

Peritaje arbitral de una fractura del cuello del fémur por accidente de trabajo.

*Simplificación de la técnica del enclavijado de las fracturas
del cuello del fémur.*

Por el Dr. DOMINGO PRAT

L. A. P., italiano, de 60 años de edad, el 5 de Marzo de 1931 sufrió un accidente trabajando en Montevideo, fué apretado contra el suelo por un carro de auxilio de una compañía tranviaria, a consecuencia de esto sufrió la fractura del cuello del fémur izquierdo (fractura trans-cervical).

De inmediato fué llevado al Hospital Pasteur y asilado en la sala 27, a cargo del Prof. Dr. D. Prat, donde estuvo en asistencia hasta el 17 de Mayo de 1931, de donde salió caminando con muletas.

Ahora, a los dos años y cuatro meses, me corresponde realizar un examen pericial del accidentado, habiendo sido elegido para ese peritaje por el Juez correspondiente, de común acuerdo, por el Banco de Seguros del Estado y el accidentado.

De los varios exámenes realizados al accidentado llego a establecer las constataciones siguientes: el miembro inferior izquierdo presenta un acortamiento de dos centímetros, con relación a su similar derecho.

A la inspección no hay casi diferencia visible de ambos muslos. Los movimientos activos y pasivos de levantar, extender y flexionar el muslo, son casi normales; ligeramente limitada la flexión del muslo sobre el abdomen.

El trocánter izquierdo, a la palpación, parece estar ligeramente aumentado de volumen y en la palpación de la cabeza femoral izquierda no se palpa nada anormal.

El miembro izquierdo está en rotación externa, bien visible por la posición del pie, si se quiere exagerar la rotación externa que normalmente tiene el accidentado, no se puede y resulta un poco dolorosa.

Las medidas circunferenciales del muslo izquierdo dan: en el tercio superior izquierdo, circunferencia con dos centímetros menos que el derecho; en el tercio inferior, esta diferencia es de 1 ½ centímetros, aún teniendo en cuenta que casi siempre el muslo izquierdo de los sujetos derechos, es menos voluminoso y musculoso que el derecho, esta diferencia de las medidas indica una atrofia ligera. Las masas muscu-

lares glúteas bastante bien conservadas y con una ligera deformación del lado izquierdo.

La marcha es bastante buena y se realiza con el pie izquierdo en rotación externa, las condiciones de esta marcha se mejoran bastante con el uso de un bastón.

El estudio de las radiografías nos da datos muy interesantes. (Presentación de negativos). En la radiografía realizada el 6 de Marzo de 1931 o sea al día siguiente de su ingreso al Hospital, se constata una fractura transcervical izquierda con muy poco o ningún desplazamiento de los fragmentos. En la radiografía realizada el 30 de Junio de 1933 se confirma que la fractura transcervical del cuello ha conso-

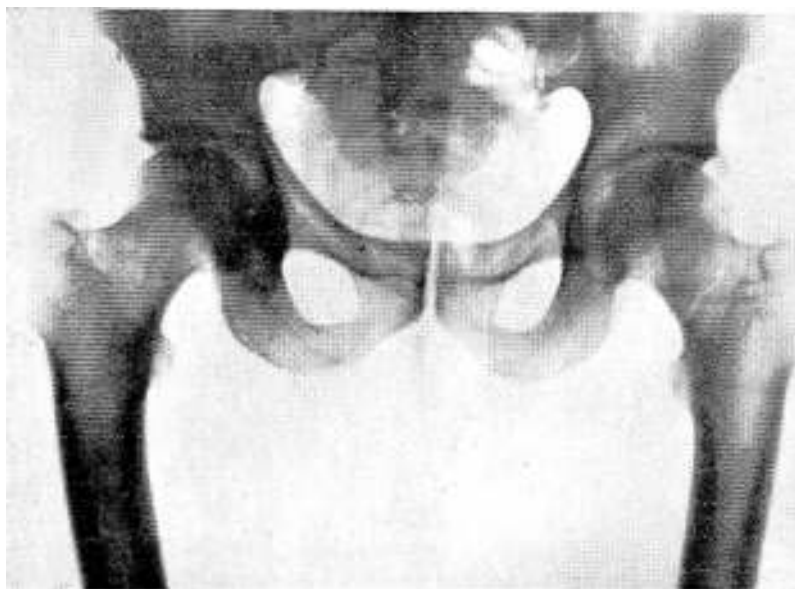


Fig. 1. Fractura transcervical del femur izquierdo, con muy poco desplazamiento.

lidado en condiciones tan buenas que no se reconoce casi el trazo de la fractura. El cuello femoral izquierdo está bastante engrosado con relación al derecho, algo más corto y algo más horizontal, de manera que el ángulo obtuso normal del cuello con la diáfisis femoral, en el lado izquierdo, es de menos graduación y con cierta tendencia a la coxa vara, pero sin llegar a ser tal.

