

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR

REVISION DE 100 CASOS
TRATADOS EN EL HOSPITAL ROSALES.
1954 - 1958

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

ANTONIO MARQUEZ CERRATO

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA.

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

SEPTIEMBRE DE 1959.

T
617.158
M 257f
1959
FMs
E 2



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Napoleón Rodríguez Ruíz.

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Roberto Emilio Cuéllar Milla

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. José Kuri A.

SECRETARIO:

Dr. Antonio Mateu Llord.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

061705

FACULTAD DE MEDICINA.

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE
DOCTORAMIENTO PRIVADO

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA:

PRESIDENTE: DR. ARTURO JOVEL MUNGUIA.
PRIMER VOCAL: DR. JOAQUÍN RAMOS RAMÍREZ.
SEGUNDO VOCAL: DR. RICARDO J. BURGOS.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA MEDICA:

PRESIDENTE: DR. VÍCTOR ALVAREZ LAZO.
PRIMER VOCAL: DR. ROBERTO MARTÍNEZ QUEHL.
SEGUNDO VOCAL: DR. DONALDO MORENO.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA:

PRESIDENTE: DR. LUIS A. MACÍAS.
PRIMER VOCAL: DR. ORLANDO DE SOLA.
SEGUNDO VOCAL: DR. ROBERTO AVILA MOREIRA.

DOCTORAMIENTO PUBLICO.

PRESIDENTE:

DR. ROMULO E. COLINDRES.

PRIMER VOCAL:

DR. DYMAS FUNES HARTMAN

SEGUNDO VOCAL:

DR. MELITÓN BARBA.

DEDICATORIA

CON AMOR Y CARIÑO A MI QUERIDA MADRE

PETRONILA CERRATO V. DE MARQUEZ.

CON TODO APRECIO Y CARIÑO A MIS QUERIDOS HERMANOS.

AGRADECIMIENTOS

AL DR. MELITÓN BARBA Y

AL SR. GUILLERMO R. PINO

QUIENES CONTRIBUYERON A LA REALIZACIÓN

DE MI TRABAJO.

FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR, REVISION DE CIEN CASOS

TRATADOS EN EL HOSPITAL ROSALES.

1954-1958.

-) PROLOGO.
-) CONSIDERACIONES ANATÓMICAS.
-) CLASIFICACIÓN.
-) ETIOLOGÍA.
-) DIAGNÓSTICO.
-) CONSIDERACIONES ANATOMOPATOLÓGICAS.
-) CONSIDERACIONES RADIOLÓGICAS.
-) TRATAMIENTO.
-) PRESENTACIÓN DE CASOS.
-) CONSIDERACIONES SOBRE LOS CASOS PRESENTADOS.
-) CONCLUSIONES.
-) RECOMENDACIONES.
-) BIBLIOGRAFÍA.

P R O L O G O.

DADA LA GRAN IMPORTANCIA E INTERÉS QUE HA TOMADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS LA TRAUMATOLOGÍA EN EL SALVADOR, HE ESCOGIDO COMO TEMA DE LA PRESENTE TESIS "LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR", COMO UNA CONTRIBUCIÓN A ESTA IMPORTANTE RAMA DE LA MEDICINA.

EN LOS ACTUALES TIEMPOS, EL AUJE QUE HA TOMADO LA INDUSTRIALIZACIÓN DEL PAÍS, LA MECANIZACIÓN DE LA AGRICULTURA, EL BUEN SISTEMA DE CAMINOS Y EL AUMENTO AUTOMOVILÍSTICO, HAN TRAÍDO COMO CONSECUENCIA, UN AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE LOS ACCIDENTES, LOS CUALES, COMO ES NATURAL, INCLUYEN LAS FRACTURAS DEL FÉMUR.

EN EL PRESENTE TRABAJO, HE SELECCIONADO CIENTO CASOS DE LOS ARCHIVOS DE ORTOPEDIA DEL HOSPITAL ROSALES, TODOS ELLOS TOMADOS AL AZAR DURANTE LOS AÑOS DE 1954 A 1958, AMBOS INCLUSIVOS. EL NÚMERO DE PACIENTES CON FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR EN ESTE MISMO PERÍODO DE TIEMPO HA SIDO MUCHO MAYOR, EXPLICABLE POR LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE DESCRITOS.

LA EDAD DE LOS PACIENTES EN DE DIEZ AÑOS EN ADELANTE, YA QUE, EN EL CITADO HOSPITAL NO SON ADMITIDOS NIÑOS DE DOS A DIEZ AÑOS.

QUIERO EXPONER EN EL PRESENTE TRABAJO EL ADELANTO QUE SE HA OBTENIDO EN EL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE FRACTURAS, YA QUE ANTERIORMENTE LOS PACIENTES CON FRACTURAS DEL FÉMUR, ERAN CONDENADOS A PASAR LARGOS PERÍODOS DE TIEMPO HOSPITALIZADOS, CON EL CONSIGUIENTE PERJUICIO TANTO MORAL COMO FÍSICO, CONSTITUYENDOSE EN SOBRECARGA PARA EL HOSPITAL.

CON LA INTRODUCCIÓN DE NUEVAS TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR COMO EL ENCLAVAMIENTO INTRAMEDU-

3, ESTOS PACIENTES QUE OTRORA ESTABAN CONDENADOS A PERMANECER POR LAR TIEMPO EN LOS SERVICIOS DE ORTOPEDIA, ACTUALMENTE SE LES MOVILIZA EN PERÍODO RELATIVAMENTE CORTO, TRAYENDO COMO LÓGICO RESULTADO LA PRON- RECUPERACIÓN FÍSICA Y MORAL DE ESTOS PACIENTES.

EL ANÁLISIS DE LOS CASOS HA SIDO HECHO TOMANDO EN CUENTA FRECUEN- AS POR EDAD, FRECUENCIAS POR SEXO, CAUSAS ETIOLÓGICAS, CONTROLES RA-- DOLÓGICOS, TRATAMIENTOS EMPLEADOS, TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA, OCLUSIÓN DE LOS PACIENTES, COMPLICACIONES Y RESULTADOS OBTENIDOS.

CAPITULO No. 1.CONSIDERACIONES ANATOMICAS DEL FEMUR.

EL FÉMUR ES UN HUESO LARGO, PAR Y ASIMÉTRICO, CONSTITUYENDO POR SÓLO EL ESQUELETO DEL SEGUNDO SEGMENTO DEL MIEMBRO PÉLVICO.

CONSIDERADO EN UN ESQUELETO EN POSICIÓN VERTICAL, EL FÉMUR SE RIGE OBLICUAMENTE DE ARRIBA ABAJO Y DE AFUERA ADENTRO, DE MODO QUE LOS DOS FEMURES, MUY APROXIMADOS ENTRE SÍ EN SU EXTREMO INFERIOR, EN EL SUPERIOR ESTÁN SEPARADOS POR TODA LA DISTANCIA QUE EXISTE ENTRE LOS DOS CAVIDADES COTILOIDEAS.

SI LLAMAMOS EJE ANATÓMICO DEL FÉMUR A LA LÍNEA RECTA QUE SE EXTENDE DESDE EL PUNTO MEDIO DE LA ESCOTADURA INTERCONDILIA HASTA EL EXTREMO SUPERIOR DEL TROCÁNTER MAYOR Y EL EJE MECÁNICO A LA VERTICAL Y PASA POR EL CENTRO DE ROTACIÓN DE LA CABEZA FEMORAL, VEMOS QUE ESTOS DOS EJES NO SON PARALELOS, SINO QUE APROXIMÁNDOSE ENTRE SÍ FORMAN UN ÁNGULO DE OCHO Ó NUEVE GRADOS. LA OBLICUIDAD DEL FÉMUR ES SIEMPRE MÁS ACENTUADA EN LA MUJER QUE EN EL HOMBRE, LO CUAL DEPENDE DE LA CONFORMACIÓN DE LA PELVIS. POR OTRA PARTE, EL CUERPO DEL HUESO ESTÁ CURVADO SOBRE SÍ MISMO, AFECTANDO ASÍ LA FORMA DE UN ARCO CUYA CONCAVIDAD MIRA HACIA ATRÁS.

POR ÚLTIMO EL FÉMUR PRESENTA UNA LIGERA TORCIÓN SOBRE SU EJE VERTICAL QUE HACE QUE EL PLANO TRANSVERSAL DE SU EXTREMO SUPERIOR NO SEA ENTERAMENTE PARALELO AL PLANO TRANSVERSAL DE SU EXTREMO INFERIOR, SINO QUE FORMA CON ÉSTE ÚLTIMO UN ÁNGULO ABIERTO HACIA ADENTRO.

AQUÍ ÚNICAMENTE DESCRIBIRÉ EL CUERPO DEL HUESO; ÉSTE ES PRISMÁTICO TRIANGULAR, Y POR CONSIGUIENTE HEMOS DE CONSIDERAR EN ÉL TRES CA

S Y TRES BORDES.

CARAS.

DE LAS TRES CARAS UNA ES ANTERIOR Y LAS OTRAS DOS LATERALES: LA CARA ANTERIOR ESTÁ CUBIERTA EN SUS TRES CUARTOS SUPERIORES, POR EL MUSCULO CRURAL O PARTE PROFUNDA DEL CUADRICEPS.

LAS CARAS INTERNA Y EXTERNA SON ANCHAS EN SU EXTREMO SUPERIOR TERMINAN EN PUNTA EN SU EXTREMO INFERIOR, CADA UNA DE ESTAS CARAS TÁ EN RELACIÓN CON UNA DE LAS PORCIONES LATERALES DEL CUADRICEPS, CARA EXTERNA CON EL VASTO EXTERNO, Y LA CARA INTERNA CON EL VASTO INTERNO, PERO EN TODA SU EXTENSIÓN EL MÚSCULO SÓLO CUBRE EL HUESO SIN TOMAR EN ÉL INSERCIÓN.

BORDES.

LOS TRES BORDES DEL CUERPO DEL FÉMUR SE DIVIDEN EN: POSTERIOR, INTERNO Y EXTERNO.

LOS BORDES INTERNO Y EXTERNO ESTÁN POCO MARCADOS, EN CAMBIO EL BORDE POSTERIOR ES SALIENTE Y RUGOSO. ESTE BORDE LLEVA EL NOMBRE DE LÍNEA ÁSPERA DEL FÉMUR, SU LABIO EXTERNO PRESTA INSERCIÓN AL VASTO INTERNO Y SU LABIO INTERNO AL VASTO EXTERNO; EN SU INTERSTICIO SE INSERTAN SUCESIVAMENTE, DE ARRIBA ABAJO, LOS TRES MÚSCULOS ADUCTORES DEL MUSLO Y LA PORCIÓN CORTA DEL BICEPS. ESTE BORDE POSTERIOR, EN SU PARTE INFERIOR SE BIFURCA Y LAS DOS RAMAS RESULTANTES DIVERGIENDO DIRIGEN CADA UNA A LAS DOS EMINENCIAS O CÓNDILOS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DEL HUESO; POR SU PARTE SUPERIOR ESTA LÍNEA SE TRIFURCA, LA RAMA EXTERNA SE DIRIGE HACIA ARRIBA, HACIA EL TROCÁNTER MAYOR Y PRESTA INSERCIÓN AL GLÚTEO MAYOR: ES LA RAMA GLÚTEA O CRESTA DEL GLÚTEO MAYOR. LA RAMA MEDIA SITUADA POR DENTRO DE LA ANTERIOR SE DIRIGE HA-

A EL TROCÁNTER MENOR Y PRESTA INSERCIÓN AL PECTÍNEO, ESTA ES LA RAMA
L PECTÍNEO O CRESTA DEL PECTÍNEO, Y FINALMENTE LA RAMA INTERNA, IN--
INÁNDOSE TODAVÍA MÁS HACIA ADENTRO, VIENE A TERMINAR EN LA PARTE AN--
RIOR E INFERIOR DEL CUELLO, Y EN ELLAS SE INSERTA EN PARTE EL VASTO
TERNO DEL CUADRICEPS CRURAL.

CONFORMACION INTERIOR Y ARQUITECTURA.

EL CUERPO O DIÁFISIS DEL FÉMUR ESTÁ FORMADO EXCLUSIVAMENTE DE TEU
DO COMPACTO, TIENE EN SU PARTE CENTRAL UN CONDUCTO MEDULAR, QUE SE --
TIENDE DESDE EL CUARTO INFERIOR DEL HUESO HASTA EL TROCÁNTER MAYOR.

