

bierto por la aleta infero - externa de la aponeurosis del oblicuo mayor, sobre él, imbricada.

No dejamos de reconocer que por razones anatómicas, el colgajo



Figura N.º 6. — El paciente a los ocho meses de la intervención.

Se aprecian las cicatrices oblicuas de la región inguino - crural consecutivas a adenopatías supuradas antiguas y que se ocultaban tras el voluminoso tumor herniario. En la región inguino - abdominal se ve la cicatriz operatoria.

mioplástico, contrariamente a lo que ocurre en la ya citada mioplastia del sartorio, está abocado a la involución fibrosa, por sufrir la pérdida de la mayoría de sus elementos vásculo - nerviosos; sin embargo, no deja de constituir un material de refuerzo no despreciable.

### *Formas frustras de las fracturas del cuello del fémur*

Prof. ADOLFO F. LANDIVAR y Dr. CESAR LEONI IPARRAGUIRRE (de Buenos Aires)

El objeto de esta breve comunicación es poner de relieve una modalidad de las fracturas del cuello del fémur a menudo descuidada por el médico práctico, capaz de producir al traumatizado serias consecuencias funcionales, si no es correctamente tratada.

Al traer este sencillo tema al seno de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, sólo nos guía el propósito de que por medio de su autorizado Boletín y a semejanza de lo que ocurre entre nosotros, se recuerde a los médicos generales, la existencia y la importancia práctica de las formas frustras de las fracturas del cuello del fémur.

Llama así Judet, a ciertas fracturas del cuello del fémur que se caracterizan por la pobreza o ausencia de los signos objetivos y la atenuación de los síntomas funcionales, a veces muy acentuada.



Figura N.º 1. — Calzón corto enyesado de Bohler (Observación I).

En efecto, la rotación externa del miembro inferior, ausente o apenas esbozada y capaz de ser corregida activamente por el enfermo, la falta total de acortamiento del miembro o la existencia de una levísima diferencia en favor del miembro sano que no alcanza a un centímetro y la ausencia del ascenso trocantéreo, privan al clínico de los preciosos elementos de juicio que le permitirán rápidamente llegar al diagnóstico de fractura del cuello del fémur.

Es frecuente en estas condiciones que se piense erróneamente en contusión de la cadera, sobre todo si se tiene en cuenta que la marcha ha sido posible aún a costa de cierto dolor o que el enfermo gozando de una considerable movilidad activa y pasiva de su cadera sea capaz,

como acontece a veces, de destacar el miembro en masa del plano de la cama en que reposa (ausencia del signo del talón de Tillaux).

Este error de diagnóstico puede acarrear serias consecuencias para el accidentado, dado que se le autorizará a reanudar rápidamente la marcha, luego de un período breve de reposo y que se le someterá a la acción del masaje.

La fractura, providencialmente bien engranada o incompleta, corre el riesgo de desengranarse o completarse, agravándose considerable-



Figura 2. — Observación clínica N.º 1. — Fractura del cuello del fémur izquierdo en abducción y engranada. Primera variedad. Radiografía inmediata al traumatismo.

mente su pronóstico y si no llegara a desengranarse la carga precoz sobre el callo en formación sería capaz de producir la deplorable coxavara post-traumática.

Otra posibilidad del diagnóstico erróneo y su consecutivo tratamiento insuficiente es la aparición más o menos alejada de lo que se conoce con el impropio nombre de artritis traumática.

Ante estos cuadros frustrados se impone un pronóstico reservado y un examen radiográfico que mostrará o no la existencia de una fractura cervical, indicando en el primero de estos casos la necesidad de un tratamiento racional fundado en la inmovilización del foco, man-

tenida por un período no inferior a tres meses y la gimnasia funcional obtenida por la deambulaci6n.

Tres variedades clínicas de fractura del cuello del fémur pueden adoptar la forma frustra.

1ª variedad: Fractura del cuello del fémur engranada en abducci6n (Observaci6n clínic a N° 1).

2ª variedad: Fractura inter-cérvico-trocantérea completa y sin desviaci6n fragmentaria; corresponde a la primera variedad de las fracturas trocantéreas de Böhler (Observaci6n clínic a N° 2).

3ª variedad: Fracturas incompletas y fracturas subperi6sticas del cuello del fémur, descriptas por Judet en el adolescente (Observaci6n clínic a N° 3).

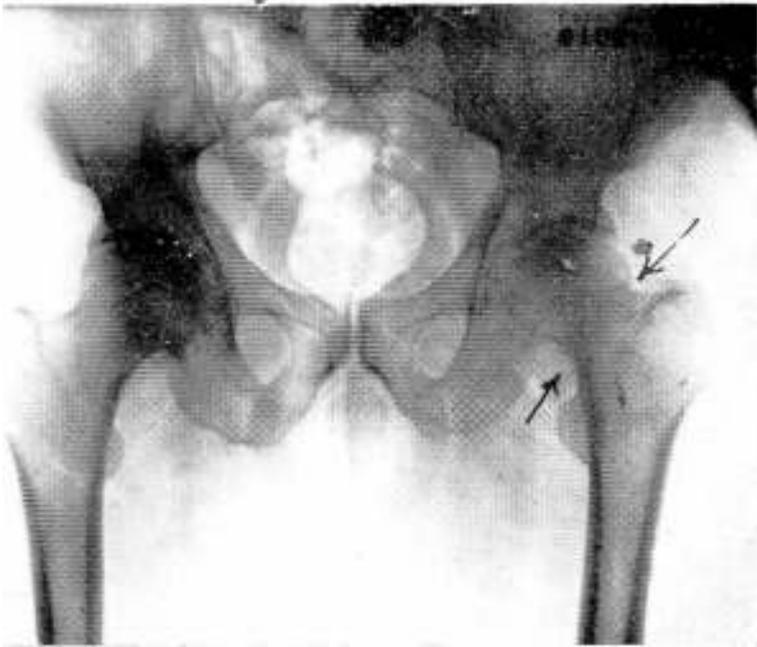


Figura 3. — Observaci6n clínic a N.º 1. — Fractura del cuello del fémur izquierdo, engranada y en abducci6n, consolidada. Primera variedad.

Hemos tratado los tres casos de idéntica manera, pese al distinto carácter de trazo fracturario, basándonos en la analogía de una modalidad de estas fracturas, que conceptuamos fundamental: la ausencia de posici6n viciosa de los fragmentos.

Empleamos el calz6n corto erylado de Böhler (fig. 1) que abarca la cintura pelviana y el muslo del lado traumatizado hasta por encima de la rodilla.

El peso del cuerpo es transmitido por el apoyo isquiático y de los aductores, bien acolchados, a la porción superior de los condilos femorales también perfectamente acolchada.

(Figura 1)

El aparato enyesado debe ser modelado con todo cuidado sobre las partes salientes del esqueleto pelviano: crestas, espinas e isquión y

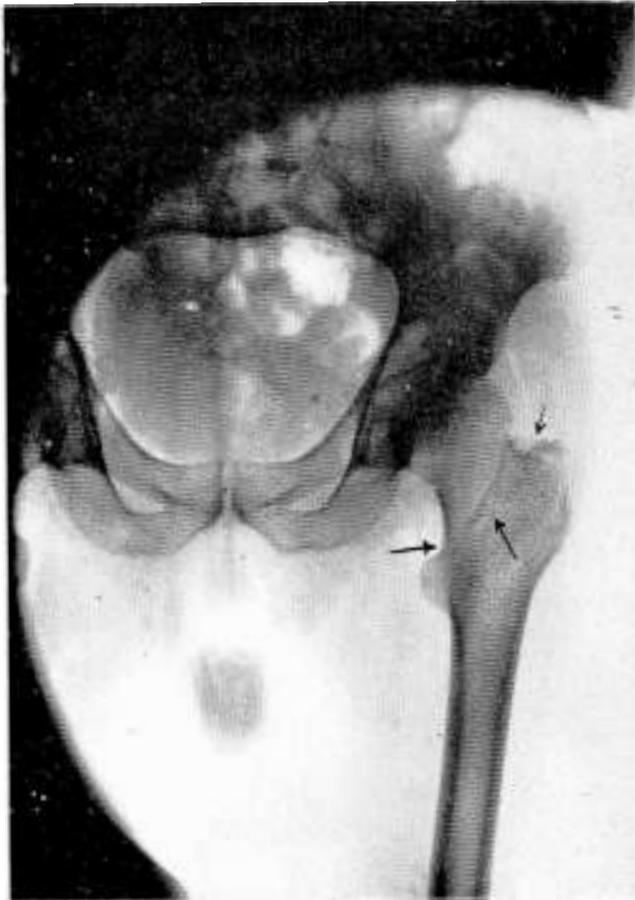


Figura 4. — Observación clínica N° 2. — Fractura intercervico-trocantérea (fémur izquierdo). Segunda variedad. Radiografía inmediata al traumatismo.

sobre todo cresta ilíaca y trocánter mayor, el que resulta así circunscrito por una depresión a manera de herradura a concavidad inferior, que evita con toda seguridad su eventual ascenso.

La deambulación se cumple fácilmente una vez desecado el yeso; al principio con la ayuda de una silla, pronto sin apoyo alguno, no experimentando el paciente ninguna molestia.

Esta gimnasia funcional, que comienza precozmente sin movilización de los fragmentos bien coaptados, acelera a no dudarlo, la constitución del callo.

Manteremos la inmovilización por espacio de tres meses; en nuestras observaciones, al retirar el aparato enyesado, la cadera era indolora y flexible, la marcha normal, con ausencia de atrofia muscular

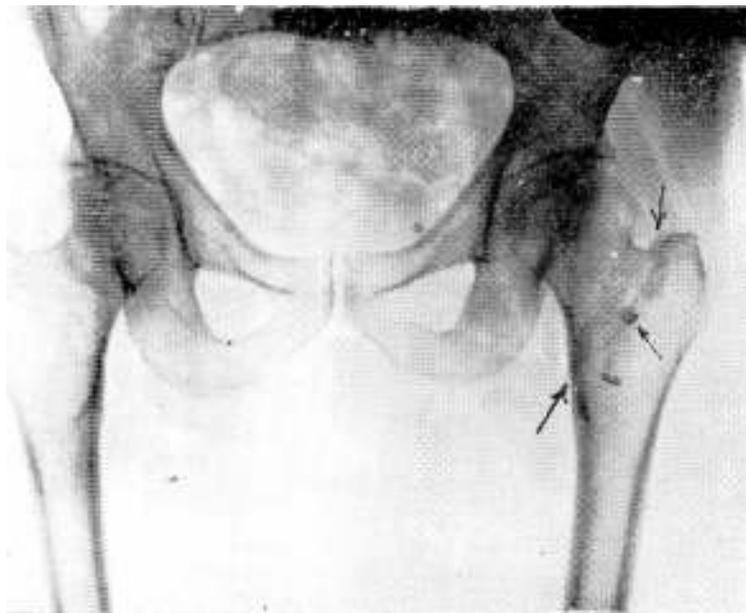


Figura 5. — Fractura intercervico-trocantérea consolidada. Fémur izquierdo. Segunda variedad.

y las mediciones denotaban la consolidación no viciosa de la fractura. He aquí el resumen de nuestras observaciones clínicas:

#### OBSERVACION I

J. P. 57 años, argent. naturalizado. Ficha 7775. Hosp. Argerich. Antecedentes sin importancia.

**Enfermedad actual:** El 21 de agosto de 1934 cae de la plataforma de un tranvía dando con su cadera izquierda en tierra. Intenso dolor con pérdida del conocimiento. Al recuperarlo, se pone de pie y a pesar del dolor **camina sin ayuda alguna** 2 ½ cuadras, sin notar acortamiento del miembro. Es traído a la Guardia.

**Estado actual:** Excelente estado general. Corazón y pulmones íd. íd. Orina normal. Miembro izquierdo: casi imperceptible acortamiento (½ cm. a la medición), comparado con el derecho; no hay rotación externa; rotación interna activa posible; trocánter apenas sobrepasa la línea de Nelaton Roser; movilidad activa posible pero

limitada por el dolor: movilidad pasiva conservada casi totalmente. No puede levantar el talón.

Radiografía: Fractura del cuello del fémur verdadera en abducción, engranada. Fig. 2.

Tratamiento: Al 6º día se pone el calzón enyesado corto de Böhler. Marcha inmediata, que es indolora y sin necesidad de apoyo a la semana.

A los 3 meses se retira el yeso: marcha normal indolora. Movilidad fd. id. Mensuración: 1/2 cm. de acortamiento. No hay atrofia del muslo.



Figura 6. — Observación clínica N.º 3. — Fractura transcervical subperióstica del fémur izquierdo. Tercera variedad. Radiografía inmediata al traumatismo.

Visto el 14 de mayo de 1935 (a los 10 meses) se mantiene el excelente resultado. Radiografía Fig. 3.

#### OBSERVACION II

M. F., 57 años, sirio. Ficha 8639. Hospital Argerich. Antecedentes sin importancia. Enfermedad actual: Caminando, resbala y cae sobre su cadera izquierda. Intenso dolor e impotencia funcional. Sólo puede dar unos pasos con ayuda. Llevado al consultorio de la A. Pública es remitido a nuestro Servicio el 6 de noviembre de 1934. Estado actual: No hay acortamiento alguno, ascenso trocantereo ni rotación ex-

terna. Marcada impotencia funcional. No destaca el talón; flexión y abducción posibles pero dolorosas y limitadas. Dolor exquisito en la cara anterior, parte externa de la articulación.

**Radiografía:** Fractura intercervico-trocantérea completa sin desviación. Fig. 4.

**Tratamiento:** Al tercer día calzón enyesado corto de Böhler. Marcha a las 24 horas. Es indolora y libre a la semana. Al tercer mes se retira el yeso. Cadera indolora y flexible. Marcha normal. No hay acortamiento. Revisto el 14 de mayo de 1935 (a los 6 meses) el resultado funcional es excelente. **Radiografía** Fig. 5.

### OBSERVACION III

A. A., 14 años, argentino. Ficha 8439. Hospital Argerich. Antecedentes sin importancia.

**Enfermedad actual:** Cae de una escalera sobre su cadera izquierda el 26 de abril de este año. Dolor marcado e impotencia funcional; no puede dar un paso. Es traído a la Guardia.

**Estado actual:** No hay acortamiento alguno, ni ascenso trocantéreo ni rotación externa. Con dificultad llega a destacar el talón del plano de la cama. Dolor intenso en cara anterior articular.

**Radiografía:** Fractura transcervical del cuello del fémur subperióstica? sin desviación. Angulo cérico diafisario conservado. Fig. 6.

**Tratamiento:** Al 4º día calzón enyesado corto de Böhler. Marcha inmediata que es indolora y sin apoyo al 10º día. Alta a los 12 días, con su yeso. Sigue en observación.

### *Apropósito de una observación de sinistocolia de primer grado.*

por el Prof. ADOLFO F. LANDIVAR y doctor CESAR A. LEONI IPARRAGUIRE

Las anomalías de posición del intestino grueso de origen congénito son en no pocas ocasiones fuente de dificultades diagnósticas y sobre todo, si no han sido diagnosticadas previamente, fuente de dificultades operatorias al alterar en forma notable la situación de los distintos segmentos del colon dentro de la cavidad abdominal.

Dejando de lado las anomalías de posición adquiridas, debidas a desplazamiento de porciones más o menos extensas del intestino grueso por tumores o procesos inflamatorios, las anomalías de posición congénitas reconocen como origen detenciones del proceso normal de rotación que sufre el asa vitelina o intestinal primitiva o perversiones de este proceso, que se desarrolla en sentido inverso.

Para encasillar la observación que traemos, dentro de la profusa variedad de las distopías congénitas, haremos una rápida incursión por el terreno de la embriología, deteniéndonos luego en la clasificación de estas anomalías.

En el feto de 6 semanas, el tubo intestinal primitivo que sigue al estómago, orientado mediana y sagitalmente, forma a manera de una V cuyo vértice antero inferior da inserción al canal vitelino; la rama an-