

Sesión del 3 de Julio de 1935

Preside el Prof. Clivio Nario

La teoría de Keyth, sobre el origen de la hernia y sus aplicaciones prácticas

Dr. ARTEMIO ZENO

Tratamiento del cáncer de la mama

Dr. CARLOS DARWING SALOJ

Sesión del 10 de Julio de 1935

Preside el Prof. Clivio Nario

Asuntos entrados:

El Presidente comunica oficialmente a la Sociedad de Cirugía, el fallecimiento del Prof. Luis Morquio, haciendo el elogio de su vigorosa personalidad de Hombre, de Médico y de Maestro.

La Asamblea de pie, rinde a su memoria el homenaje de un minuto de silencio.

El Prof. Juan C. del Campo, felicita en nombre de la Sociedad de Cirugía, a su Presidente Prof. Clivio Nario, por su reciente ascenso a la Cátedra de Clínica Quirúrgica.

Comunicaciones:

Fractura transcotiloidea con penetración intrapélvica de la cabeza femoral.

Por el doctor ROBERTO V. CANTON

Las fracturas de la cavidad cotiloidea son mejor conocidas y más frecuentemente diagnosticadas, desde la aplicación sistemática de los rayos X en los traumatismos de cadera, desenmascarando así numerosos casos catalogados como simples contusiones.

La circunstancia de haberse presentado por primera vez en la Clínica del profesor García Lagos, una variedad interesante de este tipo de fracturas y no haber hallado ninguna descripción sobre este tópicó en la bibliografía nacional, nos ha inducido a presentar esta comunicación.

Se distingue en las fracturas del acetábulum tres variedades: 1.º) fractura de la ceja cotoiloidea, asociadas en general a una luxación de la cadera, 2.º) trazos de fracturas de pelvis irradiados a la cavidad cotoiloidea (fractura del pubis irradiada, grandes dislocaciones de la pelvis) y 3.º) fractura del cótilo propiamente dicha, en que la cabeza presionando directamente, la hace estallar (fractura por hundimiento).

Guibé distingue en este último tipo de lesión, tres tiempos, que pueden sucederse, pero no obligatoriamente, pudiendo quedar en la primera o segunda etapa: 1.º) fisuración sin desplazamiento, 2.º) el fondo cede rechazado por la cabeza y es desplazado hacia el interior



de la pelvis y 3.º) la cabeza femoral, rechazando los fragmentos, irrumpe en la pelvis, parcial o totalmente. Este último tipo de lesión ha sido objeto de diversas denominaciones, luxación central de Krönleim, irrupción pélvica de la cabeza, de Froelich; nuestra observación, que creemos corresponde a esta categoría, la designamos con el título del epígrafe, por corresponder con exactitud al substractum anatómico de la lesión predominante.

Su historia es la siguiente:

Observación clínica. — Dionisio N., uruguayo, 41 años.

Ingresa al Servicio del profesor García Lagos el 14 de Marzo de 1935, por un traumatismo directo sobre la cara externa del muslo izquierdo, a la altura del gran trocánter. Refiere que viajaba en el estribo de un ómnibus, cuando golpeó violentamente contra una columna, sintiendo que la pierna "le quedaba como muerta", según su expresión: no cayó al pavimento.

Examen realizado en el Servicio al día siguiente del traumatismo. — Estado general bueno. Pulso normal. Localmente, gran equimosis sobre la cara externa del muslo y región glútea. Miembro en ligera abducción y fuerte rotación externa. Impotencia funcional que no es absoluta; el enfermo flexiona activamente el miembro, pero no puede separar la planta del plano del lecho.

Acortamiento 2 centímetros, gran trocánter ascendido, muy posterior, su palpación es dolorosa y difícil, pues ha desaparecido su saliente habitual. Puntos dolorosos sobre la rama isquio-pubiana e isquion. Los movimientos pasivos que se pueden imprimir en la raíz del muslo son de cierta amplitud, sin despertar dolor marcado.