CAPITULO No. 2.

CLASIFICACION.

FRACTURAS CERRADAS	DEL TERCIO SUPERIOR		DEL TERCIO SUPERIOR
	DEL TERCIO MEDIO	FRACTURAS ABIERTAS	DEL TERCIO MEDIO
	DEL TERCIO INFERIOR		DEL TERCIO INFERIOR

CLASIFICACION CONFORME A SU TRATAMIENTO.

FRACTURAS ABIERTAS	CONSERVADOR OSTEOSINTESIS INMEDIATA	ENCLAVAMIENTO INTRAMEDULAR	FRACT. CERRADA	TRAC. SIMPLE MUSCULAR.
		PLACA TORNILLO DE ACERO		TRAC. ESQUELETICA ESPICA.
		PLACA DE VITALIO		DE YESO.
		ALAMBRE		
		SEDA		

CAPITULO No. III.E T I O L O G I A

EN LOS HUESOS NORMALES ESTAS FRACTURAS SON SIEMPRE PRODUCIDAS POR UNA GRAN VIOLENCIA COMO LA CAÍDA DE UNA ALTURA, ACCIDENTES DE AUTOMOVIL DE TREN, GRAVES ACCIDENTES INDUSTRIALES, ETC. ETC.

PUEDEN SER CAUSADAS POR VIOLENCIA DIRECTA O INDIRECTA Y SON MÁS FRECUENTES EN LAS PERSONAS QUE LLEVAN UNA VIDA ACTIVA Y ESTÁN EXPUESTAS A LOS AZARES DE GRAVES TRAUMATISMOS. SI LA VIOLENCIA ES DIRECTA O INDIRECTA TIENE IMPORTANCIA, YA QUE, CUANDO LA VIOLENCIA ES DIRECTA, ES MÁS FÁCIL QUE PRODUZCA UNA FRACTURA OBLICUA TRANSVERSAL CORTA, MIENTRAS QUE, CUANDO LA VIOLENCIA INDIRECTA, SUELE DAR LUGAR A UNA FRACTURA OBLICUA O ESPIRAL LARGA. ADEMÁS, EN LA FORMA PRODUCIDA POR VIOLENCIA DIRECTA, LAS FRACTURAS CUANDO SON COMPLICADAS, SUELEN IR ACOMPAÑADAS DE DESVITALIZACIÓN DE LOS TEJIDOS EN LA REGIÓN DE LA HERIDA, MIENTRAS QUE LAS FRACTURAS DEBIDAS A VIOLENCIA INDIRECTA, SUELE ESTARLO POR PENETRACIÓN DE UN OBJETITO AGUDO DESDE DENTRO, CON MUCHO MAYOR MAGULLAMIENTO Y CONTUSIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS ADYACENTES.

EDAD.

LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR SE OBSERVAN CON MAYOR FRECUENCIA EN EL PERÍODO MÁS ACTIVO DE LA VIDA; LA SEGUNDA INFANCIA Y ANTES DE LOS 40 AÑOS, PRODUCIÉNDOSE LA MAYOR PARTE DE ESTAS FRACTURAS EN NIÑOS ENTRE VEINTE Y TREINTA AÑOS.

CAPITULO No. 4.DIAGNOSTICO.

LA HISTORIA DE LA LESIÓN, EL ACORTAMIENTO Y LA TORSIÓN DEL MIEMBRO, LAS DEFORMACIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS, DESVIACIÓN ANGULAR Y ROTACIÓN, MOVILIDAD ANORMAL, DOLOR LOCALIZADO, HIPERSENSIBILIDAD Y PÉRDIDA FUNCIONAL, HACEN EL DIAGNÓSTICO EVIDENTE EN LOS CASOS CORRIENTES.

EL ACORTAMIENTO VARÍA DESDE UNA FRACCIÓN A CUATRO O CINCO PULGADAS EXCLUIDA LA FRACTURA DEL CUELLO DEL FÉMUR SI SE NOTA EL VÉRTICE DIAGONAL EN SU NIVEL NORMAL; SE CONSIDERARÁ EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y SE INTENTARÁ EL DIAGNÓSTICO EXACTO DE LA LESIÓN SIN MANIPULACIONES SIN QUE AL VERIFICARLAS SE CAUSA MAYOR DOLOR Y DAÑO A LAS PARTES BLANDAS.

LA CIRCUNFERENCIA DEL MIEMBRO ESTA SIEMPRE AUMENTADA, YA POR EL DILATAMIENTO SANGUÍNEO, YA POR EL ENGROSAMIENTO DE LOS MÚSCULOS AL ACORTARSE. EN EL CASO TÍPICO DE FRACTURA DIAFISIARIA DEL FÉMUR, EL PACIENTE YACE SOBRE EL DORSO; EL MIEMBRO FRACTURADO APARECE COMPLETAMENTE VUELTO HACIA ATRÁS; EL MUSLO HINCHADO HA PERDIDO SU ARCO ANTEROEXTERNO Y A VECES PRESENTA DEFORMIDAD ANGULAR.

NO DEBERÁ BUSCARSE LA CREPITACIÓN, Y EXCEPTO EN SUJETOS MUY DELGADOS ES INÚTIL PRETENDER LA LOCALIZACIÓN DE LOS EXTREMOS DE LOS FRAGMENTOS QUERER CONOCER EL CARÁCTER DEL DESPLAZAMIENTO POR PALPACIÓN.

CAPITULO No. V.CONSIDERACIONES ANATOMOPATOLOGICAS.

LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR PUEDEN SER DE CUALQUIERA DE LAS VARIEDADES ESTUDIADAS EN LOS HUESOS LARGOS, PERO EN LA GRAN MAYORÍA DE LOS CASOS, LA LÍNEA DE FRACTURA ES APROXIMADAMENTE TRANSVERSAL, OBLICUA (CORTA O LARGA) O ESPIRAL. LA FRACTURA CONMINUTA ES BASTANTE FRECUENTE, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS DEBIDOS A VIOLENCIA DIRECTA.

SE VEN TAMBIÉN FRACTURAS MÚLTIPLES.

SIENDO NECESARIA GRAN FUERZA PARA ROMPER EL FÉMUR, MUCHAS DE ESTAS FRACTURAS SE ACOMPAÑAN DE LESIONES GRAVES DE LAS PARTES BLANDAS Y GRAN PARTE DE ELLAS SON FRACTURAS ABIERTAS, YA POR LA ACCIÓN DE DENTRO FUERA DE UNO DE LOS FRAGMENTOS, YA DESDE FUERA POR LA DESTRUCTIVA ACCIÓN DE LA FUERZA QUE CAUSA LA FRACTURA. LA DIÁFISIS DEL FÉMUR PUEDE FRACTURARSE EN CUALQUIERA DE SUS PORCIONES, PERO LA MAYORÍA OCURREN EN EL TERCIO MEDIO DEL HUESO, PORQUE ALLÍ ESTA LA PARTE MEDIA DEL ARCO ANTEROEXTERNO DE LA DIÁFISIS Y PORQUE ESTE SECTOR PARECE SER EL MÁS EXPOSTO A LOS TRAUMATISMOS DIRECTOS.

DESPLAZAMIENTO.

EL DESPLAZAMIENTO DE LOS FRAGMENTOS EN LA FRACTURA DIAFISIARIA DEL FÉMUR RESULTA PRINCIPALMENTE DE LA FUERZA FRACTURANTE, PERO LA POSICIÓN FINAL DEPENDE, EN GRAN PARTE, DE LA ATRACCIÓN EJERCIDA POR LOS HOMBROS Y DE LA ACCIÓN DE LA GRAVEDAD SOBRE EL MIEMBRO.

POR LO REGULAR, EN LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR HAY ACUMULAMIENTO DE FRAGMENTOS Y ACORTAMIENTO DE LA EXTREMIDAD.

CASI SIEMPRE EL FRAGMENTO PROXIMAL GIRA HACIA AFUERA A CAUSA DE LA TRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS ROTATORIOS EXTERNOS; EN TODAS LAS FRACTURAS DE LA DIÁFISIS DEL FÉMUR, LA ROTACIÓN DEL FRAGMENTO DISTAL ES DETERMINADA POR LA POSICIÓN DE LA PIERNA Y ESTA SUELE GIRAR HACIA AFUERA POR LA GRAVEDAD.

DESPLAZAMIENTO DE LOS FRAGMENTOS EN LAS FRACTURAS DEL TERCIO SUPERIOR DEL FEMUR.

EN ESTAS FRACTURAS, EL FRAGMENTO PROXIMAL ESTÁ NORMALMENTE EN FLEXIÓN, ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN EXTERNA. LA FLEXIÓN ES DEBIDA AL MÚSCULO PSOAS ILIACO; LA ABDUCCIÓN, AL GLÚTEO MEDIANO; LA ROTACIÓN EXTERNA; POR LOS ROTADORES CORTOS Y LA GRAVEDAD.

EL FRAGMENTO INFERIOR ESTA DESPLAZADO HACIA ARRIBA, ADENTRO Y ATRÁS POR LOS FLEXORES LARGOS DE LA RODILLA Y POR LOS ABDUCTORES, Y CAÍDA HACIA ATRAS POR LA GRAVEDAD. ASÍ PUES, LOS FRAGMENTOS TIENDEN AL AUMENTO DE LA ABALGAMIENTO Y A LA ANGULACIÓN HACIA AFUERA Y HACIA ADELANTE CON EL EXTREMO DEL FRAGMENTO DISTAL SITUADO POR DETRÁS Y POR DENTRO DEL PROXIMAL.

DESPLAZAMIENTO DE LOS FRAGMENTOS EN LAS FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO DEL FEMUR.

EN ESTAS FRACTURAS EL DESPLAZAMIENTO ES MENOS FRECUENTE, PERO CUANDO LO HAY, EL FRAGMENTO INFERIOR ESTÁ CASI SIEMPRE DESPLAZADO HACIA ARRIBA POR LOS MÚSCULOS QUE CRUZAN EL FOCO DE FRACTURA.

EL DESPLAZAMIENTO MÁS FRECUENTE ES LA FLEXIÓN DEL FRAGMENTO PROXIMAL Y CAÍDA HACIA ATRÁS DEL FRAGMENTO DISTAL. NO EXISTE REGLA CON RESPECTO AL DESPLAZAMIENTO EXTERNO, EXCEPTO QUE, EN LAS FRACTURAS DE LA MITAD SUPERIOR EL FRAGMENTO PROXIMAL TIENDE A LA ABDUCCIÓN. Y EN --

S FRACTURAS DE LA MITAD INFERIOR A LA ADUCCIÓN.

DESPLAZAMIENTO DE LOS FRAGMENTOS EN LAS FRACTURAS DEL TERCIO IN-
RIOR DEL FEMUR.

EN ESTAS FRACTURAS LA TRACCIÓN MÚSCULAR NO TIENE GRAN RELACIÓN -
N EL DESPLAZAMIENTO EXTERNO, EL FRAGMENTO INFERIOR PUEDE DESPLAZARSE
CIA DENTRO O HACIA FUERA O QUEDAR CERCA DE LA LÍNEA MEDIA. ADEMÁS -
LA TRACCIÓN HACIA ARRIBA QUE EJERCEN SOBRE EL FRAGMENTO INFERIOR --
S MÚSCULOS QUE CRUZAN LA FRACTURA, EL PRINCIPAL FACTOR DEFORMANTE ES
MÚSCULO QUE TIENDE A FLEXIONARLO SOBRE LA PIERNA, CON LO QUE EL EX-
EMO DEL FRAGMENTO DISTAL SE INCLINA HACIA ATRÁS EN EL HUECO POPLÍTEO,
NDE PUEDE LESIONAR LOS VASOS Y NERVIOS.

CAPITULO No. VICONSIDERACIONES RADIOLOGICAS.

LA RADIOGRAFÍA TOMADA EN UN INDIVIDUO CON PRESUNTA FRACTURA DEL HOMBRO ES DE CAPITAL IMPORTANCIA PARA DETERMINAR EL TIPO DE TRATAMIENTO. QUE, SE EVIDENCIA ASÍ LA LÍNEA DE FRACTURA, ALTURA Y TIPO DE FRACTURA, PRESENCIA DE ESQUIRLAS Y LA RELACIÓN Y POSICIÓN EXACTA DE LOS FRAGMENTOS.

