

2 Julio 1894

2941

Francis, Guillermo

El tema de la disertación que tengo el honor de someter a Vms. versa sobre las luxaciones de la articulación del hombro.

Las luxaciones de esta coyuntura son muy interesantes para el cirujano por la razón que ellas tienen lugar con mucho mas frecuencia que las de cualquier otra articulación, y forman por lo menos la mitad de todas las luxaciones que ocurren.

Aquí conviene tomar en consideración las causas de esta clase de lesiones, y en primer lugar hacer una referencia sucinta a la anatomía de la coyuntura, puesto que en sus peculiaridades estructurales se encontrará la causa principal de la frecuencia de esas luxaciones.

El hombro es una articulación enartrosica, y es formado por la gran cabeza globular del humero ajustada en la poca profunda cavidad glenoidea de la escapula, formando la conexión de esos huesos la capsula fibrosa, la cual es tan floja y grande que si no fuese por los músculos fuertes que apretadamente la rodean a la coyuntura, permitiría la separación de los dos huesos, quedando el espacio de mas de una pulgada entre ellos. Sobre la articulación se ve un arco formado por las apófisis coracoides y el acromion de la escapula, con sus ligamentos, y esto junto con la porción larga del Biceps que atraviesa la coyuntura, para insertarse en la parte superior de la cavidad glenoidea, impide la luxación del humero hacia arriba. El gran tamaño de la cabeza globular del humero, la poca profundidad de la cavidad glenoidea, y la flojedad de la capsula fibrosa, admiten de aquella libertad extrema de movimiento hacia todas partes que es peculiar a esta coyuntura, a la vez que constituye la causa principal que la predispone a sufrir luxaciones.

Si no fuese por la protección del arco osseo-ligamentoso arriba mencionado y la gran fuerza y apretada conexión con la coyuntura de los músculos que lo rodean, las luxaciones serían mucho más frecuentes aun de lo que son. Mas, un factor todavía más poderoso que aquellos para impedir luxaciones es la movilidad de la escápula, la cual permite reaccionar sobre el dicho hueso todos los choques comunicados a la mano y el brazo.

Las causas excitantes más comunes de las luxaciones son golpes directos, o bien caídas sobre el hombro, caídas sobre el brazo estendido o el codo, o el arrastramiento violento del brazo para atrás. Los violentos esfuerzos musculares (e.g. el de levantar el brazo para dar un golpe) han sido también alegados como una de las causas, pero en un accidente de esta naturaleza, el hombro probablemente habría sido dislocado antes. Sin embargo, han habido casos registrados de luxaciones causadas por primera vez mediante tales esfuerzos musculares.

La estadística demuestra que los dos tercios de los casos se encuentran en hombres entre las edades de 50 y 70 años, siendo un accidente comparativamente raro en mujeres, niños, y en la vida adolescente o adulto.

Para todos los objetos prácticos las luxaciones del hombro se pueden describir como de tres clases.

1.^o La luxación para adelante o sea Subcoracoidea

2.^{do} " " " abajo o sea Subglenoidea

3.^{no} " " " atrás o sea Subespinosa.

Dos otras clases de luxaciones se han descrito, a saber la luxación subclavicular, que es un forma exajerada de la subcoracoidea, y la Supracoracoidea, siendo esta última muy rara, y que solo puede tener lugar después de una fractura de la apófisis coracoidea.

En cuanto a la frecuencia relativa de estas clases, la subcoracoidea es reconocida ahora como la más común, y después de esta la subglenoidea. La forma subespinosa es muy rara, y se han encontrado pocos casos de ella. Esta circunstancia se debe en gran parte al hecho

