CONTESTACION A LA MEMORIA DE INGRESO DEL DR. CASTRO VILLAGRANA

POR EL DR. IGNACIO PRIETO

El Señor Dr. José Castro Villagrana, actual profesor de terapéutica quirúrgica en nuestra Facultad, antiguo cirujano del Hospital Juárez, presenta, como memoria de ingreso, obedeciendo a la prescripción reglamentaria, un trabajo que titula: "Los Métodos Sangrante y sus Secuelas en la Terapéutica de las Fracturas", que hemos leído con la mayor atención no sólo porque es producto de uno de nuestros más hábiles cirujanos, que de tiempo atrás se viene dedicando a esta clase de intervenciones, sino porque la cuestión que se ventila en la memoria, es de actualidad y la resolución de ella depende sobre todo de la estadística de los casos logrados usando los métodos sangrantes en comparación de los tratados por los antiguos métodos.

El autor desarrolla su memoria tratando de profundizar un punto de práctica que es de observación diaria; no lleva en su desarrollo ni en sus tendencias agregar un capítulo nuevo, ni sumar ideas mejores a las que sabemos sobre el particular. Solo tiene el mérito de hacernos ver lo asquible y por ende, lo útil que es el método descrito en los casos referidos. El trabajo se refiere a los métodos sangrantes y sólo se ocupa de la osteosíntesis y sabemos que la intervención sumada se divide en dos capítulos de los cuales uno se limita a exponer las piezas huesosas y coaptarlas una vez que están a descubierto y otro cuando, descubiertos los fragmentos, se trata de unirlos para asegurar su coaptación. La memoria sólo trata este último punto y a pesar de eso, la importancia que reviste es de primer orden porque proporciona material para decidir el punto actual en el tratamiento de las fracturas.

La cirugía de los huesos ha sido siempre de las más delicadas: para

ejecutarla necesitamos dos condiciones fundamentales que todos los observadores han hecho notar: Rapidez de la intervención y asepsia perfecta. La más ligera falta a estos principios compromete el resultado y en caso de fractura empeora la situación y puede despertar infecciones serias. Para llevarla a cabo es indispensable poseer habilidad para ser rápido y no cometer la menor falta en la asepsia. El hueso es un todo funcional sinérgico; el periostio y la médula unidos, forman un solo terreno vascular, la infección de uno repercute sobre el otro y muy rara vez quedan independientes constituyendo un solo terreno anatómico. Pero hay más, la amplia comunicación de la médula huesosa con el torrente circulatorio expone a la aparición de cuadros septicémicos y que debido a las virulencias del germen, a las infecciones anteriores que han neutralizado al organismo no producen siempre lesiones mortales pero sí frecuentemente alteraciones irreparables que complican las intervenciones mejor regularizadas. De aquí la importancia de los preceptos enunciados, rapidéz para reducir al mínimo las probabilidades de infección y extremada asepsia para respetar el campo operatorio. Cuando obedecemos a estos preceptos fundamentales nuestro acto quirúrgico caminará sin tropiezo y el resultado será halagador.

El autor coloca sus observaciones en dos planos distintos no sólo para diferenciar los casos que ha tratado sino también para dar cuenta de los resultados obtenidos y en verdad que es indispensable tomar en consideración por una parte las fracturas abrigadas y por otra las expuestas.

Desde el punto de vista práctico se pueden dividir las fracturas en grupos distintos para los cuales el tratamiento es diferente, porque debemos emplear recursos que varían en cada uno de ellos. Ciertamente la reducción y la inmovilidad que son los medios únicos con que cuenta el arte para remediar las crisis óseas se aplicarán siempre; pero en distinta medida según el carácter de las fracturas. Así tenemos el grupo que forma las lesiones caracterizadas por la penetración de los fragmentos o la existencia de dos fuertes ligamentos que mantienen un contacto suficiente sin tendencia a desalojarse; fracturas de la extremidad inferior del peroné, del radio, de la extremidad externa de la clavícula, intradeltoidea del húmero, penetrantes del cuello del fémur. En otro grupo se pueden colocar las fracturas en las cuales la movilidad es poco considerable y el desalojamiento casi nulo, las costales donde intervienen los músculos interhuesosos, algunos tipos de fracturas supramaleolares, rupturas aisladas del cúbito o del radio o del peroné en la pierna en donde el hueso respetado sirve de férula y se opone al desalojamiento. Otro grupo está constituido por las fracturas de extremos móviles que están sujetos a la acción de músculos poderosos como los huesos

sos del antebrazo, de la pierna, el húmero y el fémur. Es evidente que nuestra conducta será diferente en uno y en otro de los grupos que consideramos. En el primero y segundo la intervención del arte se reducirá a poca cosa; como quiera que la reducción se ha establecido, se ha resuelto la primera parte del problema y sólo nos queda la segunda en las mejores condiciones posibles. Parece a propósito recordar aquí que no basta en un buen número de casos para que una fractura cure, que esté reducida e inmovilizada. Todos los cirujanos han observado enfermos en los cuales la consolidación huesosa era difícil de obtener, aunque la coaptación y la inmovilización fuesen correctas y obtenidas ya sea por medios manuales o por métodos sangrantes y a pesar de esto, y en más de una vez y con relativa frecuencia, se demuestra que la fractura no está completamente consolidada y se tiene la obligación de recurrir a un nuevo aparato debido a que la consolidación es particularmente lenta en sobrevenir; en otras ocasiones el callo que se forma es voluminoso, deforme y su desarrollo exagerado perturba en más o en menos la función de los vasos, de los nervios, de los órganos de cercanía. No basta, en efecto saber que un individuo está afectado de fractura, es necesario tener conocimiento de las condiciones de ésta, si existe proporción entre el traumatismo y la lesión, las personas de edad avanzada, los diabéticos los sífilíticos se fracturan con el menor traumatismo y en casos en los cuales cualquier otro sujeto experimentará una luxación, una entorsis o una simple contusión. Un gran número de pseudoartrosis, de callos viciosos, de faltas de consolidación se explican de esta manera y el arte debe intervenir para evitarlas.

La cirugía tiene en la actualidad recursos suficientes para abreviar la duración y violentar la cicatrización de las diéresis huesosas sin menoscabo de la solidez.

El tiempo de la inmovilización se ha reducido al mínimum: desde fines del siglo pasado Championniere y su escuela substituyó a los antiguos métodos de tratamiento, el masaje inmediato y la movilización precoz obteniendo curaciones más rápidas y resultados funcionales superiores. Estas ideas nacieron de la observación de los fenómenos que sobrevienen en las fracturas de la clavícula que consolidan a pesar de los movimientos extensos del brazo; en las de las costillas que soldan sin que los movimientos respiratorios lo impidan; cuando se fractura el cuello del fémur y que el enfermo es tratado por simple extensión continua, los cambios de posición, los movimientos variados que se ejecutan no perturban la consolidación.

Por otra parte la función regular del miembro depende no solamente de la palanca huesosa sino también de la acción de los músculos, de las ar-

tienciones, de la blandura y elasticidad de los tejidos. La inmovilización completa y prolongada compromete todos estos elementos activos y sólo consigue la restauración del elemento pasivo, el miembro se pone rígido, atrofiado, anquilosado. En consecuencia, la terapéutica de las fracturas debe inmovilizar los fragmentos y movilizar las articulaciones y los músculos. La aplicación de estos medios depende en gran parte del género de fractura según las agrupaciones que han sido enumeradas.

Todo el tratamiento de la fractura está basado en el capítulo fundamental de la reducción perfecta, de la coaptación, requisito sin el cual no se logrará la restitución íntegra de la función. Los medios para obtenerla son bien conocidos y desde luego no son aplicables sino al tercer grupo que antes fué señalado y es a propósito del tratamiento de este género de lesiones que se discute actualmente la oportunidad de los métodos sangrantes que ponen la lesión a la vista permiten coaptar los extremos divididos, asear el campo del traumatismo y todavía a la simple exploración agregar la sutura huesosa que fija los extremos, asegurando la coaptación lo que influye de modo decisivo en la marcha del proceso. La oportunidad de la osteosíntesis en el tratamiento de las fracturas no está bien definida; sin embargo las ideas sobre el particular han evolucionado. Se ha convenido en suturar los huesos en las fracturas expuestas. La intervención en estos casos asegura el éxito y abrevia la curación. En las subcutáneas la opinión de los cirujanos está dividida y la mayor parte asigna a la intervención sangrante y a la sutura indicaciones como las que señala el autor y en las cuales la mano se ve forzada: callos viejos, pseudoartritis, acción muscular, interposición de tejidos que se oponen a la coaptación.

Nadie puede dudar de que el principio de la osteosíntesis sea seductor, reducción matemática bajo el control de la vista, coaptación sólida, tratamiento de las lesiones de cereanía, son razones de peso para sostener la conveniencia de la osteosíntesis. Al lado de estas ventajas se debe recordar que la sutura retarda la consolidación en 15% según las estadísticas. Larget que ha estudiado este punto, nos ha demostrado que el retardo se presenta en la misma proporción cuando no se emplea el método sangrante y que estos retardos se deben más al estado general del enfermo que al empleo del método escogido.

En otros casos la prótesis huesosa no puede ser tolerada y la ablación se impone, como el autor de la memoria cita observaciones; esto sobreviene cuando el contacto es íntimo y amplio lo que produce compresión y rarefacción del tejido; se evita este inconveniente eligiendo placas de superficie de apoyo reducido y taladrando el hueso para la colocación de los torni-

los. Se ha dicho que el material gasta el tejido huesoso y es capaz de provocar la necrosis. Es indudable que una pieza mal fijada sobre un hueso que presenta movimientos de mayor o menor amplitud, puede tener sobre este hueso acción perjudicial; pero esto es defecto de técnica y se evita fácilmente.

Objeción más seria es la acción osteotrófica negativa que ejecren las sustancias metálicas sobre el tejido huesoso como Lerich y Policard lo han deducido de sus experiencias; pero por una parte los hechos han demostrado que la acción trófica no es del todo cierta y por otra siguiendo el consejo de Rolland de emplear exclusivamente un sólo metal se evitan los pares eléctricos que nacen entre metales diferentes por su naturaleza y no sobreviene la osteoporosis.

Tomadas en consideración las objeciones que levanta la osteosíntesis podemos afirmar que responde a las exigencias de los casos comprendidos en el tercer grupo y puede considerarse como el procedimiento de elección debido a que permite tratar las lesiones del foco y a que logramos por ella, la reducción matemática.

Las lesiones de la cercanía del foco son de suma importancia en la evolución de las fracturas epifisiarias, podemos evacuar los hematomas, verificar el estado de los vasos y de los nervios, suprimir la interposición muscular que son los grandes productores de la pseudoartrosis. La frecuencia de los músculos en el foco de la fractura es bien alta pues según las estadísticas publicadas asciende a 25% de los casos en las fracturas del brazo; a 24 en las del antebrazo; a 32% en el muslo y a 50% en las fracturas completas de la pierna. Estas cifras son elocuentes por sí mismas e inclinarán el ánimo a la intervención sangrante que permite explorar el sitio lesionado y suprimir los elementos que pueden influir en el retardo o en la ausencia de la consolidación.

En la práctica diaria, no son las reflexiones las que dominan; son los hechos y las estadísticas las que llevan la convicción y las que sirven de base para la elección de los procedimientos; las discusiones teóricas ilustran, enseñan tal vez los inconvenientes; pero los hechos demuestran no solo el resultado, sino también las condiciones en que ha sucedido, tanto de tiempo empleado como del grado de las funciones recobradas. La memoria que analizamos carece de estos datos que son de sumo interés, este hecho es sensible porque sólo por este camino se llegará a cambiar la técnica usada comúnmente que deja un buen número de enfermos con incapacidades funcionales permanentes. Consultando las estadísticas del Congreso de Cirugía sobre fracturas de pierna se puede ver que solo el 16% de los casos

tratados por los antiguos procedimientos han curado ad integrum y por la osteosíntesis se ha se ha llegado al 80% en la curación completa de los fracturados de la pierna.

Estas cifras son muy elocuentes y es con números como podremos resolver la cuestión. Que se ponga en práctica el procedimiento no sangrante por la facilidad de su aplicación; pero que estemos siempre atentos y recordemos que la osteosíntesis da la seguridad de obtener buena consolidación y resultados funcionales completos.

México, marzo de 1928.