SIN EMBARGO, CUANDO SE HA DECIDIDO TRATAR LA FRACTURA POR TRACCIÓN, NO HAY RAZÓN PARA NO APLICARLA Y COLOCAR LA FRACTURA EN UNA FÉRULA, DEJANDO LA EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA PARA EL DÍA SIGUIENTE.

TODA VEZ QUE SE PUEDA Y SE CUENTE CON LOS MEDIOS ADECUADOS, ES INCONVENIENTE TOMAR POR LO MENOS DOS RADIOGRAFÍAS, UNA EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR Y OTRA EN EL PLANO LATERAL Y SI SE CUENTA CON UN APARATO DE RAYOS X PORTATIL, LO INDICADO SERÍA TOMARLE LAS PLACAS AL PACIENTE EN EL LECHO, PARA EVITARLE UN SINNUMERO DE MOLESTIAS QUE SE LE OCASIONAN CUANDO ES TRASLADADO A OTRO DEPARTAMENTO PARA QUE LE TOMEN LA RADIOGRAFÍA.

ES OBVIO DECIR, QUE SON LAS RADIOGRAFÍAS ULTERIORES LAS QUE RIGEN LOS DETALLES DEL TRATAMIENTO.

CAPITULO No. VIITRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR.

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR SE DIVIDE EN: CERRADO O INCRUENTO Y ABIERTO O CRUENTO.

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR POR EL MÉTODO CERRADO, SE PUEDE HACER POR TRACCIÓN CONTÍNUA POR MEDIO DE UNA FÉRULA DE THOMAS O POR TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA.

LA INMOVILIZACIÓN DE LA FÉRULA DE THOMAS ES UN MÉTODO QUE HA RESISTIDO LA PRUEBA DEL TIEMPO; ESTE MÉTODO DE TRACCIÓN CON LA FÉRULA SE HACE UNA VEZ QUE LOS FRAGMENTOS ÓSEOS HAN SIDO COLOCADOS EN BUENA POSICIÓN. LA TRACCIÓN SE HACE A LA EXTREMIDAD INFERIOR DE LA FÉRULA POR MEDIO DE DOS TIRAS DE ESPARADRAPO COLOCADAS A AMBOS LADOS DEL MIEMBRO LESIONADO.

LA FÉRULA SE PUEDE TENER DE OCHO A DIEZ SEMANAS (SEGÚN CONTROL RADIOGRÁFICO).

EL SEGUNDO MÉTODO O DE TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA CONSISTE, EN HACER PASAR A TRAVÉS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DE LA TIBIA O A TRAVÉS DE LOS CÓNDILOS DEL FÉMUR UN CLAVO DE KIRSCHNER EN CUYOS EXTREMOS SE ADAPTA UN DISPOSITIVO EN FORMA DE U, DEL CUAL PENDE EL CLAVO DE TRACCIÓN,

SE HA DISCUTIDO DONDE ES MÁS CONVENIENTE LA COLOCACIÓN DE ESTOS CLAVOS, SI EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR DE LA TIBIA O A TRAVÉS DE LOS CÓNDILOS DEL FÉMUR. ULTIMAMENTE SE HA COMPROBADO QUE LOS CHANCES DE INFECCIÓN Y ARTRITIS DE LA RODILLA SON MENORES CUANDO EL CLAVO SE COLOCA EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR DE LA TIBIA.

PARA EL MÉTODO DE TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA SE EMPLEA LA FÉRULA BRAUN, EL PESO EMPLEADO PARA LA TRACCIÓN DEBE CORRESPONDER A LA OCVA PARTE DEL PESO CORPORAL DEL LESIONADO.

ESTE MÉTODO CORRIGE LA ROTACIÓN Y ANGULACIÓN DE LOS FRAGMENTOS, LA TRACCIÓN ES INSUFICIENTE, PERSISTEN LOS DOLORES Y SE PRODUCEN - PASMOS MUSCULARES QUE DESVÍAN LOS FRAGMENTOS. SI LA TRACCIÓN ES EXEVA EXISTE EL PELIGRO DE QUE LOS FRAGMENTOS SE SEPAREN, LO QUE RETARR LA FORMACIÓN DEL CALLO Y HASTA PUEDE ORIGINAR UNA SEUDOARTROSIS SI TE ESTADO PERSISTE POR MUCHO TIEMPO. POR OTRA PARTE, PUEDEN PRODURSE TRASTORNOS DE MOVILIDAD DE LA RODILLA.

A LOS TRES O CUATRO DÍAS DEBEN OBTENERSE LAS PRIMERAS RADIOGRAAAS DE CONTROL. GENERALMENTE SE OBSERVA QUE EL ACORTAMIENTO YA HA - SAPARECIDO; SI PERSISTE, DEBE AUMENTARSE LA TRACCIÓN UNO O DOS KI---S. EN CASO DE QUE HUBIERA LIGERA SEPARACIÓN LA TRACCIÓN SE DISMINUU UNO Ó DOS KILOS. SI EXISTEN PEQUEÑAS ANGULACIONES, PUEDEN CORRE---RSE AUMENTANDO LA ABDUCCIÓN DE LA EXTREMIDAD SI EXISTE UNA POSICIÓN VARUS O BIEN LA ADUCCIÓN EN LA POSICIÓN DE VALGUS. PARA CORREGIR S ANGULACIONES EN EL PLANO SAGITAL, SE BAJA LA POLEA POR ENCIMA DE CUAL CORRE LA CUERDA PARA LA TRACCIÓN LONGITUDINAL PARA CORREGIR - RECURBATUM CON EL ÁNGULO ABIERTO HACIA ADELANTE. EN EL ANTECURBAN CON EL ÁNGULO ABIERTO HACIA ATRÁS, ES NECESARIO ELEVAR LA POLEA.

CADA OCHO A CATORCE DÍAS DEBEN OBTENERSE NUEVAS RADIOGRAFÍAS EN BAS PROYECCIONES, PROCURANDO QUE EL FOCO DE FRACTURA SE HALLE EN EL NTRO DE LA PELÍCULA. HAY QUE EVITAR LA REPETICIÓN DEMASIADO FRE---ENTE DE LAS TENTATIVAS PARA MEJORAR LA POSICIÓN DE LOS FRAGMENTOS, ES DIFICULTA LA FORMACIÓN DEL CALLO. UNA VEZ QUE LOS FRAGMENTOS HAA

N SIDO COLOCADOS EN SU POSICIÓN CORRECTA POR MEDIO DE LA TRACCIÓN, SE NE UN APARAYO DE ENYESADO (ESPICA).

ES CONVENIENTE CONTROLAR ESTOS PACIENTES POR MEDIO DE RADIOGRA--
A, AL PRINCIPIO SE TOMARÁN CADA DOS SEMANAS Y DESPUÉS CADA TRES SEMA--
S, PUES NO RARAS VECES SE FORMAN NUEVAS ANGULACIONES. EN CASO QUE --
TAS ANGULACIONES SE PRESENTEN PUEDEN SER CORREGIDAS POR MEDIO DEL CL--
DE DELITALA; EL VENDAJE ENYESADO SE MANTIENE DE OCHO A DIEZ SEMANAS
AÚN MÁS, ES DECIR HASTA LA CONSOLIDACIÓN DE LA FRACTURA. POSTERIOR--
NTE SE PRACTICARÁN EJERCICIOS DE MARCHA Y EJERCICIOS DE FLEXIÓN DE --
RODILLA PARA EVITAR UNA ANQUILOSIS. EN LAS FRACTURAS DEL TERCIO SU--
RIOR DEL FÉMUR, LA RODILLA ALCANZA UNA FLEXIÓN DE 90º A LAS CUATRO --
MANAS.

EN LAS FRACTURAS DEL TERCIO INFERIOR, ESTO REQUIERE GENERALMENTE
PLAZO MAYOR Y EN LOS ANCIANOS LA FLEXIÓN QUEDA A MENUDO LIMITADA EN
RMA PERMANENTE, PERO EN TODO CASO SIEMPRE ESTA INDICADA LA FISIOTERA--
A.

TRATAMIENTO ABIERTO O CRUENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL
MUR.

A VECES ES MUY DIFÍCIL EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISIA--
AS DEL FÉMUR POR EL MÉTODO CERRADO EMPLEÁNDOSE ENTONCES EL MÉTODO A--
ERTO, DEL CUAL ÚNICAMENTE HABLARÉ AQUÍ DEL ENCLAVAMIENTO INTRAMEDU--
R.

EL ENCLAVAMIENTO INTRAMEDULAR FUÉ HECHO POR PRIMERA VEZ POR HEY
OVES EN 1916. EL EMPLEÓ EL TIPO DE ENCLAVAMIENTO DESDE EL TROCÁNTER
YOR, EXPONIENDO LA FRACTURA INTRODUCÍA EL CLAVO POR EL CANAL MEDULAR
EL FRAGMENTO PROXIMAL Y DESPUÉS DE CORREGIDO EL DESPLAZAMIENTO INTRO--

HACÍA EL CLAVO EN SENTIDO RETRÓGRADO EN EL FRAGMENTO DISTAL.

POR ALGUNOS AÑOS LA TÉCNICA FUÉ ABANDONADA HASTA QUE KUNTSCHER POR CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES INTRODUJO NUEVAMENTE LA TÉCNICA DE ENCLAVAMIENTO INTRAMEDULAR DE LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR.

AL PRINCIPIO KUNTSCHER HACÍA EL ENCLAVAMIENTO POR EL MÉTODO CERRADO INTRODUCIENDO EL CLAVO POR EL TROCÁNTER DEL FRAGMENTO PROXIMAL, EL CLAVO ERA CONTROLADO POR MEDIO DE RAYOS X Y LA FRACTURA ERA REDUCIDA POR MEDIO DE MANIPULACIONES EXTERNAS. ESTE MÉTODO CAUSÓ MUCHAS COMPLICACIONES DE ORDEN TÉCNICO Y LOS FRACASOS FUERON MÚLTIPLES.

EN VISTA DE ESTOS FRACASOS LOS CIRUJANOS VERIFICAN EL ENCLAVAMIENTO EXPONIENDO EL SITIO DE LA FRACTURA.

LA TÉCNICA CONSISTE EN HACER EN LA CARA LATERAL EXTERNA DEL MUSCULO UNA INCISIÓN DE HENRY, UNA VEZ LLEGADO AL MÚSCULO, SE PUEDE CORTAR PASAR A TRAVÉS DEL VASTO EXTERNO O SEPARAR ÉSTE, YA SEA HACIA ARRIBA HACIA ABAJO, UNA VEZ EXPUESTOS LOS FRAGMENTOS SE LIMPIAN BIEN LOS EXTREMOS. EL CIRUJANO TOMA ENTONCES LA MEDIDA DE LA LONGITUD DEL HUESO EL CALIBRE DEL CANAL MEDULAR TOMANDO EN CUENTA EL TERCIO MEDIO DEL HUESO QUE ES LA PARTE MÁS DELGADA, EL CLAVO DEBE TENER UN GROSOR DE UN O DOS MILÍMETROS MENOS QUE EL CANAL MEDULAR; EN CUANTO A LA LONGITUD DEBE LLEGAR POR ARRIBA A UNA PULGADA DEL CUELLO DEL FÉMUR Y POR ABAJO NO MENOS DE 10 CENTÍMETROS POR ARRIBA DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA, PUES LA FALTA DE ESTAS MEDIDAS PUEDE DAR LUGAR A UN ESTALLAMIENTO DEL HUESO A LA INTRODUCCIÓN DEL CLAVO Y A UNA PERFORACIÓN DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA CON LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES. UNA VEZ HECHO TODO ESTO, DESDE EL SITIO DE LA FRACTURA, UN ALAMBRE GUÍA SE INTRODUCE A TRAVÉS DEL CANAL MEDULAR EN EL FRAGMENTO DISTAL HASTA ENCONTRAR

ERTA RESISTENCIA, LO QUE INDICA LA PROXIMIDAD DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA; LUEGO SE HACE LO MISMO EN EL FRAGMENTO DISTAL PARA OBTENER LA LONGITUD DEL CLAVO.

