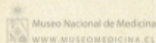


EL MASAJE Y LA MOVILIZACIÓN

EN EL

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS



MEMORIA DE PRUEBA



Museo Nacional de Medicina

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA DE LA

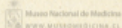
UNIVERSIDAD DE CHILE

POR

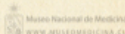
LUIS A. GODOY J.

Ayudante de Clínica Quirúrgica

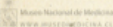
19



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

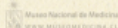


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMP. Y ENCUADERNACIÓN AURORA

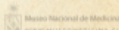
1269—ELEUTERIO RAMIREZ—1269

1900



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

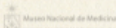


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Al distinguido maestro

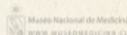
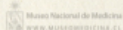
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



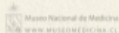
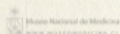
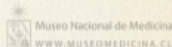
Dr. Ventura Carvallo Elizalde

Testimonio de cariñoso respeto

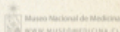
El Autor



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EL MASAGE Y LA MOVILIZACIÓN

EN EL

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La práctica del masage y de la movilización en el tratamiento de las fracturas, está llamada á desempeñar un rol muy considerable en la terapéutica quirúrgica. Debe constituir, al menos en nuestro país, el punto capital de una reforma que es ya una necesidad indiscutible, dados los múltiples inconvenientes con que tropieza el antiguo procedimiento por la inmovilización. Siendo de ejecución fácil y sencilla, esta aplicación del masage no tiene ninguno de los inconvenientes que se le ha querido atribuir y se obtiene, gracias á la observancia fiel de sus preceptos, una curación rápida y segura; yo abrigo, á pesar del reducido número de casos observados, ninguna duda á este respecto y estoy seguro que vulgarizando este nuevo mé-



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

todo en Chile, contará con numerosos y convencidos partidarios.

Nuestro país ha sido, en efecto, el más retraído para aceptar el masaje y la movilización en el tratamiento de las fracturas; y cuando Francia, Alemania, Inglaterra y los demás países europeos lo aplicaban desde hace diez ó más años, nosotros tratábamos todavía las fracturas por aparatos de inmovilización continuada; de manera que no hemos trepidado un momento para poner en práctica el procedimiento de Lucas-Championnier y realmente hemos quedado sorprendidos con los éxitos obtenidos, por un tratamiento que presta á los fracturados servicios positivos.

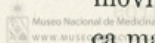
Aunque es verdad que el masaje es conocido desde muy antiguo en el tratamiento de muchas afecciones con excelentes resultados, apesar de lo defectuoso de su aplicación, sólo ha sido en estos últimos 15 años, cuando el Ilustre Cirujano de Beaujon, el Doctor J. L. Championnièr lo ha aplicado con brillo en el tratamiento de las fracturas, ideando un método que le es propio, método que dió á conocer después, en una serie de publicaciones en que demuestra la eficacia de su procedimiento, enriqueciendo así, de una manera definitiva, la terapéutica de las soluciones de continuidad de los huesos.

Sus primeras publicaciones en Julio del año 1886 en el seno de la Sociedad de Cirugía de París, despertaron como era natural, hacia este método revolucionario, grandes debates científicos, dejándose oír voces tan autorizadas como las de Tre-lat, Verneuil y otros, que las combatieron; pero los sólidos fundamentos de este método, robustecidos como fueron por nuevas experiencias, llevaron el convencimiento á muchos y bien pronto la nueva terapéutica encontró partidarios decididos: Reclus en Francia; Franks en Inglaterra; Brun y Landerer en Alemania, y apesar de la rudeza de los ataques sufridos,



aún no ha podido ser conmovida su base; lo que prueba la fuerza con que cuenta el nuevo procedimiento para abrirse camino y conseguir ser hoy la práctica corriente en la Cirugía Moderna.

Creo no estará lejos el día en que el masaje ayudado de la movilización metódica, sea en nuestros Hospitales la terapéutica más usual, apesar de la resistencia que se hace á su generalización y de los inconvenientes para proporcionarse un personal idóneo que lo practique.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Ventajas del nuevo procedimiento.—El masaje constituye una terapéutica de acción muy compleja por acciones íntimas mal conocidas aún, ó insuficientemente determinadas; aporta causas múltiples para una reparación rápida y regular; pero apesar del poco conocimiento que aún tenemos sobre el mecanismo de su acción favorable, no por eso se está menos seguro del rol que en la terapéutica desempeña.

Cuando se produce una fractura en un miembro, resultan desórdenes de toda especie, desórdenes que comprenden no solo los huesos, sino también los tejidos blandos vecinos al foco de fractura y aún á órganos alejados en relación con este foco; es pues de necesidad que en estos tejidos haya una reparación suficiente para la vuelta del miembro á su estado normal. La terapéutica de las fracturas tiende, pues, á este sólo y único fin, y para llegar á este resultado, se han combinado métodos y procedimientos distintos, fundados todos en una inmovilización continua del miembro lesionado.

Esta antigua práctica fué continuada durante tantos años, en primer lugar, á causa de la defectuosa observación que se hacía en los enfermos, y en segundo lugar, al temor de produ-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cir una pseudo-artrosis por una movilización que secreta inconveniente.

Vamos á ver ahora que el masaje, lejos de producir efectos nocivos para la reparación, es el único tratamiento capaz de llenar favorablemente el mayor número de las indicaciones que se presentan en las fracturas.

1).—La primera acción del masaje es indudablemente la *disminución y aún supresión del dolor*. Esta acción es tan manifiesta que con ella aparecen nuevamente las funciones del miembro y el enfermo, de abatido y postrado que se hallaba, recobra su ánimo y su tranquilidad.

La explicación de este fenómeno es aún difícil, pudiendo quizás ser debido á causas múltiples, como la desaparición de exudados, la no compresión de los tejidos y aún á una acción íntima sobre las fibras nerviosas mismas.

Este primer efecto del masaje, rápido é inmediato desde las primeras sesiones, constituye una de las ventajas que hay que tomar más en cuenta en la práctica corriente de la cirugía general. Debemos insistir en el ánimo del paciente hacia el convencimiento de que la sedación del dolor es inmediato en su producción, y tan es así, que una vez practicada la primera sesión con toda la dulzura y suavidad requeridas, no tarda antes de los 10 minutos en producirse de una manera, no solo absoluta, sino dejando en el enfermo una sensación de bienestar.

Como hemos dicho ya, tras de la anestesia viene en casi todos los casos, el restablecimiento funcional. Consecuencia bastante feliz ya que permite practicar con mayor facilidad movimientos más amplios y menos molestos en las articulaciones de vecindad, que son de regla en la movilización metódica y progresiva que se recomienda. Sin embargo, hay un cierto peligro en la desaparición tan absoluta de este dolor; este pe-



ligro consiste en el exceso precoz de estos movimientos que haría el enfermo, gracias á su insensibilidad y que podrían acarrearle perturbaciones en el trabajo de reparación. Es, pues, de absoluta necesidad, imponer una inmovilización progresiva y metódica.

