

El día 11 de Mayo, tres ó cuatro días despues que se notara el citado tumor, se presentaron en la tarde dos ó tres veces, calofrios que eran seguidos de calentura en la noche, y sudores.

Los días 12 y 13, á estos síntomas se agregó basca en la mañana y en la tarde al tomar el enfermo su alimento. Estos días tuvo delirio, y permaneció en un estado comatoso alarmante.

¿Este cuadro de síntomas pertenecía á la infeccion purulenta?

Hubo un momento en que así lo creí, y mandé administrar cucharadas de solucion de hyposulfito de sosa alternando con cucharadas de vino de quina. Sin embargo, del 20 de Mayo en adelante, todo habia desaparecido. Las paredes del foco se adhirieron al hueso frontal; la pequeña incision del párpado cicatrizó, quedando la cicatriz oculta por los pliegues naturales de este órgano. El enorme despegamiento de los tejidos de la parte lateral izquierda de la cabeza concluyó por su perfecta adhesion, dejando solo dos pequeñas cicatrices, resultado de las incisiones practicadas para evacuar el pus.

La herida contusa cicatrizó, dejando un ligero hundimiento, resultado de la pérdida de sustancia, verificada cuando la erisipela la ulceró.

Quitado el aparato de la pierna, que dos veces se habia renovado en el trascurso de un mes y medio, dejó ver el ángulo superior externo de la rótula hundida, pero consolidada la incompleta fractura que recibiera: una mancha azulada ligera, designaba el lugar y extension de las equimosis, tanto de la rodilla como del maleolo externo de la misma pierna. Los movimientos quedaron torpes por algunos días, pero el 10 de Junio el enfermo estaba completamente curado.

Julio 26 de 1876.

JOSÉ MARÍA LUGO.

LUXACION COMPLETA, HACIA DELANTE Y HACIA DENTRO, DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL RADIO.

SEÑORES:

Voy á referiros brevemente la historia de un individuo que entró á la sala de reencargados del hospital Juarez (sala que está á mi cargo); y el cual tenia una luxacion de la extremidad superior del radio hácia delante y hácia dentro, habiendo sido inútiles las maniobras que se hicieron para reducirla.

Néstor Vargas, rebocero, de 24 años de edad, de temperamento linfático y de constitucion regular, entró á la sala de reencargados del hospital Juarez á los nueve dias del mes de Enero del presente año, y ocupó la cama núm. 9. Este individuo nos dijo: «Que hacia cuatro dias, estando preso en la cárcel de Belen, el presidente de dicha prision le habia tirado un palo á la cabeza, y que él, para parar el golpe, habia metido el brazo, donde lo recibió. Que despues del golpe habia tenido muchos dolores, y que por esa razon lo habian mandado al hospital.»

Examinando al enfermo encontré, que el antebrazo izquierdo estaba en la semiflexion, y la mano en la pronacion; el enfermo no podia mover su miembro; los movimientos comunicados eran dolorosos, sobre todo el de supinacion. Explorando el codo lo encontré ensanchado en su diámetro ántero-posterior, limitándose este ensanchamiento á la parte superior é interna del antebrazo; la cúpula del radio hacia una salida bien marcada hácia delante y hácia dentro, habia pasado bajo el tendon del biceps y se habia colocado delante de la extremidad superior del cúbito, sobre su cara anterior. El lugar ocupado normalmente por esta cúpula, se encontraba libre, pudiéndose sentir perfectamente el condilo humeral, y á la simple vista se percibia una depresion hácia la parte superior del borde externo del antebrazo. Los movimientos de rotacion imprimidos al hueso, hacian percibir una crepitacion bien marcada que confirmaba el diagnóstico ya hecho solo por el tacto.

Además, sobre la cara posterior del mismo antebrazo, tenia como á cinco centímetros abajo del olecrano, una herida en via de cicatrizacion, hecha al parecer con instrumento contundente, dirigida casi paralelamente al eje del miembro. La herida irregular medía como 12 milímetros de extension é interesaba solo la piel y el tejido celular subcutáneo. Una equimosis bien marcada servia de base á la herida.