EL CLAVO GUÍA ES INTRODUCIDO DESDE EL PUNTO DE LA FRACTURA POR EL FRAGMENTO PROXIMAL A TRAVÉS DEL TROCÁNTER MAYOR HACIENDO UNA INCISIÓN EN LA PIEL EN EL SITIO QUE EMERGE, POR MEDIO DE ESTA GUÍA SE INTRODUCE EL CLAVO QUE QUEDARÁ DEFINITIVAMENTE HASTA QUE EMERJA EN EL SITIO DE FRACTURA; ENTONCES EL CLAVO GUÍA ES REMOVIDO, LOS FRAGMENTOS SE COLOCAN ENTONCES EN CORRECTA POSICIÓN MIENTRAS EL CLAVO ES CONDUCIDO DENTRO DEL FRAGMENTO DISTAL, EN ESTE MOMENTO HAY QUE TENER CUIDADO DE QUE LA PUNTA DEL CLAVO NO PERFORE LA CORTEZA DEL FRAGMENTO DISTAL. ALGUNOS CIRUJANOS ACONSEJAN LA DEAMBULACIÓN TEMPRANA DE ESTOS PACIENTES OTROS ACONSEJAN EMPLEAR ADEMÁS DEL ENCLAVAMIENTO UN APARATO DE ENYESADO DURANTE CUATRO A OCHO SEMANAS; CUANDO NO SE PONE LA ESPICA, ES CONVENIENTE PRACTICAR TEMPRANAMENTE EJERCICIOS DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA PARA EVITAR ANQUILOSIS, EL CLAVO PUEDE SER REMOVIDO HASTA QUE HALLA CONSOLIDACIÓN.

ACTUALMENTE HAY UNA TENDENCIA A TRATAR A ESTOS PACIENTES CON FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR DESPUÉS DE CIERTO TIEMPO, ES DECIR, SI NO SEA UN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA, PUES POR LO GENERAL ESTOS PACIENTES CON ESTE TIPO DE FRACTURAS SON ENFERMOS PSICOLÓGICAMENTE TRAUMATIZADOS Y LA PRESENCIA DEL MÉDICO, DE LA ENFERMERA, DEL MATERIAL QUE SE VA A EMPLEAR EN SU TRATAMIENTO, DE LA HOSPITALIZACIÓN Y AGREGADO EL EQUIPO QUIRÚRGICO, EL ESTADO DEL PACIENTE SE AGRAVA.

POR LO CUAL ES CONVENIENTE MEJOR TENER ESTE PACIENTE CON TRAC---

ÓN CONTÍNUA DE OCHO A DIEZ DÍAS, PUES POR LO GENERAL DURANTE ESTE --
EMPO LOS FRAGMENTOS SE COLOCAN EN BUENA POSICIÓN Y EL PACIENTE AD---
IERE MÁS CONFIANZA CON EL MÉDICO Y MEJOR HABITUACIÓN HOSPITALARIA, LO
E REDUNDARÁ EN BENEFICIO DEL PACIENTE AUGURÁNDOSE UN MEJOR PRONÓSTICO

LOS EJERCICIOS DE LA RODILLA SE COMIENZAN A PARTIR DE LA PRIMERA
MANA Y LA DEAMBULACIÓN A PARTIR DE LA TERCERA SEMANA.

CAPITULO No. VIII.PRESENTACION DE CASOS.

E.G.V. 15 AÑOS, F. ARCHIVO A.65753 IO. ING. 26/7/57 DIAG. TRAUMATISMO MUSLO ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SIG. CL. ROTACIÓN DE LA PIERNA, DOLOR, INCAPACIDAD FUNCIONAL RX. DE ING. NO TIENE. TRAT. IO. TRACCIÓN POR 17 DÍAS, 20. ENCLAVAMIENTO INTRAMEDULAR RX. DE CONTROL IO. BUENA POSICIÓN DE FRAGMENTOS 20. BUENA FORMACIÓN DE CALLO ALTA 27/8/57 D. HOSP. 35 RESULT. BUENO COMP. NO.

R.M.A. 35 AÑOS M. ARCH. A.39077 ING. IO. 4/9/56 DIAG. FRACT. ANTITIGUA DEL FÉM. ETIOL. ACC. TRÁNSITO SIG. CL. ACORTAMIENTO MIEMBRO RX. DE ING. FRACT. CON ACABALGAMIENTO Y CALLO ÓSEO TRAT. 5/10/56 ENCLAV. INTRAMED. INJERTO ÓSEO RX. DE CONTROL BUENA POSICIÓN DE FRAG. ALTA 12/12/56 D. HOSP. 90 RESULT. BUENO COMP. FEBRIL.

J.V.B. 40 A. M. ARCH. A.92169 ING. IO/6/57. DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SIG. CL. HEMATOMA, DOLOR, INCAP. FUNC. RX. DE ING. FRACT. HORIZONT. DEL FÉMUR TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. DE CONTROL BUENA FORMACIÓN CALLO ALTA 10/8/57 D. DE HOSP. 60 RESULT. BUENO COMP. NO.

M.G.C. 18 A. M. ARCH. A. 78153 ING. 6/10./58 DIAG. HERIDA POR ARMA DE FUEGO ETIOL. HERIDA DE ARMA DE FUEGO Sg. CL. HERIDA MUSLO, HEMATOMA, DOLOR RX. DE ING. FRAC.. CONMINUTA FÉM. TRAT. PLACA Y ESPICA RX. DE CONTROL BUENA POSICIÓN DE FRAG.. ALTA 10/2/58 Ds. HOSP. 33 RESULT. BUENO COMP. NO.

M.E.B. 22 AÑOS F. ARCH. A.665846 ING. 28/7/57 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SG. CL. HEMATOMA, DOLOR MUSLO RX. ING. FRACT. CON TRASLAPÉ FÉM. TRAT. ENCLAV. RX. CONT. BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 30/11/57 D. HOSP. 120 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.G.E. 16 AÑOS M. ARCH. A.78507 ING. 9/10./58 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. ACC. TRÁNSITO SG. CL. DOLOR LACERACIONES PIEL RX. ING. FRACT. OBLÍCUA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAM. RX. DE CONT. BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 10/2/58 D. HOSP. 32 RESULT. BUENO COMP. NO.

L.C.C. 50 AÑOS M. ARCH. A.77381 ING. 21/12/57 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. ACCIDENTE TRÁNSITO SG. CL. ROTACIÓN PIERNA DOLOR RX. ING. FRACT. OBLÍCUA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POSC. FRAGM. ALTA 20/4/58 DS. HOSP. 120 RESULT. BUENO COMP. INFEC. POST.OP

J.E.R. 37 AÑOS M. ARCH. A.85063 ING. 20/3/58 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. ACC. TRÁNSITO SG. CL. DOLOR, LACERACIONES, HEMATOMA, RX. ING. FRACT. FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 20/4/59 DS. HOSP. 30 RESULT. NO CONTROL COMP. NO.

I.R. 25 AÑOS M. ARCH. A.85553 ING. 30/3/58 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. ACC. TRÁNSITO SG. CL. HEMATOMA, DOLOR, INCAP. FUNC. RX. ING. FRACT. CONMINUTA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POSICIÓN FRAGM. ALTA 10/5/58 D. HOSP. 40 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.R.C. 30 AÑOS M. ARCH. A.83258 ING. 7/5/58 DIAG. TRAUMATISMOS VARIOS ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SG. CL. DOLOR, LACERACIONES, INCAPACIDAD FUNC. EX. ING. FRACT. ESPIRAL FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CON-

TROL BUENA POSC. FRAG. ALTA 27/5/58 Ds. HOSP. 20 RESULT. BUENO COM
NO.

O.M.A. 22 AÑOS M. ARCH. A.81975 ING. 18/2/58 DIAG. TRAUM. VARIOS
ETIOL. ACC. TRÁNSITO SG. CL. DOLOR, LACERACIONES RX. ING. FRACT. -
TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POSC. FRAG. ALTA 28/6/58
Ds. HOSP. 70 RESULT. BUENO COMP. FEBRIL POST OPERATORIO.

J.A.D. 12 AÑOS M. ARCH. A.79510 ING. 21/10./58 DIAG. FRACT. ANTIGU
DEL FÉM. Y ACORTAMIENTO DEL MIEMBRO ETIOL. CAÍDA SG. CL. ACORTAMIE
YO MIEMBROS RX. ING. NO APARECE TRAT. TRACCIÓN SIMPLE POR UN MES F
DE CONTROL NO TIENE ALTA 21/2/58 Ds. HOSP. 30 RESULT. LO MISMO COM
NO.

J.E.P. 29 AÑOS M. ARCH. A.76898 ING. 15/12/57 DIAG. HÉRIDA POR ARM
DE FUEGO ETIOL. HÉRIDA ARMA DE FUEGO SG. CL. HÉRIDA MUSLO, DOLOR, HE
MATOMA RX. DE ING. FRACT. CONMINUTA FÉM. TRAT. APARATO ENYESADO R)
CONTROL NO TIENE ALTA 16/2/58 Ds. HOSP. 61 RESULT. MEJORADO COMPL
GACIONES NO.

I.C.J. 15 AÑOS F. ARCH. A.81521 ING. 12/2/58 DIAG. TRAUM. VARIOS -
ETIOL. ACC. TRÁNSITO SG. CL. HEMATOMA, DOLOR RX. ING. FRACT. CONMI
NUTA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMEDULAR RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. -
ALTA 2/3/58 D. HOSP. 20 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.M.A. 24 AÑOS M. ARCH. A.0718 ING. 1/2/58 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIC
CAÍDA DE ACERA SG. CL. DOLOR ROTACIÓN MIEMBROS RX. ING. FRACT. OBL
CVA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONT. BUENA POSICIÓN FRAGM. /

TA 2/4/58 D. HOSP. 60 RESULT. BUENO COMP. FEBRIL POST. OPERATORIO.

R.H.L. 25 AÑOS M. ARCH. 103325 ING. 10/2/58 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA DE ALTURA SG. CL. HEMATOMA, DOLOR, INCAP. FUNC. RX. - ING. FRAGT. CON TRASLAPE DEL FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POSC. FRAGM. ALTA 11/2/58 D. HOSP. 10 RESULT. BUENO --- COMP. NO.

R.G.A. 18 AÑOS M. ARCH. A.95672 ING. 2/8/58 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. LACERACIONES, DOLOR RX. ING. FRACT. OBLÍC FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA --- 3/11/58 D. HOSP. 90 RESULT. BUENO COMP. FEBRIL POST OPERATORIO.

M.C.R. 15 AÑOS M. ARCH. 168884 ING. 5/9/58 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SG. CL. HEMATOMA, INCAPACIDAD FUNC. RX. ING. FRACT. CON TRASLAPE FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAM. RX. CONTROL BUENA POSC. FR ALTA 10/10/58 D. HOSP. 35 RESULT. MEJORADO COMP. NO.

C.G.M. 22 AÑOS M. ARCH. A.93800 ING. 7/7/58 DIAG. FRAC. ANTIGUA UN MES ANTES ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. DEFORMIDAD MUSLO Y ACORTAMIENTO MIEMBRO RX. ING. FRACT. CON TRASLAPE Y CALLO ÓSEO TRAT. 10. TRACCIÓN, 20. ENCLAV. INTRAM. RX. CONTROL FRACT. BUENA POSICIÓN ALTA --- 7/8/58 D. HOSP. 30 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.S.M. 10 AÑOS M. ARCH. A.90014 ING. 24/5/58 DIAG. TRAUMATISMO MUSLO ETIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. INCAP. FUNC., DOLOR RX. DE ING. FRAC OBLÍC FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. CONTROL NO APARECE ALTA 2/6/58 D. HOSP. 9 RESULT. MEJ. COMP. NO.

- 1) E.A.M. 26 AÑOS ARCH. A.81490 ING. 29/10/58 DIAG. HÉRIDA POR ARMA DE FUEGO ETIOL. HÉRIDA POR ARMA DE FUEGO. SG. CL. HEMATOMA, DOLOR RX. DE ING. FRACT. CONMINUTA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAM. RX. CONTROL BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 20/11/58 Ds. HOSP. 22 RESULT. BUENO COMP. NO.
- 2) A.H.M. 12 AÑOS M. ARCH. A.85753 ING. 7/5/58 DIAG. TRAUMATISMOS VARIOS ETIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. LACERACIONES, DOLOR, INCAP. FUNC. RX. DE ING. FRACT. CON TRASLAPE FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. DE CONTROL BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 21/7/58 Ds. HOSP. 74 RESULT. BUENO COMP. NO.
- 3) R.S.D.M. 50 AÑOS F. ARCH. 88255 ING. 23/8/58 DIAG. TRAUM. CÁDERA MUSLO ETIOL. ACC. TRÁNSITO SG. CL. INCAPACIDAD FUNC, DOLOR RX. IN FRACT. PELVIS Y FÉM. TRAT. 10. TRACCIÓN 20. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POS. FRAG. ALTA 15/10/58 Ds. HOSP. 53 RESULT. BUENO COMP. NO.
- 4) MR. 45 AÑOS M. ARCH. 108701 ING. 10/3/54 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. LE CAE PESO EN EL MUSLO SG. CL. DOLOR, DEFORMIDAD MUSLO RX. ING. NO APARECE TRAT. ENCLAV. INTRAMEDULAR RX. CONTROL NO HAY BUENA FORMACIÓN DEL CALLO ALTA 9/9/54 Ds. HOSP. 150 RESULT. MEJORADO COMP. OSTEOMIELITIS.
- 5) J.R.V. 24 AÑOS M. ARCH. A.67858 ING. 22/8/57 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL ACC. TRANSITO SG. CL. LACERACIONES, ROTACIÓN EXT. MIEMBRO RX. ING. FRACT CON TRASLAPE FÉM. TRAT. 10. TRACCIÓN POR 13 DÍAS 20. ENCLAV. INTRAM. RX. CONTROL BUENA POSICIÓN FRAGM. ALTA 27/9/57 Ds.

