Año 1907 Núm. 1692

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO
DE LAS
LUXACIONES DEL HOMBRO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO SAN MARTÍN

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1907

TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DEL HOMBRO

Año 1907 **Núm. 1692**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO
DE LAS
LUXACIONES DEL HOMBRO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO SAN MARTÍN

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1907

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 38 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Elíseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con licencia).
» » Pedro N. Arata.
» » Roberto Wernicke.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Guemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » Gregorio Araoz Alfaro.
» » Abel Ayerza.
» » José R. Semprún.
» » Jaime R. Costa.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).
Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Vacante
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé (lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel Centeno
Patología general	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa (en ejerc.)
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejerc.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Leandro V. Valle (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson Vacante
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Marcelino Herrera Vegas Daniel J. Cranwell Vacante Avelino Gutiérrez Francisco Llovet Marcelo Viñas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprún
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Vacante Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétirca	»	Enrique Zárate Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediárica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachman

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Quimica analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	» Vacante
Botánica y Mineralogía	» Vacante
Química inorgánica aplicada	» Vacante
Química orgánica aplicada	» Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	» Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica primer curso	» Vacante
Técnica farmacéutica	» Vacante
Química analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica	» Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MANUEL BARROS

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Á LOS MIOS

Consideraciones generales

Antes de entrar de lleno al objeto de este trabajo vamos á describir someramente la importancia y clasificación de estas luxaciones.

Las luxaciones del hombro se presentan muy frecuentemente, pues término medio se cuentan en la proporción de 55 por ciento del total de las luxaciones en general. Esta frecuencia trae, pues, aparejada su importancia para el objeto del tratamiento, pues tratándose de una afección en que el médico debe intervenir tan á menudo, nada más justo que hacerlo en debidas condiciones, aun cuando deba desempeñarse aisladamente, como puede ocurrir en la campaña y aún prescindiendo de los anestésicos generales.

Además tiene su importancia especial, pues siendo de causa traumática, el más afectado siempre es el obrero desde que se expone diariamente en su labor y perturbando una de las articulaciones más importantes paraliza su palanca de sostén, inutilizándole su brazo, lo cual debe ser temporario, pues el tratamiento debido se encargará de devolver al

obrero su único medio de vida lo antes posible y en las mejores condiciones que sean exigibles.

La clasificación de estas luxaciones, la mayor parte de los autores clásicos la hacen en cuatro grupos, que son, por orden de frecuencia:

Luxaciones anteriores.
Luxaciones inferiores.
Luxaciones posteriores.
Luxaciones superiores.

Estos grupos, á su vez, comprenden algunas variedades, que responden á la relación anatómica en que se encuentra la cabeza humeral luxada, para lo cual se toman reparos óseos, y así tenemos que las luxaciones anteriores comprenden cuatro variedades, que son:

Extra-coracoidea.
Sub-coracoidea.
Intra-coracoidea.
Sub-clavicular.

Las luxaciones inferiores; es decir, hacia abajo, comprenden dos variedades, que son:

Sub-glenoidea.
Sub-tricipital.

Las luxaciones posteriores comprenden también dos variedades, que son:

Sub-acromial.
Sub-espinosa.

Y, por último, tenemos las luxaciones superiores, que no comprenden sino una sola variedad; la supra-glenoidea que, por otra parte, es sumamente rara.

Sabemos que la etiología de estas luxaciones está en el traumatismo; en cuanto á la anatomía patológica y la signo-sintomatología de estas luxaciones, no nos detendremos en este trabajo, dedicado exclusivamente al capítulo del tratamiento.

Abordaremos, pues, en seguida el estudio del tratamiento de las luxaciones recientes y de sus complicaciones; el tratamiento de las luxaciones recidivantes y, por último, el tratamiento de las luxaciones antiguas.

Luxaciones recientes

En el tratamiento de estas luxaciones existen diversos procedimientos de reducción, de los cuales vamos á describir los más importantes é indicaremos cual es el método que, á nuestro juicio, reune mayores ventajas.

Antes vamos á hacer una advertencia aconsejada por Tilaux, que es bueno cerciorarse enfrente de un caso de luxación del hombro, de qué tiempo ella data, pues si no fuera reciente y en la creencia que lo es interviene un cirujano sin haber indagado bien al lesionado, podría pasarle cualquier desagrado; es decir, fracasar.

Procedimiento de Trélat.—Para reducir las luxaciones sub-coracoideas ha ideado dicho autor un procedimiento, que él lo denomina «reducción por persuasión».

La maniobra consiste en un movimiento de elevación moderada del brazo, con una ligera tracción, bajo la condición que el lesionado anule voluntariamente todo lo que le sea posible la acción de sus músculos y que el cirujano ejecuta los movimientos

con lentitud para no despertar dolor ni contracción refleja de los músculos.

Para operar, se acuesta al lesionado y se lleva el hombro fuera del borde de la cama ó de la mesa; un ayudante sostiene el hombro, apoyando con las dos manos sobre la región acromio-clavicular de manera que fije el omoplato; se toma entonces el brazo lesionado por el codo en una posición intermedia á la extensión completa y á la semi-flexión; evitando, al mismo tiempo, todo movimiento de rotación y se lleva el brazo, por una abducción lenta, hacia arriba, hacia afuera y un poco hacia adelante hasta la horizontal, ejerciendo un poco de tracción al mismo tiempo.

Durante esta maniobra la mano libre se desliza hacia el fondo del axila, donde sentirá progresar la cabeza del húmero; cuando esta mano note que la cabeza humeral se halla cerca á reintegrarse, rechaza esta cabeza hacia arriba y hacia afuera, al mismo tiempo que la otra mano lleva suavemente el brazo á la adducción.

A veces la reducción se lleva á cabo con la simple elevación del brazo, acompañada de una ligera tracción, sin necesidad de efectuar la última maniobra complementaria.

Procedimiento de la tracción continua.—Este procedimiento debe sus efectos á la acción continua y

prolongada sobre los músculos; pues obtiene la reducción por la fatiga de esos órganos.

La tracción continua puede ser ejercida por ayudantes, como lo emplea Hennequin; ó por tracción elástica, como lo emplea Théophile Anger.

