

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 (38°), 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 yuxtapifisaria, 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 diáfisaria 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

y acompañado de una reacción perióstica productiva. Estas alteraciones son visibles hasta la mitad de la diáfisis femoral.

En resumen: existe un proceso de medulitis destructiva y productiva de toda la mitad inferior de la diáfisis femoral (Dr. Leborgne).

Operación (Julio 22 de 1930).—Drs. Stajano y Schaffner.—Anestesia general al éter, bien tolerada. Incisión externa del muslo. Abordaje del fémur en su cara externa a nivel de la fístula. Con el escoplo se abre una brecha hasta el canal medular en una extensión que va desde la extremidad inferior hasta por encima de la parte



Buen callo en el foco de fractura. Proceso de Periostosis. — Resto de la cavidad quirúrgica. — Radiológicamente no se puede opinar si el proceso continúa o está terminado.



La reacción osteoformadora y la reparación ósea extraordinaria, de un hueso que prácticamente no existía, hacen el interés de este caso.

media. Se hace un buen curetaje de la cavidad epifisaria y de la diafisaria, extrayendo gran cantidad de vesículas muertas y vivas, del tamaño de pequeñas arvejas. El fémur queda totalmente adelgazado, y colocamos temiendo una fractura una gotera de contención. Se coloca una mecha de gasa yodoformada en la cavidad diafisaria, otra en la epifisaria y una en el plano muscular.

Post-operatorio —

Julio 25. — Se retiran las mechas al tercer día. Se rellena con ambrina.

Agosto 9. — Proceso flegmonoso en el lado interno del muslo 13 inferior

Agosto 12. — Anestesia al cloruro de etilo. Se incide con el termocauterio y sale abundante pus y membranas hidáticas. Se coloca mecha yodoformada.

Agosto 20. — Al mes la enferma hace una fractura espontánea del fémur en su tercio medio, al pasar a la camilla. Tracción con pesas (3 kilos). Se coloca un Tillaux.

Setiembre 10. — Herida externa completamente cicatrizada, la interna no supura.

A los 85 días se saca la extensión. Movilización, masaje, etc. Radiografías (ver archivo).

Setiembre 1934. — Presentamos esta enferma cuatro años después de la última intervención, por el momento curada anatómicamente y radiológicamente bajo el punto de vista funcional, con reacciones serológicas negativas, Casoni negativo y examen de sangre normal.

CONSIDERACIONES. — ¿Podemos hablar de curación definitiva en nuestro caso? Prudente nos parece reservarnos tal afirmación hasta tanto el tiempo no haga su prueba. El aspecto radiológico no nos permite ser categóricos, y sería el único que podría anunciarnos la continuación del proceso, dado que clínicamente y funcionalmente el resultado es admirable, después de dos intervenciones, sobre todo de la segunda, en que sólo queda de fémur dos láminas de sustancia compacta, desapareciendo el resto del hueso que es transformado en vesículas múltiples.

El aspecto radiográfico de un proceso osteomielítico en la última placa, nos impresiona favorablemente y nos permite interpretar esa formación perióstica y las condensaciones intraóseas como testigos de un intenso proceso osteogénico de reparación, no aún terminado y en evolución por consiguiente.

La fractura espontánea que nos impresionó en un primer momento y nos hizo temer la amputación, evolucionó admirablemente. Creemos, por otra parte, que la buena constitución del calló, puede haber contribuido a la limitación del proceso, y puede contarse como un elemento favorable en la evolución de este caso. Por estar de actualidad en nuestro ambiente este tema, y por haber tenido la suerte de encontrar esta enferma, es que me permito presentarla con los documentos a la vista. Esta observación es la continuación de la misma presentada a la Sociedad de Cirugía el 20 de Noviembre de 1929 Boletín de la Sociedad de Cirugía. Tomo I. Año 1930, página 116.