

La conducta general en los Traumatismos

The general management of injuries. — J. J. Moorhead.—
New York, N. Y.

Surgery, Gynecology and Obstetrics. — Febrero 15 64,
2-A, p. 397.

El tratamiento de los heridos ocupa cada vez más la atención de la profesión médica. Estimando de una manera general las causas de los traumatismos puede decirse que el 60 % son causados por vehículo, 20 % en los azares ordinarios de la vida cotidiana, y el 10 % restante puede distribuirse entre los deportes, heridas producidas por el mismo individuo y causas diversas.

Los traumatismos por motores han creado nuevos tipos de heridas que hasta ahora eran completamente desconocidas. El automóvil y el aeroplano determinan los casos de cirugía traumática mayor de los transportes, y por esta razón el médico en la más remota aldea puede repentinamente verse frente a un problema quirúrgico de extrema gravedad; además de que, la víctima del accidente puede ser un prominente ciudadano del país.

El traumatismo no respeta edad, sexo, raza, ni posición social. Otra peculiaridad de la traumatología es que durante el curso del tratamiento el paciente cae probablemente bajo el escrutinio de varios facultativos y de diligencias legales o de otra naturaleza, que hacen que la cirugía traumática sea la más notoria en la práctica privada.

Por el interés del paciente, y también por el del médico y el público, es necesario que la profesión fije especialmente su atención en el cuidado de los heridos.

La traumatología es en la actualidad una especialidad reconocida, pero por su mismo carácter de emergencia continúa siendo un problema del médico general. De los cuidados inmediatos administrados al herido depende la evolución ulterior

La traumatología afecta a todas las regiones del organismo y por tal motivo, comprende la cirugía general en su más amplia expresión. Una sólida preparación en cirugía general es indispensable al cirujano que intente especializarse en esta rama de la medicina.

Sin tratar de entrar en detalles el A. reúne en 38 párrafos, que transcribimos a continuación, ciertos factores generales concernientes al diagnóstico y tratamiento de los heridos. Algunos de esos son tan generalmente aceptados, que puede decirse que constituyen axiomas de la cirugía traumática.

1.—Atención inmediata significa generalmente fácil tratamiento y recuperación rápida. Existe un "periodo precioso," que comprende las 6 primeras horas que siguen al traumatismo, las heridas o fracturas tratadas en este intervalo están generalmente exentas de complicaciones.

2.—El choque y la hemorragia son los incidentes más serios y

frecuentes de los traumatismos, su reconocimiento y control debe siempre preceder a cualquier exploración precisa o tratamiento.

3.—El dolor debe calmarse prontamente, por esta razón están indicadas grandes dosis de morfina, a menudo 0.03 gr., a menos que se tema enmascarar los síntomas. Cuando un paciente está herido tiene dolor, y el dolor aumenta el choque.

4.—Si la violencia es conocida o indeterminada sospechar y esperar un efecto proporcionado. Explorar especialmente la cabeza el dorso y la pelvis.

5.—No desatender el dolor local o persistente, por lo contrario, examinar y buscar más de lo que se espera encontrar.

6.—La anestesia debe usarse más generalmente. Evitar el cloroformo en los traumatismos; el protóxido de azoe es el más seguro, el éter gota a gota le sigue. El Evipan por vía intravenosa es efectivo para rápida inducción, corta duración y pronto retorno de la conciencia.

7.—La traumatología está en pleno estado de evolución, pero los aparatos complicados son más bien una carga que un beneficio.

8.—Seguridad es lo primero en cirugía traumatológica, en seguida rapidez; y después, simplicidad.

9.—El aseo correcto de las heridas mediante el uso abundante de agua y jabón es la mejor defensa frente a la infección. Los antisépticos no sustituyen al limpiado ordinario.

10.—No debe hacerse la sutura primitiva de las heridas

mientras no exista la asepsia quirúrgica. Esto quiere decir que todos los tejidos desgarrados o necróticos han sido exquirpados y que el paciente ha sido convenientemente tratado durante las seis primeras horas.

