

1209
8

260

17 Abril 1884

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

R. A. Vallego

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

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*Los casos de luxacion antecoracoides
ternas del hombro, reducidas por el
método de rotacion i flexion del pro-
pulsar Ph. Koeper, de Berna.*

*Memoria para optar al grado de
Licenciado en Medicina.*

R. Valdey

Santiago, Mayo 22/84.



Señores:

Para cumplir con lo dispuesto en los Estatutos Universitarios he elegido como tema de esta pequeña memoria la relación de dos casos de luxaciones antero-inter-nas del húmero reducidas por un nuevo método, aplicado por primera vez en nuestras Clínicas quirúrgicas, llamado de rotación e elevación cuyo autor es el profesor Thomas Kocher de Berna.

Seame permitido hacer la exposición de estos casos antes de expresar las razones científicas en que se apoya este excelente método.

En los días 19 i 20 de Octubre, ^{del año próximo pasado} ingresaban a la Clínica del Doctor Barros Borgoño dos individuos, Lucas Alvarado José Sánchez quienes

(1) de cuarenta i ocho años de edad natural de Colchagua
(2) natural de Rancagua i 50 años de edad.



Ocuparon las camas número tres i veintiuno de la sala del Carmen.

Interrogado el primero sobre el motivo de su entrada al Hospital dijo haber sufrido un golpe desde una tascia, i que lo recibió en el hombro derecho; i que desde entonces no podía hacer ningún movimiento con este miembro; que había sido sometido a violentas tracciones sin resultado alguno i que esto hacía ocho días a la fecha.

Examinado el paciente presentaba los síntomas siguientes: Un edema considerable del (hombro) brazo, una deformación característica de la región deltoidea, que en lugar de ofrecer su convexidad normal estaba apla-

nada, principalmente hacia la parte posterior, dando lugar a una prominencia notable del acromion. El hueco sub-clavicular estaba casi borrado sobre todo en su parte mas externa, e el diametro vertical de la pared anterior de la axila mas largo que el del lado opuesto.

Por la palpacion se nota que los dedos pueden introducirse un poco por debajo de la bóveda acromio-coracoidea; siendo esto mucho mas sensible al poner el brazo en abduccion.

La cabeza humeral está situada por debajo de la apófisis coracoides, lo cual se aprecia tomando a mano llena la pared anterior de la axila. El codo está se-

parado del tronco, el brazo en rotacion hacia afuera i su eje se dirige no a la cavidad glenoides, sino hacia el torax.

El cuerpo i la cabeza del paciente están inclinados hacia el lado enfermo.

Los movimientos activos del brazo son casi imposibles; los pasivos lo son al contrario.

Asi es posible, por ejemplo, exagerar la abduccion i rotacion hacia afuera. En vista de estos síntomas se diagnosticó una luxacion antero-inferior del hombro, variedad subcoracoidea. Como hemos

dicho este individuo se presentaba a la Clínica ocho dias despues del accidente i habia sido sometido a violentas tracciones que no habian tenido la fortuna de reducir su luxacion.

El mismo día se resolvió ensayar en este caso el método de Rocher. Colocado de pie el paciente frente al cirujano, un ayudante sostiene el homióplato con el objeto de impedir sus movimientos. El cirujano practica una en pos de otras las siguientes maniobras, cuyos tiempos constituyen el método de que hacemos referencia:

- 1º Flexión del antebrazo en ángulo recto sobre el brazo, e aplicación del codo contra el cuerpo;
- 2º El cirujano desvía hacia afuera la mano del paciente de un modo lento, progresivo. Esta maniobra hace ejecutar al húmero una rotación hacia afuera, en el mismo sentido de la desviación de la mano. Debe detenerse el cirujano en este movimiento cuando empuja a sentir una resistencia

notable.

3.º Se lleva el codo hácia adelante, arriba i un poco hácia adentro, teniendo cuidado de que el brazo permanezca en ángulo recto i la mano fuertemente dirigida hácia afuera. El brazo quedó en este movimiento casi perpendicular al plano anterior del cuerpo.

4.º Rotacion del brazo hácia adentro, llevando la mano del paciente sobre el hombro sano. La luxacion quedó reducida

con este último movimiento sin mayor esfuerzo.

