

única, desde que ostenta sobre su número excepcional de ictus convulsivos, la evidencia de un beneficio terapéutico logrado con una medida quirúrgica realizada por primera vez en esta afección.

5.º — Insistimos en este último detalle. No puede equipararse desde el punto de vista quirúrgico un síndrome de mal epiléptico condicionado por una clara etiología: exóstosis, proceso tumoral, etc., al síndrome similar que afecta a los enfermos de P. G. P. En éstos la infiltración difusa de las leptomeninges, inextirpable en la mayoría de los casos, obra como causa preparatoria o condicionante, sobre la que el factor tóxico incide desencadenando el estado de mal. El resultado halagüeño de nuestro ensayo abre una posibilidad terapéutica, cuyo albur deberá ser afrontado siempre, ya que la experiencia de los psiquiatras corrobora, como los paralíticos que caen en estado de mal, rebelde a la medicación en uso, están por lo general ineludiblemente condenados al deceso, que se aguarda en estos casos con la impotencia de quien cree haber agotado todos los recursos de las disciplinas médicas.

### *Consideraciones sobre el drenaje de la articulación de la rodilla (1)*

Por el doctor R. PEREYRA y Br. E. PALMA

Las condiciones anatómicas de la articulación de la rodilla, con sus enormes superficies articulares y sus recesos sinoriales, hacen que sea difícil la obtención de un buen drenaje.

La técnica que proponemos es la siguiente:

Incisión interna. 1er. tiempo. — Incisión vertical que comienza a 1 cm. por debajo de la interlínea fémoro-tibial y se extiende longitudinalmente hacia arriba, a 4 cm. del borde lateral de la rótula (en sujetos muy musculosos a 4 y  $\frac{1}{2}$  cm.). en una extensión de 12 cm., aproximadamente. Sección de piel y tejido celular subcutáneo. Se clava luego una sonda acanalada en la parte media de la aponeurosis y deslizándola hacia arriba y hacia abajo, se corta sucesivamente sobre ella, la aponeurosis superficial en toda la extensión de la incisión cutánea.

**Nota de la Redacción:** La comunicación de los Drs. R. Pereyra y E. Palma, que comprende: consideraciones sobre anatomía de la rodilla, fundamentos anatómicos de las incisiones de drenaje, técnica personal de artrotomía y bibliografía, será publicada "in extenso" en otro lugar. De conformidad con los autores, sólo aparece en este Boletín, la técnica de artrotomía aconsejada por ellos y las láminas que ilustran los tiempos de dicha técnica.

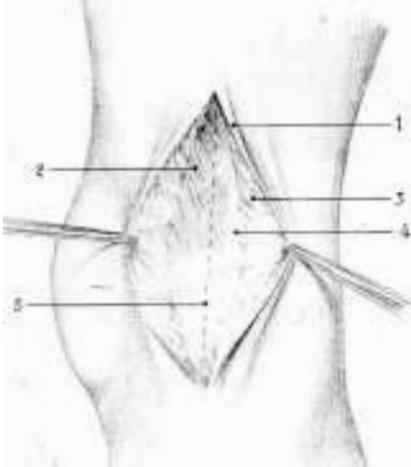
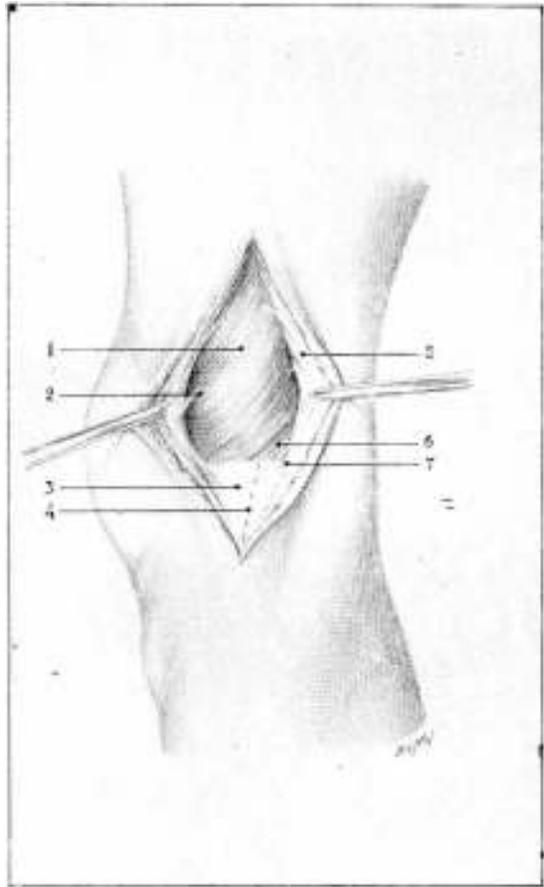


