

del brazo; de presión brusca en la cara-interna; en el lugar del



Fig. 149. — Reduccion de una luxacion del codo derecho, por el proceder de la palma de la mano (Chassaignac).

olécrano una superficie aplastada ó ligera de presión.

2.º *Dimension* : Brazo acortado.

3.º *Actitud* : Antebrazo en pronacion, pareciendo torcido sobre su eje.

4.º *Movilidad* : Movimientos de extensión y de flexión incómodos, pero practicables en ciertos límites.

TRATAMIENTO. — Rodear el húmero con las dos manos y apretar con los pulgares el olécrano empujándolo hácia adentro primero y despues hácia adelante. Extensión y contra-extensión.

IV. *Luxacion incompleta hácia afuera*. — (Rara.) — SÍNTOMAS. — 1.º *Deformacion* : Diámetro transversal agrandado; salida hácia dentro de la epitroclea; depresión debajo de esta salida; cabeza del radio hácia afuera, olécrano mas afuera (fig. 151).

2.º *Dimension* : Normal.

3.º *Actitud* : Antebrazo un poco doblado.

4.º *Movilidad* : Conservada.

TRATAMIENTO. — Extender el antebrazo; hacer girar su extremidad superior hácia afuera y empujarla hácia adentro.

V. *Luxacion incompleta hácia adentro* (fig. 152 y 153). — SÍNTOMAS. — 1.º *Deformacion* : Salida del epicóndilo hácia afue-

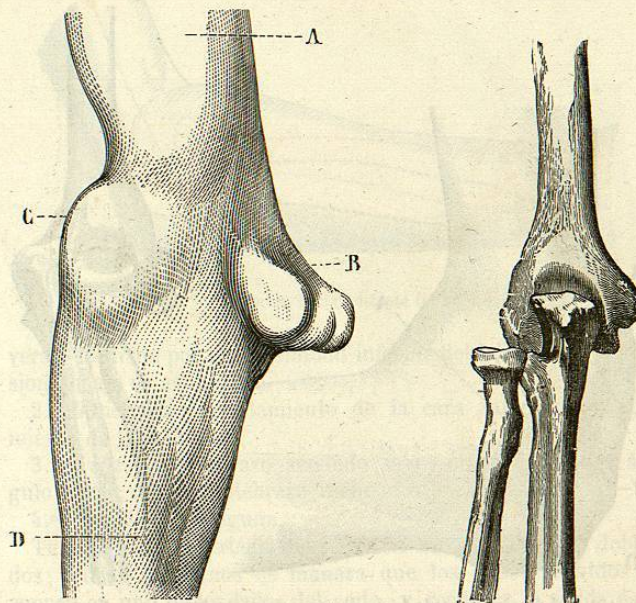


Fig. 150. — Luxacion completa hácia afuera (brazo derecho) (*).

Fig. 151. — Luxacion incompleta hácia afuera (brazo izquierdo).

ra; depresión más abajo; olécrano hácia adentro, sobresaliendo á veces por encima de la epitroclea y en el mismo plano; cabeza del radio en medio del codo ó sobresaliendo un poco hácia adelante.

2.º *Dimension* : Normal.

3.º *Actitud* : Antebrazo ligeramente doblado y en pronacion.

4.º *Movilidad* : Flexión posible, extensión limitada.

TRATAMIENTO. — Hacer la extensión sobre el antebrazo, cruzar los dedos en el pliegue del codo y apretar de dentro afuera, con los pulgares, las superficies de los huesos del antebrazo dislocados.

(*) A, cara ántero-externa del brazo; B, extremidad inferior del húmero; C, salida de la extremidad inferior del radio; D, borde externo del antebrazo vuelto casi anterior.