Se ha pretendido que la inmovilización suprime también el dolor, lo cual es cierto, cuando se trata del dolor enteramente inmediato que se produce en el momento, ó poco después de la fractura; y es natural entonces, que las sacudidas y los pequeños choques produzcan una exacerbación más ó menos violenta; pero de ahí á aceptar que la inmovilización consecutiva, prolongada durante días enteros, traiga la disminución de este síntoma, hay una gran diferencia: al día siguiente hay tanto ó mayor dolor que en el momento del traumatismo y lo único que habremos evitado es la depresión que los movimientos intempestivos hubieran causado en el paciente. Pero si comenzamos desde este momento á poner en práctica el masaje racional de las fracturas, obtendremos, por lo que respecta al dolor, un beneficio inapreciable. En resumen, consideramos nosotros, como una de las mayores ventajas y como la recomendación más brillante de este nuevo método, la cesación de un síntoma talvez el más mortificante y depresivo para el enfermo.

2).—*Modificación de las partes blandas.*—Bajo la influencia del masaje, se observa también la desaparición rápida de la hinchazón de las partes blandas. Este fenómeno, que se hace más notable después de cada sesión de masaje, produce también un alivio extraordinario en el paciente y aumentando el número de sesiones, se logra hacer desaparecer completamente el edema en un período anterior á aquel en que, con los tratamientos ordinarios, apenas empezaría á disminuir.



En cuanto á los edemas secundarios, son tan raros que se puede decir que no se observan.

La desaparición del hinchamiento acarrea también una libertad más grande de los movimientos articulares que facilita, tanto como la desaparición del dolor, el tratamiento de movilización que este método prescribe: vemos, pues, que estos dos efectos inmediatos del masaje, desaparición del dolor y del hinchamiento, se hallan muy relacionados entre sí, y que, en mucha parte, el primero es dependiente del segundo. Ya que, como hemos visto, la desaparición de este hinchamiento es producida por la disminución que se efectúa de la infiltración en toda la vecindad del foco de fractura: el masaje aviva la piel, acelera la circulación superficial y profunda, dando una actividad extraordinaria al intercambio de los productos nutritivos; y es así como la circulación, tanto linfática como sanguínea, reactivadas por las maniobras del masaje, arrastran lejos del foco los derrames sero-sanguíneos que constituyen el hinchamiento.

Hay en el masaje otra acción, que es la ejercida sobre las pequeñas desgarraduras musculares que son, por decirlo así, reducidas con su derrame correspondiente, contribuyendo también á la disminución del hinchamiento.

3).—*Influencia sobre el callo.*—La influencia favorable que ejerce sobre la circulación, es también puesta en evidencia al producirse la consolidación ósea. En una fractura tratada por el masaje el callo que se forma es sólido, regular, sin exuberancias, rápido en su producción; ya no se constatan los callos deformes, excesivos que se veían en las fracturas tratadas por la inmovilización continuada. La única explicación de esta influencia favorable, es indudablemente la actividad regular de la circulación y la vitalidad más enérgica de los tejidos, por las maniobras de un masaje metódico y progresivo.



Por otra parte, se halla fuera de toda duda y la experiencia diaria lo confirma, el hecho de que una "cierta movilidad de los fragmentos, no es incompatible con la formación de un callo normal, y muchas veces nos sorprende ver con qué rapidez se consolidan huesos tan móviles como las costillas y la clavícula, donde la inmovilización absoluta es ilusoria; por lo tanto, no se halla fuera de la razón el pretender, que una cierta movilidad de la fractura, ayudada con un masaje racional, lejos de producir una pseudo-artrosis como se ha pretendido, contribuye poderosamente á una consolidación normal.

Aún más podríamos agregar, y es que muchas pseudo-artrosis y muchos callos débiles y mal nutridos, son los efectos de la inmovilización que se prescribe en individuos cuya nutrición general está retardada, y la prueba de que esto es así, se encuentra en que el único tratamiento racional de esta afección es el avivamiento de los extremos fracturados, que despierta y hace renacer la actividad local adormecida.

4).—*Reabsorción y marcha de las equimosis.*—El masaje activa la reabsorción de las equimosis y por lo tanto, el ciclo fatal de sus coloraciones se halla también muy disminuido. Ya desde el segundo y tercer día, el color rojo azulado de las equimosis se modifica, al mismo tiempo que esta equimosis marcha hacia la raíz del miembro, lo cual nos indica manifiestamente su arrastre por la corriente sanguínea.

Hay que tomar muy en cuenta esta marcha del derrame sanguíneo con el objeto de seguir en el masaje el sentido más favorable á esta progresión; por lo tanto, las presiones llevarán la dirección del eje del miembro, remontándose hácia la raíz. Por otra parte, esta marcha de las equimosis es un signo indicador muy útil, que nos dá en cierto sentido, los progresos obtenidos en la reparación del miembro. No descuidaremos, por lo tanto, nunca el examen atento y continuado de



la regresión espontánea de los derrames sanguíneos producidos en el foco y vecindad de la fractura y si lo hemos considerado como un síntoma que nos manifiesta el grado de reparación del traumatismo, es por otra parte, un buen testimonio del estado de normalidad en que se encuentran las partes blandas.

5).—*Influencia sobre la piel.*—Todo el mundo ha podido notar que en el tratamiento corriente de las fracturas por medio de los aparatos inmovilizadores, la piel se encuentra muy alterada en sus funciones y en su aspecto. Está, por lo general, pálida, seca, rugosa y atrofiada, efectos producidos por la supresión brusca de sus funciones y por la presión á que ha estado sometida. Ahora bien, procediendo al masaje, desde los primeros momentos del accidente, la vitalidad de la piel se mantiene en exelente estado, porque las presiones suaves llevadas por el masaje en toda la extensión del miembro, activa la nutrición manteniendo su elasticidad y dando á su funcionamiento glandular toda la actividad requerida.

Esta influencia es constante y fuera de toda duda, como hemos tenido lugar á verlo en dos de nuestras observaciones, en que al fin de los cuarenta días de inmovilización, retirado que fué el aparato, se encontró la piel, seca, áspera, fría y con un grado de heperestesia bastante pronunciado. En estas condiciones practicamos el masaje, con el objeto de modificar todos los inconvenientes de la inmovilización; los resultados obtenidos desde las primeras sesiones, no se hicieron esperar: la piel recobró, poco á poco, sus funciones nutritivas y la hiperestesia, el síntoma más molesto para el enfermo, desapareció á las pocas sesiones, á tal punto, que permitió hacer el masaje lo bastante profundo para llegar á modificar favorablemente la actividad nutritiva del hueso.

