

INDICACIONES
DE ABORDAJE DIRECTO QUIRURGICO
DE ABSCESOS, FISTULAS Y FOCO OSEO

1º) ABSCESOS FRIOS

En un total de 140 enfermos hemos comprobado 49 casos de abscesos osifluentes de mal de Pott. Evidenciados clínicamente por palpación de fosa lumbar y, eventualmente, en el muslo en el mal de Pott lumbar; por palpación en el cuello en la localización cervical, y por propagación intercostal en el mal de Pott dorsal. Descartamos los abscesos dorsales despistados sólo radiográficamente.

Los hemos tratado:

a) Por *punción* evacuación, con inyección de Isoniacida en solución (Dracotil Galien o Rimifon Roche). En algunos casos con dos punciones o a lo más tres, desaparece el absceso; otros necesitaron cuatro o cinco punciones. Cuando el absceso no regresa rápidamente después de esas punciones o tiene tendencia a fistulizar la piel, lo abordamos quirúrgicamente. En algún enfermo en que, hace unos años, hemos insistido demasiado en reiteradas punciones, pudimos asistir también a la desaparición clínica del absceso, practicando posteriormente la artrodesis, pero el enfermo nos consultó durante dos años por dolores en fosa iliaca izquierda, sin tumoración palpable; creemos que en casos similares es preferible la intervención oportuna y temprana del absceso con lo cual se evita la formación de esclerosis que puede englobar plexos nerviosos lumboiliacos.

b) Para el *abordaje quirúrgico* de abscesos de fosa iliaca, sobre el psoas, hemos practicado incisión de Mac Burney, derecha o izquierda, en ocho casos. Reclinando el peritoneo, se alcanza el plano retroperitoneal, evacuando totalmente la logia, lavado amplio, tubo de polietileno para continuar instilaciones locales de Isoniacida.

En un caso, un absceso a tensión sobre el borde interno del psoas comprimiendo las raíces L3-L4, provocaba intenso dolor que cedió sólo a la evacuación quirúrgica. Cinco casos operados por abscesos fríos fueron después intervenidos para abordar el foco óseo. En una enferma operada a los ocho meses de la evacuación quirúrgica del absceso, la fosa lumbar no tenía nin-

guna secuela de la supuración. En otra observación, la intervención después de fístula posterior persistente, mostró marcada esclerosis en fosa lumbar. Igual esclerosis hemos encontrado en enfermos donde clínicamente no se apreciaba el absceso.

En los abscesos dorsales, la punción es inoperante, ciega y peligrosa. Ya Menard había ideado la costotransversectomía como vía de drenaje y es actualmente la vía a seguir. Para estos casos estamos estudiando también el abordaje posterior por laminectomía y discotomía posterior (Scaglietti).

2º) FISTULAS

En general, curan rápidamente por instilaciones de Isoniacida y detergentes como el C. T. V. (Cetavlon) asociadas a la medicación antibiótica para combatir la infección secundaria. Completa su curación cuando se trata quirúrgicamente el foco, ya sea por artrodesis o por abordaje directo del foco. La exéresis del trayecto puede estar indicada en formas rebeldes al abordar el foco. De cualquier manera, una fístula persistente no es contraindicación para tratar directamente el foco.

3º) FOCO OSEO

Cuando no teníamos suficiente experiencia en abordaje de foco hemos tratado quirúrgicamente todos los mal de Pott por artrodesis posterior. En la casuística de la Colonia Saint Bois, todos los casos tratados durante diez años por el Dr. C. Rolando (1938-48) y en los doce años siguientes (1949-60) por nosotros, seguimos esa norma. Lo mismo en los casos tratados en el Instituto de Ortopedia y Traumatología que dirige el Prof. Badc, conforme lo reseña el Dr. Masliah. Los resultados obtenidos han hecho su prueba y podemos considerar en general satisfactoria la evolución.

Pero es evidente que algunos enfermos han curado muy lentamente, otros necesitaron reintervenciones en el foco inicial o en nuevo foco sobre vértebras vecinas. El abordaje directo del cuerpo vertebral en cualquier localización —con nuevas tácticas quirúrgicas— procura mejorar los resultados terapéuticos,

evitar las recidivas o la reactivación de nuevos focos y acortar los plazos de tratamiento y curación —siempre prolongados— de esta afección.

