

## TÉCNICA DEL DOBLE ATORNILLADO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO DEL FEMUR

por el Prof. Dr. FERNANDO MASMONTEIL  
Cirujano del Hospital Bichat

(Traducción española del Dr. E. ONDIVIELA)

El enclavijado del cuello del fémur, es de todas las técnicas de osteosíntesis la que cuenta con menos partidarios. Sin embargo, yo voy obteniendo resultados cada vez más brillantes conforme he ido perfeccionando mi técnica, y es para mí un gran honor dar las primicias de mi método a la nueva revista de Barcelona donde cuento con tan buenos amigos.

- 1) *Operación a cielo abierto* para asegurar una buena reducción.
- 2) *Doble atornillado* para conseguir una contención eficaz.
- 3) *Inmovilización prolongada* para obtener un callo sólido.

I. DISPOSICIÓN DEL HERIDO EN LA MESA DE OPERACIONES.—Al llegar a la mesa de operaciones el enfermo ha sido preparado ya con una cura aséptica practicada la antevíspera y con otra la víspera. Se le coloca en la mesa descansando sobre el sillín de mi tractor y se instala el dispositivo de tracción (fig. 1). Se embadurna con yodo la región de la cadera y se colocan dos grandes

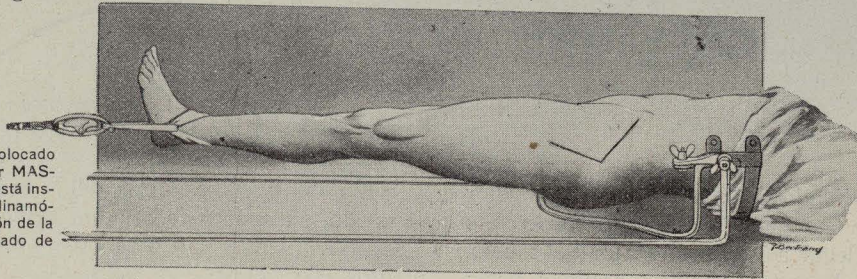


Fig. 1. - El herido está colocado sobre el sillín del tractor MASMONTEIL. La tracción está instalada y regulada por un dinamómetro. Amplia exposición de la región trocánterea. Trazado de la incisión.

Como decía en el último Congreso francés de Cirugía (Octubre, 1924), 3 condiciones son indispensables para alcanzar un buen resultado:

tallas limitando el campo operatorio. Anestesia raquídea o general.

II. EXPOSICIÓN DEL FOCO DE FRACTURA.—Incisión

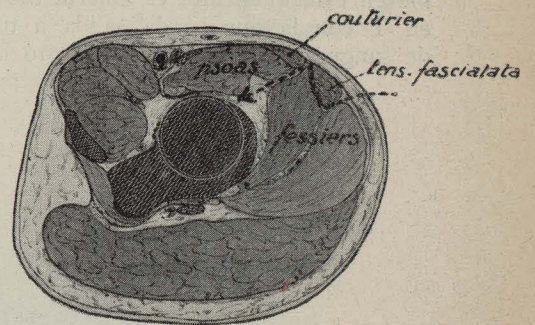
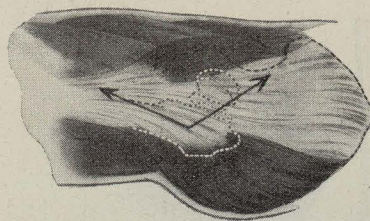
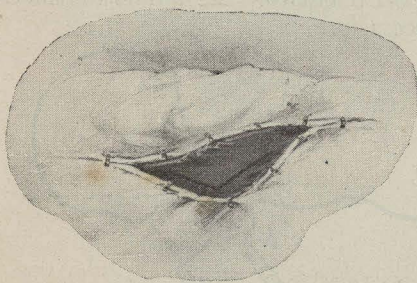


Fig. 2.—Después de incidir la piel se protege cuidadosamente la herida. El segundo golpe de bisturí no interesa más que la aponeurosis como lo indica el segundo esquema. El corte señala el trayecto a seguir para llegar a la articulación. Es preciso reclinar hacia dentro el tensor de la fascia lata, el sartorio y una porción de psoas, mientras se rechaza hacia atrás la masa glútea.