que, para poder efectuarse una luxación en esta forma es necesario que el brazo estuviese extendido al través del pecho al tiempo de sufrir el Choque; y esta posición, como fácilmente se imagina, es una poco común para recibir alguna lesión. La capsula fibrosa generalmente se rompe en las partes inferior y interior, debido a la circunstancia de sea esta la parte mas débil de la capsula, como tambien lo es a la dirección en que se fuerza la cabeza del hueso cuando se cae alguna persona, porque en el acto de tratar de salvarse, naturalmente extiende los brazos. Antes de la ruptura de la capsula fibrosa puede suceder que algunos de los músculos que rodean a la cavidad sean estirados o rotos al través de ellos; y de la forma en que haya tenido lugar la luxación, dependiente cuales sean los músculos que sufran lesiones. Así es que, en las luxaciones hacia adelante, los músculos escapulares posteriores pueden ser lacerados, y del grado de la laceración de estos músculos dependerá el que sea completa o no esta luxación; porque cuando se encuentran completamente rotos, la cabeza del hueso estará dislocado mas hacia adelante que cuando se encuentran solamente estirados o parcialmente divididos. En las luxaciones hacia abajo, la cabeza del hueso yace entre el músculo subescapular y la porción larga del Tríceps, y muy a menudo el músculo primer nombrado se halla roto cerca del punto de su inserción en la tuberosidad menor del humero; tambien puede suceder que el músculo supraespinoso se encuentre roto. El músculo subescapular es tambien susceptible de ser roto en la forma subespinosa de luxación, y en estos casos el supraespinoso y la porción larga del Tríceps se estiran mucho, aunque como regla general, no se hallan partidos. En algunas ocasiones cuando los músculos no han cedido a la fuerza violenta que han sufrido, se ha visto que han avanzado la tuberosidad mayor y la tuberosidad menor del humero de la cara de aquel hueso. A veces las arterias, venas, y nervios grandes ubicados en la axila sufren lesiones, y se han registrado casos en que la arteria axilar ha sido lacerada, y los nervios dañados de tal suerte que se ha ocasionado el parálisis permanente de los músculos

a los cuales ~~sustituir~~. El nuevo crecimiento se halla quizá mas expuesto que los otros a ser dañado y no es raro el caso de encontrar la atrofia completa del musculo deltoides despues de un accidente de esta clase. ~~Hay~~

Habiendo investigado las causas y la patologia de esta lesion pasare a la consideracion de sus sintomas, y, como sucede en las demas clases de luxaciones, tenemos aqui tambien

1.^o La deformidad, 2.^o Pérdida de la facultad de movimiento voluntario
3.^o Disminucion de esta facultad 4.^o Dolor, 5.^o Ausencia de la crepitation; aunque en este ultimo sintoma si algunas dias ~~hubiesen~~ ^{hubiesen} trascurrido desde que tuvo lugar el accidente, se puede palpar la crepitation de la efusion a la coyuntura o a la bola cuesca de ella, o a los tendones.

La primera cosa que se nos ocurre al ver al paciente es la pérdida de la forma redondeada del hombro, efecto causado por la cabeza del humero en la cavidad glenoides. En lugar de esta redondez el hombro se ve aplanado, el acromion profunde, y bajo de esa apofisis se nota una depresion. Al efectuarse la mensura

vertical del hombro con una huincha pasada por sobre el acromion y debajo de la axila, se encontrara un aumento de una a dos pulgadas, si se coteja con el ~~hombro sano~~ ^{hombro sano}.

Estos dos sintomas, amas de los sintomas ~~comunes~~ ^{comunes} ~~acriba~~ mencionados se encuentran en todas las distintas formas de luxaciones del hombro, y ahora mencionare los que son peculiares en las variedades distintas, y que se deben principalmente a las diferentes posiciones asumidas por la cabeza del humero despues que ella haya safado de la cavidad glenoides.

En la luxacion subcoracoides la cabeza del hueso descansa sobre el labio anterior de la cavidad glenoides debajo de la apofisis coracoides, y en consecuencia se vera una protuberancia debajo de esta apofisis causada por la ^{de la cabeza,} direccion del hueso que fuerza para adelante el musculo pectoral a la vez que detras del hombro se notara un aplanamiento correspondiente. Al examinarlo mas detenidamente se vera que el codo se ha alejado del costado, aunque

como ~~regla general~~ en este caso no tanto como en la forma glenoidica el brazo también parece alargado, aunque, como regla general, esto es meramente en la apariencia, pues es debido a la depresión del hombro afectado; a veces, empero, el brazo se halla realmente acortado. Al manipularlo, la cabeza del hueso se puede palpar debajo del músculo pectoral en frente de la escapula — aunque a veces, debido al grosor de las partes blandas que lo cubren, este no se hace de una manera muy distinta. Sin embargo, al mover el codo, en presencia en esta posición generalmente se puede averiguar. Si la cabeza del hueso estuviere apretando los nervios o estirándolos habrá dolor, y si la vena sufre presión contra esta, podría suceder que haya edema de todo el miembro. Si la luxación fuese subclavicular, la cabeza del hueso podría ser palpado más hacia adelante debajo de la clavícula, y el brazo será acortado y el codo bastante separado del costado con su dirección hacia atrás.

