medio abrazar con la mano izquierda la del enfermo, tirando de los tegumentos por delante y por detrás del hueso. Hecha la incisión, se desprenden cuidadosamente de la cara dorsal, la piel y el tendón extensor, y de la palmar, los músculos de la eminencia tenar. Mientras que un ayudante mantiene separados todo lo posible los labios de la herida, el cirujano aplica la punta del bisturí contra el lado externo de la articulación carpiana, y corta el tendón del abductor largo, que se inserta en esta pieza del metacarpo y pasa por encima de la articulación. Se coge entonces el hueso con unas pinzas de bocados curvos, para deslizar el bisturí á lo largo de su

cara interna con objeto de separar por completo las carnes. Finalmente, se ataca su articulación falangiana cortando los ligamentos por el orden siguiente: lateral interno, lateral externo y por último el anterior.

En los primeros tiempos después de la curación, el dedo, que resulta acortado, no sirve de utilidad alguna; pero más tarde recobra lentamente sus movimientos normales.

Sin embargo, este resultado no es constante, pues que tuve ocasión de examinar en 1859 en Milán una mujer que había sufrido esta resección, y el pulgar, sin fuerza alguna, era completamente inútil (1).

En el caso de que la primera incisión fuese insuficiente, añadiríamos otras dos en sus extremos, siguiendo el método general indicado.

IV.— Ablación de los demás metacarpianos

La resección total del metacarpiano del índice y la del meñique son fáciles, si se practica para el primero una incisión á lo largo de su borde externo, y para el segundo en el interno (2).

(3) V.— Resección de la muñeca

Comprendo en este capítulo las resecciones que se practican á la vez en el radio y la primera fila de los huesos del carpo, y que por lo menos abren dos grandes sinoviales. Conviene recordar, en

(1) Aunque la naturaleza del afecto permita la resección, ésta únicamente debe practicarse cuando pueda conseguirse una regeneración del hueso en su longitud normal, y esto no es posible en un niño, porque el hueso nuevo no conseguiría el desarrollo de los demás metacarpianos, resultando un hueso inútil por lo desproporcionado; ni en un viejo, porque dicha regeneración no tendría lugar y quedaría un dedo péndulo, que más que inútil sería molesto.

(2) Sea cual fuere el metacarpiano extirpado, siempre el método subperióstico tendrá la ventaja de respetar más las partes blandas, y cuando se trate del primero ó del segundo evitará con seguridad la herida de la radial á su paso á través del espacio interóseo. Cuando se opere por este método, será necesario ejercer tracción elástica sobre el dedo para conservar su longitud primitiva.

(3) *Resección de los huesos del carpo.*—Ocupada la cara anterior de la muñeca por importantes vainas serosas, muchos tendones, las arterias radial y cubital y los nervios mediano y cubital, no es vía á propósito para llegar á los huesos del carpo. La cara dorsal, sobre estar más libre de órganos importantes, es más accesible. De todos modos, la resección de los huesos del carpo no es operación reglada. Cuando á esto pueda limitarse la intervención operato-

efecto, que la sinovial radiocarpiana no tapiza más que el radio y la cara superior de los tres primeros huesos de la primera línea; pero por poco que se interesen los ligamentos que unen éstos entre sí, se abrirá la otra grande sinovial que tapiza todos los huesos del carpo, excepto el pisiforme, y se prolonga hasta el

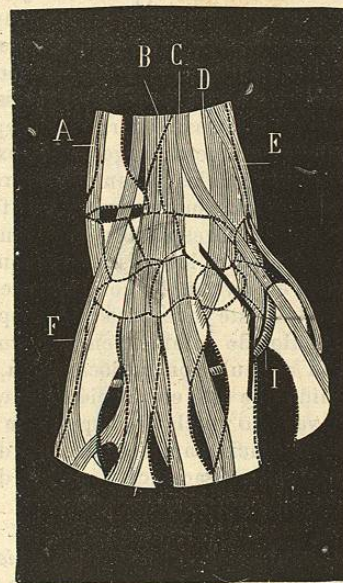


FIG. 220

DISPOSICIÓN DE LOS TENDONES EN LA CARA POSTERIOR DE LA MUÑECA.—INCISIÓN DE LISTER

A, Tendón del cubital posterior;—B, del extensor común;—C, del extensor largo del pulgar;—D, del segundo radial externo;—E, del primer radial externo;—F, del extensor propio del meñique.

