

Instituto Traumatológico. — Director: Dr. José Luis Bado

*CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA
FRACTURA SUPRA CONDÍLEA DEL HUMERO ASOCIADA
A PARALISIS NERVIOSAS (*)*

Estudio de una estadística personal de 145 casos

por el Dr. José Luis Bado

Dr. Pedro V. Pedemonte

Cirujano • Asistente

Dr. Jorge Lorenzo

Médico • Jefe de la Sección Fisioterapia

En el deseo de estudiar la *frecuencia* y la *evolución* de las lesiones nerviosas y vasculares asociadas a las fracturas supra condíleas del húmero, hemos revisado del Archivo del Instituto Traumatológico y analizado cuidadosamente, 145 historias de fractura supra condílea del húmero, de todos los tipos anatómicos, observadas todas ellas en niños menores de 15 años. No hemos hecho ninguna clasificación anatómica en relación con los diferentes tipos de fractura, pero debemos aclarar que figuran en esta serie los tipos más diferentes, desde fracturas benignas, recientes, incompletas o completas, sin desplazamiento, hasta las más graves, envejecidas de días o semanas, con gran desplazamiento, expuestas y complicadas de trastornos nerviosos y vasculares. Estudiaremos aquí solamente las complicadas de trastornos nerviosos, dejando las vasculares para otra oportunidad.

De nuestras 145 fracturas, en 22, es decir, en el 15 %, se comprobó parálisis nerviosa.

En 11, o sea en el 7 %, la lesión era del nervio radial. En 6, o sea en el 4.1 %, del cubital; en 2, o sea en el 1.3 %, del

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 30 de mayo de 1948.

mediano. Y, por último, en 3, o sea en el 2 %, parálisis asociada del mediano y del cubital.

De estos datos se deduce desde ya la lesión nerviosa de observación más frecuente asociada a la fractura supra condílea del húmero, que es la del *nervio radial*, que se presenta en la gran mayoría de los casos aislada.

La que le sigue inmediatamente en frecuencia, es la del *nervio cubital*, que se presenta aislada excepcionalmente y que, en general, se observa asociada ya sea a lesiones del radial o del mediano.

Le sigue, por último, en frecuencia, la lesión aislada del mediano sola o asociada a lesiones del cubital o más excepcionalmente del radial.

En lo que se refiere a la fractura, se puede afirmar que de una manera general se trata de fracturas graves con gran desplazamiento, con gran complejo secundario, algunas de las cuales habían sufrido previamente a su ingreso al Instituto maniobras ineficaces de reducción.

El interés que nos ha inspirado la revisión de estos casos, es el de observar la evolución ulterior de la complicación nerviosa, deducir el tipo de lesión anatómica sufrida por el nervio y, por consiguiente, concluir en cuál debe ser la conducta terapéutica a emplear frente a una fractura supra condílea del húmero acompañada de lesión nerviosa.

La conducta que se sigue en las fracturas, en general, cualquiera que sea su localización, acompañadas de lesión nerviosa, supone — y esta es la enseñanza que hemos recogido de nuestra experiencia — que la lesión nerviosa que está indiscutiblemente en relación con el trauma y con la fractura, es, *en la inmensa mayoría de los casos, por no decir siempre*, una lesión CONTUSIVA y, excepcionalmente, por no decir nunca, una solución de continuidad. Las fracturas supra condíleas del húmero, siguen la regla, y cualquiera que sea el nervio interesado, radial, mediano o cubital, la sección es la excepción. Nosotros no la hemos comprobado directamente ni aún en los casos en donde por razones particulares hemos intervenido, y la recuperación motora y sensitiva lograda en *todas* nuestras observaciones, permite afirmar que la lesión nerviosa no era una sección, sino una contusión.