El síntoma más marcado de la segunda forma de luxación — la subglenoidea — es la depresión del pliegue anterior de la axila causada por el arrastamiento hacia abajo de su inserción en el humero cuando la cabeza del hueso se ha desarticulado en la axila. La cabeza del hueso podría entonces ser palpado en esta posición, y habrá un más marcado aplastamiento del hombro, y mayor depresión debajo del acromion, a la vez que mayor protuberancia de él en esta forma que en cualquiera de las otras. El brazo se halla alargado en como una pulgada, el antebrazo se ve generalmente algo arqueado, y el codo separado del costado. Si hubiere alguna dificultad en palpar la cabeza del hueso en la axila, su presencia se hace perceptible inmediatamente si se levanta el codo. En esta forma la compresión de los nervios y venas podría también ocasionar dolor, edema etc.

En la forma subespinosa — la más rara de todas las formas — la cabeza del hueso yace bajo el acromion o bajo la espina de la escapula, siendo la última una luxación más completa que la primera, aunque menos común. Amas del aplastamiento del hombro

Trabaja con aplanamiento muy marcado, y quizá una depresión de las partes blandas debajo del coracoides; y detrás, ^{de la ~~pequeña~~ cabeza del} hueso cubierto de los músculos y las partes blandas se forma una protuberancia muy visible. El codo en lugar de estar separado del costado, como en las otras formas, será forzado para adelante y hacia él, con el antebrazo dirigido hacia afuera. Dicen algunos escritores que en esta forma el miembro se halla alargado, mientras que otros lo consideran como dudoso.

Diagnóstico. Algunas veces se experimental cierta dificultad en formar el diagnóstico de las luxaciones del hombro; porque esta articulación puede sufrir muchas clases de lesiones, de las cuales algunas semejan luxaciones; por esta razón es de suma importancia el distinguir correctamente entre aquellos y estos, porque la demora en reducir una luxación, hace tanto más difícil la operación. La forma aplanada del hombro, y el aumento de la mensura vertical de la coyuntura generalmente son distintivos muy característicos de la lesión; pero antes de eso debo mencionar dos indicios más, los que en estos años últimos han llamado atención. El primero tiene por base el hecho físico que, a consecuencia de la rotundidad de las partes torácicas es imposible el que los dos extremos del húmero las toquen a un tiempo. Así es que, si los dedos del brazo dañado pueden ponerse sobre del hombro sano a la vez que el codo toca el tórax. (movimiento que el estado normal de la coyuntura permite hacer) no puede haber luxación. El segundo consiste en que en una luxación una regla tocada a un tiempo el codo del costado dañado y ~~la~~ la apofisis acromion.

Se puede distinguir una fractura del cuello quirúrgico del húmero de una luxación por los síntomas ya expuestos y por la capitación palpable cuando se reduce el brazo a su posición natural, siendo el caso que la reducción es generalmente mucho más fácil respecto a la fractura que respecto a la luxación, a la vez que la distorsión también se produce más fácilmente.

Algunas veces es muy difícil emitir una opinión positiva en tales casos como el de la fractura intracapsular por penetración de la cabeza del humero ó sea la de la cavidad glenoidal o el cuello de la escápula. La capsulación no siempre se puede considerar como un indicio distintivo; porque en casos de luxaciones no reducidas hay una efusión en la coyuntura y en las vainas de los tendones que la rodean, la cual hace experimentar una capsulación muy difícil de distinguirse de la de una fractura. De tiempo en tiempo se encuentran casos en que la caña del humero se ve separada de su epifisis, el que permanece en su posición normal en la cavidad glenoidal. Bajo tales circunstancias la edad del paciente, y la dificultad de retener el hueso en su lugar después de ser reducido nos ayudarán mucho; pero una manipulación cuidadosa bajo la influencia del cloroformo es necesaria para que el diagnóstico sea seguro. El parálisis del músculo deltoideo causado por daños sufridos por el nervio cianplejo no debe engañarnos, porque en tales lesiones no es fácil la averiguación de la presencia del hueso en la cavidad glenoidal. Las luxaciones pueden también ser complicadas por la fractura de la escápula ó del humero, y en estos casos tanto el diagnóstico cuanto el tratamiento frecuentemente se encuentra ser difícil. Además en los casos en que las luxaciones se hallan asociados con la fractura de la caña del humero cerca de su cabeza, no es siempre difícil posible reconocer la verdadera naturaleza de la lesión.