segundo y tercer metacarpianos. Por lo demás, la caries puede comprender asimismo por arriba el cúbito y por abajo hasta los huesos del metacarpo.

ria, generalmente bastará la excavación con la gubia ó la cucharilla; pero cuando sea precisa la extirpación de uno ó más huesos, se practicará una incisión simple ó crucial en el dorso de la muñeca, respetando los tendones extensores; y con una legra se levantará el hueso que se trate de extraer, para cogerlo y arrancarlo con un gatillo ó pinzas de Musseux á medida que se corten sucesivamente todas sus adherencias fibrosas.

Además de esta disposición de las sinoviales articulares, que no implica por sí sola poco peligro, otro, por cierto no menor, depende de la disposición de las sinoviales tendinosas. De modo que, por delante, la resección pone al descubierto el paquete de los tendones flexores de los dedos con sus extensas sinoviales; aunque con todo, por este lado aún es imposible dejarlas íntegras, no abrirlas; pero por detrás, es materialmente imposible dejar de interesar la mayor parte de las sinoviales de los tendones extensores, y como que éstos están distribuídos por toda la cara dorsal, dificultan sobremanera la operación cuando de salvarlos se trata. Desde luego se encuentra la cara externa de la epífisis radial cruzada por los tendones del abductor largo y del extensor corto del pulgar, por debajo de los cuales pasan los dos radiales externos. Más hacia atrás se encuentran sucesivamente, de fuera á dentro: el extensor largo del pulgar revestido de una sinovial propia, el extensor propio del índice y los cuatro tendones del extensor común, alojados todos en un canal ó corredera del radio, y fuertemente aplicados contra este hueso; sigue después el extensor propio del meñique, alojado también en una corredera especial, que corresponde á la articulación radiocarpiana, y por último, el cubital posterior, único que está en relación con el cúbito.

Los cirujanos han variado mucho la disposición de las incisiones exteriores, pero la diferencia capital entre los distintos procedimientos consiste en que unos sacrifican, y otros dejan íntegros los tendones.

1.º *Conservación de todos los tendones. Procedimiento de Roux.*—Se practican, á lo largo del borde externo del radio y del interno del cúbito, dos incisiones longitudinales que terminan al nivel de la articulación radiocarpiana, y otras dos transversales que, dirigidas hacia atrás desde el extremo inferior de las primeras, van á terminar una en cada lado del paquete de los tendones extensores. Resultan de estas incisiones dos colgajos en L, que hay que diseccionar, después de lo cual se aíslan todos los tendones posteriores lo suficiente, para pasar debajo de ellos una compresa ó una lámina de cartón. Se sierra entonces el cúbito, y para que el operador pueda separar el fragmento óseo de sus inserciones en el radio y carpo, será conveniente que un ayudante comunique á la mano un movimiento forzado de abducción; finalmente le comunicará un movimiento inverso, cuando después de todo esto el cirujano se decida á serrar el radio, ya antes, ya después de haberlo desarticulado y luxado. La herida que por este procedimiento resulta, ofrece, según Roux, amplitud bastante para que los huesos del carpo puedan ser atraídos hasta su superficie y resecaos cuanto exija la extensión del mal.

Procedimiento de Dubled.—Este cirujano se limita á practicar dos incisiones longitudinales, una interna y otra externa, comenzando siempre por la que corresponde al borde interno del cúbito. Dirigida la mano enferma hacia afuera, destruye la articulación cubital, y luxa el hueso antes de cortarlo; igual procedimiento emplea para el radio.

