

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,

que pronto nos encontramos con las mismas dificultades que si se tratase de una falsa anquilosis.

La retracción de la piel es suficiente para producir estas rigideces. Esto se observa muy especialmente en la mano, y á pesar de cuanto sobre el particular hemos dicho y escrito cuarenta años seguidos Malgaigne y yo, no se pasa un solo mes sin que en la visita del hospital se presenten estas rigideces, que condenan la extremidad á la impotencia, debidas más que á otra cosa á la negligencia del cirujano. Colocada la mano en extensión, la piel de la cara dorsal de los dedos forma pliegues al nivel de las articulaciones de las falanges, debidos al exceso de longitud de la piel, condición indispensable para que los dedos puedan doblarse sin que sufran tirantez los tegumentos. Pues bien, si durante el tratamiento de una afección cualquiera del miembro superior, se dejan los dedos en extensión, la piel de la cara dorsal se retrae, y cuando el enfermo después de curado trata de doblar los dedos, se encuentra en la imposibilidad de hacerlo. Bien es verdad que con tiempo y paciencia y tras vivos dolores acaba por conseguirlo, pero no lo es menos, que el miembro le queda inhábil durante muchas semanas, inconveniente que hubiera podido evitarse, y que no deja de tener su importancia, sobre todo cuando se trata de un obrero que se ha de ganar la vida con el trabajo manual.

Nada más fácil que evitar esto, sobre todo respecto de los dedos: basta para ello mantenerlos doblados, colocando en la palma de la mano del enfermo un rollo de venda. Si se trata de una articulación inmovilizada por una afección que no tenga asiento en ella misma, se procurará comunicarle de cuando en cuando algunos movimientos, que pueden empezar á los treinta días en las fracturas del muslo, brazo, rodilla y hombro. A los veinte días de una fractura de la pierna los movimientos comunicados practicados con las debidas precauciones, lejos de tener inconvenientes tienen inmensas ventajas. Por lo visto, pues, el tratamiento es sobre todo preventivo.

Para restablecer el movimiento en los casos de rigideces más antiguas y acentuadas, deberemos frecuentemente apelar á la aplicación de los aparatos de que vamos á hablar luego con motivo de las anquilosis falsas.

II. — Anquilosis falsas

La anquilosis falsa puede ser, por decirlo así, un grado exagerado de la rigidez articular, siendo á veces independiente de toda enfermedad de la articulación; pero por lo común son el resultado

de artritis reumáticas, blenorragicas, traumáticas, fungosas, etc., es decir, son consecutivas de enfermedades de la articulación misma. La inmovilización patológica de las caras articulares puede depender de la organización de derrames plásticos, de la retracción de los ligamentos, de la formación de bridas intra ó extraarticulares, etc. Frecuentemente cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo se han añadido á ella lesiones de los tejidos próximos; así los músculos puestos en relajación por la posición dada al miembro se retraen, y á veces sufren una transformación fibrosa parcial.

La anquilosis falsa por lo común es incompleta, quedando alguna movilidad en el sentido de la flexión ó de la extensión, de lo cual conviene asegurarse antes de emprender el tratamiento. Para establecer con precisión el diagnóstico, muchas veces es indispensable acudir á la anestesia. Aun así, no siempre se consigue el objeto, y entonces debemos recurrir al empleo de ciertos aparatos, con lo cual á veces se demuestra que una articulación que con las manos parece carecer en absoluto de movilidad, con la aplicación de un aparato de flexión ó de extensión se descubre que tiene alguna movilidad, y por consiguiente puede emprenderse un tratamiento con esperanzas de éxito.

El enderezamiento de las falsas anquilosis puede tener por objeto: 1.º enderezar el miembro para anquilosarlo en mejor posición, que es lo que se llama enderezamiento simple; 2.º restablecer la movilidad.

1.º *Enderezamiento simple*

Se emplea ó puede emplearse en la anquilosis de la articulación coxofemoral ó de la rodilla en flexión y la del codo en extensión. Cualquiera que sea el procedimiento que se emplee, ante todo es preciso asegurarse bien de que no existen ni indicios de inflamación en la articulación; porque de otro modo nos expondríamos á reavivar la artritis que fué la causa de la anquilosis, y todos conocemos por experiencia la gravedad de estas recidivas. Para proceder con rigor, es preciso tener muy presentes los puntos de elección, que son dolorosos á la presión cuando persisten aún restos de inflamación articular: en la rodilla, es el punto de inserción superior del ligamento lateral interno; en el codo, la cabeza del radio; en el hombro, la parte anterior de la articulación un poco por fuera de la apófisis coracoides; en la cadera, el pliegue de la ingle y la cara posterior del cuello por encima y detrás del trocánter mayor.

