

Sesión del día 21 de Octubre de 1896.—Acta núm. 4.

Presidencia del Sr. Dr. Ramos.

Comunicación por el Sr. Dr. Lavista de un caso de luxación antigua del codo reducida por medio de la tenotomía del tríceps.— Discusión acerca de esta especie de luxaciones.

El Sr. Dr. Lavista pidió la palabra y dijo: Voy á dar cuenta con un hecho clínico que es común, pero suele presentar serias dificultades para ser corregido: me voy á referir á un caso de luxación antigua del codo. Sabido es que hay muchas variedades anatómicas de ellas y que algunas se reducen con mucha dificultad. Poco tiempo hace fuí consultado por un enfermo que seis meses antes había caído de un caballo, traumatiéndose un codo, sin que se fijara en la manera exacta de caer. De pronto fué atendido por curanderos del campo y algunos días después fué á una población del Estado de Michoacán, en donde unos médicos intentaron reducir la luxación, sin conseguirlo. Creyeron probablemente que el obstáculo era pasajero, pues aconsejaron reposo de algunos días y después volvieron á intentar la reducción, también infructuosamente. El enfermo, sumamente musculado, tenía su luxación completa hacia arriba, atrás y adentro, con desviación del antebrazo para aduera, acortamiento de 7 centímetros en el miembro, aumento en el diámetro antero-posterior del codo, disminución en el transverso, y conservación de los movimientos de pronación y de supinación. Era fácil sentir la extremidad del húmero con todos sus detalles anatómicos, así como la cúpula del radio; sin hallar señales de accidentes inflamatorios en la articulación.

Recuerdo que hace muchos años ví un caso semejante al actual y menos experimentado que ahora, consulté lo que decían algunos autores encontrando, en Nélaton por ejemplo, que tales luxaciones son irreductibles por los medios ordinarios. En el caso aquél varios médicos notables no habían logrado la reducción. Yo me convencí de que la fuerza es inútil para conseguirlo; que esto se logra merced al conocimiento exacto de las nuevas relaciones en que quedan los huesos y que el obstáculo consistía en que la apófisis coronoide se apoyaba sobre la tróclea y hacía fracasar los esfuerzos de tracción, esfuerzos que jamás deben hacerse con máquinas, pues la fuerza poderosa de ellas es ciega é innecesaria. Reduje esa

luxación por flexión y los dos miembros luxados (pues era doble la lesión) quedaron perfectamente útiles.

En el caso á que me refiero ahora, la dificultad no estaba en las relaciones de los huesos, sino en la resistencia del tríceps, de lo que me convení explorando cuidadosamente al enfermo cloroformizado, por lo que me resolví á hacer la tenotomía dos centímetros arriba de la incisión olecraneana. Hice una incisión en la parte póstero-interna del antebrazo, sobre la epitroclea, y la prolongué para arriba en la extensión de 10 centímetros; despegué el tríceps de la cara posterior del hueso, hasta llegar al borde externo de éste; corté el músculo de adelante atrás, para tener seguridad de no interesar el nervio cubital, é inmediatamente después de la retracción del cabo superior hice la reducción por flexión, con suma facilidad, rompiendo ligeras adherencias. Después, preocupado con restablecer todas las funciones del miembro y de disminuir la amplitud de la brecha y hacer menos probable la infección, suturé el músculo dividido. Esta sutura es difícil, porque si se pone en sentido longitudinal desliza el hilo entre las fibras; por eso busqué la vaina fibrosa del músculo; en su cara profunda y sobre ella puse la sutura en asa, que quedó sólidamente instalada; canalicé en seguida; hice una sutura superficial en la mayor parte de la herida y coloqué al miembro en la extensión; proponiéndome moverle antes de un mes, aunque no sea completa la cicatriz, para evitar la anquilosis.

En casos semejantes se aconsejaba antes la resección de las partes de hueso que impedían la reducción; pero es más expedita la tenotomía. Cuando hay divulsión, sí es preciso resecar.

El Dr. Gaviño.—Recuerdo un caso que presencié también el Dr. Lavista: Se trataba de un joven que cayó de una escalera. Yo le ví algunas horas después y como el dolor era sumamente intenso, no pude intervenir y temiendo el desarrollo de alguna inflamación, que por fortuna no apareció, me limité por el momento á prescribir compresas de agua fría. Al día siguiente, acompañado del Dr. Garay y cloroformizado el paciente, intentamos la reducción, llegando á doblar cerca de 90° el antebrazo sobre el brazo y poniendo un aparato apropiado; pero pocos días después descubrí el miembro y ví que se había reproducido la luxación como al principio, para la parte póstero-externa. Se volvió á intentar la reducción y el resultado fué idéntico al de la primera vez. Fué citado el Dr. Lavista, se dió cloroformo al enfermo y se dobló su antebrazo más de 90°; más á los pocos días se vió que, como en las dos veces anteriores, se había

reproducido la luxación. El Dr. Lavista hizo entonces una incisión en la parte póstero-externa de la articulación, la descubrió y se encontró que el radio estaba desalojado para adentro y fracturado, que el fragmento superior obraba como palanca para impedir la reducción y reproducir la luxación; que había fractura de la tróclea y que toda la articulación estaba desorganizada: se resecaron la extremidad inferior del húmero y el fragmento superior del radio. No hubo accidentes consecutivamente y el miembro quedó en semiflexión, con ligeros movimientos.

