

los ganglios linfáticos regionales y raramente se generaliza" no podía aplicarse al cáncer del labio irradiado (en nuestro medio).

A comienzos del año 1930, yo refería estos hechos al Profesor Ernesto Quintela y ellos estaban tan de acuerdo con su autorizada opinión que me honró pidiéndome mi contribución anatomo-patológica para una comunicación a la Sociedad de Cirugía, que tenía por objeto llamar la atención de sus miembros y de los médicos sobre el problema terapéutico del Cáncer del Labio que él consideraba irdiscutiblemente del dominio de la cirugía. Su muerte ocurrida días después de nuestra conversación, malogró nuestros propósitos.

Desde el año 1930 no he practicado ningún examen histológico de ganglios sub-maxilares de enfermos portadores de cáncer del labio irradiado; ignoro por consiguiente si las constataciones histológicas actuales son o no concordantes con las que yo había hecho hasta entonces; pero lo evidente es que pese al fracaso de la radium-terapia en nuestro medio, ellos no han sido devueltos a los Servicios de Cirugía para aplicarles la terapéutica quirúrgica que tan buenos resultados da en todos los casos corrientes.

Por estas razones vengo a solicitar de la Presidencia de la Sociedad de Cirugía, se ponga el tema en discusión. Si esta moción contara con el apoyo que creo merece, propongo se impriman en apartados del Boletín las opiniones emitidas, para ser distribuidos al cuerpo médico y estudiantes de medicina.

A propósito de la comunicación de Pereyra y Palma, sobre drenaje de la rodilla.

Por el doctor ABEL CHIFFLET

Abel Chifflet: La comunicación de los Dres. Pereyra y Palma, con una hermosa documentación anatómica constituye un laudable esfuerzo para mejorar el drenaje de la rodilla. Es natural que, como los mismos autores lo dicen, la incisión propuesta llena sólo la necesidad del drenaje de la logia anterior de la rodilla. No vamos a hacer pues a esta incisión una crítica como incisión de drenaje de la rodilla en su totalidad evitándonos así de insistir sobre las ventajas de las incisiones posteriores o del drenaje postural de Jaboulay. Nuestro comentario ha de estar centralizado por la incisión propuesta con lo cual huelga más de un concepto que, útil en la artrotomía, significaría un desvío de lo que nos proponemos.

Los autores recalcan en que no hay necesidad de seccionar en ningún punto el complejo sistema de la extensión de la pierna. Sin embargo para llegar a la sinovial deben efectuar la desinserción de fibras del vasto interno adentro y crural afuera con el agravante aún de que a las fibras desinsertadas se agrega la supresión de la acción de fibras más elevadas, que bajando íntimamente adheridas al tabique tienen una acción evidente en la mecánica articular. Hay más aún: la desinserción de músculo abre forzosamente su logia aponeurótica permitiendo así que la difusión del proceso inflamatorio en el interior de esa logia contribuya a disminuir más la capacidad final de la fibra muscular.

Desde otro punto de vista, diremos que la disección minuciosa que han hecho los autores no ha de ser tan fácil en los procesos inflamatorios, yendo por otra parte esa disección contra principios generales de la cirugía de la inflamación que contraindicar la disección de planos sanos y el manipuleo de músculo para drenar un foco supurado.

Agreguemos que siendo tan necesaria a veces la exploración de la cavidad articular en el curso de las artritis, la incisión aconsejada no permite ni la más ligera visión del interior articular ni da posibilidades para aprovecharla en una operación complementaria.

Los autores han descripto su incisión hasta abrir la sinovial. No han aconsejado la conducta posterior puesto que su comunicación versa sólo sobre la incisión. Sin embargo analizaremos las ventajas e inconvenientes de esta incisión desde ese punto de vista ya que es un complemento inseparable para conseguir un resultado satisfactorio. Se coloca drenaje o no se coloca. Veamos cada uno de estos casos.

La colocación de drenaje debe hacernos pensar en la arquitectura de la rodilla. Dos huesos unidos íntimamente por un complejo resistente constituido por la parte posterior y las partes laterales. Puesta horizontalmente la rodilla podríamos repetir la comparación de Farabeuf con la carrocería de un carro. Dice este autor que correspondiendo el sistema ligamentoso posterior al piso del carro, las partes laterales corresponden a sus adrales, es decir a las partes verticales que hacia los lados limitan la parte utilizable del vehículo. Ahora bien: los adrales del carro son inmóviles hacia afuera, efectuándose toda distensión de la cavidad articular a expensas del complejo anterior. Este complejo distensible que formaría el techo móvil del carro de Farabeuf debe ser así, puesto que es la única parte de la rodilla que, en los movimientos de flexión y extensión necesita de laxitud para permitir esos movimientos. Es por otra parte la zona que se distiende con cualquier derrame articular. No continuaremos con otras particularidades sobre la arquitectura de la rodilla porque las dichas nos alcanzan para nuestro objetivo. El tubo colocado en el orificio practicado por los autores, es

decir, a través de los adrales si conserva su orificio en la parte declive de la sinovial no comprendo cómo pueda mantenerse en posición ya que el plano del adral se aplica fuertemente contra el plano óseo. Habría que introducirlo cierto trayecto, deslizándolo hacia adelante entre plano óseo y plano fibroso resistente, para ir en definitiva a drenar las partes flácidas látero rotulianas. Se ve en esta figura la arquitectura que describo esquemáticamente. Llamo la atención sobre el hecho de que algunas radiografías proyectadas con la sinovial distendida a los lados corresponden a piezas disecadas donde se ha suprimido la acción compresiva de los adrales contra los cóndilos del fémur.

Si como está indicado en ciertos casos, la mayor parte de las veces posiblemente, la incisión es evacuadora sin dejar ningún drenaje y dejando la evacuación posterior librada al juego articular creo que la incisión no es satisfactoria. En efecto fuera del hecho de la diseminación purulenta, la disposición de los planos anatómicos impide ese drenado por la acción de los distintos planos cuyas incisiones no se corresponden y que aplicados unos a otros hacen de opérculo. Recordemos por otra parte lo que decíamos líneas más arriba sobre la arquitectura de la rodilla y pensemos en especial en los aspectos clínicos de las rodillas con líquido. Surge la idea de que aunque la disección muestre ser el fondo de saco abierto la parte más posterior de la logia anterior de la rodilla, las disposiciones fibrosas hacen que esa porción no sea la más precozmente ni la más intensamente ocupada. La clínica mostrando las distensiones latero - rotulianas llevó allí la mano del cirujano y creo que es allí, salvo indicaciones por nuevos criterios fisiológicos donde se hace la mejor evacuación.

Para terminar: es una incisión que con poca destrucción permite llegar a la sinovial. Pero en articulaciones como en vientre, las incisiones anatómicas que permiten una exacta reconstitución de los planos no permiten por eso mismo un drenado eficiente. Su indicación está en la cirugía interior dejando intactos los planos parietales. Y la incisión propuesta no da luz para la cirugía intraarticular.

Al terminar estas consideraciones quiero agregar que la natural preocupación de los cirujanos por un buen drenado de la rodilla en vista de los fracasos repetidos obtenidos por las técnicas corrientes, tiende a orientarse en la actualidad por consideraciones fisiológicas y no por indicaciones anatómicas. La solución del problema la obtendremos, pero no encontrando una incisión ideal, sino dominando la fisiopatología de cada tipo de afección articular que nos permite por su conocimiento exacto saber con precisión, cuando debemos abrir la articulación, cuándo evacuar, cuándo drenar, cuándo hacer artrostomía a la Tixier, cómo drenar y cómo mantener a pesar de la enfermedad la articulación en su funcionamiento normal.