VI. *Luxacion hácia atras y adentro.* — SÍNTOMAS. — 1.º *Deformacion:* Cóndilo humeral saliente hácia afuera, depresion

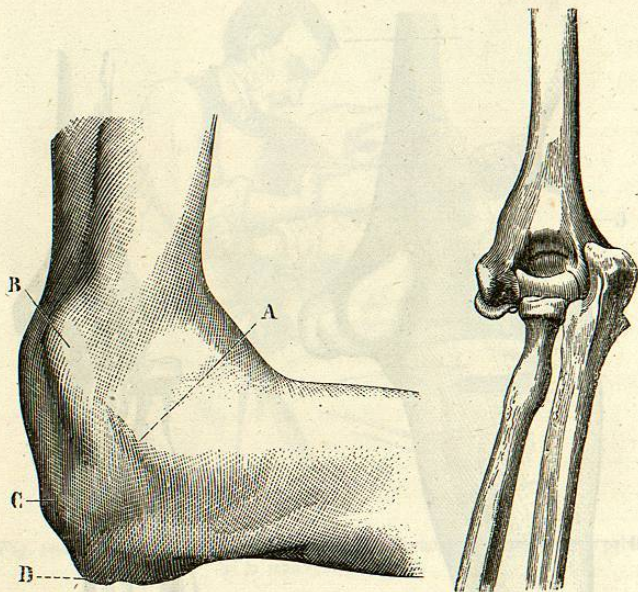


Fig. 152. — Luxacion del codo hácia adentro, variedad radio-posterior, cara interna de la articulacion (*).

Fig. 153. — Luxacion incompleta hácia adentro (brazo izquierdo).

por debajo; salida hácia atras debida á la cabeza del radio; olécrano remontado de 1 á 2 centímetros hácia adentro; salida del borde interno de la tróclea hácia adelante y adentro.

- 2.º *Dimension:* Acortamiento.
- 3.º *Actitud:* Antebrazo doblado y en supinacion.
- 4.º *Movilidad:* Poco pronunciada.

TRATAMIENTO. — Colocarse detrás del paciente; cruzar los dedos sobre el pliegue del codo, apoyar los pulgares sobre el olécrano empujándolo hácia afuera y adelante; hacer ejercer tracciones sobre el puño.

VII. *Luxacion hácia adelante* (fig. 154). Completa ó incompleta. — SÍNTOMAS. — 1.º *Deformacion:* Salida del radio y del

(*) A, epitróclea; B, vértice del olécrano; D, apófisis corónoides; E, cabeza del radio (Denucé).

cúbito en el pliegue del codo; hácia atras, depresion profunda en la cavidad olecraniana; debajo de esta cavidad, salida trans-

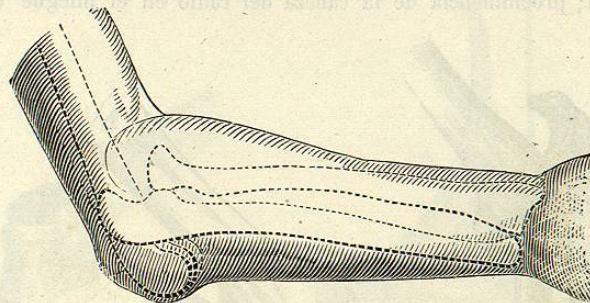


Fig. 154. — Luxacion hácia adelante (brazo izquierdo).

versal formada por la extremidad inferior del húmero; y depresion debajo de esta salida.

- 2.º *Dimension:* Acortamiento de la cara anterior; alargamiento de la posterior.
- 3.º *Actitud:* Antebrazo acodado sobre el brazo, casi en ángulo recto; mano y antebrazo inclinados hácia afuera.
- 4.º *Movilidad:* Ninguna.

TRATAMIENTO. — Extension sobre los huesos del brazo doblados; cruzar las manos de manera que los dedos reunidos se apoyen en uno de los lados del codo, y rechazar la salida ósea en los pulgares.

Averiguar si hay fractura del olécrano, en cuyo caso habrá crepitacion y movilidad (374, II).

VIII. *Luxacion aislada del cúbito hácia atras* (fig. 155). — SÍNTOMAS. — 1.º *Deformacion:* Diámetro ántero-posterior aumentado; salida del húmero en la parte interna del codo; salida del olécrano hácia atras; ángulo saliente en el lado externo del codo.

- 2.º *Dimension:* Acortamiento del borde interno del antebrazo; borde externo normal.
- 3.º *Actitud:* Antebrazo un poco doblado é inclinado hácia adentro, pero en la pronacion.
- 4.º *Movilidad:* Flexion y extension imposibles; pronacion y supinacion posibles; dolores, adormecimiento de los dos últimos dedos de la mano.

TRATAMIENTO. — Extension sobre el antebrazo en supinacion; cruzar los dedos en el pliegue del codo, y apoyar los pulgares en el olécrano para empujarlo hácia adelante y abajo.

