

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

SUMARIO

Fractura de Dupuytren. — Fijación del Maleolo externo por un tornillo. — Comunicación a la Sociedad de Cirugía por el Prof. H. García Lagos y el Jefe Adjunto de la 4.ª Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur, Dr. César Seoane.

El proceso de distensión visceral aguda en ginecología y el síndrome que lo expresa. — Hechos clínicos. — por los Dres. Stajano y Rodríguez López.

Fístula útero cutánea consecutiva a una cesárea abdominal. — por el Dr. D. Prat.
Cuatro casos de prostatectomía por la perineal. — por el Prof. Mérola y Dres. Caprio y Borrás.

Presentado en la sesión del 5 de Julio de 1929

Preside el Dr. Albo

Fractura de Dupuytren. — Fijación del Maleolo Externo por un tornillo

Comunicación a la Sociedad de Cirugía por el Prof. H. GARCIA LAGOS y el Jefe Adjunto de la 4.ª Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur, Dr. CESAR SEOANE.

Teresa G. de 28 años ingresa a la Sala 18 del Hospital Pasteur el día 28 de Abril de 1929.

Traumatismo del pie derecho. Fractura bimalleolar sin fragmento posterior. Véase placa. Reducciones manuales bajo anestesia local previa radiografía. Resultado incompleto pues el aparato de yeso no corrige bien la mortaja. Por este motivo aconsejo el enclavijado del maleolo externo con un tornillo. El día 4 de Mayo el Dr. César Seoane Jefe adjunto del Servicio realiza bajo anestesia local la operación. El resultado mecánico puede verse en la placa radiográfica. Postoperatorio normal. Alta el 6 de Mayo. El 31 de Mayo se quita la bota enyesada y la anatomía del pie es perfecta. La enferma recupera la función normal del pie con rapidez.

Margarita G. 57 años. — Ingres a la Sala 18 del Hospital Pasteur el 7 de Mayo de 1929.

Fractura bimalleolar con grueso fragmento tibial posterior. Véase placa. Luxación anterior del pie y valgus. Tentativa de reducción bajo anestesia raquídea, enyesado. Resultado inmediato bueno. pero bajo el aparato se produce un desplazamiento en luxación posterior del pie. La mortaja no ha quedado bien reconstruida.

El 10 de Mayo hago con anestesia local el enclavijado con tornillo del maleolo externo, sin tocar el fragmento posterior. La reducción del pie y la reconstrucción anatómica de la articulación es perfecta. Corrección de la diatasis, corrección de la mortaja, corrección del desplazamiento del pie en el sentido antero posterior, y corrección del fragmento posterior. Postoperatorio normal.

Alta a los 4 días, el 14 de Mayo. Se quita el aparato a las 4 semanas y la reconstrucción anatómica funcional no deja nada que desear.

Estas dos enfermas hubieran curado mal con un aparato enyesado. La reducción era posible pero el desplazamiento se reproducía bajo el yeso. Este hecho es más frecuente de lo que parece y por eso las fracturas de

Dupuytren viciosamente consolidadas están en la orden del día de las sociedades de cirugía de todos los países, todos los años.

Yo he operado dos vicios de consolidación por fractura de Dupuytren en los últimos 3 meses. Son estas razones suficiente justificación de volver a hablar sobre un tema viejo bien conocido por los cirujanos especializados pero que a pesar de todos los esfuerzos no se ha vulgarizado suficientemente en el público médico general.

Un enfermo no se deja operar por cualquier cirujano, pero se deja tratar una fractura por un médico general.

Siendo el pie articulación tan importante por sus funciones y siendo la fractura de Dupuytren una fractura articular, hay que tratar de obtener resultados perfectos y no contentarse con resultados "suficientemente buenos". Es cierto que la adaptación funcional puede mejorar un resultado defectuoso, pero en este caso la menor deformación de la mortaja y sobre todo la menor desviación del pie en valgus tendrán con el tiempo un resultado desastroso.

Pierre Duval tiene el gran mérito de haber hecho lo posible para vulgarizar el buen tratamiento de la fractura Dupuytren y su comunicación a la Sociedad de Cirugía en 1923 y la obra de su discípulo Radutzesco, merecen una atención especial.

La comunicación que presento hoy no viene pues a innovar un asunto bien conocido pero si tiene por objeto fijar normas de conducta en el tratamiento de estas fracturas.

Hay fracturas de Dupuytren altas y bajas con muy poco o sin ningún desplazamiento y estas se pueden curar de cualquier manera y el resultado final bueno o perfecto se debe más bien a la benignidad de la lesión y no al método empleado.

Para estas fracturas basta una bota enyesada, un aparato de Delbet o de Finochietto o cualquier otro método de inmovilización y contención.

La vigilancia radiológica debe seguir practicándose para despistar los desplazamientos secundarios.

Hay otras fracturas de Dupuytren que presentan deformaciones características y que vistas con los rayos X corresponden a variedades diversas de esta enfermedad.

Estas fracturas con deformación son a veces fácilmente reductibles y el control radiológico muestra la persistencia de la reducción. Esta variedad puede también tratarse por inmovilización en aparato enyesado, vigilando radioscopicamente la región.

Aquellas fracturas con deformación que una vez reducidas son difíciles o imposibles de contener y aquellas que no pueden reducirse por maniobras externas bajo anestesia raquídea o local, estas deben ser tratadas

por medios quirúrgicos, que son los únicos que dan seguridad de buenos resultados funcionales y anatómicos.

Estos distintos grupos de fracturas difieren sobre todo en la presencia de la diastasis tibio peronea, en la presencia o ausencia de fragmento intermedio y en la presencia o ausencia del fragmento marginal posterior.

La diastasis, el fragmento intermedio, y el fragmento posterior grande son difícilmente gobernados por maniobras externas o contenidos por aparatos de yeso.

La menor desviación en valgus, el menor ensanche de la mortaja y el menor desplazamiento del pie en el sentido antero posterior serán causa de consolidación viciosa, de artritis y de invalidez.

No hay duda que en manos de especialistas, de virtuosos de la ortopedia, pueden obtenerse buenos resultados en algunos casos, pero en general el aparato de yeso es el culpable de la deformación pues oculta las miserias y permite el desplazamiento secundario.

Savariaud pretendió establecer el principio de la **hipercorrección en varus** como método de tratamiento.

Hoy que la observación en la pantalla es rutina de nuestro exámen, sabemos que la hipercorrección no corrige nada. No sirve para corregir la mortaja; no sirve para corregir la diastasis tibio peronea y aún más, en las fracturas bimalleolares muy bajas es una maniobra peligrosa que desplaza el astragalo y deforma la mortaja.

Pierre Duval ya ha insistido bastante sobre este punto y cada día hay más tendencia a la corrección perfecta por medios quirúrgicos de estas deformaciones.

El control radioscópico ha hecho caer de su pedestal a muchos métodos que pretendían reducir y contener bien los fragmentos.

Los métodos quirúrgicos van ganando adeptos y la **tibia bimalleolar de Pierre Duval** es hoy una verdad adquirida como método eficaz de contención y de restablecimiento de la función.

Picot y Cúneo tienen el gran mérito de haber hecho la anatomía patológica de la fractura de Dupuytren y haber demostrado que el pie acompaña al maleolo externo y que la fijación del maleolo externo a la tibia por medio de un tornillo trae el pie a su posición normal bajo el eje del cilindro tibial y al mismo tiempo reduce el maleolo posterior, ya que el poderoso haz peroneo tibial posterior mantiene ese fragmento marginal solidario del maleolo externo.

Ya Lambotte en 1912 preconizó el enclavijado del maleolo externo a la tibia como método preventivo de las consolidaciones viciosas en las fracturas de Dupuytren.

Pues bien fué este método sencillo y eficaz el que aplicamos en los dos casos que son objeto de esta comunicación.

Quien haya hecho con anestesia local esta pequeña operación habrá tenido la sensación de la reducción de la diastasis, conforme el tornillo va penetrando en la tibia. La reducción es perfecta y la contención también. Los resultados anatómicos y funcionales no pueden ser mejores.

El único cuidado que hay que tener al atornillar el tornillo es dirigirlo hacia arriba de modo que pase por encima del techo de la articulación.

No es esta pequeña operación un método que se pueda aconsejar a los médicos generales ni aún a los cirujanos no especializados en fracturas, pero tampoco es el inocente aparato de yeso un arma sin peligros, como lo hemos demostrado.

La fractura de Dupuytren es una fractura muy compleja que siempre debería ser atendida por un cirujano especializado.

Su tratamiento exige un entrenamiento especial y una instalación radiológica completa y por eso es incomprensible que esas fracturas se recibieran en las puertas de nuestros hospitales, se coloquen en goteras de alambre y se envíen a las Salas de Cirugía.

Recien al día siguiente serán radiografiadas, tal vez más tarde aún serán tratadas bien o mal.

Es indispensable considerar las fracturas como cirugía de urgencia, pues la corrección de las deformaciones es muy fácil en el primer momento y del buen tratamiento inicial va a depender el resultado ulterior.

No quiero pintar el cuadro de los resultados desastrosos de las maniobras o métodos mal aplicados. Nuestras salas de cirugía abundan en argumentos impresionantes.

Solo la centralización de las fracturas en una sala de urgencia para fracturas, en cada hospital y a cargo de un personal especializado, es el medio con que podrá nuestra asistencia hospitalaria librarse del reproche de mala organización en el tratamiento de las fracturas.

Todos los esfuerzos de la asistencia de urgencia están dirigidos a la cirugía del tronco y de la cabeza pero la cirugía del esqueleto, que tantos inválidos produce, no ha recibido la misma atención de las autoridades dirigentes.

La incompetencia del médico, o la falta de entusiasmo en la aplicación del tratamiento son las causas que hacen defectuosa la asistencia de las fracturas en nuestro país. Hay que enseñar con la palabra y el ejemplo y hay que corregir métodos defectuosos de organización hospitalaria que son responsables de serias perturbaciones en la capacidad social de los enfermos confiados a nuestros cuidados.

Resúmen:

La fixation de la malleole externe par vis corrige en meme temps la desviation laterale, l'anteroposterieure et le fragment malleole posterieure.

L'appareil platrée permet la reproduction du deplacement.

La methode que je preconise c' est seulement pour reductions difficilement contenables par appareil platré et pour chirurgiens specialistes.





Marg. de G.