11.—El método más seguro para el tratamiento de las heridas es la sutura primo-secundaria, después de un completo aseo con agua y jabón. Las suturas son colocadas, pero no se aprietan sino hasta el tercer día. I

12.—Toda herida no quirúrgica está ya infectada y debe ser muy vigilada. En otras palabras, toda herida accidental se encuentra infectada independientemente de su causa, sitio o dimensiones. Por lo tanto, canalizar toda herida usando una tira de caucho en las pequeñas, tela de caucho doblada en las intermedias y un tubo en las grandes. Evitar la gasa porque taponar; retacar una herida es taxidermia no cirugía.

13.—Administrar antitoxina tetánica en toda herida que ha sido contaminada por el suelo y en aquellas que comprenden grandes áreas musculares, como la región glútea y los muslos.

14.—En las heridas infectadas, no incidir sino cuando haya tumefacción local, dolor e induración; nunca incidir sólo por enrojecimiento o tumefacción glandular.

15.—Cuando se incida por infección, especialmente en las infecciones de la mano, seguir la dirección de los tejidos profundos excepcionalmente transversalmente, y hacer la incisión lo suficientemente profunda para que se abra por sí misma.

16.—El Reposo, posición elevada y una curación suficientemente protectora, eliminará el dolor y prevendrá la propagación de la infección en muchas heridas de los miembros.

17.—Las curaciones frecuentes causan dolor y muchas veces reinfección; hágase la curación sin usar las manos y empleando un clamp arterial y una pinza en lugar de los dedos.

18.—En toda luxación o fractura debe hacerse la reducción provisional. Esta no requiere maniobras complicadas y hace la reducción definitiva y el enfermamiento siempre fácil.

19.—La sutura inmediata en las fracturas es peligrosa; la sutura primo-secundaria es la más segura e igualmente efectiva.

20.—Tratar las heridas penetrantes de las articulaciones con extremo cuidado.

21.—Las equimosis tardías en su aparición, distantes del sitio del traumatismo e irregulares en su contorno son patognomónicas de fractura. Búsquense atrás del caído en las fracturas del cráneo, en el perineo en las fracturas de la pelvis y en la región plantar en las fracturas del pie.

22.—Las férulas antes que nada deben ser inocuas. Por lo tanto, no usar aparatos de yeso circulares en las fracturas recientes y tener especial cuidado de no usarlos cerca del codo, sobre todo en los niños. Además, las férulas deben ser sencillas. El tercer requisito es seguridad. Dos férulas de yeso moldeadas son las mejores porque se obtiene con ellas seguridad, son sencillas e inocuas, además de

que quedan exactamente moldeadas y pueden usarse durante todo el tratamiento. Las canaladuras complicadas, ya hechas, casi siempre son deficientes porque necesitan acojinarse o remodelarse para que ajusten. Es mejor acomodar la férula al paciente en vez de que el paciente se acomode a la férula.

23.—Hay cuatro R en la terminología de las fracturas: I—reconocimiento (diagnóstico diferencial); 2—reducción; 3—retención (inmovilización); 4—recuperación funcional. De estas la reducción es la más importante y la que determina los resultados.

24.—La necesidad de las radiografías imperativa, pero deben usarse más bien para comprobar los resultados del tratamiento que para asegurar la exactitud del diagnóstico. Esperar la radiografía para hacer la reducción da lugar al llamado edema secundario, que si deseamos prevenir la reducción debe hacerse dentro de las seis primeras horas.

25.—La reducción de una luxación o fractura quiere decir colocarla en su posición original por medio de movimientos exactamente opuestos a aquellos que la produjeron. No es necesario recordar las varias maniobras necesarias para efectuarlo, en su lugar deberemos tratar de restaurar su situación original por medio de la tracción, alineamiento y posición.

26.—Hay en realidad solamente dos tipos de fractura; I.—Aquellas en que los extremos están cabalgando o desalojados; II.—En las que los extremos es-

tan en contacto. Ambos tipos pueden ser simples (cerradas o complicadas (abiertas)).