Sorrel y Madame Sorrel Degerine, en la Revue D'Ortopedie del mes de noviembre de 1938, estudian una serie de 252 fracturas de la extremidad inferior del húmero, de las cuales 207 corresponden a fracturas supra condíleas, y entre éstas han encontrado 15 parálisis nerviosas, es decir, un 7.24 %, porcentaje que es inferior en la mitad al encontrado por nosotros. Estos autores siguiendo un criterio terapéutico basado en un concepto opuesto al que sustentamos, han operado todos sus casos, menos uno, y han comprobado directamente que el nervio, en la totalidad de ellos, se encontraba desplazado por el fragmento óseo, contusionado, comprimido, achatado, más o menos desgarrado, pero *nunca seccionado totalmente*.

De la observación directa, pues, de la lesión, se desprende que excepcionalmente esta lesión es una solución de continuidad.

De la evolución de los síntomas, se desprende una noción absolutamente superponible. Veamos lo que nos enseña a este respecto el análisis de nuestra estadística.

Las 22 parálisis nerviosas observadas por nosotros, regresaron todas sin operación.

Las 11 del nervio radial, regresaron dentro de los 3 meses, en la gran mayoría de los casos. La más rápida lo hizo en un mes y medio y la que demoró más a los cinco meses y medio.

Las 6 parálisis del nervio cubital regresaron dentro de los 6 meses.

Las 2 del mediano a los 7 meses y medio.

Y de las 3 parálisis asociadas, mediano cubital, una regresó a los 5 meses y las dos restantes a los 9 meses.

Si los síntomas de lesión nerviosa en todos estos casos han regresado sin intervención directa sobre el nervio, es decir, *sin reparación nerviosa*, quiere decir que la lesión nerviosa en estos casos no era una solución de continuidad sino una contusión.

Aceptado el criterio anatómico del tipo de lesión nerviosa que acompaña a la fractura, y que se desprende de la observación repetida de los hechos, ya sea por la observación directa de la lesión nerviosa, o por la observación de su recuperación a través del tiempo, se comprende perfectamente que la conducta terapéutica frente a una fractura acompañada de lesión nerviosa, debe estar orientada fundamentalmente hacia la fractura y será,

por consiguiente, el mismo, por lo menos en la primera parte, al de las fracturas puras sin asociación.

Y este es, precisamente, uno de los principios del tratamiento de la fractura acompañada de lesión nerviosa, sobre el que queremos insistir, y cuya veracidad se desprende con toda elocuencia del estudio de nuestros casos.

En efecto: en las fracturas asociadas a manifestaciones de lesión neurológica, nuestra terapéutica no tiene en cuenta la existencia de la lesión nerviosa en sí, como fin directo, desde luego, ya que sabemos que todas las maniobras que se hagan para reducir la fractura y corregir los desplazamientos, tendrán un efecto favorable sobre la evolución ulterior de la lesión nerviosa, y esto tanto más cuanto más precoz y más exacta sea la reducción.

Pero el principio general que nos hace actuar de esta manera, y que es verdadero, como decíamos, en la inmensa mayoría de los casos, puede no serlo en *determinado caso*. Es decir, que en determinado caso — excepcional por otra parte — pueden los síntomas nerviosos responder a una *verdadera solución de continuidad*. De ahí que el problema terapéutico sea entonces diferente en cuanto a la preocupación que la lesión nerviosa inspira al cirujano. Esta posibilidad, que siempre la tenemos presente, agrega por su parte alguna cosa de particular en la conducta terapéutica de toda fractura asociada a lesión nerviosa. Y esta cosa de particular, independiente de las maniobras de reducción inmediata y exacta de la fractura, es la *vigilancia atenta de la evolución de los síntomas*.

Que la lesión nerviosa sea simplemente contusiva y, por consiguiente, tenga en sí misma la posibilidad de la regresión espontánea, o sea, por el contrario, una solución de continuidad, una verdadera sección, el problema terapéutico inicial frente al cuadro: "fractura más síntomas nerviosos", es siempre el mismo: REDUCCION DE LA FRACTURA. Lo que variará en uno y otro caso, será la conducta ulterior.

