

Trabajo del Servicio de Traumatología, Hospital Pasteur, Clínica Quirúrgica del Prof. Blanco Acevedo, médico Jefe Dr. José L. Bado.

DECOLAMIENTOS TRAUMÁTICOS DE LA EPÍFISIS FEMORAL INFERIOR

(A propósito del tratamiento de sus secuelas, los decolamientos viciosamente consolidados, en tres casos personales)

Pedro - V. PEDEMONTE

Relator: JOSÉ LUIS BADO

El tema de la comunicación, la brevedad con que están resumidas las observaciones y el interés de las conclusiones terapéuticas me inclinan a leer el trabajo del Dr. Pedemonte, dejando para el final un comentario de dos palabras.

Los decolamientos traumáticos de la epífisis femoral inferior no cuentan entre el material corriente de las clínicas quirúrgicas. Son, sin embargo, entre los decolamientos epifisarios traumáticos, los más frecuentes, juntos con los del puño.

Los textos clásicos, no le dedican a este tema en particular sino muy pocas líneas y los artículos publicados al respecto son bien escasos. No hay nada citado en la literatura científica nacional, y en la extranjera de estos últimos tiempos; solamente conocemos un artículo de Heller, publicado en el "Journal of Bone and Joint Surgery" del año 1933, referente a un caso de decolamiento traumático reciente, tratado por la tracción esquelética, y otro de Kurlander, citado por Heller, publicado en el "Journal of American Medical Association" del año 1931 y que se refiere a tres casos también recientes.

Nada hemos encontrado publicado en especial, sobre las se-

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía de Montevideo, en la sesión del día 27 de agosto de 1937.

cuelas de tales lesiones o sean los decolamientos viciosamente consolidados. Esta falta de datos bibliográficos en una afección que según nuestra estadística no es tan rara como se admite corrientemente, justifica sobradamente el interés de esta presentación. Es por eso que, habiendo tenido oportunidad de estudiar en el Servicio de Traumatología, tres casos de este tipo de lesión, encontramos de interés contribuir con nuestra observación personal, a dilucidar algunos puntos oscuros de este importante capítulo de la Cirugía Traumática.

Aún cuando la falta de un estudio completo de estas secuelas invita a hacer una extensa exposición de ellas, no lo haremos sin embargo en este momento, limitándonos tan solo a tratar algunos de sus puntos principales. (1)

Antes de entrar al estudio de las consideraciones que nos han merecido nuestros casos, veamos un resumen de sus historias clínicas.

PRIMER CASO. — J. A. C. C., 16 años, uruguayo, H. C. 573.

Decolamiento epifisario de la extremidad inferior del fémur, viciosamente consolidado, con la epífisis hacia atrás.

Causa de ingreso: déficit funcional de su rodilla derecha y cojera.

Evolución. — El 18 de julio de 1935, jugando un partido de football recibió un violento traumatismo en su rodilla derecha. No puede precisar claramente los detalles mínimos de este acto, pero recuerda que al arrojarse a los pies de un jugador contrario cayó al suelo sobre el costado izquierdo, quedando el miembro inferior derecho apoyado en el suelo solamente por el borde interno del pie. Fué así que estando la rodilla en el aire, recibió el fuerte golpe sobre la cara externa de ésta y dirigido hacia adentro.

Enseguida, impotencia funcional absoluta y dolor. Se le hicieron entonces los cuidados solícitos que se prestan en las canchas de football en esas circunstancias, masajes, tironeamientos, etc.

Al otro día rodilla muy tumefacta y dolores intensos a la menor tentativa de movilización; su rodilla desde el golpe tomó la posición de flexión de unos 130°. No vé médico al principio, siendo asistido solamente por masajista. El 15 de agosto, un mes después del accidente, ingresa al Hospital Maciel, donde bajo anestesia general se le hace una tentativa de reducción manual sin resultado. Se le propone la intervención quirúrgica que no acepta, e ingresa al Servicio de Traumatología el 2 de octubre de 1935, no habiendo hasta ahora podido recuperar la marcha.

Eramen. — Estado general excelente. Contextura física normal, en rela-

(1) Véase: "Decolamientos epifisarios traumáticos de la extremidad inferior del fémur viciosamente consolidados" por los Drs. Bado y Pedemonte, publicado en "Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica", del mes de octubre de 1937, N° 10.

ción con la edad. *Miembro inferior derecho*, rodilla en flexión de unos 130°; esta articulación es más voluminosa que la homóloga opuesta. Presenta signos de derrame ligero. Su rótula es móvil y al desplazarla, pasivamente en el sentido transversal provoca un choque de su cara posterior contra un obstáculo óseo intraarticular. Por dentro del borde interno de la rótula, a unos 2 cent. más o menos, se palpa una saliente ósea regular e indolora. En la posición fija de 130° que guarda la rodilla la parte fémuro rotuliana hace, hacia adelante, una fuerte saliente, mucho más que normalmente, dando la impresión de una subluxación posterior de la pierna sobre el muslo.

La extremidad inferior del fémur, fuertemente engrosada a la palpación parece haber orientado sus condilos en un plano más posterior que normalmente.

Movimientos. — Activos: solo posibles en una excursión de unos 10°, en el sentido de la flexo extensión.

Pasivos: se logra llevar la rodilla de 80° de flexión a 130° de extensión. Además la rotación interna y externa se hallan evidentemente exageradas. Signo del cajón anterior, positivo. Crujidos articulares muy marcados.

Medidas. — Circunferencia de las rodillas:

Derecha	37 ½ cent.
Izquierda	35 ½

Pantorrillas:

Derecha	29 cent.
Izquierda	29 "

Muslo a 20 cent. de la espina ilíaca ántero superior:

Derecha	44 cent.
Izquierda	47 "

Posición de pie: posible sin ayuda, con la rodilla en semi flexión, apoyando principalmente con la pierna izquierda.

Deambulación: imposible porque durante el apoyo del miembro enfermo, la pierna se flexiona por el peso del cuerpo.

Radiografías. — Decolamiento epifisario de la extremidad inferior del fémur, con desplazamiento de los condilos hacia atrás y de la diáfisis hacia adelante y adentro. Marcado proceso de osificación en el foco de decolamiento y en el 1/3 inferior de la cara posterior del fémur, zona deperiostada. Radiografías N° 1 y 2.

Terapéutica. — Operación el 18 de noviembre de 1936. Dr. Bado, Vázquez y Pedemonte. Raquianestesia Garrot. Incisión de unos 12 cent. de largo, sobre el borde externo del 1/3 inferior del muslo; sección de la aponeurosis. Pasando entre el recto anterior y el basto externo, cortando algunas fibras de este haz muscular se llega al foco de fractura. Ruginando se determina la línea del decolamiento; a su nivel osteotomía curvilínea a concavidad superior. Se obtiene la reducción manualmente, haciendo deslizar el fragmento inferior en el superior, colocando la pierna en extensión. Cierre por planos sin drenaje. Yeso pelvi pedio, con el miembro en esa posición.

Radiografía de control: radios N° 3 y 4. La reducción tanto de frente como de perfil es excelente.

Enero 8 de 1936. — Ha evolucionado sin novedad; se corta el yeso, herida cicatrizada "per priman"; se quitan los puntos. Rodilla globulosa pero sin derrame. Clínicamente callo sólido e indoloro al nivel del foco de la osteotomía; se comienza sesiones de fisioterapia activa y pasiva y la deambulacion.

Febrero 20 de 1936. — Se ha reintegrado a su vida habitual. No siente ninguna molestia; su rodilla ha recuperado completamente su funcionalidad.

Abril 1937. — Lo volvemos a ver; camina, salta. Ha vuelto a jugar al football sin ningún inconveniente. No hay atrofiás, no hay desviaciones, ni acortamientos.

Radiografías. — En la de frente no hay casi vestigios de la lesi6n, en la de perfil en cambio, persiste bien evidente los restos de la osificaci6n peri6stica en el 1/3 inferior de la cara posterior del f6mur.

SEGUNDO CASO. — V. C., 16 años. Ingres a 15 de julio de 1936. H. Clínica N° 2245. Decolamiento epifisario de la extremidad inferior del f6mur secundariamente expuesto y viciosamente consolidado, con la epifisis hacia adelante.

Evoluci6n. — Hace unos dos meses rod6 de un caballo, cayendo violentamente al suelo. Enseguida sinti6 un vivo dolor en su rodilla derecha y absoluta impotencia funcional; no pudo ponerse de pie por sus propios medios. Fu6 llevado al Hospital de Fray Bentos donde se le coloc6 una tracci6n continua sobre las partes blandas, al leucoplasto.

Al mes m6s o menos de tratamiento, y sin grandes manifestaciones prodr6micas se abri6 una coleccion supurada en la parte posterior y externa de la rodilla, dando salida a abundante pus y a un extremo 6seo.

Desde entonces el hueso asoma a la superficie seg6n lo muestran las fotografías tomadas en el momento del ingreso del enfermo al Servicio de Traumatología, dos meses despu6s del accidente.

Examen: Estado general excelente, se trata de un adolescente robusto, musculoso y bien desarrollado.

Miembro inferior derecho. — Notablemente m6s corto que el izquierdo, rodilla en extensi6n. En su cara externa al nivel de su interlnea articular se observa una amplia ulceraci6n de la piel por la que asoma al exterior la extremidad inferior de un segmento 6seo, dirigido oblicuamente hacia abajo y afuera y que no puede ser otro que la extremidad inferior de la diáfisis femoral. La presencia de esta hernia 6sea significa del punto de vista funcional un freno en la flexi6n de la rodilla que cumple solamente en unos 20°.

La rodilla es globulosa; la r6tula est6 libre. No hay choque rotuliano. Por encima y por fuera de la r6tula se palpa una tumefacci6n dura y regular que corresponde a un callo de fractura. Gruesa adenopatía inguinal derecha.

M6didas. -- Espina ilíaca ántero superior a maleolo interno.

Izquierda	88
Derecha	83

Muslo, a 25 cent. de la espina ilíaca ántero superior:	
Izquierdo	46
Derecho	43 ½
Pantorrillas:	
Izquierda	30
Derecha	29

Movilidad cadera y cuello de pie: normales.

Rodilla se efectúa solamente en unos 20° en el sentido de la flexo extensión.

Posición de pie: posible sin ayuda; con marcado acortamiento del miembro inferior derecho que se pone de manifiesto por la fuerte inclinación de la pelvis y del tronco hacia la derecha.

Deambulaci6n: imposible.

Radiografías. — Radios N° 5 y 6. En la de frente se observa la fuerte desviaci6n de la diáfisis hacia afuera. Hay además marcada sombra de osificación peri6stica. En la de perfil se observa claramente el desplazamiento de la epífisis hacia adelante y arriba y el extremo diafisario inferior constituyendo un tope óseo para la flexi6n. Contra él viene a chocar en estos movimientos la parte posterior de los platillos tibiales.

Tratamiento: pensamos hacer: resecci6n de los bordes de la ulceraci6n y exéresis del fragmento óseo, y en un 2° tiempo, después de varios meses de cicatrizaci6n completa, osteotomía y regularizaci6n del callo óseo.

Julio 22. — Con anestesia local hacemos resecci6n de los bordes de la herida y del hueso exteriorizado fuera de la herida. Buscamos que cierre por segunda intenci6n.

Setiembre 25. — La herida ha granulado bien, pero no acaba de cubrir el extremo óseo, pues éste aún hace una ligera saliente. Con anestesia local hacemos una nueva osteotomía. Se toman radiografías: frente y perfil. Comienza la deambulaci6n; lo hace sin molestias, con caída del hombro derecho. Notable acortamiento funcional. La rodilla ha recuperado gran movilidad. Se flexiona hasta 70° y la extensi6n va más allá de lo normal.

Radios Nos. 7 y 8. — Se observa el mismo aspecto en general que en las radiografías Nos. 5 y 6, pero se nota la extremidad inferior de la diáfisis más roma, debido a su resecci6n parcial. En la de perfil puede notarse claramente que ha desaparecido con esa resecci6n, el tope óseo que limitaba la flexi6n y que ahora se cumple hasta los 70°.

Enero 1937. — La herida se ha cicatrizado completamente. Persiste la misma movilidad de la rodilla que en el examen anterior.

Posici6n de pie: posible sin ayuda. Espina ilíaca ántero superior más descendida que la izquierda. Deambulaci6n: posible sin ninguna ayuda, con caída del hombro a derecha. La marcha se hace fácilmente y sin cansancio.

El enfermo está muy satisfecho del resultado obtenido hasta ahora; desea volver a su hogar y nos pide insistentemente el alta. Se la concedemos con la indicaci6n de volver dentro de varios meses para completar su tratamiento con una osteotomía correctora. Hasta la actualidad no ha vuelto.

CASO N.º 1

RADIOGRAFÍA 1

La lesión de frente



CASO N.º 1

RADIOGRAFÍA 2

La lesión de perfil.



CASO N.º 1

RADIOGRAFÍA 3

La lesión de frente después de la osteotomía correctora.



CASO N.º 1

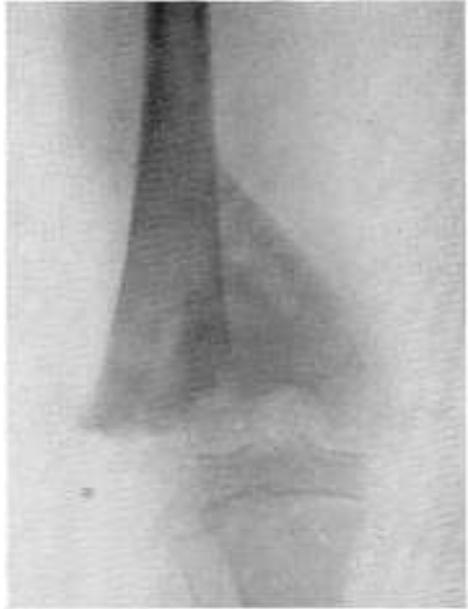
RADIOGRAFÍA 4

La lesión de perfil después de la osteotomía correctora.

CASO N.º 2

RADIOGRAFÍA 5

La lesión de frente.



CASO N.º 2

RADIOGRAFÍA 6

La lesión de perfil.



CASO N.º 2

RADIOGRAFÍA 7

La lesión de frente después de
la osteotomía parcial.



CASO N.º 2

RADIOGRAFÍA 8

La lesión de perfil después
de la osteotomía parcial.

CASO N.º 3

RADIOGRAFIA 9

La lesión de frente.



CASO N.º 3

RADIOGRAFIA 10

La lesión de perfil.



CASO N.º 3

RADIOGRAFIA 11

La lesión de frente después de la osteotomía correctora.

CASO N.º 3

RADIOGRAFIA 12

La lesión de perfil después de la osteotomía correctora.



TERCER CASO. — H. C., 16 años. H. C. 4083.

Decolamiento epifisario de la extremidad inferior del fémur viciosamente consolidado con la epifisis hacia atrás.

Enfermedad actual. — Hace alrededor de unos 5 meses, jugando al football recibió un fuerte golpe en su rodilla derecha. Un jugador contrario se le arrojó a los pies cayendo con el peso de su cuerpo sobre esa articulación. No puede precisar los detalles exactos del accidente y que son los que tendrían más valor para determinar el mecanismo de la lesión. Enseguida intentó levantarse, pero sintió un vivo dolor al nivel de la rodilla, y tuvo la sensación de que ésta había salido de su sitio. Fué atendido inmediatamente por el médico de la localidad, quien le hizo, según cuenta el enfermo maniobras manuales, hasta lograr "hacer entrar la rodilla en su lugar".

Al otro día gran tumefacción de la articulación precisando guardar cama durante 9 días. Al cabo de este tiempo volvió a reanudar la marcha, haciéndolo con mucha dificultad, y con grandes dolores por lo cual se ayudaba con un bastón. Poco a poco fué recuperando mayor funcionamiento de su articulación, hasta llegar al grado actual, hace ya unos dos meses.

Por la persistencia de ese déficit funcional y por la deformación de su rodilla nos es enviado, ingresando al Servicio de Traumatología el 7 de Abril de 1937.

Examen. — Abril 12 de 1937. Unos 5 meses después del trauma. Estado general excelente, se trata de un adolescente, bien desarrollado. Musculatura tónica, escaso panículo adiposo.

Miembro inferior derecho. — Ligera atrofia de muslo y pierna. Pierna en flexión de unos 140° sobre el muslo; lateralmente forma con el eje de este último un ángulo abierto afuera de unos 150°. Rodilla deformada con aumento del diámetro ántero-posterior, como en las luxaciones posteriores de la tibia. En su cara anterior, en su mitad interna hace saliente una extremidad ósea, que está por debajo de las partes blandas y que corresponde a la extremidad inferior de la diáfisis desplazada hacia el plano mediano. No hay síntomas de derrame articular. Rótula móvil. La palpación no despierta ningún punto doloroso, y cuando se pretende determinar el área de los cóndilos se puede constatar que se hallan desplazados hacia atrás en un plano posterior al eje del fémur.

La flexión de la rodilla pone más en evidencia la saliente ósea de su cara anterior.

Movilidad. — Activa; cadera y pie normales. Rodilla: flexión completa y aún exagerada. Extensión hasta 140°.

Pasiva: la extensión de la rodilla no puede hacerse más allá del ángulo 140°. Allí la articulación sufre una detención brusca, semejante a la que se percibe cuando se pretende exagerar el movimiento de extensión normal de la rodilla, como si en ese punto la articulación hubiera terminado su excursión. Movimientos de rotación interno y externo de pierna exagerados. Signo del cajón anterior muy marcado.

Posición de pie: posible sin ayuda; con acentuación de la deformidad y caída de la pelvis de ese lado, por el acortamiento anatómico del miembro.

Deambulacion: posible sin ayuda, con gran claudicacion del miembro enfermo.

Medidas. — Distancia espina maleolar: izquierda: 88 cents. Derecha: 82 cents.

Circunferencia del muslo a 21 cent. de la espina iliaca anterio superior: izquierda: 49 cents.; derecha: 45 cents.; rodilla izquierda: 33 ½ cents.; derecha: 32 cents.

Radiografias. — Radios Nos. 9 y 10. Decolamiento de la extremidad inferior del fémur con desplazamiento de los condilos hacia atrás. Obsérvese la intensa osificacion perióstica en el 1/3 inferior de la cara posterior de la diáfisis.

Abril 16 de 1937. — Operacion. Dres. Bado, Vázquez y Pedemonte. Anestesia raquídea Garrot. Incision sobre la cara anterio interna del muslo, vertical de unos 12 cents. de largo. Su tercio inferior invade la tumoracion clinica que hace la extremidad inferior del fragmento superior debajo de la piel. Se incinde piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis. Se observa que la extremidad inferior del fragmento superior hace saliente justo en el borde inferior del vasto interno. Se penetra a través de este músculo aprovechando su intersticio celular, y se cae sobre una bolsa serosa de neoformacion, independiente de la gran cavidad articular que cubre la extremidad inferior del fragmento superior. Se abre su pared profunda y ruginando a ambos lados, afuera y adentro, se pone al descubierto el foco del decolamiento. Con un golpe de escoplo se reseca la saliente exagerada del fragmento superior.

Se hace luego osteotomia curva a concavidad superior al nivel del antiguo trazo, que sospechamos por la posicion de la extremidad inferior del fragmento superior. Con un ligero esfuerzo colocamos el miembro en extension completa y ligero varo, para corregir el genu valgo existente.

Sutura por planos. Piel con crines. Yeso inmovilizando la rodilla en extension de 180° y ligero "genu-varo".

Abril 20. — *Radiografia de control.* — Radios Nos. 11 y 12. En la de perfil, la reduccion es anatomica, en la de frente persiste una ligera angulacion a vértice interno en el foco de decolamiento.

Mayo 6. — Ha evolucionado sin novedad; se cambia el yeso porque queda grande. Herida cicatrizada "per priman", se quitan los puntos. Al efectuar este nuevo yeso, se exagera el "genu varo". Comienza la deambulacion con su rodillera de yeso.

Junio 15. — Se quita el yeso y comienzan las sesiones de fisioterapia activa y pasiva. Se produce un absceso en la cara interna de la rodilla que nos hace temer un foco de osteítis, pero que cura con simple drenaje, aunque retarda su mejoría.

Julio 8. — Alta; camina, corre y salta sin ayuda. Persiste como única secuela estética un ligero "genu-valgo", y como secuela funcional la limitacion de la extension activa en unos 10°, lo cual creemos terminará de recuperarse con el tiempo.

Consideraciones. — Los decolamientos traumáticos de la epífisis femoral inferior figuran en nuestra estadística como los más frecuentes. Las condiciones anatómicas de inserción de la cápsula y de los ligamentos por debajo de la línea epifisaria, la persistencia de esta línea, verdadero punto débil, en una edad como la de la adolescencia en la que se interviene en actividades tan violentas, y aún las condiciones de exposición de la articulación de la rodilla explican la mayor frecuencia de estas localizaciones.

Nuestros casos no nos permiten agregar ninguna luz sobre el tan debatido tema del mecanismo de los decolamientos. Sólo podemos afirmar que se han producido en jóvenes adolescentes vigorosos, sanos, sin taras patológicas y a consecuencia de violentos traumas.

Nos parece lógico ser escépticos y admitir un mecanismo mixto, mezcla de acciones directas e indirectas.

Un punto que merece detenerse algo más, es el que se refiere a su diagnóstico, en los primeros momentos de producirse, los decolamientos.

En tales circunstancias los decolamientos traumáticos de la epífisis femoral inferior se presentan con las características clínicas de los “*derangements internes*” de la rodilla y su diagnóstico puramente clínico es embarazoso.

Su aspecto no se impone como una lesión seria o se confunde con las luxaciones de la rodilla. En nuestro primer caso el decolamiento quedó ignorado durante más de un mes sin despertar en el enfermo y en los masajistas que lo trataron, la sospecha de una lesión grave, y en el tercero se efectuaron maniobras de reducción como si se tratase de una luxación.

No hemos tenido oportunidad aún, de encontrarnos frente a esta situación, aunque pensamos en el decolamiento en todo traumatismo violento de rodilla sufrido por un adolescente.

Si se tiene presente su posibilidad, si se le sospecha por la edad del enfermo y si se le busca en un examen clínico detenido, previa punción articular si fuere necesario, creemos que se puede llegar a diagnosticarlo certeramente, sin ayuda de los rayos X.

Sin embargo la radiografía es fundamental y no puede olvidarse nunca. Si el diagnóstico clínico de los decolamientos traumáticos recientes de la extremidad inferior del fémur, resulta generalmente difícil, en cambio el de sus secuelas o sea el de los decolamientos viciosamente consolidados es casi siempre fácil.

Basta pensar en ellos para diagnosticarlos. La edad del enfermo constituye el elemento principal que hace sospechar tal lesión; el examen clínico llevado sobre una rodilla sin edema, sin derrame o con muy poco, — permitiendo el estudio de los componentes óseos y de sus desplazamientos — confirma el diagnóstico. Sin embargo aún, la radiografía aquí permanece soberana y permite apreciar todas sus características patológicas desplazamientos, osificaciones, etc., de estas lesiones.

En lo que se refiere al tratamiento, es necesario considerar también el de los decolamientos recientes y el de sus secuelas.

No tenemos experiencia personal de los primeros, pero la ajena y lo observado en el estudio de nuestros casos, nos permite deducir que la reducción de este tipo de lesión resulta generalmente difícil.

Si así no fuera, no hubieran fracasado las maniobras de reducción que se efectuaron en nuestro 3er. caso; y si bien se aplicaron pensando en una luxación posterior de la rodilla, no hubieran dejado de tener éxito si la facilidad de reducción de los decolamientos con desplazamiento de los cóndilos hacia atrás, fuera semejante a la de las luxaciones posteriores de la rodilla.

Además es necesario recordar que en nuestro 2º caso, se efectuó una tracción continua al leucoplasto durante un mes, sin éxito.

Aún más, en nuestro primer caso, — y aunque las circunstancias cambian, porque se efectuó recién al mes de producido el decolamiento, — también fracasó la tentativa de reducción manual, aunque se realizó bajo anestesia general y con todas las garantías de un medio hospitalario.

Si asimilamos los decolamientos traumáticos de la epífisis femoral inferior a las fracturas supra condíleas de fémur cuyas características son tan semejantes en este aspecto, no nos debe extrañar mucho la existencia de esta dificultad en la reducción y el fracaso de las medidas reductoras hasta ahora en boga, las maniobras manuales, y las tracciones continuas sobre las partes blandas.

Esta dificultad en la reducción es debida, además de los inconvenientes propios a la reducción de los desplazamientos de las fracturas yuxta articulares en general, y por todos conocidos, a dos condiciones particulares a este tipo de lesión. La primera,

es la advertida por casi todos los autores, la interposición del estuche perióstico, perforado por la extremidad inferior de la diáfisis femoral desplazada, y la segunda, a nuestro parecer, también de gran valor, al enganche de la superficie cruenta epifisaria en el ángulo postero o antero inferior del extremo distal diafisario, según sea posterior o anterior el desplazamiento de los *cóndilos*.

Si por el conjunto de estas circunstancias la reducción resulta difícil en los decolamientos recientes, a medida que pasa el tiempo se agregan otros factores que la hacen aún más dificultosa.

Además del conjunto de condiciones fisiopatológicas que hacen la reducción de una fractura envejecida más difícil que la de una reciente, se agrega el rápido e intenso proceso de osificación que se produce en estos jóvenes enfermos, con potencias osificantes poderosas no solo en el foco del decolamiento, sino también y principalmente, en la amplia zona deperiostada por el desplazamiento de los fragmentos, como puede verse por el estudio de las radiografías pertenecientes a nuestros enfermos.

Estos últimos factores han intervenido indudablemente, en el fracaso de tentativa de reducción manual efectuada en las mejores condiciones posibles en nuestro primer enfermo al mes de producida su lesión.

Aún cuando no tenemos experiencia personal en el tratamiento de los decolamientos traumáticos recientes de la extremidad inferior del fémur, creemos que no debe, por las razones ya expuestas, emplearse la tracción continua sobre las partes blandas, cualquiera sea el procedimiento elegido.

Sin tener mayor fe en la eficacia de la reducción manual, pensamos que es prudente ensayarla sobre todo en los primeros momentos de producida la lesión, ya sea bajo anestesia general o raquídea. Sin embargo somos partidarios de la tracción esquelética, actuando sobre la tuberosidad anterior de la tibia con la rodilla en flexión como la preconiza Heller.

Aún este poderoso medio de tracción no siempre es eficaz y en caso de fracaso debe recurrirse a la reducción a cielo abierto.

No creemos sea necesario efectuarla actuando la tracción, pues su reducción, por la experiencia que tenemos en nuestros casos personales, es siempre fácil.

La contención tampoco es difícil y no es necesario emplear

ninguna prótesis interna; basta generalmente los aparatos de yeso.

En los decolamientos envejecidos o complicados, una sola medida terapéutica debe seguirse: la reducción cruenta.

En dos de nuestros tres casos la hemos empleado con éxito completo.

Previa preparación habitual de los enfermos a operar, seguida en las clínicas quirúrgicas, a la cual se ha agregado la vacunación preoperatoria y la antisepsia de la región a operar durante varios días, hemos abordado el foco de decolamiento, una vez por su lado externo y otro por el interno.

Generalmente resulta maniobra poco complicada llegar al foco. En los dos casos hemos efectuado osteotomía curvilinea a concavidad superior. La reducción se ha logrado fácilmente por maniobras manuales. En ningún caso tuvimos necesidad de emplear elementos de síntesis y la contención se ha efectuado por medio de aparatos de yeso cerrados que hemos dejado alrededor de cuatro semanas.

En los dos casos el éxito más completo ha sido alcanzado, y en el otro, circunstancias especiales nos han impedido llegar a tan buen fin.

Un último punto queremos tocar antes de terminar: es el que se relaciona con las secuelas de las lesiones de las líneas epifisarias, entre las que se encuentra principalmente los acortamientos.

Nuestro primer caso seguido hasta casi dos años después de su lesión, nos permite demostrar lo falso de la creencia general de dicha secuela.

Nuestro enfermo, a dos años casi de producido su daño a la línea epifisaria, no presenta el más mínimo acortamiento.

Sabemos que se han efectuado numerosas experiencias por parte de Ollier, Bidder, Chillini, Nové, Jossierand, etc., para demostrar la existencia de detenimientos de crecimientos en los huesos con lesiones del cartílago epifisario. Sin embargo, no siempre sucede así, como lo determina nuestro caso y como lo confirma la observación de Bergenfeldt en un artículo publicado en el Acta Chirug. Scand. del año 1932.

La clínica pues, no concuerda en estos casos con los datos experimentales.

Hasta aquí el autor.

Antes de terminar la lectura quisiera insistir sobre la gravedad de estos tipos de lesiones. En mi práctica he observado ya 5 casos, de los cuales 4 eran secuelas, consolidaciones viciosas que ponen en déficit la funcionalidad del miembro inferior, y el otro mereció la amputación del muslo en su tercio inferior por fenómenos gangrenosos consecutivos a la herida de la arteria femoral.

La estadística de Kurlander no es menos elocuente, de tres casos observados por el autor, uno necesitó la amputación por herida vascular.

Es esta razón más que suficiente para prestarle a esa clase de lesiones traumáticas toda nuestra atención.

Solo me resta agradecer en nombre de la Sociedad al Doctor Pedemonte por su interesante comunicación y proponer su publicación en nuestros boletines.