HOSP. 36 RESULT. BUENO COMP. NO.

- 5) M.D.G. 29 AÑOS F. ARCH. 53891 ING. 28/3/58 DIAG. TRAUMATISMOS VARIOS ETIOL. CAÍDA DE ALTURA SG. CL. DOLOR, INCAPACIDAD FUNC. RX. ING. NO APARECE TRAT. 10. TRACCIÓN POR 15 DÍAS 20. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POSICIÓN FRAGM. ALTA 2/4/58 Ds. HOSP. 4 - RESULT. BUENO COMP. NO.
- 7) R.A.L. 11 AÑOS M. ARCH. A.63206 ING. 28/6/57 DIAG. TRAUMATISMOS VARIOS ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SG. CL. HEMATOMA, INCAPACIDAD FUN. RX. ING. FRACT. SIN TRASLAPE TR. ESP. RX. CONT. BUENA POSC. FRAGMENTOS. ALTA 15/6/57 Ds. HOSP. 17 RESULT. BUENO COMP. NO.
- 3) E.B.R. 10 AÑOS F. ARCH. A.58245 ING. 5/5/57 DIAG. TRAUMATISMOS VARIOS ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SG. CL. DOLOR, HEMATOMA RX. ING. FRACT. CON TRASLAPE FÉM. TRAT. ESPICA DOBLRE RX. CONTROL BUENA POSICIÓN DE FRAGM. ALTA 9/5/57 Ds. HOSP. 4 RESULT MEJ. COMP. NO.
- 3) I.LL.M. 11 AÑOS F. ARCH. A.58512 ING. 7/5/57 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA SG. CL. DOLOR, INCAPACIDAD FUNC. RX. ING. FRACT. ESPIROIDEA FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. DE CONTROL BUENA POSC. FRAG. ALTA 9/5/57 Ds. HOSP. 2 RESULT. BUENO COMP. NO.
- 3) J.V.C. 11 AÑOS F. ARCH. A.94660 ING. 10/1/55 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. ACC. TRÁNSITO SG. CL. NO TIENE RX. DE ING. FRACT. OB. TRAT. ESPICA DOBLE RX. DE CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA 18/5/55 Ds. HOSP 8 RESULT. BUENO COMP. NO.

R.V.H. 13 AÑOS F. ARCH. A.90346 ING. 28/5/58 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. LACERACIONES, DOLOR RX. ING. FRACT. - CON TRASLAPE FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. DE CONTROL BUENA POSC. FRAGM. ALTA 10/6/58 Ds. HOSP. 12 RESULT. MEJ. COMP. NO.

M.A. 56 AÑOS M. ARCH. A.51185 ING. 13/11/57 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. NO. RX. DE ING. NO. TRAT. APA. ENYESADO RX. CONTROL NO ALTA 14/11/57 Ds. HOSP. 1 RESULT. NO COMP. NO.

L.L. DE B. 32 AÑOS F. ARCH. A.50669 ING. 8/2/57 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA SG. CL. ROTACIÓN EXT. MIEMBRO, DOLOR RX. ING. FRACT FÉM. TRAT. 1o. TRACC. POR 10 Ds. 2o. ENCLAV. INTRAMEDULAR RX. DE CONTROL BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 20/3/57 Ds. HOSP. 41 RESULT. BUENO COMP. NO.

M.B.L. 11 AÑOS F. ARCH. A.65366 ING. 27/7/57 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. DOLOR, LACERACIONES RX. ING. FRACT. OBL. TRAT. ESPICA DOBLE RX. DE CONTROL BUENA POSC. FRAG. ALTA 2/8/57 -- Ds. HOSP. 5 RESULT MEJ. COM. NO.

G.C. 56 AÑOS F. ARCH. A.70864 ING. 18/2/56 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA BESTIA SG. CL. DOLOR, CREPITACIÓN ÓSEA RX. INGR. FRACT. HORN FÉMUR TRAT. 1o. TRACCIÓN POR 8 DÍAS; 2o. ESPICA DOBLE RX. DE CONTROL BUENA POSC. FRAG. ALTA 24/3/56 Ds. HOSP. 36 SALE MEJORADO COMP. NO

B.R.P. 17 AÑOS M. ARCH. A.3406 ING. 15/4/55 DIAG. FRACT. EXPUESTA FÉM. ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SG. CL. SALIDA DE FRAGMENTOS RX. DE ING. FRACT. EXPUESTA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMEDULAR RX. CONT. BUENA PO

SICIÓN FRAG. ALTA 16/7/56 Ds. HOSP. 91 RESULT. MEJ. COM. OSTEOMIE-
LITIS.

1) M.P.C. 10 AÑOS M. ARCH. A.114928 ING. 28/3/58 DIAG. TRAUM. MUSLO -
ETIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DEFORMIDAD MIEMBRO, DOLOR RX. DE ING. -
FRACT. CONMINUTA FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. CONTROL BUENA POSICIÓN
FRAGM. ALTA 3/4/58 Ds. HOSP. 35 COMP. NO.

1) P.P.C. 25 AÑOS F. ARCH. A.60900 ING. 5/56 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIC
ACC. DE TRÁNS. SG. CL. LACERACIONES, DEFORMIDAD RX ING. FRACT. FÉM
TRAT. ENCLAV. INTRAMEDULAR RX. CONT. BUENA POSICIÓN FRAGM. ALTA -
12/56 Ds. HOSP. 8 MESES RESULT. MEJ. COM. òSTEOMIELITIS.

1) I.F.C. 56 AÑOS F. ARCH. A.154075 ING. 7/2/58 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA GRADA SG. CL. DOLOR, INCAP. FUNC. RX. DE ING. FRACT.CO
TRASLAPE FÉM. TRAT. 10. TRACCIÓN POR 15 DÍAS; 20. ESPICA DOBLE RX.
CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA 10./3/58 Ds. HOSP. 22 RESULT. BUENO -
COMP. NO.

C.A.R. 12 AÑOS M. ARCH. 36609 ING. 10/5/57 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIC
ACC. TRÁNS. SG. CL. HEMATOMA, DOLOR, RX. DE ING. FRACT. CON TRASLA
PE FÉM. TRAT. 10. TRACCIÓN POR 8 DÍAS; 20. ESPICA DOBLE RX. CONT.
BUENA POSC. FRAG. ALTA 25/5/57 Ds. HOSP. 115 RESULT. BUENO COMP. NO

M.A.E. 25 AÑOS M. ARCH. 92629 ING. 27/5/58 DIAG. TRAUM. VARIOS E-
TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DOLOR, LACERACIONES. RX. ING. FRACT. HO-
RIZ. FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAM. RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA -
27/6/57 Ds. HOSP. 30 RESULT. BUENO COMP. NO.

M.E.B. 35 AÑOS M. ARCH. A.80188 ING. 28/1/58 DIAG. TRAUM. MUSLO E
 TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. HEMATOMA, LACERACIONES RX. ING. FRACT. --
 OBLÍCUA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMEDULAR RX. CONT. BUENA POSC. FRAG.
 ALTA 20/2/58 Ds. HOSP. 23 RESULT. BUENO COMP. NO.

M.L.F. 40 AÑOS M. ARCH. A.72054 ING. 7/10/57 DIAG. TRAUM. VARIOS --
 ETIOL. LE CAE UNA PARED SG. CL. LACERACIONES, INCAP. FUNC. RX. DE
 ING. FRACT. CONMINUTA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONT. BUENA
 POSC. FRAG. ALTA 10/12/57 Ds. HOSP. 63 RESULT. BUENO COMP. NO.

C.E.M. 16 AÑOS M. ARCH. A.62493 ING. 13/4/57 DIAG. TRAUM. VARIOS E
 TIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. DEFORMIDAD AMBOS MUSLOS RX. ING. FRACT AM
 BOS FÉM. RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA 20/5/58 Ds. HOSP. 37 RE=
 SULT. BUENO COMP. NO.

R.N.P. 26 AÑOS M. ARCH. A.95124 ING. 2/2/56 DIAG. TRAUM. MUSLO E--
 TIOL. CAÍDA ALTURA. SG. CL. INCAP. FUNC., DOLOR RX. DE ING. FRACT.
 FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POSC. FRAGM. ALTA --
 3/3/56 Ds. HOSP. 31 RESULT. MEJ. COMP. FEBRIL POST OPERATORIO.

L.M.C. 10 AÑOS M. ARCH. A.81806 ING. 26/2/58 DIAG. TRAUM. MUSLO E--
 TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DOLOR, ROTACIÓN PIERNA RX. ING. FRACT --
 CON TRASLAPE FÉM. TRAT. 10. TRACCIÓN POR 8 DÍAS; 20. ESPICA RX. --
 CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA 20/3/58 Ds. HOSP. 22 RESULT. MEJ. COM
 NO.

A.A.M. 33 AÑOS M. ARCH. A.82077 ING. 28/4/56 DIAG. FRACT. EXPUESTA
 FÉM. ETIOL. CAÍDA DE ALTURA SG. CL. SALIDA FRAGM. HUESO, DOLOR RX.

ING. FRACT. EXPUESTA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAM. RX. DE CONTROL NO TIENE ALTA 27/7/56 Ds. HOSP. 90 RESULT. MEJ. COMP. FEBRIL POST OPERATORIO.

A.P.A. 25 AÑOS M. ARCH. A.85219 ING. 7/5/58 DIAG. HERIDA POR ARMA DE FUEGO ETIOL. HERIDA POR ARMA DE FUEGO SG. CL. HEMATOMA, DOLOR RX. DE ING. FRACT. CONMINUTA FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMED. RX. CONTROL BUENA POSC. FRAG. ALTA 10/7/58 Ds. HOSP. 63 RESULT BUENO COMP. NO.

J.V.E. 14 AÑOS M. ARCH. A.89828 ING. 23/5/58 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DOLOR, INCAP. FUNC. RX. ING. FRACT. CON TRASLAPÉ FÉM. TRAT. 10. TRACCIÓN POR 6 DÍAS; 20. ESPICA DOBLE RX. CONT. BUENA POSC. ALTA 20/8/58 Ds. HOSP. 93 RESULT. BUENO COMP. NO.

P.C. DE L. 20 AÑOS F. ARCH. A.90752 ING. 3/6/58 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. LACERACIÓN, DOLOR, RX. DE ING. FRACT. FÉM TRAT. 10. TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA; 20. ENCLAV. INTRAM. RX. CONTROL BUENA POSC. ALTA 20/8/58 Ds. HOSP. 77 RESULT. BUENO COMP. NO.

E.R. DE G. 20 AÑOS F. ARCH. A.17953 ING. 9/11/55 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA EN AGUJERO SG. CL. DOLOR, INCAP. FUNC. RX. ING. FRACT. FÉM. TRAT. OSTEOSINTESIS PLACA CON TORNILLO RX. CONT. NO ALTA 24/11/55 Ds. HOSP. 15 RESULT. BUENO COMP. NO.

A.A.F. 11 AÑOS M. ARCH. 169831 ING. 3/2/55 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. HEMATOMA, LACERACIONES RX. DE ING. FRACT. CON TRASLAPÉ FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. CONTROL BUENA POSC. FRAG. ALTA

22/2/55 Ds. HOSP. 19 RESULT. BUENO COMP. NO.

R.R.C. 13 AÑOS M. ARCH. 17468 ING. 18/3/56 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. CAÍDA SG. CL. NO RX. ING. FRACT. FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. CONTROL BUENA POSC. FRAG. ALTA 30/3/56 Ds. HOSP. 12 RESULT. BUENO COMP. NO.