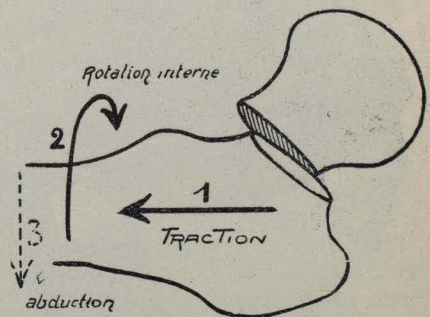
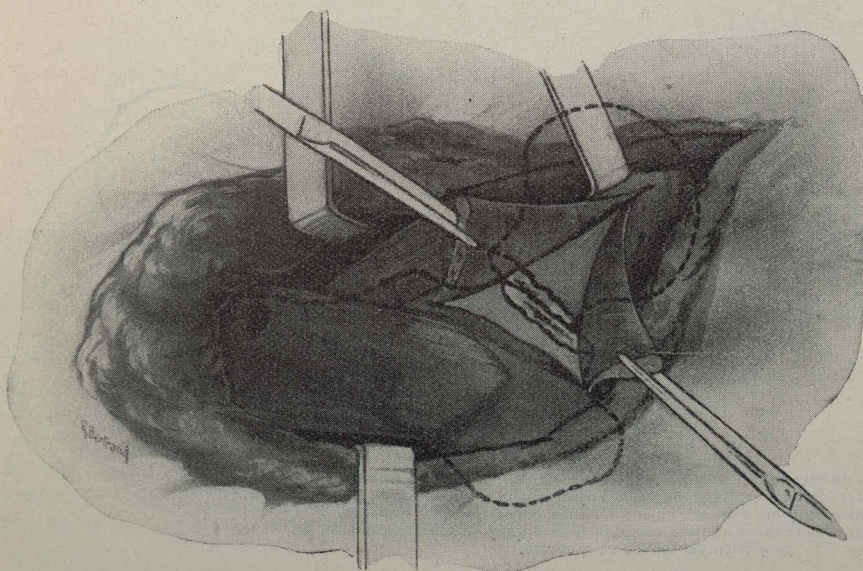


Fig. 3. - Aspecto del foco de fractura después de la incisión en T de la cápsula; el cuello mira hacia adelante. El esquema indica los movimientos que se han de hacer para conseguir la reducción de la fractura.

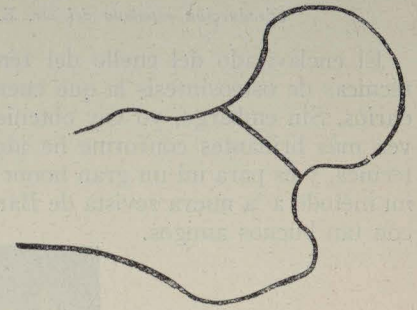
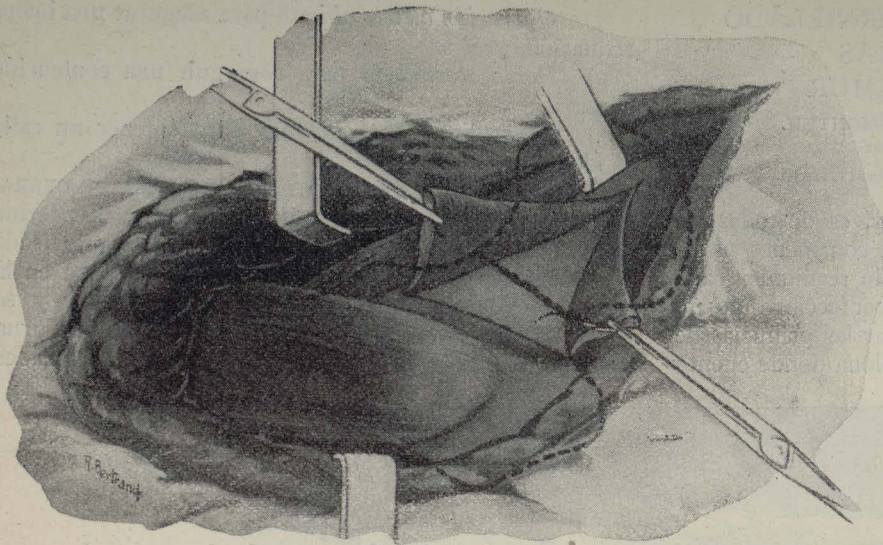


Fig. 4. - Aspecto del foco de fractura después de la reducción.

en L de Lambotte partiendo de la espina iliaca anterior superior para alcanzar la región trocantérea, desde cuyo punto se refleja para llegar a la cara anterior del muslo. Incisión de la fascia lata que permite reclinar hacia delante con su músculo tensor, el sartorio y el recto anterior del muslo (fig. 2) mientras otro separador rechaza hacia atrás la masa glútea. La cápsula, bien visible en este momento, es abierta mediante una incisión en T con la que se da salida a una ligera cantidad de sangre y se pone de manifiesto la fractura.

III. REDUCCIÓN.—El cuello está remontado hacia el muslo, su superficie cruenta orientada hacia delante. Tres movimientos van a reponer normalmente los fragmentos (fig. 3):

- 1) *Tracción* según el eje con el tractor (20 o 30 kilos del dinamómetro son suficientes en general).
- 2) *Rotación* interna forzada. El borde interno del pie descansará sobre el plano de la mesa.
- 3) *Abducción* del miembro. Este último movimiento no siempre es necesario.

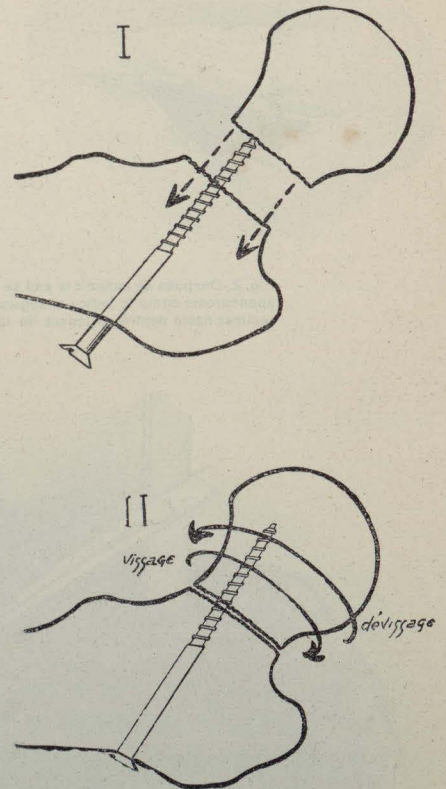
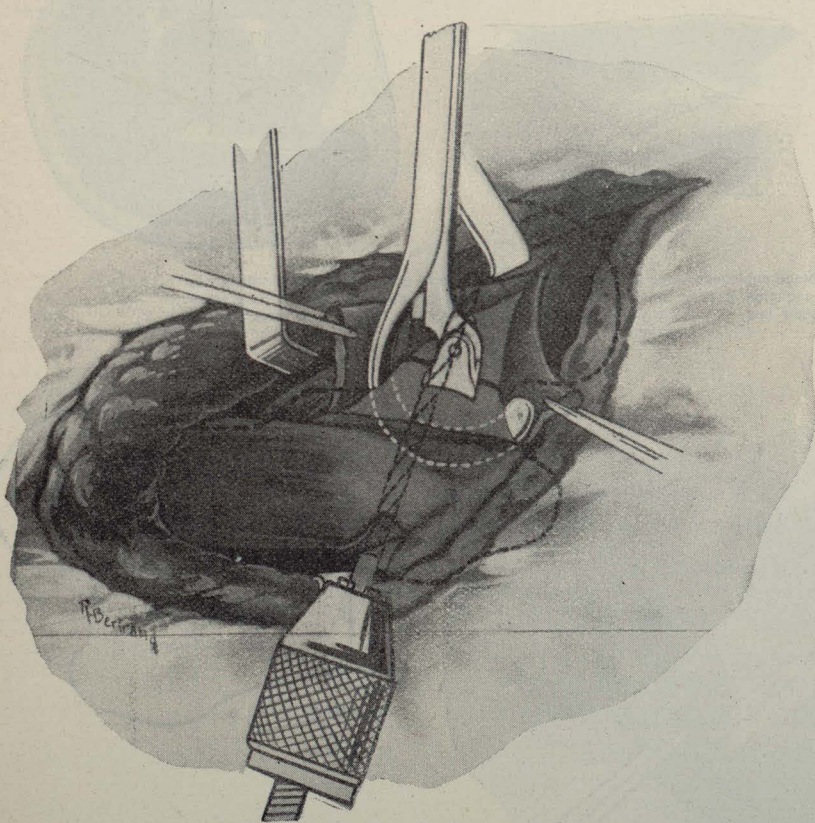


Fig. 5. - Fijación temporal del foco de fractura con el forceps de Heitz-Boyer. Perforación del trayecto del tornillo. El primer esquema demuestra que sin fijación previa al llegar el tornillo a contacto con la cabeza puede separar los fragmentos en vez de aproximarlos. El segundo esquema demuestra que sin fijación previa la cabeza puede ser movilizada por los movimientos del tornillo tanto en el sentido del atornillado como en el inverso, y en tales condiciones es imposible la progresión del tornillo en la cabeza.

Estas maniobras consiguen la reducción en 3/4 de los casos, pero en algunas ocasiones se ha de prescindir de la rotación interna porque este movimiento determina más de una vez la luxación del cuello por detrás de la cabeza y precisamente entonces es cuando la vista permite apreciar cuales son los movimientos más favorables para la reducción.

Estos dos motivos de fracaso desaparecen con el empleo del forceps.

V. ATORNILLADO.—Incisión en T del vasto externo por debajo de la cresta subtrocantérea. Tunelización del trayecto perforando la cabeza a la vista con una fresa de 5 mm. La fresa va dirigida horizontalmente porque habiendo colocado el pie en rotación interna

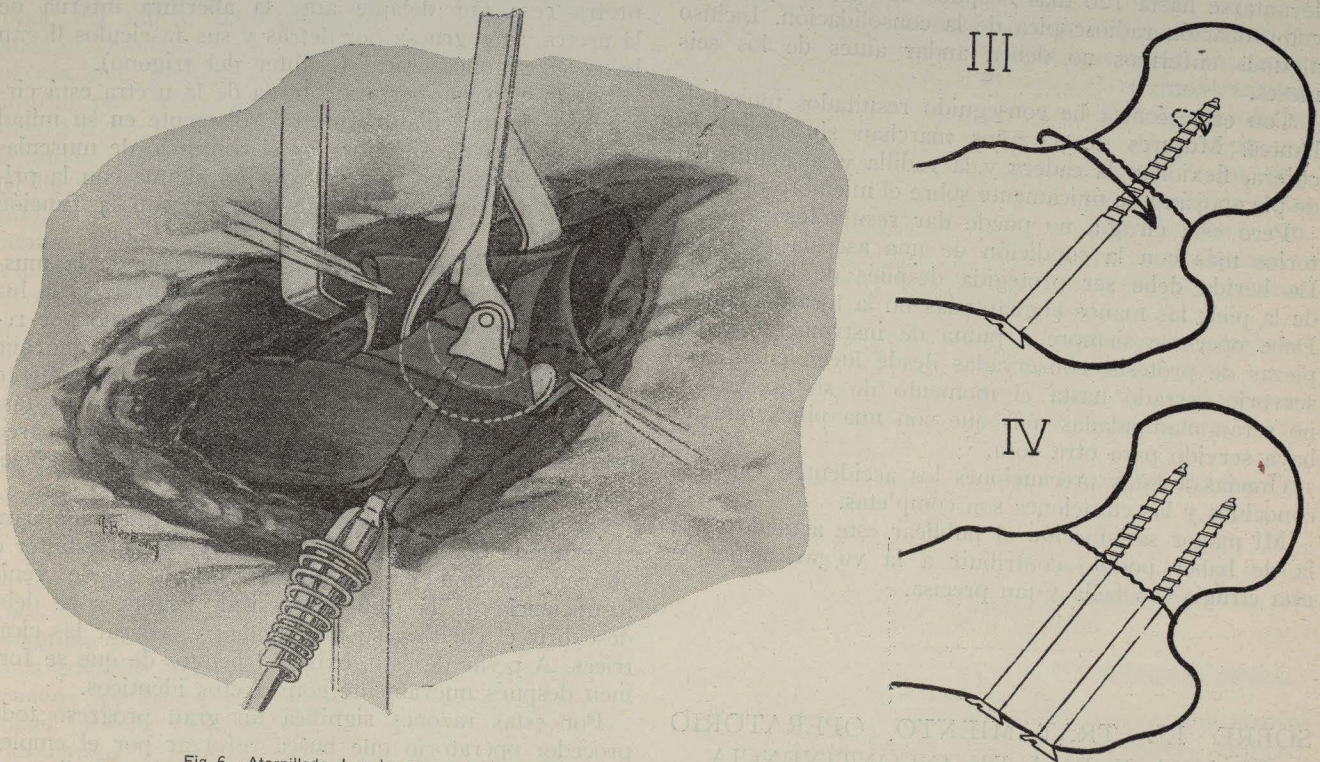


Fig. 6. - Atornillado. Los dos esquemas demuestran que para conseguir la perfecta solidaridad entre la cabeza y el cuello, es necesario colocar dos tornillos; con uno solo, los desplazamientos del cuello hacen girar el tornillo en el espesor de la cabeza.

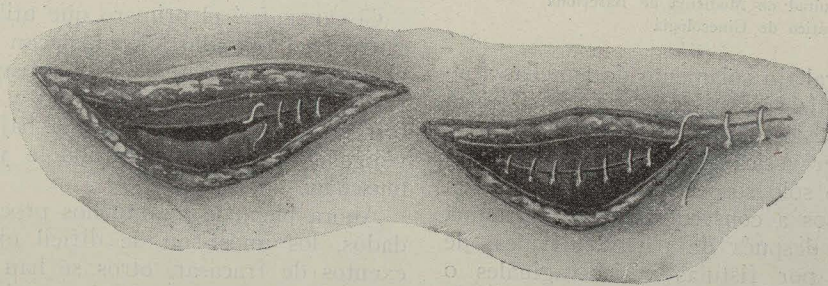


Fig. 7. - Sutura de la aponeurosis y de la piel.

IV. CONTENCIÓN DE LA FRACTURA.—Entre la fractura y el cuello se desliza un forceps de Heitz-Boyer que solidariza los dos fragmentos. Este tiempo operatorio que recientemente he introducido en mi técnica, es indispensable porque suprime dos inconvenientes:

1) Algunas veces al chocar el tornillo con la cabeza no hace presa en ella y separa los fragmentos en lugar de aproximarlos (fig. 5).

2) La cabeza puede ser arrastrada por los movimientos del tornillo tanto en el sentido del atornillado como en el sentido inverso.

no ha de preocuparnos la cuestión del ángulo de declinación. Siguiendo el trayecto labrado se introduce el tornillo hasta el final (fig. 6). Después se coloca otro tornillo paralelamente y por encima del primero partiendo de la zona amuscular de Delbet. Se retira el forceps y se da una vuelta más a cada tornillo para asegurar una coaptación más exacta.

VI. SUTURAS.—Sutura de la fascia lata con algunos puntos de catgut y de la piel con crines. La reconstitución de los planos es muy fácil y esta vía de acceso no requiere la menor hemostasia (fig. 7).

Apósito; traslado del enfermo a su cama después de haber atado juntos los dos miembros inferiores para evitar todo movimiento. Instalación de una tracción continua de 3 a 4 kilos.

VII. CUIDADOS POSTOPERATORIOS.—Extensión continua durante 40 días. Pasado este tiempo se comenzará el masaje y la movilización, pero el enfermo no debe levantarse hasta 120 días después de operado y previa comprobación radioscópica de la consolidación. Incluso algunos enfermos no deben andar antes de los seis meses.

Con esta técnica he conseguido resultados muy brillantes. Mujeres de 72 años marchan sin la menor cojera, flexionan la cadera y la rodilla y se mantienen de pie apoyándose únicamente sobre el miembro operado.

Pero esta cirugía no puede dar resultados satisfactorios más con la condición de una asepsia perfecta. La herida debe ser protegida después de la incisión de la piel; las manos enguantadas no la tocarán nunca. Debe operarse siempre a punta de instrumento y las piezas de prótesis, conservadas desde luego en un reservorio cerrado hasta el momento de su aplicación, no serán manipuladas más que con una pinza que no haya servido para otra cosa.

Gracias a estas precauciones los accidentes son desconocidos y las curaciones son completas.

