

nicación con el exterior. En estos casos la intervención quirúrgica es indiscutible y el resultado obtenido habla en ese sentido. Permite, además, hacer la exploración de la pared posterior del seno y la terapéutica correspondiente. Sólo una observación quiero hacer: la mecha saliendo por el trayecto operatorio, además de no hacer el drenado ideal, demora la cicatrización de los planos blandos de la cara, estando en contacto con los bordes óseos de la brecha, todo lo cual significa demora en la curación, cicatriz irregular y antiestética y frecuencia de infecciones residuales. Creo que en estos casos debe hacerse el drenado por vía nasal, previo agrandamiento del canal frontonasal, obviando así los inconvenientes apuntados.

c) La observación N° 3 no me detendrá ya que si bien presente como las anteriores la fractura de la pared anterior del seno tiene, además, lesiones óseas fuera él, y lesiones meningo-encefálicas importantes que quitan personería a la fractura del seno.

esión del 21 de Noviembre de 1935

Preside el Prof. A. FOSSATI

Asuntos entrados:

Nombramiento de socio: Dr. José A. Piquinella.

### ORDEN DEL DIA

Presentación de enfermos:

#### *Coxalgia doble curada*

Por el Prof. A. FOSSATI

**Historia clínica.** — Serafin G., 36 años, español, casado, 1 hijo sano de 6 años. Emigró a los 12 años.

**Antecedentes hereditarios:** Padres, vivos y sanos. Hermanos, sanos. Uno fallecido hace mucho, no sabe de qué.

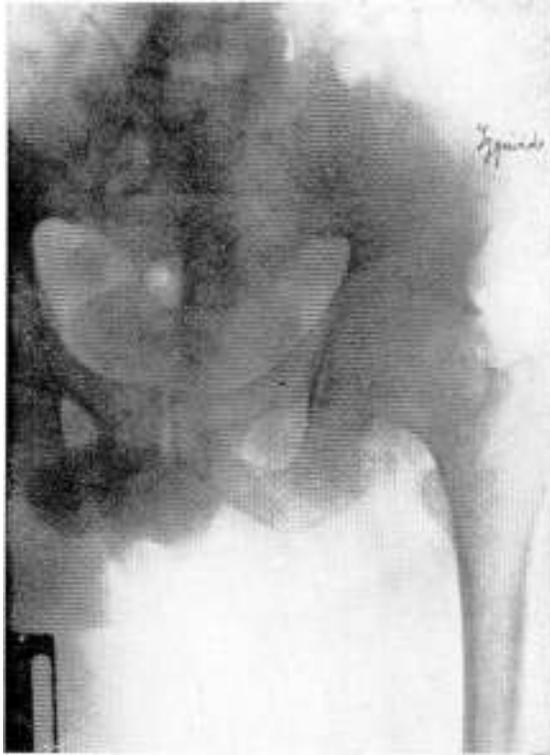
**Antecedentes personales:** A los 9 años tuvo un accidente que calificaron de parálisis de los miembros inferiores, y que curó con baños de mar; duró 3 meses. A los 13 años, sarampión.

Al iniciar la pubertad empezó a sufrir dolores vagos en las articulaciones de los miembros inferiores. En el año 1922 los dolores se hicieron más intensos y se fijaron en las caderas, sobre todo en la derecha. Así pasó cuatro años, sus dolores no le impedían llevar una vida activa. En el año 1926 tuvo que internarse porque su cuadro recrudeció. Se sometió a reposo, medicación antirreumática y a los 2 meses fué dado de alta bastante mejorado.

Sin embargo, en el año 1928, consulta de nuevo a causa de un empuje doloroso más grande que los anteriores.

El 30 de Enero de 1929 ingresa al Hospital Español por fuertes dolores de la cadera derecha e impotencia funcional de la misma. Se constata una coxalgia derecha con irregularidades de la línea articular y caries poco acentuadas. Helioterapia. Trifal. Extensión continua. Mejora mucho, sus dolores casi desaparecen pero no del todo, aunque muy atenuados; propongo un Robertson.

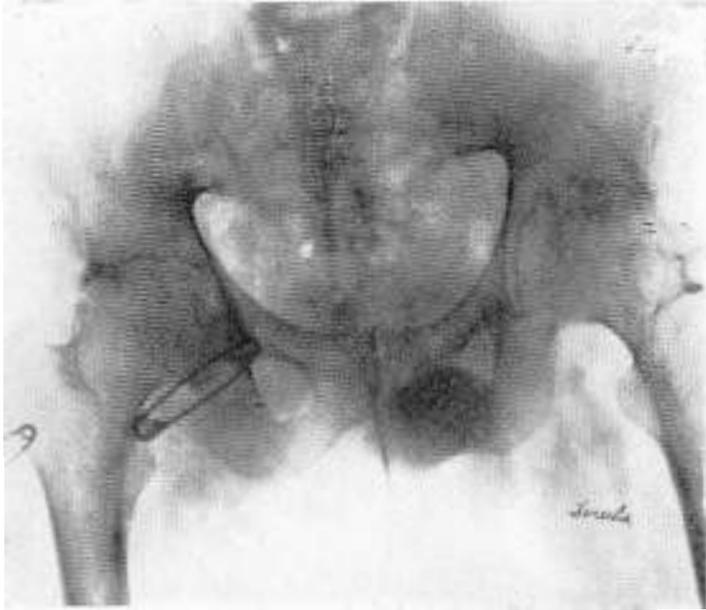
**Operación** (6 de Junio de 1929). — Fossati, ayuda Pravia. — Eter: practico un



Robertson, modificado a nuestro paladar, fuertes injertos extraídos a escoplo de la tibia del mismo lado; coloco uno en el eje trocánter-cuello; otro fuerte y largo en la ceja cotiloidea y otro chico en el isquión. Post operatorio excelente, cicatriza por primera intención, sus dolores desaparecen, fuerte anquilosis ósea, pero comienza a tener dolores en la otra cadera.

Una radiografía (Fig. 1), nos muestra: lesiones en las superficies articulares del fémur y coxal izquierdos, caries y tope en la extremidad externa de la ceja cotiloidea y porosis del gran trocánter; doy el alta con indicación de reposo, helioterapia y antígeno metálico, tratamiento que el enfermo efectúa bastante bien en su domicilio. Sigue perfectamente, lo veo en Agosto de 1930, casi curado, con una anquilosis incompleta, anquilosis que por ser incompleta no defiende al enfermo contra los dolores que le provoca el pequeño movimiento posible; decido consolidar esa cadera con una **artrodesis** para-articular que efectúo el 22 de Agosto de 1930.

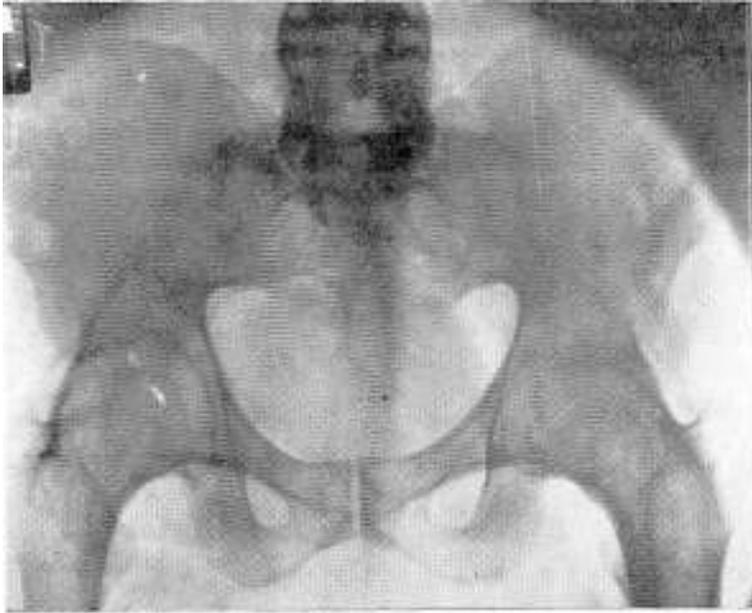
**Operación.** — Fossati, ayuda C. Piaggio. — Eter. Artrodesis para-articular tipo Wilmot y Mathieu, segunda manera; el colgajo iliaco es corto y el gran trocánter es difícil de desplazar, pero llego a ponerlos en contacto. Post operatorio excelente; cura por primera intención; inmovilización por tres meses, luego marcha progresiva. No tiene más dolores; sus caderas completamente anquilosadas; excelente estado general. Una radiografía (Fig. 2), nos muestra: cadera derecha, mejorada la estructura ósea, aún parece notarse la separación entre las superficies articulares, los tallos del trocánter y cuello y del isquión han sido reabsorbidos; en cambio, el de la



ceja cotiloidea, parte súpero-externa, bien fuerte y conservado, verdadero tope que impide la progresión de la cabeza. Cadera izquierda: se notan bien las irregularidades de las superficies articulares y el aspecto esponjoso de la cabeza femoral, con unas caries acentuadas en el límite cartilaginoso y óseo del lado externo; el colgajo iliaco, cuadrado y corto, bastante poroso, se ha desplazado hacia arriba y no parece adherido al hueso y el del gran trocánter apenas se adivina y parece no tener contacto. Alta Noviembre de 1930. Sin embargo, el resultado terapéutico ha sido excelente, no tenía dolores, la anquilosis era completa. Hace una cura prolongada de sol, Sanocrisina, cal, yodo, etc. Cura completamente, hace una vida normal con excelente estado general como se puede apreciar, se ha acomodado a su invalidez y efectúa una marcha que le permite llevar una vida útil y activa.

Un radiografía efectuada el 28 de Noviembre de 1934 (Fig. 3), muestra que las lesiones se han cicatrizado y que la curación se ha consolidado. **Cadera derecha:** aspecto regular del hueso, anquilosis ósea perfecta, las estructuras óseas parecen continuarse sin solución de continuidad entre el iliaco y el fémur, todo bien calcificado, el injerto de la ceja cotiloidea se ha fortificado formando un tallo fuerte y bien constituido que dobla el borde súpero-externo del cuello femoral viniendo al fin a constituir una **artrodesis yuxta-articular**. **Cadera izquierda:** aquí la reparación

parece más completa; la continuidad de las estructuras óseas femoral e iliaca es perfecta, formando el tipo más seguro y eficaz de la anquilosis ípsea; el colgajo iliaco se ha soldado bien al hueso y parece haber una continuidad tenue con el del gran trocánter que, a su vez, se ha consolidado con el resto de la apófisis. Es de hacer destacar como en ningún momento se produjo la sub-luxación tan frecuente en estos procesos, de modo que la curación se ha obtenido sin el más mínimo acortamiento. Este estado lleva más de cuatro años de prueba, debiendo hacer notar que siempre se le ha medicado con curas de sol, yodo y cal.



Me ha parecido interesante presentar este caso para mostrar como una anquilosis doble de la cadera es compatible con una marcha aceptable y una vida útil y provechosa.

El éxito es para mí debido sobre todo al tipo de la lesión, con poca tendencia evolutiva a la caries y ulceración; a lo aislado de la lesión sin localizaciones viscerales y, en fin, al tratamiento conservador: helioterapia en primer lugar, inmovilización por extensión continua, calciterapia, yodo, sales de oro y antígenos metélicos, confirmándose una vez más que todos los tratamientos aconsejados son eficaces y útiles, y que el éxito se debe a menudo al empleo alternado de cada uno de ellos como si efectuado el empuje curador el organismo se acostumbrara a un medicamento determinado que cesa de ser eficaz, debiendo ser sustituido por los otros.

El Robertson en el lado derecho que se transformó al fin en una artrodesis yuxta-articular y la artrodesis para-articular en el izquier-

do. no fueron más que recursos complementarios para liquidar secuelas: ya dolores como en el lado derecho, ya anquilosis incompleta y por ende dolorosa en el lado izquierdo.

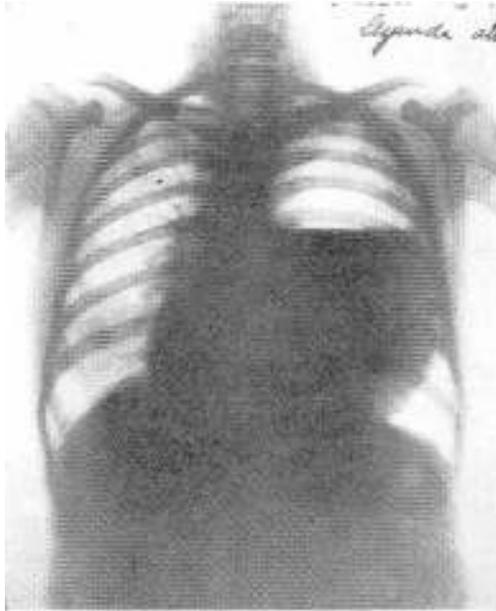
Otros hubieran sido los resultados y por consiguiente el comentario si se hubieran aplicado en pleno período evolutivo.

### *Caverna hidática pulmonar (Su tratamiento)*

Por el doctor JUAN SOTO BLANCO

M. B. de A. 35 años, casada, oriunda del Departamento de Flores, domiciliada desde hace 6 años en Piedras Blancas; ingresa al Servicio del Profesor doctor Domingo Prat, sala 18, Hospital Pasteur, el día 15 de Abril de 1934 con el siguiente cuadro: tos, fiebre discreta, expectoración mucopurulenta abundante, cefalea y dispnea marcada.

Hace 15 días vómica de líquido claro acompañada de tos y dolor de hemitórax



Placa N.º 1. — Imagen hidroaérica que ocupa la casi totalidad del hemitórax izquierdo, respetando solamente la parte posterior e inferior de la base. Mediastino totalmente desplazado a la derecha.

izquierdo expulsando alrededor de 300 gramos de líquido limpio al principio, luego sanguinolento al momento de agacharse inclinando su tórax hacia adelante para levantar un objeto pesado.

El exámen de la enferma muestra: pulmón derecho normal; pulmón izquierdo a la percusión en posición sentada, timpanismo hasta la altura de la quinta costilla en la cara anterior, y matidez por debajo de ella en la cara anterior lateral y pos-