

coincidiendo con períodos febriles, dolor en el flanco e hipocondrio derecho con irradiaciones posteriores, pero no torácicas altas. El examen clínico y el colecistograma nos hicieron pensar en una colecistitis litiásica.

La intervención sólo nos demuestra una estasis vesicular y el estudio de esa bilis no muestra elementos de equinocosis. Se practica una colecistostomía y por el tubo, inyectando Yodinol obtenemos una colangiografía que no muestra las lesiones que se evidenciaron en el epílogo de este caso.

Al mes y medio la enferma hace un absceso subfrénico derecho, que al intervenir drena pus con vesículas hidáticas. Visualizando ese absceso subfrénico por inyección de Yodinol, muestra a la radiografía su conexión con las vías biliares, dando una imagen de colangiografía como aquella obtenida cinco meses antes gracias al tubo de colecistostomía.

Fractura en «pico de pato» de la tuberosidad posterior del calcáneo

Por el doctor CONRADO ROLANDO

Relator: Prof. H. GARCIA LAGOS

He aceptado con satisfacción hacer el informe del trabajo del Dr. Rolando sobre fracturas del ángulo póstero-superior del calcáneo, llamadas fracturas en "pico de pato". El trabajo del Dr. Rolando es un buen trabajo y tiene el interés de ser hecho por el análisis y tratamiento de una variedad rara de fractura del calcáneo.

Voy a dar lectura al trabajo y luego pasaré a comentarlo.

El 28 de Febrero de 1935, tuve ocasión de observar un tipo de fractura de calcáneo que considero interesante presentar a esta Sociedad. Se trata de una fractura del ángulo póstero-superior de la tuberosidad posterior del calcáneo, llamada también por su curioso aspecto radiológico, fractura en pico de pato.

He aquí la observación:

La señora N. S. de C., de 71 años de edad, es traída al Servicio de Entrada del Hospital Maciel por haber sufrido un traumatismo sobre su pie izquierdo, que le provoca vivos dolores y le impide en absoluto la marcha.

El accidente aconteció una hora escasa antes de mi examen y se produjo en las siguientes circunstancias: la paciente había trepado a una escalera de mano apoyada contra un muro y se encontraba a una altura de un par de metros sobre el suelo, cuando la escalera deslizó provocando la caída. Algún obstáculo detuvo bruscamente la escalera antes de que llegara al suelo, debido a lo cual todo el peso de esta paciente, que es bastante corpulenta, gravitó repentinamente sobre la punta de sus pies, que apoyaban en uno de los travesaños, provocando esto una violenta

flexión dorsal del pie, al mismo tiempo que un intenso dolor en el talón izquierdo. Habiendo caído luego al pavimento no pudo incorporarse por su propio esfuerzo y hubo de ser transportada en peso hasta el hospital, pues le era imposible apoyar el pie y "a fortiori" dar un solo paso.

Cuando, mi examen, la enferma acusa dolor espontáneo al nivel del talón. Los movimientos activos del pie no son posibles, pues se exagera el dolor. El pie está en extensión, que puede ser aumentada pasivamente sin que la enferma se queje. En cambio, todo intento de flexión dorsal le arranca quejidos.

La inspección de frente, de perfil y de atrás no revela, en ese momento, otra particularidad que la actitud en extensión ya mencionada. No hay equimosis. Nada anormal revela la palpación de los maleolos, como tampoco la de las caras laterales del calcáneo, en la parte situada directamente bajo ellos. En cambio, se provoca vivo dolor palpando el calcáneo en la parte retromaleolar. La palpación de la cara posterior del calcáneo da los datos suficientes al diagnóstico.

En efecto, se palpa claramente sobre esta cara una solución de continuidad, una muesca de más de un dedo de ancho, limitada arriba y abajo por dos aristas óseas horizontales, rectilíneas y cortantes.

Se tiene la impresión exacta de un corte, de un hachazo dado sobre el calcáneo de atrás adelante y el diagnóstico se hace evidente con este solo dato de palpación.