27.—Las del tipo I requieren reducción e inmovilización; las del tipo II no necesitan interlaminante. En otras palabras, las del tipo II no necesitan intervención si el alineamiento es correcto; además, estas fracturas no necesitan mantenerse tan fijas como las del otro grupo.

28.—Para que una fractura quede bien reducida deben llenarse los tres requisitos siguientes: a) restablecimiento del alineamiento y contornos de hueso; b) desaparición de la deformidad; c) que las presiones no determinan desplazamientos secundarios.

29.—Toda fractura pasa por 2 períodos de reparaciones: aquel en el cual el callo es parcialmente sólido, alrededor de los 16 días en las fracturas de los huesos largos, y en el que la consolidación no es todavía completa; y cuando la consolidación es completa alrededor de la quinta semana.

30.—Retirar las férulas gradualmente, las partes manos necesarias primero, en lo general la mitad anterior. Siempre mantener activas las partes adyacentes especialmente los dedos.

31.—¿Cuándo puede el paciente hacer uso de su parte fracturada? Esto lo indica la res-

puesta del paciente a la prueba del ejercicio y lo revelan la ausencia de dolor, tumefacción, calor y enrojecimiento. El antebrazo fracturado por ejemplo, debe ser movido muy cuidadosamente, movilizándolo la muñeca estando el codo fijo; lo mismo debe hacerse en las fracturas de la pierna. Se prueba apoyando el miembro y si no hay reacción prolongada, entonces el miembro está listo para su funcionamiento. Debe tenerse cuidado al retirar las férulas definitivamente; mientras el paciente duerme pueden producirse sacudidas o torciones bruscas.

32.—Las férulas ambulatorias con un tacón de hule unido, pueden permitir caminar a muchos pacientes en unos días en vez de semanas, en las fracturas bien reducidas especialmente en aquellas en que los fragmentos están engranados firmemente. Cuidarse de las fracturas en espiral o de las transversales simples, porque tienen propensión a desalojarse.

33.—El estudio radiográfico es necesario: 1.—Antes de la reducción, pero no indispensable; 2.—Después de la reducción e inmovilización; 3.—Una semana después de ésta; 4.—Entre los 16 y 21 días; 5.—Antes de retirar las férulas; 6.—Como control al terminar el tratamiento. No descuidar las aseveraciones de los pacientes tales como "siento

que se mueve dentro del aparato" o "sentí que algo se safó." El paciente puede tener razón. Después de 16 días, sin embargo, el desalojamiento es poco probable.

34.—Los resultados finales deben valorarse en términos de función más bien que en términos de forma y estimarse en número en lugar de palabras como *bueno, mediano, malo*. El método de Boston consiste en designar la recuperación anatómica con A; la recuperación económica (conjunto armónico de órganos y funciones) con E y la recuperación funcional con F. El método del autor, que ha sido usado por más de diez años, consiste en valorar los resultados dando el 60 % para los casos de perfecto *funcionamiento* y 20 % tanto para la *unión* perfecta como para el perfecto *contorno*. La fórmula es F igual 60 %, U igual 20 % y C igual 20 %. El total es 100 % si los tres son perfectos. Esta apreciación numérica puede usarse antes del tratamiento y durante todo el periodo de observación se ha encontrado satisfactorio en toda clase de traumatismos.

35.—El tratamiento operatorio de las fracturas es cada vez menos frecuente. El uso de las placas metálicas ha desaparecido prácticamente y en realidad, el uso de materiales no reabsorbibles en traumatología es casi tan poco frecuente como en cirugía general. Existen sin embargo ciertas fracturas en las que la operación es el tratamiento de elección y algunas en que es necesaria. Entre estas pueda mencionarse las de la rótula, del

olécranon y algunas del antebrazo.

36.—En las fracturas del cuello del fémur el tratamiento operatorio está siendo ensayado intensamente; permítanme advertirles, dice el autor, que no hay que tener demasiada confianza en este procedimiento.

37.—Toda fractura que ha resistido dos o más intentos de tratamiento bien planteados, por el método cerrado, debe ser considerado dentro del grupo de las que necesitan tratamiento quirúrgico, suponiendo que el paciente, cirujano y hospital están adaptados a ello.

38.—"Una vez osteomielitis siempre osteomielitis" es un viejo adagio y desgraciadamente esta sentencia es casi tan correcta ahora como siempre ha sido.

El tratamiento por taponamientos vaselinados no es más que una adaptación de los métodos revividos durante la guerra por Inglaterra con su tratamiento "Bipp," el cual abandonaron antes de que se hiciera propalar como método de la postguerra. El tratamiento con larvas es para el autor una reliquia de barbarismo.

Estos son algunos de los principios y prácticas que deben guiarnos y gobernarnos en nuestro intento por conquistar las tres D de la traumatología: death (muerte), deformity (deformidad) y disability (incapacidad).

Dr. Luis BAZ E.

—De Revista de Cirugía del Hospital Juárez.—

WILLIAM WORRAL MAYO, químico, graduado en Manchester, discípulo del gran físico Dalton, descendiente de una familia inglesa, atravesó el Atlántico para venir a la América en busca de más amplios horizontes, a mediados del siglo pasado. Profesó en New York y en La Porte y luego fue a Missouri a hacer estudios médicos. Ya graduado prestó importantes servicios durante la guerra civil y al terminar llegó con su familia a radicarse a la entonces anónima ROCHESTER.

Hombre predestinado, visionario, práctico, activo, desplegó sus energías entre el ejercicio profesional y la enseñanza. Por ese recto y brillante camino no podía menos de llegar en poco tiempo a ser la más prominente figura médica de la comarca.

Sus hijos William y Charles nacidos en 1861 y 1865 debían seguir las huellas de su progenitor encarrilados por los mismos senderos de honradez, amor al trabajo y al prójimo. Iniciados a los estudios desde las escuelas públicas del pueblo hasta las aulas universitarias bajo el resplandor de la antorcha paterna, consiguieron los hermanos el diploma de médicos.

Azotado Rochester por el llamado viento maléfico en 1883, el Concejo Municipal dispuso la creación de un Hospital de Emergencia y nominó al Dr. Worrel Mayo su Director. En su espléndida gestión fue generosamente asistido por Hermanas Franciscanas y como enferme-

ras voluntarias se ofreció gran número de mujeres de la localidad. Terminado el "ill wind" el Hospital fue clausurado y entonces la Harmana Superiora sugirió al Dr. Mayo la idea de fundar uno administrado por la Orden de San Francisco y atendido por él y sus hijos.

No cayó en saco roto -el celestial consejo. Consiguió una parcela de terreno y edificó un pequeño Hospital que como todo lo nuevo y grande fue combatido con la bandera de que los hospitales sólo servían para asilar incurables e insanos. Se valieron los adversarios de la intranquilidad religiosa para atacarlo diciendo que cómo era posible que Hermanas católicas pudiesen trabajar con individuos de la Iglesia Episcopal? El cuerpo médico, no menos torpe y envidioso engrosó las filas de combatientes y se negó a enrolarse en la lista de trabajadores del nuevo Hospital; se asociaron para fundar un hospital que hiciera la competencia y destruyera el Saint Mary de los Mayo con el nombre de Riverside Hospital, pero la mano poderosa de la razón, de la justicia y del verdadero mérito, inclinó el peso de la balanza hacia el primero cuyos éxitos lo iban elevando más y más cada día en el concepto nacional, en tanto el hijo de la envidia profesional se derrumbaba con estrepito en el abismo de la nada.

Tuvieron los Mayos la clarísima visión de rodearse de los más prominentes hombres para

poder atender las intensas labores de su Hospital; llamaron a Stenchfield para fundar la sección Clínica; a Graham para el Internado; a Wilson para los Laboratorios de Patología Clínica e Investigación; a Millet para Urología; a Palmer para Radiología; al estupendo Cirujano Edward Starr Judd para encargarle una nueva sección de Cirugía.

Era insuficiente el pequeño Saint Mary para alojar tanto enfermo y sucesivamente fueron construyéndose el Kahler, el Zumbro, el Colonial, el Stanley, el Worrall y el Curie.

De 1889 en que fue construido el primitivo Hospital de Saint Mary donde trabajaban 5 Monjas a la actualidad donde se levantan enormes moles de piedra conteniendo todo el material necesario para la exploración clínica y la investigación científica y los soberbios Hospitales mencionados para atender toda clase de enfermos con un costo de muchos millones de dollars, qué diferencia!

Donde primitivamente se alojaron 300 enfermos al año y se practicaron 100 operaciones hoy se asisten 87.000 y se practican 50.000 operaciones al año.

Donde sólo trabajaban 5 Hermanas hoy se ven 1.500 entre enfermeras laicas y religiosas.

No contentos con lo anterior los Mayo han creado la Mayo Foundation con el objeto de formar hombres superiores encargados de la investigación para prevenir y desterrar mejor y más rápidamente las enfermedades que azotan la humanidad.

El secreto del éxito de Rochester consiste en la selección del enorme personal de individuos eminentes en cada rama del saber médico y en la organización perfecta de los servicios clínicos y hospitalarios además de los puramente administrativos con sus soberbias estadísticas y maravillosa colaboración.

Para juzgar el espíritu eminentemente altruista de los Mayo basta leer el párrafo de una nota en que hacen un nuevo legado a la Universidad de Minnessota; dice así: "Trabajar por el bien de los demás, es el mejor resorte para alcanzar la felicidad humana. El dinero excesivo induce a malgastar el tiempo y nos desvía de los mejores objetivos de la existencia. Nos aleja también de amigos queridos que fueron manos afortunadas. Para nosotros y par?, nuestros colaboradores, sólo ambicionamos una razonable retribución al esfuerzo desplegado que permita dedicar toda nuestra atención a las labores de la clínica. Todo provecho excesivo se opondría al cumplimiento de los fines que perseguimos; el dinero de los enfermos debe volver a los enfermos.

CHARLES MAYO, está hemipléjico, y WILLIAM, viejo ya de 74 años, no trabaja pero dirige y controla aun el trabajo de Charles W. Mayo hijo.

Estos dos hombres que siguieron fielmente la inspiración y obra de su padre son acreedores a la admiración y afecto del género humano porque consagraron su existencia a curar las dolencias de cuantos llamaron a sus puertas.

Beneméritos de Estados Unidos y del mundo, transformaron a la pequeña Rochester de 15.000 habitantes en la meca de los cirujanos del orbe; allí llegan todos a abrevarse en las puras y cristalinas aguas de la mágica ciencia.

Allí está la obra generosa, allí están los donativos que se cuen-

tan por millones hechos por ellos para aumentar el caudal de sabiduría del hombre en provecho del mismo hombre.

Inclinémonos reverentes ante el nombre luminoso de los hermanos MAYO, modelos de abnegación, de talento y de altruismo, glorias de la Humanidad.

AYUDA AL ARTRÍTICO

Aunque el tratamiento sistémico de la artritis requiere algún conocimiento de la causa, es esencial también emplear el tratamiento local para calmar el dolor.

Las causas de la artritis entran en tres principales categorías : infecciosa, metabólica y traumática. Muchos casos posiblemente se originan por la combinación de estas tres causas con *más* o menos variación.

El tratamiento comprende la eliminación de todos los focos de infección posibles y la identificación y corrección de las anomalías posturales y metabó-

licas. Es también importante el tratamiento sistémico de los procesos inflamatorios que se forman en la articulación.

Para el tratamiento local, muchos médicos encuentran el aposito de Antiphlogistine de muy eficaz ayuda no sólo porque alivia el dolor y el malestar sino porque estimula la reacción restauradora de las células y los capilares . Si el aposito se aplica en el lugar de la dolencia los resultados son sorprendentes, y si se extiende más allá de la articulación y se cambia a intervalos de ocho a doce horas, los efectos benéficos aumentarán considerablemente.