Para enderezar ó doblar un miembro al objeto de ponerlo en

mejor posición, puede emplearse el enderezamiento forzado en una sola sesión, ó el enderezamiento lento. Cada uno de estos procedimientos tiene sus especiales indicaciones. Si á pesar de las previas y atentas exploraciones tememos que renazca la artritis, ó consideramos que los músculos aunque algo retraídos irán cediendo gradualmente, apelaremos al enderezamiento lento, porque en el caso de que sobrevengan dolores podemos detenernos á tiempo antes de provocar una violenta inflamación. Cuando no existan tales temores, podrá procederse desde luego á la extensión brusca, que tiene la ventaja de ser un tratamiento rápido; pero en este caso hay que contar con la resistencia de los músculos, y si hay lugar para temer que sea excesiva, se procederá poco tiempo antes de la operación á practicar las tenotomías que se crea necesarias.

1.º *Enderezamiento brusco.*—Previa la anestesia general del enfermo, se sujeta firmemente la pelvis, el hombro ó la parte superior del miembro según la articulación de que se trate, y se ejercen tracciones sobre la parte que se trata de enderezar con fuerza creciente, pero siempre con prudencia para no ocasionar una fractura, complicación siempre grave, excepto en la cadera en que la fractura, si tiene lugar en el cuello ó cerca del trocánter, puede ser un modo de curación. Una vez practicado el enderezamiento, se coloca el miembro en la más absoluta inmovilidad, que es el mejor medio para evitar la inflamación.

2.º *Enderezamiento lento.*—Puede efectuarse con las manos multiplicando las sesiones, pero se efectúa más fácilmente y con mayor seguridad con los aparatos. El enderezamiento lento es especialmente aplicable á los casos en que se trata de restablecer los movimientos.

2.º *Restablecimiento de los movimientos*

— Cuando no se trata de una simple rigidez, el restablecimiento de los movimientos sólo puede obtenerse á beneficio del enderezamiento lento y gradual; porque si se emplea el enderezamiento brusco, es casi de absoluta necesidad dejar durante algunos días el miembro en inmovilidad, única manera de evitar la inflamación que produce la distensión considerable y brusca de los tejidos retraídos; pero sucede casi siempre que después de estos días se encuentra el miembro anquilosado en la posición que se adoptó. Recientemente he asistido á un enfermo que en otro tiempo había tenido el codo anquilosado en la extensión; se le practicó la flexión forzada durante la anestesia, y cuando, quitado el apósito, se le

quisieron permitir los movimientos, el codo estaba anquilosado en flexión. Practicóse entonces la misma operación en sentido inverso, creyendo que esta vez se restablecería el movimiento; pero el resultado fué volver al primitivo estado. En estas condiciones ví yo al enfermo, que recobró todo los movimientos después de

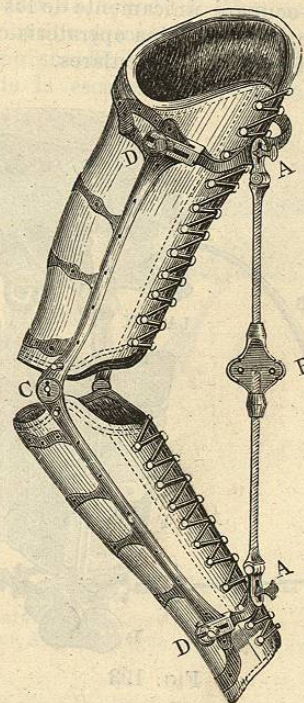


FIG. 192

Aparato de Le Fort para la flexión y extensión del codo. (El aparato está dispuesto para la flexión.)

algunas semanas de extensión y flexión graduales y progresivas con mi aparato.