IX. *Luxaciones completas é incompletas del radio hácia adelante* (fig. 156). — SÍNTOMAS. — 1.º *Dimension*: Poca sensibilidad; proeminencia de la cabeza del radio en el pliegue del

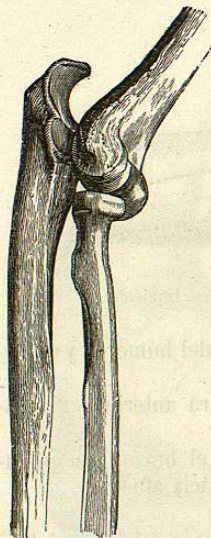


Fig. 155. — Luxacion aislada del cúbito hácia atras (brazo derecho).



Fig. 156. — Luxacion del radio hácia adelante (*).

codo, variando con los movimientos comunicados; ligera depresion hácia atras y afuera.

2.º *Dimension*: Acortamiento del lado externo.

3.º *Actitud*: Antebrazo en flexion, mano en pronacion, algo inclinada hácia afuera.

4.º *Movilidad*: Movimientos más ó menos dolorosos. — En la luxacion incompleta los mismos síntomas, pero menos acusados.

TRATAMIENTO. — Tratar de colocar el antebrazo en supinacion, y ejercer con los pulgares de arriba abajo primero, luego de dentro á fuera y de delante atras, una presion sobre la cabeza del radio luxado. Mantener por espacio de 2 ó 3 semanas, por lo ménos, el antebrazo en semi-flexion.

X. *Luxaciones completas é incompletas del radio hácia atras*

(*) A, ligamento rasgado (Denucé).

(fig. 157). — SÍNTOMAS. — 1.º *Deformacion*: Hácia atras y afuera, cabeza del radio movable durante los movimientos de pro-



Fig. 157. — Luxacion completa del radio hácia atras (brazo derecho).

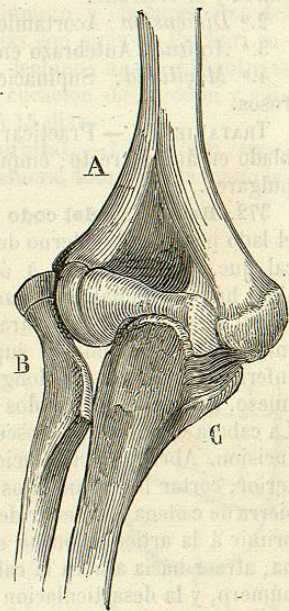


Fig. 158. — Luxacion del radio hácia afuera (brazo derecho) (*).

nacion y de supinacion, hundimiento en el pliegue del codo debajo del cóndilo y cuerda tensa (biceps).

2.º *Dimension*: Acortamiento del borde externo.

3.º *Actitud*: Antebrazo en pronacion y flexion ligera.

4.º *Movilidad*: Flexion y extension limitadas; supinacion casi imposible.

TRATAMIENTO. — Contra-extension en el brazo, extension en el antebrazo, colocado en supinacion; tomar el codo con ámbas manos y apretar con los pulgares el radio de arriba abajo, de detras adelante, miéntras que un ayudante dirige el brazo en el sentido de la extension. Compresa graduada atras y afuera; vendaje en 8 de cifra.

XI. *Luxacion del radio hácia afuera* (fig. 158). — SÍNTOMAS.

(*) A, borde externo del húmero; B, radio luxado hácia afuera; C, cúbito.

— 1.º *Deformacion*: Poco marcada; proeminencia de la cabeza del radio en el lado externo del codo; depresion entre esta salida y el olécrano.

2.º *Dimension*: Acortamiento del borde externo.

3.º *Actitud*: Antebrazo en semi-flexion y en pronacion.

4.º *Movilidad*: Supinacion imposible; movimientos dolorosos.

TRATAMIENTO. — Practicar la extension en el antebrazo doblado en ángulo recto; empujar el radio hácia adentro con los pulgares.

372. *Reseccion del codo (Proceder de Nelaton)*. — Hacer en el lado posterior y externo de la articulacion una incision vertical que, comenzando á 4 ó 5 centímetros más arriba de la línea húmero-radial, se termine á 2 centímetros debajo de esta línea; hacer en seguida otra incision transversa desde el borde interno de la extremidad superior del olécrano hasta la parte inferior de la incision longitudinal, cortando hasta llegar al hueso, de modo que las dos incisiones reunidas formen una L. La cabeza del radio se descubre fácilmente en el ángulo de la incision. Abrir la articulacion húmero-radial, por su cara posterior, cortar los ligamentos lateral externo y anular; pasar la sierra de cadena alrededor del cuello del radio y amputarlo. Imprimir á la articulacion un movimiento de flexion lateral-interna; atraer hácia afuera la cabeza del cúbito y la extremidad del húmero, y la desarticulacion se opera sin dificultad; separar el tendon del triceps, desnudar y serrar sucesivamente los dos cuellos perpendicularmente á su eje y á la misma altura. En este proceder no es menester ocuparse mucho del nervio cubital, el cual se aleja por sí solo del campo de operacion: basta respetar su vaina. — *Curacion*: Ligar las arterias, doblar el antebrazo sobre el brazo, reunir por medio de la sutura entortillada y colocar el miembro en una gotera (canal).

