

## GRANDES DESARTICULACIONES EN LA RAIZ DE LOS MIEMBROS (\*)

Dr. Gerardo Caprio

Uno de los aspectos salientes y característicos, en la actuación quirúrgica del Profesor Mérola, era sin duda su dominio de la anatomía, ciencia que se complacía en mostrar y utilizar, no sólo en la ejecución de sus operaciones sino en su concepción y en el enfoque clínico del caso.

Recordaba siempre la frase de Farabeuf: "un peu d'anatomie c'est mon faible".

En este sentido, se podría decir de Mérola que era como Farabeuf, un maestro de anfiteatro pero no sólo del frío de la Facultad, sino del cálido y palpitante de la sala de hospital. Y amaba la Cirugía grande, de extirpación y de gran exposición.

No puedo dejar de recordar las frases de un admirador que dijo de Mérola refiriéndose a su actuación y a su inquietud investigadora: "Y si es preciso inventa vías nuevas por donde ha de correr, seguro y devastador, el bisturí formidable...".

Y bien, yo que tuve la suerte de contarme entre sus discípulos, he traído a esta sesión estos casos quirúrgicos, por ser precisamente del tipo de cirugía que prefería el Maestro. Voy a referirlos de una manera sintética, destacando solamente los aspectos más nuevos en cuanto a las indicaciones y las posibilidades operatorias, ampliadas por el uso de complementos accesorios modernos, tales como la mejor anestesia, los métodos anti-shock y el electro-bisturí. Son tres casos que pertenecen al Instituto de Radiología.

Uno es un caso de desarticulación de cadera por osteo-sar-

---

(\*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el 10 de octubre de 1951, sesión de homenaje recordatorio del Prof. Lorenzo Mérola.

coma de extremidad inferior de fémur; otro es un caso de amputación inter-escápulo torácica por osteo-sarcoma de extremidad superior del húmero y el tercero un caso de amputación inter-ilio-abdominal, por fibro-sarcoma de la vaina de los músculos aductores.

En los tres casos que considerábamos irremediablemente



Caso 1º. — Antes de la operación.

perdidos y fuera de todo tratamiento y habiendo sido previamente irradiados, la indicación operatoria era puramente paliativa, es decir, librar a los enfermos de un miembro con enorme tumor con todo su cortejo sintomático de impotencia, dolor, hemorragias, etc. Dos de los enfermos estaban además en avanzado estado de desnutrición. En los tres casos utilizamos anestesia con pentotal, gota a gota, con inhalación de oxígeno e intermitente con protóxido de ázoe, siendo en todos ellos perfecta; fué efectuada por el Dr. Vega. No hemos utilizado otros gases porque el uso del bisturí eléctrico lo contraindica.

El shock operatorio, escollo de la antigua cirugía, lo hemos evitado con la transfusión sanguínea, hecha por el Dr. Bazano; con la anestesia de los troncos nerviosos por infiltración de novocaína al 2 % antes de su sección; evitando los movimientos y distorsiones violentas, que sobre todo en la desarticulación de cadera, se requieren por los métodos clásicos.

Es de hacer notar que el bisturí eléctrico facilita tanto las



Caso 19. — Antes de operar.

secciones, que justamente con su uso evitamos los movimientos perjudiciales. A ello se agrega su acción intrínseca anti-shock por el bloqueo nervioso que produce la coagulación. Hemos utilizado el bisturí de diatermo-coagulación de Keysser.

El primer caso, de desarticulación de cadera, lo debemos a la gentileza del Prof. Prat. Se trata de una niña de 16 años, con un enorme tumor, osteo-sarcoma, de extremidad inferior del fémur. La enferma fué sometida a extenso tratamiento de irradiación sin resultado aparente. Por el contrario, el tumor siguió creciendo y el estado general cada vez más precario como podrán

Uds. ver en las fotos del caso. En estas circunstancias se hacía prácticamente imposible movilizar la enferma, por lo cual y a pedido de ella solicitamos del Prof. Prat autorización para operarla en el Instituto, lo que hicimos en el mes de mayo de 1950.

La operación hecha con la incisión clásica de raqueta anterior fué muy simple. Como decíamos anteriormente, el bisturí eléctrico permitió proceder de adelante a atrás sin mover el



Caso 1º. — Después de operada.

miembro y con una facilidad sorprendente, sobre todo en el tiempo de desarticulación propiamente dicho. Para el que está entrenado en el manejo del bisturí eléctrico, las secciones no requieren prácticamente esfuerzos; aún los tejidos más resistentes parecen que se abren y separan espontáneamente al paso del bisturí. Completamos con un vaciamiento ganglionar retrocrurol e ilíaco. La enferma toleró muy bien la intervención, como se ve en la foto de pie tomada diez días después.