En el primer caso, curada la fractura y el tiempo transcurriendo, los síntomas nerviosos regresarán espontáneamente aunque en períodos de tiempo más o menos largos. En el segundo, curada la fractura, paso previo indispensable y, por otra parte,

necesario para que las condiciones locales, retornando a lo normal, favorezcan toda tentativa de reparación nerviosa quirúrgica ulterior, la observación cuidadosa de la evolución de los síntomas neurológicos, al permitir sospechar la lesión anatómica del nervio — sección — planteará, recién entonces, la necesidad de la reparación quirúrgica.

Y nada se habrá perdido, ya que la fractura estará consolidada y el miembro todo en mejores condiciones para realizar la operación.

Aún los intervencionistas a "outrance", y entre ellos Sorrel y Madame Sorrel Degerine, en sus intervenciones no han hecho otra cosa que liberar el nervio desplazado, comprimido o contusionado, reduciendo a cielo abierto la fractura. Ninguna terapéutica se hizo directamente sobre el nervio. El mismo objetivo puede obtenerse y de manera más simple, reduciendo la fractura de otro modo, *pero reduciéndola*. Aún en casos de grave lesión del nervio, que para la estadística de Sorrel y Madame Sorrel Degerine correspondían a 4 parálisis del nervio radial, los autores ponen sobre aviso de no dejarse llevar por el impulso de reseca el nervio y hacer sutura cabo a cabo o injerto, pues aún en estos casos el tratamiento conservador, con respecto al nervio, da resultados excelentes. El tratamiento *conservador sobre el nervio*. ¿Para qué fué hecha, entonces, la intervención? Para reducir la fractura.

En realidad, en todas las intervenciones no se ha hecho otra cosa que no sea la reducción correcta de la fractura, que no se había obtenido por otro procedimiento.

Pero si se puede reducir la fractura de otra manera que por la intervención cruenta y reducir exactamente, ¿qué cosa plantearía, en realidad, la necesidad de esta intervención? La parálisis nerviosa, no, ya que la anatomía patológica nos enseña que esta parálisis nerviosa tiene como substráctum una lesión contusiva del nervio, sobre la que debe aplicarse, aún operado, un tratamiento conservador.

Es, pues, mucho más lógico, no actuar quirúrgicamente en los primeros momentos, siempre que se pueda por otro procedimiento que no sea la operación, reducir la fractura y favorecer así la regresión espontánea de los síntomas que la experiencia

enseña aparecen en más del 99 % de los casos. Es mucho más lógico esto que intervenir precozmente en una fractura asociada a lesión nerviosa, en la duda de que esta lesión fuera una sección y favorecer así la reparación nerviosa, con la precocidad de la intervención, ya que el caso es excepcional. Actuando así, en 99 casos sobre 100 haríamos una operación inútil. Procediendo de la manera que aconsejamos, hacemos bien en 99 casos y en el restante no hacemos mal, ya que el tiempo que debe transcurrir para inspirar el cambio de la actitud terapéutica general, es un tiempo que prácticamente no influye en el resultado ulterior de la sutura nerviosa.

Considerando que frente a una fractura acompañada de lesión nerviosa, se entienda que debe plantearse la indicación de la operación, nosotros nos preguntamos cuál sería el objeto de esta operación: reducir la fractura? No, desde luego. Explorar el estado del nervio para proceder a su reparación en caso que la lesión encontrada sea la ruptura.

Quiere decir, pues, que la única indicación real de la intervención cruenta, sería la ruptura nerviosa, es decir, la solución de continuidad del nervio. Y como no se puede hacer el diagnóstico de ruptura de nervio por los síntomas clínicos eléctricos, la única manera de hacerlo sería su descubierta y su observación directa. Deberían así ser explorados todos los casos de fractura supracondílea, asociados a lesión nerviosa, porque la observación directa es la única manera de comprobar el tipo de esa lesión. Pero volvemos a insistir en que la experiencia enseña que la lesión anatómica ruptura, que indicaría la intervención, es de hallazgo excepcional.

Nosotros admitimos una sola indicación para la intervención quirúrgica, y es la imposibilidad de reducir la fractura por otros procedimientos. Quiere decir que el problema de la indicación está subordinado al fracaso de la reducción incruenta, independiente de toda asociación a la fractura misma, nerviosa o vascular. En otros términos: consideramos que debe plantearse la indicación de la intervención quirúrgica en aquellas fracturas supracondíleas del húmero que no obedecen al tratamiento incruento, es decir, que no se reducen, fracturas simples, es decir, puras o asociadas. Esto último no interesa, en realidad, para plantear la indicación.