2.º *Proceder de Ollier (en forma de bayoneta)*. Incision longitudinal (piel solamente) de 6 centímetros sobre el lado externo del húmero hasta el relieve formado por el epicóndilo; otra transversal y un poco oblicua desde un poco más arriba del olécrano hasta el borde posterior del cúbito; una tercera incision longitudinal sobre el lado interno del cúbito, comprendiendo la piel y el periostio (*fig. 160*). Desprender, sin cortarlas, con un raspador las inserciones del triceps, echando este músculo hácia atras y el supinador largo junto con el primer radial externo hácia adelante; separar con una raspadera el triceps como más arriba, y desnudar con el mismo instrumento las caras anterior, posterior é interna del húmero. Abrir la articulacion, luxar los

huesos, separar fuertemente los músculos y desprender con cuidado las inserciones musculares: serrar ó cortar con unas pinzas fuertes la parte inferior del húmero y las superiores del radio y del cúbito. — *Curacion*: Hilas con agua de Pagliari entre los labios de la herida, drenage, lechino; una ó dos suturas en la parte superior de la incision; curacion de algodón y silicada: movimientos al cabo de 8 ó 15 dias.

373. *Desarticulacion húmero-cubital*. — 1.º *Método circular*. — Colocado el cirujano hácia afuera, toma con la mano iz-

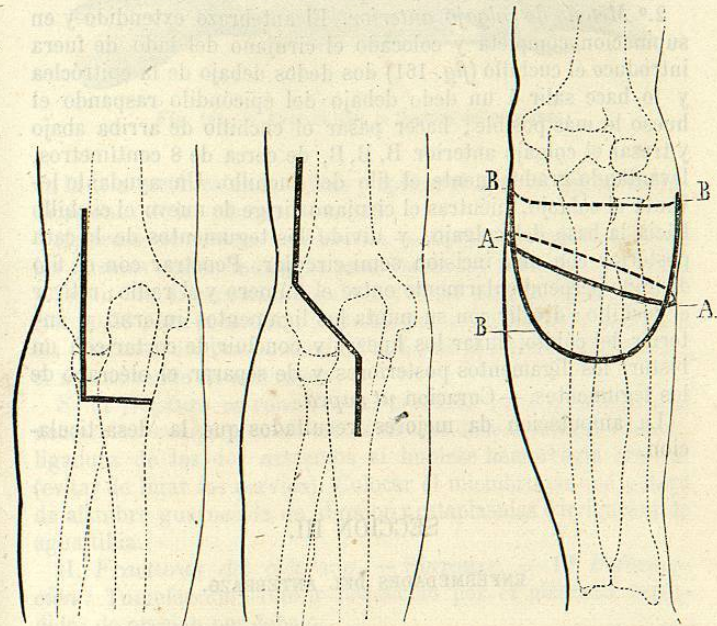


Fig. 159. — Desarticulacion húmero-cubital. — Reseccion del codo, cara posterior. (Nelaton.) *Fig. 160.* — Reseccion del codo, cara posterior. (Ollivier.) *Fig. 161.* — Desarticulacion húmero-cubital. — Lado izquierdo, cara del anterior (*).

quiera la parte que se va á separar: seccion circular de la piel á tres dedos de ancho debajo de la epitroclea; disecar y levantar esta manga de 2 á 3 centímetros; cortar transversalmente todas

(*) A, A, incision por el método circular; B, B, B, colgajo anterior segun Chauvel (*Operaciones*).

por delante y hacia afuera; cortar el ligamento lateral externo, las partes blandas; hacer penetrar el cuchillo entre el epicóndilo y la cabeza del radio, rodear la eminencia formada por la apófisis coronóides del cúbito, dividir el ligamento lateral interno; tirar el antebrazo en la dirección de su eje, cortar los músculos y los ligamentos; dirigir el filo del cuchillo hacia el olécrano y separar el tendón del *hiceps* cortándolo cerca de su inserción (161).