6).—*Acción sobre los músculos.*—El masaje ejerce también de una manera muy especial, su acción reparadora sobre el sistema muscular, al que devuelve con mucha rapidez su actividad nutritiva, consiguiendo la atrofia muscular en un tiempo más reducido que la electricidad misma; y si no tuviéramos á la vista los hechos observados en la práctica diaria, nos confirmarían en esta idea, los estudios histológicos hechos en estos últimos tiempos.

Entre éstos, uno de los más importantes, es el de M. Castex (Etude clinique et experimentale sur le massage. 1891) en que por una serie de experiencias, ha demostrado perentoriamente la favorable influencia que el masaje ejerce sobre los músculos. Estas experiencias han consistido en determinar contusiones musculares en los perros, dejando unos abandonados á la reparación espontánea y practicando en otros un masaje inmediato. Seis meses después ha sacrificado los animales, con el objeto de determinar la naturaleza de las lesiones observadas. De estas observaciones resulta que el músculo contundido y no masado es invadido por tejido conjuntivo que disea los haces y los separa mucho; en resumen, hay una especie de esclerosis que disminuye la actividad del músculo. En cuanto, al músculo masado, los haces musculares son normales, no hay abundancia de tejido conjuntivo y hasta hay aumento de su volumen.

En cuanto á las vainas aponeuróticas que recubren á los músculos, se observa, en los traumatismos de alguna consideración, derrames sanguinolentos ó serosos, que reabsorvidos de una manera lenta, acarrear adherencias entre sus vientres musculares, sucediendo, entonces, que se dificulta el funcionamiento de las articulaciones alejadas (como las de dos dedos para los músculos antibraquiales) por el dolor, á veces intenso, que



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



producen estas adherencias. El masaje en su acción resolutive energética, evita estos inconvenientes funcionales tardíos.

7).—*Acción sobre los tendones.*—La conservación del funcionamiento tendinoso, no debe ser descuidado en la práctica del masaje. Conocemos ciertas regiones, en los miembros, en las cuales, los tendones se hallan en contacto más ó menos inmediato, ya con el hueso ó ya con el periostio. Á este nivel puede verificarse una fractura; entonces, sea por la acción traumática misma, sea porque uno de los extremos óseos desplazados dislacere ó mortifique el tendón ó la vaina tendinosa, provoca una irritación que se traduce por adherencias al periostio ó al callo de nueva formación. Es aquí donde una movilización progresiva impide la formación de estas adherencias, ahorrándole al paciente para más tarde, todos los inconvenientes de un callo doloroso.

8).—*Acción sobre los nervios.*—Muy análogas á las lesiones musculares, son las encontradas en los cordones nerviosos, como también lo ha demostrado M. Castex (artíc. cit.)

Siempre el tejido conjuntivo se halla hiperplasiado en los nervios de los músculos contundidos y no amasados; mientras que han recobrado su estado normal en los casos tratados por el masaje metódico.

Ya hemos demostrado someramente los beneficios del masaje y de la movilización progresivos, tanto en su acción general, como en los diversos elementos constitutivos de un miembro traumatizado.

Los casos que hemos podido observar, nos han confirmado plenamente esta acción regeneradora y útil del masaje en las fracturas.



Técnica del Masaje

Con el objeto de hacer más comprensible la generalización para la práctica del masaje, divideremos como lo hace L. Championnière, los diversos casos que pueden presentarse.

1).—*Masaje inmediato y continuado.*—Es la aplicación más exacta del método, aplicación tipo, si pudiéramos llamarla así. Se pone en práctica en todos aquellos casos en que el desplazamiento es pequeño (fractura del radio y peroné) y, en general, en todas las que se producen en la vecindad de las articulaciones. El masaje comienza a ejecutarse al segundo ó tercer día del traumatismo, comenzando por sesiones diarias y espaciándolas después cada dos días.

2).—*Masaje inmediato, seguido de aplicación de aparato.*—En ciertos casos hay un desplazamiento muy grande de los fragmentos; es necesario, entonces, proceder al masaje en los primeros días y colocar el miembro en un aparato.

3).—*Colocación de un aparato inamovible y masaje intermitente.*—Se practica cuando el desplazamiento no es de mucha amplitud. Una vez puesto el aparato se le retira al cabo de dos ó tres días para proceder al masaje, concluido éste, se vuelve á colocar, y así para cada sesión. (Observ. núms I, IV).

4).—*Inmovilización exacta. Masaje después del comienzo de la consolidación.*—En las fracturas cuya movilidad está exagerada y en las que el masaje haría grandes beneficios, hay que esperar unos cuantos días para dar lugar á una soldadura ósea suficiente para que permita el masaje sin movilidad muy grande de los fragmentos.





Los primeros movimientos que se ejecutan en el miembro fracturado tienen por objeto explorar la extensión de las lesiones; pero no de una manera brusca, tratando de percibir la crepitación á toda costa, sino ejerciendo presiones suaves y continuadas á lo largo del miembro, ya siguiendo el hueso mismo, ya siguiendo los grupos musculares. Estas primeras maniobras llamadas *movimientos de exploración*, tienen la ventaja de no producir sino un dolor insignificante en el enfermo y determinar con precisión la zona de la mayor sensibilidad.

Una vez constatado con exactitud el foco de fractura, habrá que investigar los movimientos que son posibles de hacer en las articulaciones vecinas; con este fin se toma con cuidado la porción fracturada del miembro, tratando de imponer movimientos suaves y progresivos.

Así es como el cirujano se da cuenta y determina por este medio la región que hay que masar; porque hay que tener muy presente que el masaje no sólo se efectúa en la vecindad inmediata de la fractura, sino en una región vecina bastante extensa al rededor del foco. Conviene insistir aquí, en que el foco mismo, no debe ser objeto de presiones directas, sino las maniobras absolutamente necesarias para determinar su localización; con esto se evita un sufrimiento inútil al enfermo y probablemente una mortificación más grande de las partes lesionadas.

Determinando exactamente el ó los rasgos de fractura, es conveniente señalarlos sobre la piel por medio del lápiz de nitrato de plata.



El Masaje.

El masaje en las fracturas se ejecuta por medio de una serie de presiones que se hacen con los dedos ó con la mano entera, que empuja delante de si las partes blandas, ya de una manera suave y superficial, ya con fuerza y profundamente. Estas presiones deben llevar en lo posible la dirección de las fibras musculares y la dirección de la corriente de la sangre venosa.

Ante todo, hay que fijar el miembro sólidamente. Para esto se pueden usar cogines duros de arena ó de aserrín, ó bien, apoyar el miembro contra la rodilla del cirujano, o bien encargar á un ayudante lo sostenga con las manos. En seguida, previo lavado y jabonamiento de la región (se debe afeitar en casos necesarios) y con el objeto de facilitar el deslizamiento de la mano, es conveniente embadurnar la piel, con una mezcla compuesta de vaselina y aceite de olivas en partes iguales. Entonces se da comienzo á una serie de presiones según el eje del miembro y, como hemos dicho, siempre en la dirección de la corriente venosa, ya con la cara palmar de los dedos ó ya con toda la mano. Cuando el cirujano considera que la extensión del movimiento es ya suficiente, abandona la piel, para volver á comenzar el mismo movimiento desde su punto de partida; de otra manera el masaje no tendría objeto y se haría, en el sentido inverso, excesivamente doloroso.

La extensión del deslizamiento manual no debe hacerse nunca en las primeras sesiones hasta alcanzar ó pasar por sobre el foco de fractura; insistimos en esta parte de la técnica porque las presiones directas mortifican siempre el foco,



aparte del dolor que se produce y que, por consiguiente, están seriamente proscritas.

Las presiones pueden ser: longitudinales, en bazalete y circulares. Los primeras consisten en deprimir, con uno ó ambos dedos, ó con una ó ambas manos, penetrando entre los músculos del miembro fracturado, mediante una presión profunda, mesurada, sin sacudidas. Estas presiones profundas, constituyen el tipo del masaje y son las que más se utilizan.

Las presiones en *bazaletes*, se egercen con toda la mano tratando de rodear el miembro, previa la fijación del foco de fractura, sin olvidar que al acercarse al foco, la mano debe dejar de hacer presión. Sirven como sesión preparatoria para el masaje y ayudan, en gran parte, para la insensibilización de la región; en estas, más que en ninguna otras, las presiones deben egercerse bastante lejos del foco de fractura.

Las presiones *circulares*, se hacen egercutando un movimiento análogo al que se hace con una mano de mortero sobre una sustancia para mezclarla ó molerla. Se usan cuando hay gran tumefacción ó derrames de sangre bien aislados y están destinadas á aplastar y á alejar el derrame; de tal modo, que hay que hacerlas seguir siempre de una serie de presiones longitudinales, las cuales, por otra parte, servirán para concluir en todas las sesiones.

De las partes de la mano empleadas para el masaje, es indudablemente el pulgar el que presta mayores y más importantes servicios. Al principio las presiones con el pulgar son superficiales y una vez que el dolor ha disminuido, se podrá emplear más fuerza, ya con uno ó con los dos pulgares simultáneamente. Si se necesita todavía más energía en las presiones, se debe emplear la cara palmar de los cuatro dedos.

Las presiones con toda la mano, ya con una ó ambas, deben



emplearse según la superficie que hay que masar, ó según el grado de sensibilidad.

Para obtener de todos estos movimientos, la mayor eficacia y el máximun de efecto, necesitan ser repetidos suave y prudentemente y sobre todo, con paciencia. La excitación nerviosa periférica, el efecto más importante del masaje, debe ser ayudada por esta repetición regular de las presiones, que trae al fin, cierta acción magnética ó hipnótica que no pueden ser negadas. Hablamos, pues, de un masaje muy distinto al que se usaba antes y al que aún es puesto en práctica por ciertos individuos poco entendidos en estas maniobras científicas. Lo que en el nuevo método predomina y lo hace distinto á todos los demás, es como lo repetimos, la suavidad en su ejecución y el tiempo relativamente largo de sus sesiones.

*
* *

Duración y repetición de las sesiones.—Por regla general, la duración de la sesión es de un cuarto de hora; pero si el masaje no es muy fatigoso, puede durar media hora. En los primeros minutos, se trata de extinguir el dolor; pero la parte verdaderamente eficaz, es la que sigue á este introito. En cuanto al número de sesiones, éstas no deben repetirse mucho; basta con hacerlas cotidianamente, y sólo en casos excepcionales, dos veces por día; pero lo corriente es que una vez que los fenómenos generales y locales que acompañan á una fractura empiecen á disminuir, estas sesiones se practiquen cada dos días y aún cada cuatro días.

*
* *



Movimientos que hay que imprimir á los miembros fracturados.—La movilización de las articulaciones vecinas al foco de fractura, tiene por objeto evitar las rigideces y dificultades en sus movimientos. Se hacen al fin de la sesión, para evitar que sean dolorosas, y se empieza primero, por hacer ejecutar al paciente los movimientos que le sean posibles; en seguida el cirujano trata de aumentar la amplitud de estos movimientos; pero esto no quiere decir que trate de restablecer á toda costa y en el menor tiempo posible las funciones completas del miembro traumatizado; esto estaría lleno de inconvenientes: es necesario recomendar mucha prudencia á este respecto, porque un movimiento exagerado ó intempestivo, sólo serviría para dejar en estado doloroso la articulación, con lo cual perderíamos todas las ventajas adquiridas. Es imposible, pues, someter á una regla fija la movilización metódica en el tratamiento de las fracturas; esto queda más bien, á merced del criterio del cirujano, que variará según la extensión y complicaciones del traumatismo.

*
* *

Epoca del masaje y duración del tratamiento.—La primera sesión debe ser hecha lo más inmediatamente posible después del accidente: al día siguiente si se puede. Es una de las grandes ventajas del tratamiento por el masaje: se suprime el período en que antes se dejaba al enfermo inmovilizado con todos sus dolores y que se aprovecha en beneficio de la rapidez de su curación.

En cuanto á la fecha en que debe concluir, no nos deben guiar en esto, como se comprende, reglas precisas para cada caso de fracturas, sino únicamente, la apreciación por el cirujano, de si se han restablecido ó no de una manera completa



las funciones del miembro, es decir «debemos no sólo dejar un miembro sólido, sino que debe quedar también útil» (Lucas Championnièr).

De todos modos, no es conveniente renunciar bruscamente al masaje, porque aunque obtengamos la curación completa en casi todos los casos, habrá, sin embargo, otros que necesiten de vez en cuando sesiones de *perfeccionamiento*.

En la mayoría de las fracturas, no hay necesidad ninguna de aplicar aparatos de inmovilización; ya hemos visto anteriormente que éste, sólo se usará cuando el desplazamiento es excesivo: lo mejor es usar una venda de franela arrollada, de una manera ligeramente compresiva, y si hay un poco de desplazamiento, un aparato de contención únicamente.

* * *

Fracturas complicadas.—Hay en este grupo muchas que necesitan inmovilización, tales como las fracturas conminutas, las que tienen grandes focos contundidos, etc; pero existe también un número no escaso de fracturas con heridas, ó pérdidas de solución de continuidad de la piel, en las cuales, si el masaje no puede ser instituido desde el principio, se puede en cambio, proceder á una movilización progresiva. De este modo podemos conservar el funcionamiento más ó menos completo del miembro traumatizado.

Este será el proceder que debemos adoptar en los casos de grandes traumatismos ó de complicaciones posteriores; es decir, principiaremos por la movilización y una vez reparadas en parte, las pérdidas de sustancias, continuaremos con un masaje muy suave y muy prudente; pero si la herida es estrecha y sin grandes desórdenes periféricos, se podrá recurrir al masaje desde el principio, teniendo, eso sí, cuidado de no acercarse mucho al foco de fractura. Mayor prudencia debe guar-



darse aun en los casos en que existe supuración en el punto traumatizado.

* * *

Indicaciones y contra-indicaciones.—Por regla general, se puede decir, que la casi totalidad de las fracturas, se pueden y se deben tratar por el masaje. Debemos, pues, determinar cuales son las contra-indicaciones á esta regla general:

1.º Cuando la movilidad de los fragmentos, expone á una deformación importante y definitiva, hay que renunciar al masaje por lo ménos al principio;

2.º Cuando la piel ha perdido su integridad en mucha extensión.

No es posible determinar con precisión mayor, los casos justificables de masaje; muchas veces esta cuestión sólo puede apreciarse en el campo mismo, quedando sujeto en parte á las reglas generales que hemos indicado ya anteriormente.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACIÓN I

FRÁCTURA COMPLETA DE LA PIERNA DERECHA

Tibia, tercio inferior; peroné, tercio medio.

Custodio Vásquez; de 41 años, casado, albañil, vive en Santiago.

Antecedentes personales.—Fuertemente alcohólico.

Enfermedades anteriores.—Luético desde hace unos seis meses.

Enfermedad actual.—En la noche del 21 de Marzo, estando el individuo bastante ebrio, fué empujado violentamente sobre un escaño del servicio público, yendo á caer pesadamente sobre el borde de la vereda, con la pierna y pié derechos doblados hacia adentro. El enfermo dice, haber sentido la ruptura de uno de los huesos de la pierna; no pudo ponerse en pié; de donde fué trasladado al Hospital de San Vicente de Paul. Atendido por el personal de guardia y hecha la toilette del miembro lesionado, se le puso una curación emoliente y se inmovilizó en un gotiera algodoadada.

Día 22. Examiné al enfermo y pude constatar al examen general, temblor alcohólico generalizado, acompañado de un estado de hiperexcitación muy marcado.—Exámen local. Inspección. Aumento de volumen de la pierna y pié derechos, cambio de coloración de la piel en las regiones maleolar y supra—maleolar, impotencia funcional absoluta. Palpando la tibia se notaba, dolor fijo en su tercio inferior. El exámen del peroné fué imposible por el excesivo dolor que acusaba el enfermo y por el gran edema de la pierna. La región maleolar está también muy dolorosa siendo más acentuado este dolor en el maléolo externo. Movilidad anormal por encima de la articula-



ción; crépito óseo al nivel del punto dolorido que está también rodeado de una zona equimótica. Temperatura: 37°3. Pulso: 78. Respiración es: 40.

Diagnóstico.—Fractura transversal del tercio inferior de la tibia y contusión bimalleolar.

El masaje no fué posible hacerlo por la gran excitación del individuo que parecía hallarse en inminencia de tener un ataque de delirium tremens. Se colocó el miembro en una gotiera inmovilizadora, teniendo la precaución de poner una cubierta de madera debajo del colchón para darle á la cama una superficie más plana y uniforme.

Día 23. El temblor alcohólico persiste siempre, la hiperestesia está exagerada todavía. El edema no ha disminuido, hay equimosis por encima y por debajo del foco de fractura lo que indica que la zona mortificada es bastante extensa.

Afeitada la pierna y siempre colocada en su gotiera inmovilizadora, se procedió á la 1.ª sesión de masaje. Las primeras maniobras consistieron en un masaje hecho con toda la palma de la mano, paseada dulcemente por encima y por debajo del foco de fractura hasta la parte media del muslo, siempre en dirección de la circulación venosa; á los diez minutos ya se notaba insensibilidad en los puntos que antes eran dolorosos y entonces se trató de hacer un masaje más profundo, y por fin, al cabo de veinte minutos, se imprimieron al miembro ligeros movimientos en la articulación tibio—tarsiana y en la rodilla.

Día 25. Quitado el vendage se notó ligera disminución del edema, el dolor había desaparecido un poco, así como también el estado de excitación general; el temblor alcohólico aún persistía.

Antes de proceder al masaje se sacó el miembro de su gotiera y se le colocó fijamente en cogines de arena, encargando

á un ayudante lo inmovilizara bien. La sesión duró 25 minutos, terminando con la movilización de las articulaciones vecinas que siempre fué un poco dolorosa á causa de la vecindad del foco de fractura.

Día 28. Semblante tranquilo, estado general muy mejorado, acusa menos dolores y se encuentra con más libertad en la cama.

Se practicó un masaje en brazaletes bastante superficial hasta conseguir gradualmente la anestesia; entonces se empleó la cara palmar de los dedos localizando el masaje en el dorso del pie y en la región bimalleolar, con el objeto de disminuir el edema. Esto se practicó unos cinco minutos, al fin de los cuales se hizo el masaje general del miembro hasta su base y se concluyó la sesión después de haber hecho la movilización de las articulaciones vecinas.

Día 31.—El enfermo se halla contento, duerme mucho mejor y tiene dolores insignificantes. Hay disminución del edema y las equimosis han cambiado mucho de coloración; la piel está menos tensa y dolorosa, de lo cual nos aprovechamos para examinar mejor el peroné. Se pudo constatar un punto doloroso en la parte media de la pierna que coincidía con ligeros crépitos óseos, denotando una fractura transversal del peroné en ese punto, que fué señalada en la piel por medio de nitrato de plata. La sesión de masaje fué hecha bastante profundamente gracias á la anestesia superficial producida por estas maniobras. Con este masaje se pudo observar ligeros movimientos en el rasgo de fractura tibial, sin que el enfermo acusara mucho dolor; la sesión duró 20 minutos.

Día 3 de Abril.—Estado general bueno, las equimosis han desaparecido casi completamente, el dolor circunscrito á tres puntos: tercio inferior de la tibia, parte media del peroné y región bimalleolar. El masaje se hizo primero superficial, des-



pués profundo, haciéndolo durar 20 minutos y movilizándolo después con más amplitud las articulaciones vecinas.

La gotiera fué reemplazada por una tablilla posterior enyesada, que comprendía desde dos traveses de dedo por debajo de la flexura de la rodilla, pasando por el talón hasta el pliegue dígito-plantar; todo fué sostenido por una venda de gasa húmeda.