El paciente número veintiuno entraba a la Clínica veinticuatro dias despues del accidente. Decia que habia sufrido una caida de caballo i que habia recibido el golpe sobre el brazo derecho; que habia sido sometido a manio-
bras violentas sin resultado alguno.
Los síntomas que presentaba

el paciente eran los siguientes:
el aplauamiento del hombro era
muy pronunciado; el hueso sub-
clavicular estaba borrado casi en
su totalidad sobre todo hacia a-
dentro de la apófisis coracoides.

El codo dirigido hacia atrás i el eje
del brazo prolongado corresponde
a la parte media de la clavícula;
el brazo es mas corto que el del
lado opuesto i está aplicado fuer-
temente contra el torax i no puede
cambiar de posición sino con algu-
na dificultad. Se diagnosticó u-
na luxación intra coracoides.

Para reducirla se procedió como
en el caso anterior salvo una modi-
ficación importante i muy digna
de tomarse en cuenta, a saber;
durante el primer tiempo i en el
momento de aplicar el codo al
cuerpo, el cirujano debe dirigir es-
te hueso hacia atrás i lo mas cerca

posible de la línea ~~valdia~~ del cuerpo.
 Respecto de los demas tiempos
 nada tenemos que advertir pues,
 son en todo Análogos a los ya des-
 critos. Lea luxacion se redujo
 con gran admiracion de los que
 estaban presentes

¿a que se debe, señores, esta se-
 guridad i rapidéz de la reduccion?
 Es lo que trataremos de desarrollar
 advirtiendo de paso que el método
 de Rocher reposa en el estudio exac-
 to de las modificaciones anató-
 micas que sufren la capsula i el
 ligamento coraco-humeral cuando
 una violencia exterior llega
 a producir estas luxaciones.

Però, antes de todo, recordare-
 mos brevemente las inserciones del
 ligamento coraco-humeral por
 desempeñar este un papel muy
 importante. (Como ~~crifen~~) Toma este
 nacimiento en la raíz de la apófisis
 coracoidea inmediatamente por delante

de la insercion de la porcion larga del biceps, i se divide en dos manojos diverjentes. Uno de estos superior, i posterior, se dirige hacia la protuberancia mayor confundiendo con la insercion del tendon del Supra-espiroso. Se inserta en la parte en la protuberancia mayor; otra parte de sus fibras se continuan con la capsula hacia abajo hasta su circunferencia inferior.

Esta manajo es el mas debil i limita solo en pequeña parte la rotacion fuerte hacia adentro.

El manajo anterior tambien en su origen, forma una tendinosa fuerte que tomando nacimiento junto con el manajo posterior se dirige hacia la tuberosidad menor insertandose en esta en su mayor parte, i se continua hacia abajo con la capsula. El manajo anterior del ligamento coraco-humeral sirve principalmente para limitar la rotacion

hacia arriba i la flexion (elevation del brazo segun un plano sagital).

Ahora bien Kocher ha observado en sus autopsias que en estas lesiones la desgarradura capsular tiene lugar en la porcion antero-inferior de la capsula; que la parte posterior del ligamento capsular, conjuntamente con los tendones de los musculos escapulares posteriores que la refuerzan permanecen intactas i tensos sobre la cavidad glenoides.

Se encuentra tambien muy tensa la porcion inferior de la capsula que forma el labio inferior de la desgarradura por donde ha pasado la cabeza humeral en su dislocacion.

Pero esta tension se halla en su maximum en la parte superior, i especialmente en la parte situada entre la larga porcion del biceps i el borde superior del musculo sub-escapular, i que se encuentra reforzada por las fibras muy resistentes del ligamento

Cóncavo-humeral. Esta porción de la cápsula de que hacemos mención está torcida i tensa bajo la forma de un sólido cordón.

Ahora bien, cuando se hace especiar al número, dice Hoche, una rota-
ción hacia afuera de modo que el
antebrazo colocado en ángulo recto se
dirige hacia afuera, el cordón tendido
so en cuestión experimenta también
una rotación en el mismo sentido.