--- *Curación*: Ligar primero la humeral, las pequeñas arterias después; reunir los labios de la herida con bandeletas aglutinantes; curación simple que se suspenderá al tercer día.

2.º *Método de colgajo anterior*. El antebrazo extendido y en supinación completa y colocado el cirujano del lado de fuera introduce el cuchillo (*fig. 161*) dos dedos debajo de la epitroclea y lo hace salir á un dedo debajo del epicóndilo raspando el hueso lo más posible; hacer pasar el cuchillo de arriba abajo y trazar el colgajo anterior B, B, B, de cerca de 8 centímetros, levantando gradualmente el filo del cuchillo. Un ayudante levanta el colgajo, mientras el cirujano dirige de nuevo el cuchillo hacia la base del colgajo, y divide los tegumentos de la cara posterior con una incisión semi-circular. Penetrar con el filo dirigido perpendicularmente entre el húmero y el radio; retirar el cuchillo; dividir con su punta los ligamentos interno y anterior del cúbito, luxar los huesos y concluir de cortar con un bisturí los ligamentos posteriores y de separar el olécrano de los tegumentos. — *Curación ut supra*.

La amputación da mejores resultados que la desarticulación.

SECCION III.

ENFERMEDADES DEL ANTEBRAZO.

374. *Fractura de los huesos del antebrazo*. — I. *A la parte media*. — *SÍNTOMAS*. — 1.º *Deformación*: del miembro en forma cilíndrica.

2.º *Dimensión*: normal.

3.º *Actitud*: pronación.

4.º *Movilidad*: anormal, abolición de los movimientos; los comunicados son dolorosos y producen la crepitación.

TRATAMIENTO. — Extensión moderada; evitar la unión mutua de los fragmentos con compresas, corchos cortados ó colocando simplemente la mano en semi-pronación. Compresas graduadas empapadas en aguardiente á lo largo de las dos caras del miem-

bro (*fig. 162*); tablillas superiores é inferiores largas mantenidas con una banda de 5 á 6 metros.

No desoir jamás las quejas del enfermo y deshacer el aparato cuando lo exija el caso. Consolidación en 35 á 40 días.

Aparato Sarazin. — Para el antebrazo y la muñeca, colocar

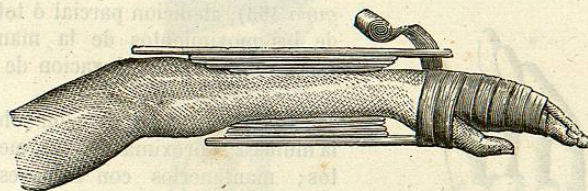


Fig. 162. — Aparato para la fractura del antebrazo.

en la tela metálica unas valvas y aplicar el aparato según las indicaciones de las páginas 334, 335.

Aparato de cartón, de Merchie. — Cortar dos modelos según las mismas reglas indicadas para los de las fracturas del brazo y según las dimensiones siguientes: 0,48 para la tablilla posterior; 0,36 para la anterior; amoldarlos exactamente como para las fracturas del brazo, dándole la forma del brazo fracturado; el mismo modo de aplicación.

Si la fractura es *comminuta*, practicar los desbridamientos necesarios, compresión metódica en caso de hemorragia venosa; ligadura de los dos extremos si hubiese hemorragia arterial (evitar de ligar los nervios). Colocar el miembro en una gotera de alambre guarnecida de algodón y cataplasmas ó irrigación de agua tibia.

II. *Fracturas del olécrano*. — *SÍNTOMAS*. — 1.º *Deformación*: Tumefacción; tumor producido por el olécrano ascendido; de presión por debajo.

2.º *Dimensión*: normal.

3.º *Actitud*: semiflexión.

4.º *Movilidad*: flexión y extensión imposibles; movilidad del fragmento separado, dolor local en los movimientos de lateralidad comunicados á estos fragmentos.

No confundir con luxaciones (371), ni contusión.

TRATAMIENTO. — Extender el antebrazo sobre el brazo y rechazar el fragmento hacia abajo: colocar el brazo en la extensión *incompleta*; no aplicar el aparato sino después de la desaparición de la hinchazón. Compresas graduadas en forma de cuña en la parte posterior del codo para rechazar el olécrano

hacia abajo; mantenerlos con una banda enrollada seca como en la fractura de la extremidad inferior del húmero. Aplicar en seguida un vendaje de dextrina ó tablillas de carton. — Hacer ejecutar los movimientos al final de la 4.^a semana.