S.M.L. 28 AÑOS M. ARCH. 55114 ING. 7/2/55 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL ACC. TRÁNS. SG. CL. HEMATOMA, DOLOR RX. DE ING. FRACT. CON TRASLAP DEL FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAM. RX. CONTROL BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 8/3/55.Ds. HOSP. 31 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.E.P. 25 AÑOS M. ARCH. 154565 ING. 8/6/54 DIAG. TRAUM. VARIOS ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. DOLOR, CREPITACIÓN RX. DE ING. FRACT. FÉM TRAT. ENCLAV. INTRAM. RX. DE CONTROL NO TIENE ALTA 15/12/54 Ds. HOS 7 MESES RESULT. MEJ. COMP. OSTEOMIELITIS.

I.E.S. 23 AÑOS M. ARCH. 128676 ING. 25/12/54 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. NO TIENE SG. CL. NO RX. DE ING. FRACT. FÉM. TRAT. NO DICE RA. CONTROL NO TIENE ALTA 4/1/55 Ds. HOSP. 10 RESULT ? COMP. ?

P.A.G. 35 AÑOS F. ARCH. A.23580 ING. 2/2/56 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SG. CL. DOLOR, HEMATOMA RX. DE ING. FRACT. FÉM TRAT. ESPICA RX. CONTROL BUENA POSC. DE FRAG. ALTA 19/3/56 Ds. HOS 47 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.R.M. 21 A. M. ARCH. A.13729 ING. 7/9/55 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL CAÍDA ALTURA SG. CL. DOLOR, LACERACIONES RX. ING. FRACT. FÉM. TRAT TRACC. TRANSESQUÉLETICA POR 4 MESES RX. CONT. FORMACIÓN CALLO FRAG

MALA POSICIÓN ALTA 12/1/56 Ds. HOSP. 4 MESES 5 DÍAS RESULT. MALO
COMP. DEFORMIDAD MUSLO.

R.R.C. 10 AÑOS M. ARCH. A.17042 ING. 27/10/55 DIAG. TRAUM. MUSLO
ETIOL. CAÍDA EN SANJO SG. CL. DOLOR, HEMATOMA RX. DE ING. FRACT.
CON TRASLAPE FÉM. TRAT. OSTEOSÍNTESIS, PLACA METÁLICA Y ESPICA -
RX. DE CONT. BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 27/11/55 Ds. HOSP. 30 RE-
SULT. MEJ. COMP. FEBRIL POST OPERATORIO.

R.Z.G. 10 AÑOS M. ARCH. A.10117 ING. 22/2/56 DIAG. TRAUM. MUSLO
ETIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DOLOR, HEMATOMA, LACERACIONES TRAT.
ESPICA DOBLE RX. CONTROL NO. ALTA 2/3/56 Ds. HOSP. 9 RESULT. BUE-
NO COMP. NO.

R.H.L. 18 AÑOS M. ARCH. 169826 ING. 3/2/55 DIAG. TRAUM. VARIOS -
ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. HEMATOMA, DOLOR TRAT. ENCLAV. INTRAM.
RX. CONT. BUENA POSICIÓN DE FRAGM. ALTA 1/8/55 Ds. HOSP. 180 RE-
SULT. MEJ. COMP. OSTEOMIELITIS.

A.C.C. 22 AÑOS M. ARCH. 166510 ING. 12/12/54 DIAG. TRAUM. MUSLO
ETIOL. CAÍDA ALTURA SG. CL. DOLOR, DEFORMIDAD MUSLO RX. DE ING.
FRACT. CON TRASLAPE FÉM. TRAT. ENCLAV. RX. CONTROL BUENA POSICIÓN
FRAG. ALTA 17/1/55 Ds. HOSP. 36 RESULT. BUENO COMP. NO.

S.A.A. 21 AÑOS M. ARCH. A.16455 ING. 17/10/55 DIAG. TRAUM. VARIOS
ETIOL. ACC. DE TRÁNS. SG. CL. LACERACIONES, DOLOR RX. DE ING. FRACT
FÉM. TRAT. ENCLAV. INTRAMEDULAR RX. CONTROL BUENA POSC. FRAG. AL-
TA 17/12/55 Ds. HOSP. 60. RESULT. BUENO COMP. NO.

C.A.Z. 11 AÑOS M. ARCH. 163811 ING. 31/10/54 DIAG. TRAUM. VARIOS.
ETIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. HEMATOMA, CREPITACIÓN RX. ING. FRACT.
CON TRASLAPE FÉM. TRAT. ESPICA RX. CONT. NO TIENE ALTA 13/1/55 Ds.
HOSP. 74 RESULT. MALO COMP. ANGULACIÓN FRAGMENTOS.

J.P.B. 38 AÑOS M. ARCH. A.3124 ING. 12/4/55 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA SG. CL. DOLOR, CREPITACIÓN RX. ING. FRACT. HORIZ.FÉM.
TRAT. NO TIENE RX. CONTROL NO ALTA 25/4/55 Ds. HOSP. 13 RESULT. -
? COMP. ?.

D.H.A. 12 AÑOS M. ARCH. 16044 ING. 20/10/54 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DEFORMIDAD MUSLO RX. INGERSO FRACT.FÉM.
TRAT. ESPICA ALTA 23/1/55 Ds. HOSP. 95 RESULT. BUENO COMP. NO.

D.V. 69 AÑOS F. ARCH. A.18969 ING. 23/9/55 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA GRADA SG. CL. INCAP., DOLOR RX. DE ING. FRACT. FÉM.
TRAT. ESPICA DOBLR RX. CONTROL BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 4/1/56
Ds. HOSP. 42 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.G.C. 15 AÑOS M. ARCH. A.2327 ING. 23/3/55 DIAG. TRAUM. VARIOS -
ETIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DOLOR, INCAPACIDAD FUNC. RX. ING.FRACT.
CONMINUTA FÉM. TRAT. PLACA METÁLICA Y ESPICA ALTA 24/4/55 Ds.HOSP.
33 RESULT. MEJ. COMP. FEBRIL POST OPERATORIO.

M.MR. 17 AÑOS M. ARCH. A.2676 ING. 31/3/55 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA ALTURA SG. CL. NO TIENE RX. ING. FRACT. CON TRASLAPE
FÉM. TRAT. ENCLAV. RX. CONT. BUENA POSICIÓN FRAG. ALTA 9/5/55 Ds.
HOSP. 39 RESULT. BUENO COMP. NO.

S.H.S. 14 AÑOS M. ARCH. A.2604 ING. 30/3/55 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA SANJO SG. CL. DOLOR, LACERACIONES RX. ING. FRACT. MUS-
LO TRAT. ENCLAV. ALTA 9/5/55 Ds. HOSP. 40 RESULT. BUENO COMP. NO.

E.P.S. 27 AÑOS M. ARCH. A.4410 ING. 24/4/55 DIAG. HERIDA POR ARMA
DE FUEGO ETIOL. HERIDA POR ARMA DE FUEGO SG. CL. DOLOR HERIDA MUS-
LO RX. DE ING. FRACT. CONMINUTA FÉM. TRAT. APARATO DE YESO RX. CONT
FRAG. BUENA POSICIÓN ALTA 16/8/55 Ds. HOSP. 111 RESULT. MEJ. COMP.
NO.

J.A.H. 12 AÑOS M. ARCH. A.7492 ING. 9/6/55 DIAG. TRAUM. MUSLO E---
TIOL. CAÍDA SG. CL. DOLOR, CREPITACIÓN RX. DE ING. FRACT. OBLÍ.FÉM
TRAT. ESPICA DOBLE RX. CONT. BUENA POSICIÓN FRAGM. ALTA 23/6/55 Ds
HOSP. 14 RESULT. BUENO COMP. NO.

O.V.R. 10 AÑOS M. ARCH. 4698 ING. 5/5/55 DIAG. FRACT. ANT, FÉM. E-
TIOL. NO SG. CL. ACORTAMIENTO RX. ING. CALLO ÓSEO CON TRASLAPE. TRA
TRAC. SIMP. RX. CONT. NO HAY MODIF. ALTA 29/5/55 Ds. HOSP. 24 RE--
SULT. SALE LO MISMO COMP. NO.

R.B.C. 15 AÑOS M. ARCH. 170602 ING. 14/2/55 DIAG. TRAUM. VARIOS E--
TIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. DOLOR, INCAPACIDAD FUNCIONAL RX. ING. FRA-
CON TRASLAPE TRAT. ENCLAV. RX. CONT. BUENA POSICIÓN FRAGM. ALTA -
28/3/55 Ds. HOSP. 42 RESULT. BUENO COMP. NO.

E.H. 40 AÑOS F. ARCH. 1596012 ING. 29/8/54 DIAG. FRACT. EXP. FÉM. E-
TIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. SALIDA DE FRAGM. RX. ING. FRACT. EXP. FÉ
TRAT. APARAT. YESO RX. CONTROL BUENA POSC. DE FRAGM. ALTA 19/9/55 .

Ds. HOSP. 22 RESULT. MEJ. COMP. NO.

G.F.C. 24 AÑOS M. ARCH. A.5506 ING. 12/5/55 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
 TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. HEMATOMA, DOLOR RX. ING. FRACT. CONMINU
 TA FÉM. TRAT. ESPICA RX. CONT. BUENA POSIC. FRAG. ALTA 2/9/55 Ds.
 HOSP. 12! RESULT. MEJ. COMP. NO.

R.H.N. 11 AÑOS M. ARCH. A.15359 ING. 2/10/55 DIAG. TRAUM. VARIOS -
 ETIOL. ACC.TRÁNS. SG. CL. LACERACIONES, DOLOR RX. ING. FRACT. OBL.
 FÉM. TRAT. PLACA METÁLICA ESPICA SIMPLE RX. CONT. BUENA POSIC. FRA
 ALTA 16/10/55 Ds. HOSP. 14 RESULT. BUENO COMP. NO.

F.L.P. 35 AÑOS M. ARCH. A.11957 ING. 15/8/55 DIAG. FRACT. VARIAS E
 TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DOLOR, HEMATOMA RX. ING. FRACT. FÉM. TRA
 ENCLAV. ALTA 19/9/55 Ds. HOSP. 35 RESULT. BUENO COMP. NO.

D.A.B. 13 AÑOS M. ARCH. A.5467 ING. 13/5/55 DIAG. TRAUM. VARIOS E-
 TIOL CAÍDA SG. CL. DEFORMIDAD, DOLOR RX. ING. FRACT. CON TRASLAPE
 TRAT. ENCLAV. RX. CONT. BUENA POSC. FRAGM. ALTA 15/8/55 Ds. HOSP.
 94 RESULT. BUENO

T.A. 31 AÑOS M. ARCH. A.21256 ING. 19/12/55 DIAG. FRACT. ANTIGUA --
 FÉM. ETIOL. NO SG. CL. ACORTAMIENTO MIEMB., DOLOR RX. ING. POCO CA-
 LLO Y TRASLAPE TRAT. ENCLAV. RX, CONT. BUENA POSC. FRAGM. ALTA --
 2/3/56 Ds. HOSP. 73 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.G.B. 32 AÑOS M. ARCH. A.21126 ING. 25/12/55 DIAG. TRAUM. MUSLO -
 ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. LACERACIONES, DOLOR RX. ING. FRACT. OBL
 FÉM. TRAT. ENCLAV. ALTA 4/2/56 Ds. HOSP. 41 RESULT. BUENO COMP. NO

J.L.M. 22 AÑOS M. ARCH. 86173 ING. 29/11/56 DIAG. FRACT. ANTIGUA -
FÉM. ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. ACORTAMIENTO MIEMBRO RX. ING. CA--
LLO CON TRASLAPE FRAG. TRAT. ENCLAV. INTRAMEDULAR RX. CONT. BUENA
POSC. FRAG. ALTA 25/12/56 Ds. HOSP. 26 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.J.R. 11 AÑOS M. ARCH. A.29666 ING. 10/5/56 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. LACERACIONES, HEMATOMA RX. INGRESO FRACT
CON TRASLAPE TRAT. 10. TRACC. POR 15 DÍAS; 20. ESPICA DOBLE RX. CON
BUENA POSC. FRAG. ALTA 8/6/56 Ds. HOSP. 38 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.P.S. 10 AÑOS M. ARCH. A.35701 ING. 19/7/56 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. DOLOR, CREPITACIÓN RX. ING. FRACT. CON -
TRASLAPE FÉM. ALTA 14/8/56 Ds. HOSP. 26 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.D.R. 13 AÑOS M. ARCH. A.20688 ING. 18/12/55 DIAG. TRAUM. VARIOS
ETIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. DOLOR, HEMATOMA RX. ING. FRACT. CON TRAS
LAPE TRAT. 10. TRACCIÓN POR 8 DÍAS; 20. ESPICA DOBLE RX. CONT. BUEN
POSC. FRAG. ALTA 9/4/56 Ds. HOSP. 99 RESULT. BUENO COMP. NO.