Procedimiento de Velpeau.—Este cirujano, al contrario de lo que hace Dubled, unía las incisiones longitudinales por una transversal trazada en el dorso de la muñeca, con lo cual resultaba un col-

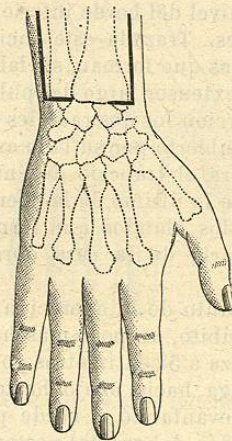


FIG. 221

Procedimiento de Roux

gajo cuadrilátero de base inferior, que no comprendía más que la piel, colgajo que, después de diseccionado, invertía sobre la mano. Separaba entonces todo lo posible los tendones; desprendía las carnes de la cara palmar de los huesos; pasaba debajo de éstos una lámina protectora; serraba los dos á la vez, y por último ranversaba los fragmentos y los desprendía de los huesos del carpo.

2.º *Conservación de los tendones extensores de los dedos.*—*Procedimiento de Bonnet (de Lión).*—Después de la resección de la muñeca es inútil pensar en la rehabilitación de la movilidad de sus articulaciones; no será, pues, de gran interés la conservación de los tendones que les estaban especialmente destinados. En su consecuencia, después de practicadas por uno ú otro de los proce-

dimientos anteriormente descritos las incisiones exteriores, se podrán cortar los tendones de los dos radiales externos y del cubital posterior por detrás, y si necesario fuese, el del cubital anterior por delante; medida que permitirá introducir cómodamente el cuchillo en la articulación, tanto por el lado interno como por el externo.

Procedimiento de Lister.—Este cirujano practica una incisión que, empezando sobre la cara posterior del segundo metacarpiano por dentro del tendón del extensor largo del pulgar, sube siguiendo el borde interno de este tendón, pero sin llegar á él, y describiendo una curva termina al nivel del borde inferior del radio, por dentro de su apófisis estiloides. Trazada esta incisión, desprende de los huesos las partes blandas que forman su labio externo, comprendiendo el tendón del extensor largo del pulgar y la arteria radial, y desprende de su inserción los dos radiales externos, con lo cual resulta el carpo al descubierto por su lado externo. Con unas cizallas de Liston se separa el trapecio de entre los demás huesos, pero sin extraerlo hasta lo último de la operación, y en seguida se disecciona la capa de tejidos blandos que forma el labio interno de la incisión para separarla de la cara dorsal de los huesos del carpo.

Llegado ya á este punto de la operación, practica Lister, cerca del borde interno del cúbito, un poco más hacia su cara anterior, una incisión que empieza á 5 centímetros por encima de la apófisis estiloides, y se prolonga hacia abajo hasta la parte media del quinto metacarpiano; levantando el borde posterior de esta incisión, desinserta el tendón del cubital posterior, y, continuando la separación de las partes blandas que cubren los huesos subyacentes, llega á formar en la región posterior de la muñeca una especie de puente, formado por los tejidos blandos, incluso los tendones, y cuyos bordes son las incisiones cubital y radial.

Después de todo esto, procede á la desimplantación de los tejidos blandos de la cara anterior, con la circunstancia de que el pisiforme queda separado del carpo y forma parte del colgajo; además corta con las cizallas la apófisis del ganchoso. Por medio de un gatillo, separa los huesos del carpo, uno después de otro; atrae fuera de la herida, para cortarlas, las extremidades del radio y del cúbito; y últimamente, hace lo propio con las extremidades superiores de los metacarpianos, también para cortar con unas cizallas su porción cubierta de cartílago. La operación se termina extrayendo el trapecio y el pisiforme que, sin embargo, sería útil dejarlos en su lugar si á ellos no alcanzara la afección.

