

factor de congestión es capaz de producir formaciones óseas, de ahí la mesura con que debemos proceder para ordenar masajes activos o movilización, que son factores de congestión y, por lo tanto, capaces de dar materiales para la neoformación ósea exagerada. Pero donde más valor toman estas ideas es en las intervenciones quirúrgicas donde, por el hecho de la intervención dejamos un foco de congestión o hematoma capaces de seguir la evolución anotada, sin existir aún la movilización precoz. De ahí que, conociendo estas nuevas orientaciones, en esta última enferma que hemos presentado, no debimos al reoperar indicar movilización y masaje, sino todo lo contrario, favoreciendo además la reabsorción de esa sangre derramada, factor probable de formación ósea, con la radioterapia que destruye la fuente de tal hipercalcificación.

Dr. Maissonave.—Creo que el Dr. Fossati ha traído un asunto importante respecto a la extracción de material. Propondría una sesión especial en que cada uno trajese sus observaciones sobre osteosíntesis, y en ese sentido hago moción.

Dr. Fossati.—Habría que nombrar relator.

Dr. Silva.—Creo que sería conveniente que los que quisieran hablar sobre el tema, se inscribieran antes de las sesiones.

Dr. Prat.—Voy a hacer una modificación a lo propuesto por el Dr. Maissonave, y es que, como no podría tratarse el tema en una sola sesión, creo que se debería poner un orden en las observaciones, que se presentarían en sesiones sucesivas y propongo como primer tema a tratarse, la osteosíntesis en las fracturas del fémur. (Aceptado).

A propósito de una orden del día anterior

Dr. Prat. — En la discusión publicada en los Boletines correspondientes a la sesión de esta Sociedad, del 11 de Mayo, al discutirse la comunicación del Dr. Velarde Pérez sobre el signo radiológico precoz de las perforaciones gastroduodenales, se me hace decir: que no doy gran valor al examen radiológico del vientre agudo, porque es frecuente la interposición del colon por delante del hígado. Dije entonces que no le daba un valor fundamental ni primordial en el diagnóstico de peritonitis perforativa a la desaparición de la matidez hepática normal y a su sustitución por el timpanismo gaseoso,

porque muy frecuentemente ese timpanismo se debe al meteorismo cólico.

A propósito de la publicación de mi libro "Ileo" se ha dicho impropriadamente, que no soy partidario del examen radiológico del vientre agudo, cosa que contra mi manera de pensar parecería confirmar lo aseverado en esta discusión; es por eso que tengo especial interés en la rectificación.

Dr. Maisoonve. —He traído radiografías de fracturas condilianas, y ha venido también el enfermo. Se trata de una fractura supra-condiliana que no es típica. Es una fractura atípica por la forma en que se ha producido y quizás por la edad del enfermo (19 años).

El trazo de fractura en su parte interna sigue el cartílago de conjugación en la mitad y luego sigue un trayecto ascendente diafisario.

Es una fractura helicoidal, cuya explicación la encontramos en el mecanismo de su producción. Se trata de un soldado, que jugando al football, en un movimiento puso la pierna en abducción, cayendo el contrario de atrás, por lo que es probable que haya rotado sobre sí mismo hasta caer. En esta otra radiografía puede verse el desplazamiento. Este enfermo es de campaña; estuvo inmovilizado 10 días. Viene a Montevideo, al Hospital Militar, el 12 de Agosto del año 1931 y cuando lo vemos, encontramos rodilla tumefacta, desplazamiento de la pierna, dolor sobre el fémur, derrame articular que, dada la cantidad, no da choque rotuliano; trae el diagnóstico de fractura. Radiografías. Punción, en la que se extrae líquido sanguinolento; se repite la punción a los dos días. En la primera se habían extraído unos 100 grs. y en la segunda 200 grs. Se practican los exámenes generales, (orina, etc.). Ha venido al Hospital a los 18 días de la lesión. Se opera (Dr. Mañé). Se incinde por arriba de la interlínea articular, parte interna del muslo. Se cae sobre el foco de la fractura. No se abre la articulación. Se llega a hacer reducción perfecta en el tractor de Lambotte. Se coloca una placa de Lambotte en forma de V. Aquí tenemos la radiografía inmediata de la operación. Se pone aparato de yeso, movilización activa, mecanoterapia. Se levantó a los 60 días. Tenemos ahora la última radiografía. Se ve la placa como envuelta en un callo. La soporta bien, sin dolores. (Presenta al enfermo). Podrán ver que no hay modificación de la estática, y que los movimientos de un miembro y otro son semejantes en un todo. Es un caso de osteosíntesis por excelencia, por el mismo tipo de fractura. Ningún procedimiento ortopédico actual hubiera dado este resultado. Llama la atención la facilidad con que mantiene la placa sin dolores.