Puede ensayarse el tratamiento cuando subsiste un poco de movimiento, y no hay ningún cambio apreciable de relaciones entre las caras articulares, caso frecuente en las artritis de la rodilla; pero en el caso contrario debemos abstenernos, sobre todo cuando la enfermedad es bastante larga y de tanta gravedad que pueda

considerarse como terminación afortunada la curación con anquilosis.

Los aparatos que se emplean para el tratamiento son de dos clases: unos tienen por objeto hacer posibles los movimientos; los otros, que se emplean únicamente al final del tratamiento, están destinados á perfeccionar los movimientos ya obtenidos y á hacerlos más fáciles. Me ocuparé únicamente de los primeros, porque los demás, mejor que á la medicina operatoria corresponden á la terapéutica de las enfermedades articulares.

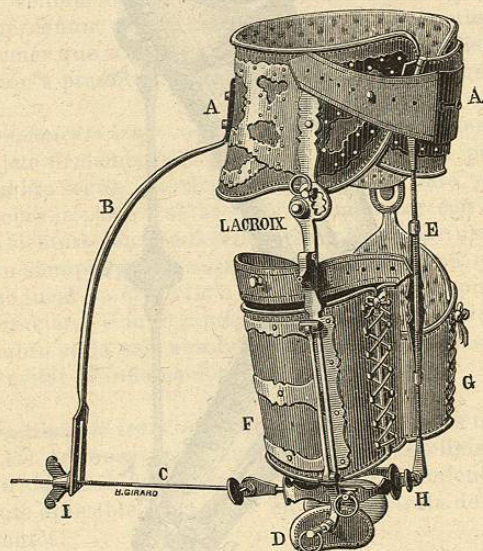


FIG. 193

Aparato de Le Fort para la flexión y extensión de la cadera

Los aparatos de enderezamiento casi todos son puestos en movimiento por engranajes colocados al nivel de la articulación. Tienen el inconveniente de ser poco sólidos, y para hacerlos funcionar debe desplegarse una cantidad de fuerza que difícilmente permite darse cuenta de la energía de la tracción que se ejerce sobre el miembro que se trata de enderezar. Por mi parte, prefiero los aparatos cuya fuerza se desarrolla á cierta distancia de la articulación.

Para la cadera.—Para empezar la extensión, empleo un doble tornillo E, que toma punto de apoyo en un cinturón AA, y en

la parte inferior y anterior de la escarcela F. Cuando quiero llevar la extensión hasta sus límites extremos, me sirvo de un vástago sólido B, de acero, colocado detrás del aparato y clavado superiormente al cinturón pelviano. En una escotadura de este vástago B, se ajusta una segunda varilla C, provista de un tornillo, varilla que por el otro extremo termina en un estribo que abraza la escarcela al nivel de la rodilla. Una tuerca J, permite tirar la rodilla hacia la varilla principal y proceder á la extensión con tanta fuerza como suavidad. Al nivel de la articulación de la férula externa de la escarcela con el cinturón, esta férula se

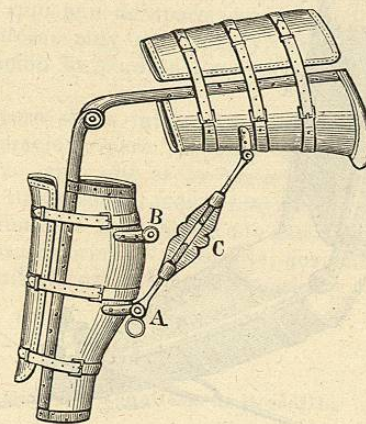


FIG. 194

Aparato de Le Fort para la extensión y flexión de la rodilla. El doble tornillo C, puede aplicarse en A ó en B, según el grado de extensión del miembro.

prolonga y termina en una chapa que tiene una ranura para dar paso á un tornillo que se fija en la armazón del cinturón. En virtud de esta disposición, podemos mantener el aparato en el grado de extensión obtenido y retirar momentáneamente las piezas móviles cuya presencia molestaría al enfermo. El doble tornillo anterior (E) permite hacer lo mismo la extensión que la flexión según convenga.

Para la rodilla, el aparato de que yo me sirvo es mucho más sencillo: consiste en una escarcela y un calzón de cuero amoldado, reforzado por férulas de acero articuladas en la rodilla. El aparato se pone en movimiento por medio de un doble tornillo colocado en la parte posterior. El grado de extensión ó de flexión obtenido por la acción de este tornillo, se sostiene por el mismo

mecanismo que he descrito en la cadera, pero en la figura se ha suprimido.