Indicamos el abordaje directo de foco: 1º) En aquellos enfermos ya artrodesiados, donde la evolución clínica no es totalmente satisfactoria, persiste raquialgia al cabo de un año, que impide la supresión del corsé ortopédico; la radiografía simple o el tomograma muestra insuficiencia de fusión vertebral, persistencia de zonas de rarefacción del cuerpo o espacios claros intersomáticos, no circunscriptos por halos de condensación ósea. En tres enfermos de nuestra casuística hemos reintervenido practicando el abordaje directo, diferido, del foco. 2º) En aquellos casos no operados anteriormente y donde radiográficamente se muestra, al cabo de tres meses de riguroso tratamiento médico ortopédico, la persistencia de cavidades óseas, con o sin secuestros en su interior, la poca tendencia a la fusión intersomática y la decalcificación ósea sin tendencia a la condensación de los bordes vertebrales, planteamos el abordaje directo del foco.

VIAS DE ABORDAJE DEL CUERPO VERTEBRAL

En nuestros casos hemos seguido las directivas técnicas señaladas por André Sicard, adoptando las vías de abordaje para el nervio simpático y esplácnico, que nos son habituales en la práctica de cirugía general.

El cuerpo vertebral es profundo y en su abordaje debe tenerse muy presente las relaciones anatómicas para evitar obstáculos infranqueables. En este sentido, entendemos que cada cirujano debe seguir la vía que le sea más familiar según su experiencia y el medio quirúrgico en que actúe.

Señala Sicard algunas reglas en esta cirugía de los cuerpos vertebrales, que son de útil transcripción:

- 1º) La intervención debe efectuarse sólo en ambiente quirúrgico bien organizado, provisto de equipos de electrocoagulación, de aspiración, con todo el material necesario para controlar una eventual hemorragia, que no puede cohibirse con simples pinzas.

- 2º) En las intervenciones por vía lateral, el enfermo debe ser mantenido en una posición estable, lo que exige una mesa de operaciones adaptada a este uso, con soportes especiales sobre los cuales son fijados los dos brazos.
- 3º) La vía de abordaje debe ser amplia. No operar a ciegas, sino con iluminación buena en todo el campo operatorio.
- 4º) Es necesario un control exacto radiográfico de las vértebras a operar, siendo el control intraoperatorio imprescindible en raquis dorsal.
- 5º) Debe disponerse de todos los medios de reanimación en el postoperatorio.
- 6º) El anestesista estará advertido de la posibilidad de abertura accidental de la pleura.
- 7º) La utilización sistemática del drenaje aspirativo permite evitar el hematoma residual.

En el acceso al cuerpo vertebral pueden discutirse las vías anterior, posterior y lateral, siendo esta última la vía de elección en la mayoría de los casos. Analicemos cada una de estas vías de abordaje.

a) *La vía anterior.*—Las relaciones de la cara anterior de los cuerpos vertebrales con el aparato aéreo-digestivo arriba y con los grandes vasos abajo, dificulta el acceso quirúrgico (Sicard). Sin embargo, el *cuerpo de la 5ª lumbar*, debajo de la bifurcación aórtica es más fácilmente accesible por vía anterior. En el abordaje intratorácico, con amplia toracotomía, es factible un buen acceso a los cuerpos vertebrales dorsales. Personalmente lo hemos logrado en un proceso no tuberculoso. Por esa vía no hemos abordado ningún caso de mal de Pott dorsal.

b) *La vía posterior.*—La cara posterior de los cuerpos vertebrales, hasta las primeras vértebras lumbares, está recubierta por la médula, sus raíces y sus envolturas, que constituyen riesgos para el eje nervioso; la exposición es estrecha, sólo de algunos milímetros; la operación se torna dificultosa, por la hemorragia continua de los plexos venosos epidurales. Sólo a nivel de las tres últimas lumbares, debajo del cono terminal, con gestos prudentes, es posible encontrar algunas indicaciones (Sicard).

Para algunos cirujanos, como Scaglietti, que ha logrado dominar la técnica de abordaje posterior del disco intervertebral, esta vía le permite erradicar un foco de discoespondilitis tuberculosa, evacuando absceso osifluente dorsal.

c) *La vía lateral.*— Es la *vía de elección*, pues la cara lateral de los cuerpos vertebrales es accesible por fuera de los músculos de la gotera dorsolumbar (Sicard). Esta vía de acceso es la que seguimos en las intervenciones realizadas en nuestros casos. Pasamos en detalle la técnica de abordaje lateral según las distintas regiones, deteniéndonos especialmente en los focos lumbares que comprenden el 50 % de nuestras intervenciones.

ABORDAJE DE LOS CUERPOS VERTEBRALES LUMBARES L2-L4

La vía de abordaje es *retroperitoneal*, similar a la técnica de la *simpaticectomía lumbar*, con amplia flancotomía por disociación. El lado de abordaje más cómodo es el izquierdo, ya que la aorta molesta menos que la vena cava inferior, que es más voluminosa y friable y más reclinada sobre la pared lateral vertebral. No obstante, el lado a abordar debe decidirse por la topografía del absceso, si lo hay, o la estructura de las lesiones vertebrales en la radiografía.