Tratamiento. Tal vez en ninguno de los ramos de la cirugía haya sido tan provechoso el uso de la anestéticos que en la reducción de las luxaciones. El gran obstáculo para efectuarlos es la contracción tónica y espasmódica de los músculos insertados en los huesos dislocados, y aunque antes era menester la aplicación de mucha fuerza, es posible ahora, mediante el uso de algún anestético hacer los músculos del hombro más fornidos tan flojos é impotentes que no ofrecen resistencia alguna a nuestros esfuerzos.

para ~~reponer~~ ~~los~~ huesos en su lugar. En las luxaciones de esta coyuntura, así como en las de todas las demás, debe efectuarse la reducción lo más temprano que sea posible, porque aunque nos asiste mucho más probabilidad (tratándose de esta coyuntura) de reducir la dislocación, aun algún tiempo después del accidente que cuando se trata de una coyuntura de la clase que se llama una *viragra* y que haya sufrido la misma lesión, es, sin embargo, mejor no aplazar la operación, porque á causa de la efusión dentro y cerca de la coyuntura, el entretajerse de los tejidos contiguos, y la formación de adhesiones los obstáculos que se experimentan, han de ser mucho más grande en cuanto a la reducción.

Se han empleado varios métodos en la reducción de estas luxaciones habiendo sido el más común el de estirar el brazo con el talon puesto en la axila. Al adoptarse este sistema el paciente se coloca en una posición reclinada, y se pone completamente bajo la influencia del cloroforno. Verificado esto, el cirujano se sienta al lado y en frente del paciente, y habiendo colocado su talon descalzado en la axila, a fin de afirmar la escapula, se apodera del brazo arriba del codo, y, aferrándose bien de él, lo tira constantemente hacia abajo, haciendo al mismo tiempo un ligero movimiento *quatoris* a fin de facilitar la reducción. La cabeza del hueso generalmente se desliza en su lugar con un *sonido* estallido peculiar, y desde luego la coyuntura recupera su apariencia natural.

Otro método, el cual aunque idéntico en cuanto al principio que se aplica, no es por mucho tan eficaz como el primero, consiste en colocar la rodilla en la axila. Habindose ~~este~~ sentado el paciente en una silla, el cirujano se coloca a su lado, y levanta el brazo suficientemente para que su rodilla entre en la axila. Entonces afirmando el pie en la silla, se apodera del brazo arriba del codo con su mano derecha, mientras que, con su mano izquierda, coloca el acromion. En seguida estira el brazo hacia afuera, y deprimiéndolo sobre su rodilla,

reducir la luxación.

El método tercero se designa "la reducción por medio de la manipulación". Se puede emplear este solamente en los casos recientes, y el uso del cloroformo es indispensable para su buen éxito. Al adoptar este método el cirujano ~~apoya~~^{cobra} el hombro con su mano izquierda a la vez que con la derecha levanta el brazo, lo estira, y le comunica un movimiento quítorio, hacia adentro, apretando la cabeza del hueso hacia afuera y arriba con su mano izquierda. Si fracasaren todos estos medios se puede lograr el efecto deseado por el medio de levantar verticalmente el brazo. El paciente se inclina sobre su espalda y el cirujano sentado detrás de él, coloca la planta de su pie contra la superficie superior del acromion para afirmar la escápula. Entonces, apoderándose del brazo dislocado por la mano y muñeca, estira gradualmente y constantemente el miembro hacia arriba hasta que el llegue a una posición casi paralelo con la cabeza y el cuello del paciente.

Amas de estos métodos mencionados hay varios otros que han sido recomendados, pero todos ellos tienen por base los mismos principios, y al adoptar alguno de ellos, debe tenerse presente que todas las aplicaciones de la fuerza han de ser graduales, y que las manipulaciones han de practicarse con cuidado. Cuando las luxaciones se presentan complicadas por la fractura del humero, cada vez que sea posible la luxación debe ser reducida primero, y la fractura después. La fractura en sí puede ser compuesta de una manera muy firme, y después se puede intentar la reducción de la luxación por alguno de los métodos comunes. Si esto fracasare será preciso recurrir al tratamiento propio a la fractura, y en un mes, o mes y medio, se podrá intentar otra vez la reducción, siendo, por supuesto de rigor usar grandes precauciones a fin de evitar una nueva fractura del hueso. En los casos de luxaciones de algun tiempo atrás, es muy difícil decidir si conviene o no intentar su reducción. El límite fijado por los cirujanos de tiempo pasados era tres meses, pero desde que

introdujo el cloroformo, este limite se ha sido excedido en muchos habiendo sido registrados casos en que se ha efectuado la reduccion despues de un año, y aun mas tiempo todavia.

