

region suprahiodea por arma blanca, en tentativa de suicidio, interesando todos los planos, hasta abrir la faringe, ensayé la alimentación extemporánea, 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 injertos 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

de emplear o no el procedimiento en los niños: frente a la tesis de Albee sustentada en el trabajo publicado en la "Revue de Chirurgie" en que también los niños son justiciables del método, está la tesis sostenida por la mayor parte de los cirujanos franceses de que no debe ser empleado en ellos. Nuestro caso parece ser favorable a esta última tesis.

Ante todo creo coincidir con la opinión más generalizada al sostener que el procedimiento debe emplearse solamente cuando el mal está estabilizado, que servirá así como una mayor protección para evitar incendios en focos no completamente apagados y que es preferible prolongar la inmovilización en cama durante algunos meses después de la intervención dando tiempo a que el injerto prenda bien, y por último que tiene algún peligro operatorio muy a menudo descuidado en las comunicaciones que leemos.

Historia clínica. Alfredo B., uruguayo, 10 años, oriundo de la ciudad, padre y madre aparentemente sanos, ninguna infección grave de la infancia, sarampión solamente.

El padre lo trae a consultar porque al final del día, después de haber jugado como cualquier otro chico y hecho su vida normal, se queja a veces de dolor y flojedad en las piernas. El reposo de la cama hace desaparecer este cuadro durante la noche y a la mañana siguiente se encuentra bien.

Examen. Chico un poco pálido, un tanto delgado, poco apetente. Desvestido se nota que presenta una deformidad en la columna lumbar baja donde hay una cifosis, no grandemente acentuada, lordosis de compensación dorsal inferior. La marcha se hace inmovilizando la columna baja dando la impresión del que lleva un ánfora en la cabeza. Se arrodilla con dificultad. Palpación. No hay nada anormal en el abdomen; tórax: ligero chapelet costal, micro poliaemia, amígdalas grandes, dentadura normal. Columna: Saliente al nivel de la 4.a y 5.a lumbas. Contractura de los músculos de las goteras vertebrales, la flexión dorsal de la columna se hace a expensas de la porción de las vértebras dorsales, los movimientos de rotación y flexión anterior y laterales se verifican a expensas de los segmentos superiores de la columna. No se palpa abceso ni en los flancos ni en las fosas iliacas. Reflejos rotulianos exagerados así como los aquilianos.

Radiografía. Destrucción parcial de los cuerpos vertebrales de la N y V L. No se percibe sombra de abceso por congestión. Previo reposo absoluto opera el enfermo en Dic. 1927. Anestesia al éter con el aparato de Ombredame. Posición ventral poniendo una almohada sobre el vientre. Incisión curvilínea, técnica de Albee por desdoblamiento de las apofisis de la 2.a, 3.a, 4.a, 5.a L, y avivamiento de la ciestataesa. Injerto de la tibia.

Post operatorio. Ligera elevación térmica, retención de orina que se establece al 3er. día de la operación y que requiere cateterismas sucesivas originando esto ligera infección urinaria y elevación térmica consiguiente. La cicatrización de las heridas se hace en los términos normales.

Queda el chico inmovilizado sobre lecho duro y se le consiente la marcha a los 3 meses.

Todo marcha bien hasta Agosto 1929 en que me lo traen de nuevo porque se ha adelgazado considerablemente y marcha con el tronco flexionado.

Examen. El injerto ha dado una masa ósea considerable que se aprecia más a la palpación que a la radiografía en la posición acostado flexión de ambos muslos. No se palpa abceso. Reposo tracción continua en lecho de Berck. Se obtiene la corrección de la posición, pero al cabo de dos meses se siente un abceso que desciende hasta la fosa iliaca derecha. Punción, evacuación de 100 grs. de pus de carácter bacilar, se repite la punción un mes más tarde con lo que parece haberse secado el abceso. Inmovilización en lecho enyesado de Lorenz que consiente su transporte a la playa. La radiografía revela la casi desaparición del cuerpo de la 4.a lumba, y la puesta en contacto de la 3.a y 5.a. (NOTA. — Hoy Abril de 1930 sigue aun inmovilizado y con buen estado general).

Por lo que se ve, la lesión ha reagravado luego de practicado el injerto sin que este haya sido capaz de detener el proceso. Y el post operatorio no ha dejado de ser inquietante por los fenómenos urinarios fruto sin duda de las maniobras operatorias y sobre todo por la posible movilización de la columna en la posición ventral.

Presentado en la sesión del 23 de Octubre de 1929

Preside el Dr. García Lagos en ausencia del Dr. Albo

✓ *Cuerpo libre articular de la rodilla*

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Navarro)

por el Dr. LARGHERO IBARZ

A partir de la observación primera de Ambrosio Paré en el año 1558, quien incindiendo una hidartrosis de la rodilla vió salir una piedra articular del volúmen de una almendra, dura, blanca y pulida, hasta nuestros días el número de observaciones de cuerpos libres articulares, bautizados en Inglaterra, donde la afección es frecuente, con el nombre de ratón de la rodilla, se ha multiplicado en proporciones extraordinarias.

No podían faltar por consiguiente las teorías basadas en datos clínicos, anatomo-patológicos o experimentales tendientes a poner en claro