

Dr. San Martin

~~Robles~~

41-2

Reducción Cruenta

81-1A-nº 14

de las nº = 1640.

Luxaciones Traumáticas Irreductibles.

Tesis

presentada para aspirar al Grado de Doctor
en Medicina y Cirugía

2394
(1640)

por el Licenciado

D. Antonio Novó y Campelo.

Exmo Señor:



Ardua y difícil tarea es la de encontrar en los esquilmosados campos de la Medicina un tema que a la vez que revista cierta novedad, tenga una relativa importancia que sostenga su interés.

Las múltiples tesis doctorales, las diversas publicaciones nacionales y extranjeras, los concienzudos estudios de clínica y los científicos trabajos de bufete, hacen que cada vez aparezca mas restringida

la novedad de la materia y la originalidad del asunto, porque en estas cuestiones, debemos ir tras algo que ofrezca alguna originalidad y no la novedad, siquiera no sea más que en juicios y apreciaciones de hechos por otros realizados.

Meditando y pensando en los adelantos que de algun tiempo acá, ha alcanzado la cirugía articular, parecióme que querrá en ella encontrara temas no desarrollados, ni desenvuelto aún, con la perfección y notoriedad que informan otros trabajos y asuntos médico-quirúrgicos.

Las defensas y seguridades que a nues-

Tras intervenciones han dado los métodos
 antisépticos verdaderamente llamados re-
 volucionarios quirúrgicos, la certeza del diag-
 nostico que hemos podido alcanzar merced
 al empleo del descubrimiento de Nöentgen,
 pusieron sobre el tapete la siempre debatida
 cuestion de las intervenciones articulares cu-
 yo interés e importancia, sostiene la con-
 sideración desde el punto de vista práctico
 de su frecuencia y de la clase a que pertene-
 cen los que estas luxaciones llevan necesi-
 tados por sus manuales ocupaciones del per-
 fecto funcionamiento de sus extremidades.

Por eso de algun tiempo acá, las inter-

venciones articulares vinieron a ser de práctica diaria y la reducción cruenta de múltiples luxaciones, no fue operación teórica, sino que se realizó en el anfiteatro de los hospitales. Apesar de ello, poco ha sido lo que sobre este asunto se ha publicado siendo difícil orientarnos en este punto concreto é interesante de la cirugía articular.

Recogiendo observaciones publicadas é inéditas, valorando las intervenciones y deduciendo de ellas enseñanzas prácticas, creemos que se puede hacer algo útil, algo en que se reglamente una operación, se sintetice y se clarerean sus indicaciones.

Si contando desde luego con la necesaria benevolencia de quien jirque nuestro trabajo, hubicemos logrado hacer algo útil que contribuya a la enseñanza y consejo de quien se dedica a la práctica quirúrgica, conseguiremos con exceso el fin propuesto al tratar de la:

Reducción Cruenta

de las

Luxaciones Traumáticas Irreductibles.



El plan que voy a seguir en la exposicion del tema es el siguiente:

- 1.º Fijaré el concepto del mismo.
- 2.º Exararé á grandes rasgos su historia.
- 3.º Judicaré de una manera sucinta los métodos generales de reduccion.
- 4.º Expondré con detenimiento el método en cuestión.
- 5.º Haré el juicio crítico de sus distintos procedimientos.
- 6.º Me ocuparé de los cuidados post-operatorios y Tratamiento post-operatorio.
- 7.º Presentaré el mayor número de observa-

7
ciones clínicas.

8º Terminaré procurando deducir conclusiones útiles para la cirugía traumática articular.

Concepto del título de la tesis

La primera parte apenas si necesita aclaración:

Reducción: Es volver un hueso dislocado, desviado, a su posición primitiva, a la que ocupaba antes de la dislocación o luxación.

Cruenta ó sangrienta: Es un procedimiento, en que el cirujano, practica la diéresis,

con instrumentos que dan lugar a' derrama-
miento de sangre.

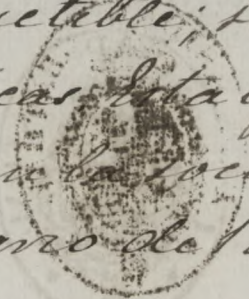
De las luxaciones Traumaticas - Es in-
dudable que el cirujano puede intervenir en-
tamente no solo en las Traumaticas, sino
tambien en las luxaciones congenitas y pa-
tologicas; pero al indicar Traumaticas quie-
ro decir, aquellas que son producidas por
la accion de los agentes esternos, quedando
por lo tanto excluidas de mi ~~termo~~ las conge-
nitas y patologicas.



Queda en último termino por valorar la
palabra irreductible := Etimologicamente
significa, que no puede reducirse, pero apli-

cada á las luxaciones, indica que no puede reducirse por otro procedimiento que no sea el emento.

He empleado de intento la palabra irreductible, prefiriendola á la de antiqua é incurable. A la primera porque hoy la gran mayoría de los cirujanos, están acordes, en que no es el tiempo ó la ancianidad de una luxación la que la hace irreductible; sino que son las alteraciones anatómicas. Esta opinión fue ya sentada por Quenu, en la sociedad de cirugía de París el 6 de Marzo de 1895, presentando casos de cinco días, en que se tuvo que acudir al bisturí y otros de cinco meses



que se redujerón por los métodos suaves.

La de incurable: - Si consideramos la incurabilidad desde el punto de vista de que no es curable por los métodos suaves, pudiera ser aceptada, mas el uso ha sancionado la de irreductible.

Historia.

Precisado el concepto del título de la tesis, vamos a tratar de una manera sucinta su historia.

Desde el venerable anciano de Cos (Hijoócrates) el problema de la reducción de las luxa-

ciones, ha figurado en todos los Tratados de
 cirugía; siendo los árabes y los chinos los que
 más han trabajado en este sentido; pero en
 todos ellos el único método de reducción que
 les ha preocupado, ha sido el de la fuerza.

Los cirujanos se ocupaban tan solo de la gran
 resistencia, que oponian á la reducción la
 fuerza muscular, y contra ella armaban to-
 do el arsenal quirúrgico; más cuando á
 mediados del siglo pasado se descubrió el
 cloroformo creyeron el problema resuelto,
 al producir con él la relajación muscular,
 pero pronto se apercebieron de que la cues-
 tion no era tan sencilla, es decir, que ape-

sar de vencida la resistencia muscular, ha-
bia un gran número que no podían reducirse.
En vista de esto y teniendo por otra parte en
cuenta los graves inconvenientes del método
de fuerza, ensayaron los métodos suaves, veri-
ficándose una reacción favorable en este sen-
tido. El método suave ha dado en manos
de cirujanos como Kocher excelentes resul-
tados, pero como sus indicaciones eran res-
tringidas la esfera de acción de sus parti-
darios quedó muy limitada. El accento
hemos de dividirlo en dos periodos, pre-an-
tiséptico y post-antiséptico.