3.º *Conservación de los tendones del pulgar. Procedimiento de But-*

cher.—Se practica en el dorso del carpo una incisión curva de convexidad inferior que empieza á 4 milímetros por dentro del tendón del extensor largo del pulgar, y á 6 milímetros por debajo de la articulación radiocarpiana, y termina debajo de la apófisis estiloides del cúbito, á 12 milímetros por encima de su extremidad externa. Esta incisión divide á la vez la piel y los tendones, se

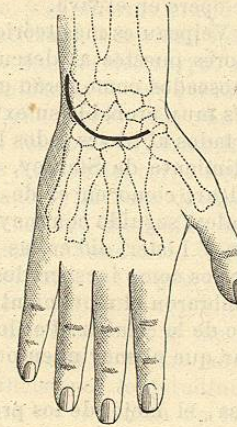


FIG. 222

Procedimiento de Butcher

disecciona y levanta el colgajo y se separa cuidadosamente el tendón extensor del pulgar de su corredera ósea, pero respetando siempre todas sus demás relaciones. Hecho esto, se abre en seguida la articulación, y después de luxados hacia atrás los huesos del antebrazo, y libres de sus conexiones por delante, se sierran de delante á atrás. Se concluye diseccionando y extirpando los huesos del carpo, respetando, no obstante, los que estén sanos y cubriendo de nuevo la herida con el colgajo.

4.º *Sección completa de los tendones. Procedimiento de Stanley.*—Este cirujano protesta en contra del tiempo operatorio que consiste en aislar los tendones extensores, pues que en estas circunstancias casi es seguro que serán destruidos por la gangrena, por lo cual prefiere dividirlos transversalmente, esperando que en último resultado acabarán por reunirse de nuevo. Consecuente con estas premisas, practica directamente en la cara posterior de la muñeca una incisión semilunar, que divide de una vez piel y tendones.

Apreciación.—Muchos de estos procedimientos han sido ensayados únicamente en el cadáver, y algunos de ellos, como el de Roux y el de Dubled, son poco menos que impracticables. Es completamente inútil pretender la conservación de todos los tendones, porque no es posible que el supinador largo quede íntegro insertándose en la extremidad del radio que ha de ser reseca, y casi lo mismo pudiéramos decir respecto de los tendones de los radiales externos para cuando se opere en el vivo.

El procedimiento de Velpeau es más teórico que práctico, pues que los tendones extensores puestos al descubierto al disecar un colgajo cutáneo, y manoseados como serán en el momento de aislarlos, si no es segura, es muy probable su exfoliación. Para quitar obstáculos, han sido cortados al través todos los tendones extensores, como en el procedimiento de Stanley, ó se han conservado únicamente los del pulgar, como en el de Butcher. Pues bien, el procedimiento de Stanley, seguido con mayor ó menor exactitud por Erichsen, Fergusson y Lister, dió en las primeras operaciones resultados tan satisfactorios como inesperados, tanto que en algunos casos los dedos recobraron el movimiento de extensión comunicado por el intermedio de la cicatriz. Por lo demás, Butcher está en lo cierto al observar que el movimiento más interesante es el del pulgar.

Llevados á la práctica, el mejor de los procedimientos es el de Lister, porque al paso que respeta los principales tendones, viene á ser una operación relativamente fácil. Bœckel adopta la misma incisión radial, pero prescinde de la incisión cubital anterior, con lo cual se crea obstáculos y dificultades que no vienen compensados por una notable ventaja en los resultados.

Uno de los momentos más importantes de la operación es el desprendimiento de la cara anterior de los huesos del carpo, porque procediendo por disección nos expondríamos á abrir las vainas de los flexores y á herir el arco palmar profundo. Conviene, por consiguiente, cortar primero los ligamentos dorsales, enuclear después cada uno de los huesos y extraerlos cogiéndolos uno por uno con un gatillo. Procediendo de este modo, las principales dificultades surgirán al extraer el trapecio, el pisiforme y la apófisis del ganchoso, por lo que será mejor dejar al principio los dos primeros huesos, para separarlos, si indispensable fuese, al terminar la operación, y respecto de la apófisis del ganchoso, será necesario cortarla con unas cizallas.

