

también trazando dos incisiones, una paralela á la clavícula y otra muy pequeña que caía en ángulo recto sobre la primera al nivel del acromion, de modo que ambas circunscribiesen un colgajo triangular. Trazadas las incisiones, conviene desprender del hueso las partes blandas rasando inmediatamente su cara superior, la inferior y sobre todo la posterior; la sección de los ligamentos acromiales no ofrece dificultad alguna, y la de los coracoideos permite desde luego levantar el hueso lo bastante para pasar por debajo de él la sierra de cadena ó la hoja de una cizalla fuerte. Levantaremos el hueso mucho más fácilmente si lo cogemos con un gatillo, como hemos dicho al hablar de la resección de los metacarpianos. Wutzer, Roux, Travers, Blandin, Malagodi y Chassaignac han practicado esta operación casi en todos los casos por causa de la caries.

2.º *Resección de la extremidad esternal.*—Para poner el hueso al descubierto, podemos valernos de las mismas incisiones arriba indicadas, y después de haberlo aislado al nivel del límite externo de la lesión, podemos proceder inmediatamente á serrarlo en este punto. Davie lo serró á 25 milímetros del esternón después de haber pasado por debajo un trozo de suela, y sirviéndose para ello de la sierra vertical de Sculteto; Sédillot practicó la sección al nivel del tercio interno con una sierra de cresta de gallo, pasando antes por debajo del hueso el mango de un escalpelo. Igualmente pudiéramos apelar á la sierra de cadena que á las cizallas. Seccionado el hueso, procede levantar el fragmento interno para que sea más fácil desprender de su cara posterior el músculo subclavio y el ligamento costoclavicular, á cuyo fin recomienda Sédillot valerse del tirafondo implantado en el centro del hueso; pero me parece mucho más cómodo valerse del gatillo. En la última operación de este género que practicó este cirujano, dice que el tiempo más difícil fué la sección de los ligamentos posteriores de la articulación esterno-clavicular, porque la subclavia (operábase en el lado izquierdo) á cada latido levantaba toda la superficie de la herida. Ante un caso de esta naturaleza, quedaría la dificultad muy sencillamente resuelta, colocando por debajo de la articulación una lámina de cartón ó de cuero.

A. Cooper refiere la historia de una enferma á la cual Davie (de Bungay) resecó la extremidad interna de la clavícula que se había luxado detrás del esternón y, comprimiendo el esófago, dificultaba considerablemente la deglución. Wutzer practicó también esta operación en un niño de diez años por caries; Regnoli, á causa de una fractura seguida de necrosis; y Chassaignac, con motivo de una necrosis consecutiva á una fractura espontánea, en una mujer sifilítica.

3.º *Ablación completa del hueso.*—V. Mott, en un caso de osteosarcoma, practicó esta operación, habiendo alcanzado el éxito más completo. El tumor llegaba hasta el volumen de los dos puños reunidos, y por arriba, se extendía hasta cerca del hioides del ángulo de la mandíbula.

Empezó Mott por practicar una incisión semilunar de convexidad inferior, extendida de una á otra articulación; y, pasando después por debajo del tumor que motivaba la operación, trazó otra superior, extendida desde el acromion al borde externo de la yugular externa; dividió el cutáneo y una porción del trapecio, pasó una sonda acanalada por debajo del hueso cerca del acromion, y después una sierra de cadena, con la cual practicó en este punto la primera sección. No pudiendo aún con esto invertir el tumor, reunió por dentro la primera incisión con la segunda, y seccionó la yugular externa en el intervalo de dos ligaduras; tuvo que dividir la porción externa del esterno-mastoideo, ligar y dividir también la yugular interna, separar con el mango del escalpelo la vena subclavia y hasta el conducto torácico de entre los tejidos degenerados; continuó hacia abajo dividiendo el músculo pectoral mayor y el ligamento costoclavicular, y terminó por la desarticulación del hueso cerca del esternón. En el decurso de esta operación, se practicaron más de cuarenta ligaduras. La herida estaba casi enteramente curada mes y medio después de la operación, y mediante un aparato construido expresamente al objeto de reemplazar la clavícula, el operado conserva casi todos los movimientos del brazo.

Con igual éxito, extirpó Meyer (de Zurich) toda la clavícula á un hombre de 31 años; un joven de 21 años, operado por Wadderburn, conservó, como el enfermo de Mott, todos los movimientos del brazo. Los que operaron Roux y de Warren murieron, el uno á los 3 días y el otro á los 13 después de la operación.

