

S U M A R I O

*Parálisis cubital consecutiva a una luxación del codo.* — por el Dr. Larghero Ibarz.

*Tratamiento de las osteo-artritis tuberculosas.* — por el Prof. Dr. Robertson Lavalle.

*Osteitis diafisaria y tumores de Ewing.* — por el Dr. Bado.

*Invaginación intestinal por polipo.* — por los Dres. V. Grillo Cendán y F. Mourigán.

---

Presentado en la Sesión del 2 de Julio de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

✓ *Parálisis cubital consecutiva a una luxación del codo.*

Por el Dr. LARGHERO IBARZ

Tengo el honor de presentar a la Sociedad de Cirugía un caso de parálisis completa del nervio cubital, consecutiva a una luxación del codo con fractura del epicóndilo. El interés del caso lo constituye el carácter de las lesiones anatómicas del nervio constatadas en el curso de la intervención, la terapéutica instituida y el resultado obtenido que sobrepasó con mucho, lo que de él podíamos esperar.

**Historia Clínica.**—M. O., de 26 años, empleado.—Ingresa al Servicio de Cirugía del Prof. Navarro el día 5 de Marzo de 1930, por un traumatismo del codo derecho (cayó para atrás de una altura de 50 centímetros, golpeando con el brazo derecho contra el suelo). Perdió el conocimiento que recuperó pocos momentos después. Desde ese momento, impotencia funcional completa del miembro traumatizado.

**Examen:**—Sujeto bastante musculoso, en excelente estado general. Antebrazo derecho en flexión en ángulo recto y pronación forzada. Tumefacción muy marcada del codo con equimosis transversal al nivel del pliegue de flexión, que se extiende en anillo sobre la semicircunferencia interna del codo.

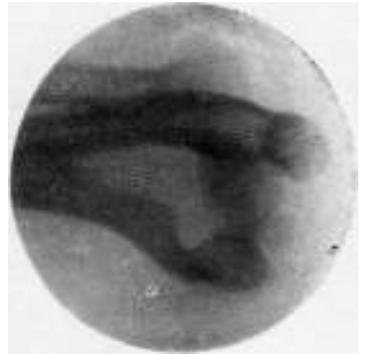
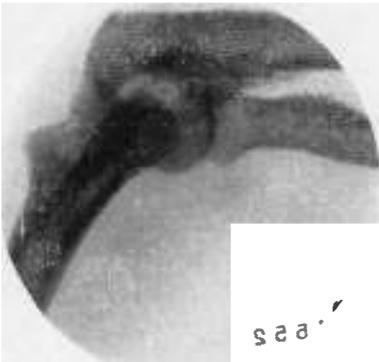
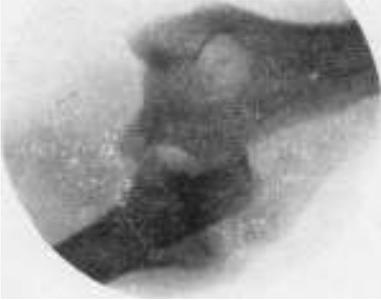
El ante brazo en pronación, se encuentra trasladado en masa hacia afuera, y su eje mediano termina en la parte externa de la extremidad inferior del brazo, haciendo en este punto una saliente marcada que parece estar constituida por el olecráneo y el epicóndilo. Sobre la cara interna del codo la epitroclea hace saliente distendiendo los tegumentos.

Por la palpación se reconoce la cresta cubital intacta, yendo a terminar en el olecráneo, que esta situado a dos traveses de dedo (hacia afuera) de su lugar normal.

Por fuera y hacia arriba de él se toca el epicóndilo, móvil, doloroso, con crepitación, fracturado al parecer en su base.

El radio no presenta alteraciones y su cabeza rueda por debajo del epicóndilo. La epitróclea y la tróclea se palpan bien, no pareciendo lesionadas.

No se hizo la exploración de los nervios.



No. 1 - Frente y perfil antes de la primera tentativa de reducción.

No. 2 - Frente y perfil; después de la primera tentativa. Inmovilización en flexión, en gotera de yeso. Reducción incompleta.

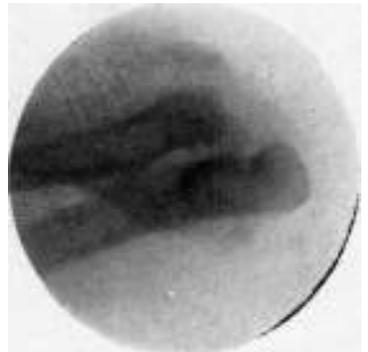
Diagnóstico clínico: Luxación del codo hacia afuera. Fractura del epicóndilo.

**Radiografía.**—Luxación de los huesos del antebrazo hacia afuera, cúbito entre la gotera de la tróclea y el cóndilo, radio por fuera habiendo perdido contacto con la extremidad del húmero. Fractura del epicón-

dilo con la parte inferior del borde externo del húmero (trazo vertical). Fractura del reborde del cóndilo que ha quedado libre frente a la gotera de la tróclea.

**Marzo, 7.**—Anestesia general al bromuro de etilo. Reducción por tracción e inmovilización en flexión forzada con una gotera de yeso.

Se hace una nueva radiografía que revela que la reducción ha sido



No. 3. - Frente y perfil. Se ha retirado el yeso. La radio de frente en extensión muestra la persistencia del desplazamiento del antebrazo y de la ascensión y separación del fragmento cóndilo-epicondileo humeral.

No. 4. - Frente y perfil. Inmovilización en flexión después de la 2.ª tentativa de reducción. Desaparición del desplazamiento anormal.

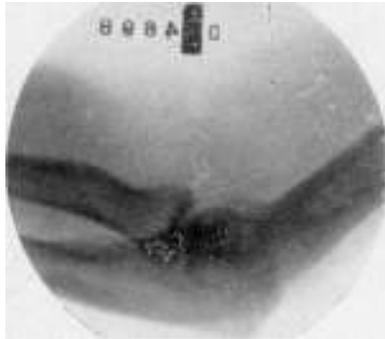
incompleta, pues el cúbito apoya sobre el borde externo de la tróclea.

Se completa la reducción y se inmoviliza el antebrazo en flexión forzada con un simple vendaje.

Radiografía: Reducción perfecta. El reborde del cóndilo ha sido

arrastrado por el cúbito en la reducción y ha quedado por dentro de él.

Evolución: El enfermo se siente bien. Mueve perfectamente los dedos sin experimentar ningún trastorno. Es dado de alta, pero viene a vernos para que lo vigilemos. El 27 de Marzo se le quita el vendaje y se comienzan las sesiones de masaje y movilización activa y pasiva. En ese momento la movilidad de sus dedos era perfecta.



No. 5. - Reduccion anatómica perfecta.  
Funcionalidad normal. 20 días  
después del traumatismo.

15 días después comenzó a notar que no podía llevar a la extensión completa los dedos 4.º y 5.º de la mano derecha; la dificultad, muy marcada al principio, pareció retroceder con el masaje y la electricidad. Al mismo tiempo adormecimiento de la parte interna de la mano derecha, desde el pliegue del puño a la punta de los dedos 4.º y 5.º. Desde hace unos 15 días nota un adelgazamiento (atrofia) de los espacios inter-

metacarpianos de la cara dorsal. En su trabajo de oficina no podía escribir, pues no tenía fuerza para mantener la lapicera (dificultad para la extensión de la tercera y segunda falange de los dedos índice y medio, con flexión de primera (interóseos).

Podía, sin embargo, mantener el volante del automóvil, pues no tenía dificultad para flexionar en sus tres segmentos los dedos índice y medio. Dificultad para tomar el diario (imposibilidad completa de la contracción del abductor del pulgar). Sensaciones dolorosas de la cara dorsal del antebrazo y sensación de frialdad en la parte interna de la mano y en los dedos 4.º y 5.º.

**Examen.**—Restitución anatómica y funcional completa de su articulación de codo.

**Inspección.**—La mano derecha se presenta en la posición típica de la garra cubital. En el tercio superior del antebrazo, se observa sobre la cara interna a un través de dedo por debajo de la epitroclea un surco antero-posterior invadiendo un poco sobre la cara anterior. La depresión, profunda de casi un centímetro en su parte media se continúa hacia arriba y abajo con la cara interna por un declive suave. La contracción muscular de los músculos epitrocleares se ve muy bien por debajo del surco, deteniéndose a su nivel como si fuera su inserción.

Atrofia muscular muy marcada de la masa constituída por el primer interóseo dorsal y abductor del pulgar. Atrofia de todos los interóseos dorsales y de la eminencia hipotenar. La temperatura de la mano derecha es menor que la de la izquierda, sobre todo en los dedos 4.º y 5.º No se observan lesiones tróficas de los tegumentos de la mano.

**Motilidad.**—Movimiento de extensión de los dedos, incompleto en los dedos 4.º y 5.º, sobre todo en este último.

Movimiento de flexión de los dedos, normal, pero con fuerzas muy disminuídas.

Movimiento de oposición del pulgar, normal.

Abducción del pulgar, imposible, no puede retener ningún objeto.

Movimiento de flexión de la primera falange con extensión de la segunda y tercera, imposible en los dedos 4.º y 5.º. Incompleta en los dedos 2. y 3.º.

Movimiento de abducción de los dedos, entre sí, imposible.

Flexión y extensión de antebrazo y puño, normales. Movimiento de abducción de la mano, muy limitado.

**Sensibilidad.**—Sensibilidad táctil. Anestesia completa en el territorio del cubital (eminencia hipotenar, 5.º dedo y mitad interna del 4.º).

Sensibilidad dolorosa. Anestesia al dolor en la eminencia hipotenar y en el 5.º dedo. En la cara dorsal del metacarpo la sensibilidad al

dolor se conserva hasta el borde cubital de la mano. Anestesia del borde cubital del 4.º dedo.

Sensibilidad térmica. Anestesia completa en el territorio del cubital.

**Exámenes de las reacciones eléctricas.**—Primer examen, efectuado el 26 de Marzo de 1930, 21 días después del traumatismo.

Brazo: Nervios mediano, radial y cubital con sus músculos correspondientes: Normal (farádica y galvánica).

Antebrazo: excitabilidad muscular normal; existe una disminución muy ligera de la excitabilidad del nervio radial. Cubital y mediano, normales.

Mano: músculos extensores de los tres últimos dedos se encuentran hipoexcitables, sobre todo en las últimas falanges de los 2 últimos dedos, cuya sensibilidad eléctrica se encuentra casi totalmente desaparecida.

Segundo examen (Mayo, 17 de 1930).

Reacciones eléctricas de nervios y músculos de antebrazo, brazo y mano derecha. Dr. Héctor Bazzano.

Nervios: Músculo cutáneo, mediano y radial y sus músculos presentan reacciones normales. Nervio cubital y sus músculos reaccionan a la farádica; a la galvánica reacciona el nervio, los músculos reaccionan, pero con reacción lenta, especialmente en los músculos de la mano (corto flexor del pequeño dedo, corto abductor del mismo, abductor del pulgar, lumbricoides del 4.º y 5.º dedo e interóseos dorsales. En resumen: Reacción de degeneración parcial en los músculos del cubital en la mano.

La sintomatología clínica es la de una supresión completa de las funciones del nervio.

En cuanto a la causa de la lesión, la compresión al nivel de la gotera epitrocleo olecraneana por cicatriz o callo de fractura se descarta porque el examen clínico la muestra libre y la radiografía no enseña a ese nivel ninguna lesión. Quedan dos probabilidades; la elongación del nervio en el momento de la luxación considerando la violencia y la extensión del desplazamiento o sino la compresión de la cicatriz que parece existir al nivel de las masas musculares epitrocleares, seguramente lesionadas en el momento de la luxación.

Presión arterial: Mx. 12. Mn. 8, I. O. 2 y  $\frac{1}{2}$  en el antebrazo izquierdo, 1 y  $\frac{1}{2}$  en el derecho.

Reacción de W. H8. Urea en el suero sanguíneo 0gr. 26 0/00. Ori-nal Normal.

**Intervención.**—El 19 de Mayo de 1930.—Dr. Larghero, Ayuda el practicante Cianciulli.

Anestesia general, Eter. Descubierta del nervio cubital en el tercio superior del antebrazo. Se prolonga la incisión hasta dos traveses de dedo por encima de la epitróclea y se desinserta haz epitroclear del músculo cubital anterior. Se constata que los músculos están libres sin cicatriz fibrosa. El nervio cubital se encuentra aplanado al nivel de la gotera epitrócleo-olecraneana; por debajo de la gotera, el nervio se adelgaza rápidamente y su diámetro se reduce a 2 m. m. escasos, conservando su forma cilíndrica. A unos 5 cmts. por debajo de gotera, el nervio estrechado termina en una cicatriz lineal de  $1/3$  de m. m. de espesor, de color amarillo claro, que toma media circunferencia del nervio. Por debajo de ella, el nervio se ensancha en bulbo de color blanco y de aspecto fibrilar. Se extirpa la vaina del nervio, desde la gotera epitrócleo-oleocraneana hasta por debajo de la cicatriz. Se inciden a lo largo la cicatriz a trazos paralelos y yustapuestos. Las fibrillas nerviosas se separan y el diámetro del nervio aumenta casi al doble del primitivo. Reinserción del músculo cubital en la epitróclea; reconstitución de la cubierta fibrosa de la gotera. Sutura de la aponeurosis. Piel con crines.

**Post-operatorio:**—Mayo, 2. — Siente la mano menos dormida, más caliente. Mueve con evidente facilidad los dedos 4.º y 5.º, llegando a la extensión casi completa.

Movimientos del dedo pulgar más fáciles, hace un poco la abducción.

La exploración de la sensibilidad muestra que cualquiera que sea el tipo de sensación que se busque, el enfermo percibe el contacto del objeto sin poder hacer la distinción. Calor marcado en la mano, mayor que del lado sano.

Oscilometría: 2 divisiones en ambos antebrazos.

Mayo, 21: Movimientos de extensión de los dedos 4.º y 5.º, casi normal. Puede abrocharse con su mano derecha el botón del puño izquierdo, cosa que antes no podía hacer. Calor de la mano algo menor que ayer, pero igual que del lado sano. La oscilometría ha descendido en ambos antebrazos a 1 y  $1/2$  división. Sensibilidad táctil: ha reaparecido, salvo en la mitad inferior de la eminencia hipotenar; también siente en los dedos 4.º y 5.º. En total, sin embargo ella es menor que lo normal.

Sensibilidad dolorosa: Nula; siente el contacto de la aguja, pero no dolor.

Sensibilidad térmica: Al explorarla tiene la noción del contacto, pero no hace la diferenciación entre calor y frío.

Hace el movimiento de abducción del pulgar, pero sin fuerzas.

Mayo, 23: Sensibilidad táctil más completa. No percibe el dolor sino como contacto. Movimientos de flexión y extensión de los dedos, casi perfecta.

Mayo, 26: Ha hecho progresos acentuados. Movimiento de abducción del pulgar, completo, pero sin fuerza. Fuerza de flexión de los dedos más marcada. Abducción de la mano, completa.

No hace aún la separación interdigital. La depresión de los espacios intercostales por la atrofia muscular, es mucho menos marcada.

Herida en perfecto estado, se retiran los puntos. — Alta.

El enfermo viene a vernos periódicamente y constatamos en cada examen su mejoría. El último examen, hecho el 14 de Junio, muestra: Desaparición casi completa de la atrofia de los interóseos. Fuerza global de la mano, muy poco por debajo de la normal. Abducción del pulgar perfecta y con fuerza. Extensión casi completa de los dedos. En el movimiento de flexión de la falange de los cuatro últimos dedos con extensión de la 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup>, se aprecia aún; la paresia de los interóseos de los dedos 4.<sup>o</sup> y 5.<sup>o</sup>. Movimiento de abducción de los dedos entre sí, se hace apenas.

Sensibilidad táctil, normal. Dolorosa reaparecida en el borde cubital del 4.<sup>o</sup> dedo y, también, aunque atenuada, en el 5.<sup>o</sup>. No existe sensibilidad dolorosa en la región hipotenar.

**Examen de las reacciones eléctricas:**—Junio, 15 de 1930.—Territorio de los nervios músculo-cutáneo, mediano y radial: normales. Territorio del nervio cubital: Se observa reacción de degeneración parcial en los músculos corto flexor y abductor del meñique; hipoexcitabilidad ligera en el abductor del pulgar, lo mismo que en el cubital anterior y flexor profundo.—Dr. Bazzano.

### CONSIDERACIONES

La luxación del codo hacia afuera, variedad completa sub-epicondilea, de clasificación de Denucé, es una lesión poco frecuente, según todos los autores clásicos. Pero el interés de este caso no radica en esta rareza, ni en el resultado anatómico y funcional perfecto, obtenido, cosa que ha sido señalada, hace muchos años, como cosa constante, pese a la apariencia de lesión irremediable que presenta el codo después del traumatismo.

Por el contrario, las lesiones nerviosas del cubital, no han sido

casi señaladas y, en las obras que hemos consultado, sólo en algunas de ellas se mencionan para recalcar su rareza.

En el caso objeto de esta comunicación, el mecanismo de la lesión del nervio cubital ha sido, casi seguramente, la elongación, cosa que quizá no habría ocurrido si el nervio hubiera podido luxarse por delante de la epitroclea.

Las experiencias en el animal muestran que la elongación de un nervio produce en una primera fase y si ella no es muy violenta, excitación. Si la elongación es violenta, se produce una parálisis que puede instalarse con mayor o menor rapidez y que a menudo cura después de un plazo variable, razón por la cual se la ha aplicado al tratamiento de ciertas neuralgias rebeldes.

En cuanto al carácter de las lesiones, dos hechos han sido bien observados en nuestro caso: 1.º, el adelgazamiento considerable del nervio, terminando bruscamente al nivel de una cicatriz lineal parcial. 2.º, el abultamiento situado inmediatamente por debajo. Ambos hechos parecen indicar que ha habido ruptura intraneurilemática de cilindro-ejes y aparición en el cabo inferior del abultamiento gliomatoso característico de las lesiones de los nervios con destrucción de neuritas. Falta, sin embargo, por encima de la cicatriz, el neuroma de regeneración. Otro hecho que hemos constatado es la esclerosis, no completa, pero sí bastante extendida (apreciable por el obstáculo a la liberación) de la vaina lamelosa o neurilema del cubital y el aumento de volumen del nervio después de la extirpación de ella.

Teniendo en cuenta estos elementos, hemos pensado que la elongación ha producido ruptura de algunos cilindro-ejes y, sobre todo, lesiones de la vaina mesodérmica (ruptura o hematoma intraneurilemático), cuya reparación cicatricial ha comprimido las neuritas y suspendido o disminuido temporariamente sus funciones, sin destruirlas. En favor de esta interpretación está el hecho de la aparición de los fenómenos, 20 días después del traumatismo, sin que haya intervenido otro factor de compresión (aparato) y la reaparición rápida, demasiado rápida, paradójica, de la motilidad y la sensibilidad dentro de un plazo en que nunca la restitución se produce cuando la lesión de interrupción nerviosa es más grave.

Radiografías del Laboratorio Radiológico de la Clínica. (Doctor Cunha).