III. *Fracturas de la extremidad inferior del radio.* — SÍNTOMAS. — Dolores; hinchazon; crepitacion; deformacion (fi-

gura 163); abolicion parcial ó total de los movimientos de la mano.

No confundir con luxacion de la muñeca (379).

TRATAMIENTO. — Extension sobre la muñeca; aproximar los fragmentos; mantenerlos con compresas graduadas colocadas transversalmente sobre el dorso del cuerpo y el fragmento inferior del radio; compresas longitudinales en la cara palmar del antebrazo; tablillas superiores é inferiores mantenidas con una banda de tela ó de diaquilon.

375. *Amputacion.* — 1.^o *Método circular.* — Colocado el operador en la parte interna del brazo y el enfermo en una posicion intermedia entre la pronacion y la supinacion, se hace comprimir la arteria por un ayudante, mientras que otro mantiene el brazo y otro la mano. — Seccion circular de la piel; disecar esta especie de manga y volverla al revés como en la amputacion del brazo (página 336); cortar los músculos al nivel de la

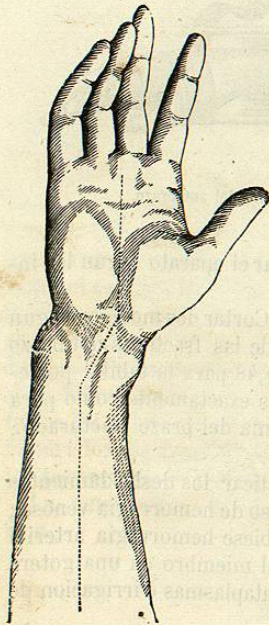


Fig. 163. — Fractura de la extremidad inferior del radio.

piel retraida; dirigir despues el cuchillo por encima del antebrazo del enfermo y hacerle describir un 8 de cifra para completar la seccion de los músculos profundos é interóseos. Compresas de tres cabos en el espacio interóseo; levantar los músculos; serrar los dos huesos comenzando por el cúbito y concluyendo por el mismo hueso. — *Curacion*: ligadura de arterias; bandeletas aglutinantes ó curacion por oclusion segun el método de A. Guérin (ver pág. 338).

2.^o *Método de colgajos (fig. 164).* — Los ayudantes se colocarán como se ha indicado; antebrazo en supinacion. Cortar por transfixion de dentro á fuera, un colgajo anterior de 6 á 7 centímetros:

pasar el cuchillo entre los huesos y los músculos de la region dorsal, y cortar un colgajo posterior dos centímetros más largo que el anterior. El resto de la operacion como en el proceder

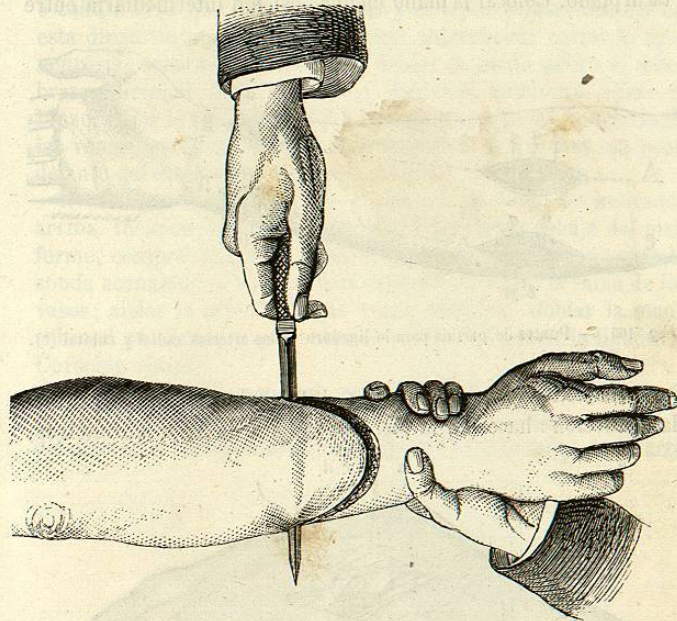


Fig. 164. — Amputacion por transfixion; los colgajos han sido limitados de antemano por incisiones practicadas de fuera hácia dentro (Alf. Guérin).

anterior. — *Curacion*: ligadura de arterias; unir los colgajos con sierras-finas ó con bandeletas.

376. *Ligadura de la radial (fig. 165).* — I. *En la parte superior.* — *Puntos de partida*: una linea que saliendo del pliegue del codo se termine en el cuarto externo de la muñeca.