D.DE M. 56 AÑOS F. ARCH. A.41935 ING. 14/10/56 DIAG. TRAUM. MUSLO
ETIOL. CAÍDA SG. CL. CREPITACIÓN, DOLOR RX. ING. FRACT. OBL. FÉM.
TRAT. 10. TRACC. POR 1 MES 20. ESPICA DOBLE RX. CONT. BUENA POSC.
FRAGM. ALTA 28/11/56 Ds. HOSP. 44 RESULT. MEJ. COMP. NO.

O.M.A. 10 AÑOS F. ARCH. A.27120 ING. 27/3/56 DIAG. TRAUM. MUSLO E-
TIOL. CAÍDA ACERA SG. CL. HEMATOMA, DOLOR RX. ING. FRACT. CON TRAS
LAPE TRAT. ESPICA DOBLE ALTA 9/4/56 Ds. HOSP. 14 RESULT. MEJORADO
COMP. NO.

O.C.R. 83 AÑOS F. ARCH. A.36786 ING. 6/8/56 DIAG. TRAUM. MUSLO E--
TIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. INCAP. FUNC., DOLOR RX. ING. FRACT. CON--
MINUTA FÉM. TRAT. ENCLAV. RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA 21/9/56
Ds. HOSP. 46 SALE MEJORADO COMP. NO.

M.M.B. 50 AÑOS F. ARCH. A.34117 ING. 30/6/56 DIAG. TRAUM. VARIOS E
TIOL. ACC. TRÁNS. SG. CL. HEMATOMA, DOLOR RX. ING. FRACT. HORIZ. TRAT
ESPICA DOBLE ALTA 21/7/56 Ds. HOSP. 21 RESULT. BUENO COMP. NO.

S.O.B. 11 AÑOS F. ARCH. A.29593 ING. 30/4/56 DIAG. TRAUM. VARIOS E
TIOL. CAÍDA DE ÁRBOL SG. CL. DEFORMIDAD, HEMATOMA RX. ING. FRACT. -
OBL. FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA 27/5/
Ds. HOSP. 27 RESULT. BUENO COMP. NO.

J.A.M. 12 AÑOS M. ARCH. A.44227 ING. 13/11/56 DIAG. TRAUM. MUSLO E--
TIOL. CAÍDA ALTURA SG. CL. DOLOR, HEMATOMA RX. ING. FRACT. CON TRAS
LAPE TRAT. ESPICA DOBLE ALTA 2/12/56 Ds. HOSP. 19 RESULT. BUENO COM
NO.

M.E. 21 AÑOS M. ARCH. A.38177 ING. 20/8/56 DIAG. TRAUM. MUSLO ETIOL
LE CAE PESO EN EL MUSLO SG. CL. DEFORMIDAD, DOLOR RX. ING. FRACT. CO
MINUTA FEMUR. TRAT. ENCLAV. RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA 29/10/5
Ds. HOSP. 70 RESULT. MEJ. COMP. OSTEOMIELITIS.

P.A.H. 35 AÑOS M. ARCH. A.27157 ING. 27/3/56 DIAG. TRAUM. MUSLO E--
TIOL. CAÍDA GRADA SG. CL. HEMATOMA, CREPITACIÓN RX. INGRESO FRACT.
CON TRASLAPE TRAT. ENCLAV. RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA 7/5/56
Ds. HOSP. 41 RESULT. BUENO COMP. NO.

Ds. HOSP. 63 RESULT. MEJ. COMP. OSTEOMIELITIS.

10) M.P.S. 10 AÑOS F. ARCH. 60862 ING. 10/5/54 DIAG. TRAUM. MUSLO E--
TIOL. CAÍDA ÁRBOL SG. CL. ROTACIÓN MIEMBRO, DOLOR RX. ING. FRACT.
HORIZ. FÉM. TRAT. ESPICA DOBLE RX. CONT. BUENA POSC. FRAG. ALTA -
17/5/54 Ds. HOSP. 7 RESULT. BUENO COMP. NO.

CAPITULO No. IX.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS CASOS PRESENTADOS.

EN LAS PÁGINAS SIGUIENTES SE PRESENTARÁ EN UNA FORMA GRÁFICA Y DE
LLADA EN LOS CUADROS, LAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS CASOS ANTERIORME
PRESENTADOS. CADA UNO DE ELLOS LLEVARÁ UN SOMERO COMENTARIO PARA ME
OR ILUSTRACIÓN.

DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR POR EDAD Y SEXO.

1 9 5 4 - 1 9 5 8.

GRUPO ETARIO	S E X O					
	M A S C U L I N O		F E M E N I N O		AMBOS SEXOS	
	No.	%	No.	%	No.	%
10 - 19	34	46.6	10	37.0	44	44
20 - 29	20	27.4	7	25.9	27	27
30 - 39	12	16.4	2	7.4	14	14
40 - 49	5	6.9	1	3.7	6	6
50 - 59	2.	2.7	5	18.6	7	7
60 - 69	-	-	1	3.7	1	1
70 - 79	-	-	-	-	-	-
80 - 89	-	-	1	3.7	1	1
TOTAL:	73	100.0	27	100.0	100	100.

COMENTARIO DEL CUADRO No. 1.

SEGÚN SE PUEDE APRECIAR EN EL CUADRO No. 1 DE 100 CASOS ESTUDIADOS DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR POR EDAD Y SEXO Y DESDE EL PUNTO DE VISTA GLOBAL, HUBO MAYOR PORCENTAJE DE FRACTURAS EN EL SEXO MASCULINO QUE EN EL FEMENINO; EN CUANTO A LA EDAD EL MAYOR PORCENTAJE DE FRACTURAS FUÉ ENTRE LA EDAD DE 10-19 AÑOS EN AMBOS SEXOS; EN SEGUNDO LUGAR, ENTRE 20-29 AÑOS; Y EN TERCER LUGAR, ENTRE 30-39 AÑOS SIEMPRE EN PREDOMINIO DEL SEXO MASCULINO.

LOS DOS ÚNICOS CASOS DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR EN PACIENTES ENTRE 60 Y 89 AÑOS FUERON DEL SEXO FEMENINO.

DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR POR DIAGNOSTICO CLINICO

1 9 5 4 - 1 9 5 8.

D I A G N O S T I C O	N o . D E C A S O S	%
FRACTURA FEMUR.	64	64.0
FRACTURA VARIAS.	36	36.0
T O T A L	100	100.0

COMENTARIO DEL CUADRO No. 2.

SEGÚN SE PUEDE COMPROBAR POR EL ESTUDIO DEL CUADRO No. 2 DE 100 CASOS DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR, 64 PRESENTARON ÚNICAMENTE TRAUMATISMO DEL MUSLO, QUE APARECE EN LA HOJA DE INGRESO DE LOS RESPECTIVOS ARCHIVOS, O SEA 64.0% EL RESTO, O SEA EL 36.0% PRESENTARON ADICIONALMENTE A LA FRACTURA DEL FÉMUR OTROS TRAUMATISMOS, EN ESTE ÚLTIMO TÉRMINO DE TRAUMATISMOS VARIOS VAN INCLUIDOS TODO TIPO DE LESIONES INCLuyendo DE LESIONES TANTO DE LAS PARTES BLANDES SUPERFICIALES COMO PROFUNDAS, LO MISMO QUE LESIONES Y FRACTURAS DE OTROS HUESOS.

EN VISTA DE QUE ESTOS DATOS SON TOMADOS DE LA HOJA DE INGRESO, ES IMPOSIBLE DETALLAR QUE OTRAS FRACTURAS TUVO EL PACIENTE POR NO TENER EN ESTE MOMENTO UN ESTUDIO RADIOLÓGICO.

DISTRIBUCION DE 100 CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROSALES
 DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR POR CAUSA ETIOLOGICA
 1 9 5 4 - 1 9 5 8.

E T I O L O G I A	C A S O S	
	No.	%
ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO	34	34.0
CAIDA DE ARBOL	26	26.0
HERIDA POR ARMA DE FUEGO.	5	5.0
OTROS TIPO DE CAIDA	29	29.0
CAUSA DESCONOCIDA.	6	6.0
T O T A L	100	100.0

COMENTARIO DEL CUADRO No. 3.

EN EL CUADRO No. 3 QUE DETALLA LA DISTRIBUCIÓN DE 100 CASOS DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FÉMUR SEGÚN LA CAUSA ETIOLÓGICA, SE VE QUE EL MAYOR PORCENTAJE LO CONSTITUYEN LOS ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS 40.0%; EN EL GRUPO DESIGNADO CON EL NOMBRE DE OTROS TIPOS DE CAÍDAS QUE CONSTITUYEN EL 29.0%, VAN INCLUÍDAS VARIAS CAUSAS COMO CAÍDAS DE GRABERÍA, CAÍDA DE BICICLETA, DOBOR DE PIE, ETC. ETC.; EN TERCER LUGAR SE ENCUENTRA COMO CAUSA LA CAÍDA DE ÁRBOLES 26.0%.

EN EL GRUPO DESIGNADO COMO CAUSA DESCONOCIDA Y QUE CONSTITUYE EL 5.0% ESTAN INCLUIDOS LOS PACIENTES QUE LLEGARON EN ESTADO COMATOSO Y PROBABLEMENTE RECOGIDOS POR LAS AMBULANCIAS Y DEJADOS EN EL HOSPITAL SIN MAYORES DATOS, YA QUE ESTOS NO APARECEN EN LOS ARCHIVOS RESPECTIVOS.

DISTRIBUCION DE 100 CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROSALES
 DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR POR TIPOS DE FRACTURAS SEGUN EXAMEN RA-
 DIOLOGICOS 1 9 5 4 - 1 9 5 8.

TIPOS DE FRACTURA.	C A S O S	
	No.	%
S I M P L E.	41	41.0
C O N T R A S L A P E.	35	35.0
C O N M I N U T A.	15	15.0
E X P U E S T A.	2	2.0
S I N R A D I O G R A F I A.	7	7.0
T O T A L	100	100.0

COMENTARIO DEL CUADRO No. 4.

EN EL CUADRO No. 4 SE DETALLA EL ESTUDIO RADIOLOGICO DE LOS PA-
ENTES AL INGRESO, DE LO CUAL DEPENDERÁ EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE --
LE HAGA. EL TIPO MÁS FRECUENTE DE FRACTURAS ES LA SIMPLE 41.0% A--
Í VAN INCLUIDAS LAS FRACTURAS HORIZONTAL Y OBLÍCUA (LARGA Y CORTA);
FRACTURA CON TRASLAPE CONSTITUYE EL 35.0%.

EN EL GRUPO DENOMINADO SIN RADIOGRAFÍA QUE CONSTITUYE EL 7.0%
APARECE EN LOS CUADROS LA CONTESTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE RAYOS --

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE 100 CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROSALES
DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR POR GRUPOS ETARIOS Y TRATAMIENTO.

1 9 5 4 - 1 9 5 8.

GRUPO ETARIO.	T R A T A M I E N T O						
	A B I E R T O			C E R R A D O		IGNORADO	
	No.		%	No.		%	No.
10-19	16		29.1	28		65.1	-
20-29	21		38.1	5		11.6	1
30-39	11		20.0	2		4.7	1
40-49	4		7.3	2		4.7	-
50-59	2		3.6	5		11.6	-
60-69	-		-	1		2.3	-
70-79	-		-	-		-	-
80-89	1		1.8	-		-	-
TOTAL	55		100.0	43		100.0	2

COMENTARIO DEL CUADRO No. 5.

EN EL CUADRO No. 5 APARECE DETALLADO LOS DOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO, EL ABIERTO Y EL CERRADO DIVIDIDOS POR GRUPO ETARIO.

EL MÉTODO ABIERTO INCLUYE EL ENCLAVAMIENTO INTRAMEDULAR Y LA OSTEOSÍNTESIS CON PLACA METÁLICA Y TORNILLO; EL CERRADO INCLUYE TRACCIÓN TRIPLE O TRANSESQUELÉTICA Y DIVERSOS TIPOS DE ENYESADO.

