

FRACTURAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Contamos desde ahora con una bella conquista terapéutica. El Dr. Schnek tiene ya publicados unos casos en "Der **Chirurg**" (2 **arbgang**, 1930, **helf.** 18).

En fracturas recientes con aplastamiento de cuerpo vertebral y angulación, se anestesia el foco con 20 c. c. de novocaína al 2 %, siguiendo una técnica similar a la empleada para la anestesia esplácnica por vía posterior. Cuando la aguja toca el cuerpo vertebral, jalón de reparo para la anestesia, en lugar de separarse para rodear el cuerpo vertebral y llegar a su cara anterior para infiltrar el plexo, se detiene en la cara lateral, donde está el foco de la fractura, para inyectar el anestésico (fg. 1). Insensibilizado el **foco**, se suspenden los miembros inferiores como lo indica la figura 2 y se practica un lecho de yeso. Mientras tanto, en el curso de una o dos horas, la reducción de la fractura se cumple satisfactoriamente.

Aquí lo que se busca es la corrección, angular. No otra cosa se puede obtener de un hueso esponjoso, aplastado por el traumatismo indirecto, que colapsa totalmente su sistema trabecular, como ocurre en las fracturas del calcáneo.

El paciente yace cinco semanas en el lecho duro. Pasado tal tiempo, se levanta con la protección de un corsé que llevará seis a ocho semanas. En total, tres meses.

Experiencia: seis casos, todos satisfactorios.

FRACTURAS DEL CUELLO DEL FÉMUR

Una observación fortuita ha provocado una investigación sobre el material del Unfallkrankenhaus, investigación que originó como consecuencia una provechosa revisión de conceptos terapéuticos.

Hace cuatro meses se internó un accidentado de 50 años, portador de una fractura del cuello femoral. Poca reacción. Dolores tolerables. El sujeto puede

realizar ciertos movimientos. Se lo deja un día, dos, tres. El dolor merma. Los movimientos se amplifican y contra la opinión facultativa el paciente se levanta a los quince días. Usa primero muletas, pero bien pronto se libra de su auxilio. A los tres meses se consideraba curado.

La radiografía inmediata al accidente ponía, en evidencia una fractura del cuello con un desplazamiento en valgus del fragmento proximal. La consolidación ósea era sólida a los tres meses.

El hecho despertó una curiosidad fructuosa. El análisis del archivo descubrió que todas las fracturas del cuello, cuyos fragmentos están en valgus, eran fracturas engranadas que evolucionaban hacia la consolidación ósea.

En cambio, las fracturas del cuello en varus, a pesar de todos los cuidados se registraban como casos malos, por cuyo motivo Rohler había recurrido al tratamiento quirúrgico, según la técnica y con el instrumental de Smith Petersen.

En cambio, las fracturas del cuello en varus, a pesar de todos los cuidados se registraban como casos malos, por cuyo motivo Bohler había recurrido al tratamiento quirúrgico, según la técnica y con el instrumental de Smith Petersen.

Recordaré sucintamente los tiempos operatorios: Clásica in-
cisión de Smith Petersen.

Se abre la cápsula articular. Se le descubre la cara externa del trocánter mayor. Se reduce la fractura. Se mantiene mediante un fórceps romo que abraza el cuello femoral, mientras tanto se introduce desde la cara externa del trocánter un tallo metálico inoxidable a tres láminas que atraviesa el cuello en su eje lon-

gitudinal y toma el fragmento cefálico. He tenido ocasión, estando en Boston hace tres años, de ver operar a Smith Petersen un caso cuyo resultado inmediato fue estupendo. Por entonces había hecho 13 casos. Actualmente cuenta con más de 40. Bohler, que examinó los resultados del método en el Servicio de fracturas del "General Massa-chussetts Hospital" de Boston, se mostró entusiasmado. Personalmente lo ha practicado ya en siete casos.

CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO FEMORAL.

IMPORTANCIA TERAPÉUTICA

Bohler me autoriza a difundir estas nociones que aún no ha publicado, si bien sus ideas son terminantes y precisas al respecto. Desde el punto de vista terapéutico, hay tres tipos fundamentales de fracturas del cuello, que los represento en los tres esquemas adjuntos, copiados del material inédito de Bohler.

Chirurgie", 1930, N9 27 ("Fseudarthrosen behandlung mit der Beck'schen bohring"). La experiencia actual se eleva a cincuenta casos, todos excelentes, fuera de dos. Bohler atribuye estos dos fracasos a un excesivo número de perforaciones practicadas con el taladro. En la serie tiene los **exponentos** más diversos y difíciles; pseudoartrosis del escafoides carpiano, del antebrazo, del tercio inferior de la pierna, etc.

La técnica es muy simple. Se abordará la pseudoartrosis a través de uno, dos, tres o cuatro puntos, según el hueso. Para el escafoides basta con uno. Para el fémur se requieren cuatro puntos ubicados estratégicamente por los cuatro costados. De dichos puntos, la mecha llegará al hueso perforándolo en tal forma que atraviese los dos fragmentos comprendiendo la pseudoartrosis. Se repite un cierto número de veces la maniobra, de acuerdo con el tamaño del hueso, dirigiendo el tallo perforante en forma rodeada (ver esquema). El propósito de la manio-

bra es crear una superficie cribada por donde circularán elementos osteogénicos (sangre, médula ósea, osteoblastos, etc.) El hecho es que se dispone de un recurso simple y de una eficacia probada.

MATERIAL OSTEOGENÉTICO

Hendry, de Budapest, pretende que inyectando cola ordinaria en el foco de fractura se acelera la consolidación. El comercio se ha hecho cargo de la idea y preparado un producto: el "Ossogen", de la casa Richter, de Budapest. Pero cualquiera puede ensayar el principio utilizando la cola común de carpintero, previamente esterilizada e inyectando una cantidad de centímetros cúbicos en el foco de **fractura**. En el Unfallkrankenhaus no se tiene aún opinión sobre su valor, si bien Bohler lo ensaya con mucha simpatía. La impresión de sus asistentes es desfavorable.

FRACTURAS DEL MALEÓLO

Al llegar una mañana a la clí-

nica fue una sorpresa para mí ver al Dr. Sehnek operar una fractura de maleólo interno. He sabido entonces que hay algunos casos aparentemente simples al examen radiográfico en los cuales la reducción manual es inquietá. Persiste una pequeña diastasis a pesar de las maniobras repetidas.

Conocemos la importancia enorme que una diastasis, tipo astragalina no corregida, tiene en la determinación de artritis crónicas post-traumáticas. De ahí el gran interés en conseguir una perfecta reducción de las fracturas maleolares.

Beck ha estudiado la anatomía patológica de dicha fractura, descubriendo ciertos casos en los países la reducción manual no era satisfactoria, que existía una interposición ligamentosa o aponeurótica. En semejantes circunstancias es indispensable una intervención a cielo abierto para reducir la fractura. El interesado puede consultar el trabajo de Beck "Zur frage der operativen behandlung der luxations fractur des fussgelenkes" ("Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", B. 228, 1930).

La ocasión aludida más arriba me dio una brillante oportunidad de apreciar el valor de dicho conocimiento. La operación se llevó a la práctica de la siguiente manera: a través de una incisión longitudinal interna se expuso el foco de fractura. Una lámina de periostio intercalada entre los fragmentos mantenía la diastasis. El cirujano reseco

el elemento interpuesto; redujo luego el fragmento maleolar con una maniobra mínima. Si bien esta reducción se mantenía naturalmente y sin tendencia a zafarse, el operador colocó unos puntos separados al periostio. Puntos separados a la piel. A continuación un vendaje enyesado sin acolchar. La radiografía inmediata demostraba una perfecta coaptación fragmentaria.

LUCACION DEL SEMILUNAR

En los casos recientes se reduce con la simple tracción longitudinal, mantenida diez a quince días.

La reducción se hace sola, sin otra maniobra más que la tracción, en virtud de que ésta abre el espacio donde se aloja el hueso en su estado anatómico normal. Al mismo tiempo, la tracción longitudinal pone tensos los tendones del canal carpiano, los cuales, presionando sobre el semilunar, lo obligan a ubicarse en su "loge" anatómica.

Cuando el accidente data de pocos días, una vez reducida la luxación se mantiene con un simple enyesado sin acolchar. Pero si el accidente es remoto, digamos de dos o tres y hasta seis meses, la reducción puede conseguirse con la misma maniobra descrita, pero tan pronto como cesa la tracción longitudinal se produce la luxación. Los tejidos adaptados a la posición anormal ejercen una presión sobre el semilunar reduci-

do, el cual zafa con suma facilidad. Hasta hace poco, en estas circunstancias se hacía la reducción cruenta. Ahora, con el recurso precioso de los tallos metálicos tránseseos, incluidos en el enyesado, tal cual lo hemos descrito al tratar sobre las fracturas del antebrazo, se consigue mantener la reducción. Mientras tanto, en pocas semanas los tejidos se adaptan y el sistema ligamentoso carpiano se repara. Esta técnica es un franco progreso que debemos a la inteligencia de Schnek, cuya práctica en el estudio y en el tratamiento de las lesiones traumáticas del carpo es fundamental.

A propósito de lesiones carpianas, conviene saber que la experiencia de esta clínica demuestra lo siguiente. Las fracturas carpianas, escafoidea sobre todo, mal tratadas y que concurren al Hospital para accidentados, después de dos, tres o más meses de su origen, presentan radiográficamente la imagen de una pseudoartrosis, procesos de osteoporosis, "degeneración vacuolar" y demás aspectos post-traumáticos que llevan indebidamente a bursitis propias. Tales condiciones, como asimismo los sig-

nos clínicos que originan, desaparecen con un simple enyesado inmovilizador del carpo. El resto es cuestión de tiempo para ver, a través de la serie radiográfica, la reparación de la fractura y la normalización del sistema trabecular del esqueleto alterado por el accidente y la inadecuada atención.

Cuando la pseudoartrosis del escafoidees data de mucho tiempo y cuando uno de los fragmentos no presenta la imagen radiográfica oscura característica de la necrosis ósea, el método de Beck aplicado según hemos descrito precedentemente, produce una consolidación rápida de *Fractura*. Se entiende que, a continuación el hueso, debe ejecutarse un enyesado que inmoviliza el carpo. Cuando uno de los fragmentos está en necrosis, no cabe otra conducta que resecarlo quirúrgicamente, dado el hecho de que produce trastornos, como ser dolor.

En una próxima terminaré la enumeración de progresos traumatológicos. Pero antes quisiera aquietar el espíritu de los que se inspiran en la escuela de Bohler, manifestándoles que cuales-

quiera que sean las modificaciones impresas en sus métodos, no significa nunca una transgresión a los fundamentos de la terapéutica, a saber:

Anestesia local. La reducción se hará inmediatamente siguiendo los principios que paso a enumerar.

1) El fragmento periférico se colocará en la dirección adquirida por el fragmento central.

2) Toda fractura se reducirá mediante la tracción y contra tracción.

3) La reducción se mantendrá

en buena posición durante todo el tiempo que dure la consolidación.

Obtenida la reducción con el auxilio de la anestesia local y mantenida en tal forma que el foco se halle inmovilizado, se inicia precozmente el tratamiento funcional sobre cuyos detalles puede informarse el lector consultando la obra de Bohler, difundida ampliamente en nuestro país, gracias a una traducción española.

Wien, 15 de julio de 1931.

LA ASOCIACION MÉDICA HONDUREÑA,

ha tenido la satisfacción de celebrar brillantemente sus dos últimas sesiones. En ella se han presentado trabajos científicos muy valiosos de los doctores Vidal y Callejas, sobre serología de la Sífilis y Pneumotorax artificial en la Tuberculosis Pulmonar, respectivamente.

En la presente edición nos damos el placer de publicar el primero de dichos trabajos, no pudiendo hacer lo mismo con el segundo, por haber sido más bien una exposición práctica del procedimiento que en manos del doctor Callejas, está dando muy buenos resultados.

Felicitamos a los distinguidos colegas por su entusiasta cooperación en el progreso de la ciencia nacional.

TOMA DE POSESIÓN.-El día primero de los corrientes tomó posesión la nueva Directiva

de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.

Mucho hay que esperar y que exigir de los nuevos funcionarios, jóvenes en su mayoría y empapados todos de la gran responsabilidad que pesa sobre ellos al tener que seguir la senda tragada por la Junta Directiva que acaba de salir.

Nuestra Asociación que quiere marchar en un todo de acuerdo con la Facultad le prestará todo su apoyo en cualquier propósito de mejoramiento que quiera realizar.

Con motivo del cambio de autoridades, el doctor Paredes inauguró al concluir su período un Salón de Histología y Anatomía.

EL CERTIFICADO PRENUPCIAL.-Concluimos de publicar un interesante trabajo sobre este tema tan importante que entre nosotros reviste carácter de actualidad por haberse presentado a la Asamblea Nacional un pro-

yecto de ley al respecto.

Esa medida higiénica va imponiéndose cada día más por el carácter alarmante con que se van generalizando entre nosotros las enfermedades venéreas y demás que son causa poderosa y frecuente de la degeneración del individuo y por consecuencia de la sociedad.

Esperamos que la reproducción que hemos hecho contribuirá poderosamente a que nuestro Congreso Nacional se ilustre sobre la materia y dicte una ley adaptar nuestro método también.

Dicha ley contribuiría eficazmente a remediar otra enorme deficiencia de nuestra Administración: la falta de Médicos Escolares Con los honorarios que se devengaría por la expedición de certificados de buena salud a los que pretendan casarse y una pequeña cantidad que se asignara a los Médicos, se les formaría a éstos un sueldo que les permitiera vivir en poblaciones de ínfimo orden.

MÉDICOS SINTITÜLO.-La Facultad de Medicina acaba de dictar una disposición en virtud de la cual se señala el plazo improrrogable de un mes para que los señores Facultativos que han hecho sus estudios en el país o que se han incorporado a nuestra Facultad recojan sus títulos pagando los derechos correspondientes.

Es inconcebible que profesionales conscientes de sus responsabilidades ante la Sociedad y ante la Escuela a la que le deben su posición, se eximan de obtener su Título tan sólo por no pagar los exiguos derechos que se les cobra.

Creemos que todos los señores profesioles han de cumplir con el requisito de obtener surarári a hacerlo no solo por su propia estimación como por que la Facultad está dispuesta a tomar medidas severas para los que traten de burlar la ley y la disposición tomada últimamente.