Como se ve, la indicación quirúrgica está subordinada no a la existencia de la parálisis nerviosa asociada, sino, insistimos, a la imposibilidad de obtener la reducción de la fractura por otros medios. Este concepto nos ha llevado a abstenernos en todos los casos de fractura supracondílea del húmero, asociadas a parálisis nerviosas *en donde la fractura ha podido ser reducida* por maniobras incruentas. Y en todos estos casos, repetimos, la evolución ulterior de la lesión nerviosa, nos ha demostrado que la lesión en cuestión era contusiva, al desaparecer todos sus síntomas. Una sola vez en cerca de 400 fracturas supracondíleas, nos hemos visto obligados a intervenir quirúrgicamente, en una fractura grave expuesta, con parálisis del nervio radial, en la que intervinimos en el curso de la tercera semana, y la intervención fué exclusivamente inspirada por la imposibilidad de obtener la reducción de la fractura. Y en este caso, hemos comprobado que el nervio radial estaba gravemente contusionado a nivel de la extremidad inferior del fragmento proximal, desplazado hacia adelante, pero no seccionado. Hemos reducido cruentamente y el enfermo está todavía en evolución de tal manera que no podemos decir nada sobre la evolución ulterior de los síntomas nerviosos. Pero nos sirve este caso para demostrar qué cosa es la que nos inspira el planteamiento de la intervención quirúrgica y que aún en el único caso en que hemos intervenido cruentamente, no hemos encontrado solución de continuidad a nivel del nervio.

Hasta tal punto estamos convencidos de la evolución favorable de la lesión nerviosa que acompaña a la fractura, cuando el tratamiento de la fractura ha sido efectuado correctamente, que en ningún momento modificamos el pronóstico de la fractura en sí por el hallazgo del síndrome neurológico y dudamos de los casos que se encuentran citados en la literatura en los que se habla de sección anatómica. En el caso de que fueran, no obstante, verdaderos, sería necesario estudiar prolijamente cuál fué el tratamiento de la fractura, y esto para nosotros, sí, que es fundamental, ya que un nervio que ha sido contusionado en el momento de producirse la fractura, puede luego ser seccionado o incluido entre los fragmentos en el curso de maniobras incorrectas de reducción.

Por otra parte, el criterio que sustentamos a este respecto,

está basado en el conocimiento de la fisiopatología de las parálisis nerviosas asociadas a la fractura. Creemos que no existe un concepto claro sobre este punto.

Estudiando la literatura médica al respecto, se saca la conclusión de que frente a una parálisis nerviosa de este tipo, el cirujano considera que la intervención exploradora tiene un carácter de urgencia y que debe ser dirigida a la reparación de la lesión nerviosa, porque cree que la lesión en cuestión *puede ser* una sección. Y este concepto es el que le inspira la intervención quirúrgica en las fracturas supracondíleas del húmero asociadas a lesión nerviosa, y en las fracturas de la diáfisis del húmero asociadas a parálisis del nervio radial. Ahora bien: nosotros hemos tratado alrededor de 300 fracturas de la diáfisis del húmero, y de entre ellas cerca de 20 estaban asociadas a parálisis radial; en ninguna hemos intervenido quirúrgicamente y en ninguna quedó secuela paralítica definitiva; es decir, que en todas se observó la regresión de las lesiones nerviosas. Los hechos demuestran, pues, que la lesión nerviosa es en la inmensa mayoría de los casos, contusiva y la fisiopatología enseña que debe ser así. En efecto, el trauma al producir la fractura, agota unas veces su intensidad inmediatamente de producida ésta, y la fractura será sin desplazamiento. En otras, al continuar su acción provocará un desplazamiento de gravedad variable, según su intensidad remanente. Se comprende así que en determinados tipos de fractura, a la lesión ósea acompañe una lesión nerviosa, que en la inmensa mayoría de los casos tiene que ser de estiramiento, de elongación rimitiva, es decir, dinámica, bajo la acción de la fuerza que produce la fractura, y que nada puede evitarla. Esta lesión *nerviosa dinámica*, digamos, puede ser vuelta permanente y agravada por el desplazamiento de los fragmentos no corregidos. Pero si el cirujano actúa sobre el foco de fractura y reduce el desplazamiento, esta segunda causa no puede actuar. Por consiguiente, las lesiones dependientes del trauma, es decir, las lesiones dinámicas — elongación y estiramiento o contusión —, no solamente regresarán espontáneamente sin otra intervención que sobre la fractura misma, sino que no se verán agravadas por otras causas que dependan del desplazamiento no reducido — compresión, inclusión —. Es probable que en algún caso, y nadie puede discutir que no se presente a la