Tacto rectal: tumefacción difusa, alta, sobre el lado izquierdo, no indurada y dolorosa.

Radiografía. — Fractura del iliaco en el fondo del cótilo y en el pubis, con hundimiento del fragmento en la pelvis. Cabeza femoral en la pelvis. Fractura del pequeño trocánter (Dr. Cunha).

Como vemos en la radiografía N.º 1, se observa netamente un trazo de fractura



Rad. 1. — Se observa con nitidez el trazo de fractura que interrumpe la continuidad del estrecho superior; el isquion profundamente rechazado en la pelvis por la cabeza femoral.

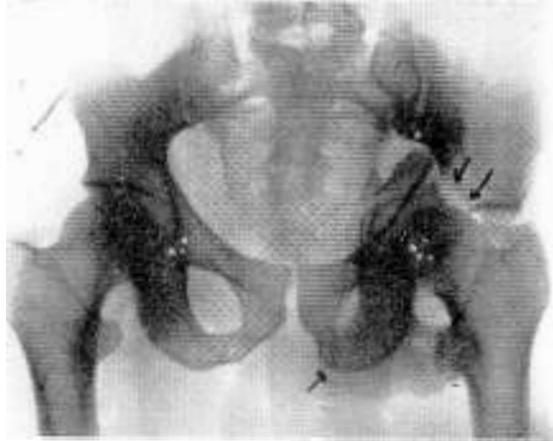
que, partiendo de un punto situado entre la espina iliaca ántero-superior y la eminencia ileo-pectínea, se dirige hacia atrás, para terminar sobre la gran escotadura ciática, dividiendo el cótilo en dos porciones desiguales; el fragmento inferior, constituido por las porciones pubiana e isquiática del acetábulum, es rechazado hacia el interior de la pelvis por la cabeza femoral, que también penetra en la pelvis, desbordando la porción iliaca del cótilo, que ha quedado en su sitio normal; el gran trocánter llega al contacto con el reborde cotiloideo. Esta háscula considerable ha sido posible merced a una fractura en la rama isquio-pubiana, que se desplaza, alterando el contorno del agujero obturador. Integridad de la pelvis del lado opuesto.

Radiografía N.º 2. — Obtenida oblicuamente, se observan netamente los fragmentos cotiloideos.

Tratamiento. — Raqui anestesia. Dr. Cantón y Pte. Tapela.

Transfixión del gran trocánter por clavo de Steinman; se intenta una reducción

inmediata, como aconseja Putti (Chir. degli Org., de Nov. 1926), por tracción sobre el estribo, que fracasa por ceder el punto de implantación ósea del clavo, colocado tal vez superficialmente por la dificultad que ofrecía el gran trocánter, hundido y rotado hacia atrás: se practica entonces un colgajo y se coloca el clavo bajo e.



Rad. 2. — Desplazamiento neto del fragmento cotiloideo por la cabeza que penetra en la pelvis.

control de la vista y sin otra maniobra se instala una tracción continua lateral sobre el estribo por pesas (7 kilogramos que, al día siguiente, se ascienden a 9) y longitudinal por un Tillaux (5 kilogramos, luego 7). La contra-extensión realizada por el peso del cuerpo, levantando los pies del lecho e inclinándolo sobre el lado sano.



Rad. 3. — Cabeza femoral en su sitio. Reconstitución, con ligero desplazamiento, de la arquitectura pelviana.

Radiografía N.º 3 (de contralor). — La cabeza femoral ha vuelto a su posición normal, pero persiste aún cierto desplazamiento del fragmento cotiloidea. La rama isquio-pubiana y el agujero obturador han recuperado su aspecto normal.

Se considera satisfactorio el resultado obtenido y no se practican maniobras de reducción intra-rectales, como aconsejan algunos autores, por temor a una herida del recto por los fragmentos irregulares.

Se quitó el clavo a los 22 días y se sustituye por un aparato de yeso pelvi-pedio, aplicado sobre el Tillaux, que continúa su acción. El yeso se quita a los 20 días y la tracción por el Tillaux a los 65 días. El enfermo se levanta a los dos meses y medio.



Rad. 3.—Consolidación avanzada, neoproducciones óseas sobre el borde superior del gran trocánter.

En este enfermo colocamos un yeso provisorio (práctica que consideramos inútil), por tratarse de un enfermo que se mostraba rebelde a guardar cama.

Las fotos obtenidas el mismo día de las radiografías 4 y 5, demuestran el resultado obtenido. Camina bien, con ligera claudicación cuando recorre largos trayectos. Movimientos articulares limitados para los movimientos en su amplitud máxima.

En la etiopatogenia de estas fracturas se señala un traumatismo violentísimo, tal como el recibido por el enfermo, que debe obrar directamente sobre el gran trocánter en una dirección determinada y una resistencia particular del cuello, para que resista y no se fracture.

Experimentalmente, el miembro debe estar en extensión, en posición intermedia de ad y abducción y rotación interna, para obtener el máximo de contacto con la cavidad cotiloidea, obteniéndose así diversos tipos de fractura, de las cuales el más típico es una fractura a tres fragmentos, cuyos trazos recuerdan la disposición del cartílago en Y. La penetración de la cabeza femoral en la pelvis es señalada por Cottalorda en una proporción de 30 % para la irrupción parcial y 39.5 % para la total, acompañándose de irradiación a lo lejos de los

tiazos de fractura en general hacia la rama isquio-pubiana. El desplazamiento puede hacerse a expensas de la porción pubiana de la cavidad, ya a expensas de la porción isquiática o de ambas a la vez, como en nuestra observación.

Nos hemos permitido presentar unos esquemas tomados de los trabajos experimentales de Walter, Cottalorda y Thévenot y de las observaciones que hemos podido consultar, señalando los diversos ti-



Rad. 5. — Obtenida al mismo tiempo que la anterior. Se observa la superficie articular reconstituida con muy ligero desnivel.
Interlínea articular bien conservada.

pos de fractura que, interesando el cótilo, son susceptibles de acompañarse de desplazamiento del fragmento hacia el interior de la pelvis.

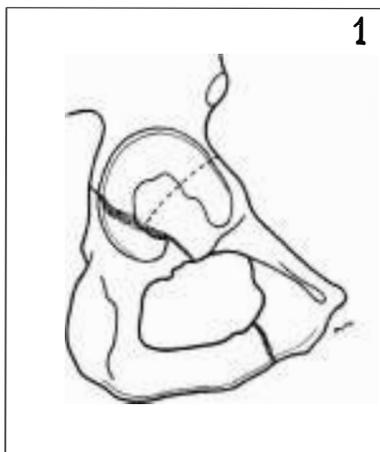
El esquema N.º 1 señala el tipo de fractura de Walther, obtenido por choque sobre el isquiún, con su variedad N.º 2.

El N.º 2 señala la fractura clásica en Y, a tres fragmentos.

El N.º 3 es la fractura determinada por Tanton, fractura del cuadrante ántero-lateral de la pelvis, acompañada de disyunción de la sínfisis pubiana, denominación que, a nuestro entender, no señala con precisión la lesión dominante (fractura del cótilo), que la distingue de las otras fracturas de la pelvis por su sintomatología, pronóstico y diagnóstico.

El N.º 4 corresponde al esquema de nuestra observación.

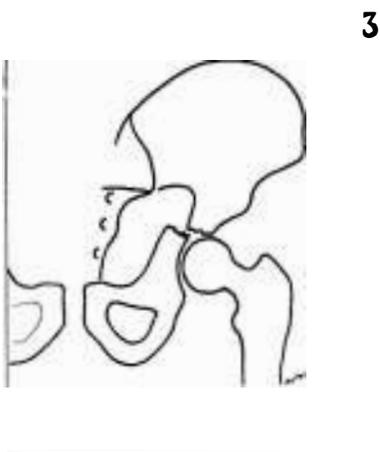
El N.º 5 se trata de una fractura con desplazamiento de la porción pubiana de la cavidad cotiloidea.



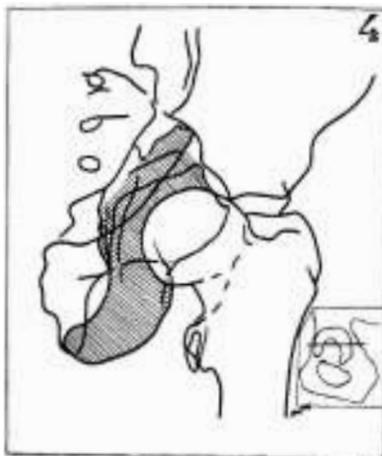
Esquema N.º 1. — Fractura de Walther (trazo que comienza en la escotadura ciática, atraviesa el cótilo y se prolonga sobre la rama isquiopubiana).



Esquema N.º 2. — Fractura en Y de los clásicos.



Esquema N.º 3. — Fractura del cuadrante antero-lateral de la pelvis (Tanton).



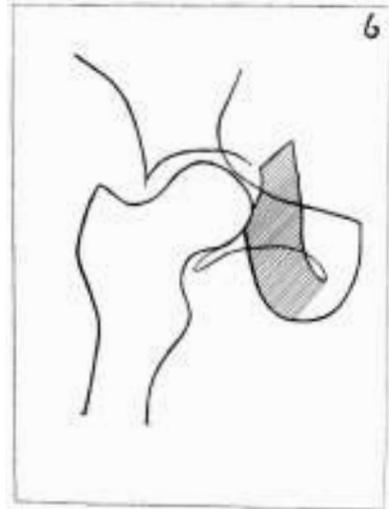
Esquema N.º 4. — Fractura transversal o transcótilo-pelviana. Según la clasificación que proponemos. (Nuestra observación).
Interesa el estrecho superior e isquión.

El N.º 6 es una fractura de la porción isquiática de la cavidad, con desplazamiento.

La clasificación de las fracturas del cótilo ofrece cierta confusión. De acuerdo con los diversos tipos que se presentan en la práctica y



Esquema N.º 5. — Fractura pubo-acetabular, id. id. (Observación tomada de Froelich — *Revue d'Orthopédie*, 1919). Continuidad del isquión y ranura isquiopubiana conservada.



Esquema N.º 6. — Fractura isquio-acetabular, id. id. (Observación de Lenormant. — *Presse Médicale*, 1928). Integridad del estrecho superior de la pelvis.

que hemos esquemático, tomando como base la lesión anatómica del acetábulo, lesión predominante y considerando las lesiones de las ramas isquio-pubiana y pubiana como secundarias en el pronóstico y tratamiento, esbozamos una clasificación que es una simplificación y modificación de las diversas existentes.

CLASIFICACION

- A) Fracturas sin desplazamiento o con mínimo desplazamiento.
- B) Fractura con desplazamiento acentuado.
 - Fractura rectilínea.
 - Fractura a 3 fragmentos en Y.
 - Fractura a 4 fragmentos (Cottalorda).
- a) Pubo-acetabular (Observación de Froelich — esquema N.º 5).
- b) Isquio-acetabular (Observación de Lenormant — esquema N.º 6).
- c) Transversal o transcótilo-pelviana. (Caracterizada por in-

- terrupción total de la cintura pelviana (nuestra observación — esquema N.º 4).
- Tipo de transición entre las fracturas del cótilo y las grandes fracturas de la pelvis.
- d) Por perforación: la cabeza femoral perfora el cótilo y se encaja; prácticamente excepcional. Observación de Vaquez, considerada única en la literatura por la forma del desplazamiento, en vidrio de reloj del fondo.

Respecto a la fractura del pequeño trocánter, es secundaria y producida posiblemente por una contracción violenta del psoas ilíaco, a tratar de evitar el enfermo su caída al pavimento. Tal vez el fragmento desplazado, irritando y traumatizando el psoas, ha contribuido a la contracción enérgica de este músculo.

El cuadro clínico ofrecido por estos enfermos se halla admirablemente sintetizado en la frase con que inicia Thévenot su trabajo (*Revue de Chirurgie*, 1904) y que dice así:

“A consecuencia de una caída llevando sobre el gran trocánter, se observan enfermos que se quejan de su región traumatizada. No presentan signos ordinarios de fractura de pelvis, no tienen fractura de cuello y por exclusión se hace el diagnóstico de contusión de cadera, pero que no da cuenta de los fenómenos de artritis que se desarrollan secundariamente y de la impotencia funcional que persiste largo tiempo. En estos casos, la radiografía y el tacto rectal o vaginal, demuestran que se trata de una fractura de la cavidad cotiloidea.” —

Destot señala la equimosis numular escrotal como signo patognomónico, pero tardío. No vamos a transcribir la profusa sintomatología que se halla en todos los trabajos, más o menos semejante; solamente señalaremos dos síntomas que nos llamaron la atención en nuestro enfermo: 1.º) impotencia funcional relativa y posibilidad de imprimir movimientos de cierta amplitud en la cadera, en franco desacuerdo con la gravedad de la lesión comprobada radiográficamente, ya señalada por Lenormant (enfermo de Pollosson que llegó caminando al hospital); en una observación de Haudech (citado en el trabajo de Froelich), en la cual el enfermo se levanta y da algunos pasos, y más recientemente en una observación de Mocquot (*Bull. Soc. de Chir. de París*, 1928), en la cual el enfermo se mantiene de pie, de donde se deduce que si bien la impotencia funcional absoluta es la regla, no es posible afirmar en absoluto la benignidad de la lesión, del hecho de su inexistencia; 2.º) el otro síntoma es la comprobación de una depresión considerable en la cara externa del muslo, debajo del gran trocánter, signo que Allis ha descripto como debido a la flacidez del tensor del fascia lata, por el rechazo hacia adentro del gran trocánter, tan neto en nuestro enfermo que simulaba una ruptura muscular.

Pronóstico. — Del punto de vista vital es serio, pues hay estadísticas con elevada mortalidad, comportándose como las graves fracturas de pelvis por las complicaciones viscerales, vasculares y nerviosas.

Funcionalmente debe ser encarada esencialmente como una fractura intraarticular de la cadera, con todas las secuelas que se originan, dependiendo del tipo de fractura, del grado de desplazamiento y sobre todo de la reconstitución integral de la superficie articular, factor fun-

damental del buen funcionamiento ulterior de la articulación. En nuestro enfermo, el resultado funcional es satisfactorio, a pesar que la existencia de neoproducciones óseas y de cierta anarquía articular ensombrece el pronóstico futuro.

Tratamiento. — La directriz fundamental es obtener la reconstrucción del cótilo dislocado. Todos los métodos que han sido preconizados parten de la base, que los fragmentos desplazados continúan unidos al fémur por ligamentos poderosos, de tal manera que traccionando sobre éste se obtendrá la reducción.

Se ha intentado ésta por maniobras externas, ya inmediata, bajo anestesia, traccionando sobre el miembro en extensión y abducción o por el procedimiento de Withman, semejante al que éste preconiza en el tratamiento de las fracturas del cuello, colocando el miembro en abducción extrema y aparato de yeso; puede reproducirse el desplazamiento bajo el yeso.

Roux y Bardenheuer preconizan el método lento, por tracciones lateral y longitudinal asociadas, obteniendo la reducción progresiva por extensión continua con pesas, método difícilmente tolerado por el enfermo.

Böhler, en caso de gran desplazamiento, los coloca en un aparato de tracción a tornillo y colocación en una férula de Braun combinando con maniobras intra-rectales, siempre que no existan fragmentos en punta que contraindiquen esta maniobra.

Putti señala que aquí lo que prima no es tanto la reducción que, según él, se obtiene fácilmente, sino la contención, por ser la característica de este tipo de lesión la reproducción del desplazamiento y preconiza la tracción directa sobre el gran trocánter por clavo transfixiante, tracción en dirección del eje del cuello y mantenimiento de la reducción por tracción elástica, apoyando en un aparato de yeso.

Leveuf ha creado un dispositivo semejante, pero en el cual la tracción se ejerce sobre el cuello por un tornillo, traccionando por un dispositivo semejante al de ciertos sacacorchos, y reducción progresiva en varios días. En el número 15 del "Boletín de la Sociedad de Cirugía de París", de este año, existe una comunicación de un autor, Guillermo, quien adapta el aparato de Leveuf a una "attelle" de Thomas, dispositivo muy semejante al que está descrito y aplicado en una comunicación de Cubbins, Colley y Callaghan en el *Surgery, Gynecol., etc.*, del mes de Setiembre de 1930.

En nuestro enfermo hemos aplicado el tratamiento de tracción lateral discreta asociada a una tracción longitudinal; la cabeza ha vuelto a su posición normal, pero permite cierto desplazamiento cotiloideo; a pesar de ello, por lo que hemos tenido ocasión de consultar

y por el resultado funcional satisfactorio que hemos obtenido, creemos que es el tratamiento de elección, actualmente, que realiza el desiderátum de la reducción y contención; aplicado precozmente, hará desaparecer el viejo capítulo de las llamadas luxaciones irreductibles y si en algunos casos hay persistencia de algún pequeño desplazamiento, éste es compatible con un resultado funcional bueno, sin tener que recurrir a intervenciones cruentas, cuya gravedad no está de acuerdo con la importancia del desplazamiento residual.

BIBLIOGRAFIA

- Basset. — Bull. de la Soc. de Chir. de París, 1922.
 Böhler. — Fracturas.
 Chaliier. — Bull. de la Soc. de Chir. de París, 1921.
 Cubbins, Colley y Callaghan. — Surgery, Gynecology, etc., 1930.
 Coletti. — Chir. degli org. di movimento, 1933.
 Cottalorda. — Lyon Chirurgical, 1923.
 Delannoy. — Revue de Chirurgie, 1921.
 Froelich. — Revue d'Orthopedie, 1919.
 Guibé. — Revue de Chirurgie, 1904.
 Guillermo. — Bull. de la Soc. de Chir. de París, 1935.
 Lenormant. — Presse Médicale, 1928.
 Leveuf. — Bull. de la Soc. de Chir. de París, 1932.
 Mocquot. — Bull. de la Soc. de Chir. de París, 1928.
 Paire. — Bull. de la Soc. de Chir. de París, 1931.
 Putti. — Chir. degli org. di movimento, 1926.
 Romani. — Chir. degli org. di movimento, 1928.
 Tanton. — Fracturas.
 Thévenot. — Revue de Chirurgie, 1904.
 Walther. — Bull. de la Soc. Anatomique, 1891.

*A propósito del «pie Valgus post traumático»
 Consideraciones sobre su tratamiento.*

Por el doctor JOSE L. BADO

Hay un capítulo en la patología de las deformaciones esqueléticas post-traumáticas que ha ocupado con persistencia singular la atención de los cirujanos ortopedistas. Su frecuencia tal vez y sobre todo la complejidad de las causas que la determinan y la fijan, al lado de la gravedad de los trastornos funcionales que provocan, han multiplicado