Para aplicar este procedimiento se coloca el lesionado sentado en una silla, ó acostado, si uno cree más conveniente, y se instala la contra-extensión para lo cual se pasa una sábana plegada por el axila, cuyas dos extremidades se anudan, haciéndolas pasar por una argolla fijada en la pared ó en una puerta; el cabo anterior de la sábana debe pasar por detrás de la nuca, pues la contra-extensión tiene por objeto fijar el omoplato.

Una vez dispuesta la contra-extensión, si se quiere hacer la tracción continua por medio de ayudantes, Hennequin opera de la manera siguiente: hace retraer la piel del brazo por un ayudante y envuelve la parte inferior del brazo con una capa de algodón y sobre esto hace un vendaje con una venda mojada y fija en las vueltas de espira del vendaje, los dos cabos de una toalla, que se aplica paralelamente al eje del brazo, se dispone, pues, de modo que queda un ansa en estribo que desborda el codo; el antebrazo queda en semi-flexión. Así dispuesto, se lleva el brazo en la abducción hasta la horizontal y uno ó dos ayudantes ejercen una extensión lenta y

continua por su propio peso, inclinando su cuerpo poco á poco hacia atrás; si uno de los ayudantes se fatiga es necesario reemplazarlo, pero sin interrumpir la tracción, y al cabo de diez á veinte minutos se obtiene la reducción.

Théophile Anger emplea en este procedimiento la tracción elástica; por medio de un tubo de caucho de tres metros de largo, que hace pasar en el ansa de tracción y de ahí á una argolla ó gancho fijado en la pared, levanta el brazo en abducción hasta que quede en ángulo recto y estira el tubo lo suficiente, haciéndolo pasar nuevamente entre los dos puntos de fijación y lo anuda.

La tracción debe ser bastante enérgica para que el brazo no descienda y se ejerza en el sentido que se le ha dispuesto.

La distancia del punto de fijación exterior al hombro del paciente debe ser un metro.

Es necesario vigilar que el ansa de tracción no se deslice y que la contra-extensión se mantenga firme; al mismo tiempo asegurarse que la tensión del tubo sea suficiente.

Entonces no hay más que esperar y hacer esperar, sin preocuparse del tinte violáceo que toma el antebrazo y al cabo de diez á veinte minutos la reducción estará hecha.

Bazy ha modificado dicho procedimiento, relacio-

nando el ligamento contra-extensor á un aparato que arrastra al paciente en sentido opuesto al punto de fijación del ansa elástica; este procedimiento abrevia el tiempo de reducción, pues en estas condiciones se puede reducir en tres ó cuatro minutos.

El procedimiento de la tracción continua, si es bien aplicado, cualquiera de los dispositivos descriptos se presta á reducir todas las variedades de luxación del hombro; se entiende que sean recientes.

———

Astley Cooper emplea el procedimiento de aplicar el talón en el axila, haciendo tracción sobre e brazo al mismo tiempo con las manos; este procedimiento sería aplicable en la variedad supra-glenoidea. Este mismo autor usa otro dispositivo, colocando la rodilla en el axila; para esto apoya el pie en la silla en que sienta al paciente, al mismo tiempo que ejerce tracción sobre el brazo con una mano y apoya con la otra sobre la región acromio-clavicular.

Nélaton emplea un método de reducción para las luxaciones posteriores, sobre todo en la variedad sub-acromial, que consiste en ejercer una presión directa de atrás hacia adelante sobre la cabeza humeral luxada.

Opera de la manera siguiente: lleva el brazo ligeramente hacia adelante y hacia afuera y aplica

directamente sobre la cabeza humeral luxada un sello de imprimir envuelto en gasa ó algodón y da un golpe seco de martillo sobre el mango del sello; la cabeza, proyectada hacia adelante, se desprende de su enganche sobre el reborde glenoideo posterior y se reintegra en la cavidad glenoidea.

Para estas luxaciones posteriores se ha empleado también un método de reducción, que consiste en hacer una tracción oblícua hacia abajo con el brazo en ligera abducción, asociando á esta tracción una exageración de la rotación interna del brazo.

Procedimiento de Kocher.—Este método de reducción, que debría llamarse Lacour-Kocher, por ser una modificación del método Lacour, se aplica, sobre todo, en las luxaciones sub-coracoideas. Para aplicar este procedimiento se hace sentar al lesionado en una silla, apoyado en el respaldo con el hombro sano y un ayudante vigoroso sostiene el paciente, apoyando con las dos manos sobre las regiones trapecio-claviculares; Mauclaire dice que, según Kocher, se puede acostar al paciente, llevando el hombro luxado fuera del borde de la mesa, para poder maniobrar.

Sentado el paciente en esas condiciones, se coloca el cirujano del lado del hombro luxado, frente hacia él y agachándose para dar comienzo á los movimientos de reducción, que consta de cuatro tiem-

pos. Supongamos se trate de una luxación del hombro izquierdo:

Primer tiempo.—Con la mano izquierda se toma el codo, apoyando con el pulgar sobre el pliegue y con la mano derecha se tiene el antebrazo suavemente, agarrando por el puño; se flexiona el antebrazo sobre el brazo en ángulo recto y se lleva progresivamente hasta aplicar el codo contra la pared torácica, un poco hacia atrás de la línea axilar.

Segundo tiempo. — Se mantiene el codo fijo a tronco y con la mano derecha se lleva el antebrazo siempre tenido por el puño, hacia atrás hasta que llegue al plano transversal del tronco, para esto hay que hacer este movimiento con lentitud y firmeza, prolongando un cierto tiempo esta maniobra, pues no es raro que al fin de este segundo tiempo se obtenga la reducción.

Tercer tiempo.—Mantenido en esa posición se levanta el brazo, llevando el codo hacia adelante, hacia arriba y un poco hacia adentro; haciéndole rasar la base del pecho y si la reducción no se lleva á cabo, se sigue levantando hasta la altura del hombro.

Cuarto tiempo.—Hay que ejecutarlo con rapidez y brusquedad; consiste en imprimir al brazo un movimiento rápido de rotación interna, llevando sobre el hombro sano la mano del brazo luxado.

Este procedimiento es necesario ejecutarlo con toda precisión, marcando bien todos los tiempos para evitar fracasos.