Observación segunda. — Estas radiografías pertenecen a otro enfermo, cuya fractura es producida por un choque de tranvía, en el que perdió el conocimiento, motivo por el cual poco nos puede decir al respecto. Como se ve, hay una lágruna ósea, una geoda ósea, exponente de rarefacción ósea que no corresponde a los tornillos. Siente grandes dolores, y fué necesario hacerle extracción de la placa. Este enfermo contrasta con el anterior por intolerancia, presentando ese dolor que indudablemente es producido por la placa de metal.

Dr. Prat. — Desea felicitar al colega por el brillante resultado obtenido en el enfermo presentado. Creo que es un caso de fractura mixta, mitad decolamiento, mitad fractura. Ya he traído casos a esta Sociedad; no recuerdo si han salido en los Boletines. Es indudable que en este caso los cirujanos que lo trataron no podían insistir en la reducción porque lo tomaron a 18 días de producida la lesión. Quisiera aminorar la opinión del Dr. Maissonave cuando dice “que ningún otro procedimiento hubiera dado resultados”. Creo que otros métodos, aplicados precozmente pudieran dar resultados satisfactorios, sobre todo en casos como éste, de fracturas mixtas.

Dr. R. del Campo. — En la osteosíntesis en el niño, en general de excepción, muy frecuentemente no se consigue corregir con la extensión. Es difícil realizarla. Sin embargo, hemos conseguido resultados satisfactorios. Tuve oportunidad de tratar un caso de un niño (lamento no tener la radiografía) con fractura bilateral, obteniendo buen resultado, y con conservación del material sin producirse absceso.

La osteosíntesis temporaria de Ombredanne la hemos realizado, y confesamos ha sido poco satisfactoria.

Dr. Maissonave. — Estoy de acuerdo en que en nuestro medio faltan aparatos ortopédicos. Hace pocos días el Dr. Silva buscó un tractor de Lambotte por todos lados sin poderlo conseguir. Creo, con el doctor Prat, que no basta reducir para obtener resultados ortopédicos excelentes. Muchas veces, haciendo una perfecta reducción se obtienen malos resultados, y otras veces, con reducciones defectuosas se consiguen resultados satisfactorios. Es que intervienen otros factores: estática, atrofia muscular, etc. También creo que con el procedimiento de estribo de Finochietto, broche de Steimann se podría hacer la reducción. Pienso que el medio ambiente quirúrgico para hacer la intervención ósea debe ser adecuado. Es el factor más importante. En una fractura de fémur, antes de hacer la osteosíntesis hay que pensarlo bien, y esto se explica por su topográfica y por la estructura de la región; muscular por excelencia. Sabido es que el músculo es un ex-

ente medio de cultivo microbiano y por otra parte su vecindad con la región perineal (año sobre todo) hace que las infecciones del foco (a pesar de la asepsia prolija) mismo del tipo gaseoso sean más frecuente que en otra región cualquiera. Por estas razones, y además por ser una intervención larga y traumatizante, creo que la osteosíntesis del fémur sea una operación con indicaciones propias y restringidas.

Estudio de una pieza de hidatidosis raquídea

Por los Doctores D. PRAT y J. C. CASTIGLIONI

La importancia anatomopatológica de una pieza de hidatidosis raquídea que nos ha tocado en suerte estudiar, unido a la poca frecuencia de esta afección, son las razones que nos han inspirado para presentarla a la Sociedad de Cirugía. Debemos ante todo agradecer al Dr. Carlos Brito Foresti su colaboración científica, pues debido a su gentileza podemos poner en evidencia ante esta Sociedad, las características fundamentales de la patología de la hidatidosis raquídea. De la obra de los Drs. Prat y Barcia, sobre hidatidosis ósea, hemos obtenido datos interesantes que facilitarán nuestra tarea.

La hidatidosis raquídea es bastante rara en nuestro país y a pesar de una búsqueda intensiva y completa, sólo hemos podido reunir doce casos. Como el total de casos de hidatidosis ósea en el Uruguay sólo alcanza a 24 observaciones, quiere decir, que el raquis está favorecido por la localización hidática, pues ella sola alcanza al 50 %.

Chaussier, en 1807, describió su primer caso de hidatidosis raquídea, que fué un encuentro casual de autopsia; luego fué Ollivier d'Angers, quien describió tres casos consecutivos. Berard, en 1850, hace el primer estudio importante de conjunto de la hidatidosis vertebral en el Diccionario en 30 volúmenes. Siguen a este trabajo, seis o siete observaciones aisladas y aparece en 1876 la interesante tesis de Bellencontre, en la que estudia 16 casos de hidatidosis raquídea.

Pintos Pasella, en Italia, y Houtang, en Francia, presentan dos observaciones, hasta que en 1886 Gangolphe publica su tesis de agregación en que estudia la hidatidosis ósea en general, analizando siete casos de hidatidosis vertebral. Este trabajo, es para la época, un verdadero monumento científico en la materia y que ha persistido como el trabajo clásico que señala el progreso en el estudio de esta enfermedad.

Varios casos aislados se publican hasta que Beltzer, en 1900, reúne