Este engrosamiento del cuello, su acortamiento y menor ángulo, junto con los osteofitos del cejo cilioides, son los elementos que pue-

den explicar la rotación externa del miembro y la limitación de esta misma rotación.

Al examinar las diferentes radiografías de esta fractura del cuello femoral casi a los dos años y medio de su producción, no podemos menos de destacar la excelente consolidación ósea de la fractura, como no se ve corrientemente.

Teniendo en cuenta el acortamiento, la rotación y la atrofia que el accidente al producir la fractura del cuello femoral, ocasionó en ese obrero, avalúo su incapacidad actual en un treinta por ciento.

Este peritaje establece de un modo general la incapacidad del acci-



Fig. 2. La fractura del cuello del fémur consolidada.

dentado, sin responder a ninguna cuestión particular, pues a pesar de haber sido designado por el señor Juez, no he podido consultar el expediente, ni se me estableció tampoco finalidad categórica de mi peritaje, por no haber recibido comunicación alguna, ni oficio que estableciera mi función

Debo agradecer la colaboración que el Dr. G. Pelfort me prestó con su caracterizada competencia.

El informe pericial que acabamos de leer, se presta a interesantes

consideraciones de orden médico legal y profesional, que deseo someter a la consideración de la Sociedad de Cirugía de Montevideo.

El enfermo L. A. P. portador de la fractura transcervical del cuello del fémur, era un sífilítico ignorado, cosa comprobada por dos exámenes sucesivos de sangre, que en mi servicio de Pasteur se le hicieron con cuatro días de intervalo y que dieron francamente positivo, tanto el Bordet Wassermann como el Meinike (cuatro cruces). No obstante esta sífilis constitucional del enfermo, la consolidación de la fractura se hizo con toda normalidad y rapidez, al punto que, a los dos meses y medio fué dado de alta, caminando con muletas y que a los dos años y medio, la radiografía permite constatar una excelente consolidación sin trofismo del cuello femoral, siendo casi imposible localizar la antigua ubicación de la fractura.

Fig. 3 Clavo conductor de 15 centímetros de largo.

Estas consolidaciones perfectas no son muy frecuentes en las fracturas del cuello del fémur de sujetos normales y menos aún en los tarados; por eso es interesante poder presentar una excelente corrección y consolidación de fractura transcervical en un viejo específico.

Si nuestro espíritu investigador nos incitara a la búsqueda del por qué de esa buena y precoz consolidación, creemos estar en condiciones de dar una explicación anatómica, de la probabilidad del hecho. Suponemos que ese resultado se debe al inmediato e intenso tratamiento antiespecífico que realizamos por medio del neosalvarsán, diez y siete inyecciones en 72 días, además del calcio suministrado (calcio coloidal, ostelin etc.). Pero, lo fundamental para obtener tan buen resultado, seguramente ha sido, la falta de desplazamiento de los fragmentos óseos en el foco de fractura, cosa que permitió la conservación integral de los vasos que nutren el cuello y eso evitó la mortificación y la isquemia ulterior de alguno de los fragmentos, especialmente del cefálico. Es cosa bien sabida que la cabeza femoral y su cuello están irrigados por la arteria del ligamento redondo, rama de la obturatriz, y las circunflejas anterior y posterior, ramas de la femoral profunda, arteriolas que están muy expuestas a desgarrarse en los desplazamientos fragmentarios pronunciados de la fractura; cosa que seguramente no ocurrió en el caso que relatamos, lo que evitó la mortificación de los fragmentos, uniéndose en muy buenas condiciones, dando una consolidación sólida y perfecta. La figura pone de manifiesto la irrigación del cuello y ca-

beza del fémur, según Funck-Brentano-. Basset se ha ocupado también de esta importante cuestión de vascularización en las Clínicas de Deibet

Como se ve nuestro caso del punto de vista clínico tiene su interés, pero existe en él otra fase, la del secreto profesional en el informe médico legal, que nos interesa también analizar.

El accidentado, motivo de nuestro informe, estaba atacado de una sífilis ignorada, que suponemos era ignorada también por la institución del Seguro, hecho que permite plantear varias variantes del problema médico legal. En posesión del antecedente de la sífilis, dato adquirido en la asistencia previa del paciente en nuestra clínica, ¿teníamos derecho, como jefe de servicio, a suministrar ese dato en caso que se nos hubiese solicitado? Contestamos categóricamente que no, escudándonos el secreto profesional de dar datos obtenidos en la asistencia de nues-



Fig. 4. Clavo definitivo que realizará el enclavijado, perforado en su centro y corte del mismo.

tros enfermos. Ahora bien, si como funcionarios de la A. P. teníamos derecho a negarnos a dar datos sobre la sífilis de nuestro enfermo; el caso cambiaba completamente de aspecto, al ser designados perito arbitral, por el juez, circunstancia que nos obligaba a realizar un peritaje justo y de precisión científica, que tuviese, por lo tanto, en cuenta todos los factores que hubieran podido influir sobre la evolución de la fractura y en particular la sífilis del enfermo. Felizmente para mí, no tuve que violentar mi conciencia, desde el momento que del análisis cuidadoso del caso, resulta que la sífilis poco o nada influyó en la producción y consolidación de la fractura, puesto que el traumatismo fué muy grande y la consolidación fué perfecta, como pocas veces tenemos ocasión de observarla. Pero, si no hubiere sido así; supongamos, que la fractura hubiere consolidado defectuosamente, con un callo fibroso, como ocurre muy a menudo en estas fracturas, ¿qué actitud podía haber asumido el perito para resolver el problema del secreto profesional? Según nuestra manera de ver, son varias las soluciones que tenía frente a sí el perito.

1º Su designación de perito árbitro, obliga a dar un fallo equitativo y justo, independiente de todo impedimento profesional. Si se admite la subordinación del perito a los preceptos profesionales, su función arbitral se hace molesta y delicada, porque estará en la disyuntiva de no ser justo o violar el secreto profesional. Se presupone que el

perito al ser designado por el juez, queda eximido del secreto profesional y entonces, el accidentado, tendrá el derecho a recusar un perito que ha sido su médico, o la delicadeza personal del médico a renunciar el peritaje.

Todo esto tiene valor, está claro, cuando el perito haya sido médico asistente del siniestrado, que es el caso que planteamos.

2º Si el perito no desea hacer uso del derecho que le concede el juez y resuelve respetar el secreto profesional, puede recurrir a la investigación serológica de la sífilis y fundarse en el resultado positivo de ese examen para hacer intervenir la sífilis. En nuestro caso el resultado sería muy probablemente negativo por el intenso tratamiento antiespecífico efectuado.

3º En el mismo supuesto de querer respetar el secreto profesional, el perito convencido de la existencia de la sífilis, al determinar el porcentaje total de invalidez por el accidente, puede descontar una cantidad representativa y equivalente a la acción de la sífilis, sin especificar su procedencia, por lo tanto, sin fundar esta disminución de la invalidez. Esta manera de proceder, no será muy documentada y fundada, pero es más justa que la que por no revelar el secreto profesional, no toma en cuenta una causa patológica adyuvante, tan importante como la sífilis.

Como vemos, el perito tiene varias fórmulas o maneras para resolver la situación en su función médico legal; en general, el médico tiene una evidente y franca tendencia a respetar el secreto en su función profesional, cualquiera que sea la naturaleza del asunto.

La situación para el perito puede volverse molesta y embarazosa, si como en nuestro caso, se trata de un peritaje en que el accidentado ha sido cliente anterior nuestro y poseemos por tal motivo datos y antecedentes que hemos obtenido profesionalmente. En ese caso especial, creemos que el médico legista no está autorizado para hacer valer esos datos en el peritaje y que debe cumplirse rigurosamente la práctica del secreto profesional, cosa que no cuenta para el caso en que el peritaje se realiza en una persona profesionalmente desconocida para el médico. Ya vimos como nos fué fácil cumplir nuestra misión por haberse descartado la intervención de la sífilis en la curación de nuestro enfermo y establecimos también qué conducta podíamos haber seguido en caso contrario, que sintéticamente puede considerarse así:

a) Excusarse del peritaje por haber atendido anteriormente al accidentado y estar en posesión de datos que harían variar fundamentalmente las condiciones del peritaje, y cuyo uso representaba una flagrante violación del secreto profesional; o, b) no dar a conocer la

sífilis constitucional del accidentado, respetando el secreto profesional y haciendo pesar sobre el porcentaje de incapacidad, lo que a nuestro leal saber y entender, correspondiera descontarle por acción directa de la sífilis.

En esta forma el médico perito legista, contempla y resuelve la doble situación de ser justo y respetar el secreto profesional.

Este peritaje de una fractura del cuello del fémur nos dará motivo para ocuparnos del tratamiento de estas fracturas y a presentar una nueva técnica que simplifica la primitiva técnica de Delbet sobre enclavijado del cuello femoral. (1)

Esta técnica de Delbet, se vulgarizó por el mundo entero y consti-



Fig. 5. Reducción de una fractura experimental del cuello del fémur con el clavo conductor.

tuyó un real y positivo progreso en la terapéutica de las fracturas del cuello del fémur. En estos últimos tiempos se le han hecho serias crí-

(1) Presentada esta comunicación y estando en prensa el Boletín de la Sociedad de Cirugía, por datos personales de los Dres. E. Finochietto y L. Zeno, supimos que otros autores han ensayado ya una técnica semejante de enclavijado a la que nosotros preconizamos (Acta Quirúrgica Escandinávica, 1933). Como con esta comunicación no aspiramos a la originalidad y sí sólo vulgarizar una técnica que nos parece práctica, la hemos dado a la publicidad.

ticas al método de Delbet, cosa que ha contribuido a aminorar su ejecución y a la aparición de técnicas sustitutivas.

Hoy día se ha vulgarizado la práctica del enclavijado con el contralor de la artrotomía anterior de la cadera (Smith Petersen). Esta artrotomía complementaria a la vez que fiscaliza la dirección del clavo cervical, permite además, debridar el foco de fractura, resecar los elementos fibrosos interpuetos entre los dos fragmentos e intercalar en esa brecha injertos osteoperiósticos. Esta nueva práctica representa un perfeccionamiento técnico, pero no se puede negar que así modificada, representa una operación seria y delicada para efectuarla en los viejitos portadores de una fractura del cuello del fémur, operación que requiere una anestesia general, cosa que dista mucho del sencillo y práctico enclavijado que preconizó Delbet al crear su ingeniosa operación.

Se nos ha ocurrido una técnica para simplificar ese enclavijado, empleando para ello sólo un clavo conductor y el clavo definitivo del enclavijamiento que, hueco en su centro, deslizaremos sobre el primero.

El clavo conductor está constituido por un clavo sin cabeza, de acero inoxidable, de 12 a 15 centímetros de largo; el clavo definitivo copiado del de Smith Petersen, trilaminar, también de acero inoxidable, de 9 a 10 centímetros de largo, tiene su eje central agujereado, con un calibre para que pueda deslizarse sobre el clavo conductor (Fig. .).

La técnica del enclavijado es muy sencilla; se empieza por reducir lo más correctamente posible la fractura, sobre una mesa ortopédica, una mesa de rayos X o una mesa cualquiera, por medio de la extensión continua de ambos miembros, como lo ha preconizado Delbet, o mejor aún, actuando sólo sobre el miembro fracturado, realizando la extensión en abducción y rotación interna (Whitmann). Conseguida la reducción, si estamos trabajando sobre la mesa de rayos X, nada cuesta comprobar radioscópicamente esta corrección y de paso se mide la distancia entre la cara interna de la cabeza del fémur y la cara externa del trocánter. En seguida, contando con la correcta reducción de la fractura (control radiológico, longitud del miembro, contralor anatómico, etc.), se anestesia con novocaína al 1/2 %, la cara externa del gran trocánter y después de hacer una pequeñísima incisión de la piel, se introduce el clavo conductor, introduciéndolo un poco por encima de la cresta subtrocanteriana y algo más vecino de la pared posterior que de la anterior (Bloch), en la dirección de afuera adentro, de abajo arriba y un poco de atrás hacia adelante, para seguir la dirección del cuello del fémur. Este clavo que está graduado por centímetros se introducirá lo suficiente como para que alcance hasta medio o un centímetro de la super-

ficie cartilaginosa de la cabeza femoral. Esto será muy fácil y se logrará con precisión matemática, pues habiéndose medido radioscópicamente la distancia del trocánter al cótilo, será muy fácil introducir el clavo graduado hasta la profundidad que queramos o que sea más conveniente. Introducido el clavo conductor, la fractura queda fijada y entonces realizamos una radiografía para establecer la reducción obtenida y la situación del clavo. Si éste estuviera defectuosamente colocado, nada

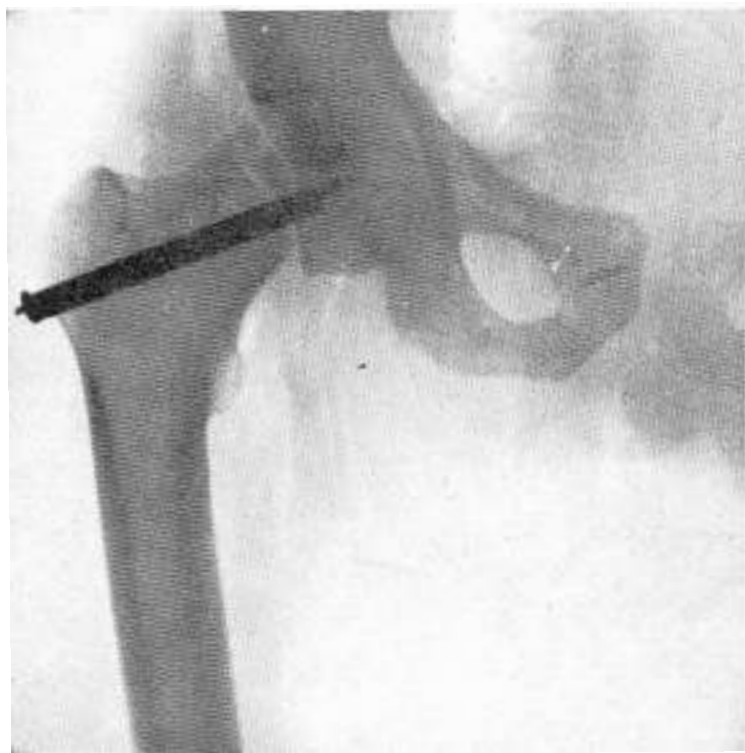


Fig. 6. Enclavijado de la fractura del cuello con el clavo definitivo.

cuesta extraerlo con una pinza y realizar inmediatamente otra tentativa hasta que el clavo conductor esté idealmente localizado, con la reducción más perfecta. Sobre el clavo conductor, deslizamos el clavo definitivo, que debido a su perforación central, seguirá la dirección de aquél. La penetración del clavo se hará primero con el martillo y cuando el clavo conductor aparezca en su luz central, nos valdremos de un cilindro metálico, perforado en su eje. La profundidad a la que introduciremos el clavo definitivo será la que nosotros queramos, pues como el con-

ductor presenta una escala graduada, su penetración puede hacerse con precisión matemática, hasta los centímetros y milímetros que se desee. Introducido el clavo definitivo, se extrae el clavo central o conductor, se sutura la piel y la operación sumamente sencilla, queda terminada.

Con la técnica que acabamos de describir se consiguen dos cosas fundamentales:

1º El enclavijado del cuello del fémur se hace con toda facilidad, en el sitio preciso y de elección, guiado por el clavo conductor.

2º El enclavijamiento se puede hacer en profundidad, con una precisión matemática.

Estos dos condiciones primordiales se consiguen en la sencilla técnica descrita, sin necesidad de recurrir a ninguna complicación operatoria como es la artrotomía u otros procedimientos empleados.

Si en lugar de un clavo, se quisiera usar un tornillo metálico, de madera o de hueso, la técnica será la misma, bastará con conseguir tornillos perforados en su centro.

Si en vez de enclavijado metálico se quisiese emplear el injerto óseo, también puede hacerse con nuestra técnica; se coloca el clavo conductor que localizaremos con una radiografía; si está bien dispuesto, sobre ese clavo como guía, se realiza el túnel transcervical, para lo cual usaremos una mecha con su eje perforado, como el clavo definitivo, para que deslizándose por el clavo realice el túnel que tendrá fatalmente la situación y profundidad del clavo, en el que colocaremos con toda facilidad el injerto.

Como se ve nuestra técnica constituye un procedimiento práctico y simple, para realizar el enclavijado del cuello femoral en la fracturas; técnica que aún no hemos tenido ocasión de usarla en el vivo, habiéndola ensayado en el cadáver. Es de tan sencilla y fácil aplicación que nos hace creer que pronto será ensayada en el tratamiento de las fracturas del cuello del fémur. Las radiografías que publicamos son del ensayo cadavérico, que sólo se hizo con fin demostrativo, empleando un clavo demasiado material y voluminoso.

*Osteoartritis tuberculosas de la rodilla.
Su tratamiento por el procedimiento del plombage.*

Por el Dr. ATILIO J. COSTA (de Buenos Aires)

Iniciamos esta comunicación dejando expresa constancia del grave problema que se plantea al cirujano cada vez que tiene que adoptar una determinada conducta, en lo que se refiere al tratamiento de un caso