

## SUMARIO

Laringectomías (primera comunicación) — por el Dr. Velarde Pérez Fontana.  
 Un caso de injerto a la Albee por mal de Pott en el niño — por el Dr. Albo.  
 Cuerpo libre articular de la rodilla — por el Dr. Larghero Ibarz.

Presentado en la sesión del 9 de Octubre de 1929

Preside el Dr. Albo

✓ *Laringectomías (Primera comunicación)*

por el Dr. VELARDE PÉREZ FONTANA

Desde hace cincuenta años se estudian dos formas de cancer de la laringe, el cáncer intrínseco y el extrínseco, y esta diferenciación hecha por Krishaber en 1879, responde a hechos que la clínica ha reafirmado con el tiempo.

Se entiende por cancer extrínseco todo tumor o ulceración maligna asentada en la epiglotis, los repliegues aritenopigloticos o en el pliegue interaritenoso o en la cara posterior del cricoides, y son neoplasmas intrínsecos todos los que ocupan el resto de la cavidad de la laringe. M. Mackenzie, F. Semon, R. Woods y Trotter en Inglaterra, Frankel, Bergman y Th. Gluck en Alemania adoptaron esta clasificación.

Es de hacer notar la mayor frecuencia del neoplasma extrínseco y también su evolución más rápida; en cambio, en la forma extrínseca, el diagnóstico histológico, es por lo general más claro, contrariamente a lo que sucede con el neoplasma intralaringeo, que tan amenudo da lugar a dudas. Han sido célebres ciertas polémicas entre los patólogos por las dificultades del diagnóstico. La laringe del Emperador Federico fué, sin duda, el punto de partida de la era moderna de la laringología, antes de la enfermedad del Emperador fué poco lo que se hizo sobre laringe. Dos discípulos de Langenbeck fueron los primeros en practicar la laringectomía, Czernic y Billroth; pero cabe el honor a Gluck, de la misma escuela, el haber sido el gran propulsor de la laringectomía.

Antes de Th. Gluck las escuelas alemana, inglesa y francesa practicaban la traqueotomía previa a la laringectomía. El procedimiento de Th. Gluck consiste en hacer la laringectomía en un solo tiempo sin traqueostoma previo. Tal procedimiento fué adoptado en Francia por Perier, quien hizo dos comunicaciones al respecto en 1890-95; en la primera comunicación describe un caso de extirpación sin traqueostomía previa y con desprendimiento de la laringe de abajo a arriba, previa sección de la traquea; Perier perdió el enfermo objeto de su comunicación. En 1895, presentó tres casos más, de los cuales perdió uno. El procedimiento de Perier fué una adquisición técnica de gran valor.

La escuela de Th. Gluck permaneció invariable en su técnica y sus éxitos han sido sorprendentes, lo mismo que en manos de sus adeptos Cisneros, Tapia y Botey en España y J. E. Mac Kenty en Nueva York principalmente. El trabajo póstumo del Dr. Pedro Martino publicado en los Anales de la Facultad de Medicina, es una descripción completa de la obra de Th. Gluck hasta el año 1928. En 1881 Th. Gluck para salvar los inconvenientes de la neumonía por aspiración y las infecciones del cuello, vuelve a la operación en dos tiempos, y no satisfecho con sus resultados sigue con su procedimiento original cuya técnica es bien conocida.

En 1910, P. Sebilleau vuelve a la traqueotomía previa y a la técnica de extirpación de abajo arriba, tal como lo había enseñado Perier en Francia. En 1912 Rouget expone en su tesis, la técnica de Sebilleau, y en 1917 Sebilleau regla la técnica de la extirpación de la laringe con anestesia local.

El desprendimiento de la laringe de abajo arriba, es adoptado principalmente en América por W. G. Crile, G. New y J. E. Mac Kenty.

Cuando uno considera las estadísticas de Th. Gluck, F. Semon, Crile y Mac Kenty, para no citar sino las más importantes, uno queda sorprendido con la mayor mortalidad que da el neoplasma extrínseco de la laringe. En manos de Th. Gluck, el neoplasma intrínseco ha dado un 7 por ciento de mortalidad, en una serie de 300 casos, mientras que el neoplasma extrínseco, en una serie de 341 casos, ha dado el 22 por ciento de mortalidad.

Todos los laríngeólogos están de acuerdo respecto a la diferencia de pronóstico en los dos tipos de neoplasma. Actualmente en América y en Inglaterra principalmente, se trata el neoplasma intralaringeo por la tirotomía, la resección local o el radium, y esta práctica se está generalizando tanto que al decir del Prof. Lee Hurd de la Universidad de Nueva York, la laringectomía sólo está indicada en los neoplasmas intrínsecos muy avanzados. En cambio la laringectomía es el único tratamiento de los neoplasmas extrínsecos de la laringe.

La laringectomía es sin sombras de duda, al decir de Sir Félix Semon, la operación más mutilante de la cirugía. Estamos distante de los días en que P. Koch decía que había que proceder de tal modo que el enfermo no se quedara en la mesa y con todo la laringectomía es una operación poco popular por las razones que enumera de la manera siguiente, el Prof. R. H. Woods de Dublin: por la magnitud del procedimiento y por la excresis que priva al paciente del órgano de la palabra; por la extensión de los espacios celulósos abiertos a la infección y la imposibilidad de evitar la contaminación de la herida por su continuidad con la faringe bucal con el consiguiente peligro de sepsis; por la dificultad de las curaciones y de la alimentación durante la convalecencia, y finalmente por

la gran tendencia a la reproducción de los neoplasmas extrínsecos. Fué a propósito de esta comunicación de Sir. R. H. Woods, hecha en Norte América, en 1922, que G. W. Crile dió a conocer sus ideas sobre técnica de la laringectomía; dijo Crile que en sus manos la operación en un tiempo, en una serie de 41 operaciones, fué de muy malos resultados; habló de la diferencia del pronóstico del neo intrínseco y extrínseco, calificando el primero como la lesión maligna más curable del organismo. En 1922 conservaba un operado con 28 años de sobrevida.

Con su nueva técnica operatoria en dos tiempos, presenta G. W. Crile una serie de 35 casos operados con solo dos casos fatales.

Su operación consiste en dos tiempos fundamentales: 1.º) Esqueletización de la laringe y taponamiento de los espacios para-laríngeos seguida de traqueotomía; y, 2.º) Extirpación con desprendimiento de abajo arriba.

Esta técnica fué adoptada y perfeccionada por S. Judd y G. New de la Mayo Clinic, donde nosotros tuvimos oportunidad de aprenderla, y por Lee Hurd de N. York. La mortalidad ha disminuido considerablemente con la aplicación de esta preciosa técnica. En los 43 casos de la serie de la Mayo Clínica, sólo hay tres casos fatales correspondientes al primer tiempo. En la serie de Lee Hurd hay un solo caso fatal sobre 100.

Este procedimiento que nosotros hemos empleado por primera vez en Montevideo (presentación de tres casos) tiene esta serie de ventajas:

1.º — Disminuye la mortalidad global.

2.º — Es un procedimiento fácil de realizar, sobre todo en medios quirúrgicos como el nuestro donde hay escasez de material que permita el entrenamiento y la práctica continuada de la técnica de Th. Gluck que da tan buenos resultados en manos de cirujanos expertos.

3.º — Permite excresis mayores que los otros métodos, sin aumentar al riesgo operatorio.

4.º — Es de una convalecencia menos accidentada, dando pocos porcentajes de hemorragias secundarias y de focos supurados.

5.º — Permite la alimentación post operatoria mejor que ninguno de los procedimientos descriptos anteriormente.

Todos los métodos de alimentación han sido ensayados en la convalecencia de los laringectomizados desde la vía rectal, hasta la gastrostomía que son desechables actualmente. El tubo nasal es el método más corriente usado y todos los laringólogos están satisfechos con el; sin embargo el tubo nasal no es soportado en igual forma por todos los pacientes y en algunos casos macera la mucosa nasal y produce retenciones y fetidez que son contraproducentes tanto para la buena cicatrización de la herida faríngea, como para el ambiente que rodea al enfermo ya deprimido por la magnitud de la intervención. En una serie de heridas de la

region suprahioidea por arma blanca, en tentativa de suicidio, interesando todos los planos, hasta abrir la faringe, ensayé la alimentación ex-temporánea, por tubo de Fancher y como sus resultados fueron tan halagadores, decidí adoptar el sistema en mis enfermos laringectomizados, y obtuve un resultado satisfactorio. El mismo enfermo pronto aprende a manejar el tubo sin ningún inconveniente. En los operados empezamos la alimentación doce horas después de practicado el primer tiempo, de modo que a los ocho días, cuando practicamos el segundo acto operatorio, el paciente domina la técnica de su alimentación, habiendo desaparecido todos los reflejos y molestias. El tabicamiento producido por el taponamiento para laríngeo, crea un verdadero canal por el cual la sonda conducida contra la pared posterior de la faringe, penetra en el esófago sin dificultad. La sonda nasal cuando es bien soportada por el paciente, es un procedimiento que hemos usado con entera satisfacción.

En las plastias reparadoras, cuando no se ha tenido una cicatrización por primera intención, en dos casos usamos para la alimentación una sonda Nelaton introducida oblicuamente entre los músculos de la región supra hioidea.

En la comunicación siguiente nos ocuparemos de la fisiopatología de la laringe.

(Bibliografía al final de la última comunicación).

**Presentado en la sesión del 9 de Octubre de 1929**

Preside el Dr. Albo

✓ *Un caso de injerto a la Albee por Mal de Pott en el niño*  
por el Dr. ALBO

El tratamiento del Mal de Pott por inmovilización de la columna vertebral gracias a la osteofusión ha sido preconizado por Albee en los últimos tiempos gracias al empleo de inertos óseos tendientes a obtener una inmovilidad del segmento óseo atacado haciendo un block de las apófisis espinosas empezando por las de vértebras sanas situadas encima de las lesionadas y terminando por las que se encuentran debajo de ellas. Se obtendría así no solamente la inmovilidad preconizada por casi todos los cirujanos especializados en esta materia, sino también la cesación de la compresión provocada por la trasmisión del peso del cuerpo de las vértebras al foco tuberculoso. Luego los efectos sobre la modificación de la calcemia local capaces de activar el proceso cocatrical en estos casos. Sin entrar al detalle de todas las variantes operatorias que se han ideado y que no sería del caso mencionar en una reunión de colegas tan versados en este asunto, cabe sí decir que hay un primer punto de este asunto que es motivo de debate y radica en la indicación