Si, aparte de la preferencia que se merezca tal ó cual procedimiento, nos fijamos un instante en los resultados que hasta ahora ha dado la resección, desde luego habremos de convenir en que son muy defectuosos.

Champion vió practicar esta resección á Moreau, padre, el

año 1794; el enfermo sucumbió. Roux aplicó su procedimiento á un caso en el cual pudo limitarse á resecar el radio y el cúbito, pero un año después de la operación, no sólo la mano había perdido toda su movilidad, sino que estaba surcada por infinidad de conductos fistulosos que hicieron inminente la amputación. El procedimiento de Stanley lo imitaron Erichsen y Fergusson: la resección operada por Erichsen comprendió el radio, el cúbito y la primera fila del carpo, y el enfermo murió diez meses después sin haber visto aún cicatrizada la herida. Fergusson extrajo una vez la mayor parte de los huesos del carpo, pero se limitó á limpiar con la gubia la extremidad articular del radio. Seis meses después, hubo de proceder á una nueva resección, y tres meses más tarde se tocaban aún en el fondo de la herida huesos cariados. En otro caso resecó todos los huesos del carpo excepto el trapecio, la apófisis estiloides del radio y la base de tres metacarpianos; á los nueve meses el enfermo fué despedido del hospital, conservando aún una supuración muy abundante, y no se supo el resultado, porque no compareció más. Al tercer operado, cuenta la observación que poquísimamente le faltaba para alcanzar la curación completa, cuando murió de tisis. Apenas me atrevo á hablar de otro enfermo operado por Simon, por un monstruoso procedimiento que consistía en dos incisiones longitudinales en la línea media, una en el dorso y otra en la palma de la mano; extrajo de este modo todos los huesos del carpo, excepto el trapecio y el pisiforme, y resecó la cabeza de un metacarpiano; el operado murió pasados trece meses sin haber alcanzado aún la cicatrización de la herida.

Butcher ensayó su procedimiento en una mujer, y ésta sucumbió al octavo día.

Es muy frecuente el hecho de que el operado que se salva de los primeros peligros conserve durante mucho tiempo el miembro tan enfermo como antes, y con la expectativa de una amputación como único recurso salvador. Esto precisamente fué lo que ocurrió en una enferma que Bœckel había dado por curada cuando publicó la observación respectiva; pero el mismo cirujano, al publicar su Memoria en 1867, hizo constar que la enfermedad había recidivado, y que consideraba únicamente indicada la amputación. Casos de esta naturaleza son tan frecuentes, que todos los cirujanos han de convenir en que las curaciones completas son hechos raros. Sin embargo, hay de ello ejemplos y lo son los operados por Green, J. F. Heyfelder y Lister. En 15 resecciones practicadas por este último cirujano, se cuentan 2 casos de muerte, 1 que no alcanzó absolutamente ningún resultado, 2 curaciones dudosas y 10 curaciones definitivas. Ante tales resultados, no podemos convenir con lo que sobre este particular decía Malgaigne en la última edición

de esta obra, «es una operación deplorable y que ya es hora de que sea absolutamente excluida de entre las operaciones practicables.» No hay aparato protésico alguno que pueda reemplazar una mano, aun siendo defectuosa; por consiguiente, la conservación constituye para estos casos una regla de la cual únicamente podremos separarnos cuando otra práctica esté claramente indicada. La inmovilidad completa y por mucho tiempo sostenida, auxiliada de la compresión, podrán ser suficientes cuando haya bastante asiduidad y resignación para soportar un tratamiento siempre lento; y en caso de que no diera resultado, estaríamos autorizados para practicar desde luego la resección. En cuanto á la amputación, verdadero testimonio de impotencia, será siempre el último recurso á que deberemos apelar.