A dos dedos debajo del pliegue del codo hacer una incision de 7 centímetros que interese la piel y el tejido celular; dividir la aponeurósia bajo la sonda acanalada; separar la arteria de las dos venas satélites; pasar la ligadura en el ojo de un estilete introducido de fuera á dentro; curacion simple.

II. *En la parte inferior.* — *Puntos de guia*: los indicados más arriba. Hacer una incision de 5 centímetros, comenzando á un dedo encima de la articulacion de la muñeca; cortar en dos

tiempos la piel y el tejido celular; aislar la arteria de sus venas satélites; pasar la ligadura; curacion simple.

III. *En la tabaquera anatómica.* — *Puntos de partida:* una línea de la extremidad del maleolo radial al eje del primer metacarpiano. Colocar la mano en una posición intermedia entre

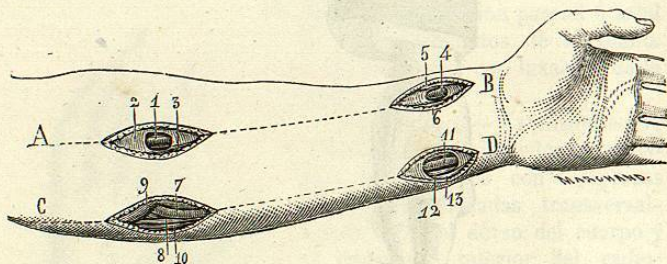


Fig. 165. — Puntos de partida para la ligadura de las arterias radial y cubital (*).

la pronación y la supinación (fig. 166), colocando el pulgar en la abducción: hacer en la piel una incisión de 3 á 4 centímetros,

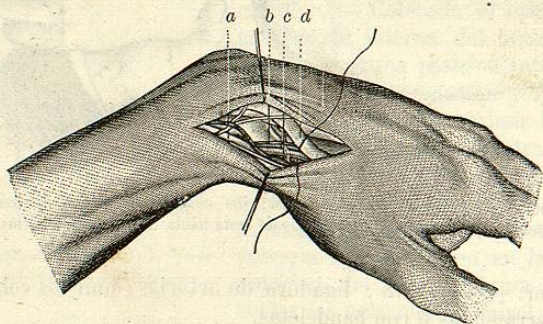


Fig. 166. — Ligadura de la arteria radial (**).

dividir las capas fibrosas condensadas; volver la mano sobre el borde radical, aislar la arteria y pasar la aguja de ligadura.

(*) A, B, dirección de la radial: 1, arterial radial; 2, vaina; 3, músculo pronador redondo; 4, arteria; 5, tendón del gran supinador; 6, tendón del gran palmar.

C, D, dirección de la cubital: 7, arteria cubital; 8, nervio cubital; 9, flexor sublime separado para dejar ver la arteria; 10, músculo cubital anterior; 11, arteria cubital; 12, vaina; 13, músculo cubital anterior bajo del cual se encuentra el nervio.

(**) a, tendones reunidos de los músculos gran abductor y pequeño extensor del pulgar hacia afuera; b, venas satélites; c, arteria radial; d, extensor largo (Sedillot).

377. **Ligadura de la cubital.** — I. *En la parte superior.* — *Puntos de partida* (fig. 165): una línea que partiendo de la cara anterior de la epitroclea se termine en el pisiforme C D. Practicar, á dos dedos del pliegue del codo, una incisión de 8 á 9 centímetros que interese la piel y el tejido celular; buscar en esta dirección una línea amarillenta intersticial; cortar la aponeurósis; separar los músculos; doblar la mano sobre el antebrazo, dirigirla hacia adentro y doblar el antebrazo sobre el brazo; dejar el nervio cubital hacia afuera; separar la arteria de las venas; pasar la sonda y el hilo de dentro á fuera, un poco delante del intersticio. Curacion simple.

II. *En la parte inferior.* — *Puntos de partida:* los indicados arriba. Incisión de 6 á 9 centímetros á dos dedos debajo del pisiforme, comprendiendo la piel, el tejido celular; abrir sobre la sonda acanalada la aponeurósis superficial; luego la vaina de los vasos; aislar la arteria de las venas satélites; doblar la mano sobre el antebrazo y este sobre el brazo; introducir la ligadura. Curacion simple.

378. **Tumor blanco del codo.** — SÍNTOMAS. — Hinchazon; piel luciente, roja; desaparición de las salidas óseas, excepto la del olécrano; tumorcillos fluctuantes en los dos lados de la arti-

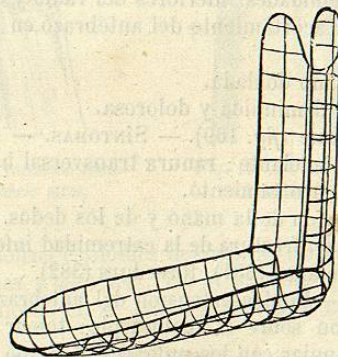


Fig. 167. — Gotera metálica.

culacion; brazo en una posición intermedia entre la flexión y la extensión; después absceso; más tarde luxación del radio sobre el húmero ó el cúbito, ó anquilosis.

No confundir con luxación (371), reumatismo (23).

TRATAMIENTO. — Moxas, cauterios en la parte posterior del codo; cauterización transcurrente; sinapismos volantes. Inmovilidad en una gotera metálica (pág. 167), con el objeto de ob-

tener una anquilosis (fig. 167), ó un aparato algodonado de Burggrave consistiendo en tablillas codadas de carton cubiertas de algodón y de bandas dextrinadas ó almidonadas; — ó el aparato de Bossuet que consiste en dos goteras, una pectoral, otra braquial unidas por dos correas; — ó el aparato de tela metálica.

Así que pase el período inflamatorio, fricciones secas, estimulantes, duchas aromáticas, sulfurosas. — En ciertos casos, resección del codo.

Tratamiento general interno; aire puro; insolación; régimen tónico; jarabe ó pildoras de ioduro de hierro; vino de genciana, de quina; aceite de hígado de bacalao, etc. (V. *Escrófulas*, 27).

SECCION IV.

ENFERMEDADES DE LA MUÑECA.

379. **Luxacion.** — I. *Hácia atrás* (fig. 168). — SÍNTOMAS. — 1.º *Deformacion*: aumento del diámetro ántero-posterior; salida lisa, convexa en la cara posterior del antebrazo, correspondiendo á la primera fila de huesos del carpio; hácia adelante salida de las extremidades inferiores del radio y del cúbito.

2.º *Dimension*: acortamiento del antebrazo en la extremidad del dedo mediano.

3.º *Actitud*: mano doblada.

4.º *Movilidad*: disminuida y dolorosa.

II. *Hácia adelante* (fig. 169). — SÍNTOMAS. — 1.º *Deformacion*: salida hácia adelante; ranura transversal hácia atrás.

2.º *Dimension*: acortamiento.

3.º *Actitud*: flexion de la mano y de los dedos.

No confundir con fractura de la extremidad inferior del radio (374, III), tumor blanco (381), torcedura (382).

TRATAMIENTO. — Contra-extension del antebrazo cerca de la muñeca; extension sobre el metacarpio; tomar la muñeca á mano llena, y empujar con los pulgares el carpio hácia abajo y en sentido inverso del dislocamiento.

380. **Quistes.** — SÍNTOMAS. — Tumores pequeños, más ó ménos duros, más ó ménos dolorosos, situados en el trayecto de la vaina de los tendones, pudiendo disminuir ó desaparecer con la presion, forma alargada ó de zurron.

TRATAMIENTO. — Compresion metódica con rodajas de agarico mojadas en aguardiente; puncion simple; puncion con inyeccion de iodo ó de vino; aplastamiento; incision longitudinal seguida de la irrigacion prolongada. (A. Bérard.)

381. **Tumor blanco de la muñeca.** — SÍNTOMAS. — Hinchazon más pronunciada en la cara dorsal que en la palmar. Salidas óseas y depresiones normales borradas; salida más pronun-



Fig. 168. — Luxacion radio-carpiana hácia atrás.



Fig. 169. — Luxacion radio-carpiana hácia adelante.

ciada de los apófisis estilóides del cúbito; mano en la extension, dedos inmóviles y derechos. En el segundo período, abscesos, trayectos fistulosos en el antebrazo ó en la cara dorsal de la mano.

No confundir con luxacion (379), reumatismo articular (23).

TRATAMIENTO. — Ver *Tumor blanco* de la articulacion del codo (378).

382. — **Torcedura.** — SÍNTOMAS. — Dolor local en el momento del accidente; luego, tumefaccion, equimosis; movimientos dificultosos y dolorosos.

No confundir con fractura (374), luxacion (379).

TRATAMIENTO. — Si la torcedura fuese reciente hacer ejecutar movimientos articulares; frotaciones, masaje; frotaciones con