observación en determinado momento, el trauma en su violencia primitiva no solamente produzca la fractura, sino que en su intensidad no disminuía puede crear, a fuerza de alargarlo, la solución de continuidad del nervio y su ruptura. Pero estos casos, repetimos, son excepcionales y nosotros por nuestra parte no los hemos observado nunca, salvo en los casos de graves traumatismos con lesión de partes blandas, músculos, vasos y nervios, y en los que el problema terapéutico está resuelto con la amputación.

Establecido así el concepto y hecho el diagnóstico de fractura con su característica particular de cada caso, y de lesión nerviosa asociada, variable según el nervio o los nervios interesados — no insistimos en el problema del diagnóstico — digamos cómo se debe conducir el tratamiento:

Las maniobras de reducción deben de comenzar inmediatamente de hecho el diagnóstico y el método de reducción debe ser el de la tracción esquelética transolecraneana al cenit, sobre cuyas ventajas desde todo punto de vista no vamos a insistir en este momento.

Se continúa con la tracción hasta obtener la diastasis suficiente para que la maniobra manual de reducción del desplazamiento residual pueda ser eficaz, en general 5 - 8 días después. Se colocará luego un aparato de yeso inmovilizador braquio anti-braquial con el codo en flexión en ángulo recto, y se controlará radiográficamente la reducción obtenida *que debe ser anatómica*. Se insistirá desde el primer momento, es decir, inmediatamente después de colocada la tracción, en la movilización activa pasiva del puño y de los dedos, y si existe una parálisis radial se colocará una férula de posición que mantenga la mano en *posición de función*.

No se debe practicar nunca en una fractura supracondílea acompañada de lesión nerviosa — nosotros creemos que tampoco se debe hacer en una fractura pura — maniobras de reducción manual, que si bien en algún caso pueden ser eficaces correctamente practicadas, en todos agravan las condiciones locales y aumentan las posibilidades de compresión, ya que hay que colocar un aparato de yeso inmediatamente después.

Si la reducción obtenida al cabo de 6 u 8 días de tracción es satisfactoria — demostrada por las radiografías practicadas

después de elaborado el yeso — se retira la tracción y se abre el yeso longitudinalmente a lo largo de una de sus caras y se deja durante todo el tiempo que dura la consolidación. Este tiempo oscila en los niños entre 18 y 25 días. Durante este plazo es necesario vigilar:

- 1º el edema;
- 2º la movilización activa de los dedos;
- 3º la mantención de la mano en posición de función.

Transcurrido el tiempo necesario para que la reparación de la fractura se logre, se retira el aparato de yeso. Se vuelven a anotar en este momento las manifestaciones clínicas, sensitivas y motoras de la lesión nerviosa, y se practica un examen eléctrico. El valor del examen eléctrico en este momento no es el de diagnóstico, ya que éste se hace clínicamente, sino fundamentalmente el de documentar de una manera objetiva el grado de alteración neurológica, ofreciéndonos un punto de partida para nuevos exámenes comparativos.

Se instituye inmediatamente un tratamiento fisioterápico conducido a la obtención de una función articular completa y a la restitución de un tonus muscular normal, insistiendo siempre en la movilización activa de los dedos y en la mantención de la mano en posición de función; esto es muy importante.

