

6.º Hipertrofia muy marcada de la musculosa, predominante en la capa circular de grado decreciente desde el piloro hasta el cardias. Muscularis mucosa conservada, con sus haces disociados en parte por la infiltración celular neoplásica.

En suma: Cáncer difuso, infiltrante masivo, a células redondas, con acentuada tendencia a la degeneración mucosa y reacción fibro-plástica del estroma. Caracteres histológicos de linitis plástica.

Fractura de la columna cervical.

Por el doctor A. LAMAS

Es innegable que la metodización del tratamiento de las fracturas realizando la aplicación de viejos postulados: reducción, contensión y lucha contra las atrofiás musculares, dando al tiempo lo que es del tiempo, han dado merecida notoriedad a la escuela de Böhler, que ha fundado en Viena una Meca tan concurrida como la de Putti, y que al dispersar los peregrinos para todas partes del mundo enriquecen la vieja traumatología y ponen sobre el tapete de las Sociedades Científicas, así en París como en Buenos Aires, interesantes temas de tratamiento.

Fuera injusticia admitir, que todo es nuevo o renovado allí. Hasta detalles de tratamiento, presentado como originales en el Río de la Plata, tal como la hiperextensión por una cincha dorsal, con suspensión del enfermo, fué descrita hace muchos años por George Wolsey, sin indicar al autor.

Pláceme decir, que para mí, traer a la superficie un tratamiento antiguo, aunque conocido, mejorarlo y vulgarizarlo, vale bien un cincuenta por ciento de originalidad.

Pero el caso que voy a referir no es de aquellos que un mejor conocimiento del valor de la hipercorrección, no haga confiar en ella, aun en presencia de síntomas que delatan agresiones medulares. Cuando los arcos vertebrales presionan la médula o las raíces que allí hacen, todos están de acuerdo en los beneficios del bisturí. Podría aún citar casos personales de enfermos que han rechazado la intervención y que han sido víctimas de fenómenos tardíos irremediables.

La señora E. N. de G. entró el 29 de Setiembre de 1930 a la Sala Cirugía B del Hospital Maciel, arrollada por un auto. Se constata una fractura del peroné y erosión en la parte posterior del codo derecho. A la mañana siguiente la enferma acusa un fuerte dolor en la nuca a la altura de la 5.ª vértebra cervical, con paresia del miembro superior derecho y hormigueos en la mano del mismo lado. Se pide radio-

grafía. El 1.º de Octubre, de mañana, los signos de paresia se presentan en el otro brazo y edema del brazo derecho. Tiene además, gran dolor en la nuca. Al examen se comprueba hundimiento evidente a la altura de la 5.ª cervical, sitio del máximo dolor, y se acusa un desplazamiento de la columna hacia adelante por encima de la 6.ª cervical. La placa CO-113, dice: Fractura del cuerpo de la 5.ª cervical, hay una saliencia hacia el canal raquídeo.

Debo decir que esta enferma presentaba a la compresión del arco vertebral de la 5.ª vértebra cervical el signo de tecla de piano, con toda nitidez.

Operación (1.º de Octubre).—Incisión vertical desde el atlas hacia la 7.ª cervical, completada con dos pequeñas incisiones perpendiculares en los extremos de ésta. La apófisis espinosa de la 5.ª y láminas correspondientes están libres, como afirmábamos al palparla. Extirpación y como nos pareciera que el arco de la 6.ª vértebra cervical era amenazante, también fué liberado. Cierre de las partes blandas musculares al catgut y la piel con crin.

Octubre 2. — Desaparición completa de los fenómenos de los miembros superiores. La enferma puede levantar el brazo. Aplicación de minerva de yeso.

Octubre 12. — Como la enferma acusara algunos dolores en el miembro superior izquierdo se pide otra radiografía C-1143.

Se cambia el vendaje enyesado. Enferma muy bien se da de alta el 17.

Nov. 30. — Como la enferma (que tiene un pleito por daños y perjuicios) acusara algunos dolores, nueva radiografía que demuestra buena posición de la columna.

El estado actual, como pueden ustedes juzgarlo, es perfecto. Movimientos normales sin limitación de la columna cervical. Fuerza y sensibilidad normal de los miembros superiores.

Quiste hidático del fémur, curado

Por el Prof. C. STAJANO

Cecilia M. de T., reingresó a la Sala 4 del Pabellón de Ginecología en Julio 17 de 1930. En Agosto de 1929 fué operada en esta sala por hidatidosis del fémur y la observación presentada a la Sociedad de Cirugía el 20 de Noviembre de 1929 y publicada en el Boletín (Tomo I, año 1930, pág. 116). Pasó bien durante 3 o 4 meses, al cabo de ese tiempo dice la enferma que se le formó en la parte externa del muslo un "granito" que daba serosidad y que cerró espontáneamente. Esto se repitió varias veces, siendo cada vez más abundante esa secreción. Hace 8 días hizo fiebre (38º). Chuchos de frío y dolor poco intenso, acompañado este cuadro de abundantísima supuración, causa por la cual reingresa.

Examen.—Informe radiológico: Por encima de los cóndilos, en la parte yuxtaposición, se observan zonas de rarefacción ósea que deben corresponder a la osteitis destructiva quística y que puede, se hallen en regresión. Pero en la porción diafisaria a unos 6 dedos por encima de la rótula, se observa en proyección lateral externa y cerca de la porción anterior una cavidad alargada, que parece haber sido quirúrgica. Es de notar que el tejido óseo que rodea esta cavidad aparece alterado