Tomando el fragmento superior fuertemente entre pulgar e índice, a ambos lados del tendón de Aquiles, es imposible imprimirle ningún movimiento. No se le puede aproximar al cuerpo del calcáneo. Tampoco se nota disminución de la diástasis al aumentar la extensión del pie. Durante estas maniobras no se percibe crepitación alguna.

La primera radiografía que presento (N.º E. 7983, del Archivo del Servicio de Radiología del Hospital Maciel), fué tomada momentos después de mi examen y muestra el aspecto típico e inconfundible de estas fracturas.

A la mañana siguiente ya el talón estaba globuloso y apareció una equimosis situada en las goteras retromaleolares, cara posterior del talón y del tendón de Aquiles, que se va extendiendo hacia arriba en los días sucesivos, siguiendo la cara posterior de la pierna hasta la mitad de este segmento de miembro. Esta equimosis en ningún momento invadió la planta del pie, como es frecuente ver en otros tipos de fracturas del calcáneo. En el segundo día apareció sobre el lado izquierdo del tendón de Aquiles, a unos cuatro dedos por encima del trazo y en plena zona equinótica, una pequeña flictena, cosa que tampoco se observa en las fracturas comunes de ese hueso.

La terapéutica a seguir en esta enferma era clara en su planteo: como en toda fractura, había que reducir y mantener la coaptación de los fragmentos. Pretendí, antes de recurrir a la intervención quirúrgica, por muchos aconsejada como imprescindible, agotar los medios ortopédicos de reducción de la diástasis interfragmentaria, cosa indispensable a la reparación ósea. Esta diástasis no se reducía por maniobras manuales, cualquiera que fuera la actitud de relajamiento muscular que se diera a la pierna y al pie. El fragmento superior permanecía inmóvil, el pico del pato no quería cerrarse.

Así que el 6 de Enero, luego de esperar la desaparición de la tumefacción colocando la pierna elevada en una férula de Braun y de asepsizar convenientemente la piel de la región, intenté reducir la fractura del modo siguiente: previa anestesia raquídea, para obtener una completa relajación muscular, coloqué a través del fragmento superior, lo más hacia atrás posible, un clavo de acero inoxidable de un milímetro y medio de diámetro, controlando su situación a la pantalla y coloqué sobre el clavo un estribo de tensión de Beck. Llevé luego la pierna a un aparato de re-

ducción a tornillo y de este modo pude ejercer una tracción directa y enérgica sobre el fragmento superior: en la dirección del eje longitudinal de la pierna. Para evitar que el cuerpo del calcáneo se desplazara también hacia abajo, manteniendo invariable la separación, fijé el pie en extensión por medio de una venda. La fotografía que presento muestra mejor que cualquier descripción el dispositivo empleado. Los travesaños metálicos del aparato de reducción, me impidieron, como era mi propósito, controlar a la pantalla el resultado de la tracción, así que decidí sin interrumpir ésta, colocar una bota de yeso incluyendo el clavo.

Una vez consolidado el yeso, hice tomar una placa que demostró, que a pesar de la tracción directa y potente que se ejerció sobre el fragmento desplazado, y a pesar de la resolución muscular dada por la raquí y por la actitud de la pierna y del pie, la diastasis no se ha reducido. Se imponía, pues, la intervención. Retiré al día siguiente el yeso y el clavo, y esperé la cicatrización de las heridas puntiformes producidas por éste. Opero el 23 de Febrero en el Servicio del Dr. Iraola, cuya deferencia me complace en agradecer. Me ayuda el practicante externo del Servicio Sr. Lorenzo. Anestesia raquídea (novocaína 0.08). La enferma en decúbito lateral de-



recho. La pierna izquierda flexionada en ángulo recto, reposando sobre una pequeña mesa de instrumentos fuera de la mesa de operación.