La posición del enfermo en decúbito dorsal, con ligera inclinación lateral derecha con un rodillo en fosa lumbar izquierda. Ligera flexión del muslo izquierdo para relajar el psoas. La incisión cutánea es la oblicua de Leriche y Fontaine. Se secciona la aponeurosis del oblicuo mayor y disocia sus fibras musculares hasta el reborde costal, separando ampliamente el músculo desde el recto anterior a la espina iliaca ánterosuperior. Disociación en el sentido de sus fibras de los músculos oblicuo menor y transversos, procurando no abrir el peritoneo. Abordado el plano céluloadiposo retroperitoneal, se desplaza hacia adentro el peritoneo y el tejido céluloadiposo, alcanzando el psoas; se levanta el riñón y el peritoneo con su contenido visceral hasta tomar contacto con los cuerpos vertebrales.

Para alcanzar sin obstáculos los cuerpos vertebrales se deben topografiar perfectamente: el borde interno del psoas, el simpático lumbar, la cadena ganglionar lumbar, las arterias y

venas lumbares y la aorta. Los nervios del plexo lumbar transcurren entre los planos del psoas; el único que puede motivar confusión es el génitocrural, rama del 2º lumbar, que atraviesa el psoas y está más cerca de su borde interno. El *borde interno del psoas* se reclina hacia afuera, desinsertando las lengüetas tendinosas de sus arcadas, que se fijan en los discos, lo que permite amplio desplazamiento del psoas, visualizando la cara lateral

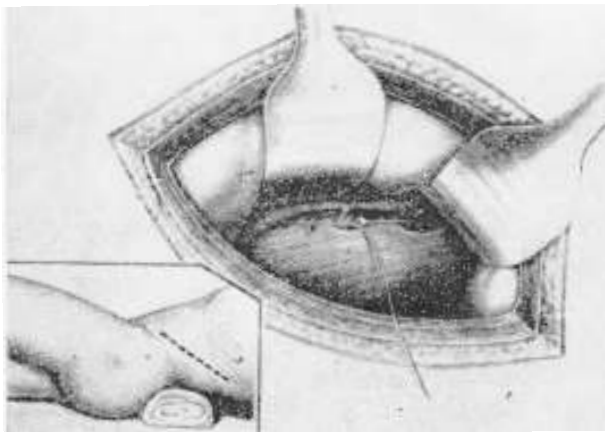


Fig. 1.—(Sicard.) Abordaje de vértebras lumbares, L2-L4.
Incisión. Ligadura arterias lumbares.

de los cuerpos vertebrales que se abordan (figs. 1 y 2, tomadas de Sicard). La cadena del *simpático lumbar* se disecciona, seccionando ramicomunicantes y se desplaza con hilos de tracción sin seccionarla. La *cadena ganglionar linfática*, más hacia adentro, nos crea un obstáculo a veces importante, que obliga a su inclinación hacia adentro o a su resección. Los *vasos lumbares* transcurren transversalmente sobre el cuerpo vertebral, emergiendo las arterias de la cara posterior de la aorta y profundizándose en las arcadas parasomáticas del psoas. Deben ser buscados y ligados cuidadosamente. Es éste uno de los *tiempos claves* de la operación, porque si se seccionan sin previa ligadura pueden retraerse detrás de la aorta o bajo las arcadas del psoas, sangrando sin posibilidades de hemostasis. La 5ª vena lumbar emerge a

menudo de la vena ilíaca primitiva y al igual que la arteria homónima es gruesa, pudiendo dar hemorragias muy graves. La sección y ligadura cuidadosa de las arterias lumbares permite reclinar la aorta hacia la línea media, visualizando perfectamente la cara anterior de los cuerpos vertebrales y los discos. Seccionando longitudinalmente, con bisturí eléctrico, el *ligamento vertebral común anterior* y ruginando, se descubre casi totalmente la cara lateral y anterior del cuerpo vertebral y los discos intervertebrales.