VI.— Resección de la extremidad articular del radio

La extremidad articular del radio ha sido, al parecer, resecada dos veces en casos de luxación con salida del hueso á través de los tegumentos, la primera por Cooper de Bungay, y dicese que apenas se resintieron de ello la fuerza del miembro y la movilidad de la articulación; y la segunda, por Saint-Hilaire, con resultados análogos. Pero es muy probable que la pretendida luxación fuese una simple separación de la epífisis, tanto que Saint-Hilaire refiere ingenuamente que la superficie articular del radio estaba *despojada de su cartilago*.

De todos modos en este caso no es de temer la abertura de la gran sinovial mediocarpiana; se opera á regular distancia de las sinoviales de los tendones flexores y no se desnudan tanto los tendones extensores. Con todo la operación no está exenta de peligros, tanto que en manos de Roux, Textor, Beck y Buchanec ha podido terminar por la muerte. En cambio contamos con siete casos que pudieron librarse de tales peligros y cuyos miembros conservaron algunos movimientos. Hublier, en un caso de fractura conminuta, extrajo la extremidad inferior del radio cogiendo con unas pinzas fuertes uno por uno todos los fragmentos articulares, y favoreciendo la acción de éstas con la punta del bisturí. Pasadas siete semanas, la cicatrización era completa; á los cinco meses, se decía que el enfermo conservaba los movimientos de todos los dedos, excepto del auricular, y que era de esperar que *en lo sucesivo podría dedicarse de nuevo á su trabajo ordinario*; pero como la observación concluye aquí, no se sabe cuál fué el resultado definitivo. También Moreau, hijo, resecó la extremidad del radio atacada de caries y, según le dijeron, pues él no lo vió, el operado conservaba

los movimientos de los dedos y de la muñeca. Finalmente, Ricord ha publicado una observación más completa que las anteriores, y sobre todo ha dado á conocer con ella una buena modificación del procedimiento operatorio.

Procedimiento de Ricord.—Después de haber retraído la piel hacia atrás para que no hubiese paralelismo entre la herida exterior y la de las partes más profundas, practicó una incisión longitudinal sobre el borde externo del radio, que descendía hasta más abajo de la apófisis estiloides. En seguida desnudó todo el tercio inferior del radio raspando el hueso con un bisturí curvo por su plano, pero dejando completamente íntegros los músculos y sus tendones. Hecho esto, con la sierra de cadena serró el hueso en la unión de su tercio medio con el inferior, y por último, separando los bordes de la herida con erinas obtusas, cortó con el bisturí los ligamentos externos y ánteroposteriores de la articulación radiocarpiana, y quedando únicamente la articulación radiocubital, bastaron dos cortes practicados con las cizallas de Liston para concluir la operación.

Necesitáronse seis meses para obtener la cicatrización; y si bien la mano había perdido parte de los movimientos de pronación y supinación y también de los de extensión y flexión, no obstante, el enfermo escribía perfectamente y llevaba con ella pesos bastante considerables como, por ejemplo, un cubo de agua.

VII.— Resección de la extremidad inferior del cúbito

Esta resección se ha practicado en casos de luxación complicada con salida del cúbito á través de los tegumentos, y en los cuales la porción saliente se prestaba bien á la aplicación de la sierra. Tres son los casos de esta naturaleza que Malgaigne ha recogido: uno de M. A. Severin, quien afirma que su operado curó; Rogneta vió otro cuyo único defecto consistía en una ligera desviación de la mano hacia adentro, pero por lo demás afirma que la utilizaba lo mismo que antes del accidente. El que yo mismo he tenido ocasión de ver, aún no había alcanzado la curación, después de ocho meses, y todos los movimientos de la mano eran entonces nulos, sin que ningún indicio hiciera presumir su más ó menos próximo restablecimiento.

También se ha operado la resección á causa de afecciones no traumáticas, y en estos casos ha alcanzado á veces una porción muy considerable del cúbito. Una incisión simple de los tegumentos pone de manifiesto la articulación, que no será difícil destruir si