

“FRACTURA DE POUTEAU-COLLES”

Tesis de grado “Meritoria. 1946. — Presentada por Jaime Quintero Esguerra.

Conclusiones.

- 1^a—La fractura de Pouteau-Colles se presenta entre nosotros con una frecuencia del 15½%, entre todas las fracturas.
- 2^a—La experiencia nos ha enseñado, que cumpliendo con los preceptos de reducción anatómica perfecta y prudente, y adecuada inmovilización, sea cual fuere la modalidad de la fractura de Pouteau-Colles, el resultado es y será siempre bueno.
- 3^a—Debe hacerse siempre estudio radiológico previo a la reducción; pero si éste no fuere posible, debe intentarse la reducción inmediatamente, controlando luego el resultado con los Rayos X.
- 4^a—La fractura de Pouteau-Colles debe tratarse siempre de urgencia.
- 5^a—La anestesia local cumple a cabalidad los objetivos que persigue la anestesia en las fracturas: relajación muscular y alivio completo del dolor.
- 6^a—La anestesia local no presenta peligro de ser vehículo de infección, siempre que se lleve a cabo con todas las reglas de la asepsia.
- 7^a—No hemos observado nunca, que la anestesia local inyectada en pleno hematoma del foco de la fractura, produzca retardo en la formación del callo óseo.
- 8^a—Como dosis suficiente, es necesaria una cantidad que oscila entre 5 c.c. y 20 c.c. de procaína o novocaína al 2%.
- 9^a—Cuatro factores concurren a la obtención del buen éxito que hemos tenido con la anestesia local: seconal, morfina, *procaína* y la acción anestésica adyuvante que por compren-

sión braquial ejerce el sistema que utilizamos de contraextensión fija.

- 10—Las indicaciones y la forma de empleo de la anestesia en la fractura de Pouteau-Colles varían según que se trate de casos vistos en las primeras 24 horas, en los primeros 3 días, o después de estos términos.
- 11—La fractura de Pouteau-Colles, requiere siempre una reducción anatómica perfecta.
- 12—Hemos observado, que el 20% de las fracturas de Pouteau-Colles no requiere maniobras de reducción, por el hecho de no presentar desalojamiento, angulación o engranamiento de fragmentos.
- 13—En el 70% de los casos, la fractura de Pouteau-Colles está acompañada de fractura de la apófisis estiloides cubital.
- 14—El procedimiento empleado en la Clínica Central para la reducción de esta fractura, nos ha dado siempre muy buenos resultados.
- 15—Es imperioso en todos los casos, antes de proceder a la inmovilización, estar plenamente seguros de que la fractura ha sido desengranada.
- 16—Para inmovilizar la fractura de Pouteau-Colles, empleamos con muy buen resultados el aparato enyesado, en Hennequin, o el ideado por el Dr. Botero Jaramillo.
- 17—Inmediatamente se terminen las maniobras de reducción, debe hacerse control radiológico, que hay que repetir cada vez que sea necesario. Recomendamos tomar 3 controles en total: el primero después de la reducción, el segundo 8 días más tarde y el tercero al retirar el aparato inmovilizador.
- 18—Las dosis de Rayos X, que asimila el enfermo en el acto de tomar radiografías, no ejercen acción retardatoria alguna sobre la formación del callo óseo.
- 19—Durante los primeros días, debe vigilarse a mañana y tarde el estado de los dedos. Posteriormente, el enfermo es controlado periódicamente con el objeto de mantener lo suficientemente ajustado el aparato inmovilizador.
- 20—Empleamos un promedio de 4 semanas como tiempo de inmovilización.