Mi mayor satisfacción al publicar este artículo sería la de haber podido contribuir a la vulgarización de esta cirugía tan bella y tan precisa.

## SOBRE EL TRATAMIENTO OPERATORIO DE UNA FORMA DE INCONTINENCIA DE ORINA EN LA MUJER

por el Prof. Dr. MATEO BONAFONTE

Decano de la Facultad de Medicina de Barcelona  
Catedrático de Ginecología

Me ocupo en este trabajo solamente de aquellas formas de incontinencia debidas a una lesión anatómica del músculo ocluser vesical.

La lesión del esfínter vesical, que no siempre es demostrable y a menudo sólo sospechada, sucede casi en la totalidad de los casos a consecuencia de un trauma y muy especialmente después de partos difíciles, de operaciones vaginales por fístulas vésico-vaginales o como consecuencia de una dilatación forzada de la uretra superior por medio de instrumentos, cálculos o pólipos vesicales. Estos trastornos provocan pequeñas sugilaciones, desgarros más o menos grandes, retracciones y formaciones cicatriciales del músculo ocluser de la vejiga.

También puede hacerse permeable el esfínter vesical por efecto de tracciones de la uretra localizadas en el cuello de la vejiga, como asimismo por efecto de cicatrices que asientan en el pubis después de operaciones por fístula vésico-vaginal, en la retroversión, miomas y descenso de la pared vaginal anterior.

Para la curación de la incontinencia de orina en la mujer se han recomendado numerosos procedimientos

que en general consisten todos en el estrechamiento, dobladura, extensión, torsión o desplazamiento de la uretra. De estos métodos solamente prometen aquellos que se acomoden a las relaciones anatómicas normales.

Desde los trabajos de KALISCHER y ZANGEMEISTER se han modificado nuestros conceptos acerca de la oclusión de la vejiga. En tanto que la musculatura de la uretra cesa por delante ante la abertura interna de la uretra, se engruesa por detrás y sus fascículos llegan hasta el triángulo vesical (esfínter del triángulo).

Según esto, la abertura interna de la uretra está circundada de musculatura uretral solamente en su mitad posterior y en la anterior por el contrario de musculatura vesical que no está en relación alguna con la primera, por lo que nada tiene que ver con la función del esfínter.

Como consecuencia de esta distribución de la musculatura del esfínter vesical interno se convertirá la luz de la uretra en una hendidura transversal, no por reducción concéntrica de la sección transversal, sino que sucederá algo parecido a la acción de un instrumento compresor y por efecto del trayecto oblicuo de los fascículos musculares durante la contracción de la pared uretral posterior contra la anterior relativamente elevada.

Las cicatrices son además de gran significación para el resultado operatorio. Si ellas atraviesan el esfínter o ejercen tracción en el cuello vesical, puede venir insuficiencia de la oclusión vesical. Entonces se debe descubrir el cuello y su proximidad y separar las cicatrices. A pesar de esto, existe el peligro de que se formen después nuevamente con efectos idénticos.

Por estas razones significa un gran progreso todo proceder operatorio que busca reforzar por el empleo plástico de músculos vecinos, por un lado el esfínter y por otro entorpecer la acción de tracción de nuevas cicatrices operatorias por la interposición de estos músculos.

GOEBELE fué el primero que utilizó para esto plásticamente el músculo piramidal con buen resultado, movilizándolo desde una incisión transversal de la piel y la fascia el mencionado músculo y después de descubrir el cuello vesical, le atraía bajo el mismo entre la vejiga y la vagina suturándole y creando un anillo muscular.

Ahora bien, de los muchos procedimientos recomendados, los unos son de difícil ejecución y no están exentos de fracasar, otros se han manifestado decididamente inútiles, tal sucede con la inyección de parafina, grasa humana, torsión de la uretra, plegadura de la misma, etc., etc.

Es por lo que en tres casos únicos que he tenido ocasión de tratar, y que no había publicado esperando poder disponer de una mayor serie que me permitiese formular un juicio definitivo, me he convencido que supera con mucho un procedimiento que se propone el utilizar el ligamento redondo, esa formación muscular elástica, como el medio adecuado y hasta cierto punto fisiológico para la substitución funcional del músculo esfínter vesical.

Esta operación puede practicarse, o según procedimiento de SIMON SOLMS, es decir, desde la vagina, que