Procedimiento de Mothe.—Consiste éste en levantar el brazo hasta la altura del hombro, formando con el tronco un ángulo de 145º y en practicar la extensión en esta actitud, pero llevando el codo hacia atrás y hacia afuera.

Esta es la idea de Mothe en su procedimiento; ahora la manera de aplicar ha sido interpretada diversamente: algunos cirujanos, en sujetos poco musculosos, se han contentado con hacer la tracción, empuñando el brazo á la altura del codo con una mano, mientras que con la otra sostiene el hombro apoyando sobre la región acromio-clavicular; otros confían la tracción á uno ó dos ayudantes y la contra-extensión á otro, mientras el cirujano observa la situación de la cabeza humeral, ayudando á progresarla por presiones directas en el axila con las manos.

Ahora que hemos pasado en revista los diversos procedimientos que están al alcance de todo cirujano, y aunque todos ellos encuentran su aplicación según la variedad de luxación; debemos convenir que aquel que reune mayores ventajas y que es aplicable á todas las variedades de luxación del hombro, es el procedimiento de Mothe; lo esencial

está en su debida aplicación, pues en estas condiciones muy raro será el caso en que pueda fracasar dicho procedimiento en una luxación reciente y cuando esto suceda difícilmente será reductible por alguno de los otros procedimientos.

Si bien estamos de acuerdo en la eficacia del procedimiento de Kocher para reducir las luxaciones sub-coracoideas; este método puede fracasar más de de una vez, lo que no sucederá con el procedimiento de Mothe.

También convenimos en los buenos resultados que se obtienen con la tracción continua; pero tiene la desventaja de ser demasiado prolongado y no siempre de resultado positivo.

Además, si bien es cierto que la contracción muscular es una causa de resistencia para reducir estas luxaciones y que por dicha causa se recurre demasiadas veces á la anestesia clorofórmica, debemos convenir en que con el procedimiento de Mothe rarísimo será el caso en que haya que recurrir á la anestesia general en una luxación de hombro reciente, aún tratándose de sujetos vigorosos.

No vemos que la excesiva sensibilidad al dolor sea una causa de anestesia en un procedimiento que actúa en pocos segundos, como el de Mothe, y que si se prolonga de uno á dos minutos es precisamente en sujetos musculosos, que ya por su

misma constitución son más resistentes al dolor.

Los buenos resultados que se obtienen con este procedimiento son debidos al empleo de un buen dispositivo de dicho método, y si fracasa alguna vez es porque no se aplica debidamente.

La base del procedimiento consiste en la tracción del brazo en abducción elevada, formando un ángulo de 145º, más ó menos, con el tronco.

Ahora bien; para hacer dicha aplicación es necesario hacer una buena contra-extensión y una buena extensión en esto consiste todo el secreto del método.

He aquí la manera como aplicamos nosotros dicho procedimiento: Preferimos acostar al paciente sobre una mesa, llevando el hombro luxado hacia el borde de la misma, y se dispone la contra-extensión para esto se pone una franja de algodón en el axila para evitar desgarraduras ó erosiones de la piel, y encima se coloca una sábana en banda, que pasa por el axila y cuyos dos cabos se unen á la altura del hombro opuesto al luxado, haciendo pasar el cabo anterior por detrás de la nuca, pues así se trata de fijar bien el omoplato y se confía la contra-extensión á uno ó dos ayudantes; después se coloca una capa de algodón en el brazo y antebrazo haciendo retraer la piel, por encima de esto se venda firmemente desde la inserción deltoidea inferior hasta la mano y entonces se dispone la extensión Para esto

se colocan dos sábanas por encima del codo, una más arriba que la otra y por encima del vendaje, se hacen pasar en corbata por el brazo y se retuercen sobre sí mismos los dos cabos de cada sábana de manera que al hacer la tracción no deslicen, y se confía la tracción á dos ó tres ayudantes. Esto dispuesto se lleva el brazo hacia arriba y hacia afuera, hasta que encuentre algo de resistencia por la posición del húmero luxado, el antebrazo se deja suelto, en pronación, el cirujano se coloca en la cabecera del paciente y observa la región deltoidea para cerciorarse de la reintegración de la cabeza humeral; una vez todo dispuesto en esas condiciones se ordena mantener firme la contra-extensión y hacer la tracción del brazo en la posición indicada.

Al principio la extensión debe ser suave, pues basta muchas veces una fuerza moderadísima para obtener la reducción, luego, si no cede, se despliega una fuerza firme y constante; así generalmedte se obtiene la reducción en pocos segundos; en sujetos musculosos puede prolongarse uno ó dos minutos como máximum.

Nosotros hemos obtenido resultados muy satisfactorios con esta disposición y creemos que es el método por excelencia, por su rapidez, su seguridad y prescindencia de anestesia general.

Tratamiento consecutivo.—En general, se tiene

tendencia á inmovilizar un tiempo algo largo las luxaciones reducidas, como si se temiera un nuevo desencajamiento y esta inercia, añadida á los efectos del traumatismo, contribuye á atrofiar los músculos, rigidecer la cápsula, dando lugar á una prolongada impotencia del miembro.

Una vez reducida la luxación se trata de aplicar un vendaje de contención, para lo cual unos aplican la *écharpe* de Mayor con el brazo en adducción, otros aplican el brazo al tronco, interponiendo una capa de algodón y lo vendan al torax.

Nosotros hacemos un vendaje en espica ascendente del hombro, colocando previamente una capa de algodón sobre el hombro y en el hueco del axila y completamos con el vendaje del brazo y antebrazo, manteniendo el antebrazo en ángulo recto con el brazo y se suspende con un pañuelo grande en cabrestillo del antebrazo al cuello; en estas condiciones la espica del hombro mantiene la reducción y por el mismo vendaje combate el edema. cuando hay, del hombro ó de todo el brazo.

La misma espica se encarga de contener el hombro sin necesidad de mantenerlo en una inmovilidad absoluta, fijando el brazo al tronco.

Hecha la inmovilización, en una forma ú otra, no se debe dejar más de cuatro ó cinco días, aunque la luxación haya sido complicada de atrición de las

partes blandas, extravasados sanguíneos, desgarraduras de la cápsula ó rupturas de músculos, pues en estas circunstancias se quiere á veces prolongar la inmovilización por temor á desplazamientos secundarios ó báscula del hombro, por su propio peso.

Basta tomar precauciones, quitando cuidadosamente el vendaje de contención y se comienza desde entonces los movimientos pasivos y el masaje.

Deber ser ejecutados con prudencia los movimientos de flexión y extensión, de abducción, rotación hacia afuera y hacia adentro; en estos movimientos pasivos, que se imprimen al brazo después de la reducción, nosotros procedemos en una forma que evita la posibilidad de un desencajamiento.

Para esto apoyamos con la mano izquierda sobre la región acromio-clavicular abrazando el hombro y con la mano derecha tomamos el brazo por el codo, teniendo el antebrazo en ángulo recto con el brazo entonces se despliega una cierta presión hacia el encuentro de las dos manos é imprimimos al brazo movimientos de circumducción suavemente.

En la misma sesión se hará el masaje del deltoides, del gran pectoral, de los músculos peri-escapulares y del brazo.

Las sesiones de masaje se harán diariamente y cada vez más prolongadas.

El vendaje se debe prolongar según las circuns-

tancias; empleando la espica ascendente se tiene la ventaja de que á los ocho ó diez días se puede quitar el cabrestillo y entonces el paciente, teniendo el hombro sostenido por la espica, puede ejecutar movimientos sin temor.

El vendaje se puede mantener, según el caso, diez, doce, quince días, en los casos normales; ahora, cuando hay tendencia á descenso del brazo es necesario prolongarlo por más tiempo, durante un mes ó dos según lo requiera el caso.

En estos casos de descenso del brazo por laxitud cápsular, el vendaje de espica ascendente aventaja á los demás, pues contiene mejor contribuyendo á aumentar la acción del deltoides por su misma disposición.

Otra ventaja que tiene el vendaje de espica es que permite al paciente hacer movimientos activos precozmente, lo que no permite otro vendaje y sobre todo cuando este se debe mantener durante más tiempo por las condiciones en que se encuentra el hombro reducido.

Tratamiento de las complicaciones.—Tenemos, en primer lugar, la luxación complicada de fractura de la extremidad superior del húmero.

En presencia de casos de esta naturaleza es difícil abordar un tratamiento definido, pues dependerá de las condiciones especiales de cada caso. Se han

empleado á este propósito los siguientes procedimientos: 1º el método del rechazamiento; 2º el método antiguo; 3º el método de Riberi y 4º el método de Delpech.

El método del rechazamiento, que ha sido preconizado por Richet desde el año 1852, ha dado buenos resultados en las luxaciones complicadas de fractura del cuello quirúrgico. Este método consiste en someter el brazo á una tracción paralela al tronco, después de anestesiar al paciente y en rechazar directamente la cabeza humeral hacia la cavidad glenoidea por medio de los dedos.

Cuando la fractura es del cuello anatómico se expone á muchos fracasos, por la dificultad en dar á la cabeza luxada su posición normal y aún así la dificultad en mantenerla. Este método es sólo aplicable á las luxaciones recientes que no remontan á más de ocho ó diez días.

El método antiguo consiste en esperar que la consolidación de la fractura haya restablecido el brazo de palanca, para reducir en seguida la luxación. Son más los fracasos que los éxitos con este método; así algunos esperan 15 ó 20 días, y cuando intentan reducir la luxación se reproduce la fractura; ó bien, si esperan 40 ó 50 días, las adherencias que rodean á la cabeza humeral crean un obstáculo serio á la reducción y corren siempre el riesgo de reproducir

la fractura. Este método sólo se puede tentar en casos que ya datan de 15 ó 20 días y que, por lo tanto, se puede hacer esperar unos días más para poner en práctica la reducción.

El método de Riberi, ó método de los movimientos, consiste en imprimir con cuidado y desde los primeros días movimientos al miembro luxado, de manera á obtener la formación de una pseudoartrosis entre los fragmentos ó una neartrosis entre un punto de la escápula y la extremidad superior del cuerpo humeral; la cabeza luxada se abandona en la situación viciosa que ocupa.

Este método no es aplicable cuando la cabeza luxada produzca accidentes de compresión de parte de los nervios ó de los vasos; por lo demás, ha dado buenos resultados, llegando á hacer recuperar los movimientos del brazo.

El método de Delpech consiste en hacer la extracción de la cabeza luxada; es aplicable, sobre todo, á las fracturas del cuello anatómico. Este método ha sido aplicado también por Mortón, Delorme, Tripier y Poirier.

Una de las indicaciones más importantes de este método es cuando la cabeza luxada determina accidentes de compresión por parte de los nervios ó de los vasos.

El procedimiento operatorio empleado para la ex-

tirpación de la cabeza luxada ha variado con los operadores. Delorme practicaba una incisión vertical posterior; Poirier emplea la incisión clásica de la ligadura de la arteria axilar en el axila, estando el fragmento óseo por detrás del paquete vásculo-nervioso, y Tripier recurre á la incisión vertical anterior empleada para la resección del hombro por fuera del surco péctoro-deltoideo. Este método es preferible, sobre todo en las luxaciones anteriores, que son las más comunes, pues permite, como dice Tripier, explorar fácilmente la región y dirigirse, si es necesario, hacia adentro del lado de los vasos ó hacia afuera del lado de la articulación.

Lesiones nerviosas.—Esta complicación es rara, pero cuando se producen lesiones nerviosas, por la compresión que ejerce la cabeza luxada, será necesario intervenir y extraer la cabeza si la reducción no es posible.

Lesiones vasculares. — En estas complicaciones vasculares puede tratarse de un aneurisma traumático, ó deuna ruptura incompleta de la arteria axilar.

Si se trata de un aneurisma traumático, Nélaton piensa que es necesario abrir el foco axilar, ligar los dos cabos del vaso dividido y reducir la luxación por impulsión directa sobre la cabeza. Tripier, en estos casos, prefiere ligar la sub-clavia y ocuparse más tarde de la luxación.

Ahora, con respecto á la ruptura incompleta de la arteria axilar, es más difícil comportarse, pues el diagnóstico de la lesión es difícil precisarlo, porque la desaparición del pulso radial puede también imputarse á una compresión del vaso por la cabeza luxada.

Kirmisson, en un caso de esta naturaleza, ha obtenido la reducción bajo cloroformo por tracciones continuas y graduadas; Bodin lo ha hecho aún sin anestesia; pero podría suceder que esas tracciones produjeran la ruptura completa de la arteria; sería mejor entonces hacer la reducción por propulsión directa bajo cloroformo, y si este procedimiento fracasara se trataría de reducir la cabeza por una intervención quirúrgica que permitiera, al mismo tiempo, como dice Tripier, darse cuenta del estado del vaso

Luxaciones expuestas.—Esta es una complicación de suma importancia, aunque es muy rara. En estos casos, si no hay trazas evidentes de infección y que la cabeza no está desprendida, se limpiará minuciosamente el foco traumático con una solución antiséptica caliente; se reducirá la luxación si es que la reducción no necesita grandes debridamientos y se suturarán los músculos desgarrados en condiciones que permitan colocar un drenaje hasta la articulación, á la cual se le colocarán dos drenajes,

uno hacia adelante y otro hacia atrás; luego se recubre toda la articulación con una curación antiséptica y se inmoviliza.

Ahora bien; si la herida está infectada, ó el cuello está denudado de su periósteo, ó la cabeza esta desecada ó desprendida, ó la luxación es irreductible, ó bien cuando fenómenos infecciosos se manifiestan en el foco traumático ya tratado; será necesario, en estos casos, proceder á la resección de la cabeza, dejando ampliamente abierta la articulación.

Ollier recomienda abstenerse de la resección inmediata y hacer la resección retardada, que es muy ventajosa bajo el punto de vista de la regeneración del hueso.

Luxaciones recidivantes

El tratamiento de estas luxaciones puede ser profiláctico, paliativo y curativo.

El tratamiento profiláctico tiene por objeto prevenir el ensanchamiento capsular, la distensión del tejido cicatricial en vía de formación y facilitar la consolidación de las fracturas glenoideas y tuberositarias, ó la reimplantación del colgajo perióstico escapular desprendido; todo eso se puede obtener prolongando la inmovilización del miembro durante un tiempo suficiente después de la reducción.

Así, generalmente, es posible reconocer después de una reducción, por signos más ó menos caracteríscos, si no hay una fijación normal de la cabeza humeral; en estos casos, pues, es necesario prolongar la inmovilización y aquí encuentra aún mejor su aplicación el vendaje en espica ascendente, pues sin prolongar demasiado la inmovilización que trae una atroria muscular permite hacer algunos movimientos activos que se harán con precaución y contiene con bastante fijeza el húmero en la cavidad glenoidea.

El tratamiento paliativo consiste en hacer llevar al sujeto expuesto á las luxaciones recidivantes un aparato destinado á prevenir los grandes movimientos de abducción ó de elevación del brazo.

Berger aconseja uno que está constituído por un tirador que pasa bajo el axila opuesto, de ahí pasa alrededor del cuerpo y viene á fijar el brazo expuesto á luxarse, pasando sobre la parte inferior de la región deltoidea.

De esta manera, sin impedir completamente los movimientos de abducción del miembro superior los limita y advierte al paciente del peligro que corre cuando quiera efectuar un movimiento de elevación del brazo.

Hay otro aparato ideado por Sédillot para la luxación sub-espinosa recidivante.

El tratamiento curativo comprende diversos procedimientos. Así Genzmer con el objeto de obtener la retracción de la cápsula ha hecho en dos casos, con un éxito relativo, una inyección intra-articular de tintura de yodo, con una jeringa de Pravaz.

Gerster ha empleado el método cruento, excindiendo una porción de la cápsula de manera á estrecharla llevando el brazo en rotación forzada hacia afuera y en seguida sutura con catgut la herida ligamentosa.

Otro procedimiento es la soldadura de las dos

superficies articulares por artrodesis. Así Albert ha hecho la ablación del cartílago de la cabeza humeral y de la cavidad glenoidea con una tijera, y luego suturó las extremidades óseas con un tendón de canguro; el resultado fué una anquilosis sólida.

La resección de la cabeza humeral se ha aplicado también en estos casos, pero con resultados desiguales, por un cierto número de cirujanos como: Wolkmann, Cramer, Lœbker, Kuster, Jœssel, Nélaton y Southan.

Sin embargo, Ollier no es partidario de la resección en estos casos, pues según dicho autor aún después de la resección, la extremidad superior del húmero tendrá siempre tendencia á dirigirse hacia adentro si no se le fija sólidamente contra la cavidad glenoidea y el paciente tendría más ventajas en hacerse reducir la luxación cada vez que se reprodujera que en hacerse resecar su articulación.

Según Cahier la operación más racional, más fácil y más inofensiva, es la que ha empleado Ricard dos veces, y con éxito, que es la capsulorrafía.

Opera del modo siguiente: se descubre la articulación por una incisión en y la cápsula aparece dilatada, se lleva entonces el brazo en adducción y rotación interna, de manera á provocar la relajación máxima de la parte antero-interna de la cápsula.

Esta parte de la cápsula, es entonces plegada y estrechada, manteniéndola por una sutura con hilo de seda en pleno saco y sin abrir la articulación.

Luxaciones antiguas

Se ha recurrido á diversos procedimientos para obtener la reducción de las luxaciones antiguas del hombro; así tenemos, en primer lugar, los métodos comunes; es decir, los que se emplean para las luxaciones recientes; en segundo lugar, tenemos los métodos de fuerza, que se aplican por medio de aparatos, y en tercer lugar, tenemos las intervenciones cruentas, ya sea para obtener la reducción, ó ya sea para obtener condiciones más ventajosas para el funcionamiento del miembro.

Métodos comunes—Comprenden los diversos procedimientos que se emplean para las luxaciones recientes; el método de Kocher, el de Mothe, las tracciones continuas, pero sobre todo el de Mothe y el de Kocher, pues siempre es necesario desplegar cierta fuerza por las bridas y adherencias que rodean la cabeza humeral, de ahí también que tenga mayor preferencia el procedimiento de Mothe.

No deja de tener inconvenientes, sin embargo, el procedimiento de Mothe; por ejemplo, para una arteria axilar ateromatosa es necesario, pues, proce-

der con prudencia y cuidado, particularmente en los viejos; el procedimiento de Kocher ha causado también, más de una vez, fracturas del cuello humeral, porque una ligera potencia aplicada al nivel del codo determina, por la ley de palancas, efectos considerables al nivel de la extremidad superior del húmero cuando se quiere poner en rotación externa.

Es preferible siempre complementar estos procedimientos por ciertas maniobras, con el objeto de destruir las bridas ó adherencias que rodean á la cabeza humeral. Estas maniobras suplementarias consisten en imprimir movimientos bruscos y limitados de rotación del húmero, haciendo un poco de extensión al mismo tiempo.

Los resultados obtenidos con estos procedimientos son bastante satisfactorios cuando las luxaciones no remontan á más de dos meses.

Cuando ya pasan de este período, los resultados son variables y dependen de las condiciones especiales de cada caso.

Cuando la susceptibilidad individual lo exige, ó el caso lo requiere, será necesario recurrir á la anestesia clorofórmica.

Según Panas, cuanto menos se aleja la cabeza humeral de su cavidad, la luxación será reductible durante más tiempo.

Métodos de fuerza—El empleo de estos procedimientos debe ser precedido de la ruptura de las adherencias de la cabeza humeral, como indicamos precedentemente.

Los aparatos de fuerza más comúnmente empleados, son el de poleas; el aparato de Hennequin, de tracciones continuas, que permite ejercer una extensión continua, regularmente creciente, sin sacudidas ni retroceso y el de Robert y Collin; en los ligamentos de tracción de estos aparatos se interponen un dinamómetro para medir la fuerza desplegada y una pinza de desarme de Nélaton para hacer cesar bruscamente la extensión.

Antes de sujetar el brazalete de cuero por encima del codo es necesario hacer un vendaje del brazo y antebrazo.

Ahora bien; la fuerza desplegada no debe sobrepasar de 80 á 100 kilógramos, el brazo debe estar en abducción moderada y el codo semi-flexionado; una vez establecida la tracción se pueden imprimir al miembro movimientos bruscos de rotación.

En el momento en que se interrumpe bruscamente la extensión se rechazará directamente con los dedos la cabeza humeral hacia la cavidad glenoidea ó se ejercerá una tracción brusca sobre la extremidad superior del húmero, por medio de una toalla que se hace pasar por el axila. No hay que

olvidar que las tracciones violentas que se ejercen en los métodos de fuerza pueden producir accidentes graves, como ser: el arrancamiento ó desgarradura de la piel del miembro que sufre las tracciones, el arrancamiento del antebrazo (caso citado por Guérin), las desgarraduras del tejido celular, acompañadas de derrames sanguíneos, rupturas de músculos, la desgarradura de la arteria axilar y que es tanto más de temer cuanto que la arteria puede adherir á los nuevos ligamentos ó al hueso mismo; las fracturas no son raras y sobre todo al nivel del cuello quirúrgico y, en fin, pueden dar lugar á arrancamientos y desgarraduras de nervios. Seguramente que estos accidentes son más de temer cuando se emplea mayor potencial de fuerza, pues de los casos que han dado lugar á accidentes de esa naturaleza se citan algunos que han empleado hasta 200 kilógramos de fuerza.

Intervenciones quirúrgicas—La tenotomía, la artrotomía y la resección de la cabeza humeral luxada son los tres procedimientos cruentos que han sido empleados para remediar el desplazamiento, cuando ha quedado irreductible por los métodos precedentes.

La tenotomía fué practicada con éxito ya en 1818 por Wisnhold, quien hizo la sección del gran pectoral; en 1839, Dieffenbach, interviene más am-

pliamente cortando el gran pectoral, gran dorsal, gran redondo y pequeño redondo, incinde aún los ligamentos y consigue curar su enfermo. Tuvo también otros partidarios dicho método, habiendo sido empleado por Gerdy, Maisonneuve, J. Guérin, B. Bell y G. Simón, luego cayó en el olvido y recién en 1882 resurge la tenotomía con Polaillon y D. Mollière.

Polaillon indica el procedimiento operatorio siguiente: «En el primer tiempo se hace penetrar á un centímetro por debajo del vértice del acromión un tenótomo punteagudo que se dirige horizontalmente de afuera hacia adentro hasta la cabeza del húmero. En un segundo tiempo, se desliza un largo tenótomo romo entre la cara anterior de la cabeza humeral y el músculo deltoides y se corta contra el hueso todos los tejidos fibrosos; después se retira un poco el instrumento para deslizarlo hacia atrás de la cabeza del húmero y cortar en ese punto los tejidos fibrosos.

Hecho esto, se puede todavía contornear de un lado al otro la extremidad superior del húmero destruyendo la mayor parte de las bridas superiores.»

Ahora bien, la reducción debe ser tentada solamente después de varios días, una vez que la herida cutánea haya cicatrizado.

Molliére opera casi de un modo análogo: Protege

previamente la arteria axilar é introduce al nivel de la parte mediana del deltoides un tenótomo punteagudo que mete hasta la cavidad glenoidea en la cual gira en todos sentidos, para seccionar, en seguida, los tejidos de la cara anterior de la cabeza humeral poniendo el brazo en rotación externa. Las maniobras de reducción se efectúan una vez retirado el tenótomo. Los así operados recobran la integridad de sus movimientos.

Estos procedimientos tienen los inconvenientes de los que actúan ciegamente, pues exponen á herir vasos y nervios y á seccionar la larga porción del biceps; por lo demás la tenotomía simple podría dar resultados algunas veces y decimos la simple porque para exponerse á hacer un debridamiento de las adherencias ciegamente con un tenótomo, es preferible hacer una artrotomía.

Artrotomía.—Antes de proceder á hacer una artrotomía, si el paciente ha sido sometido anteriormente á tracciones fuertes, es necesario dejarlo reposar durante unos 8 ó 10 días porque el estado de las partes internas de la región, bajo la influencia de las maniobras violentas, están siempre más ó menos contusas, desgarradas é infiltradas de sangre, lo que podría perjudicar á la buena asepsia de la herida operatoria.

Como técnica operatoria es preferible la incisión

anterior como la emplea Tripier para hacer la ablación de la cabeza humeral luxada y fracturada.

Se hace una incisión vertical de unos 10 centímetros, que parte de la apofísis coracoides y sigue el surco interpectoro-deltoideo. Se separan los músculos y se pone la cabeza luxada al descubierto; se incinde entonces la cápsula sobre la cabeza y si se encuentran porciones óseas desprendidas se extraen, lo cual podría bastar para la reducción. Si esto no se consigue se desprende con la legra, según la práctica de Lister, las inserciones de la cápsula hacia afuera y hacia adentro, hasta la superficie de inserción de los músculos rotatores externos y se desprenden del contorno de la cavidad glenoidea las adherencias que los ligamentos pueden haber contraído.

Si la primera incisión no permite maniobrar, será necesario hacer una incisión transversal de 4 ó 5 centímetros, costeando la clavícula y cortando los hacecillos deltoideos anteriores.

Entonces se trata de reintegrar la cabeza humeral por los procedimientos ordinarios. Sévéranu aconseja para reintegrar la cabeza deslizar entre esta cabeza y el omoplato una cuchara fuerte que abraza en su cavidad la cabeza humeral y apoyando sobre la extremidad de la cuchara, que se tiene en la mano, se levanta y rechaza la cabeza por

un movimiento de palanca hacia la cavidad glenoidea.

Si se obtiene la reducción, se hace una incisión hacia atrás para drenar la articulación y se cierra la cápsula con una sutura de catgut, luego se sutura la piel y se envuelve el hombro en una curación antiséptica y se inmoviliza el miembro llevando el codo hacia adentro y hacia adelante.

Resección.—Hecha la artrotomía, si la cavidad glenoidea se halla tan estrechada que no permita el mantenimiento de la coaptación, si esto se obtiene, habrá que recurrir á la resección de la cabeza humeral, ya sea en ese caso ó cuando no es posible obtener la reducción por la simple artrotomía.

La técnica operatoria es la misma que para la artrotomía; ahora, en cuanto á la resección se debe ser lo más conservador posible, pues hay casos en que la excisión superficial de la cabeza humeral permitirá la reintegración.

La amplitud de la resección depende de las condiciones del caso y del criterio del cirujano, pero siempre es bueno proceder por cortes sucesivos, tratándose de reducir después de cada ablación, con el objeto de conservar la mayor integridad posible, siempre que esto no traiga un perjuicio post-operatorio; nos referimos á la amplitud de los movimientos del miembro.

Después de obtenida la cicatrización en estas in-

tervenciones es necesario complementar el tratamiento por los movimientos pasivos y el masaje, con mucha perseverancia.

En resumen, diremos que ante una luxación antigua, salvo casos especiales cuya irreductibilidad está á la vista, generalmente por el mucho tiempo transcurrido, se debe tentar la reducción, en primer lugar, por los procedimientos comunes, y si estos fracasan se emplean los procedimientos de fuerza, siempre con la prudencia y el cuidado que requieren su aplicación; si éstos aún fracasan se recurrirá á la artrotomía para su reducción y si esto último no fuera posible la resección complementaría la artrotomía para dejar al miembro en condiciones adecuadas para su funcionamiento.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

ASISTENCIA PÚBLICA

Observación I

D. S., 70 años, española, viuda.

Cae de bruces en el patio de su casa y pega directamente con el hombro derecho sobre el pavimento; se presenta el mismo día con el brazo en ligera abducción, dolor constante en el axila, depresión deltoidea bien marcada, acromion saliente.

Examinamos el caso y diagnosticamos una luxación sub-glenoidea derecha, intentamos la reducción por el procedimiento de Mothe simplemente con las manos y se obtiene una reducción inmediata, se le coloca un vendaje en espica ascendente y á los seis días se le indica masaje y movimientos continuando con el vendaje hasta los 15 días.

Recuperó los movimientos activos satisfactoriamente.

Observación II

D. T., 56 años, italiana, casada.

Viniendo en un vapor de ultramar, resbala en cubierta, de una hamaca, y al caer golpea con el hombro izquierdo, luxándoselo; fué atendida por dos médicos quienes anestesiaron la enferma para reducir la luxación, sin conseguir su objeto, la enferma continuó con dolores en el hueco del axila y en el hombro á pesar de habérsele dicho que su luxación estaba reducida. Después de desembarcar, y á los 20 días de haberse caído, se presenta la enferma con el brazo junto al tronco y colgando, quejándose de dolor en el hombro y sin poder hacer ningun movimiento. La mujer es bastante obesa, por lo cual su brazo le pesa mucho. Examinamos detenidamente y pudimos comprobar, con el doctor Barros, que se trataba de una luxación sub-coracoidea del hombro izquierdo, con atrofia relativa del deltoides. En seguida hicimos acostar la enferma y aplicamos el procedimiento de Mothe, con el dispositivo de elección indicado, obteniendo la reducción en cinco segundos y colocamos un vendaje en espica ascendente.

A los cinco días se le indica masaje y movimientos, continuando con el vendaje, así siguió por espacio

de 20 días, al cabo de los cuales se le suspende el vendaje y se le indica continúe con el masaje, pues siendo una mujer obesa, la potencia muscular del deltoídes está disminuída; los movimientos pasivos se hacen sin ninguna dificultad. Se da de alta y al mes vuelve, habiendo podido notar una impotencia algo marcada del músculo deltoides, pues no puede llevar el brazo más arriba del hombro, probablemente debido á una lesión del nervio circunflejo; pues había algo de insensibilidad en la porción cutánea del deltoides. Por lo demás se sirve de su brazo, sin dolores y sin dificultad.

Observación III

M. L., 20 años, española, soltera.

Cae de una escalera portátil sobre el lado izquierdo y nota al levantarse una impotencia del brazo y dolor en el hombro. Se presenta el mismo día con el brazo en ligera abducción, depresión deltoidea bien marcada, acromion saliente y dolor que se propaga hacia el axila. Diagnosticamos una luxación sub-coracoidea izquierda y aplicamos el procedimiento de Mothe con el dispositivo de elección, obteniendo una reducción inmediata.

Aplicamos el vendaje en espica ascendente y á los

cinco días indicamos masaje y movimientos pasivos, continuando con el vendaje hasta los 12 días.

Recupera los movimientos activos y se le quita el vendaje definitivamente.

Observación IV

J. B., 63 años, italiano, casado.

Caminando por la calle, resbala y cae sobre el lado izquierdo, golpeándose sobre el hombro. Se presenta al día siguiente quejándose de dolor é impotencia funcional del brazo. Examinamos al enfermo, que presentaba su brazo en abducción, depresión deltoidea marcada, acromion saliente y se palpaba la cabeza humeral en el axila. Diagnosticamos una luxación sub-glenoidea izquierda, y enseguida aplicamos el procedimiento de Mothe con el dispositivo de elección, obteniendo la reducción en 10 segundos y aplicamos el vendaje en espica ascendente.

A los 8 días se le indica masaje y movimientos, continuando con el vendaje hasta los 20 días; al cabo de los cuales se le da de alta, ya restablecido.

Observación V

J. I., 40 años, basko, casado.

Rueda andando á caballo y nota después que no puede levantar su brazo y al mismo tiempo un dolor constante en el hombro.

Se presenta á los dos días con el hombro derecho más inclinado; examinándolo notamos la depresión deltoidea, acromion saliente é impotencia funcional del brazo.

Diagnosticamos una luxación sub-coracoidea derecha y aplicamos el procedimiento de Mothe con el dispositivo de elección, obteniendo una reducción inmediata.

Aplicamos un vendaje en espica ascendente y á los 4 días se le indicó masaje y movimientos, continuando con el vendaje hasta los 15 días; al cabo de los cuales se le dió de alta, completamente restablecido.

Observación VI

F. B., 35 años, argentino, soltero.

Rueda andando á caballo y nota después que no puede levantar su brazo y al mismo tiempo un dolor constante en la región deltoidea. Se hace ver por un

médico en la campaña, quien no da mayor importancia á la lesión; viendo el enfermo que no mejoraba se presenta á los 10 días con el brazo en ligera abducción, depresión deltoidea, acromion saliente y dolor, aunque menos tenaz que al principio.

Diagnosticamos una luxación sub-coracoidea derecha y aplicamos en seguida el procedimiento de Mothe con el dispositivo de elección; obteniendo la reducción al cabo de 15 segundos. Aplicamos un vendaje en espica ascendente y á los 5 días indicamos masaje y movimientos, continuando con el vendaje hasta los 20 días; al cabo de los cuales se le da de alta, restablecido satisfactoriamente.

Observación VII

A. S., 45 años, española, casada.

Cae en el patio de su casa y pega con el hombro derecho sobre el pavimento.

Notando un dolor constante en la región deltoidea é impotencia funcional del brazo, se presenta el mismo día con su brazo en ligera abducción, acromion saliente, depresión deltoidea y dolor. Diagnosticamos una luxación sub-coracoidea derecha y aplicamos el procedimiento de Kocher, obteniendo una reducción inmediata.

Aplicamos un vendaje en espica ascendente; á los 5 días se le indica masaje y movimientos, continuando con el vendaje.

A los 12 días se le da de alta, restablecida.

Observación VIII

M. K., 32 años, argentino, soltero.

Rueda, andando á caballo, y pega con el hombro derecho en el suelo. Se siente con el brazo dolorido é impotencia funcional; no le da mayor importancia creyendo se trata de una simple contusión. Recién á los quince días resuelve ver á un médico en la campaña, quien diagnostica una luxación del hombro y aplica el procedimiento de Kocher, sin resultado. A los veinte días de la rodada se presenta á la Asistencia Pública, quejándose que no puede levantar su brazo. En efecto, constatamos la depresión deltoidea bien marcada, acromion saliente, el brazo en abducción, atrofia muscular del deltoides, la cabeza no se palpa. Diagnosticamos, con el doctor Barros, una luxación intra-coracoidea derecha, y aplicamos el procedimiento de Mothe, con el dispositivo de elección, consiguiendo la reducción á los treinta segundos; sin embargo, se nota que hay una amplia desgarradura capsular y

se le aplica un vendaje en espica ascendente, que mantiene durante ocho días; al cabo de los cuales se nota que hay laxitud capsular, y se le indica masaje, continuando con el vendaje; doce días después hay menos laxitud capsular y la potencia muscular del deltoides aumenta. Al mes de la reducción puede levantar su brazo; pero como hay un poco de laxitud capsular continúa con el masaje para aumentar su potencia muscular é impedir el descenso del brazo.

Observación IX

F. C., 38 años, español, soltero.

Cae de la bicicleta y golpea con el hombro izquierdo sobre el pavimento. Se presenta en seguida, quejándose de dolor en el hombro y sosteniendo el brazo enfermo con la mano sana. Se constata la depresión deltoidea, acromion saliente y ligera abducción del brazo. Diagnosticamos una luxación subcoracoidea izquierda y aplicamos el procedimiento de Mothe, con el dispositivo de elección, obteniendo la reducción inmediata.

Aplicamos el vendaje en espica ascendente, y á los cuatro días, masaje y movimientos; dándole de alta á los nueve días, completamente restablecido.

Este mismo sujeto se presentó un mes después con una luxación idéntica en el mismo brazo, que se le produjo por tracción de un tranvía eléctrico al pretender subir estando en movimiento.

Se le hizo el mismo tratamiento, y *a posteriori* se le indicó gimnasia para fortalecer sus músculos.

PEDRO SAN MARTÍN.

Buenos Aires, Marzo 12 de 1906.

Este mismo sujeto se presentó un mes después con una luxación idéntica en el mismo brazo, que se le produjo por tracción de un tranvía eléctrico al pretender subir estando en movimiento.

Se le hizo el mismo tratamiento, y á pesar de se le indicó gimnasia para fortalecer sus músculos.

PEDRO SAN MARTIN.

Buenos Aires, Marzo 12 de 190[illegible].

Buenos Aires, marzo 14 de 1907.

Nómbrase al señor Consejero doctor Jaime R. Costa, al Profesor titular doctor Pascual Palma y al Profesor suplente doctor Francisco Llobet, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente Tesis, de acuerdo con el art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

———

Buenos Aires, marzo 28 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1692 del libro respectivo, entrégüese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Naturaleza y tratamiento de las atrofias musculares reflejas de origen articular.

II

Mecanismo de la reducción por el método de Mothe.

III

¿Cuándo se puede considerar irreductible una luxación del hombro?

Imp. Ad. Grau—Moreno 960.