Para el codo, la flexión y la extensión se efectúan con un aparato, cuyo mecanismo está basado en los mismos principios.

Cuando se trata de restablecer los movimientos por medio de aparatos, es de advertir que los progresos obtenidos no se traducen inmediatamente por movimientos espontáneos.

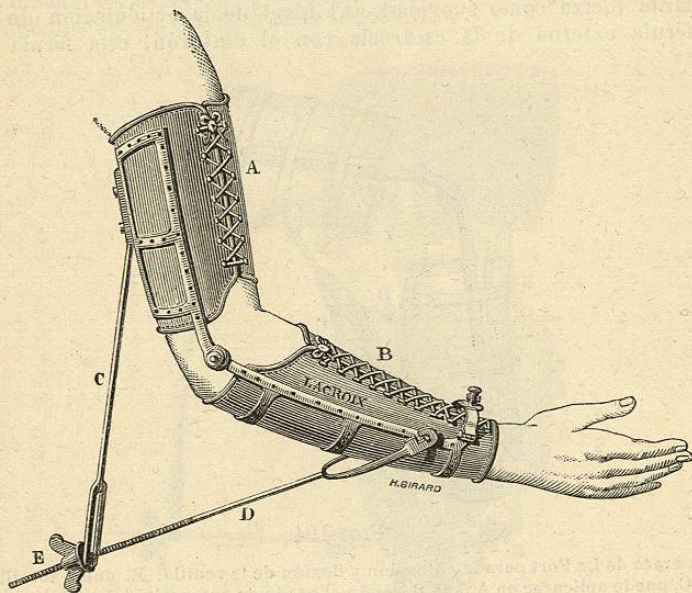


FIG. 195

Aparato de Le Fort para la flexión y extensión del codo. (El aparato está dispuesto para la extensión)

Cuando con el aparato se ha conseguido ya alguna extensión del movimiento, la mano del cirujano apenas consigue nada y el movimiento espontáneo del enfermo es nulo; pero á medida que los movimientos forzados aumentan, aumentan paralelamente los movimientos comunicados y los espontáneos. Si se tiene la debida perseverancia, las más veces se conseguirá el restablecimiento completo ó casi completo de la articulación.

III.— Anquilosis verdadera

En general, se llaman anquilosis verdaderas aquellas en las cuales hay perfecta unión ósea de las caras articulares ó producción de estalactitas óseas en la periferia de la articulación. Sin embargo, bajo el punto de vista terapéutico, esta limitación no es rigurosamente exacta. Yo creo que deben considerarse tales, siempre que los elementos de la articulación han sufrido tan profundas modificaciones que han desaparecido los cartílagos, se han formado bridas fibrosas muy apretadas y, en una palabra, siempre que la articulación ha perdido por completo y en absoluto todo movimiento.

Aun en este caso se ha intentado recobrar el movimiento mediante una operación; pero las más veces no ha sido éste el verdadero motivo, sino que se ha tratado de colocar al miembro anquilosado en una posición más ventajosa.

Estas operaciones se han practicado casi siempre en las anquilosis del miembro inferior. No obstante, nos ocuparemos también algo de las anquilosis del miembro superior y de las de la mandíbula.

1.º— Anquilosis de la rodilla

Nadie ha pretendido restablecer los movimientos absolutamente perdidos de esta articulación; pero cuando la anquilosis se ha efectuado en ángulo, de modo que el pie no puede apoyarse en el suelo, se ha procurado enderezar el miembro.

Dos métodos son los que se han puesto en práctica: la *rotura* y la *escisión*.

1.º *Rotura de la anquilosis. Procedimiento de Louvrier.*—Por medio de una máquina de extraordinaria potencia, alcanzó, en pocos segundos, romper la anquilosis y colocar el miembro en extensión. Algunos de los enfermos fueron víctimas de la operación; en los demás, se hizo la reunión en relaciones anormales, y el miembro no adquirió la solidez necesaria para sostener el peso del cuerpo. Este proceder ha sido muy justamente abandonado.

2.º *Escisión.*—Rhea Barton, en 1835, hizo aplicación de este método á la anquilosis, un año después que Clemot lo había