En el primer periodo los cirujanos no in-

Pervienan; sino de una manera tímida; era natural, los enfermos pagaban caro los atrevimientos quirúrgicos; pues la pioartritis, daba con frecuencia lugar á la piohemia y los enfermos sucumbian víctimas de la infección general.

Entre los primeros cirujanos que se decidieron á intervenir cruentamente, podemos citar en 1819 á Weinholdt, á Dell, á Ferdig, Blandin, Maisonneuve, F. Jensen y J. Simón. Todos intervenian tímidamente, se contentaban con practicar secciones subcutáneas, tenotomias y aun viendo sus malos resultados, no se decidian á repetirlos; así que no

es de extrañar el silencio que reina acerca de este tema, interrumpido de tiempo en tiempo, por algunos cirujanos audaces, que declaraban que la intervención era posible, siempre útil, aunque rara vez inocente.

En la época antiséptica, la cirugía articular entra en una nueva fase y los cirujanos ven colmados sus atrevimientos quirúrgicos; los peligros de la infección desaparecían. Los progresos anatómicos indicándonos las alteraciones de las superficies articulares y los rayos Röntgen, precisando el diagnóstico de las luxaciones hacen que la intervención quede perfectamente reglada y precisada generalmen-

randore de este modo el procedimiento eruento.

Al desarrollo de este nuevo procedimiento han contribuido los cirujanos de todo el mundo.

Entre los principales podemos citar, Warren, 1869 = Volkman 1876 = M. Poncet, 1878 = M. Pouchou, 1882 = Daniel Molier, 1886 = Nicoladoni, 1887 = Ch. Velaton 1889 = Nigardt, 1891, a los que podemos añadir todos los cirujanos generales contemporaneos.

Métodos generales de reducción.

Antes de abarcar este punto creemos de utilidad el indicar las causas, alteracio-

nes anatómicas, las indicaciones y contraindicaciones de la intervención, en las luxaciones traumáticas irreductibles; de cuyo estudio podremos deducir datos de alta importancia para la terapéutica de las luxaciones.

En "Les Bullentins de la Société de Chirurgie" de 1865, Velpeau y Richet dijeron: que las luxaciones de más de cuatro o cinco meses, estaban fuera de los recursos de la cirugía: señalando sin embargo la dificultad de una determinación precisa. Valette avanzando más en sus aseveraciones, formuló las conclusiones siguientes:

tes: en las luxaciones escapulo-humerales, se puede intentar la reducción hasta los tres meses; hasta los dos para las luxaciones intra-coracoideas, hasta los tres para sub-coracoideas sub-glenoideas. Cinco ó seis para las supra-espinosas y sub-acromiales. Dos para las del codo y cadera y tres para la mandíbula.

En la misma sociedad decía Chassaignac: la indicación de abstenerse es decisiva sin tener para nada en cuenta la época de la luxación cuando hay imposibilidad anatómica. Este cirujano inició la idea de que no es el tiempo el que marca la irreductibilidad,

(a' cuya opinion se adhieren Sedillot, Albert, Duernig y otros); sino las alteraciones anatómicas. Esta opinion es hoy admitida y ha sido comprobada por las autopsias y por las artrotonias.

Alteraciones anatómicas.

Las alteraciones anatómicas se pueden dividir en articulares y periarticulares. Las articulares a su vez podemos dividir las en oseas y ligamentosas.

Alteraciones oseas.

Las superficies articulares se irregularizan.

en las que hay cavidad, el cartilago cavitario
esta' alterado, una serie de masas conjun-
tivas neo-formadas la tapiran y la capaci-
dad disminuye.

La cabera articular aumenta de volumen,
se irregulariza, apareciendo en su super-
ficie una serie de estalactitas osas.

Alteraciones ligamentosas.

Varian segun la época; al princi-
pio estan reducidas a la estrechez de los
labios de la hendidura, mas tarde,
la cápsula se frunce, retrae, pliega y en-
durece adquiriendo consistencia fibro-car-
tilaginosa.

Alteraciones periarticulares.

Las alteraciones periarticulares son sufridas en especial por los músculos, que pueden ser desgarrados, desinsertados, contrayendo en la nueva posición adherencias con los tejidos que les rodean, y como por otro lado no funcionan, se atrofian y sufren degeneraciones.

Causas de la irreductibilidad.

Las causas de la irreductibilidad están representadas por las deformaciones óseas, por las adherencias de los ligamentos de nue-

va formación, por la retracción esclerosica muscular, por la retracción de la cápsula, que, según Velatou, es la principal causa de irredución.

Hemos fijado las causas de irreductibilidad y al hacerlo nos hemos convencido, que no es el tiempo el que origina que una luxación sea irreductible; es indudable que cuanto más antigua sea una luxación, más profundas se harán las alteraciones anatómicas, y por tanto, más irreductible será, pero esto no quiere decir que el tiempo y las alteraciones estén en razón directa.

Indicaciones.

Conocidas las causas de irreductibilidad; vamos a ocuparnos de otra cuestión de alta importancia desde el punto de vista terapéutico: cual es, el saber si toda luxación irreductible, puede reducirse.

En las luxaciones irreductibles se forma, cuando estas son antiguas, una neartrosis, que perfeccionada por la movilización progresiva facilita lo suficiente la mecánica articular, tal sucede en la luxación escapulo-humeral, en donde la suplencia funcional de los movimientos de la escápula, de

siempre un beneficioso papel. Por eso se com-
prende que haya cirujanos que prefieran
abstenerse de toda intervencion, tratandose
sobre todo, de individuos de edad avanza-
da, de buena posicion social, que poseen
alguna tara patologica, que no tienen do-
lores molestos y en los que la impotencia
funcional del miembro no es muy acentua-
da. Ahora bien, teniendo en cuenta los tras-
tornos neuro-vasculares y troficos, muscu-
lo-cutaneos, que sufren los tejidos periar-
ticulares, otros cirujanos censuran esta iner-
cia operatoria aconsejando intervenir en
todos los casos. He aqui a los cirujanos

divididos en dos bandas; intervencionistas y no intervencionistas. En efecto los partidarios de la no intervencion sostienen, que cuando las luxaciones no van acompañadas de complicaciones, cuando el hueso luxado ha cambiado simplemente de domicilio, sin comprimir ni vasos ni nervios y de tal modo que el ingreso en la nueva cavidad sea difícil, debe respetarse la derivación porque pronto los huesos desviados se adaptaran constituyendo así la neartrosis, cuya formación debe favorecerse por medio de la movilización progresiva.