Incisión posterior y mediana de unos 10 centímetros, cuyo límite inferior se encuentra a un dedo del nivel de la planta. Consigo exponer bien el tendón de Aquiles y el fragmento superior. Pero el fragmento inferior es difícil de descubrir convenientemente, por lo cual hago sobre la extremidad inferior de la incisión longitudinal, un trazo transversal, de manera de completar la incisión en T invertida de Juvara. Puedo así exponer perfectamente el fragmento inferior y queda a la vista el foco fracturario, que figura un ángulo diedro de planos regulares, que están separados en su parte posterior, por una distancia de unos dos centímetros.

El foco está ocupado por coágulos en vías de organización fibrosa, que se sacan a la cureta avivando al mismo tiempo las superficies óseas. En los bordes de la fractura, penden como flecos, fragmentos deshilachados, formados por periostio de la cara posterior del calcáneo y por las fibras de inserción más baja del tendón de Aquiles.

Este tendón está casi en totalidad insertado sobre el fragmento superior, cuyo ascenso ha provocado. Es éste un aspecto parecido al de las fracturas de la rótula

y en caso de haber podido reducir esta fractura por maniobras no sangrientas, los aparatos tendino-periosticos se hubieran interpuesto entre los fragmentos, comprometiendo al menos en parte, la formación del callo.

Considero que esto es un argumento más en favor de la reducción sangrienta de estas fracturas.

Intento aproximar los fragmentos consiguiendo apenas moverlos, a pesar de obrar enérgicamente sobre ellos, colocando un separador por delante del tendón de Aquiles, a la manera del estribo de Fincohetto, y tirando sobre él. Libero más las caras laterales del calcáneo sobre ambos fragmentos, logrando entonces un mayor acercamiento, aunque sin llegar todavía a obtener el contacto.

Me decidí entonces a practicar un alargamiento del tendón de Aquiles por sección en Z. Los fragmentos contactan perfectamente.



Se colocan en sentido sagital dos asas de hilo de plata y anudándolas se fija los fragmentos. Sutura del tendón de Aquiles con hilo de lino, puntos en "Iacet" Crines en la piel. Coloco una bota de yeso con el pie en ligera extensión, para evitar tracciones sobre las ligaduras y se hace una ventana posterior.

La herida evoluciona sin complicaciones.

Diez días después quito este aparato, comprobando que la enferma puede ejecutar movimientos de extensión y flexión de pie. Coloco otra bota de yeso con el pie en ángulo recto y estribo de marcha.

La enferma puede caminar a favor de este aparato, que quito definitivamente 28 de Marzo, 35 días después de la operación. La extensión activa del pie se ejecuta correctamente y las fuerzas del tríceps están bien conservadas. Veo a la enferma por última vez el 26 de Abril, casi un mes después de la ablación definitiva del aparato. Puede caminar correctamente y apoyarse en punta de pie sobre el miembro lesionado.

Este tipo de fractura que me ha sido dado observar, es muy poco frecuente. Böhlér, sobre un total de casi 200 fracturas del calcáneo señala un solo caso similar al que presento, por lo que lo avalúa como constituyendo en su estadística, el medio por ciento de las fracturas

de este hueso. En cambio, Soubeyran y Rives, en un trabajo por todas partes citado ("Revue de Chirurgie", 1913), atribuyen a este tipo una frecuencia mayor. Ellos cuentan sobre 137 casos, 21 fracturas del ángulo postero-superior. Sin poder citar cifras, esta proporción de las fracturas que me ocupan me parece excesiva y creo que el caso que presento es el primero que se publica entre nosotros.

El mecanismo de producción de estas fracturas ha sido diversamente interpretado, discutiéndose acerca del respectivo papel desempeñado por el arrancamiento y por el aplastamiento, pretendiendo algunos autores rechazar por completo el primero de estos mecanismos. No pretendo transcribir la historia de este asunto, donde se destacan los nombres ilustres de Boyer, Malgaigne, Destot, Tillaux, y haré sólo referencia a algunos de los autores que más recientemente se han ocupado de esta cuestión. Así, Böhler excluye este mecanismo afirmando que el trazo pasa por encima de las inserciones del tendón de Aquiles, lo que hace el arrancamiento imposible. Así sucede, efectivamente, en el caso cuya radiografía presenta en su libro, pero este hecho no puede generalizarse.