Día 5.—Retirado el aparato, se fijó la pierna en cogines de arena y se pudo ver que el edema había desaparecido y que de las equimosis sólo quedaba un tinte amarillento. El callo tibial que se notaba en la cara anterior, era ya bastante resistente y hasta fué posible que el enfermo levantara por sí sólo su miembro de los cogines, hasta cierta altura. La sesión de masaje duró 15 minutos y cuando practicamos la movilización articular, pudimos notar que eran casi indoloras. Se volvió á colocar la tablilla sostenida por una venda de franela y se ordenó que al día siguiente se levantara para que anduviera con ayuda de una muleta, afirmando su miembro lo más posible.

Día 6.—El enfermo estuvo en pié durante dos horas; pero como acusara molestias en los focos de fractura y notara la pierna pesada, le aconsejé volviera á la cama.

Día 7.—Los dolores han persistido en la noche; pero como en la mañana se sintiera mejor, se levantó nuevamente; ya en pié notó siempre las molestias del día anterior.

Día 8.—La pierna está hinchada, sobre todo en los maleos, debido indudablemente á la posición vertical. Un masaje de 20 minutos disminuyó el edema y el dolor; colocación de la tablilla y vendage compresivo. Se recomendó al enfermo si-
guiera en pié y procurara apoyar más su pierna enferma.

Día 11.—Ligera hinchazón de la pierna; no ha tenido las



molestias de los días anteriores. Masaje y movilización progresivos: 15 minutos.

Día 16.—El enfermo apoya bien el pié en el suelo y sólo siente ligeros dolores en la pierna. No hay edemas. Exploramos el callo; se notó bastante bien por debajo de la piel; sólo comprimiendo muy fuerte acusa dolor; el peroné está casi indoloro. Todas las funciones del miembro están conservadas. Se le ordenó levantara la pierna horizontal y lo hizo bastante alto de la mesa. Practiqué la sesión y de preferencia el masaje profundo. Duración: 15 minutos, seguidos de movilización. Recorté á la tablilla toda la región plantar, dejando sólo un poco de talón recubierto, con el objeto de darle á la articulación tibio—tarsiana casi toda su movilidad al andar.

Día 20.—El enfermo está muy bien; molestias insignificantes cuando anda mucho; ha abandonado ya la muleta y usa bastón. Masaje y movilización: 15 minutos.

Aconsegué al enfermo, que con algunas precauciones podía irse á su casa y efectivamente el 26 de Abril salió del Hospital.

OBSERVACIÓN II

FRACTURA BIMALEOLAR DERECHA Y FRACTURA DEL 4.º y 5.º METATARSIANOS DEL PIÉ CORRESPONDIENTE

Pascual Mesa, cargador, chileno, vive en Santiago.

Como *antecedentes personales*, figura el alcoholismo.

Enfermedad actual.—El 26 de Marzo fué arrojado al canal del río Mapocho, de donde lo llevaron al Hospital de San Vicente de Paul.

Examinado, se pudo constatar lesiones óseas en ambos miembros inferiores: en el izquierdo, fractura del fémur en su tercio medio; y en el derecho, fractura bimalleolar y fractura



del 4.º y 5.º metatarsianos, además; contusiones del dorso del pié y de la parte inferior de la tibia.

La primera indicación, fué inmovilizar el miembro izquierdo y poner una curación húmeda caliente en el pié y pierna derechos, al mismo tiempo que se le colocó sobre una gotiera.

Día 27.—Descubrí el pié derecho del enfermo; éste es el único miembro que he tomado para mi observación. Después de constatar las lesiones óseas y de medir la extensión de las zonas mortificadas, instituí el tratamiento por el masaje y la movilización y practiqué inmediatamente la primera sesión. Al principio hice el masaje con la cara palmar de los dedos hasta conseguir la disminución del dolor, para continuarla con toda la mano hasta por encima de la rodilla; concluidos los 20 minutos, egecuté la movilización de la articulación tibio tarsiana, con toda la suavidad necesaria para no producir la menor molestia y pude observar que los movimientos fueron relativamente ámplios á pesar de los fuertes dolores que el enfermo sentía antes de la sesión. Puse después á la pierna, un vendage de franela regularmente compresivo y reposo en una gotiera.

En los días siguientes, practiqué el masaje sólo día por medio y el 9 de Abril, pude constatar la disminución del campo traumatizado; así el edema había desaparecido, las equimosis en vía de reabsorción y sólo el dolor á la presión profunda era conservado en los puntos de fractura. La movilización progresiva de la articulación tibio—tarsiana, que al principio era muy dolorosa no permitiendo sino ligeros movimientos de extensión y de flexión, ahora estos movimientos se han hecho más amplios y el enfermo acusa sólo ligeras molestias. A contar desde entonces, hice masaje cada 3 días y después de 15, dí al enfermo curado, con la conservación de todos sus movimientos.

Por lo demás el enfermo -ha seguido en cama, curando la



fractura del fémur izquierdo, con un aparato de extensión continua.

OBSERVACIÓN III

FRACTURA DEL RADIO EN EL TERCIO INFERIOR DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO

Luis Felipe Contreras, 14 años, comerciante, vive en Santiago.

Antecedentes.— Muchacho bien sano, no ha tenido antes ninguna fractura, ni tampoco otras enfermedades.

Enfermedad actual. El 9 de Junio subía una escalera y a una altura de dos metros, ésta resbala y cae con el paciente, quien apoya con violencia en el suelo la mano izquierda por su cara palmar. En el primer momento el enfermo no siente ningún dolor y sólo nota la deformación de la muñeca. Dos horas después, vimos entrar el enfermo al Hospital trayendo tomado el antebrazo izquierdo con su mano derecha y comprimido sobre el pecho.

Examen. La mano izquierda cae sobre su cara palmar, notándose por encima de la muñeca un tumor que hace ver abultada toda la extremidad epifisiaria de los huesos cúbito y radio; la piel á ese nivel es violácea; hay impotencia funcional sobre todo para los movimientos de pronación y supinación. Palpando se nota intenso dolor en el tercio inferior del radio, al mismo tiempo que una crepitación clara en ese punto. El cúbito, por lo demás, está indoloro y sano en toda su extensión.

Constatada la fractura, procuré corregir en lo posible la deformidad del antebrazo por pequeñas tracciones, colocando después una curación algodónada caliente, que comprendía la



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



mano y el antebrazo, fijo todo por una venda y sostenido el miembro por una écharpe.

Día 10.—El enfermo amanece más descansado y pide lo dejen tranquilo; insistí en descubrirlo y noté que la mano había conservado la posición del día anterior; entónces coloqué el antebrazo perfectamente fijo sobre un cogín de arena y tomando su mano con mi izquierda, practiqué la primera sesión con la cara palmar de la mano derecha; primero en el dorso de la mano hasta la articulación de la muñeca, después por encima hasta cerca del codo por espacio de 20 minutos; pero la parte más interesante, es sin duda la movilización, porque no sólo tiende á conservar los movimientos en la articulación de la muñeca, sino también los de pronación y supinación que son de un alto interés en las funciones normales del antebrazo. Concluido esto, coloqué una tablilla algodoadada en la parte anterior del antebrazo que bajando á la palma llegue hasta la mitad de los dedos; después vendage y écharpe.

Las sesiones hechas en los días siguientes fueron, en este enfermo, casi iguales á la primera.

Día 20. —El paciente hace todos los movimientos de los dedos y de la muñeca. La pronación está algo limitada todavía, el callo es regular, resistente, duele muy poco y las zonas mortificadas y equimóticas han desaparecido. Practiqué en esta sesión el masaje en brazaletes y el que se hace con los dos pulgares con el objeto de modificar con más rapidez aún el proceso de reparación. La tablilla que hasta entonces llevaba, fué retirada y dejé un ligero vendage y su écharpe. Seguí siempre el masaje, pero sólo día por medio.

Día 29.—Dí de alta al enfermo con todos sus movimientos conservados, no llevando como signo de la fractura, sino un ligero solevantamiento en el punto del traumatismo.



OBSERVACIÓN IV

FRACTURA DEL MALÉOLO TIBIAL, FRACTURA DEL PERONÉ EN SU
TERCIO SUPERIOR Y FRACTURA DEL CALCÁNEO. (PIERNA DE-
RECHA)

Cesar Beani, 54 años, marmolista, italiano, vive en San-
tiago.

Antecedentes personales.—Alcohólico.

Enfermedades anteriores.—Antecedentes luéticos dudosos.

Enfermedad actual.—El 22 de Junio fué empujado al canal del río Mapocho y el enfermo dice haber caído de piés, recibiendo el golpe con más violencia en la pierna derecha. Sintió en el primer momento, la conmoción orgánica propia de un gran traumatismo; quiso después incorporarse y al afirmar sus miembros inferiores vió que era imposible por el dolor intenso que sintió en el tercio inferior de la pierna derecha y en todo el pié correspondiente. Al día siguiente fué sacado del lecho del canal y traído al Hospital de San Vicente de Paul. Examinado, se nota á la inspección: coloración ligeramente violácea con puntos equimóticos en el dorso del pié derecho, región maleolar y supra maleolar; los movimientos funcionales voluntarios eran imposibles; dolor espontáneo en toda la pierna; no hay acortamiento. A la palpación, recorriendo la tibia y el peroné se notan puntos dolorosos; uno tibial al nivel del maléolo y otro en el peroné á 4 traveses de dedo por debajo de la cabeza. Contusión dolorosa bimaleolar y dorso metatarsiana. Movilidad crepitante en los puntos dolorosos tibial y peroneo.

Diagnóstico.—Fractura del maléolo interno y del peroné en el tercio superior.



Tratamiento.—Curación húmeda caliente en toda la pierna derecha hasta por encima de la rodilla y colocación del miembro en una gotiera inmovilizadora.

Día 24. El enfermo no ha tenido elevación de temperatura, el dolor ligeramente disminuido; pérdida del sueño con agitación delirante. Descubierta el miembro, tenía grandes flictenas que tomando el pié, regiones maleolares y región del tendón de Aquiles. alcanzaban parte de la pierna. En presencia de esta falta de integridad de la piel, el masaje, como se comprende, está contraindicado. Se incindió entonces la piel con varios golpes de tigera en los puntos de declive, por donde se escapó un líquido sero-sanguinolento. Se cubrió el miembro con algodones exprimidos en solución boricada y, previo vendaje, se colocó en su gotiera.

Día 26. El enfermo está más tranquilo, ha tomado bromuro asociado al cloral. Quitada la curación, corté con tigas la piel de las flictenas y coloqué sobre la epidermis en nueva formación, gasa empapada en solución de ácido pícrico al 5 por mil; su vendaje alodonado é inmovilización.

Día 29. Encontré que la epidermis no estaba en toda su extensión restablecida y como había muchas equimosis, resolví esperar todavía algunos días más para hacer el masaje, colocando siempre la curación con ácido pícrico.

Día 3 de Julio. El paciente nota la pierna muy dolorida, fuera de esto, no hay fenómenos generales.

La piel restablecida en toda su extensión; el edema ligeramente disminuido; dolor en el maléolo tibial y en la bóveda del pié; equimosis en la región interna de la pierna y en la parte superior del peroné.—Fijado el miembro sobre cogines de arena, hice el masaje de una manera bastante superficial hasta producir la anestesia de la piel, que procuré conservar durante toda la sesión; su duración fué de 25 minutos, segui-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

do de movilización en las articulaciones del pié y rodilla. Reemplacé la gotiera que llevaba el enfermo, por una tablilla enyesada, en todo igual á la del enfermo de la observación número I. Vendage de franela contensor y reposo en el lecho.

Día 6.—Masage como en la sesión anterior, talvez un poco más profundo, porque había mucho menos hiperestesia de la piel, así como también disminución de las edemas. Como el enfermo se quejara de grandes dolores en la región plantar del talón, limité el masage á esa zona y como esto produjera cierta movilidad dolorosa, explore más atentamente y pude convencerme de que en ese punto el calcáneo estaba fracturado. Prolongué la sesión hasta los 30 minutos y coloqué su tablilla como el día anterior.

Día 10.—El enfermo dice sentirse mejor y en realidad, descubierto el miembro, el edema ha disminuido, las equímosis cambian de coloración; hay dolores provocados en los puntos de fractura, sobre todo en la planta del pié, donde la hinchazón es muy persistente. Como en la sesión anterior, masé de preferencia la región plantar. Duración: 20 minutos seguidos de movilización progresiva.

Creí conveniente hacer sesiones más seguidas y las practiqué los días 11, 12, 14, 16, observando la última vez un cambio bastante favorable. Reabsorción del edema y cambio notable en la coloración equimótica; el dolor sólo era notado á la presión en la bóveda del pié. La movilización articular era muy poco dolorosa y el callo en los puntos de fractura presentaba alguna resistencia.

Día 20.—Hecho el masage, puse al pié y pierna un vendage bien compresivo, con el objeto de que el enfermo pudiera levantarse de la cama sin tener los inconvenientes del edema notados en la observación número I, por la posición vertical.



En estas condiciones, dejé al enfermo levantarse al siguiente día y le observé. El paciente sintió dolores soportables al principio; pero que se acentuaron en la tarde, teniendo el enfermo que recogerse á su cama. Levanté entonces el vendage y pude convencerme de que el edema era la causa de estas molestias. Inmediatamente practiqué el masage con toda la mano, superficial y profundo, consiguiendo á los 25 minutos disminuir estas molestias. Le aconsegué seguir en pié al día siguiente.

Día 22.—Tiene dolores que son muy soportables. El enfermo apoya ligeramente el pié en el suelo ayudado de un bastón. Los movimientos de flexión de la rodilla, los hace con toda libertad y sin ningún inconveniente.

Día 25.—Descubierto, hace movimientos espontáneos del pié; la piel y los músculos de la pierna están más blandos; el maléolo tibial está indoloro, como también el peroné en su solución traumática; sólo en la planta acusa dolor. Masage: 15 minutos seguidos de movilización.

Día 30.—El miembro tiene todas las apariencias de una pierna normal; pero comparando con la otra sana, se nota aumento de volumen en las regiones maleolar interna y plantar. Hice la mensuración de ambos piés y encontré un aumento de 5 centímetros para el derecho. Como notara bastante solidez en la pierna y, por lo demás, no tenía deformaciones de urgencia que corregir, quité la tablilla enyesada posterior y coloqué sólo un vendage, después de practicar el masage y la movilización.

Día 5 de Agosto.—Hice por última vez el masage con el miembro completamente reparado. Le retiré el vendage; el enfermo se puso calzado y permaneció todavía en el Hospital hasta el día 10 de Agosto en que dejó el servicio.



OBSERVACIÓN V

FRACTURA COMPLETA DE LOS HUESOS DEL ANTEBRAZO (TERCIO SUPERIOR).

Ernesto Concha, de 17 años, estudiante, vive en Santiago.

Antecedentes.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—El 30 de Mayo se cae de una bicicleta y apoya su mano izquierda, primero en un árbol y después en el suelo, y como resultado de los dos choques, se encuentra que su antebrazo está doblado por debajo del codo y que no puede hacer uso de él.

Examinado, se encontraron todos los síntomas de una fractura completa del antebrazo en su tercio superior; los rasgos de fractura estaban más ó menos al mismo nivel y eran transversales.

Se procuró, entonces, corregir la deformación tan marcada del eje del miembro y una vez conseguido se mantuvieron con dos tablillas laterales ayudadas de un vendage, hasta el día siguiente, en que se instituyó el tratamiento por el masaje y la movilización.

El enfermo colocaba su miembro descubierto sobre el muslo derecho del cirujano y el masaje, que en casi todas las sesiones se usó, fué el que se hace con ambos pulgares alternado con el en brazaletes, seguido de movilización del codo y movimientos de pronación y supinación del antebrazo. No usó sino un vendage de franela ayudado con un écharpe.

Bastaron 16 sesiones para devolver al miembro fracturado todos sus movimientos y su perfecta solidez.



OBSERVACIÓN VI

José Ramón 2.º Sánchez, 26 años, empleado, nació en Lima y vive en Santiago.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Enfermedades anteriores.—La más importante es una lúes contraída en Iquique hace 1 año, con todo su cuadro sintomático. Actualmente hay infarto ganglionar generalizado y tuvo dolores osteócopos hasta dos semanas ántes del traumatismo.

Enfermedad actual.—El 8 de Febrero iba á caballo, éste se cae y le aplasta la pierna izquierda, produciéndole una fractura completa cerca de su tercio inferior. Trasladado al Hospital de San Vicente de Paul y satisfechas las primeras indicaciones, le trataron su fractura por el antiguo procedimiento, ó sea la inmovilización continuada, colocándole al tercer día una bota enyesada hasta por encima de la rodilla. A los 40 días fué retirado el aparato y presenciarnos el siguiente cuadro: piel pálida, rugosa, atrófica, muy sensible á la palpación; las articulaciones de la rodilla, tibio-tarsiana y todas las del pié completamente rígidas; atrofia muscular. Explorado el callo tibial, se vió que no había consolidado aún, estando muy móvil y doloroso. En el peroné se notaba que el fragmento superior se había desplazado y su extremo, dirigiéndose hacia afuera había solevado la piel produciéndose en este punto, al contacto del aparato, una escara del porte de una moneda de diez centavos. Notábase además un callo grueso, irregular y adherido á los tegumentos vecinos; no se pudo explorar el fragmento inferior porque el enfermo acusaba en ese punto un dolor vivo.

Instituí desde ese día el masaje, ayudado de la movilización articular progresiva. El efecto favorable no se dejó esperar.



Quince días después el enfermo, ayudado de una muleta, andaba por el Hospital; veinte días más bastaron para reparar casi en su totalidad los efectos de la inmovilización.

OBSERVACIÓN VII

Aurelio Valladares, 35 años, casado, empleado, vive en Santiago.

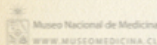
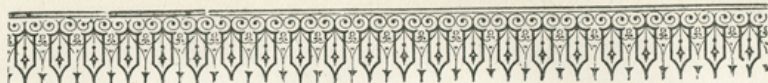
Antecedentes personales.—No hay ninguna diátesis. Ha gozado de buena salud. Su constitución no es muy robusta; el tejido adiposo es escaso y los sistemas muscular y óseo poco desarrollados.

Enfermedad actual—El 9 de Junio sufrió una caída de á caballo, que le produjo la fractura del fémur izquierdo en la unión del tercio medio con el tercio inferior. A los 4 días se colocó el miembro en extensión continua por medio del carrete de Volkman y después de 40 días, al retirarse la extensión, el fémur no había consolidado; el callo era exuberante, hacía eminencia en la piel de la cara externa del muslo, muy doloroso á la presión y además estaba bastante encorvado hacia afuera.

El resto del miembro completamente rígido y con los demás inconvenientes del enfermo de la observación núm. VI.

Actualmente este enfermo está en tratamiento por el masaje y la movilización. He practicado 10 masajes con resultados muy satisfactorios y abrigo la esperanza de que en unos 20 días más el enfermo pueda dejar el lecho.





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CONCLUSIONES

1.^a La consecuencia inmediata más notable del masaje y de la movilización, es la desaparición del dolor que trae un restablecimiento casi inmediato de las funciones del miembro.

2.^a El período de hinchazón del miembro fracturado, es franqueado con extrema rapidez.

3.^a El callo se forma en muy buenas condiciones bajo la influencia de una movilización prudente; es regular, sólido, rápido en su formación y en todo casi parecido al hueso normal.

4.^a Bajo la influencia del masaje, los músculos recobran sus funciones, las articulaciones todos sus movimientos, las vainas tendinosas y aponeuróticas su normalidad; como resultado secundario las equimosis desaparecen más pronto.

5.^a La piel conserva su elasticidad y el funcionamiento de sus glándulas durante toda la duración del tratamiento.

6.^a Tenemos, en fin, como resultado constante, una menor duración para alcanzar la curación completa de la fractura.

FIN.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL