

TRAPUTICA QUIRURGICA.

FRACTURA DE LA ROTULA TRATADA POR LA SUTURA ANTISEPTICA.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Tengo el honor de presentaros, mi trabajo de Reglamento. Trato en él, de un caso de fractura de la rótula, que he observado en mi práctica; y en el que he aplicado con buen éxito la sutura antiséptica.

Pero antes de referir la historia de mi enfermo, debo recordar, que, la fractura de la rótula es un accidente que presenta gran interés práctico, tanto desde el punto de vista etiológico, como terapéutico y anatómico-patológico.

La contracción muscular exagerada, es la causa más frecuente de ella. Los medios que hasta hoy han sido empleados para la mejor coaptación de los fragmentos, son numerosos. Y la disposición anatómica de este hueso y hasta su forma y propia naturaleza, hacen que la cicatriz resultante, no se realice por un tejido huesoso, ni con la regularidad de un callo en cualquiera de los huesos largos; por el contrario, la unión tiene lugar en virtud de un tejido fibroso de nueva formación ó por adherencias que se forman á favor del tejido celular.

Si en el tratamiento de una fractura no se procura tener un callo huesoso, la verdad es, que no se obtendrá la curación.

Y si en algunos casos de fractura no es necesaria algunas veces y ni posible otras, la reunión huesosa, debe de tenerse por regla de buena cirugía, que siempre que se pueda hacer esto, en buenas condiciones, nunca debe desecharse.

En virtud de estos conceptos, yo he considerado siempre la sutura, como el mejor tratamiento de las fracturas de la rótula, cuando son acompañadas de la asepsia y antisepsia más perfectas.

El enfermo á que se refiere mi estudio, es un hombre de 24 años de edad, José Ramírez, que estando trabajando en la Gran Fundación Nacional Mexicana, se cayó de una altura considerable; y habiendo venido á chocar con sus rodillas, se produjo la fractura de la rótula izquierda. La fractura fué transversal; y la manera como se realizó el golpe, me hizo presumir, que fué debida á una contracción muscular muy fuerte. En efecto, es verdad que la caída fué sobre las rodillas: pe-

ro éstas chocaron sobre una superficie plana y estando al parecer, las piernas dobladas en ángulo recto: de consiguiente, las rótulas no tocaron el suelo, sino solamente las tuberosidades de las tibias, de donde resultó, por conmoción una contracción muy enérgica de los músculos, ya estirados fuertemente por la posición y por el esfuerzo que hacían para evitar la caída. Todos sabemos muy bien, la poderosa fuerza de acción que en estos casos poseen los cuatro músculos que se reúnen para formar el tendón llamado *Triceps crural*.

Equimosis muy marcadas sobre la piel correspondiente á la tuberosidad de la tibia izquierda, estaban indicando también, que el verdadero golpe había sido en este lugar.

La fractura estaba situada en el tercio inferior del hueso y pudimos reconocer una separación de los fragmentos como de $2\frac{1}{2}$ centímetros, lo que nos hizo creer, que la lesión estaba limitada al hueso y á las fibras del tendón del *triceps*, que insertadas de trecho en trecho y pasando por delante de la rótula, van á unirse al ligamento rotuliano. Quizás, algunas fibras de la aponeurosis, de cada lado de la rótula, se desgarraron también; pero con seguridad este desgarró no fué extenso, supuesto que la separación de los fragmentos no excedía de los 2 y medio centímetros ya dichos. Sin embargo, durante la primera semana, en la que el derrame fué abundante y en la que también se desarrolló una inflamación del tejido celular, situada en las regiones anterior y laterales de la rodilla, la separación de los fragmentos fué un poco mayor.

En estas condiciones, mi herido no pudiendo tenerse en pié, mandé que se le transportará en una camilla á su casa, á las diez de la noche, hora del accidente, y al día siguiente volví á verlo. He aquí lo que pudimos comprobar.

Inflamación de la rodilla izquierda con fluctuación que indicaba claramente la existencia de un derrame; que revelaba el principio de una artritis traumática, inevitable en estos casos; y la presencia de una poca de sangre, proveniente de la rótula y de los tejidos fibrosos inherentes á ella, que habían sido desgarrados.

Al tacto, se notaba una depresión transversal, que aumentaba cuando yo hacia la flexión de la pierna. Y arriba y abajo de esta depresión, encontraba un fragmento huesoso, que se movía fácilmente en sentido transversal.