Siendo la inflamacion del antebrazo muy moderada, y la herida leve, me pareció indicado el intentar inmediatamente la reduccion; hice cloroformar al enfermo, y me puse á hacer maniobras para reducir la luxacion. Coloqué el antebrazo en la flexion, y comprimí con las yemas de mis pulgares la cúpula del radio, impulsándola hácia fuera, para hacerla pasar bajo el tendon del biceps; la cúpula parecia volver á su lugar, pero luego que se extendia el antebrazo ó cesaba la presion, volvia á ocupar su posicion anormal. Hice la presion sobre la cúpula, combinando al mismo tiempo la flexion del antebrazo con los movimientos de supinacion y pronacion alternativos; todo fué inútil. Convencido de que seria imprudente prolongar mis maniobras, abandoné á mi enfermo, prescribiéndole unos

fomentos de aguardiente alcanforado, para calmar la inflamacion y evitar el dolor que pudiera desarrollarse.

Al día siguiente mi enfermo tenia su antebrazo un poco inflamado, por lo que me abstuve de tocarlo; siguió con sus fomentos resolutivos por tres días, despues de los cuales desapareció la inflamacion. Al cuarto día volví á intentar la reduccion sin éxito alguno. Convencido de mi impotencia, me propuse no volver á tocar más á este enfermo; lo dejé descansar algunos días, para que acabara de cicatrizar la herida, teniendo cuidado de hacerle diariamente ejecutar al antebrazo movimientos de rotacion, para evitar la formacion de adherencias anormales, que más tarde fueran un nuevo obstáculo á la reduccion. Una vez curada ésta, supliqué al Sr. Montes de Oca viera á mi enfermo. En efecto, dicho señor tuvo la bondad de verlo en compañía de otros facultativos, é intentaron reducir la luxacion, lo que no pudieron conseguir. Por último, ántes de abandonar al enfermo, estimulado, tanto por mi conciencia cuanto por mi curiosidad, quise que otra persona, de las más prácticas en esta clase de lesiones, intentara la reduccion. El Sr. D. Luis Muñoz obsequió mis deseos; tuvo la bondad de ver al individuo en cuestion, é intentó la reduccion, la que no pudo conseguir.

Despues de haber pasado el enfermo por manos tan hábiles, como las de las dos personas ya citadas, creí conveniente que no se intentaran nuevas maniobras, pues éstas no solo serian inútiles, sino que causarían al enfermo nuevos dolores.

Apremiado por el enfermo para darle su alta, y no teniendo inconveniente en ello, salió del hospital el día 15 de Febrero. La herida estaba ya cicatrizada; no habia dolor alguno en el antebrazo; los movimientos todos eran fáciles, ménos el de flexion del antebrazo sobre el brazo, formando el primero con el último un ángulo de 85° aproximativamente, sin que esto impidiera que el enfermo pudiera hacer uso de su miembro.

Hecha la historia de este enfermo, paso á hacer algunas apreciaciones del caso en cuestion, por parecerme de alguna importancia.

La variedad de luxacion presentada por mi enfermo, no estando descrita por los autores, probablemente por su rareza, creo poderla dar como una nueva variedad de luxacion de la extremidad superior del radio, y decir algo sobre el mecanismo y el pronóstico de esta luxacion, en el caso observado.

Los autores de Patología quirúrgica, admiten que la extremidad su-

terior del radio puede desalojarse hácia delante, hácia atrás y hácia fuera, siendo este desalojamiento más ó ménos extenso; las luxaciones hácia fuera se hacen directamente hácia fuera, ó al mismo tiempo hácia fuera y hácia delante, ó hácia fuera y hácia atrás. Estas variedades quedan comprendidas en el siguiente cuadro:

Luxaciones del radio hácia delante. . .	Incompletas y completas.
Luxaciones del radio hácia atrás. . . .	Incompletas y completas.
Luxaciones del radio hácia fuera . . .	{ Directas.
	{ Hácia fuera y hácia delante.
	{ Hácia fuera y hácia atrás.

Se ve por este cuadro que los autores no han comprendido en él la variedad de luxacion presentada por mi enfermo, y por lo mismo creo que puede añadirse una variedad de luxacion de la extremidad superior del radio hácia delante y hácia dentro.