Al cabo de dos semanas se anota de nuevo el estudio clínico de la lesión nerviosa y se practica un nuevo examen eléctrico. Será de la respuesta de los exámenes eléctricos practicados en el curso de la segunda o de la cuarta semana, que dependerá la conducta ulterior.

En general, las cosas pasan de tal manera que todo aconseja *seguir esperando*. En el ínterin, y además del tratamiento fisioterápico destinado a favorecer la reparación de las lesiones nerviosas, ionización yódica.

Evolución.

En los casos observados por nosotros no hay ninguno que haya dejado secuelas nerviosas definitivas. Todos han tenido reintegración funcional completa de sus parálisis, en plazos más o menos largos.

Esto quiere decir:

1º Que la lesión podrá ser seria en el sentido de contusión grave del nervio, con su correspondiente parálisis y síndrome eléctrico — parálisis que han tardado en algunos casos hasta 8 meses para su desaparición —, pero que prácticamente curan siempre.

2º Que no hay motivo para dar prioridad en el tratamiento a la lesión nerviosa existente, ni apresurar la indicación de un tratamiento cruento, ya que la reducción anatómica de la fractura alcanza en la inmensa mayoría de los casos, por no decir siempre, para favorecer la evolución ulterior de ambos procesos.

3º Que se debe ser optimistas aún frente a lesiones nerviosas aparentemente graves, mejor aún si son únicas, por más completa que sea clínicamente la parálisis, siempre que se haya tratado la *fractura como corresponde*.

4º Por último, que después de curada la fractura y observando atentamente la evolución ulterior de los síntomas que dependen de la lesión nerviosa, auxiliándonos con el estudio eléctrico cronáxico, se comprueba que después de un período variable de semanas a meses, los síntomas de la lesión nerviosa desaparecen, expresando la reparación.

Y esto que hemos observado en todos los casos de nuestra estadística, nos confirma en la creencia sobre la que tanto hemos insistido, de que el tratamiento de las fracturas supracondíleas del húmero asociada a lesión nerviosa, no varía, en lo fundamental, del tratamiento de las fracturas puras y que la lesión nerviosa anatómica, sección o ruptura, es excepcional, si existe. No es, pues, aconsejable temerla frente a un síndrome de lesión nerviosa que acompaña a una fractura supracondílea y, por consiguiente, no es aconsejable plantear la necesidad de la intervención quirúrgica. En general, la lesión nerviosa regresa espontáneamente con la única condición de que *se trate bien y precozmente la fractura*.

Dr. García Capurro. — Quiero felicitar a los autores porque considero que el tratamiento de las fracturas supracondíleas del húmero en el niño, es un serio problema. Frente a uno de los aspectos, el de las lesiones nerviosas, esta comunicación nos da una conducta a seguir y la tranquilidad necesaria para esperar a que se restituya la corriente nerviosa.

Creo que conviene tener presente, como ya dijo algo el Dr. Pedemonte.

que la lesión pueda ser producida en el momento del accidente o ser consecutiva compresión nerviosa durante el tiempo transcurrido antes de la reducción de la fractura. Yo considero que el 2º tipo de lesión: la lesión que se produce en los nervios por no haberse reducido bien y pronto es más común que la primera. Creo que son menos los casos en que los nervios se lesionan en el momento mismo de la rotura que aquéllos que sufren por estar colocados alrededor de los extremos óseos durante un tiempo más o menos largo.

Evidentemente que si la fractura con una lesión nerviosa no se reduce, la corriente nerviosa no se restablece, lo que quiere decir que la deformación está lesionando los nervios. Por lo tanto creo que, como en ninguna otra fractura, en ésta debe insistirse, en la reducción precoz. Creo que fué casi la última palabra que usó el Dr. Pedemonte en su comunicación; debe instruirse a todas las personas y especialmente a los médicos, que si todas las fracturas deben ser reducidas inmediatamente, éstas tienen una causa más para que esto se haga. Creo que la recuperación funcional va a ser más rápida que si esa fractura se reduce después de un tiempo largo.