Se quejaba el enfermo de un dolor moderado en la rodilla, estando inmóvil el miembro.

Podía hacer la flexión de la pierna; pero le era imposible extenderla, sino con el auxilio de sus manos y apoyando fuertemente el talón sobre la cama y deslizándolo.

A los lados y atrás de la rodilla, se veían equimosis bien marcadas, producidas por la infiltración de la sangre en el tejido celular subcutáneo.

Con todos estos signos hicimos el diagnóstico de una fractura transversal subcutánea de la rótula, producida por contracción muscular.

Y comenzamos el tratamiento de la manera siguiente:

Pusimos el miembro en la extensión y con el pie levantado lo colocamos sobre una canaladura de madera, provista de un buen colchón de algodón, que se extendía desde la mitad del muslo hasta el talón y que terminaba en la extremidad inferior con una tabla vertical, perfectamente adaptada á la planta del pié.

Y para fijarlo más exactamente, hicimos pasar por encima de él, cruzados, unos hilos que atravesaban agujeros que tenía la canaladura. En seguida procuramos tener la posición elevada por medio de un aparato de suspensión y mandamos aplicar una bolsa con hielo sobre la rodilla.

Al tercero y cuarto día la inflamación era casi la misma y la separación de los fragmentos muy marcada.

Y pensando en la dificultad tan grande que hay para obtener la consolidación de estas fracturas, teniendo en cuenta, que en la mayor parte de los casos, lo más que se alcanza es una consolidación fibrosa; y que con una seudartrosis queda altamente perjudicada la rodilla, pues no puede en tales condiciones, tener la fijeza necesaria para los distintos movimientos que debe ejecutar, pasamos revista á todos los métodos empleados para curar esta clase de lesiones, con el fin de adoptar aquel, que sin graves peligros, nos permitiera adaptar los fragmentos y fijarlos perfectamente para conseguir su consolidación; porque no cabe duda que la falta de adaptación permanente ó continuada es la causa de la no consolidación en esta clase de fracturas.

El insigne Cirujano Malgaigne, inventó un aparato llamado Garfios de Malgaigne (Griffes de Malgaigne) para aproximar los fragmen-

tos separados y tener así una reunión huesosa: pero otros cirujanos, no menos distinguidos, sostienen, que jamás han obtenido con este aparato una consolidación huesosa: y que lo más que han conseguido, ha sido una reunión ligamentosa.

Además, se acusa á este aparato de producir muchas veces inflamación más ó menos intensa, que junta con la que casi siempre sigue al traumatismo, causa de la fractura, viene indudablemente á agravar la situación del enfermo.

En presencia de estos inconvenientes, no teníamos razón de preferir este método para curar á nuestro enfermo; principalmente, tratándose como se trataba de una fractura ordinaria, transversal, simple; y más aun; cuando la separación de los fragmentos no pasaba de 3 centímetros.

Ahora, el objeto principal de todos los apósitos empleados en estas fracturas, ha sido aproximar lo más que sea posible, los fragmentos separados á fin de alcanzar una consolidación huesosa ó cuando menos ligamentosa. Para el efecto, se han inventado un gran número de aparatos; ingeniosos los unos, complicados los otros y de ventajas más ó menos grandes.

Pero como lo dice muy bien el sabio Cirujano F. H. Hamilton: los únicos métodos con los cuales se puede esperar una consolidación huesosa son; los Garfios de Malgaigne y la inmovilización directa de los fragmentos por medio de suturas metálicas.

No habiendo podido emplear en el presente caso el método de Malgaigne por las razones ya expuestas, nos decidimos á curar á nuestro herido por medio de la sutura antiséptica de la rótula.

El distinguido Cirujano Lister, puso en voga este tratamiento, practicando la sutura metálica con todas las precauciones antisépticas

Después de tan renombrado Maestro, la sutura fué usada en casos de fracturas recientes y hasta para fracturas no consolidadas, por muchos prácticos eminentes; y todos sin excepción recomendaban este tratamiento, siempre que se le sujetase á las prescripciones antisépticas más severas.

Por todas estas razones y teniendo en cuenta que en mi enfermo se trataba de una fractura indirecta y había un derrame articular que aumentaba la separación de los fragmentos, y no permitía su unión por ninguno de los otros procedimientos, recurrimos á la sutura, que apli-

camos diez días despues del accidente, el Sr. Dr. Fermín Martínez y yo, del modo siguiente.

Cloroformamos al enfermo; en seguida lavamos y limpiamos muy bien la rodilla, luego, por medio de un bisturí aséptico, previamente sumergido en una solución fenicada, hicimos una incisión transversal sobre los tegumentos, al nivel de la separación de los fragmentos, hasta llegar al foco de la fractura; una vez allí, despues de una ligera disección, aplicamos un lavado con el irrigador cargado de una solución de cianuro de mercurio: inmediatamente despues, hicimos la sutura con dos hilos de plata, previamente sumergidos en una solución fenicada, y por medio de la aguja del Dr. Crequy perfectamente aséptica.

Atravesamos los hilos oblicuamente y sin interesar el cartílago articular, Afrontamos muy bien los fragmentos y terminamos la sutura cortando los hilos al ras y abandonándolos en medio de la herida, que cerramos cuidadosamente, suturándola; y poniendo yodoformo, gasa fenicada y algodón absorbente.

Cogimos al miembro y lo pusimos sobre una férula de cartón grueso, que abarcaba toda la pierna, desde arriba del talón y la mayor parte del muslo, y cuya latitud comprendía la mitad posterior de su circunferencia.

Pusimos un poco de algodón en el hueco de la corva y con tres vendas arreglamos el vendaje siguiente: con la primera, vendamos la pierna hasta cinco centímetros de la rodilla; con la segunda, el muslo hasta la misma distancia de la rodilla que la anterior; y con la tercera, dimos algunas vueltas circulares sobre el muslo muy cerca de la rótula, llevamos la venda debajo de la rodilla, en donde dimos otras vueltas circulares, tambien muy cerca de la rótula; y pasamos sucesivamente la venda, oblicua y circularmente, arriba y abajo de los fragmentos, aproximando las vueltas más y más sobre la cara anterior de la rodilla hasta dejar perfectamente cubierta la rótula. Fijamos este vendaje lo mejor que pudimos, y colocamos de nuevo el miembro sobre su canaladura y en posición elevada por medio del aparato de suspensión.

Al tercer día que visitamos al operado; no había huellas de inflamación. Arreglamos el vendaje sin quitarlo, porque se había aflojado un poco, y seguimos visitando á nuestro enfermo cada tres ó cuatro días. Despues de cuatro semanas quitamos el vendaje y al examinar el apósito vimos que la herida de la piel había cicatrizado por primera in-

tención. Los fragmentos parecían unidos, los hilos metálicos no se sentían y la rodilla era un poco rígida.

Un ayudante tomó la rodilla cuidando de la rótula y yo me ocupé de hacer con frecuencia la flexión de la pierna, lo que conseguí sin dolor y sin esfuerzo alguno.

En seguida, volvimos á colocar el miembro como estaba; y todos los días quitábamos el aparato y hacíamos ejercitar á la rodilla,

A los dos meses mi enfermo andaba con una muleta, no sin advertirle el peligro que tenía de que se le rompiera el callo con la mayor facilidad.

Un año despues ví á este individuo perfectamente bueno de su rodilla, pero afectado de tuberculosis pulmonar.

Por el éxito tan completo que hemos obtenido con este procedimiento, creemos, que la sutura metálica es el tratamiento más racional para la fractura de la rótula. Y que para practicar ésta con perfección y sacar de ella todo el provecho necesario, es preciso abrir suficientemente la articulacion; en el concepto de que esto no tiene ningun peligro, cuando se usa la asepsias más rigurosa y se emplean los recursos antisépticos más poderosos.

Tiene este método muchas ventajas sobre los demás; siendo una de ellas, que permite quitar de entre los fragmentos huesosos, el tejido fibroso que resulta del desgarró de los ligamentos; y siendo esto así, se adapta bien y favorece la reunión huesosa.

Pero aun en aquellos casos, en que la aproximación de los fragmentos no sea fácil, hay que contar con la solidez de los hilos metálicos, los que en virtud de la gran resistencia que nos prestan, hacen la adaptación continuada y ocasionan la consolidación.

No debemos ocultar que durante el curso del proceso cicatrizal, pueden presentarse algunas complicaciones que debemos preveer, á fin de evitarlas á tiempo.

Pero precisamente la rapidez de este tratamiento evita estos serios accidentes, que solamente aparecen despues de una larga inmovilidad de la pierna.

ALFONSO MARTÍNEZ.
Socio correspondiente.