Se repuso rápidamente y hemos tenido la satisfacción de ver que este caso que parecía perdido está hoy muy bien, moviéndose y trabajando a los 17 meses de operada.



Caso 2º. — Antes de operar. Vista lateral.

El segundo caso, la amputación inter-escápulo torácica, fué hecha también con intención paliativa, ya que como Uds. pueden ver en la foto, el tumor constituía además de los otros trastor-

nos, una enorme carga para la enferma, una joven de 17 años. Se trataba de osteo-sarcoma del húmero que había destruido la mitad superior.

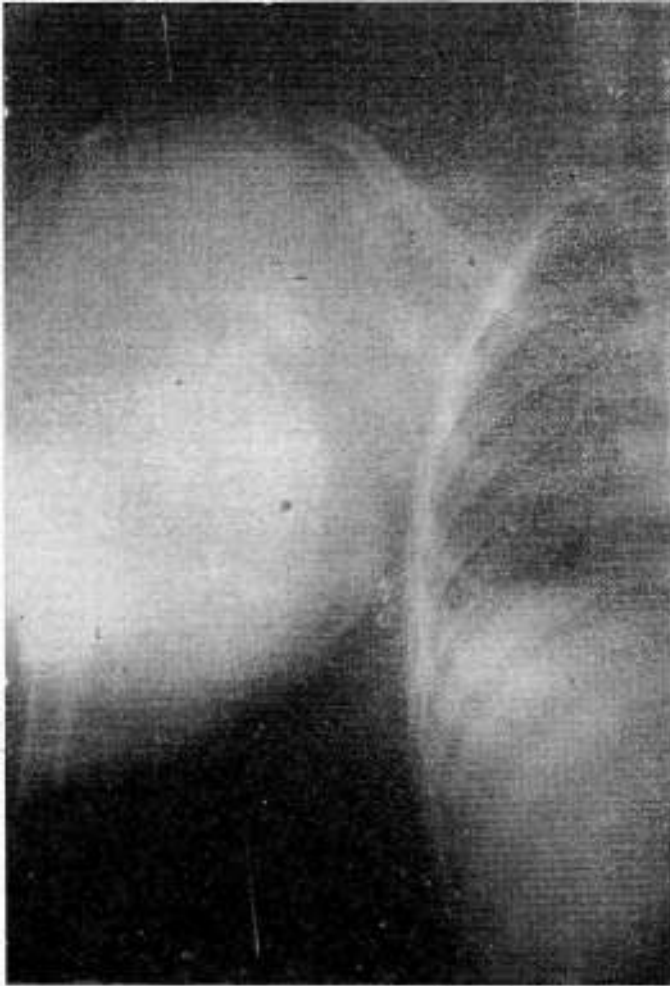
La incisión fué bastante atípica, dada la extensión del tu-



Caso 2º. — Antes de operar.

mor. Como hecho especial debemos mencionar que procedimos siempre de adelante atrás, sin mover el miembro. Seccionamos el paquete vásculo nervioso principal, comenzando por la vena,

siguiendo por los nervios y en última instancia la arteria, al revés de la manera clásica, lo cual nos resultó muy fácil y sobre



Caso 2º. — Radiografía antes de operar.

todo útil para evitar movimientos. Completamos con vaciamiento ganglionar supra clavicular.

Esta enferma estuvo levantada desde el tercer día, las fotos son del 6º día. Nuestra enferma fué operada en el mes de agosto de 1949 y murió a los seis meses con metástasis pulmonares.

Finalmente, el tercer caso es también un caso de cirugía paliativa y que hicimos como tal a pesar de tratarse de una