Como he dicho ántes, probablemente esta variedad de luxacion ni siquiera ha sido mencionada por su rareza, pues su mecanismo debe ser muy complicado. Si tenemos en cuenta los medios de union de la extremidad superior del radio, con el húmero y el cúbito, así como el obstáculo que opone este último hueso por la forma de su superficie articular, al desalojamiento de la cúpula del radio hácia dentro; así como tambien la dificultad que hay para que la extremidad superior del radio se desaloje hácia dentro, pasando bajo el tendon del bisceps: todos estos obstáculos, fuera de otros ménos importantes, nos explicarán muy bien el que esta variedad de luxacion no solamente no haya sido observada, pero ni aun haya sido supuesta su existencia *a priori*. Sin embargo, el hecho existe tal como lo refiero, y el individuo en cuestion se encuentra aún en la cárcel de Belen, donde puede ser examinado.

Yo supongo que en esta persona debía existir una menor resistencia en sus ligamentos, los cuales, debido á esta falta de fuerza, se desgarraron al golpe, y permitieron que la cúpula del radio se desalojara. Por otra parte, es de suponerse que los músculos epicondilianos, protegiendo al radio, impidieron que el hueso se fracturara, fractura que debía haber sido la consecuencia de la contusion ya mencionada, y no la luxacion. La posicion del miembro en el momento del golpe, hacia que el bisceps estuviera en la relajacion, favoreciendo así el paso de la cúpula del radio bajo el tendon de este músculo.

En cuanto al pronóstico y al tratamiento, lo que diré, refiriéndome á

este caso particular, podrá aplicarse de una manera general á esta variedad de luxacion.

En la variedad de luxacion de la extremidad superior del radio hácia delante, la reduccion ya presenta dificultades sérias. Sobre veinticinco observaciones reunidas por Malgaine, once veces los esfuerzos de reduccion fallaron completamente. No reducidas estas luxaciones, sus consecuencias varian segun la edad de los individuos. Miéntras que en los niños los movimientos, comprendiendo aun el de flexion, se restablecen muy pronto y completamente, en los individuos más avanzados en edad al contrario, la pronacion y la supinacion quedan más ó ménos difíciles, pero sobre todo, la flexion, que se detiene en el ángulo recto. Ahora bien, en la variedad de luxacion de la extremidad superior del radio hácia delante y hácia dentro, su pronóstico es del todo favorable, pues los movimientos, como he dicho ántes, se restablecieron completamente, ménos el de flexion, que era ménos extenso de lo que es normalmente, sin que esto impidiera que el individuo se sirviera perfectamente de su miembro. En esta variedad de luxacion es fácil comprender por qué la flexion del antebrazo sobre el brazo, forma un ángulo menor que el recto; la oblicuidad del radio hácia dentro, disminuyendo su longitud, hace que el antebrazo pueda ser doblado, formando con el brazo un ángulo menor que el recto.

Respecto al tratamiento, la irreductibilidad en este caso, habiendo sido completa, creo que debe verificarse lo mismo en todos los casos que pertenezcan á esta variedad. Si los hechos ulteriores confirman esta asercion, deberá uno abstenerse de intentar la reduccion; tanto más cuando su pronóstico no es desfavorable, á pesar de la no reduccion.

Para terminar diré, que el dia 18 de Junio pasé á la cárcel de Belen con el único objeto de ver á este individuo. Su luxacion se hallaba en el mismo estado que al salir del hospital; el diámetro ántero-posterior del antebrazo hácia su parte superior é interna estaba aumentado de espesor; el borde externo del mismo antebrazo, hácia su parte superior, estaba deprimido, notándose esta depresion á la simple vista. La flexion del antebrazo formaba con el brazo un ángulo de 85° aproximativamente. La fuerza que el individuo podia desarrollar con el miembro izquierdo (donde existe la luxacion), era mayor que la que podia desarrollar con el derecho, haciendo que la aguja del dinamómetro marcara 33 kilogramos con el primero, y 23 kilogramos con el segundo.

TOBIÁS NUÑEZ.