

cavidad. Me convencí entonces de que en efecto la cavidad cotiloidea estaba horrada por las granulaciones que habían vegetado en su fondo; de que el cuello del fémur, destruido en parte, estaba interesado, lo mismo que la porción del trocánter, que me era accesible.

Como dije antes, me había propuesto hacer esa primera incisión, y si encontraba secuestros desprendidos ó poco adheridos, los extraía con pinzas; si no, procedía á la resección.

Del vértice del gran trocánter, donde concluyó la incisión, hice partir otra que formaba con aquella un ángulo muy abierto y que seguía la dirección de la diáfisis del fémur hasta más abajo del trocánter. Con la sonda-legra de Ollier desprendí los tendones de la cara externa del trocánter, que estaba aun en parte cartilaginosa; desnudé la parte superior de la base del cuello y de la cavidad digital; hice salir á través de la herida la extremidad del fémur; desprendí las inserciones tendinosas de la cara inferior de la implantación del cuello; y exagerando la luxación, desprendí el perióstio de la diáfisis en una extensión de cuatro á cinco centímetros. Encontré inflamada esta porción del hueso, y á ese nivel hice pasar la sierra de cadena, después de haber protegido convenientemente las partes blandas.

Pasé después un grueso tubo de Chassaignac por la parte más baja de la herida y por la fistula posterior (previendo la posibilidad de que tuviera yo más tarde que renunciar al empaque de la herida); procuré cerrar por primera intención la parte superior de la herida que había practicado; llené toda la cavidad articular con algodón empapado en alcohol con ácido fénico; con una capa muy gruesa de aquella sustancia, cubrí todo el exterior de la articulación coxo-femoral y apliqué por encima un vendaje apropiado. Curé también con alcohol y algodón todas las ulceraciones de la columna vertebral. Coloqué á la niña en un aparato como los que usaba Bonnet, modificados por él mismo para las lesiones de la columna vertebral, procurando que el muslo quedara en una ligera flexión sobre el vientre y la pierna sobre el muslo. Mandé construir un cojín que dejara en hueco toda la parte del dorso en que había ulceraciones. La rodilla la dejé con sus tubos de canalización. Ordené una alimentación reparadora y una bebida ligeramente opiada.

MARCHA DE LA ENFERMEDAD.—A los cinco días me vi en la precisión de levantar el aparato de curación por encontrarlo manchado con la orina, y temiendo que esta se hubiera infiltrado hasta el interior de la articulación. No sucedió así; el algodón se había adherido á la superficie de la herida, que tenía un color rosado excelente; el pus era de buena naturaleza y la parte de la herida que pretendí cerrar por primera intención, estaba ya cicatrizada. Repetí la curación en los mismos términos que la primera vez, y seguí renovando el aparato cada vez que lo encontraba impregnado por la orina.

La cicatrización marchó con mucha rapidez en las ulceraciones de la espina; las del sacro curaron un poco después; la herida de la operación se fué estrechando más y más hasta el grado de que al tercer mes quedaba apenas un trayecto fistuloso en el punto más declive.

La calentura desapareció desde los primeros días; el apetito fué en aumento, cesó la diarrea; las fuerzas y la alegría vinieron después, y comenzó á robustecerse rápidamente la enferma.

Al cuarto mes se le permitió andar con muletas.

Los movimientos comunicados podían ejecutarse en todos sentidos; podía hacer voluntariamente los de extensión y de flexión, pero limitados.

Se formó un absceso pequeño al nivel de la fistula que ocupaba primitivamente el pliegue inguino-crural, y se cerró algún tiempo después; lo mismo sucedió por varias ocasiones con el que ocupaba la parte posterior del gran trocánter, antes de la operación.

La artritis de la rodilla se curó con la inmovilidad. Las aberturas fistulosas se fueron estrechando poco á poco y obligando á sustituir los

tubos primitivos con otros más y más delgados, hasta que se suprimieron definitivamente. Se procuró hacer volver la articulación á sus funciones normales por medio de los movimientos comunicados.

Cuando la niña dejó el Hospital estaba sana y robusta; caminaba con muletas, pero el acortamiento del miembro había disminuido notablemente. Los movimientos de flexión, de extensión, de aducción y de abducción se ejecutaban perfectamente, pero quedaban algo limitados. Todo esto me hizo creer que se había efectuado la regeneración del tejido huesoso á expensas del perióstio conservado y que se había formado una articulación que podía suplir, aunque imperfectamente, á la normal.

Hace cuatro ó cinco meses que volví á ver á la niña con motivo de una erisipela que invadió el miembro á consecuencia de un golpe que produjo una pequeña herida.

En esa ocasión supe que podía marchar sin muletas, y que su salud se conservaba inalterable.

Como se acaba de ver, cuando se publicó esta observación anuncié con mucha timidez que me parecía que el hueso se había regenerado ó se había formado una articulación que suplía, aunque imperfectamente, á la articulación normal; pues ateniéndome á los recuerdos de cuatro y cinco meses atrás, no quise aventurar una proposición que tal vez más tarde hubiera sido desmentida por una observación más atenta; pero por fortuna el 11 de Marzo de este año tuve ocasión de ver á mi pequeña operada y pude cerciorarme de la realidad de mi opinión. Hice retratar á la niña, y tengo la honra de ofrecer á la Academia las dos fotografías que la representan en el estado que guardaba en esa fecha.

Que la operación ha correspondido á la indicación que se trata de llenar con una resección, es indudable: el movimiento de flexión hace llegar el muslo hasta la pared del vientre, la extensión es completa; la aducción y la abducción llenan las necesidades habituales; la rotación comunicada y aun voluntaria tienen la extensión ordinaria; el miembro antes de la operación medía siete centímetros menos que el otro; durante la operación quité cuatro ó cinco centímetros (no tengo en este momento en mi poder la porción de hueso quitado, y por esta razón no puedo decir con entera exactitud si fueron cuatro ó cinco centímetros) de la diáfisis del fémur; por consiguiente el acortamiento debió ser de 11 á 12 centímetros. A pesar de esto, la longitud de los dos fémures, estando la niña de pie es muy poco perceptible; la marcha se hace aún con una muleta para que el miembro no se fatigue, pero la puede hacer sin apoyo ninguno, como pueden ustedes ver. La claudicación que se nota proviene, más que del acortamiento real, del hábito que se contrae de hacer pasar los movimientos en la pelvis.

Creo que las circunstancias que acabo de enumerar bastan para demostrar que el miembro ha crecido en longitud y que existe una articulación: lo primero sería imposible sin que la extremidad que corté se hubiera regenerado á expensas del perióstio que intencionalmente conservé; pero si esa prueba no fuere convincente, tengo una directa: en el lugar en donde hice la segunda parte de mi incisión, el tejido cicatriz es bastante delgado para dejar sentir con toda claridad el hueso que está situado debajo; las presiones hechas por la parte anterior y posterior del miembro dan una sensación idéntica á la del otro miembro en el cual no tenemos duda de que existe el esqueleto; y por último, si el hueso no se hubiera regenerado, los músculos polvi-trocánterianos elevarían el extremo del fémur en el punto en que lo corté y acortarian excesivamente el miembro izquierdo. Respecto de la existencia de la articulación, casi nada tengo que agregar á lo que dije dicho sobre la clase y la extensión de los movimientos que ejecuta; solamente haré observar que esa casi integridad de la articulación la atribuyo en gran parte á la conservación de la cápsula, á no haber interesado las inserciones musculares y á la regeneración de la extremidad superior del fémur.