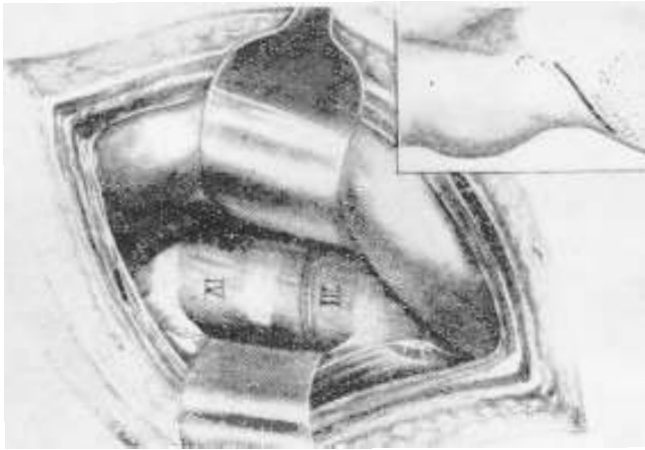


Fig. 2.— (Sicard.) Exposición cuerpos vertebrales y discos lumbares.

ABORDAJE DEL CUERPO DE LA PRIMERA LUMBAR

Se aborda por vía retroperitoneal amplia, análoga a la esplanicnectomía y simpaticectomía dorsolumbar, necesitando la desinserción de los pilares del diafragma y de las inserciones costales del diafragma (Sicard).

La posición del enfermo es como en el caso anterior. La *incisión en J*, en gancho de Hockley (fig. 3), primero vertical sobre el borde externo de los músculos láterovertebrales, a tres traveses de dedo de la línea media, comenzando a nivel de la 10ª costilla; la rama transversal sigue por debajo de la 12ª costilla

en dirección a la espina iliaca ánterosuperior sin alcanzarla. Seccionados los músculos *dorsal ancho* y *serrato menor pósteroinferior* en el mismo sentido de la incisión cutánea, se reseca la *12^a costilla* en su totalidad, desde su articulación con el cuerpo vertebral hasta la inserción diafragmática en su extremo distal. El *paquete vásculonervioso de la 12^a intercostal* es aislado y resecado tan lejos como sea posible, adentro, casi hasta el agujero

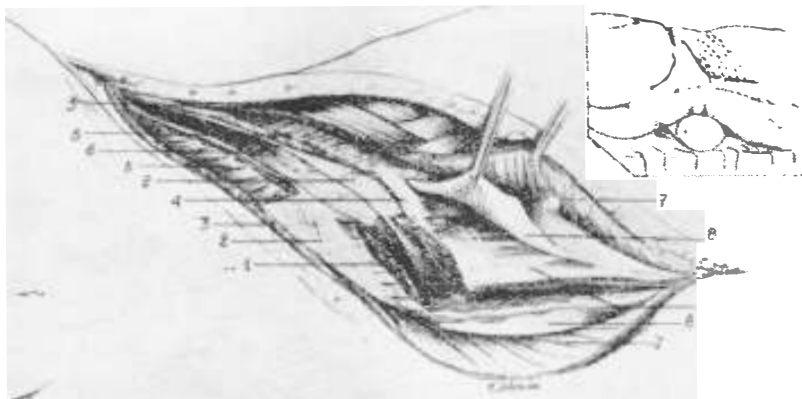


Fig. 3.—Abordaje de primera lumbar. Incisión. Planos musculares: 1) Masa sacrolumbar. 2) Transverso. 3) Oblicuo mayor. 4) Duodécima costilla. 5) Oblicuo menor. 6) Plano céluloadiposo subperitoneal. 7) Dorsal ancho. 8) Serrato menor pósteroinferior.

de conjugación. Recordar la disposición del *fondo de saco pleural*, en su relación con la *12^a costilla* para no herirlo al reclinarlo. Resecada la *12^a costilla* y seccionando hacia abajo los *músculos oblicuos* y *el transverso*, se aborda el espacio retroperitoneal, abriendo la *logia retrorrenal* (Lambret). A un centímetro abajo del lecho de la costilla, se incinde paralelamente la *aponeurosis del transverso* sin necesidad de cortar el diafragma como en la técnica de Smitwich.

Penetrando en la logia retrorenal, en el plano de clivaje por delante del *cuadrado crural*, se reclina hacia adentro y adelante el *riñón y cápsula suprarrenal* envueltos en la grasa perirrenal. Quedan en evidencia en el plano posterior: el *cuadrado crural* y su arcada, el *psoas* y su arcada, el *plano vertebral* y los

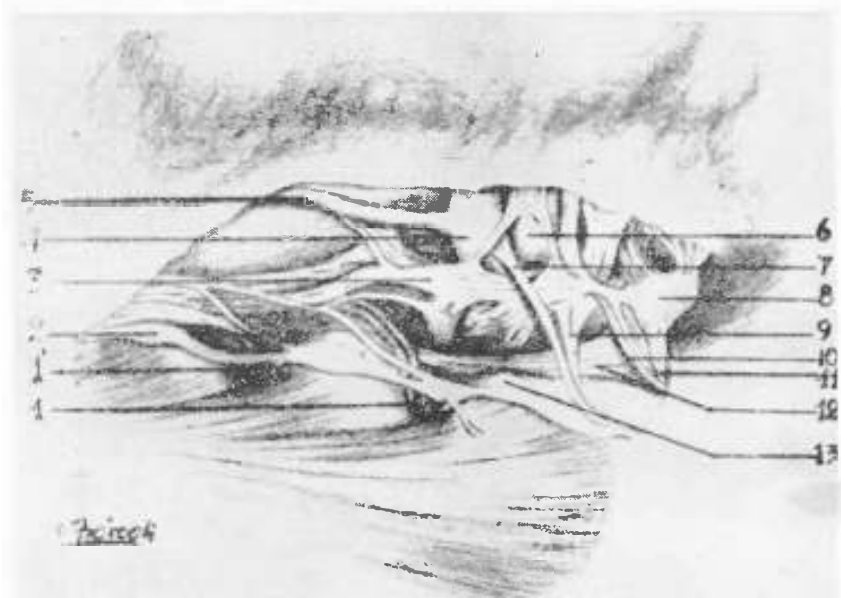


Fig. 4.—Abordaje de primera lumbar. 1 y 1') Arterias lumbares. 2) Cadena simpaticolumbar. 3) Plexo periaórtico. 4) Vena renal. 5) Vena espermática. 6) Arteria renal. 7) Vena reno-áeigo lumbar. 8 y 11) Espláncico mayor. 9) Espláncico menor. 10) Vena diafragmática. 12) Pilar izquierdo del diafragma (referencia clave). 13) Prominencia del disco intervertebral L1-L2.

pilares del diafragma; se identifican por disección el *espláncico mayor* (adentro), el *espláncico menor* (en el medio) y la *cadena del simpático lumbar* (afuera) sobre el plano vertebral (fig. 4). Un *plano venoso* constituido sobre todo por la *vena renoázigos lumbar* de Lejars y la *vena lumbar ascendente*, debe ser ligado y cortado para abrir camino hacia el cuerpo vertebral de la primera lumbar. La buena visualización del *pilar izquierdo del diafragma* es la *clave del abordaje*, dado que actuando sobre estruc-

turas manifiestamente alteradas por edema y esclerosis, la individualización de los otros elementos puede no ser siempre fácil; en cambio, el pilar del diafragma nos ubica topográficamente con precisión. Ruginando hacia cada lado los bordes del pilar diafragmático y del ligamento vertebral común anterior, tenemos el acceso al foco.

ABORDAJE DE LA QUINTA LUMBAR

La vía de abordaje es anterior, transperitoneal, igual a la del *nervio presacro*, según técnica de Cotte.

La posición del enfermo es en decúbito dorsal con ligero Trendelenburg y combadura lumbar. La incisión es mediana infra y supraumbilical. Se aborda el promontorio y el nervio presacro, reclinando el sigmoides hacia la izquierda y las ansas intestinales delgadas, el ciego y mesenterio hacia arriba y la derecha. Si obstaculizara la terminación del mesenterio, se procede a las maniobras clásicas de decolamiento peritoneal (Del Campo). Abertura de la serosa peritoneal verticalmente, por delante del promontorio. El tejido celular retroperitoneal a este nivel conforma una lámina célulonerviosa, engloba el presacro, que se puede desplazar con la serosa peritoneal o se extirpa si crea obstáculo. El pedículo sacro medio se pinza, liga y secciona. Los otros obstáculos a salvar son de *orden vascular*; las arterias sigmoideas se desplazan a la izquierda de entrada, para abrir el peritoneo; los vasos mesentéricos inferiores transcurren en la base del mesocolon, en el flanco izquierdo del promontorio y pueden ser fácilmente reclinados. La *bifurcación aórticocava* se realiza a nivel variable; cuando es alta y los vasos no son muy gruesos, el cuerpo de la 5ª lumbar es fácilmente accesible; cuando esta bifurcación es baja puede cubrir el cuerpo de la L5. La *vena iliaca primitiva izquierda* es el obstáculo vascular más molesto, sobre todo cuando cruza más baja; si no pudiera desplazarse puede ligarse y seccionarse (Sicard, Del Campo) (fig. 5). Esta vena debe desplazarse y protegerse durante toda la operación, con valvas especiales o mejor con clavos de Steimann, fijados oblicuamente en el hueso (Merle D'Aubigné). La arteria iliaca primitiva derecha, situada más afuera, debe protegerse igualmente; esta arteria es, a veces, flexuosa y ateromatosa en

las personas de edad. Desprovisto de sus relaciones anteriores, el cuerpo de L5 y el disco subyacente quedan suficientemente expuestos permitiendo proceder al abordaje del foco de discospondilitis.

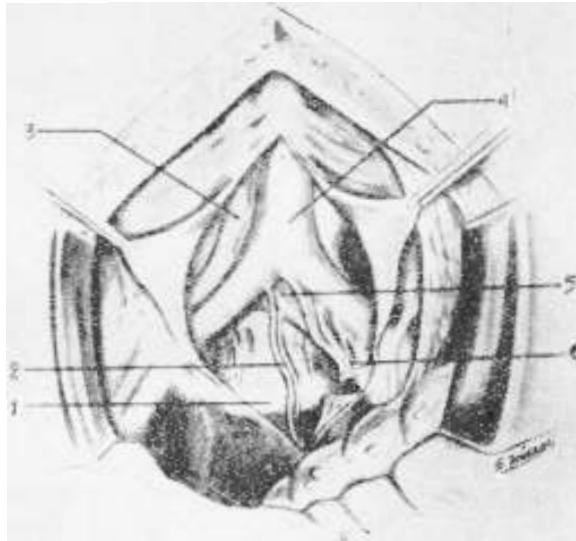


Fig. 5.—Abordaje anterior de quinta lumbar. 1) Promontorio. 2) Pedículo sacro medio. 3) Vena cava inferior. 4) Aorta y bifurcación. 5) Vena ilíaca primitiva izquierda. 6) Lámina céulo-nerviosa con nervio presacro.

ABORDAJE DE LAS VERTEBRAS DORSALES

Resumimos el abordaje de las últimas vértebras dorsales, por vía lateral, que ha sido motivo de las 8 intervenciones dorsales realizadas en nuestra casuística. La vía seguida fue la lateral, extrapleurar, practicando la toracotomía extrapleurar, con los lineamientos de la clásica costotransversectomía de Menard. Puede adoptarse, también, la vía intrapleurar (Sicard).

En nuestros casos el abordaje ha sido preferentemente por el lado izquierdo; en un caso abordamos la 12ª dorsal por el

lado derecho, por existir una fístula osifluente de ese lado. La preferencia por el lado izquierdo se basa en el propósito de eludir las numerosas venas derechas, más temibles que la aorta a la izquierda (fig. 6).

El enfermo en posición de decúbito lateral derecho, con el brazo izquierdo elevado y fijado a un arco. La INCISIÓN es para-

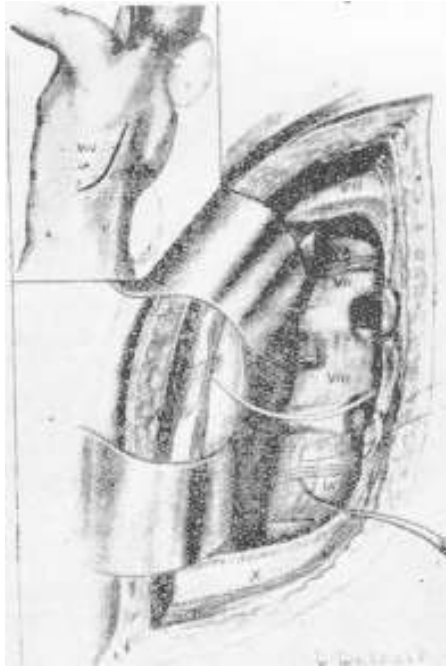


Fig. 6. Abordaje de vértebras dorsales (Sicard).

vertebral en J, con una rama paramediana vertical a tres traveses de dedo de la línea media, seguida de una incurvación paralela a la costilla a resecar. Seccionados los planos musculares paravertebrales se descubren dos o tres costillas, según el número de focos de disquespondilitis a exponer. Recordemos que las 10 primeras costillas se articulan sobre la cara lateral de los discos y las vértebras supra y subyacentes; las costillas 11^a y 12^a se articulan directamente sobre la cara lateral de los cuerpos

vertebrales correspondientes. Por lo tanto, en las primeras costillas, al desarticularlas se aborda directamente el foco de discoespondilitis; en las dos últimas se alcanza el cuerpo vertebral, debiendo desplazarse arriba o abajo para abordar el disco.

La *resección costal*, por vía subperióstica, se practica en una extensión de 6 a 8 cms., desarticulando el cuello de la apófisis transversa y desarticulando la cabeza del cuerpo vertebral y los

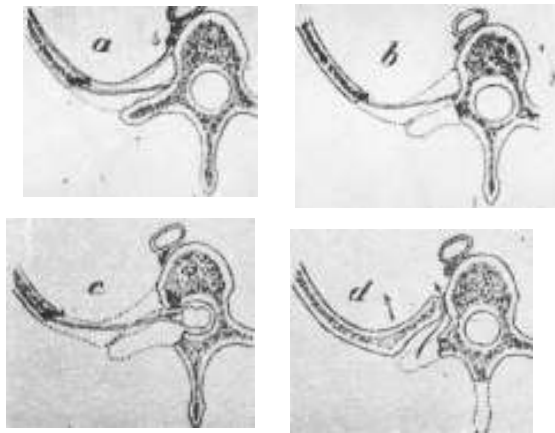


Fig. 7.— Abordaje de vértebras dorsales. a) Resección costal con desarticulación. S. simpático. b) Costotransversectomía. c) Costotransversectomía con laminectomía (decompresión ánterolateral de la médula. d) Transversectomía con desarticulación de la costilla.

discos. A menudo en este tiempo vemos la evacuación de regular cantidad de pus del foco vértebrodiscal. Las *apófisis transversas* se ruginan visualizando los nervios intercostales, que pueden seguirse hasta el agujero de conjugación y se procura respetar y no traccionarlos, sobre todo en los seis últimos que inervan la pared abdominal; no hay inconveniente en seccionar uno o dos nervios bajos; es sin importancia la resección de los nervios intercostales altos. La transversectomía (costotransversectomía) proporciona más luz, pero habitualmente puede prescindirse de la misma. Se decola la *pleura*, a dedo, hacia arriba y abajo, teniendo especial cuidado en la gotera costovertebral. El

simpático y el esplácnico acolados a la pleura no necesitan ser identificados. Los *vasos intercostales*, en cambio, constituyen uno de los obstáculos *claves* de la operación. Aplicados sobre la cara lateral de los cuerpos vertebrales deben ligarse lo más adelante posible, lo que permite desplazar la aorta hacia la línea media sin la tensión de las arterias intercostales. De esta manera queda expuesta la cara lateral de los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales, pudiendo alcanzarse la cara anterior de los cuerpos y un absceso osifluente anterior.

En caso de PARAPLEJÍA PÓTTICA se practica por esta misma vía la costotransversectomía con laminectomía lateral, abriendo el canal raquídeo (fig. 7 c) según técnica de Seddon. El nervio intercostal es la clave de la operación, pues, conduce al agujero de conjugación, limitado arriba por el pedículo de la vértebra, que se reseca con pinza gubia; en este tiempo se tiene especial cuidado de no herir la duramadre. La resección ósea se extiende del pedículo a la lámina, abriendo más ampliamente el canal raquídeo y exponiendo la duramadre. La hemorragia del espacio epidural se cohibe por aspiración-coagulación o por taponamiento. Es una operación riesgosa, shockante.

EXERESIS DEL FOCO VERTEBRAL

Una vez abordado el cuerpo vertebral y el espacio intervertebral, debemos proceder a la extirpación del foco de discoespondilitis tuberculosa. En algunas circunstancias se aborda directamente una cavidad vertebral. En otros casos se comprueba una fusión intersomática, total o parcial, real o aparente, siendo necesario labrar una brecha con escoplo curvo en un reborde vertebral, para tener acceso a la cavidad evidenciada por la radiografía. En estas condiciones se ensancha la brecha, dando o no salida de inmediato a pus o caseum y procediendo al curetaje del foco con cureta roma. Este curetaje se extiende hacia arriba y abajo, hasta tener sensación de resistencia ósea del cuerpo vertebral supra y subyacente; hacia la parte posterior, con las precauciones inherentes a la presencia del ligamento vertebral común posterior y la duramadre; hacia el lado opuesto, buscando previamente apoyo sobre el cuerpo vertebral cureteado, para lograr evacuar una eventual colección contro-

lateral. El lavado profuso de la cavidad con suero y relleno de la misma con antibióticos (penicilina y estreptomina en polvo), con o sin "chips" óseos, da por terminada la intervención sobre el foco. Con lámina de Gelfoam obliteramos la cavidad para contener los antibióticos y los "chips". Un tubo de polietileno se enfrenta al foco como drenaje inmediato, dando posibilidad posterior a la instilación de Isoniacida en el foco.

POSTOPERATORIO

El postoperatorio inmediato de esta operación, que puede ser chocante en algunos casos, se cumple con las normas habituales de la gran cirugía, en servicio de recuperación, en cama dura, sin lecho de yeso, en decúbitos laterales alternados cada dos horas. El reposo en cama se prolonga por espacios variables según los casos. En una enferma hemos procedido al levantamiento, con busto de yeso, al mes; en general prolongamos el reposo por tres o cuatro meses, permitiendo la deambulación progresiva y controlada, siempre con busto de yeso.

En cuanto a los resultados inmediatos en nuestros enfermos son, en general, alentadores. Hemos tenido un caso de muerte por hemorragia, en circunstancias de incoagulabilidad sanguínea y prolongado chuco postoperatorio; otro caso de muerte por paraplejía póstica, al cabo de tres meses, con éscaras muy extendidas e incontrolables. En las restantes 14 operaciones, el postoperatorio transcurrió sin mayores incidentes. Tuvimos un caso de enfisema subcutáneo extendido, por herida de pleura inadvertida, que obligó a reintervenirla, pero posteriormente evolucionó muy bien.

En lo que se refiere a los resultados tardíos, no aventuramos conclusiones en el momento actual por ser nuestra experiencia de corto plazo. La primera enferma intervenida por esta técnica tiene apenas dos años de evolución. Aguardamos una documentación fehaciente, con la evolución bien controlada de estos enfermos durante lapsos mayores, para exponer —en futuras comunicaciones— los resultados a largos plazos, cuando radiológicamente se haya obtenido la sinostosis vertebral y la reparación del foco óseo y cuando los resultados funcionales no ofrezcan dudas.

BIBLIOGRAFIA

1. BASTOS ANSART.—“Tratado de cirugía ortop.”. Edit. Científ. Médica. Barcelona, 1950.
2. BROCHER, J. E. W.—“Diagn. de la T. B. vertebral”. Thieme, 1954.
3. CASTILLO ODENA, I.—Tuberculosis ósteoarticular. “Congreso Arg. de Cirugía”, 25: 47-165; 1954.
- 3 bis. Del CAMPO, J. C.—Equinococosis vertebral. Resección total de la 5ª lumbar. “Boletín Soc. Cirugía del Uruguay”. 20: 211-230; 1949.
4. DUGGELI y TRENDELENBURG, F.—“La tuberculosis de la columna vertebral”. Documenta Rheumatologica Geigy, 1957.
5. FERREIRA ALVES, A. y REZENDE, J.—Abordagem directa no mal de Pott. “Rev. Ort. y Traum.”, 1: 38-54; 1957.
6. GARCIA DIHINX.—“Mal de Pott. Edit. Salvat. Barcelona, 1943.
7. GERARD MARCHANT, P.—Tuberculose vertebrale. “Enciclopedia Med. Quir.”, 1959.
8. GONZALEZ AGUILAR.—“Pat. y clín. gen. de la tuberculosis del esqueleto”. Atenco. Buenos Aires, 1940.
9. GIRDLESTONE, G. R. y SOMERVILLE, E. W.—“Tuberculosis ósteoarticular”. Edic. Méd. Barcelona, 1951.
10. GRIFFITHS, D. LI.; SEDDON, H. J. y ROAF, R.—“Pott's Paraplegia”. Oxford U. Press. London, 1956.
11. KARABARBONNIS, M. L.—Indicac. de la costotransversectomía en el mal de Pott. “Journ. F. de Ort. et Traum.”, 38: 413; 1952.
12. KOHLER, A. y ZIMMER, E. A.—“Roentgenología del esqueleto”. Edit. Labor, 1959.
13. LAMBERT, O.; RAZEMON, P. et DECOULX.—“Chirurgie du sympathique”. Paris. G. Doin & Cie.
14. SANCHIS OLMOS, V.—“La tuberculosis del esqueleto”. Edit. Científ. Médica. Barcelona, 1957.
15. SANCHIS OLMOS, V.—El tratamiento moderno de la tuberculosis vertebral. “Rev. Ort. y Traum.” (Ed. Ibérica), 1: 3-37; 1957.
16. SCHMORL, G. y JUNGHANNS, H.—“Patología de la columna vertebral”. Edit. Labor, 1959.
17. SICARD, A.—“Chirurgie de rachis”. Masson et Cie. Paris, 1959.
18. SICARD, A. y TERQUEM.—Mal de Pott lumbosacro. “La Presse Médicale”, 62: 799-803; 1954.
19. SORREL, E. y SORREL-DEJERINE, Mme.—“Traite de Chir. Orth. Ombredanne Mathieu. Masson et Cie. Paris, 1937.
20. STEINDLER, Arthur.—“Lecciones para graduados sobre ortopedia”. Edit. Beta. Buenos Aires, 1954.
21. STEINDLER, Arthur.—El tratamiento de la tuberculosis vertebral. “Rev. Ort. y Traum. Lat. Amer.”, 1: 18-32; 1956.
22. SUZANNE; BERAUD y PICARD.—Resección del anillo vert. restante en las grandes destrucciones del mal de Pott. “Rev. Chirug. Orthop.”, 38: 309.
23. WILKINSON, M. C.—“Journ. Bone join surg.”, 36 B: 23; 1954.