

SUMARIO

- A propósito de la Orden del Día última.* - por el Dr. Halty.
Sobre un caso de fractura espontánea. - por el Dr. Soto Blanco.
Rotura del bazo. Hemorragia retardada. - por el Dr. O. Echevarría.
Pseudo quiste hemático del páncreas. - por los doctores P. Larghero y A. Victorica.

Presentado en la sesión del 8 de Junio de 1932.

Preside el Dr. J. C. del Campo

A propósito de la Orden del Día última

Dr. Halty.—El granuloma venéreo se presenta bajo cinco formas: 1.º) úlcero vegetante, la más común; 2.º) ulcerosa; 3.º) proliferante; 4.º) elefantíásica y 5.º) nodular sin ulceraciones. Estas formas se explican estudiando el proceso anatómico común que les da origen.

En el primer período se puede apreciar una infiltración nodular del dermis y una hipertrofia epidérmica, a largos bourgeons interpapilares, con alteración de sus células. En el segundo período la ulceración está constituida, falta el epitelio; los focos de infiltración celular han destruido los tejidos normales, y la reparación se inicia con sus granulaciones precoces. A menudo este proceso alcanza en muchos puntos la faz esclerosa, lo que nos explica las zonas cicatriciales espontáneas que constatamos a menudo clínicamente. Y bien, la forma ulcerosa no es más que la predominancia casi exclusiva de la facultades histolíticas del proceso. La hipertrofia es el resultado de la exhuberancia de las granulaciones de reparación; la úlcero vegetativa es el predominio de una u otra faz en los diferentes puntos de la lesión. La elefantíásica traduce que el proceso de reparación ha alcanzado la esclerosis, pero que la persistencia de múltiples focos en su seno, actuando como espina irritativa, hace que ésta sea anormal e hipertrófica. Cuando la infección es atenuada y su marcha lenta, el nódulo persiste sin alcanzar a la ulceración. Estos cinco tipos tienen su unidad desde el punto anatomopatológico en el nódulo mixto, celular y vegetante y desde el punto de vista terapéutico en la eficacia de la misma medicación. Las formas mixtas, muy frecuentes, atestiguan también su íntima relación. No podemos todavía afirmarlo bacteriológicamente, porque el Donovan en nuestro medio es bastante raro aún en las formas más típicas y, en cambio, se ha constatado su existencia en lesiones banales. El tratamiento más activo es, evidentemente, la aplicación de compuestos de anti-

monio. Si es ineficaz o hay intolerancia, los rayos X son útiles. Cuando es aplicable, la extirpación quirúrgica o por electrocoagulación, puede ser curativa en focos muy circunscriptos.

Presentado en la sesión del 8 de Junio de 1932.

Preside el Dr. J. C. del Campo

✓
Sobre un caso de fractura espontánea

Por el doctor SOLO BLANCO

El día 12 de Junio de 1929 ingresa al Servicio una enferma con una fractura de la extremidad superior del fémur izquierdo.

Antecedentes personales.—A. L. de P., 36 años, uruguaya, casada, oriunda de Montevideo. Enferma desde hace quince días con dolores agudos, rebeldes al tratamiento, a nivel de las articulaciones del miembro inferior izquierdo, dolores que comenzaron en el cuello del pie, tomaron la rodilla y después se localizaron en el triángulo de Scarpa; sin fiebre, sin tumefacción de los planos periarticulares, sin reacción de las sinoviales articulares. Era tratada como un reumatismo poli-articular crónico; habiéndose levantado ese día, caminaba (en fauchant), porque la flexión despertaba el dolor. A los pocos pasos dados flaqueó su pierna cayendo la enferma. al mismo tiempo que sentía una crepitación a nivel de la ingle izquierda. En estas condiciones ingresa al Servicio.

Señora de talla alta, gruesa, de 36 años de edad, casada desde hace veinte años, con antecedentes patológicos banales en la primera infancia, comenzando su menstruación a los trece años, con una hija nacida a los dos años de casada, niña sana, parto normal. En la actualidad, de 18 años de edad. A los seis años de casada, síntomas de nuevo embarazo. En esta época aparece flujo, se suceden tres crisis dolorosas abdominales con pequeñas metrorragias de sangre roja; la última de estas crisis dolorosas sufre una agravación e ingresa a Maternidad con diagnóstico de embarazo ectópico izquierdo roto. Es operada por los Drs. Carlevaro y Colistro. Anestesia general, éter; incisión Pfannenstiel; coágulos de sangre roja en el vientre, anexos derechos sanos, útero ligeramente aumentado de volumen. Anexos izquierdos cubiertos por coágulos, se exteriorizan y entre la sangre aparece un embrión como de dos meses, largo de seis centímetros; trompa sana, pabellón congestionado y doloroso, se trataba de un aborto tubario.

Salpingectomía parcial izquierda, drenaje del Douglas y cierre por planos. Evolucionó en pocos días habiendo hecho una parotiditis inter-