El procedimiento de tres incisiones que circunscriben un colgajo cuadrilátero, parece ser el preferible; pero cualquiera que sea el modo como se combinen éstas, deberemos tener muy presente, cuando la operación sea motivada por caries ó necrosis, que conviene desprender y conservar cuanto se pueda el periostio. Además de que operando de este modo nos ponemos mucho al abrigo de la herida de los vasos subclaviculares, es mucho más probable que la clavícula se reproduzca en gran parte, como sucedió en los casos de Moreau (1765), Vinson (de la Reunión) y Meyer (de Zurich); si bien que en todos ellos sólo se conservó el periostio accidentalmente, porque en virtud de la naturaleza del mal, al paso que estaba muy adherido á los tejidos blandos circundantes, se había, por el contrario, desprendido del hueso.

No hace mucho tiempo (Junio 1873) tuve ocasión de practicar la

ablación completa de la clavícula en una joven de 18 años, cuyo hueso se había necrosado en pocos días á consecuencia de una periostitis flemonosa aguda. La diáfisis se había separado espontáneamente de la extremidad articular esternal; la extremidad externa, cuyo periostio estaba en parte desprendido, ofrecía ya las lesiones avanzadas de la osteitis, á pesar de que la enfermedad contaba únicamente algunos días de fecha. El único caso análogo de que tengo noticia, es el de Vinson. A pesar de que en este caso, en el que la extremidad interna del hueso se había desprendido espontáneamente y salía fuera de la herida, se cometió la imprudencia de esperar que la extremidad acromial se desprendiera por sí misma, lo que se efectuó después de cuatro meses de una abundante supuración. Sin embargo el enfermo curó.

§ III.—RESECCIONES ARTICULARES DEL MIEMBRO INFERIOR

I.—Resección de las falanges de los dedos del pie

La opinión más corriente es la de abandonar este género de resecciones. Sin embargo, Fricke extirpó por caries las extremidades articulares de la primera y segunda falanges del dedo grueso: cinco semanas después de la operación la herida no se había cerrado aún, y uno de los huesos se había necrosado, lo que no fué obstáculo para decir que el enfermo *andaba perfectamente*. De seguro que un hecho de tal naturaleza no rehabilitará semejante operación.

II.—Resección metatarso falángica

Exclusivamente aplicada al dedo grueso, se ha llevado á cabo esta operación en dos circunstancias distintas.

En primer lugar, se ha resecaado la cabeza del primer metatarsiano en luxaciones de las cuales ésta había salido al exterior atravesando los tegumentos. Cramer, Josse y Laugier son los cirujanos que han practicado esta resección: el operado por Laugier murió; los otros dos entraron de nuevo en el servicio del arma de caballería: Josse añade por su parte que el dedo conservó todos sus movimientos.

Se ha ensayado además esta resección en casos de caries. Fricke la practicó dos veces: en el primer enfermo una necrosis consecu-

tiva motivó una nueva resección, pero nada consta acerca del resultado definitivo; y el segundo pudo andar al final de la tercera semana, pero tampoco la observación continúa todo el tiempo que fuera necesario. Finalmente, Butcher repitió la misma operación en un enfermo que, visto muchos años después, se notó que se servía del pie con entera libertad; los huesos estaban, al parecer, reunidos por un tejido fibroso denso; pero no hay que pensar en la utilidad especial de la falange, puesto que el cirujano había cortado los tendones extensores con objeto de impedir su desviación. En la botina fué necesario colocar una fina lámina de acero que supliera el relieve inferior del metatarsiano.

III.—Resección del primer metatarsiano

Barbier y Larrey resecaron este hueso en su totalidad en casos de luxaciones en que únicamente la cabeza había pasado á través de la piel, operación que dejaba sin apoyo alguno el dedo grueso, por cuyo motivo se deformaba y en vez de útil resultaba embarazoso.

Han practicado la ablación completa Blandin, Lisfranc y Velpeau por causa de alteraciones patológicas; todos los operados curaron; pero Velpeau juzgó cual se merecen estas pretendidas curaciones, que no llevan ventaja alguna á las de Barbier y Larrey, y cree preferible la amputación del primer metatarsiano en la continuidad.

No obstante, Malgaigne ha resecaado este hueso casi en su totalidad desarticulándolo por detrás y separándolo por delante de la cápsula articular en que se apoya el dedo grueso. Obrando así, éste no perdía su punto de apoyo y no se retraía, porque la cabeza metatarsiana quedaba sujeta por el ligamento metatarsiano transversal, y conservaba todos sus movimientos. En casos semejantes la resección me parece preferible á la amputación.

Por lo demás, no describiré los procedimientos, porque están basados en los mismos principios que las resecciones metacarpianas.

IV.—Ablación de los huesos de la segunda fila del tarso

Quando un traumatismo haya fracturado y en parte expulsado de su sitio estos huesos, se procederá á su extracción, sin que para este caso sea posible fijar, ni menos seguir, regla alguna especial.