

una sola vez se la ví practicar. Después de la invención del trócar capilar aspirador y sobre todo desde que el fanatismo listeriano ha dado á entender á muchos cirujanos que con las precauciones antisépticas podían permitírsele todo, la punción ha venido á ser para algunos el tratamiento ordinario de la hidrartrosis. Se comprende esta exageración cuando no se sabe tratar la hidrartrosis como se debe, pues yo me atrevería á decir que si la compresión, recurso de gran valía, resulta frecuentemente ineficaz, es debido á no haber sido bien aplicada. Será casi con seguridad ineficaz siempre que se practique con una venda común en circulares alrededor de la rodilla. Pero si se aplica como yo lo hago, con una canal enyesada detrás de la corva para evitar la compresión de los vasos y asegurar la circulación, y luego comprimiendo la rodilla con una venda de caucho, la curación es constante y rápida. Por mi parte puedo asegurar que con las aplicaciones yodadas, los vejigatorios y la compresión, he curado todas las hidrartrosis que se me han presentado y en breve tiempo. Jamás se me ha ocurrido practicar la punción, y no hallándome dispuesto á aceptarla en mi práctica, tampoco puedo aconsejarla á los demás. Difícilmente la encontraría aceptable en un caso de hidrartrosis muy crónica y rebelde; pero la rechazo en absoluto en las hidrartrosis agudas y sobre todo en las hemohidrartrosis. Indudablemente se ha practicado muchas veces la punción sin accidentes; pero no siempre ha sucedido así y hasta alguna vez ha ocasionado la muerte del enfermo.

ARTÍCULO II

CUERPOS MOVIBLES ARTICULARES

Pueden desarrollarse en todas las articulaciones, pero se los encuentra principalmente en la rodilla.

Se han ensayado dos clases de tratamientos; uno paliativo, que consiste en fijar el cuerpo movable en un punto de la articulación donde no pueda perjudicar, y otro curativo, que consiste en extraerlo de la cavidad articular.

TRATAMIENTO PALIATIVO.—*Fijación del cuerpo movable en la articulación.*—Es ante todo necesario que el cuerpo extraño pueda ser conducido encima ó á los lados de la rótula, hecho lo cual se trata de fijarlo, ya por medio de un emplasto aglutinante sostenido por un vendaje (Middleton), ya por medio de una rodillera muy almohadada y construída expresamente (Gooch). Se citan casos de feliz resultado, unas veces porque el cuerpo movable ha contraído

adherencias en el punto en que se le ha fijado; y otras porque se ha fijado en él por una especie de yuxtaposición.

Siendo por este medio extraordinariamente raros los casos favorables, Jobert ha ideado un procedimiento que debía ofrecer mayores seguridades: consiste en fijar el cuerpo extraño por medio de una especie de tridente clavado en él á través de los tegumentos. He visto á Jobert y Laugier apelar muchas veces á este recurso, pero siempre sin resultado alguno, aunque sin que por ello se desarrollaran accidentes serios.

TRATAMIENTO CURATIVO.—*Extracción del cuerpo movable.*—Contamos con dos procedimientos: la incisión directa y la incisión subcutánea.

Procedimiento antiguo: extracción directa.—No operamos sino después de haber podido colocar el cuerpo movable á un lado de la articulación, en el cual se incidirá en la extensión de 3 á 4 centímetros, interesando la piel y la cápsula; y luego para hacer salir el cuerpo extraño, ó haremos presión con el dedo, ó lo arrastraremos con una cucharilla pasada detrás del mismo. Si la incisión resultara corta, la prolongaríamos con el bisturí de botón.

Como que antes de hacer la incisión habremos procurado dislocar la piel de los planos subyacentes, una vez hecha la extracción, se la dejará suelta para que vuelva á su sitio normal: de este modo la abertura de la cápsula resultará cerrada y al abrigo del contacto del aire; sólo faltará reunir la herida exterior con tiras aglutinantes.

Bromfield tiraba de los tegumentos hacia abajo; B. Bell, hacia arriba; Desault, hacia adelante en dirección de la rótula, lo cual es indiferente; pero el procedimiento en sí expone en gran manera á la supuración de la sinovial, y por esto se le ha sustituido con ventaja por el siguiente.

2.º *Incisión subcutánea. Procedimiento de Goyrand.*—En vez de extraer directa é inmediatamente el cuerpo extraño, se opera en dos tiempos. En el primero se abre la cápsula sobre el cuerpo extraño por medio de una incisión subcutánea y se procura colocarlo en el tejido conjuntivo periarticular. En el segundo y después de algunos días, es decir, cuando se calcule que la cápsula se habrá ya cicatrizado, se extrae el cuerpo extraño, que entonces es extraarticular. La incisión de la cápsula se hace con un tenotomo largo y muy estrecho, que se habrá introducido por un punto todo lo apartado posible del en que se haya de practicar la abertura de la sinovial.