EN PACIENTES DE 10 A 19 AÑOS EL 65.1% FUÉ TRATADO POR MÉTODO CERRADO, EN PACIENTES DE 20 A 29 AÑOS EL 38.1% FUÉ TRATADO POR EL MÉTODO ABIERTO; FINALMENTE APARECEN DOS CASOS EN LA COLUMNA IGNORADOS DE LOS CUALES NO ENCONTRE NINGÚN DATO DE TRATAMIENTO.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE 100 CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROSALES
DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR POR HOSPITALIZACION EN MESES Y
TRATAMIENTO 1 9 5 4 - 1 9 5 8.

HOSPITALIZA- CION EN ME- SES.	T R A T A M I E N T O				
	A B I E R T O	%	C E R R A D O	%	IGNORADO
0- 1	12	21.8	27	62.8	2
1- 3	32	58.2	10	23.3	-
3- 6	7	12.7	5	11.6	-
6- 9	4	7.3	-	-	-
9- 12	-	-	-	-	-
12 y más	-	-	-	-	-
IGNORADO	-	-	1	2.3	-
TOTAL	55	100.0	43	100.0	2

COMENTARIO DEL CUADRO No. 6.

EN EL CUADRO No. 6 APARECEN DISTRIBUIDOS LOS CASOS SEGÚN EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN MESES Y TRATAMIENTO QUE SE PRACTICÓ; EL TIEMPO SE HA TOMADO POR MESES PORQUE GRAN NÚMERO DE PACIENTES SOBRE TODO NIÑOS DE 10 A 13 AÑOS QUE FUERON TRATADOS POR EL MÉTODO CERRADO PERMANECIERON HOSPITALIZADOS POR CORTO TIEMPO, COMO PROMEDIO 6.3 DÍAS.

EN SEGÚNDO LUGAR FUÉ MAYOR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS POR EL MÉTODO ABIERTO YA QUE FUERON FEBRILES EN EL POST OPERATORIO; LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS ENTRE 6 Y 9 MESES TUVIERON COMO COMPLICACIÓN OSTEOMIELITIS. LOS PACIENTES QUE PERMANECIERON HOSPITALIZADOS POR MÁNS DE TRES MESES Y QUE FUERON TRATADOS POR EL MÉTODO CERRADO SE DEBIÓ AL MAL RESULTADO OBTENIDO POR ESTE.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE 100 CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROSALES
 DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR POR RESULTADOS OBTENIDOS SEGUN
 TRATAMIENTO
 1954-1958

R E S U L - T A D O S.	T R A T A M I E N T O				
	A B I E R T O		C E R R A D O		IGNORADO;
	No.	%	No.	%	No.
C U R A D O S.	38	38.8	19	19.4	2
N O C U R A D O S.	3	3.1	5	5.1	-
M E J O R A D O S.	14	14.2	19	19.4	-
T O T A L;	55	56.1	43	43.9	2

COMENTARIO DEL CUADRO No. 7.

EN EL CUADRO No. 7 SE DETALLAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL TRATAMIENTO APARECEN CURADOS POR TRATAMIENTO ABIERTO EL 38.0% Y POR EL MÉTODO CERRADO EL 19.0%.

LOS PACIENTES NO CURADOS Y TRATADOS POR EL MÉTODO ABIERTO SON AQUELLOS QUE SE REINTERVINIERON POR SEGUNDA Y TERCERA VEZ POR HABER TENIDO EPISODIOS DE OSTEOMIELITIS A LOS QUE SE LES PRACTICÓ SECUESTRECTOMIAS Y EN ALGUNOS DE ELLOS UN SEGUNDO ENCLAVAMIENTO.

LOS PACIENTES NO CURADOS TRATADOS POR EL MÉTODO CERRADO SON AQUELLOS QUE PRESENTARON FRACTURA ANTIGUA DEL FÉMUR CON DEFORMIDAD DEL MUSCULO BICEPS DE LOS CUALES SE LES TRATÓ DE CORREGIR POR ESTE MÉTODO SIN NINGÚN RESULTADO LO MISMO QUE AQUELLOS QUE TENÍAN ACORTAMIENTO DEL MIEMBRO A LOS QUE SE LES SUGIRIÓ TRATAMIENTO CRUENTO Y NO ACEPTARON INDICÁNDOSELES ZAPATOS CORRECTIVOS. LOS PACIENTES MEJORADOS TRATADOS POR EL MÉTODO CRUENTO 14.0% SON LOS QUE FUERON DADOS DE ALTA COMO MEJORADOS NO APARECIENDO EN LOS ANTERIORES NOTAS EVOLUTIVAS NI RADIOGRAFÍAS DE CONTROL; LO MISMO LOS TRATADOS POR EL MÉTODO CERRADO 19.0% A LOS CUALES SE LES INDICÓ REGRESAR DENTRO DE 3 A 4 SEMANAS PARA QUITAR APARATOS DE YESO NO APARECEN EN EL ARCHIVO SI REGRESARON O NO.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE 100 CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROSALES
DE FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL FEMUR, SEGUN COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO;
1 9 5 4 - 1 9 5 8.

C A S O S	T R A T A M I E N T O				
	A B I E R T O		C E R R A D O		IGNORADO
	No.	%	No.	%	No.
COMPLICADOS	16	16.0	3	3.0	2
NO COMPLICADOS	38	38.0	41	41.0	-
TOTAL	54	100.0	44	100.0	2

COMENTARIO DEL CUADRO No. 8.

EN EL ESTUDIO DEL CUADRO No. 8 SE APRECIA EL NÚMERO DE CASOS COMPLICADOS Y NO COMPLICADOS SEGÚN EL TRATAMIENTO. POR EL MÉTODO ABIERTO PORCENTAJE DE COMPLICADOS ES RELATIVAMENTE BAJO, HE TOMADO COMO COMPLICADOS AQUELLOS CASOS QUE FUERON FEBRILES POR MÁS DE DIEZ DÍAS TRATADOS CON ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO CURARON SU PROCESO INFECCIOSO.

LO QUE SI NO PUDE COMPROBAR ES SI FUERON FEBRILES POR EL PROCESO OPERATORIO O POR ALGUNA OTRA CAUSA YA QUE NO TENIENDO NOTAS EVOLUTIVAS BUENAS POR LA HOJA DE TEMPERATURA.

LOS CASOS COMPLICADOS TRATADOS POR EL MÉTODO CERRADO, FUERON AQUELLOS QUE AL TOMARLE LA RADIOGRAFÍA DE CONTROL SE ENCONTRÓ DESPLAZAMIENTO DE LOS FRAGMENTOS.

LOS CASOS NO COMPLICADOS POR EL MÉTODO ABIERTO FUERON 38.0% Y POR EL CERRADO 41.0%; Y FINALMENTE LOS IGNORADOS DE LOS QUE NO ENCONTRAMOS DATOS.

CAPITULO No. X.CONCLUSIONES.

DADO EL GRAN NÚMERO DE PACIENTES CON FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL MUR DE LOS CUALES HE TOMADO AL AZAR 100 CASOS DE LOS AÑOS 1954-1958 INCLUSIVE, NO SE PUEDE LLEGAR A UNA VERDADERA CONCLUSIÓN, PERO SE PUEDE APRECIAR A TRAVÉS DE LOS CUADROS Y COMENTARIOS QUE ANTECEDEN UNA IDEA DEL TRABAJO VERIFICADO EN UN PERÍODO DE CINCO AÑOS.

LOS ESCOLLOS QUE HE TENIDO EN LA RECOPIACIÓN DE DATOS NO HAN SIDO POCOS, PUES COMENCÉ POR ENCONTRAR EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DEL HOSPITAL ROSALES UNA MALA ORGANIZACIÓN, TANTO MAYOR CUANTO MÁS SE RETROCEDE EN TIEMPO.

EN VISTA DE NO PODER OBTENER DATOS EN LOS LIBROS DE ALTAS DE LOS DISTINTOS SERVICIOS DE ORTOPEDIA, SINO A PARTIR DE 1957 LOGRÉ HACERLO POR MEDIO DEL LIBRO DE CODIFICACIONES QUE SE LLEVA EN EL DEPARTAMENTO DE ARCHIVOS DEL HOSPITAL ROSALES SIENDO DE AQUÍ DE DONDE TOMÉ LOS CASOS ANALIZADOS EN ESTE TRABAJO.

AL RECOPIAR LOS DATOS EN LOS RESPECTIVOS ARCHIVOS ESTOS HAN SIDO DEFICIENTES DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE HASTA QUE SE LE DA EL ALTA, PUES LOS DATOS QUE SE TIENEN AL INGRESO SON MÁS QUE TODO DE ORDEN OBJETIVO Y NO SE LE PRACTICA AL PACIENTE UN EXAMEN FÍSICO MÁS DETENIDO.

EN CUANTO AL EXAMEN RADIOLÓGICO QUE SE LE PRACTICA AL PACIENTE A SU INGRESO, LA PRIMERA RADIOGRAFÍA ES INTERPRETADA POR EL PRACTICANTE DEL MÉDICO INTERNO Y POSTERIORMENTE EL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA EN LA CONTESTACIÓN ESCRITA AL SERVICIO RESPECTIVO EN DONDE ALGUNAS VE-

S ESTAS CONTESTACIONES NO SON COLOCADAS EN SU RESPECTIVO ARCHIVO DE --
NDE SE NOTARÁ QUE UN BUEN NÚMERO DE PACIENTES EN SU EVOLUCIÓN NO TIE--
N CONTROL RADIOGRÁFICO. Y FINALMENTE ES DIFÍCIL OBTENER OTROS DATOS
R PÉRDIDA DE LAS HOJAS O SIMPLEMENTE NO SE HAN HECHO.

NO OBSTANTE DESDE HACE UNOS DOS AÑOS LOS CUADROS SE ENCUENTRAN --
S COMPLETOS Y HAY UN MEJOR CONTROL DE LOS PACIENTES.

EN RESUMEN LAS CONCLUSIONES SON:

- 10) NIÑOS DE 10 A 15 AÑOS FUERON TRATADOS POR MÉTODO CERRADO.
- 20) LOS ADULTOS JOVENES FUERON TRATADOS POR EL MÉTODO ABIERTO.
- 30) EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN POR EL MÉTODO CRUENTO FUÉ EL EN-
CLAVAMIENTO INTRAMEDULAR.
- 40) LOS RESULTADOS SATISFACTORIOS EN LOS DOS MÉTODOS FUERON DE
CASI EL CIENTO POR CIENTO.

CAPITULO No. XI.

RECOMENDACIONES.

- 1) VERIFICAR UN MEJOR ESTUDIO EN CONSULTA EXTERNA DE ESTOS PACIENTES.
- 2) OBTENER UN BUEN CONTROL RADIOLÓGICO.
- 3) VERIFICAR UNA MEJOR ORGANIZACIÓN EN LOS DISTINTOS SERVICIO DE ORTOPEDIA.
- 4) TENER MEJOR PERSONAL ENTRENADO.
- 5) ADQUIRIR UN APARATO DE RAYOS X PORTÁTIL PARA CONTROLAR ESTOS PACIENTES EN LOS MISMOS SERVICIOS DE ORTOPEDIA.

CAPITULO No. XII.BIBLIOGRAFIA.

- 1) BÖHLER LORENZ DR. TECNICA DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS TOMO II. TERCERA EDICIÓN EN ESPAÑOL 1942 PÁGS. 1036-1097.
- 2) CONWELL EARLE AND H Y KEY JOHNALBERT. FRACTURAS, LUXACIONES Y ESGUINCES. TOMO II EDICIÓN EN ESPAÑOL 1956 PÁGS. ---- 1007-1015.
- 3) CHRISTOPHER FREDERICK DR. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA 6A. EDICIÓN EN ESPAÑOL. AÑO 1958 TOMO II PÁGS. 1032-1097.
- 4) MAGNUSUN PAUL B. AND STACK JAMES. FRACTURAS 5A. EDICIÓN - PÁGS. 297-303.
- 5) TESTUT. L. LатарJET TRATADO DE ANATOMIA HUMANA 8A. EDICIÓN EN FRANCÉS TOMO I PÁGS. 393-402.
- 6) WATSON JONES REGINAL. TRATADO SOBRE FRACTURAS TOMO II 3A. EDICIÓN AÑO 1943 PÁGS. 672-689.