
GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLINICA EXTERNA.

Unas cuantas palabras sobre el pronóstico y tratamiento de las luxaciones que con más frecuencia se presentan en la práctica.

Trabajo leído en la Academia N. de Medicina, por el socio Dr. Tobías Núñez, la noche del 17 de Mayo de 1893.

SEÑORES:

L tratamiento de las luxaciones es una cuestión de importancia, no sólo para el práctico que se dedica especialmente á ejercer la cirugía, sino también para toda persona que ejerce la medicina; pues es llamado para tratar estas lesiones que en el mayor número de casos, necesitan ser reducidas desde luego, presentándose algunas, tales como las de la mandíbula inferior, que no admiten el menor retardo.

Si el cirujano está familiarizado con estas lesiones le presta al paciente servicios realmente importantes, pero si, como pasa con frecuencia, la persona que es llamada para atender á un individuo que acaba de sufrir una luxación, no está habituada á tratarlas, comienza por no poder hacer el diagnóstico, confundiéndolas con frecuencia con las fracturas que están cerca de las articulaciones, comunicando ó no con éstas, y por consiguiente, siguiendo una conducta muy opuesta á la que debería seguir si no hubiera tenido este error de diagnóstico, y otras veces hace el diagnóstico por estar éste muy claro, pero no puede reducir la luxación.

En ambos casos, al paciente le resultan grandes perjuicios, pues puede quedar, tratándose de la luxación de un miembro, con sus movimientos debilitados para siempre y por consiguiente con un miembro cuyas funciones si no se pierden completamente, sí se disminuyen de una manera notable.

La causa principal de que un práctico no pueda reducir una luxación, es indudablemente el que no ha tenido ocasión de tratar estas lesiones, pero también creo que influye en esto, el que si se va á consultar á algún autor de Patología externa, se encuentran numerosos procedimientos para reducir las luxaciones; pero á mi juicio, en sus descripciones omiten algo que es muy importante, ó al menos no llaman la atención como debieran, en puntos que son de una importancia capital y que si no se fija uno en ellos como se debe, no se pueden vencer las dificultades que se presentan al intentar la reducción de una luxación.

Más adelante, al tratar de las luxaciones coxo-femorales, haré ver la importancia que tiene la altura á que debe colocarse al paciente, punto sobre el cual no se fijan los autores, siendo esto, como lo demostraré después, de la mayor importancia.

Otro punto sobre el que quiero llamar la atención, es el empleo en el tratamiento de las luxaciones antiguas, de aparatos que multiplican las fuerzas que naturalmente puede desarrollar el cirujano solo, ó bien ayudado por otras personas. Estos aparatos han sido ideados con el objeto de obtener la reducción de luxaciones, que por el tiempo que llevan de haberse producido, no pueden ser reducidas por los esfuerzos naturales de una ó más personas.

A mi juicio, se ha caído en un error gravísimo al creer que la fuerza es el factor más importante para reducir una luxación, atribuyendo el que no se haya podido reducir una luxación, á que no se ha desarrollado la fuerza necesaria para conseguir la reducción. Partiendo de esta idea falsa, se han inventado estos aparatos, cuya aplicación no solamente ha sido y es inútil, sino que aun en algunos casos ha sido perjudicial para el paciente, como lo comprueban los casos que nos refieren los autores, en los que no solamente se ha producido con su aplicación la desgarradura de cicatrices ó de vasos y nervios, sino hasta el arrancamiento de un miembro.

Es verdad que actualmente estos aparatos están provistos de un dinamómetro que permite graduar la fuerza y desarrollarla hasta donde es necesario, pero aun con estas modificaciones, cuando menos se puede asegurar que son inútiles, no sacando el paciente ventaja alguna de su apli-

cación y manejados por personas incompetentes, á pesar del dinamómetro tienen que perjudicar á los pacientes.