En este momento la pared poste-
rior de la cápsula se aleja de la ca-
vidad glauoidea i la desgarradura
capsular se introduce. Pero la cabe-
za humeral está aun solidamente
pegada sobre el borde anterior de la
cavidad glauoidea, pues que el cor-
don formado por las porciones
superiores de la cápsula no se
relaja enteramente por esta ma-
nobra; lo mismo sucede con
la porción inferior de ella.
Mas si ahora se tiene el cuida



do de doblar el brazo según un plano que sea sagital al cuerpo, acercándose a la línea media sucederá que en este movimiento se relaja la parte superior de la cápsula, i que la (porción) tensión de la porción inferior de esta misma, que acompaña el desahucamiento de la cabeza humeral hacia adelante, favorecerá la entrada de ésta a la cavidad glenoides. La rotación hacia adentro terminará la reducción.

Como se ve, cada uno de estos movimientos corresponde a una necesidad mecánica para el fácil acceso de la cabeza humeral a la cavidad.

Así, por ejemplo, el movimiento de rotación hacia afuera obedece a la necesidad de destorcer la cápsula i de entrecabrir los labios de su desgarradura. El movimiento de flexión del brazo tiene por objeto, al mismo tiempo que ofrecer un punto de apoyo a la cabeza del humero por su parte inferior, i de relajar completamente a las porciones superiores del ligamento

capsular i favorecer mas completa-
mente la entrada de la misma cabeza a
su cavidad glenoidica.

Por último, el movimiento de rotación
hacia adentro viene a terminar la re-
duccion, haciendo ocupar al hueso sus
antiguas relaciones.

Para poder apreciar el progre-
so realizado por Kocher en el estu-
dio del mecanismo como se efectúan las
reduccion de estas luxaciones antero-internas
del humero, se me permitió hacer pre-
sente a esta ilustrada Comision la opi-
nion de algunos autores sobre las causas
que dificultan al cirujano su reduccion.

Föllin i Duplay en su excelente tratado
de Patología Quirúrgica dice que durante
mucho tiempo los cirujanos han atribuido
a la contraccion muscular el principal
obstáculo a la reduccion de las luxaciones;
pero que se ha notado que no se podía,
a veces, triunfar de la dificultad de la reduccion
a pesar de haber vencido previamente
el espasmo muscular por medio de

los anéستésicos o por medio de una tracción enérgica. Se ha tenido después necesidad de invocar otras causas para explicar este fenómeno.

Así, por ejemplo, en la misma obra citada, expresando la opinión de otros Cirujanos como Petit e Desault se dice que el obstáculo a la reducción estriba en la disposición de las porciones ligamentosas que no han sido desgarradas.

Pero no se dice cual es la parte que corresponde a la cápsula o al ligamento coraco-humeral para explicar esta cuestión.

Otros han atribuido a la estrechez de la desgarradura capsular un papel que tiene poca importancia, pues que, según observaciones cadavéricas pocas veces se ^{nota} ~~observa~~ esta circunstancia.

Corresponde a Rocher, en verdad, el haber encontrado una fórmula (de reducción) que da una explicación científica para la reducción de las luxaciones de que tratamos.

Debemos hacer notar que la modificación propuesta por el mismo Rocher para obtener la reducción de la vitra coracoides tiene tambien su razon de ser científica.

Sabemos en efecto que en esta luxacion la desgarradura capsular es muy estensa, i en este caso no tiene ya la cabeza humeral el punto de apoyo conveniente para efectuar el movimiento de rotacion hacia afuera, siendo entonces necesario servirse para este objeto del borde esterno del homoplato, llevando el codo en contacto con la parte lateral del cuerpo (sentado), dirijiendolo hacia atrás i lo mas cerca que sea posible de la linea media. Se ha propuesto con este mismo fin el colocar una compresa por debajo del cuello quirúrgico i ejercer una traccion hacia afuera en direccion transversal.

Para comprender las ventajas principales e importantes del método de rotacion i flexion enumerare-

mas a la ligera los accidentes i Complicaciones que pueden resultar para el paciente cuando se emplean los antiguos Métodos de fuerza ya sean practicados por ayudantes o con máquinas de gran tracción. Advertiremos, sin embargo que el método de Legros i Anjer fundado en la *extensión continua* por medio del *cautehuc* es el que expone a menos peligros; pero tiene como los otros el inconveniente de que no siempre que se vence el espasmo muscular se efectúa la reducción por las razones que ha dado Rocher a propósito de estas luxaciones. Estos accidentes son enumerados como sigue: (Willis).