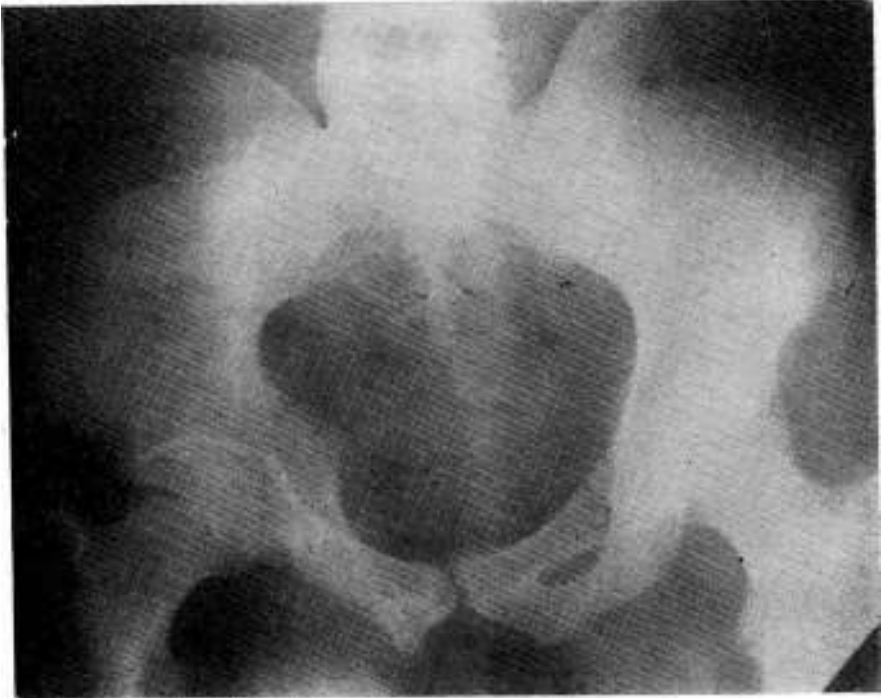
Caso 2º. — Después de operado.

amputación inter-ilio abdominal o hemi-pelviectomía, como la llaman los autores americanos que preconizan esta operación; en nuestro caso no cabía otro tipo de operación y la que nosotros



hicimos se imponía, dado los sufrimientos del enfermo que pedía la intervención de todas maneras. Tenía 24 años de edad.

El tumor, un sarcoma a células fusiformes, originado en la vaina del músculo aductor medio, estaba ulcerado y sangrante y además infectado. El enfermo que estaba totalmente invalidado, pudo abandonar el lecho después del tratamiento y caminar y



Caso 39. — Radiografía antes de operar.

trabajar durante 8 meses, con un estado general muy bueno, como se ve en las fotos. Desgraciadamente no tenemos fotos anteriores que hubieran mostrado su desnutrición extrema.

El resultado operatorio de este caso es sin duda muy bueno. Hemos hecho la intervención aprovechando todas las facilidades de que pudimos disponer: anestesia con pentotal continuo y oxígeno y protóxido de ázoe; transfusión de sangre, equipo de cirujanos y ayudantes bien compenetrados de la técnica, que fué la de Piñeyro Sorondo. Aprovechamos la oportunidad para rendir

tributo a la memoria de este Cirujano argentino, que hizo una descripción magistral, precisa y metódica.

El uso del bisturí eléctrico fué realmente invaluable por la rapidez y facilidad con que hicimos esta enorme y extensa operación; baste decir que se da como tiempo mínimo de ejecu-



Caso 3º. — Radiografía después de la operación.

ción cuatro horas, nosotros hemos tenido la suerte de poderla hacer en dos horas y media y puedo asegurarles que terminamos realmente fatigados.

En cuanto a la técnica en sí misma, creo que no es realmente imprescindible un equipo que trabaje por delante y otro por detrás, con el enfermo puesto de costado; pero eso sí, es preciso conocerla muy bien para hacer todos los tiempos exactamente.

Completamos con vaciamiento ganglionar regional y no hicimos ligadura de la íliaca interna, aunque se hizo compresión temporaria.

Notamos en el post-operatorio las mismas discretas perturbaciones intestinales que han sido señaladas.

Debemos igualmente destacar un hecho especial: este enfermo hizo a los diez meses una recidiva local y numerosas me-



Caso 3°. — Después de operado.

tástasis pulmonares que finalmente provocaron su muerte, pero una de esas metástasis ya existía cuando la operación y pasó desapercibida. Sólo por comparación con las placas últimas se descubrió y al parecer no modificada; desde luego podría no ser una metástasis. Y una última consideración: Creo que esta inter-

vención enorme debe tener amplias indicaciones, y seguramente es el único tipo de desarticulación que cabe proponer como intento de curación en los tumores altos del muslo, sobre todo si se tiene



Caso 3º. — Después de operado.

en cuenta, que a pesar de la mutilación, el enfermo siempre beneficiará funcionalmente.

En estas intervenciones he tenido la valiosa colaboración de los Dres. Piñeyrúa, Mérola (hijo), Grasso y los Practicantes Figueredo y Boero.