Si en algún caso tiene una aplicación oportuna el proverbio que dice: "Más vale maña que fuerza," es ciertamente tratándose de las luxaciones. Me llama y mucho la atención que los autores vengán recomendando estos aparatos, cuando en los años que llevan de emplearse, han demostrado su ineficacia, debiendo quedar colocados en los museos de cirugía para la historia del arte.

El haber visto la frecuencia con que muchos prácticos confunden una luxación con una fractura, dificultándoseles el diagnóstico de estas lesiones; el haber presenciado intentos de reducción sin éxito alguno, debido á la falta de práctica en tratar estas lesiones; el haber visto en la práctica, que hay detalles de suma importancia que tienen que observarse al reducir una luxación y que estos detalles ó no los mencionan los autores, ó no les dan la importancia que merecen, y por último, el no haber visto en un solo caso de luxación antigua obtenerse la reducción por medio de estos aparatos mecánicos, que pueden desarrollar una fuerza considerable, me han hecho elegir como asunto del presente trabajo el estudio de las luxaciones que se presentan con más frecuencia fijándome de preferencia en su diagnóstico y tratamiento así como en el pronóstico y tratamiento de las luxaciones antiguas.

Las luxaciones que con más frecuencia se presentan en la práctica, son: las luxaciones del hombro, las coxo-femorales (variedad ilíaca) y las luxaciones de la mandíbula inferior generalmente unilaterales; las dos primeras se presentan en los adultos y jóvenes y las últimas en los viejos.

Tanto las luxaciones coxo-femorales como las de la mandíbula no pueden dar lugar á errores de diagnóstico, pues tanto los datos del conmemorativo como los que se obtienen por el examen del enfermo son característicos, aun cuando no haya uno sólo que pueda ser patognomónico.

Las luxaciones del hombro suelen presentar algunas dificultades en su diagnóstico y por lo tanto ser confundidas con una fractura del cuello del húmero y viceversa una fractura del cuello quirúrgico del húmero puede ser tomada por una luxación.

Para personas que están familiarizadas con estas lesiones, les ha de parecer difícil el que una luxación del hombro pueda ser confundida con una fractura, y sin embargo yo he visto á uno de nuestros prácticos más distinguidos tomar una luxación del hombro por una fractura del húmero y tratarla como tal. El diagnóstico vino á establecerse debido á que los

sufrimientos del paciente se exacerbaban al emplear el aparato en vez de calmarse, como tenía que suceder si se hubiera tratado de una fractura. Se quitó el aparato y entonces pudo verse que se trataba de una luxación sub-coracoidea, que ya no pudo ser reducida por haberse pasado unos 25 ó 30 días desde la fecha en que se produjo la luxación.

Fijándome en este caso para sacar provecho de él y buscando la causa que diera lugar á este error de diagnóstico, pude cerciorarme de que la persona que atendió á este enfermo se preocupó mucho con la equimosis que se presentó, dándole un valor y una interpretación que no debía haberle dado, tomándola como un signo de fractura.

Es verdad que si alguna fractura se acompaña de una equimosis bien marcada, es la del cuello del húmero, pero jamás se puede diagnosticar una fractura por solo este dato, pues que no es patognomónico.

Otra causa importante que, á mi juicio, contribuyó principalmente á este error de diagnóstico, fué el que no se sometiera á este paciente á la anestesia, pues siendo muy dolorosas las maniobras que se tenían que hacer para reconocerlo, el examen no pudo hacerse bien y solamente se basó el diagnóstico en los signos que pudo dar la inspección, como fueron la equimosis y la hinchazón, unidas á los datos del conmemorativo, datos todos de muy poco valor y sobre los que no se podía fundar un diagnóstico.

En vista de este error cometido, repito, por persona inteligente, yo soy de opinión que siempre que se presente un caso en que no se pueda establecer con seguridad el diagnóstico diferencial entre una fractura y una luxación, por dificultades que se presentan para hacer un examen completo, como son el dolor y la contractura muscular consecutiva, se deberá someter al paciente á la anestesia, pues por este medio cesando el dolor y relajándose los músculos, se facilita mucho el examen, y si se trata de una luxación desde luego se puede proceder á su reducción.

Yo creo que el diagnóstico solamente puede presentar dificultades tratándose de las luxaciones del hombro, yaun estas dificultades sólo se presentan en casos excepcionales á las personas que están familiarizadas con estas luxaciones. Las luxaciones coxo-femorales no pueden confundirse con una fractura del cuello del fémur, pues sus síntomas son muy diversos en unas y otras lesiones.

El diagnóstico diferencial entre una fractura y una luxación, tiene que establecerse desde luego, pues la conducta que se sigue tratándose de una ú otra lesión, es muy diversa, y si se toma una luxación por una fractura, cuando se reconoce el error al quitar el aparato, es ya tal vez imposible reducir la luxación.

Al tratar de la anestesia quiero hacer presente que así como creo que debe someterse á la anestesia á todo paciente que tenga una luxación ó una fractura, en que no se puede establecer un diagnóstico seguro por falta de un examen completo á causa del dolor, así también creo que tratándose de la reducción de las luxaciones escápulo-humerales, ésta debe hacerse sin someter el individuo á la anestesia, como lo hacemos tratándose de las luxaciones de la mandíbula. Las razones que tengo para emitir esta opinión son las siguientes:

Para que la anestesia facilite la reducción de las luxaciones, se necesita que el cloroformo sea llevado hasta lo que Chassaignac llamaba *el período de tolerancia anestésica*; es decir, hasta que haya desaparecido todo fenómeno reflejo; ahora bien, como es muy común que las personas que sufren una luxación estén habituadas al uso de las bebidas alcohólicas, este período con dificultad se alcanza y muchas veces sólo se consigue anestesiarlas después de haber inhalado una buena cantidad de cloroformo, lo que constituye un peligro para la vida del paciente, pues yo he observado en mi práctica al contrario de lo que dicen los autores, que el peligro de un síncope más bien está en la cantidad de cloroformo que ha inhalado un individuo que en que sus vapores estén mezclados con muy poco aire al aspirarlo. De esto depende, según lo que yo he observado, el que se presente mayor número de casos desgraciados por el cloroformo, tratándose de la reducción de las luxaciones.

Si el cloroformo no se administra hasta alcanzar este período de tolerancia anestésica, la reducción de una luxación se dificulta más que si no se hubiera administrado el cloroformo, pues la excitación que se despierta á las primeras maniobras de reducción se acompaña de contracturas musculares bastante poderosas que no solamente dificultan sino que impiden la reducción.

Hace poco tiempo presencié un caso en que se intentó la reducción de una luxación escápulo-humeral sin haber conseguido que el paciente se anestesiará por completo, á pesar de haber inhalado sobre unas seis ú ocho onzas de cloroformo. Las mismas personas que no habían podido reducir la luxación (eran unos estudiantes de medicina) la redujeron cuando se disipó la acción del cloroformo siendo dirigidos en esta operación por un práctico habituado á tratar esta clase de lesiones.

Si normara uno su conducta por lo que lee, toda reducción debería ser precedida de la anestesia, pero la práctica nos enseña que ciertas luxaciones deben ser reducidas sin recurrir al cloroformo y entre éstas se encuentran las luxaciones escápulo-humerales, de las cuales me estoy ocupando.

A dos indicaciones satisface la anestesia al emplearla para reducir una luxación: la primera es obtener la resolución muscular facilitando así la reducción; y la segunda hacer estas maniobras sin dolor; ahora bien, la reducción de una luxación del hombro puede hacerse causando al paciente un dolor muy soportable, siempre que la persona que intente la reducción la haga con habilidad; y segundo, la contractura muscular puede ser dominada fácilmente por sólo la fuerza que pueda desarrollar el cirujano solo, ó bien ayudado por una ó dos personas.

Me parece que las razones expuestas apoyan la opinión que sostengo de que en las luxaciones escapulo-humerales la reducción debe intentarse sin el auxilio de la anestesia ó al menos ésta debe emplearse de una manera excepcional.

La anestesia, á mi juicio, sólo debe emplearse tratándose de las luxaciones escapulo-humerales en aquellos casos en que el práctico no pueda hacer el diagnóstico por no permitirle el dolor que haga un examen completo.

Pasando ahora á las luxaciones coxo-femorales diré: que la especie de luxación llamada *ilíaca* ó *luxación de la fosa ilíaca externa* es la que se presenta con más frecuencia. Pues bien, esta luxación no puede confundirse con una fractura del cuello del fémur por ser los síntomas de una y otra lesión enteramente diversos, al grado que por la simple actitud del miembro pueden diagnosticarse; pues en la luxación, el miembro está siempre en la flexión y además en la aducción y en la rotación hacia adentro, mientras que en la fractura la extensión es la actitud que guarda el miembro; pero no me ocuparé de estas luxaciones bajo el punto de vista del diagnóstico, sino sólo respecto del tratamiento diré algunas palabras.

Las luxaciones de la fosa ilíaca externa presentan para su reducción las dificultades que puede presentar toda luxación, pero hay una condición que debe tenerse muy en cuenta si no se quiere dejar de tener un éxito completo al intentar su reducción y esta condición es la altura á que debe colocarse al paciente, lo cual tiene una importancia grande, pues yo he visto no lograr la reducción de estas luxaciones por la costumbre que se tiene de colocar á estos pacientes sobre una mesa, como si se tratara de practicarles una operación. A esto no se le da importancia realmente y los autores que tratan de estas luxaciones, no se fijan en esta circunstancia, razón por la cual los que no están acostumbrados á tratar estas lesiones, comienzan por crearse dificultades colocando al paciente de una manera inconveniente.

Bastará fijarse en el modo como se tienen que ejecutar las maniobras al tratar de reducir estas luxaciones, cualquiera que sea el procedimiento que se elija, para comprender la importancia que tiene la altura á que debe colocarse al paciente.

Cualquiera que sea el procedimiento que se siga, se tiene que hacer la tracción del miembro inferior, estando éste en la flexión del muslo sobre la pelvis y de la pierna sobre el muslo, que es la actitud que guarda el miembro en estas luxaciones. Al hacer esta tracción, se levanta el cuerpo del paciente, y para evitarlo, se aconseja que un ayudante fije la pelvis, colocando sus manos sobre las espinas ilíacas antero-superiores.

Como estas tracciones se hacen de manera que si se trata por ejemplo de una luxación del miembro izquierdo, el hueco ó región poplítea descansa sobre el pliegue de la sangradera del brazo derecho del cirujano, tomando éste con su mano izquierda el miembro luxado al nivel del tercio inferior de la pierna, inmediatamente arriba de la articulación tibio-as-tragaliana, al hacer la tracción, como el miembro luxado está en flexión sobre la pelvis, formando con ésta el muslo un ángulo muy abierto, estos esfuerzos de tracción tienen que hacerse siguiendo la dirección del eje del muslo.

Ahora bien, para poder hacer esta maniobra, se necesita que el cirujano esté colocado á una altura conveniente; y si el paciente está colocado sobre una mesa, ya no tiene la libertad necesaria para hacer la tracción en el sentido indicado.

Para que el cirujano pueda hacer sus maniobras de reducción cómodamente y se evite esta dificultad en el *modus faciendi*, se debe colocar al paciente en un colchón que se pone inmediatamente sobre el suelo y aun es mejor que se haga la reducción estando el enfermo en su cama; la altura de una cama para colocar al paciente es la que se presta más para hacer las maniobras de reducción con toda comodidad, pues cuando el paciente está sobre un colchón que se tiende en el suelo, el cirujano tiene que hacer estas maniobras de rodillas, ó en otra postura más incómoda.

Uno de los procedimientos más sencillos para obtener la reducción de estas luxaciones, es el siguiente: hacer la tracción en el sentido del eje del miembro como si se tratara de levantar el cuerpo del individuo, después sin dejar de hacer la tracción, se exageran la rotación hacia adentro y la flexión que tiene el muslo, terminando por hacer un movimiento de rotación hacia afuera y la extensión del miembro, teniendo cuidado de que al imprimir estos movimientos al miembro, no se relaje ni por un momento el esfuerzo de tracción.

Este procedimiento me ha dado muy buenos resultados, pues siempre que lo he empleado, he obtenido la reducción de esta clase de luxaciones.

Tratándose de las luxaciones de la mandíbula inferior, debo decir: que cuando éstas no se reducen, es por la incompetencia de la persona que intenta la reducción y no porque se presenten dificultades que la impidan, fuera de las que son propias de estas luxaciones. Muy poco honra á un práctico y desdice mucho de su aptitud el que intente una reducción de la mandíbula inferior sin conseguirla, y sin embargo esto lo vemos no tan raras veces.

No hace mucho tiempo que á una señora de edad avanzada, perteneciente á una familia que fué á pasar un día á una población cercana á esta capital, se le produjo al bostezar una luxación unilateral de la mandíbula. Luego que llegaron á la población, fueron á buscar al médico que les recomendaron, el cual intentó reducirla sin conseguirlo después de haber molestado bastante á la pobre paciente. En la noche, cuando volvieron á la capital, se dirigieron en el acto á un práctico versado en esta clase de lesiones, quien la redujo inmediatamente.

Ahora bien, como este caso se presentan otros muchos, y en todos ellos no faltan al cirujano disculpas para explicar por qué no ha logrado la reducción, pretextando que existían dificultades, que en realidad no se han presentado, salvo las naturales y propias de toda luxación, las cuales no pueden vencer estos prácticos por su impericia, consecuencia lógica de no tener la menor práctica en tratar estas lesiones.

El supuesto enganchamiento (*accrochement*) de la apófisis coronoide al hueso malar que Nélaton suponía era el principal obstáculo para la reducción de estas luxaciones no existe, pues no se debe olvidar, como dice Tillaux, "que esta apófisis no está libre, sino envainada por todas partes por el músculo temporal que no permite este enganche." La verdadera dificultad se la crea la persona que intenta la reducción, cuando no tiene práctica, llevando inmediatamente la mandíbula hacia atrás, sin abatirla primero.

Llevando la mandíbula directamente hacia atrás sin abatirla, el cóndilo se detiene contra la raíz transversa de la apófisis zigomática y la reducción se hace imposible. Es, pues, necesario si se quieren reducir estas luxaciones imprimir á la mandíbula un movimiento brusco hacia abajo y atrás; hacia abajo para desprender el cóndilo de la fosa zigomática y hacia atrás para volverlo á colocar en su cavidad.

La importancia que tiene la reducción de estas luxaciones es notoria,

pues no admiten la menor espera, y si no consigue reducirla el práctico que la ha intentado, el paciente ocurre á otro inmediatamente, para conseguir su alivio.

Desde luego todo el que intente reducir una luxación, debe tener presente que así como los músculos son los que principalmente contribuyen á producir las luxaciones, son ellos también los principales agentes que contribuyen á la reducción. El papel del cirujano se reduce á desprender la extremidad del hueso luxado de las nuevas relaciones que ha contraído, y en donde se ha fijado el hueso por la contractura muscular; el cirujano, pues, deberá desde luego vencer esta contractura muscular, para desprender la extremidad del hueso luxado (y en estas luxaciones es el cóndilo) del nuevo sitio en que está colocado, y llevarlo por maniobras bien dirigidas al lugar más conveniente, para que al contraerse de nuevo los músculos, el hueso luxado penetre en su cavidad natural de recepción.

La práctica nos enseña que nada es tan fácil unas veces como reducir una luxación, ni nada tan difícil en otras, dependiendo esto de la mayor ó menor habilidad que tenga el cirujano para tratar estas lesiones.

Cuando las maniobras se efectúan convenientemente, la reducción de una luxación es cuestión de momentos, obteniéndose ésta sin grandes esfuerzos y sin causar grandes dolores al paciente; mas por el contrario cuando la persona que trata una luxación no está familiarizada con esta clase de lesiones, después de grandes esfuerzos y de causar grandes molestias al paciente, no consigue la reducción, encontrando siempre alguna razón plausible para disculparse.

Yo creo que todo práctico honrado debería, cuando no puede reducir una luxación, apelar al auxilio de algún compañero en cuya habilidad tuviera confianza, para no exponerse á dejar estropeado á un paciente para toda su vida, como no pocas veces se tiene ocasión de ver.

Con excepción de las luxaciones coxo-femorales en que la cabeza del fémur se dirige hacia adelante, como en las variedades pubiana, isquiática, ovalar, cuya reducción presenta dificultades, todas las demás luxaciones se reducen con facilidad, siempre que la persona que intenta la reducción esté habituada á tratarlas. Afortunadamente esta especie de luxaciones se presenta muy raras veces en la práctica.

Respecto á las luxaciones que llevan algún tiempo de haberse producido, sin que se intentara su reducción en tiempo oportuno, ó que si se intentó ésta, no pudo conseguirse, las dificultades que presenta su reducción son bastante grandes y las más veces insuperables.

Es muy importante el tener en cuenta el tiempo que lleva una luxación de haberse producido, para saber si se tienen probabilidades de obtener su reducción antes de intentarla.

Aun cuando los autores que tratan de estas lesiones nos dicen que se ha conseguido reducir luxaciones después de seis meses, un año y aun más tiempo de haberse producido, la práctica nos enseña lo contrario, pues yo he visto luxaciones del hombro, que no han podido ser reducidas después de veintitantos días que llevaban de haberse producido, y estas tentativas de reducción las he visto practicar á personas muy competentes, sin haber visto nunca que se reduzca una sola luxación que date de seis meses ó más.

En vista de las dificultades que presenta la reducción de estas luxaciones, dificultades las más veces insuperables, se ha recurrido al empleo de diversos aparatos que desarrollan una fuerza considerable. Yo he observado que no es la fuerza el factor más importante para reducir una luxación ni por falta de ella dejan de reducirse las que datan de algún tiempo. Esta opinión la viene comprobando el hecho de que estos aparatos no han dado el resultado que de ellos esperaban sus inventores.

En cerca de veinte años que llevo yo de tener á mi cargo servicios de cirugía, no he visto, ni en la práctica de mis compañeros, ni en la mía propia, que se haya obtenido la reducción de una sola luxación antigua, empleando dichos aparatos; y aun el mismo aparato de Mathieu ideado para la reducción de las luxaciones del hombro, codo, cadera y rodilla, que obtuvo el premio Barbier, otorgándosele la Facultad de Medicina de París, jamás en su aplicación ha sido coronado de buen éxito.

En las luxaciones antiguas son tan profundas las modificaciones que han sufrido no solamente las partes que forman la articulación, sino también los tejidos peri-articulares, principalmente los músculos, que no permiten que el hueso luxado pueda volver á sus relaciones normales.

En vista de lo que la práctica me ha enseñado, creo poder asentar: que toda luxación que no ha podido ser reducida en tiempo oportuno por maniobras bien dirigidas, no podrá serlo después por el empleo de los diversos aparatos que se han ideado para reducir estas luxaciones.

Como no es la falta de fuerza la razón de por qué no se reduzcan las luxaciones que datan ya de algún tiempo atrás, de antemano se podía prever que estos aparatos no habían de dar ningún resultado.

México, Mayo 17 de 1893.

TOBIAS NÚÑEZ.