También estoy completamente de acuerdo que toda maniobra manual debe evitarse y que debe irse directamente a la tracción del olécranon, a la extensión para separar bien los fragmentos, llevándolos a posición, evitando todo otro traumatismo agregado que se le pueda hacer a esos nervios, o sea primero tratar de separar los fragmentos antes de hacer la reducción y recién hacer la reducción completa cuando los nervios con seguridad no están incluidos entre los fragmentos o lesionados por la punta de los fragmentos.

Para terminar quiero repetir lo que dije al principio: creo que es una comunicación muy útil y que da una visión clara sobre cuál es la conducta que debe seguirse en la lesión nerviosa en las fracturas supracondíleas del niño.

Dr. Yannicelli. — Estamos de acuerdo en que cuando aparece una lesión nerviosa, lo fundamental es la reducción de la fractura. Pero establecer con carácter exclusivo sistemático, que la única manera de proceder correctamente, es la tracción esquelética, puede ser exagerado y puede hacer creer sobre todo en un medio como el interior del país en que no están en condiciones de proceder a otro género de reducción, que se está inhibido de actuar o que se procede incorrectamente.

Es una exageración algo semejante a la que observamos algunas veces en quienes critican sistemáticamente la tracción esquelética.

Conozco los grandes beneficios y la indicación de la tracción esquelética y creo que en general debe hacerse, sobre todo cuando hay gran traumatismo con lesión nerviosa, gran tumefacción, hematoma, etc., pero cuando se acompaña de un traumatismo menor del codo, nosotros en niños a pesar de tener los aparatos de tracción esquelética, estamos acostumbrados a hacer la reducción sin proceder a la tracción esquelética.

Lo hacemos bien y lo hemos hecho aun existiendo parálisis nerviosas. No debe pues descartarse la posibilidad del tratamiento bien hecho sin tracción esquelética, cuando la contusión de los nervios no se acompaña de un traumatismo grande con gran hematoma y edema.

En tales casos procedemos a la anestesia general del paciente y la reducción bajo la pantalla porque nos permite asegurarnos que nuestra reducción ha sido buena, indolora y sin necesidad de tanteos repetidos que esos sí, son perjudiciales.

Dr. Pedemonte. — En primer término quiero agradecer las palabras del Dr. García Capurro. Como está en todo de acuerdo con nuestro trabajo sólo me resta agradecerle los conceptos expresados. Difiero sin embargo con él sobre las parálisis nerviosas; yo creo que son mucho más frecuentes las primitivas que las secundarias.

En cuanto al criterio sustentado por el Dr. Yannicelli, creo que es equivocado y peligroso. Sostener que existen otros tratamientos que el indicado por nosotros y por lo tanto dejar una puerta abierta para los médicos prácticos, los no especializados o los médicos de campaña para que puedan tratar estas fracturas, es, repetimos, muy peligroso. Si en algunas fracturas no tan particulares, puede sostener un criterio semejante, para las supracondíleas del húmero en el niño, es un error hacerlo. Las consecuencias de un mal tratamiento de estas fracturas son terribles.

Los gravísimos y repetidos casos del Volkmanns que han llegado a nuestras manos, por fracturas supracondíleas tratadas por no especialistas, nos hacen sostener este criterio.

Si para cirujanos de la talla de W. Jones, que dice — muy equivocadamente, según nosotros — que estas fracturas deben tratarse por reducción manual en una, dos o varias tentativas si son necesarias, puede aceptarse ese criterio, dada su gran capacidad técnica, de ninguna manera puede admitirse para quien no tenga experiencia en el tratamiento de las fracturas.

Si algunas fracturas, pueden ser tratadas por los no especialistas, las fracturas supracondíleas del húmero de los niños son de las que sólo deben ser tratadas por los especialistas.

Las consecuencias de un mal tratamiento son tan graves, de las más comunes el Volkmann — algunos de los cuales ya he presentado aquí —, que considero mucho más sano sostener un criterio exclusivista como el nuestro, que aquel más amplio mantenido por el Dr. Yannicelli.