A menudo el cirujano tropieza con dos dificultades: unas veces

sucede que el cuerpo movable se escapa ante la presión del bisturí ó del dedo que quiere expulsarlo y entra de nuevo en la articulación; y otras, que no podemos conseguir colocarlo fuera de la sinovial. Evitaríamos estos inconvenientes sujetando por el momento el cuerpo extraño con una larga aguja fuerte y recta, sobre la que se ejerce una suave presión.

Esta operación no da siempre buen resultado: en los 39 casos reunidos por M. H. Larrey, se cuentan 15 curaciones; hubo algunos casos de muerte, pero éstos fueron mucho más raros de lo que lo han sido después de la extracción directa. Debo añadir que desde que, bajo la influencia de las doctrinas antisépticas, han adquirido los cirujanos hábitos de limpieza y cuidados que descuidaban en otros tiempos, la operación de la extracción directa ha perdido mucho de su gravedad. Pero si en esto, como en todo, se ha exagerado la inocuidad de las operaciones hechas en las articulaciones, no es menos cierto que la extracción indirecta en dos tiempos es el procedimiento que debe emplearse siempre que sea aplicable. Sin embargo, es preciso confesar que es á veces difícil hacer sobresalir bastante el cuerpo extraño para incidir sobre el mismo la sinovial por incisión subcutánea y lanzarlo dentro del tejido celular.

Smidt resumiendo las estadísticas de Larrey y de Berthenson hasta 1867, ha encontrado que en 218 casos, la incisión directa había dado una mortalidad de 18'8 por 100, y la incisión subcutánea 9'9 por 100, la mitad solamente. Nepveu en una estadística que comprende de 1875 á 1880, más 17 observaciones referidas por Bernard, ha encontrado que en 38 artrotomías directas no hubo más que 3 muertos (operados por Saxtorph, Paquet y Beckel). Pero es interesante averiguar cuál era el estado de la marcha en los 35 enfermos curados. Tres tenían rigidez articular (A. Guérin, Saxtorph, Humphry). Uno ligera rigidez (Barwell); dos flexión limitada (Saxtorph, Strerzet); uno solamente andaba «bastante bien,» lo que en realidad quiere decir bastante mal (Saxtorph). De lo cual resulta una curación incompleta en cinco casos.

Practiqué esta operación, hace tres años, á uno de mis enfermos del hospital, y pude correr el cuerpo extraño hacia la pierna á más de 10 centímetros de la abertura de la sinovial, así lo dejé y el enfermo curó rápidamente sin haber perdido nada de su fuerza y agilidad.

ARTÍCULO III

DE LAS ANQUILOSIS

Llámase anquilosis á la pérdida parcial ó total de los movimientos de una articulación. Su grado varía desde la simple rigidez articular, que con excesiva frecuencia sigue al tratamiento de diversas afecciones y en particular de las fracturas, hasta la unión perfecta de las superficies articulares. En general, se las divide en *falsas* y *verdaderas*. Se llaman falsas cuando el impedimento depende del estado de las partes blandas, y verdaderas cuando existe unión más ó menos completa de los huesos. Me ocuparé brevemente de las rigideces articulares, después de las anquilosis falsas, que son como un grado más que las anteriores, y por último, trataré en capítulo aparte de las anquilosis verdaderas, que exigen un tratamiento especial.

I.—Rigideces articulares

Todos los tejidos que forman la estructura de los miembros, excepto los huesos, pueden entrar en retracción si se coloca la extremidad en una posición tal que los mantenga en estado de relajación. Esta retracción puede tener lugar independientemente de todo proceso inflamatorio ó de otra índole. Si por cualquier motivo sujetamos durante algunas semanas el antebrazo doblado sobre el brazo y el brazo en contacto con el cuerpo por medio de una charpa, la parte interna de la cápsula escapulo-humeral queda en relajación y se retrae. Si esta posición continúa más tiempo, sucede lo mismo con los músculos subescapular, dorsal ancho, pectoral mayor y hasta con los vasos axilares. Lo mismo sucede en el codo respecto del ligamento anterior de la articulación, el músculo bíceps y el braquial anterior, que se retraen también; así es que cuando el enfermo quiere extender el antebrazo ó separar el brazo del cuerpo, experimenta dolor vivo y aun puede llegar el caso de que sea imposible todo movimiento espontáneo. Si, como sucede con frecuencia, el cirujano no insiste decididamente en la necesidad de practicar movimientos comunicados y se limita á prescribir linimentos ó fricciones inútiles, ó bien si el enfermo se resiste á ejecutar los movimientos que se le aconsejan, la retracción de los tejidos es cada vez mayor y adquiere tal resistencia,