Si despues de tres meses, se observase buena facilidad de movimiento, habria poca necesidad para hacer la tentacion, pero si los movimientos estuviesen muy limitados debe hacerse la tentacion pero con cautela. Habiendo el cirujano puesto el paciente bajo la influencia del cloroformo, debe en primer lugar deshacer todas las adhesiones hasta donde pueda, y podrá practicar la diseccion subcutanea de cualquiera de los tendones que presentan resistencia a la reduccion. Habiendo asegurada muy bien el hombro y el cuerpo, debe estenderse el brazo mediante el uso de soldanas, mientras que el cirujano esta manipulando la cabeza del hueso para hacerla entrar en la cavidad glenoidica. Si despues de haber hecho una bien dirigida tentativa mediante la separacion de las adhesiones, el uso de las soldanas, no se efectuase la reduccion el cirujano debe desistir de sus tentativas para reducir la luxacion, especialmente cuando los pacientes son de una edad avanzada, porque sus arterias pueden ceder, y en consecuencia de tal accidente se forma una aneurisma traumatica difusa en la axila. Mas de este muchos otros han ocurrido en la reduccion de luxaciones antiguas; y el uso de demasiada fuerza, la separacion de las adhesiones, o cambios patológicos en el miembro mismo pueden ocasionarlas. Entre estos se puede mencionar las laceraciones y magulladuras del cutis, del entretejido subcutaneo y de los musculos y nervios, con extravasacion sanguinea, fractura del humero y costillas. Un accidente temible de esta naturaleza sucedio a una mujer anciana, cuyo brazo fué arrancado en la coyuntura del codo.

Si no tuviere exito la tentacion de reducir la luxacion, será necesario emplear la friccion, y el movimiento pasivo a fin de restablecer en lo posible el uso del miembro. La reseccion de la cabeza del humero ha sido recomendada, y ha sido practicada

con buen éxito en casos antiguos en los cuales estaban presentes síntomas de presión sobre las venas grandes y los nervios. Después de la reducción de una luxación se debe colocar una almohadilla en la axila, y el brazo debe estar asegurado al costado por una semana, y durante la quincena siguiente o por más tiempo, se debe llevar apoyado en un vendaje ^{de} honda, siendo prohibido el hacer cualquier esfuerzo violento durante algunas semanas, a fin de evitar una nueva luxación.

Si aparecen indicios algunos de inflamación cerca de la coyuntura, se debe aplicar hielo, lociones evaporantes o de plomo etc. Generalmente no hay necesidad de aplicar sanguijuelas. La luxación complicada del hombro es un accidente bastante raro, pero felizmente muy poco frecuente. Aun no queda determinado cual es el mejor tratamiento para esos casos; pero es probable que consiste en practicar la presión de la cabeza del hueso, cuando se encuentran muy laceradas las partes blandas, y cuando el hueso descubierto está dañado, mas, si la herida fuere pequeña y no lacerada sea mejor intentar la reducción, aplicando después el tratamiento propio para un caso de herida a la coyuntura. Si la arteria axilar estuviere rota, la amputación será necesaria.

En conclusión, deseo mencionar de una manera muy breve las luxaciones congénitas de la articulación del hombro, porque en estos años últimos han llamado algun atención. Estas luxaciones existen desde el nacimiento de las personas, y se vuelven mas pronunciadas con el lapso de los años. Dos clases de ellas han sido descritas - la subcoracoidea y la subacromial. Como regla general la cabeza del hueso del hombro descansa sobre una cavidad bien formada, la cual se encuentra al lado exterior o inferior del cuello de la escapula, faltando en tales casos la cavidad glenoidica. Los músculos del hombro y del brazo exhiben una atrofia muy pronunciada, y la facultad de movimiento en la coyuntura se encuentra muy limitada. A consecuencia de la deformidad de las estructuras óseas ya la atrofia de los músculos, cualquiera clase de tratamiento es inútil.

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

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



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL