

¿acta, los médicos afectados pueden formarse, cada uno, *sus Juntos* de vista individuales, los que pueden ser recogidos por el comité previamente escogido y nombrado para la redacción de un **proyecto más perfeccionado**, para someterlo en tiempo oportuno a la sanción y aprobación del cuerpo médico antes de ser puesto en vigor. Tales **normas** así aprobadas podrían en lo sucesivo ser impresas como parte integral de los formularios de ingreso en las asociaciones **médicas** del país.

Con lo basta aquí expuesto creo poder ofrecer a nuestras asociaciones médicas en particular, y a todos los médicos en **Filipinas** en general, el primer eslabón que marca e inicia nuestras nuevas tendencias hacia la solución de un serio problema de la que depende la supresión de no pocos **obstáculos** que se interponen en nuestras luchas por la protección de los intereses sociales, a base de la eficiencia, bienestar y progreso de la profesión médica en el país.

REVISTA QUIRÚRGICA

FRACTURAS LATENTES DEL CUELLO DEL FÉMUR, EN EL ADULTO

Albert y Allain Mouchet, **publican** en la Presse Medical de París, del 28 de Febrero, 4 observaciones de fracturas latentes referentes a enfermos vistos largo tiempo después del período inicial, precedidas de una observación en que el paciente fue visto inmediatamente después del traumatismo.

Una señora se resbala y cae en la acera; se levanta y camina algunos pasos, pero siente un gran dolor en la cadera que la lleva al momento al Hospital. Al examen: no hay actitud viciosa clara, no acortamiento, no ad-

ducción ni rotación, no impotencia **funcional**; levanta el talón del lecho y flexiona la rodilla, puede caminar; dolor en la región crural a la presión.—**DIAGNOSTICO.** —Contusión de la cadera. La radiografía muestra el día siguiente una fractura transcervical del **cuello del femur** derecho sin desplazamiento.

La observación primera como ejemplo es la siguiente: Una señorita de 4 años cayó sobre el lado izquierdo hace 10 años y pudo levantarse a pesar de un **violento** dolor en el muslo izquierdo; no interrumpe sus quehaceres y marcha sin notar nada de anormal. Tiempo después sufre de su cadera y a los seis

meses nota que cojea. Los dolores más intensos, se recrudecen al subir una escalera. Al examen muestra el miembro inferior izquierdo en rotación externa el muslo atrofiado; flexión hasta el ángulo recto; abducción muy limitada y rogiación interna imposible; extensión normal.

RADIOGRAFÍA: Fractura basí-capital del cuello del femur con penetración; lámina compacta supracervical penetrada en la cabeza femoral. No hay acortamiento. Fémur en rotación externa perosin abducción.

Cabeza femoral desplazada ligeramente arriba y adelante (bosquejo de coxa vara subcapital.)

El autor saca estas conclusiones: Volver a la idea de Pierre Delbet que no existe la conversión profunda de la cadera.

Radiografiar s; temática mente los golpeados de la cadera. Radiografías bajo incidencias

variadas e interesando la cadera sana.

PRONOSTICO poco favorable

Conviene, aunque la fractura sea sin desplazamiento, dejar en cama estos pacientes por 30 o 40 días.

Cuando lo hay, desengranamiento y enyesado en posición de Whitman.

Es muy probable que ciertos casos de Artritis crónica deben calificarse como artritis post-fracturas sean completas o incompletas del cuello del fémur.

ANTEFIJACION UTERINA DE HOEHNE

El Doctor Roberto Gandolfo Herrera, en La Revista Médica Latino Americana, llama la atención sobre una operación poco difundida y practicada por él buen número de veces.

Consiste en: laparotomía media infraumbilical o de Planenstiel.

Se toma con una pinza el ligamento redondo derecho que

tira hacía el útero y con una aguja enhebrada con catgut número 2 lo va pasando en hilvan desde el anillo inguinal interno hasta su inserción al útero; se anuda y queda acortado. Un segundo hilo Loma el peritoneo plegado e infundibuliza el primer nudó como con el moñón apendicular.

Igual maniobra al lado izquierdo. En este momento el útero debe encontrarse en anteversoflexión normal. Se fija con un punto de catgut No. 1 la parte media del fondo del peritoneo vesical con el fondo del utero. Una satura continua completa la fijación yendo del ligamiento ovárico propio de un lado al del otro teniendo la precaución de no comprimirlos

Se practica un nuevo pliegue del ligamento sacrouterino de cada lado uniéndolo al fondo de Douglas como se hizo en el redondo. Se comienza a 2 o 3cm. de la inserción sacra hasta el útero; pasar el pliegue peritoneal de Douglas tomado después de recorrerlo entrar a la extremidad uterina del liramentó opuesto terminando al mismo nivel que se empezó. A rudar y hacer un segundo plano que sumerja, el primero.

El útero queda en posición normal cubierto por peritoneo vesical; ovarios suspendidos y *>! piso reforzado por el plano formado por la unión de los li-

gamentos sacrouterianos plegados con el fondo de Douglas.

Cuidado con el uréter y no es trechar demasiado el espacio para el recto.

El autor Profesor Hechne ha seguido 651 casos operados en períodos de 9 meses a 7 años.

Contribución al tratamiento precoz- de las fracturas de la extremidad superior del húmero complicados de luxación
Ventajas de la reposición sangrienta por una vía amplia de acceso a la región sin sección de la coracoides y del subescapular.

Sabadini, Cirujano de los Hospitales de Alger, en el Journal de Chirurgie de Paris, de noviembre de 33 presenta 2 observaciones personales. Se trata de un hombre de 55 años que cae de su carro sobre el hombro izquierdo. Visto 48 horas después presenta: Brazo en abducción pegado al tórax. Equimosis en la cara interna; edema en región deltoidea. Pared axilar anterior levantada. A la palpación: depresión de la región ubacromial, presencia, de masa dura bajo el coracoides y hueco axilar. Extremidad superior del húmero muy dolorosa. Movimientos de rotación del húmero, de adducción, de abducción son fáciles, poco dolorosos y no se comunican a la cabeza hu-

meral. Crepitación ósea muy clara.

DIAGNOSTICO; Fractura de la extremidad superior del húmero con luxación de la cabeza-

La radiografía muestra: fractura del cuello quirúrgico; luxación antero-interna de la cabeza y una fractura de la tuberosidad mayor separada de la diálisis.

Se decide intervenir y hacer una reducción de la luxación y fractura, terminando por una osteosintesis.

Operación: Incisión en el surco deltopectoral), con dos ramas para formar T, en el entrenudo superior. Sección transversal tieltoides en 3 cm., paralelo a la clavícula. Sección de la parte externa claviclar del pectoral en 4 cm. Descubrimiento de la región ampliamente. Afuera se siente la extremidad superior del húmero en bisel. El tendón de larga porción del bíceps atraviesa la región. Adentro la cabeza cubierta por el sub-escapular y fuertemente hendidos los músculos coracoideos.

Incisión de la vaina del largo bíceps y reclinarlo afuera.

Para no herir el paquete, de-

bridamiento de fibras del sub-escapular y a través de la brecha se pasa la cuchara palanca de Lambotte para traer hacia afuera la cabeza humeral. En la imposibilidad, sección de los músculos coracoideos y luego reducción fácil de la cabeza.

Entonces se constató con asombro que la cabeza humeral había engranado con la extremidad diafisaria y mantenido el brazo en abducción. Pequeños movimientos de rotación imprimidos al codo mueven la cabeza y no se intenta la osteosintesis. Sutura de los músculos seccionados y la gotera bicipital.

Sutura de aponeurosis y piel sin drenaje. Aparato enyesado toraco-braquial, briso en abducción pronunciada 50°. Antebrazo y mano libres.

El enfermo se levanta al 59 día. Curación completa.

A su trabajo Sabadiní agrega 25 observaciones de diversos autores tratadas por procedimientos varios y tomando como base para su estudio la tesis de Gerardo Marchant, sobre 264 observaciones; entra en múltiples detalles anatómicos, patológicos y terapéuticos.

Abandono absoluto del método clásico de tratamiento; dejar consolidar la fractura y después reducir la luxación.

El método de Ribieri de movimientos precoces es de excepción por incierto.

La reducción no sangrienta ha dado resultados algunas veces pero implica el riesgo de herir los vasos y nervios con las extremidades óseas.

El método sangriento comprende la resección y la reposición.

Estudia el autor ambos y concluye por la reposición y describe la técnica.

1°—Incisión de la piel 8 a 10 cm. de la clavícula al aplomo de la coracoides hacia el borde interno del moñón del hombro, en la parte superior dos ramas en T.

2°—Sección del surco de"ltorax y de los músculos pectoral mayor adentro y del borde afuera en sus haces claviculares.

3°—Separación de larga porción del bíceps según que la fractura sea del cuello quirúrgico o anatómico, seccionar o no los músculos' coracoides.

4°—Reducción de la cabeza y de la fractura.

5°—Sutura de planos y aplicación del enyesado en el brazo en abducción a 50°

Ventajas de la técnica de Sabadini: no seccionar la coracoides ni el sub-escapular, manejar la cabeza humeral sin temor de herir el paquete vascular nervioso; separar el tendón del largo bíceps; no necesitar osteosíntesis y mantener el engramamiento por enyesado toracobraquial.

Nuevo procedimiento de anestesia general. Anestesia de base por inyección intravenosa de paraldehído glucosado.

Nitzescu y Iacobovicí de Bucarest, en La Presse Médicale de París, proponen como medio excelente para la anestesia mixta, tan en favor ahora en cirugía el Paraldehído, producto de condensación o de plimerización del aldehído acético, después de muchas experiencias en animales y hombres.

La técnica es simple: Verter 15 o 20 cc. de paraldehído e: 250 a 300 cc. de suero glucosado (Pasa a la Página 379.)