1. Las Contusiones que se observan en todas las gradaciones, pero que lo mas a menudo se limitan a la produccion de equimosis en los puntos que han sido el sitio de las compresiones i tracciones.
2. Las desgarraduras de la cutis que ofrecen sabido grado de gravedad cuando penetran hasta el fondo de la luxacion
3. Las rupturas musculares, que son

rara vez aisladas i pasan entonces de sea percibidas

4. Las fracturas que se observan sobre todo en las maniobras de Coaptacion en la reduccion de luxaciones antiguas, i que segun Malgaigne se explicaria en este caso por una alteracion atrófica del Tejido óseo

5. La ruptura de vasos i nervios, accidente muy grave sobre el cual no me es tanas insistir.

6. El arrancamiento completo del miembro, accidente felizmente muy raro pero que sin embargo se ha tenido a veces que deplorar.

Por el contrario en el método de Kocher ninguno de estos accidentes es de temer pues todo que en ninguno de sus movimientos se emplea gran fuerza.

Haremos especial mencion de su aplicacion a las luxaciones antiguas, presentando como testimonio de esto la relacion de quince casos de luxaciones subcoracoides invertidas en las cuales Kocher ha empleado su mé-

todo de rotacion i flexion. Obtuvo un resultado completo i satisfactorio en doce; en un solo caso se ejerció al mismo tiempo una traccion hacia afuera por medio de una venda aplicada en la estremidad superior del brazo; en los dos restantes se habia empleado con anterioridad otros métodos.

La luxacion era en los casos mencionados de tres Semanas en 1; de tres meses de cinco Semanas en 2; de siete Semanas en 3; de tres meses en 4; i de cuatro meses en 2.

Roche da la explicacion. Siguiendo sobre estas reducciones: en otra
 Lea cabeza del humero se halla en estos casos solidamente fijada por adherencias al borde anterior de la cavidad glenoidica, teniendo por esta circunstancia un punto de apoyo conveniente para ejecutar el tiempo mas importante de la reduccion, es decir, la rotacion hacia afuera.

Solo nos resta hacer presente respecto
 a los dos casos en que empleamos
 este método, es decir algunas palabras
 del tratamiento consecutivo a la reduc-
 cion. Se inmovilizó la articulacion
 con el vendaje de Velpeau. Se tuvo
 el cuidado de renovarlo cada vez que
 era necesario. Despues de quince
 dias se principió a imponer al
 genuos movimientos restringidos a
 la articulacion. Al fin de veinte
 dias la articulacion habia recobrado
 toda libertad en sus movimientos.

El resultado no podia ser mas
 favorable. En conclusion resu-
 miremos las principales ventu-
 ras que ofrece el método en cues-
 tion.

1. Supresion del Clorofornio
2. No hai necesidad de ayudantes,
 sin embargo conviene hacer que
 uno sostenga el homioplasto
3. Facilidad y rapidéz de la reduc-
 cion.

4.º Es aplicable a las luxaciones invertidas antero-internas del hombro hasta cuatro meses a lo menos, que es el máximo que ha observado el autor del Método.

5.º No espone a ninguno de los graves accidentes que se ha observado en los métodos de fuerza.

Señores: al presentar a vuestra consideración este pequeño trabajo he tratado de ser lo más conciso posible a fin de no fatigar vuestra benévola atención. Por esta razón he suprimido intencionalmente la descripción anatómica completa de la articulación escapulo-humeral como así mismo los diferentes procedimientos llamados de dulzura y de fuerza que se emplean para la reducción de estas luxaciones. Mi ánimo ha sido solo el presentaros una rápida relación de dos casos de reducción de luxaciones antero-internas

del hombro, en las cuales se ha em-
pleado con éxito feliz el método de
Rocher destinado a ocupar un pues-
to brillante en la terapéutica qui-
rúrgica de estas afecciones.
Santiago Marzo 22 del 84.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

R. Valdey

[Handwritten signature flourish]



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL