

del hueso, divide los músculos que en este punto existen, al nivel que lo han sido los del lado opuesto.

El mismo Alanson confiesa que, operando así, afrece dificultades la desarticulación del húmero, por lo cual aconseja que se haga caer sobre la incisión circular otra vertical partiendo directamente del acromion, de lo cual resultaría, á corta diferencia, una incisión en raqueta. Sansón practicaba la incisión circular un dedo

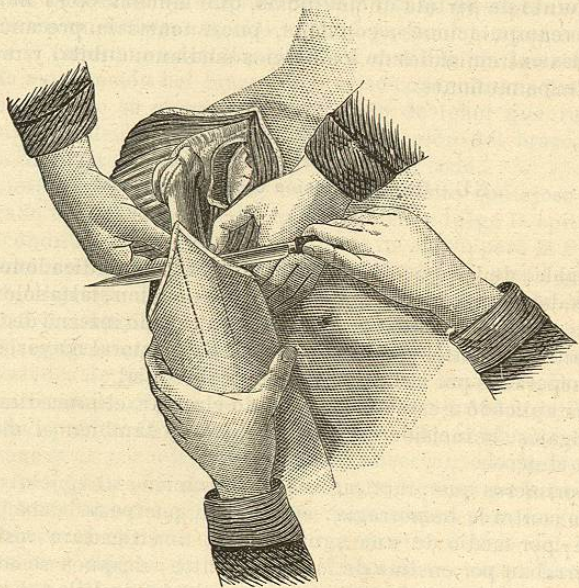


FIG. 289

DESARTICULACIÓN DEL BRAZO

El ayudante coge la arteria en el colgajo antes de que el cirujano concluya la sección

por debajo del acromion, y reunía la herida aproximando los tegumentos de uno y otro lado, mientras que Alanson los reunía de arriba á bajo.

2.º *Dos colgajos laterales. Procedimiento de Lisfranc.*—Este procedimiento ofrece una ventaja por la cual estará por mucho tiempo en boga en los anfiteatros; en región alguna del cuerpo y por ninguno de los demás procedimientos es posible completar una des-

articulación con tan brillante prontitud. Lisfranc fué el primero que atinó en la ventaja que el triángulo acromio-coracoideo ofrece al paso del cuchillo.

Si se trata de amputar el brazo izquierdo, es preciso levantarlo hacia afuera casi en ángulo recto; el cirujano se coloca detrás del enfermo y coge con la mano izquierda el muñón del hombro del modo siguiente: el pulgar aplicado en la cara posterior del húmero y los índice y medio sobre el triángulo indicado. En esta disposición, armado el operador de un ambifilax de 22 centímetros de longitud, lo introduce paralelamente al húmero en la parte externa del borde posterior de la axila por delante de los tendones de los músculos dorsal ancho y redondo mayor, con la hoja colocada de manera que su plano forme con el eje del hombro un ángulo de 35º, y que el filo superior esté un poco inclinado hacia adelante. El cuchillo sigue por la cara posterior y externa del húmero y llega hasta debajo del acromion, en donde se le comunica un movimiento de báscula, con el cual la punta desciende y el mango se eleva y separa del brazo de 6 á 8 centímetros, hasta que llega á formar con el eje de la articulación un ángulo de 30 á 35º. Entonces el cirujano apoya directamente sobre la punta, la cual, atravesando la articulación, saldrá por debajo de la clavícula y por dentro del acromion, en el triángulo indicado. Hecho esto, mientras que el mango permanece casi inmóvil, se hace correr el extremo de la hoja de dentro á fuera y un poco de abajo arriba rodeando la cabeza del hueso, y una vez desprendido el instrumento de entre éste y el acromion, desciende obrando con toda la hoja por el lado externo del brazo y cortando un colgajo posterior de unos 8 centímetros, colgajo que un ayudante se apresura á levantar. En el segundo tiempo, teniendo el operador baja la mano é incindiendo del talón á la punta del cuchillo, lo desliza de atrás á delante por dentro de la cabeza humeral, baja el mango hasta ponerle perpendicular al horizonte, sigue por el lado interno del hueso, manda que un ayudante comprima la arteria, y de este modo acaba la sección del colgajo anterior.

Cuando se opera en el brazo derecho, podemos ejecutar el primer tiempo de dos maneras, operando siempre con la mano derecha: se introduce el cuchillo en el triángulo indicado para hacer salir la punta por delante del borde posterior de la axila, ó bien el operador, colocándose primero detrás del enfermo, corta el primer colgajo, y después se coloca rápidamente á su lado para terminar el colgajo anterior.

Procediendo así, la operación queda hecha en un instante. En el primer tiempo quedan divididos á la vez los tendones de los músculos dorsal ancho, redondos mayor y menor, supra é infraespinoso, una porción del deltoides, la mitad de la cápsula articular,

el tejido fibroso subacromial, en una palabra, casi todas las inserciones que presta el húmero en este punto; así es que la cabeza humeral se separa inmediatamente de la cavidad glenoidea; el segundo tiempo de los demás procedimientos, que consiste en destruir la articulación, queda en éste confundido con el primero.

3.º *Incisión en raqueta. Procedimiento de Larrey.*—Empieza por una incisión que, partiendo del borde del acromion, desciende hasta 3 centímetros por debajo del nivel á que corresponde el cuello del

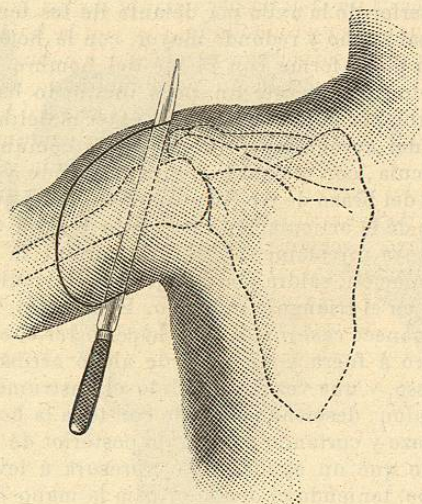


FIG. 290

DESARTICULACIÓN DEL BRAZO

Procedimiento de Lisfranc

húmero, divide los tegumentos y luego el deltoides, hasta llegar al hueso, en dos porciones iguales. Un ayudante retira la piel del brazo hacia el hombro, y el operador practica en seguida dos incisiones oblicuas que parten de la primera á 3 centímetros por debajo del acromion; una de ellas termina en el borde anterior de la axila, la otra en el posterior y ambas continúan hasta tanto que dividen los tendones del pectoral mayor y del dorsal ancho cerca de su inserción en el húmero. Se dividen las adherencias celulosas que unen estos dos colgajos al hueso y un ayudante cuida de levantarlos, el cual á su vez procurará aplicar los dedos sobre las

arterias circunflejas interna y externa á fin de evitar toda hemorragia. Puesta con esto de manifiesto la articulación, incindiendo al nivel de la circunferencia superior de la cabeza humeral, quedarán divididos la cápsula y los tendones; se luxa en seguida la cabeza hacia afuera; se pasa el cuchillo por el lado interno del húmero procurando separar de éste todas las carnes que lo rodeen, y, finalmente, mientras que el ayudante comprime del modo anteriormente dicho la arteria axilar, se termina la operación cortando transversalmente la piel y demás tejidos blandos restantes al nivel de los extremos inferiores de las dos incisiones oblicuas.

Larrey empezaba por la incisión oblicua anterior, por ser la

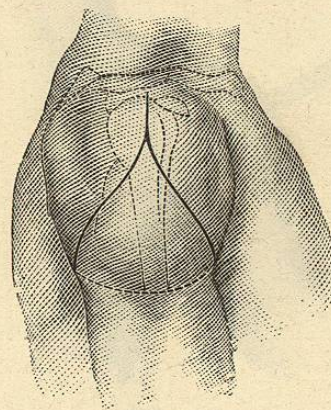


FIG. 291

DESARTICULACIÓN DEL BRAZO

Procedimiento de Larrey

arteria circunfleja de este lado de menor calibre que la del opuesto; sin embargo, deja esto á la elección del operador.

Como que en este caso debe el cirujano estar necesariamente al lado externo del miembro, con dificultad puede servirse de la mano derecha para practicar las dos incisiones oblicuas. Por esto tendrá que cambiar el cuchillo de mano, ó practicar la segunda incisión de dentro á fuera atravesando las carnes con la punta del bisturí y sin cambiar el instrumento de mano, ó, de otro modo, dirigir la incisión izquierda de abajo arriba, y la derecha de arriba abajo.

La modificación que S. Fleury ha impreso á este procedimiento es muy ingeniosa. Empieza por la incisión vertical que yo he reco-

mendado para la resección, la cual desde el vértice del triángulo acromio-coracoideo desciende hasta cuatro dedos por debajo del acromion; si el estado de las partes permite la resección, la practica; de lo contrario, á la incisión vertical añade otra circular análoga á la de Alanson, y termina desarticulando.

Haciendo la incisión de Larrey en el triángulo acromio-coracoideo (fig. 292), se llega más fácilmente á la articulación. Además, la cicatriz, en vez de quedar en la parte saliente del muñon del hombro, resulta en un punto más anterior, en el fondo de la de-

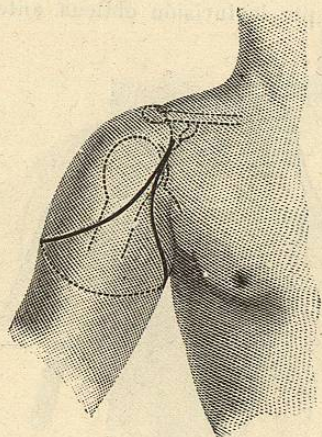


FIG. 292

DESARTICULACIÓN DEL BRAZO

Procedimiento de Larrey modificado.

presión infracoracoidea, con lo cual el enfermo se evita los inconvenientes del roce y del peso de los vestidos.

4.º *Colgajo superior. Procedimiento de Dupuytren.*—Después de haber colocado el brazo enfermo separado del tronco, el cirujano coge y levanta el deltoides en todo su espesor; y con la derecha armada de un ambiflax, atraviesa el músculo por su base, inmediatamente por debajo del acromion; y en seguida, rasando la cara externa del hueso, corta un colgajo superior externo de las dimensiones convenientes. Un ayudante levanta este colgajo, y el cirujano, cogiendo el brazo cerca del codo, lo aproxima al tronco á fin de poner de relieve por la parte externa la cabeza humeral; corta la cápsula y los tendones; desliza el cuchillo por el lado

interno del hueso, y concluye dividiendo los tejidos blandos internos al nivel de la inserción inferior de los tendones del pectoral mayor y gran dorsal.

Apreciación.—Es raro que se practique esta operación por causa patológica; Malgaigne ha encontrado 6 casos de esta naturaleza en los hospitales de París, de los cuales resultaron 3 muertos. Por traumatismos se había practicado esta operación 7 veces sin que se salvara uno solo de los operados; lo que por cierto no corrobora la opinión de Larrey, quien pretendía haber curado 90 por 100 de

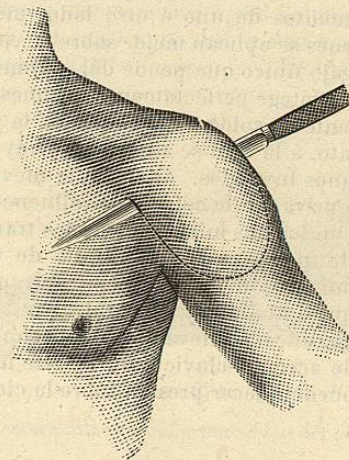


FIG. 293

DESARTICULACIÓN DEL BRAZO

Procedimiento de Dupuytren

sus operados; pero ya en su campaña de Egipto contó 6 muertos entre sus 17 operados, es decir, cerca de 1 por 3. Esta proporción se aproxima mucho á la que resultó en París después de las jornadas de junio de 1848: de las 9 amputaciones practicadas por Roux, Baudens, Jobert y Huguier, resultaron, en efecto, 6 curaciones. Pero en las grandes expediciones militares no se puede contar con tales resultados: en el hospital de Dolma-Bagtché, Salleron tuvo 10 muertos en 21 amputaciones primitivas, y 17 en 21 consecutivas.

Estas cifras vienen fatalmente confirmadas en la estadística de Chenu; en 230 desarticulaciones del hombro, primitivas ó secundarias, sobrevivieron únicamente 77 operados, es decir, que sucum-

bieron los dos tercios. La operación es, pues, mucho más grave que la amputación del brazo.

En los hospitales de París, desde 1850 á 1863, de 40 desarticulaciones del hombro resultaron 14 curados y 26 muertos. En Glasgow, de 1842 á 1860, en 46 operaciones no hubo más que 20 muertos. En las guerras siguientes, la mortalidad fué: ejército francés (Italia) 52,7 por 100; ejército inglés (Crimea) 33,3; ejército americano 39,2 por 100.

Los procedimientos tienen en este caso poca importancia. Los colgajos laterales y la incisión en raqueta dan para la reunión, á corta diferencia, el mismo resultado que el método circular, aproximando los tegumentos de uno á otro lado, método de reunión por el cual las carnes se aplican mejor sobre la cavidad glenoidea, que no por el colgajo único que pende del acromion. Este colgajo que, no obstante, protege perfectamente los huesos, tiene en este caso el inconveniente de colocar la cicatriz en la parte media de la espina del omóplato, á la cual se adhiere; Larrey vió que tal acontecía en dos ancianos inválidos. Además, la inevitable sección del nervio circunflejo priva á este colgajo de influencia nerviosa, por lo que Larrey lo vió en los dos mismos operados transformado en un cojinete insensible, presa casi de continuo de una sensación de frío. Los procedimientos de unión central, son, pues, en este caso, preferibles, y el que actualmente se emplea con mayor frecuencia es el de Larrey modificado, llevando la incisión más hacia adelante del triángulo acromio-clavicular. De este modo, ni los vestidos ni los pesos pueden hacer presión sobre la cicatriz.

ARTÍCULO IV

DE LAS DESARTICULACIONES DEL MIEMBRO INFERIOR

I.—Desarticulación de las falanges de los dedos del pie

La falangeta del dedo grueso se desarticula como la del pulgar; aparte de la diferente amplitud de las superficies, la articulación es igual y tiene idénticas relaciones con el pliegue de la piel que existe en la cara plantar.

Igualmente podemos desarticular las falanges de los demás dedos del pie, siguiendo á corta diferencia las mismas reglas que sirven para los dedos de la mano.

Al igual que para los dedos de la mano y por idénticas razones, no vienen indicadas casi nunca las amputaciones.

II.—Desarticulación de un solo dedo del pie

Las articulaciones de los dedos del pie con los metatarsianos son del mismo género que la de los dedos de la mano con los metacarpianos; únicamente conviene recordar que, por lo común, existen tres sesamoideos en el dedo grueso, dos inferiores y uno interno; algunas veces existe también uno en el segundo y otro en el quinto dedo.

Los procedimientos son, por otra parte, los mismos que en la mano, y la incisión en raqueta es casi la única posible. Aun en el dedo grueso, que no disfruta como el pulgar del movimiento de

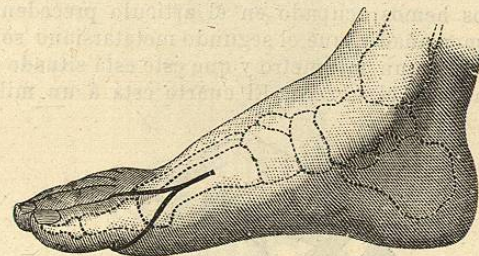


FIG. 294

Desarticulación del primer dedo del pie

oposición, es de rigor este proceder, porque aleja la cicatriz de la cara palmar y del borde interno, ambos puntos expuestos á las más enérgicas presiones. Debemos observar únicamente que, dado el volumen considerable de la cabeza del metatarsiano, las incisiones oblicuas deben empezar á pocos milímetros por encima del nivel de la ranura dígito-plantar, y la incisión semicircular inferior debe llegar hasta 5 ó 6 milímetros más allá de esta ranura, á fin de tomar tegumentos suficientes para cubrir holgadamente la cabeza del hueso.

Dupuytren desechaba la desarticulación de los primero y quinto dedos del pie, y la sustituía por la amputación en la continuidad de sus correspondientes metatarsianos. Creía, este cirujano, que la cabeza metatarsiana, mal protegida después de la ablación de su correspondiente dedo, estaba expuesta á presiones del calzado y á choques repetidos contra cuantos objetos encuentra el pie durante la progresión; de lo que debía resultar una irritación con-