Sin hacer grandes esfuerzos podemos

sostener que tal conducta es de todo punto inaceptable, no ya desde el punto de vista de lo inofensivas que en la actualidad resultan las intervenciones, sino por los perjuicios que causa al enfermo tal inercia operatoria. Es innegable que las lesiones neuromusculares producen en un principio los trastornos tróficos musculocutáneos, y en un segundo la impotencia funcional, la inutilidad completa del miembro luxado; si esto puede suceder y sucede con bastante frecuencia, y si las luxaciones en su gran mayoría son de fuerza, se producen en sujetos jóvenes; cual sería la responsabilidad

del cinjano al decir a'un luxado: hágase
 vamasar, movilitar, electrizar el miembro
 y dentro de algunos años, podrá utilizar
 su miembro luxado?

Colocados en un terreno más razonable, los
 intervencionistas, afirman, que si bien hay
 casos en que no debe intervenir, sucede lo
 contrario en la gran mayoría, y de aquí las
 indicaciones de la intervención que son: la
 impotencia funcional absoluta ó relativa;
 los dolores violentos, intermitentes ó conti-
 nuos; las actitudes viciosas, sobre todo las
 que se oponen a la utilización fisiológica
 del miembro; cuando el herido no puede

Trabajar apesar de la amplitud de los movimientos máxime siendo joven; y por último, si se presentan trastornos vasculares.

Contraindicaciones.

Las contraindicaciones están en la actualidad muy restringidas, sin embargo se consideran como tales: la edad avanzada, la antigüedad, las formaciones neartrosias, la imposibilidad funcional producida por atrofas y degeneraciones y por último las taras patológicas.

Si discutimos el valor de estas contraindica-

ciones podremos demostrar en un pocas veces llega á ser valla para la intervencion.

En efecto; la edad no es una contraindicacion, pues en la actualidad no hay límites en ella, que restrinjan las intervenciones quirúrgicas, por eso, más que la edad debe tenerse en cuenta la posición social y dentro de esta el papel activo ó pasivo que en la sociedad desempeña el curado.

La antigüedad, no fija el valor de la indicacion, sino las alteraciones anatómicas que no siempre estan en harmonia con aquella.

Las Paras patológicas, no constituyen contraindicacion especial, debiendo tener presente,

para valorarlas los estudios de Velpéau, acerca del traumatismo.

La neartrosis, tampoco constituye contraindicación, fundándonos en lo que hemos indicado anteriormente.

La imposibilidad funcional dependiente de atrofia y degeneraciones, a no dudarlo constituye la contraindicación de más valor, pues aun cuando hayamos reducido el hueso desviado no llegará a adquirir movilidad una vez atrofiado el sistema motor.

En resumen, pues, los casos en que no debe intervenir se son en la actualidad muy po-

cos, porque gracias a los progresos de la cirugía moderna, las intervenciones se han hecho no solamente inofensivas, sino también eficaces.

Conocidas la etimología, indicaciones y contraindicaciones vamos a ocuparnos de

Los métodos generales de reducción.

No está en mi ánimo hacer un estudio detenido de ellos, pero si necesito indicar algo antes de entrar en el estudio del procedimiento enunceto.

Los cirujanos admiten tres métodos gene-

21

rales de reduccion, suaves, de fuerza y
cruentos, definidos con solo enunciarlos.

Métodos suaves.

A los métodos suaves solian dar los cirujanos poca importancia, á lo más los consideraban útiles en los casos recientes, pero si registramos las modernas estadísticas, vemos por el contrario el importantísimo papel que desempeñan tales maniobras, pues distendiendo y rompiendo las bridas y adherencias diversas han conseguido la reduccion en un gran número de casos. Deben ser, pues, las maniobras de dulzura, las primeras en toda cura

ción, cualquiera que sea su antigüedad, fracasando solamente, cuando las alteraciones anatómicas son muy extensas.

Métodos de fuera.

Los métodos de fuera han sido el electivo de los cirujanos antiguos, más tarde cuando la anatomía patológica ha sido bien estudiada, los cirujanos, emprendieron una reacción favorable contra el método de fuera, reacción que ha sido iniciada por Farabeuf y Sedillot viendo desaparecer de la terapéutica de las luxaciones los métodos de fuera. La primera fuera utilizada ha sido la de tracción representada

por la extensión y contraextensión ejercida por el cirujano y sus ayudantes; pero esto tenía el inconveniente de ser intermitente y desigual por lo que se ha preferido el esfuerzo continuo de la fracción elástica que permite ejercer una extensión gradualmente creciente sin sacudidas ni retrocesos lo cual se ha conseguido por medio de aparatos tales como el de Jarvis, Hencquin, Robert y Collin que llegan á desarrollar una fuerza de 180 á 200 kilogramos.

Con semejante brutalidad de fuerza, habian de producirse graves trastornos articulares y periarticulares, y en efecto se han observado

desgarraduras musculares, de la arteria y vena axilar, elongaciones y desgarraduras de los nervios del plexo braquial, soluciones de continuidad en los segmentos y aun arrancamiento completo de los miembros.

En vista de estos inconvenientes podemos rechazar semejante proceder al que no debe nunca recurrirse en la actualidad. En presencia de un luxado, despues de ensayar los métodos de dulciora, recurriremos a' los cruentos en caso de fracaso, que no deben estar restringidos sino que es necesario que den como métodos de necesidad.

Método cruento.

25

Debe ser el método de elección una vez fracasado el de dubrura. Los procedimientos operatorios que en él podemos seguir, son varios, entre los que citaré las secciones subcutaneas, la reducción simple por la artrotomía, resección, osteotomía y osteoplasia.

Secciones subcutaneas.

Fue el primer paso que se dió en la cirugía cruenta, siendo las tentativas iniciales las hechas por Weinhold en 1819,

que practicó con éxito la sección subcutánea del pectoral mayor, para facilitar la reducción de una luxación escapulo-humeral irreductible, siguió Dieffenbach el camino imperado, y en 1879 cortó el pectoral mayor, gran dorsal y redondos y seccionando también los ligamentos curó al enfermo; en 1843 Ch. Bell y Dupuytren, seccionan los ligamentos laterales en las luxaciones de las falanges, Liston, Gerdy, S. Simon, Plummerhard, Mac Cormac, Lewis, Sayre, Falanquier, Parabeuf y Verneuil, practicaron desde 1850 hasta 1882, una serie de intervenciones representadas en su mayor parte, por tenotomias sin,

conseguir impresionar al mundo quirúrgico, que apesar de los esfuerzos de Polaiilow y Mollier, que tratan de rehabilitarla en 1882, dejan en abandono casi completo esta clase de intervencion.

El juicio crítico de este procedimiento salta á la vista. Es indudable que es sencillo; pero presenta el inconveniente de ser hecho á ciegas, que expone, á heridas de los vasos y nervios, y no rompe sino incompletamente las bridas adherentes. Claro que en un principio cuando los cirujanos temian á la infeccion estaba justificado, pero hoy con los progresos de la anti-sepsia, se prefiere la incision completa á

ciel ouvert que deja al descubierto la articulacion, permitiendo investigar el obstaculo con la vista y seccionarle con seguridad y precision.

Artrotomia seguida de reduccion simple

Reduccion simple por medio de la artrotomia.

Warren: ha sido uno de los primeros cirujanos que la practicaron en las luxaciones sub e intracoracoideas en el año 1869, Langembeck en 1877, Volkman, 1882, Ollier 1886, Volker 1880, y a partir de esta fecha los cirujanos contemporaneos Parabeuf, Kocher etc. intervienen

en múltiples casos especialmente de luxación escapulo-humeral.

En el codo fue practicado por primera vez por Blumhardt en 1847, por Pingaud. en 1877, por Breulemburg en 1879, Volker, 1880 y Ollier 1876.

La artrotomía en las luxaciones metacarpo-falangicas fue practicado, desde hace ya mucho tiempo por Dupuytren, al cual siguen Clark en 1871, Suck en 1872, Nichou en 1877 y Esmarch en 1878 con resultados muy variables.

En la cadera practican la artrotomía M. Ch. Velaton en 1877, Mac. Cormac en 1878

S. Jones en 1884, Polaiillon en 1887, Nicoladoni en 1885, Margary en 1886, Quisme en 1887 y Poci en 1889.

Esta intervención en las luxaciones de la rodilla, tibio-peroneotarsiana y tarso-metatarsiana es de la cirugía contemporánea.

Técnica general operatoria.

Dos cosas nos proponemos al practicar la artrotomía en las luxaciones irreducibles, primero: apertura de la articulación y segundo: destrucción de los obstáculos que se oponen a la reducción, así que la mancha

general de la operacion es esta: seccion de las partes blandas, apertura de la articulacion por seccion capsular, reduccion del hueso luxado, reconstitucion de la capsula articular, y por ultimo sutura de las partes seccionadas. Tal es la tecnica general de la artrotomia.

¿Es posible o debe practicarse siempre la reduccion simple a ciel ouvert por medio de la artrotomia?

Al registrar las distintas opiniones vemos que hombres de igual talento, de igual experiencia clinica, sientan conclusiones contradictorias pues unos afirman, que

debe practicarse siempre la reducci6n simple, y otros por el contrario, que debe recurrirse se sistemáticamente a la resecci6n.

Los primeros los partidarios de la artrotomia, sostienen que una vez reducida la luxaci6n, lo que mäs interesa en el porvenir de la misma, es la mecánica articular; en efecto cuando se practica la resecci6n, la mecánica articular sufre, es inferior a la de una articulacion normal, no ya desde el punto de vista de la fuerza, sino tambien desde el de la estension de los movimientos y si esto puede no tener importancia en un individuo que por su posici6n social

no tiene necesidad de utilizar las amplias y grandes movimientos del miembro, si la tiene el obrero, en quien la limitacion de los mismos es un gran perjuicio para sus trabajos y sosten.

Los que sistematicamente defienden la reseccion, afirman que la reduccion simple es casi siempre dificilissima y aun imposible, que predispone a la supuracion y que la cabera una vez resecada vuelve a formarse con lo cual la mecanica particular, no queda comprometida.

Para contemporizar estas dos opuestas opiniones, se ha formado una intermedia, que

sostiene que debe preferirse la artrotomia,
a la resección de las luxaciones antiguas rela-
tivamente recientes.

Juicio crítico.

No colocados en el terreno sistemático, va-
mos a resolver esta cuestión examinando
las indicaciones y contraindicaciones de la
artrotomia y resección, y si en todas las lu-
xaciones puede emplearse indistintamente
uno u otro procedimiento.

La artrotomia está indicada siempre que
las alteraciones anatómicas de las superfi-

cies articulares, sean nulas ó escasas, siempre que seccionando las bandas fibrosas que sujetan el hueso luxado, se reduzca por maniobras fáciles y suaves. En sujetos jóvenes de la clase obrera.

Contraindicaciones.

Existe contraindicación en aquellos casos en que la cavidad está completamente estrechada, ó no existe, de tal manera que la coaptación no es posible, en los que la cabera está sumamente aumentada de volumen y es irregular; en los que la reducción pro-

durca Fracturas más graves que la resección,
siempre que para lograr la coaptación, haya
necesidad de seccionar ampliamente la casi
totalidad de los músculos; cuando el hueso
lurado, una vez reintegrado á su sitio, no pue-
da ser en él, mantenido, sino muy difícilmen-
te y por último si reducido, queda demasiado
fijo por la acción de los músculos acortados.

Conocidas las indicaciones y contraindica-
ciones de la artrotomía ya es fácil la elección
entre esta intervención y la resección.

En general prefieren los cirujanos, la artroto-
mía ó reducción simple, en todos aquellos
casos en que es posible, es decir, que debe ser el

procedimiento de eleccion. Siempre antes de intentar la reseccion, debe tratarse de practicarse la reduccion simple.

Para comparar razonablemente estas dos intervenciones vamos a indicar las opiniones de los cirujanos en las distintas articulaciones. En general prefieren la reseccion en el codo; en la cadera y en la garganta del pie; en los demas casos la artrotomia es el procedimiento elegido.

Reseccion



Hemos considerado como procedimiento

electivo la reducción simple ó artrotomía y como excepcional la resección; más si comparamos las estadísticas de los distintos cirujanos, nos demuestran que sus indicaciones se restringen mucho, y que aun emperando por la artrotomía, se termina muy frecuentemente por la resección.

Las indicaciones de la resección son: de un lado, aquellos casos en que la artrotomía no es factible, y de otro tiene la resección indicaciones que pudiéramos considerar exclusiones, entre las que podemos citar la compresión de los vasos y nervios por el hueso luxado; las fracturas del hueso dislocado producidas por el trauc-

matismo y por las maniobras de fuera, y por último aquellos en que la cavidad articular se ha achicado considerablemente, ó ha desaparecido por completo y tambien los que la cabera se ha hipertrofiado y desarrollado considerablemente.

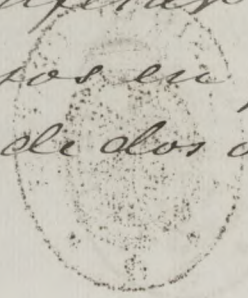
Al practicar la resección se plantea un problema de alta importancia, cual es el saber si la resección debe ser lo más amplia posible ó si por el contrario habremos de ser económicos.

La opinión más corriente es la de que se debe ser lo más económico posible pues con ello tenemos la probabilidad de formar una neartrosis de condiciones parecidas a las de la articulación nor-

mal, y por otra parte el acortamiento del miembro es menor, y si se trata de sujetos jóvenes al resecar extensamente, nos llevamos los puntos epifisarios y el hueso cesará de crecer. Hay sin embargo cirujanos que no son partidarios de tal modo de proceder sentando, que si bien es cierto que el procedimiento de eleccion debe ser la reseccion parcial, sin embargo la conducta que ha de seguirse depende de varias condiciones; edad, posicion social, estado anatomico y la clase, variedad y extension de los movimientos de la articulacion.

Resecado el hueso, la conducta que puede seguirse es distinta; los modernos cirujanos han adoptado un procedimiento que,

es el siguiente: una vez resecado llevar
el extremo del hueso a ponerlo en contac-
to con la cavidad articular, terminada
con la reconstitución de la cápsula. Este
procedimiento fué adoptado por Nigardt
en 1890 en la luxación de la cadera, tra-
tando de generalizarlo adaptándolo co-
mo norma de conducta, en todas las in-
tervenciones en que se practica la re-
sección; más hemos de confesar que
solo es aplicable en los casos en que
el acortamiento no pase de dos ó tres
centímetros.



Osteotomía y osteoclasia

52

Cuando la luxación es muy antigua, mejor dicho cuando las alteraciones anatómicas son muy extensas de tal manera que las superficies articulares se han borrado, las adherencias son considerables y la limitación de los movimientos es grande, hasta el punto de que la impotencia funcional es casi absoluta, y teniendo en cuenta los resultados que dan a veces las pseudo-artrosis, se ha tratado de crear estas por medio de la osteotomía y de la osteoclasia. Debe preferirse en la actualidad la osteo-

Tomia a' la osteoclasia que ha dado resul-
tados bastante satisfactorios en las luxacio-
nes del hombro, codo y cadera.

Lineas de incision

Estudiados los procedimientos del método cruento
creo de importancia el tratar ahora cual es la linea
de incision mejor, para intervenir en las distintas
clases de luxacion.

Hombro.



Delaton, Nigard, Duplay, Mickulier etc. etc.

nen cada uno, un procedimiento operatorio que aseguran es el mejor. No está en mi ánimo la discusión sobre este asunto, pero anotaré desde el punto de vista práctico cual es el camino mejor, para reducir el hueso luxado, asegurando al mismo tiempo la mecánica articular.

Las líneas de incisión se han dividido en anteriores y posteriores.

La experiencia y la crítica han preferido la vía anterior; ella es la que facilita la reducción, después de haber fracasado la reducción simple.

La práctica, pues, una incisión que arranque de encima de la apófisis coracoides, dándole la extensión que se crea conveniente.

Codo.

55

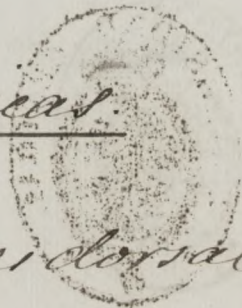
En esta articulación, conviene que las incisiones sean previas, por ser la resección la indicación más frecuente. El mejor procedimiento es el de Ollier. Se practican dos incisiones laterales, una por fuera del epicóndilo y otra al nivel de la epitróclea de seis á ocho centímetros de longitud, dirigidas hacia atrás. Cuando se desea mayor campo operatorio, á fin de dominar las superficies articulares, se emplea el procedimiento de Decés y Boyer que es el siguiente: incisión transversal en la parte posterior de la epitróclea al epicóndilo, y sobre

esta una vertical ascendente de diez centíme-
 Pros de longitud.

Muñeca.

Estas luxaciones son poco frecuentes y el proce-
 dimiento que se sigue es generalmente el de Ollier;
 otros practican dos incisiones laterales de cinco
 a seis centímetros.

Metacarpo-falangeas.



En la del pulgar la incisión es dorsal exter-
 na, en caso de veneción se añade una pal-

mar. En el indice debe ser lateral. En el auricular dorsal. Dorsolateral, para el medio y anular.

Cadera.

En las luxaciones posteriores, se sigue la via anterior y en las anteriores la posterior. En la via anterior puede practicarse dos procedimientos, el de Poldaiellow y el de Volkmann. Consiste el primero en una incision de diez centimetros, partiendo de la espina iliaca antero-inferior, sigue el borde anterior del Trocater mayor, llegando directamente

te sobre la articulación. El procedimiento de Nelaton, es el preferible por prevenir la eventual resección; incíndese sobre la eminencia formada por la cabera, entre la espina iliaca antero-inferior y el borde superior del Trocater mayor a igual distancia de uno y otro en una extensión de doce centímetros, siendo paralela primero a la cresta iliaca para desviarse luego a descender a un través de dedo por delante del Trocater

La intervención por la vía superior es siguiendo el proceder operatorio de Langembeck; para practicarlo, se dobla el mus.

lo formando un ángulo de cuarenta y cinco grados, se seccionarían los tejidos en una extensión de ocho ó diez centímetros, siguiendo en línea recta la prolongación de la dirección del fémur por medio de una incisión trazada sobre el centro de la cara externa del gran trocánter, que se dirija hasta la espina iliaca postero-superior.

Rodilla.



Las luxaciones irreductibles de rodilla son raras, practicanse con la artrotomía ó la resección.

Garganta del pie.

60

Practicáuse dos incisiones transversales, sobre la base de cada maleolo y otras dos verticales de siete centímetros de longitud, una sobre el borde externo del peroné y la otra sobre la cara antero-interna de la tibia).

Luxación sub-astragaliana

El procedimiento seguido, consiste en practicar dos incisiones, la primera antero-externa tendrá diez centímetros de longitud emperando en el borde anterior del peroné a cuatro o cinco

centímetros por encima de la extremidad
maleolar dirigiéndose algo oblicuamente ha-
cia el borde anterior del cuboide en el que ter-
mina; de esta partirá a la altura del vér-
tice del maleolo otra segunda dirigida ha-
cia abajo y atrás de tres centímetros de lon-
gitud que terminará con otra en el borde in-
terno del tobillo que tendrá seis ó siete.

Articulaciones tarsianas metatarso- falángicas y falángicas

En estas se ha practicado siempre la resección
y la vía seguida para esta clase de inter.

venciones, es la clásica.

Tratamiento post-operatorio.

El interés del cirujano y enfermo una vez producida la luxación por métodos cruentos, es el que la herida operatoria, cicatrice por primera intención, lo cual conseguimos por una rigurosa asepsia, posición adecuada y contención oportuna conseguida mediante los aparatos ad hoc.

Una vez cicatrizada el principal interés está: 1.º en evitar la anquilosis, lo que alcavramos por la movilización lenta y progresiva; 2.º en

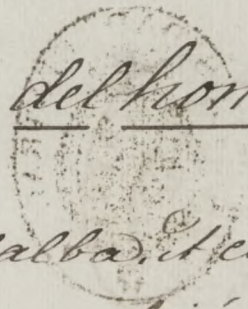
evitar la atrofia muscular para lo cual suele recurrirse a la gimnasia, masage y electricidad cuyas técnicas no describimos por ser especial para cada articulación.

Observaciones clínicas.

Clinica del Dr. J. Bravo.

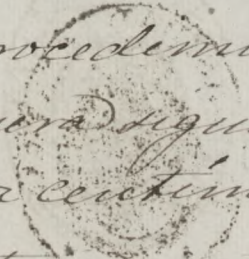
Hospital provincial de Madrid.

Luxación irreductible del hombro.



N. de 35 años, natural de Villalba, consecuencia de un traumatismo que sufrió el,

2 de Junio de 1901 dislocó el brazo derecho, sien-
do sometido a maniobras de reducción, por ex-
traños a la cirugía. El tres de Noviembre del
mismo año entro en la clinica, pudiendo obser-
varse una luxación sub-coracoidea del hom-
bro derecho, cuyo diagnostico clinico ha sido
comprobado por el radiográfico del Dr. Espin.
En diez de Noviembre, fue cloroformada la
enferma intentandose inutilmente la re-
ducción por el método suave. P. de Kocher, en
virta de lo cual se recurrió al procedimiento
cruento, practicandolo de la manera siguien-
te: Dióse un corte de unos diez centímetros
de longitud, siguiendo el intersticio pectoro-



deltoideo, arrancando en su parte superior.
 Seccionadas las partes blandas, llegóse á las su-
 perficies articulares que apenas alteradas, in-
 dujeron al cirujano á practicar la reducci6n
 simple, lo cual ha conseguido despues de una
 faena de tres cuartos de hora, pues el humero
 se hallaba como agarrado, por una corona
 osteo-fibrosa que lo rodeaba completamente
 y que hizo que la reducci6n fuera bastante
 penosa.

Una vez el humero en libertad, se llevó á la
 cavidad glenoidica, y se reconstituy6 la cap-
 sula articular, terminandose con la sutura
 de las partes blandas. A los nueve dias se

levantó el apósito estando la herida completamente aseptica.

Sometida la enferma a las prácticas post-operatorias, corrientes en estos casos con objeto de evitar la anquilosis, fué dada de alta el 4 de Enero en un estado completamente satisfactorio.

Observación 2^a

Luxación Sub-clavicular del hombro.

N. natural de Madrid, de 24 años, lavandera. En Agosto del 901 desiloco el hombro

derecho, a consecuencia de un Trauma; el 21 de Mayo de 1902 entró en la clínica, diagnosticándose clínicamente y radiográficamente una luxación sub-clavicular del hombro derecho.

El primero de Abril del corriente año fue cloroformizada intentándose la reducción por el procedimiento de Kocher y como no diera resultado se practicó la artrotomía por la vía anterior, con incisión pectoro-deltoides, y como quiera que las superficies articulares estaban poco alteradas, permitiose con la reducción simple, reconstitución de la capsula y sutura de las partes blandas.

Marcha aseptica. Diósele el alta por com-

pleta curación.

Observación 7^a

Luxación del hombro derecho complicada
de fractura humeral por maniobras de fuerza.

N.º de 50 años, de Madrid, portera. Hace 6 meses, sufrió trauma hombro derecho que le produjo dislocación. Al cabo de dos entró en el Hospital de Madrid e intentando la reducción por el método de fuerza le fracturaron el húmero: una vez consolidada la fractura, decidiose a ingresar en la clínica en abril.

del corriente año, pudiendo diagnosticarse clínica y radiográficamente una luxación intracoracoidea, con abultamiento a nivel del cuello quirúrgico.

Cloroformizada la enferma se intervino cruentamente por la vía anterior, encontrándose las superficies articulares deformes, pues la cabera estaba muy abultada y como por otro lado los dolores que producía eran violentos decidióse practicar la resección. Marcha aseptica y curación completa.

Observación 4^a

Clinica del Dr. Ribera
Catedrático de Clínica quirúrgica

Luxación irreductible de hombro.

P. C. Natural de Fuenteavila (Albacete) de 28 años, soltero y dedicado a las faenas del campo, ingresó en la clínica el 28 de Octubre del año 1898.

Una caída fue la causa de su dislocación que se produjo un año antes de su ingreso. Por los síntomas subjetivos y objetivos se diagnosticó; "luxación del hombro infra-

coracoidea con anquilosis en un reu-
mático.

Tratamiento:- Fue tentada la reducción por el método de Kocher que ha producido la fractura del húmero, en vista de lo cual se ha inmovilizado el brazo permaneciendo así veintiseis días, por lo cual se decidió la intervención cruenta, que se llevó a cabo el 28 de Noviembre en la siguiente forma: se practicó una incisión de ocho centímetros de longitud, siguiendo la dirección del intersticio pectoro-deltoides. Pasaron al descubrirse la extremidad superior del húmero, pudiendo observarse en la proximi-

dad del cuello quirúrgico la fractura completa. La parte del humero que formaba el cabo superior de la fractura, se separó, mediante un corte con la sierra de cadena y la extremidad inferior del hueso, con el gatillo de Farabeuf a favor de movimientos combinados de Flexión y Rotación para poder romper las adherencias que la cabera del humero había establecido con las partes vecinas. Terminose con la antisepsia y sutura de las partes blandas.

Marcha aseptica, cicatrizacion por primera intencion.

Cuando el enfermo salio de la clinica los

dolores persistian y los movimientos eran muy limitados.

Observación 5^a

Clinica del Dr. San Martín.
Catedrático de Clínica quirúrgica.

Luxación del hombro derecho.

Hombre robusto, quijureuano, que a consecuencia de una caída, sobre el hombro, sufrió luxación del miembro mencionado con gran traumatismo, no lo grandon la

reducción a pesar de las numerosas tentativas que se hicieron por médicos y extraños, y de dos artrotomías que se practicaron en un Hospital de Madrid. Comprobada la luxación subcoracoidea con fractura del cuello quirúrgico del humero, se hizo la resección seguida de prácticas de masaje, durante cinco meses por Deereff, con satisfactorio pero no completo resultado.

Observación 6^a

Clinica del Dr. Nibera,



Luxación del codo.

45

Mujer de 19 años, que ingresó en la clínica el 17 de Noviembre de 1894.

La dislocación se verificó contando la enferma cuatro años; un mes antes de ingresar en la clínica dá otra caída sobre dicho codo que quedó muy dolorido moviendo el brazo para evitar el dolor.

El cloroformo no pudo obtenerse una luxación hacia adentro irreductible y como los dolores persistían, decidióse intervenir como así se hizo el 10 de Diciembre.

Tratamiento. Incisión posterior en V, cu-

Las ramas pasaban por el borde cubital y radial de la extremidad inferior del húmero; puesto al descubierto el olecranon se serró con sierra y escoplo por su parte media: abertura de la cavidad articular, llevando hacia arriba el pico del olecranon con su tendón. Intentose llevar el cubito á su posición normal y no pudiendo verificar la reducción, se reseccó el trozo del borde externo del olecranon, pudiendo entonces conseguir que se adaptara perfectamente la polea humeral con la cavidad sigmoidia. Entonces se puso el pico del olecranon en su sitio y para mantenerlo se dieron tres puntos

de sutura en los bordes de seccion del triceps.
 Sutura profunda y superficial de la herida
 operatoria sin desague. Miembro en extension,
 aptirexia y asepsia. Cicatrizacion por pri-
 mera intencion. Cuidados post-operatorios
 de movilizacion progresiva y masaje y
 alta en estado satisfactorio.

Observacion 7^a

Luxacion irreductible del codo.

Hombre de 17 años, en Julio del 94 sufrió
 una caida sobre el codo izquierdo. Ingresó

en la clínica el 6 de Octubre del 98.

Hecho un reconocimiento detenido de las partes articulares, se ha diagnosticado de luxación completa y posterior del antebrazo.

Operación:- Se llevó a cabo el 17 de Noviembre. Previa cloroformización y desinfección de la parte, se hizo una incisión en la parte externa y posterior de la articulación, que comprendía todo el diámetro transversal de la misma, y después otra, que cortaba a esta en su parte media y de menos longitud, resultando una T. Levantadas las partes blandas y estando en flexión forrada el hombro, se dió un corte al olecranon, con

el escoplo y el martillo y de este modo la articulación quedó al descubierto, y se observó que el radio estaba detrás del condilo, que el olecranon habia ascendido de su nivel ordinario, y que se habian formado varias adherencias fibrosas que rodeaban a toda la articulación.

Quitadas todas ellas, para verificar la reducción y lograda esta adaptación de las superficies articulares, se procedió a hacer las suturas, haciendo primero la del olecranon, desprendido, y despues la de las partes blandas dejando desahue y teniendo siempre cuidado de que el miembro estuviera en

extensión y completamente inmóvil, y por último se colocó una gotiera, dando por terminado el acto operatorio.

Fue dado de alta, en vista de su buen estado pues le eran posibles algunos movimientos. (Curó con anquilosis).

Observación 8^a

Dislocación iliaca del femur

Mujer de 22 años, que en los primeros días de Febrero del 94, fue derribada al suelo, produciéndose una dislocación

del fémur.

Al examinarla en el mes de Octubre se diagnosticaba fácilmente una dislocación iliaca del fémur, acortamiento de tres centímetros, marchando solo con muleta. La cabera se percibía bien en la fosa iliaca.

Operación - El 28 de Octubre. Incisión de ocho centímetros de extensión, cuyo centro pasaba por encima del punto en que la cabera del fémur se percibía más fácilmente, y dirigida de arriba abajo y de atrás adelante, una incisión de Langebeek, pero más atrás, por encontrarse la cabera detrás de la cavidad cotiloidea.

De un solo corte se llegó a la cabera femoral a la que cubrían pocas capas de fibras musculares y que se encontraba como se había dicho en completa dislocación. Los restos de la cápsula articular formaban fuertes bridas que constituían adherencias, que unían la cabera a las partes próximas, por lo cual fue difícil aislarla.

Reconociendo la cavidad cotiloidea se vió que estaba ocupada por tejido fibroso de consistencia de cartilago y circundada por el rodete cotiloideo, único vestigio que permitia reconocerlo.

Furgose inutil todo intento de reducción,

que se prefirió decapitar el femur consiguiendo
solo con el mismo separador del periostio, ex-
trayendo la cabera y cuello con el gatillo de
Parabeuf.

Estirpadas todas las bridas, se colocó el
extremo del femur seccionado en la cavidad
cotiloidea.

Cicatrización por primera intención. Alta
curada. Andaba sin muletas y la claudi-
cación es muy ligera.

Observación 9ª



Luxación Coxo-femoral posterior.

E. N. de 25 años, natural de Santa Elena,
(Jaen), ingresó en 1898.

A pesar de la fecha de luxación (Pies meses)
se intentó la reducción con cloroformo, y en
vista de su imposibilidad, se procedió el 29
de Abril, a resecar la cabera del fémur des-
truyendo todas las adherencias.

Sutura, apósito, marcha aseptica, exten-
sion, contraextension y alta por curacion.

Observación 10^a

Liliaca, irreductible, complicada
con fractura del cuello del fémur.



N. de 22 años, natural de Ciudad-Real,
soltero y labrador, hace cuatro años sufrió
una caída que le produjo la dislocación.
Por los síntomas objetivos y subjetivos diag-
nosticamos luxación posterior iliaca com-
plicada con fractura del fémur.

Operación: El 21 de noviembre se practicó del
modo siguiente: Previa cloroformización y
anestesia de la región, se hizo una incisión rec-
ta, que empezaba un centímetro por encima
del Trocánter mayor, seguía sobre la línea me-
dia de la cara externa de esta eminencia ósea
y terminaba a siete centímetros de distan-
cia del punto de origen.

El bisturí penetra dividiendo la piel, la apo-
neurosis, el periostio del Trocánter y algunos ha-
pecillos del glúteo mayor. Se separaron los bor-
des de la herida y con el bisturí y periostotomo,
se desnudo el gran Trocánter, descubriéndose
se las inserciones del glúteo mediano y cua-
drado femoral, el piramidal, el obturador
interno y el glúteo menor. Se separaron ha-
cia adelante y atrás el periostio y los múscu-
los en él insertos; se puso el miembro en se-
miflexión, rotación interna y abducción for-
rada, pudiendo entonces introducir el de-
do por detrás del Trocánter; no lográndolo
tocar la cabeza femoral. Forrando más

la abducción y la rotación interna y separando bien los bordes de la incisión, se pudo ver que el cuello del fémur formaba con el eje del hueso un ángulo agudo, en vez de cinco treinta grados que forma en estado normal: la cabera estaba cubierta por una capsula muy gruesa y al incidirla se oyó un silbido producido por la entrada del aire en la nueva articulación. Inútilmente apareció la cabera del fémur en la herida, viéndose que había una fractura del cuello del fémur intra y extra capsular, y que la cabera estaba casi desprendida del cuello anatómico. Se separó el periosteo de la parte superior del fémur y con la sierra de

cadena se serró este hueso un centímetro más abajo del Trocánter mayor. Se colocó el extremo seccionado en la cavidad cotiloidea y se terminó con la sutura de las partes blandas.

La marcha no ha sido aseptica, pues al levantar el apósito se notó que por la herida salía pus, lo cual obligó a que se hiciera una antisepsia rigurosa durante ocho dias, con la cual la infección ha desaparecido por completo.

En este estado ha permanecido el enfermo unos cuantos dias hasta la cicatrización completa.

Salio curado; efectuando la deambulacion

con muletas.

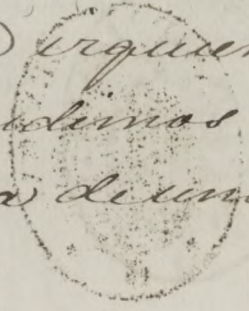
Observación 11^a

Luxación irreductible de la cadera.

N. de cuarenta y cinco años de edad, casado, jornalero, natural de Arcollarin (Cáceres).

Hace nueve meses sufrió una caída desde un roble a consecuencia de la cual sufrió una dislocación de la cadera izquierda.

Explorado detenidamente, pudimos comprobar en efecto que se trataba de una luxación coxo-femoral inferior.



Tratamiento: Cloroformado el enfermo, se intentó la reducción por flexión, con rotación externa y hasta con extensión, no consiguiéndose más que romper algunas adherencias, procediose inmediatamente a la artrotomía, haciendo una incisión vertical de unos diez centímetros en la parte infero-externa de la cadera sobre el Trocánter mayor y el nervio ciático mayor, que se ladeó con un separador, costando gran trabajo encontrar la cabeza femoral, a fuerza de disección en gran parte irregular, ayudada de flexiones y rotaciones de muslo, encontrándola por fin completamente posterior. Una vez

encontrada la cabera se separó del cuello con
 escoplo y martillo y se extrajo con una pin-
 za Farabeuf, previa rotura de las adheren-
 cias, despues lavose el foco traumático y se
 colocó un tubo de desagüe.

Cicatrizacion por primera intencion. Alta
 con el miembro completamente impotente,
 muy doloroso al más ligero movimiento
 y con acortamiento de dos centímetros.

Observación 12^a

Luxacion antigua del tarso.

D. D. de cuarenta y nueve años, natu-

val de Rosendo (Lugo). Ingresó el 21
de Enero de 1899.

Diagnóstico = Luxación antigua del Tarso.
En cinco de Febrero fue operado astra-
galectomia. Necrosis de los demas hues-
sos del Tarso que hizo necesaria la am-
putacion de la pierna por su tercio in-
ferior, practicada el 15 de Marzo por el
método a' colgajos.

Alta por curación el 24 de Abril de
1899.



Conclusiones.

- 1.^a Antes de intervenir en toda luxación debe hacerse un exacto diagnóstico no solo clínico, sino radiográfico.
- 2.^a En las intervenciones enemas la anti-sepsia y asepsia operatoria deben ser rigurosísimas.
- 3.^a Los métodos suaves, bajo la acción del cloroformo deben ensayarse siempre como medio preliminar.
- 4.^a Los métodos de fuerza deben reñirse en absoluto, por los accidentes á que

dan lugar.

5.^a La tenotomía subcutánea debe abandonarse en la actualidad.

6.^a La artrotomía seguida de la reducción simple debe ser el procedimiento de elección.

7.^a Cuando las superficies articulares estén muy alteradas debe practicarse la resección.

8.^a La resección que en general es el segundo tiempo operatorio de la artrotomía, debe ser lo más económica posible.

9.^a La osteotomía y osteoclasis solo son aplicables en casos especiales.

10.^a Todas las intervenciones deben ser

seguidas de ejercicios y maniobras especiales, de masaje, electricidad, movimientos voluntarios y provocados que aumentan los resultados de la intervención.

He dicho.

Madrid 30 de Mayo de 1902.

Antonio Novo Campelo

Bibliografía

Le. Dentu = Clinica quirúrgica
 Reclus Kirmissou = Patología quirúrgica
 Poulet y Dusquet = Patología quirúrgica

Jorque y Reclus = Terapéutica quirúrgica

Malgaigne = Tratado de luxaciones.

Billaud = Anatomía topográfica

Congresos franceses de Cirujía desde el año 80

Gazette des Hospitaux - N.º 176.

Revista de Cirujía y Medicina prácticas
Anales de la Real Academia de Medicina
y Cirujía española.

Tesis de Joudin sobre luxaciones antiguas
de la espalda



Amable
Joseph Robina

Adonville
A. Caillat

Verifique el ejercicio del grado de
Doctor y le celepase Aprobado

A. Caillat

Hernan Rodriguez
y Fernandez

José Ribera

Francisco Lora

El tres
Robina