El Dr. Núñez.—He presentado un trabajo en esta Academia, á propósito de las luxaciones antiguas. Se debe protestar contra el uso de las máquinas, recordando que vale más maña que fuerza. Hay luxaciones antiguas que son irreductibles, y yo he visto al Dr. Montes de Oca no poder reducir una luxación reciente de hombro. Las del codo son por fortuna muy raras y se confunden con frecuencia con las fracturas, que son comunes, como aconteció en el caso referido por el Dr. Gaviño. Este señor acaba de decir que no hubo inflamación en el caso que relató: así sucede siempre en las luxaciones ó fracturas que no comunican con el exterior, y por eso no se debe emplear el unguento doble y sí intentar siempre la reducción inmediata.

El Dr. Gaviño.—No puedo aceptar las opiniones del Sr. Núñez respecto á la inflamación; toda lesión profunda trae dilatación vascular y frecuentemente exudación, constituyendo esto una especie de inflamación fisiológica. Además, si al organismo penetran gérmenes, por cualquiera parte, como cuando se inyectan estreptococcus en la oreja de un conejo y se le contunde una pata, por ejemplo, allí se localiza la supuración; lo mismo acontece cuando en un fracturado se desarrolla una septicemia intestinal. Así sucedió en un joven que había recibido una contusión en una rodilla: ya estaba casi sano, salía á la calle, cuando sufrió una oclusión intestinal, después de la que apareció flemón en la parte contundida.

El Dr. Lavista.—Considero inaceptables las ideas del Dr. Núñez respecto á la inflamación: todo traumatismo puede inflamarse, siendo, según las circunstancias, séptica ó aséptica la inflamación. Desde Goselin sabemos todos que sin inflamación no hay reparación en las fracturas. Es claro que en las luxaciones simples debe hacerse la reducción inmediata; pero si hay desgarraduras tendinosas y musculares, derrames sanguíneos abundantes, etc., ni se consigue siempre la reducción inmediata y se empeora el estado del paciente. Yo siempre espero la reabsorción de la sangre y que cese el espasmo muscular, antes de intentar la reducción, sobre todo en las fracturas.

Hoy apenas se mencionan luxaciones irreductibles, pues merced á la antisepsia se pueden quitar los obstáculos, ya aspirando los líquidos derramados, ya resecaando fragmentos de hueso, haciendo tenotomías, etc.

Es indudable que muchas veces la irritación formadora se convierte en inflamación y estoy seguro que el Sr. Núñez no quiso negar ésta, sino decir que el desarrollo de la inflamación no es inmediato: lo contrario sería inadmisibile.

El Dr. Núñez.—Estoy conforme con lo que nos ha dicho el Dr. Gaviño y conozco muy bien esas experiencias realizadas con el estreptococus; pero yo me he referido á las luxaciones en que no hay puerta de entrada para los gérmenes. En los casos á que se refiere el Sr. Lavista, en que hay derrames, desgarraduras, etc., está casi siempre tan maltratada la piel que desde luego ó después pueden por ella penetrar los gérmenes.

El Dr. Gaviño.—No se necesita que haya lesión de la piel para que haya inflamación. Recuerdo que un señor recibió un golpe en el perineo y se le formó una colección sanguínea, que evolucionó favorablemente; pero como á los tres meses del accidente se desarrolló allí supuración, sin causa aparente. Un joven tuvo meningitis tres años después de recibir un golpe arriba de una ceja.

El Dr. Núñez.—No me he referido á infecciones tan tardías y llamo la atención respecto á que frecuentemente escapa la puerta de entrada de los gérmenes.

J. R. ICAZA.

NATOMIA PATOLOGICA.

Las lesiones sistemáticas y la histología moderna de la médula espinal.

SEÑORES ACADÉMICOS:

UANDO Romberg señalaba en 1851 la alteración de los cordones posteriores de la médula como causa de un grupo de síntomas que más tarde Duchenne denominaría ataxia locomotriz, no solamente prestaba á la ciencia médica el servicio de mostrar la relación de causa á efecto en esa enfermedad, sino que dando á conocer la disposición simétrica de la lesión, establecía con ello las bases de la parte más impor-