Fiorini ("Chirurgia degli organi di movimento", Vol. X, pág. 403), atribuye una extrema importancia al mecanismo del aplastamiento, afirmando que en muchos casos existen lesiones visibles del tálamo y que el trazo posterior es una irradiación a partir de esta lesión talámica. Mismo cuando el examen más atento de una placa no revela lesión talámica, Fiorini supone su existencia basándose en la extrema dificultad de diagnosticar estas lesiones. Es esto, en verdad, exagerado y así lo expresa Pagliani ("Chirurgia degli organi di movimento", Vol. XIX, Fasc. II, pág. 154), quien admite el mecanismo del arrancamiento y dice que si bien puede ser muy difícil reconocer una lesión talámica, no se puede llegar al extremo de admitir la existencia de lo que no se vé. También discrepan los autores en lo referente al tratamiento de estas fracturas y esto ya tiene una importancia práctica. Unos aconsejan la reducción por maniobras ortopédicas, mientras otros operan. Unos extirpan el fragmento, otros lo suturan. Unos hacen tenotomía del tendón del Aquiles, otros la proscriben rigurosamente.

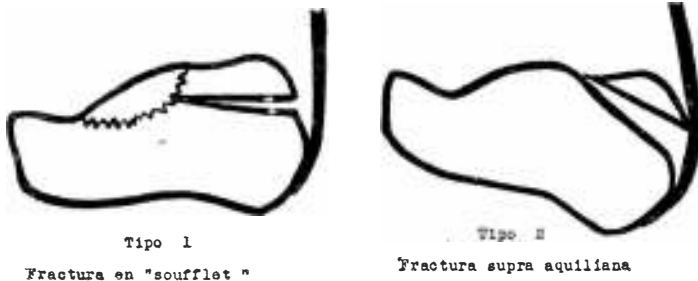
El origen de estas divergencias se encuentra, a mi ver, en el hecho que dentro de este tipo de fracturas, que a primera vista parecen absolutamente idénticas, se pueden diferenciar formas que difieren en su anatomía patológica, en su mecanismo y en su tratamiento.

Las fracturas del ángulo postero-superior tienen evidentemente un inconfundible aire de familia, dado por su típico aspecto radiológico, y conviene a todas el nombre común de fracturas en pico de pato, pero entre ellas se pueden distinguir tres tipos muy diversos.

Deben destacarse, en primer término, aquellas fracturas que no

son otra cosa que trazos fisurarios partidos de un hundimiento de tálamo por aplastamiento y que constituyen las que Destot llama fracturas en "soufflet". En estos casos el trazo fisurario parte del tálamo que está hundido, se dirige hacia atrás siguiendo la dirección de la trabéculas del sistema talámico posterior y llega a la cara posterior en su mitad superior, en un punto situado generalmente por encima de las inserciones del tendón de Aquiles. El trazo se entrea bre, no por que el tendón de Aquiles lo traccione hacia arriba, sino porque el astrágalo pesa sobre la extremidad anterior del fragmento y lo hace bascular elevando su extremo posterior. En estos casos la separación interfragmentaria nunca es considerable y alcanza, en término médico cinco milímetros. Todos estos caracteres del trazo pueden evidenciarse fácilmente por la radiografía, que a menudo revela otros trazos fisurarios en distintas direcciones.

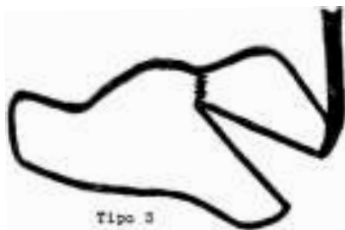
Un segundo tipo lo forman aquellas fracturas donde el trazo que



desprende el ángulo postero-superior comienza en la cara superior del calcáneo, por detrás del tálamo, que está intacto, y termina en la cara posterior por encima de las inserciones del tendón de Aquiles. A este tipo corresponde el caso que publica Böhler, quien explica el desplazamiento del fragmento por el roce o contacto de la cara anterior del tendón de Aquiles contra su borde posterior. Queda descartada en estos casos la diastasis por tracción, dado que el fragmento no da inserciones al tendón de Aquiles. El mecanismo de la diastasis podría limitarse por fricción. El trazo de fractura es completamente rectilíneo y el fragmento por él desprendido tiene la forma de un triángulo de larga base y muy escasa altura. Es difícil determinar cuál es el mecanismo de producción de este tipo de fractura. Descartado el arrancamiento por la situación del trazo, y el aplastamiento por la integridad del tálamo, sólo cabría suponer un cisallamiento por el borde posterior cortante, del astrágalo, que obra sobre la cara superior del calcáneo como obraría un cortafrío. Este borde, que es agudo y sobre todo el vertiente externa de la gotera retroastragalina, entra en contacto con

la cara retrotalámica del calcáneo cuando la caída se produce con el pie en flexión dorsal y entonces se puede hendir el hueso siguiendo una línea intertrabecular de menor resistencia. A menudo se produce entonces una fractura del tubérculo astragalino, fractura de Sheperd. Esta fractura puede existir aislada, es decir, haberse producido antes de que la cortical calcareana fuera mordida: el instrumento se mella antes de actuar. A primera vista parece que en la radiografía de mi caso existiera una fractura de este tipo, pero a un examen más atento se vé que el pequeño fragmento astragalino tiene bordes muy netos y regulares y que se trata de un hueso trígono de Bardeleben.

Este mecanismo del cisallamiento requiere un traumatismo importante, capaz de desgarrar o distender los potentes ligamentos de la sub astragalina, cosa que puede acontecer, como he podido observar recientemente en un caso donde la tracción al clavo, al mismo tiempo



Tipo 3
Fractura infra aquiliana

que produjo un despliegue del hueso, separó netamente el calcáneo del ástragalo, cosa que no hubiera sido posible sin el desgarro o, por lo menos, la distensión de los potentes ligamentos que unen estos dos huesos.

En estos casos el fragmento debe quedar enteramente libre y posible de extensos desplazamientos, pues el cisallamiento, comenzando por la cara superior, secciona el periostio, que es quien en los casos del tipo siguiente, lo mantiene unido al cuerpo del calcáneo desempeñando un papel de visagra.

En el tercer tipo el trazo tiene análogo punto de partida extratalámico, pero termina, o más bien comienza más abajo, en plena zona de inserción del tendón de Aquiles, o por debajo de ella, y desprende un fragmento más voluminoso que en el tipo anterior, donde a veces es una simple lámina de forma triangular.

A este tipo de fracturas, que se podrían llamar infraaquilianas, pertenece el caso que presento, en cuya radiografía puede verse que el trazo en lugar de ser rectilíneo, como en las del tipo anterior, se compone de dos partes distintas en su dirección, en su aspecto y, como veremos, en su forma de producción. La primera parte es horizontal,

de bordes regulares y netos, sigue exactamente una dirección paralela a las trabéculas del sistema talámico posterior, a las que separa y en ella tiene lugar la diastasis. La segunda parte es vertical, forma con la anterior un ángulo recto, es anfractuosa y dentellada, es perpendicular a las trabéculas, a las que quiebra, y en ella hay engranamiento de los fragmentos.

Esta forma del trazo es una prueba de que el mecanismo de producción ha sido el arrancamiento. En efecto, ese aspecto del trazo sólo se explica del siguiente modo: la tracción brusca y violenta del tendón de Aquiles produjo un desgarró de la parte posterior del calcáneo, que sigue una línea que se va aproximando cada vez más a la cara superior de ese hueso, hasta que en determinado momento la parte de hueso comprendida entre el trazo y esta cara superior, se hace lo suficiente delgada como para que la tracción pueda quebrarla, completando la fractura.

En la primera parte la fractura se produce por arrancamiento, en la segunda por flexión.

El mecanismo de la diastasis es, en este caso y en este tipo, el mismo que el de producción de la fractura: la tracción por el tendón de Aquiles, como se pudo comprobar en la operación.

En nuestro caso, las circunstancias del traumatismo aún haciendo las reservas que todo relato de enfermo debe suscitar, hacen admitir el arrancamiento como el mecanismo más plausible.

Respecto al tratamiento deben considerarse también por separado cada uno de estos tres tipos. Por esto es necesario diagnosticarlos previamente, para lo cual la radiografía es importantísima. Sin embargo tal vez, un signo clínico pueda hacer distinguir una fractura supra-aquiliiana de una infraaquiliiana; en este último caso, la palpación de la cara posterior del calcáneo revela claramente la muesca de la fractura y los bordes cortantes de los fragmentos, mientras que en el primero, la percepción debe ser menos clara debido a que el tendón de Aquiles pasa como un puente por encima del trazo.

Las fracturas del primer tipo son hundimientos del tálamo, en primer término, y como tales deben ser tratadas. Si levantamos el tálamo reduciremos la fisura posterior ejecutando una báscula inversa a la que produjo la separación de los fragmentos. En efecto, el hundimiento la produjo, el levantamiento la reducirá.

En el segundo tipo no existen dificultades importantes a la reducción y es así Böhler aconseja la reducción manual y la fijación por medio de una bota de yeso moldeada por detrás de los maleolos, colocando el pie en ligera extensión. Si el fragmento estuviera muy desplazado, liberado por completo del calcáneo, su extirpación no sería inconveniente.

En las fracturas del tercer tipo la reducción es muy difícil y es que son varios los obstáculos que a ella se oponen. Uno de ellos es el tendón de Aquiles, cuya acción puede suprimirse por relajación postural o anestésica y en último caso por tenotomía. Otro obstáculo es el pellizcamiento de los tejidos contiguos, al aproximarse las dos ramas de la especie de pinza que forman los fragmentos. Hay un último obstáculo, en fin, que aunque es poco importante para la reducción inmediata, puede dificultar la formación del callo. Me refiero a la interposición de flecos tendino-periósticos.

Todos estos obstáculos pude constatarlos durante la operación y ellos explican suficientemente el fracaso de mi intento de reducción ortopédica. Este fracaso creo que debe reproducirse en todos los casos análogos al mío, pues entre todas las causas que se oponen a la reducción, hay una que considero la más importante, el pellizcamiento de los tejidos contiguos, que sólo puede ser suprimida por la reducción a cielo abierto.

Cuando se operen estas fracturas se debe recurrir a una anestesia que dé una completa relajación muscular.

La incisión a emplearse debe llenar esta doble condición: dar un buen acceso para ejecutar correctamente la sutura y garantizar la vitalidad de los colgajos. La región posterior del tobillo tiene una irrigación precaria y no es raro ver el esfacelo de las incisiones que en ella se practican. Conviene allí, siempre que sea posible, no trazar colgajos y si son necesarios, hacerlos con base muy amplia. Por esto creo que es muy conveniente la incisión que he empleado. Si la simple incisión mediana nos da acceso suficiente, nos contentaremos con ella y si esto no sucediera, se completará la incisión en T invertida de Juvara, que da una excelente luz y se compone de dos colgajos cortos y de amplia base.

Para poder reducir hay que liberar el hueso de los tejidos vecinos y colocar un separador a cada lado para evitar el pellizcamiento.

No se olvidará la extirpación de los colgajos tendino-periósticos.

Hecho esto se intentará aproximar los fragmentos. Si no fuera posible hacerlo o si se viera que las suturas quedarían muy tensas, se recurrirá a la tenotomía y alargamiento del tendón de Aquiles.

La tenotomía se hará, pues, si en el curso de la operación se ve que es necesaria.

Para la osteosíntesis, cualquier procedimiento es bueno, con tal que nos dé una unión sólida y que sea poco complicado.

Las asas de plata han dado en mi caso buen resultado y hasta la fecha han sido bien toleradas.

Han sido empleadas en sus casos por Tuffier ("Pres. Med.", 1898),

Potherat (Soc. de Cir., 1900), Hue (Soc. de Cir., 1900), Juvara ("Pres. Med.", 1911), Soubeyran (Soc. de Cir., 1911).

La radiografía E 7980, muestra el resultado obtenido después de mi intervención.

Leguen, suturó por medio de un "cerclaje" (Soc. de Cir., 1908).

El tornillo ha sido también empleado (Joy, "Am. Journ. of Surg.", 1896), Robin, Reverdin (Obs. V y VI de la tesis de Morel), Gayet ("Lyon Medical", 1909).

Fiorini (Loc. Cit.), empleó una placa metálica colocada lateralmente. En fin, Pagliani (Loc. Cit.), extirpó el fragmento reinsertando el tendón de Aquiles sobre el calcáneo por osteo-teno-síntesis.

Estas fracturas son extra articulares y, correctamente tratadas, es decir, bien reducidas, son de buen pronóstico. Si no se suprime la marcada diastasis de los fragmentos lo más probable será una pseudo-artrosis y una desinserción permanente del tendón de Aquiles. Si es que sin reducción completa la reparación es posible, ésta se hará por un callo fibroso que ulteriormente podrá alargarse, como sucede en la rótula, y practicamente se tendrá entonces la desinserción del tendón.

Es más que probable que en tal caso el talón permanezca doloroso, inapto para la estación de pie y la marcha, y que sea asiento de edemas crónicos.

Resumiré, para terminar, las siguientes conclusiones:

- 1.º Las fracturas del ángulo postero-superior del calcáneo se dividen en tres tipos:
 - a) Fractura en "soufflet".
 - b) Fractura supra-aquilliana.
 - c) Fractura infra aquilliana.
- 2.º Cada tipo es pasible de distinto tratamiento.
- 3.º Las fracturas del tercer tipo, infraaquilianas, requerirán casi siempre, por no decir siempre, el tratamiento operatorio.
- 4.º La tracción por el tendón de Aquiles no es el único obstáculo a la reducción. Hay que tener en cuenta la interposición de flecos tendino-periostóticos y, sobre todo, el pellizcamiento de los tejidos contiguos por los bordes de los fragmentos.
- 5.º La incisión en T invertida da una luz excelente y dibuja colgajos bien nutridos.
- 6.º La tenotomía se hará si es imprescindible a la reducción, y no como maniobra preconcebida.

Queda bien establecido en el trabajo que se acaba de leer que hay varias fracturas del ángulo postero-superior del calcáneo y que la anatomía patológica y el mecanismo de esas distintas variedades es diferente.

También queda establecido claramente que el tratamiento y el pronóstico de esas diferentes fracturas del ángulo postero superior del calcáneo no debe considerarse como idéntico. Si se le quiere conservar el nombre de fracturas en pico de pato, es por comodidad de expresión; pero el pronóstico y tratamiento de cada una es diferente.

Ya sería de suficiente interés la comunicación del Dr. Rolando, al establecer estos principios, pero además reabre la discusión sobre la clasificación de las fracturas del calcáneo, poniendo en evidencia los picos de pato de origen talámico por aplastamiento y los picos de pato por arrancamiento. Nos hace pensar en las relaciones que deben tener los arrancamientos del ángulo postero-superior con las simples rupturas altas del tendón de Aquiles. Seguramente que el mecanismo de la simple ruptura tendinosa y el mecanismo del arrancamiento del ángulo postero superior no depende solamente de la fuerza de la contracción del triceps sural. Hay otros factores traumáticos que actúan.

El Dr. Rolando establece, además de los picos de pato de origen talámico por aplastamiento y los picos de pato por arrancamiento, una variedad que no obedece a ninguno de estos factores y es la fractura supra-aquiliiana y retro astragalina del ángulo postero-superior. Ha hecho bien en insistir el autor en estas variedades que no tienen nada que ver con las otras dos y que son curables por un simple tratamiento por maniobras externas, en general.

Creo que el estudio anatómico de las inserciones del tendón de Aquiles sería útil para precisar detalles.

Pasemos al tratamiento.

En un caso de fractura en pico de pato como el presentado por el Dr. Rolando sólo se puede recurrir por la operación a cielo abierto y aún un tornillo acercando los fragmentos no hubiera tenido éxito, dada la interposición de partes blandas y pellizcamiento de que nos habla el autor.

El autor deja bien claro que condena las maniobras de reducción manual y las ingeniosas pero inútiles de tracción esquelética, que mal podían servir, cuando aún un tornillo hubiera sido ineficaz.

Este punto es de interés y debe conocerlo todo el que trate fractura del calcáneo.

Creo feliz la comparación que hace el autor con las fracturas de la rótula, quiero referirme a las fracturas por flexión y contracción muscular.

En cuanto a la sección del tendón de Aquiles como maniobra operatoria creo que puede considerarse como vía de abordaje, que facilita la operación y creo que también se puede considerar como medio de relajar al músculo triceps y aliviar la tensión del músculo.

Si el autor necesitó la sección del tendón como vía de abordaje.

no la crítico, pero si la hizo con objeto de relajar la contracción del músculo, creo que podía haberla evitado, pues una vez limpio el espacio interfragmentario y hecha la osteosíntesis no pueden las contracciones del triceps actuar sobre los fragmentos, pues la articulación tibiotarsiana cederá y no habrá riesgo alguno de desplazamiento.

Creo que el Dr. Rolando ha hecho bien en insistir en la fragilidad de los tejidos del talón ante la agresión quirúrgica y también que ha hecho bien en presentar el problema de la operación retardada y el de la operación precoz.

Creo que la operación retardada no tiene inconvenientes, dando tiempo a las partes blandas y al foco de fractura para restablecer su estado de equilibrio fisiológico.

Lo que no creo que se deba hacer, y el Dr. Rolando lo declara honradamente, es traumatizar el foco con maniobras externas ni tracciones esqueléticas, siempre que el diagnóstico de fractura en pico de pato por arrancamiento se haya hecho. Sólo la osteosíntesis puede dar una buena reducción de una fractura a pequeños fragmentos, muy comparable a las fracturas epifisarias intraarticulares de la rodilla y del codo.

Dada la importancia del calcáneo en la estación y la marcha, la perfecta reducción es muy de tener en cuenta.

La Sociedad de Cirugía debe agradecer al Dr. Rolando su interesante trabajo y desear que sea el primero de una serie de observaciones sobre traumatología, a la que se ha dedicado con empeño y con singular competencia.

Mi anhelo tantas veces expresado en la Clínica de la orientación de los jóvenes hacia la traumatología ha llegado ha cristalizar recién después de más de diez años de prédica y el Dr. Rolando y algunos jóvenes médicos más van a modificar el ambiente médico y social dando a la traumatología el sitio que le corresponde en un país moderno y progresista.

Sesión del 16 de Mayo de 1935

Preside el Prof. CLIVIO NARIO

Reunión Extraordinaria en honor del Profesor José Arce

Invitado por la Sociedad de Cirugía el Profesor Arce honró nuestra tribuna con dos conferencias sobre:

Divertículos del esófago.

Yodo-ventriculografía cerebral.

La índole esencialmente demostrativa de estas conferencias, ilustradas con un valiosísimo material radiográfico, nos impide su publicación.