Fig. 1. — Primer tiempo de la artrotomía interna. (Sección de piel, tejido celular sub cutáneo y aponeurosis). 1. Piel. — 2. Aponeurosis. 3. Tejido celular sub cutáneo. — 4. Línea blanca del tabique intermuscular interno. — 5. Línea de sección de la aponeurosis.

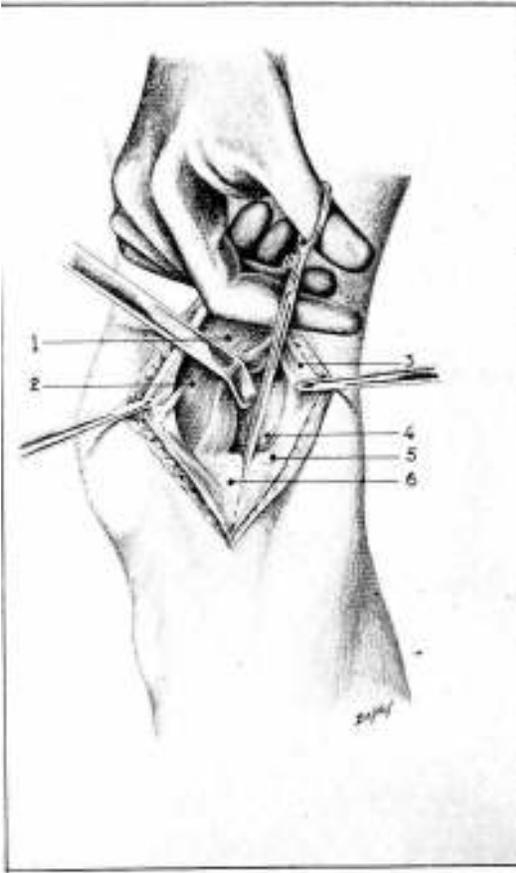
2o. tiempo. — Se reconoce el pequeño triangulito limitado por el vasto, el tabique y la expansión cuadrípital; se libera con un golpe de sonda la  $\frac{1}{2}$  posterior del borde inferior del vasto; con una espátula y de abajo arriba, se desinserta con facilidad el músculo del tabique intermuscular interno, en toda la extensión de la incisión.

En la parte alta hay que proceder con cuidado, pues se tropieza allí con la arteria "músculo articularis" de Theile, que hemos visto nacer en el canal de Hunter de la arteria femoral superficial directamente en la mayoría de los casos (y no como rama lateral de la gran anastomótica, como la describe Poirier). Esta arteria debe ligarse y cortarse después de ligada, siempre que sea posible. Hay que proceder con gran cuidado, pues si la arteria es cortada sin ligadura



**Fig. 2. — Primer tiempo** (Sección de piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis). 1. Vasto interno. — 2. Arteriola. — 3. Expansión interna del cuádriceps — 4. Línea de sección de dicha expansión. — 5. Aponeurosis superficial. — 6. Triángulo de abordaje. — 7. Parte baja del tabique intermuscular interno

previa junto al mismo tabique, por su natural retracción elástica desaparece del campo operatorio, a través del orificio del tabique, dando entonces una hemorragia difícil de cohibir, pues para ello hay que recurrir a la sección del tabique, con los enormes peligros consiguientes de hallarse el paquete de los vasos femorales en contacto con la cara posterior del tabique intermuscular; por otra parte, aún descubierta la arteria femoral, es difícil efectuar la ligadura del pequeño cabo arterial junto mismo al tronco de los grandes vasos (uno de nosotros tuvo un accidente de este tipo en una intervención por osteomielitis del fémur). Recomendamos, pues, especialmente, proceder con cautela, y ligar cuidadosamente la arteria de Treile antes de cortarla. Es el único punto relativamente delicado de la intervención.



**Fig. 3. Segundo tiempo.**  
 (Desinserción del vasto interno y sección de su expansión cuadrícpital y su alerón). — 1. Vasto interno. — 2. Arteriola. — 3. Aponeurosis. — 4. Fémur. — 5. Tabique intermuscular interno. — 6. Expansión del cuádriceps.

En la profundidad hay que insistir con la espátula hasta desinsertar bien todas las fibras musculares, de la cresta del fémur. Sólo así puede reclinarsse ampliamente con un separador todo el vasto interno hacia afuera. En la parte alta y profunda del músculo hay a menudo otra arteriola importante, que no ofrece mayores dificultades. Hecho esto con una espátula o con una sonda y de arriba abajo se cliva fácilmente por debajo de la expansión cuadrícpital y del alerón interno, deslizando el instrumento entre estos planos y el sistema tensor del fondo de saco lateral de la rodilla. Entonces cortamos con el bisturí sobre la sonda o con la tijera la expansión y el alerón. En este momento hay que cohibir un pequeño vaso arterial, que corre entre el alerón y la expansión.

3.er tiempo: Reclinado el músculo y su expansión con dos separadores, tenemos a la vista todo el fondo de saco lateral, la expansión subcuadrícpital y la bolsa del mismo nombre. Con la tijera hacemos un pequeño ojal en el borde del fondo de saco lateral e introduciendo por ahí una de las ramas de la tijera, cortamos fácilmente la

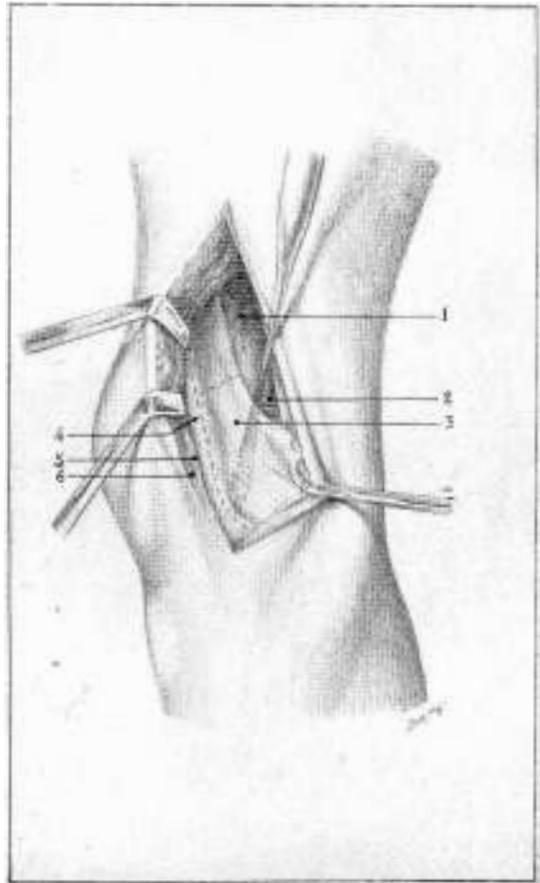


Fig. 4. — Tercer tiempo. — (Apertura del fondo de saco lateral de la articulación y de la bolsa sub-cuadricipital). — 1. Rama descendente de la arteria gran anastomótica. — 2. Arteria articular súpero interna. — 3. Lámina tensora del fondo de saco lateral. — 4. Fondo de saco lateral de la articulación. — 5. Expansión cuadrícipital y alerón cortado. — 6. Aponeurosis superficial.

cápsula en la vertiente anterior del fondo de saco lateral en toda su extensión, y prolongamos la apertura a los amplios recesos sub-cuadricipitales. Es conveniente cortar el fondo de saco lateral en su vertiente anterior junto al borde, pues así el labio externo de la apertura de la cápsula es mantenido en su posición por la lámina tensora, con lo cual la brecha queda ampliamente abierta. La arteria articular súpero interna no debe ser herida en ningún momento, pues corre junto al hueso por debajo de la lámina tensora del fondo de saco lateral.

Incisión externa. — En sus líneas generales es muy semejante a la interna.

1.er tiempo. — La incisión cutánea es idéntica a la del lado interno. La sección de la aponeurosis, debe ser cuidadosa en forma de hacer bien longitudinal el corte, tratando de disociar y separar las fibras de la bandeleta de Maissiat.

2.o tiempo. — Como ya lo hemos dicho la expansión cuadrícipital externa es

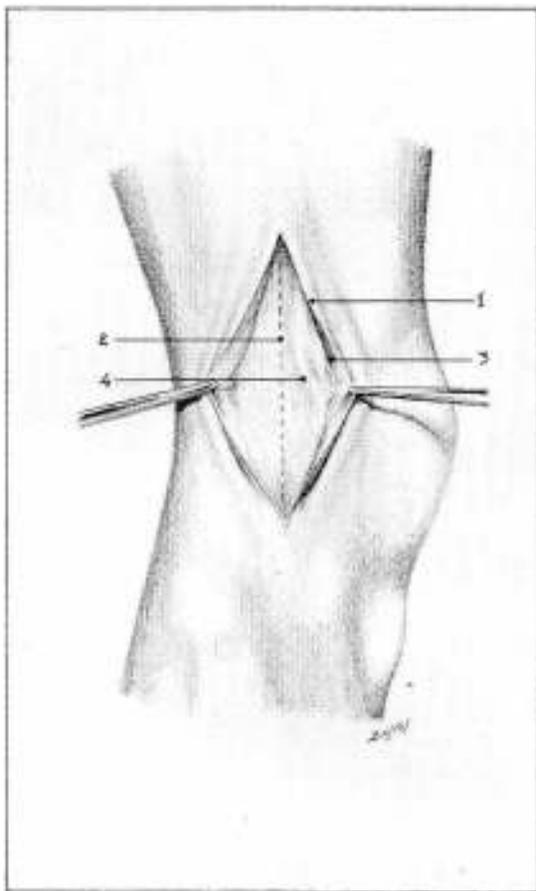


Fig. 5. — Primer tiempo de la artrotomía externa de la rodilla. (Sección de piel, tejido celular subcutáneo y bandeleta de Maissiat)  
 1. Piel. — 2. Línea de sección de la B. de Maissiat. — 3. Tejido celular subcutáneo. — 4. B. de Maissiat.

reducida y no ofrece obstáculo alguno. Nos limitamos entonces a liberar con la fonda el borde inferior del crural y a desinsertarlo del tabique.

El plano del alerón externo es en general sumamente débil, y se desgarrá fácilmente con la punta de la sonda; si así no fuese, se cliva por debajo y se corta de modo idéntico al del lado interno. Hay aquí igualmente, en la cara superficial del alerón una arteriola pequeña que sangra.

3.er tiempo. — Apertura amplísima de la cavidad articular, de modo idéntico al lado opuesto.

La arteria articular supero-externa corre también contra el fémur, recubierta por la lámina tensora del fondo de saco.

La artrotomía efectuada siguiendo la técnica antedicha, corrige desde el punto de vista de la técnica quirúrgica, los inconvenientes que anteriormente habíamos señalado a las otras incisiones: 1.º) Conserva en su total integridad a todas las formaciones ligamentarias activas y pasivas de la articulación, con la consiguiente posibilidad teórica de recuperación funcional "ad íntegrum" de la rodilla.

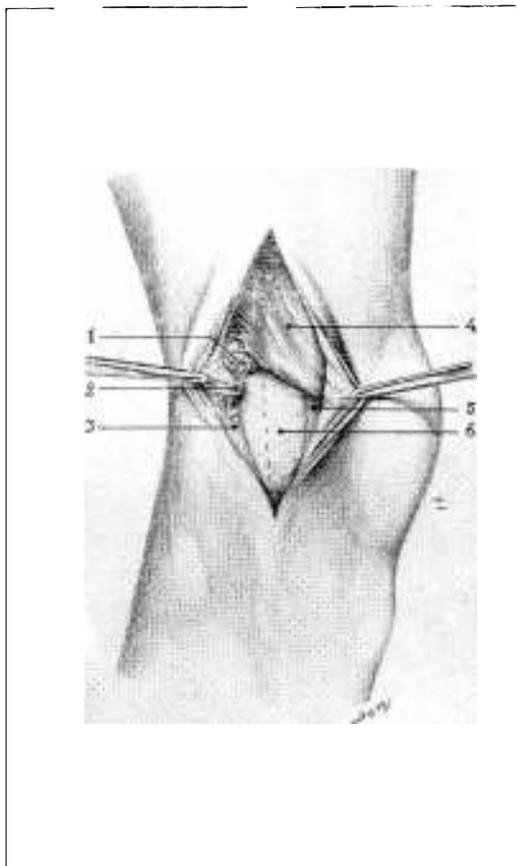


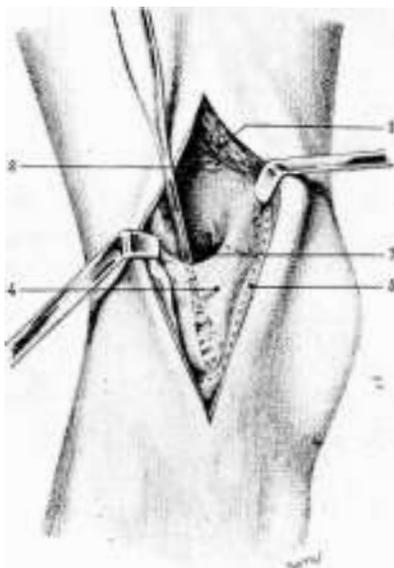
Fig. 6. — Primer tiempo. — (Sección de piel tejido celular subcutáneo y bandele- ta de Maissiat). — 1. Trián- gulo de abordaje. — 2. Ar- teriola. — 3. Aponeurosis superficial cortada. — 4. Músculo crural. — 5. Expan- sion cuadricepsal externa. 6. Alerón externo y lámina celulosa que lo prolonga.

2.o) El drenaje de la cavidad articular es amplísimo, pues ésta queda abierta desde la interlínea fémoro tibial hasta la parte más alta de la bolsa subcuadricepsal.

3.o) Puede objetar e que esta incisión abre los amplios espacios celulosos del muslo y facilita la reabsorción tóxica y la celulitis. Pero es necesario recordar que todas las incisiones hasta ahora descritas atraviesan fatalmente los espacios celulosos periarticulares, facilitando la complicación flemonosa de esos espacios, pues no tienen en cuenta su drenaje. En cambio, las incisiones propuestas por nosotros efectúan al mismo tiempo y de un modo amplio el doble drenaje de la cavidad articular y del tejido celular peri-articular, subaponeurótico, subcuadricepsal y subfúndico.

No es temible la contaminación de esos espacios celulosos, cuando están amplia- mente drenados, pero sí lo es cuando su contaminación es en cavidad casi cerrada, sin drenaje correcto.

4.o) En esta técnica se cortan las aponeurosis superficiales lateralmente, y se



**Fig. 7. — Segundo tiempo. —** (Desinserción del músculo dural y Sección del alerón externo). — **Tercer tiempo.** (Apertura del fondo de saco lateral externo y de la bolsa subcuadrípital). — 1. Músculo crural. — 2. Arteriola. 3. Arteria articular superior externa. — 4. Lámina tensora del fondo de saco lateral. — 5. Fondo de saco lateral de la articulación.

reclinan de ambos lados hacia la línea media las partes laterales del gran plano músculo-tendineo-aponeurótico de recubrimiento articular, que es conservado intacto, y se abren entonces los fondos de saco laterales y superiores en sus partes más periféricas. En esta forma el drenaje es amplísimo hacia los lados, y el sistema de recubrimiento, efectúa con su propia tensión la expresión del gran compartimento de la rodilla. Esto se conseguirá al grado máximo, si se aplicase el método de Wilhems de movilización activa.

### *Disectasia del cuello vesical.*

Por el doctor V. GRILLE CENDAN (Relator Dr. R. Capurro)

El caso que deseo presentar de enfermedad del C. V. me ha parecido interesante por su poca frecuencia (el primero presentado en nuestro medio) y por la necesidad de efectuar un diagnóstico exacto para imponer un tratamiento verdaderamente eficaz.