

excluido, y procedo a una colectomía subtotal (colon ascendente, transverso y parte del descendente). Han pasado varios años; la enferma se ha transformado, hoy es una persona gruesa, aunque sigue siendo constipada, pero en forma discreta.

La última radiografía (reciente) muestra una incontinencia de la válvula ileocecal y una dilatación retrógrada del asa ileal, que simula en un primer momento al colon y desorienta al observador. Hago notar que la cecosigmoidostomía fué realizada con preferencia a la ileosigmoidostomía, precisamente para evitar la dilatación retrógrada del asa ileal; y este caso demuestra que la dilatación y la colonización del ileón se hizo a pesar de todo, con un representante clínico de dolores discretos e intermitentes. Han pasado once años de su primera intervención.

Resección típica del codo por artritis purulenta.

Resultado funcional.

Por el doctor P. Larghero Ibarz

Por creerlo de interés, presentamos a la Sociedad de Cirugía el resultado obtenido por la resección amplia, típica en una artritis purulenta del codo.

El enfermo que fué operado hace 10 meses, ha tenido la amabilidad de responder a mi llamado para mostrar este resultado. Como la evolución clínica del caso fué un tanto accidentada y por lo mismo muy instructiva me voy a permitir relatarla en sus etapas fundamentales.

Carmelo Martínez, de 25 años de edad, ingresa al Hospital Pasteur el 13 de Julio de 1931 por un flegmón en la cara posterior del brazo izquierdo en su tercio inferior.

Su enfermedad se inició hace un mes, por una pequeña herida en la yema del dedo pulgar derecho, herida que fué traumatizada (el enfermo toca la guitarra).

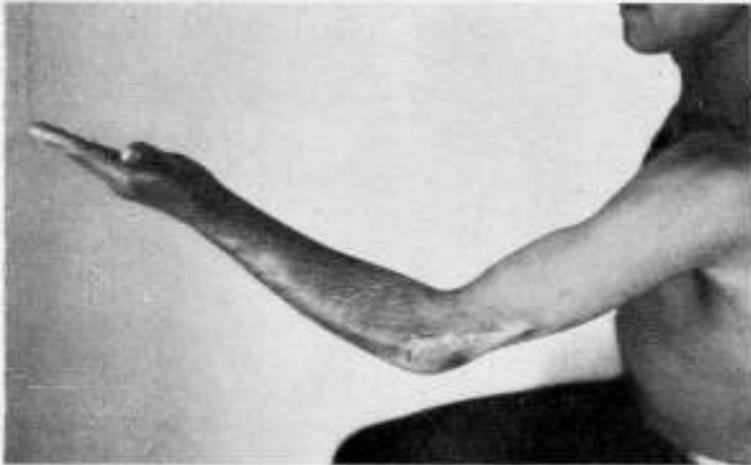
Estaba en vías de cicatrización, cuando empezó a doler le dedo con gran tumefacción de la yema extendida hacia la raíz y fiebre elevada. El panadizo se abrió espontáneamente dando abundante pus; esta supuración se ha tarado hace 10 días.

Pero hace 15 días comenzó a sentir dolor en la cara posterior del brazo en su tercio inferior a unos 4 traveses de dedo por encima del codo.

Al mismo tiempo fiebre, chuchos de frío, sudores profusos, decaimiento, manteniéndose el codo inmovilizado en la extensión completa. Los dolores eran más intensos en la noche. 5 o 6 días más tarde apareció en esa región una tumefacción dolorosa, difusa, caliente, que creció poco a poco. El estado febril se mantuvo en los alrededores de 38 grados, acompañado por marcada inapetencia, oliguria, sudores y sed intensa. El dolor creciente y la acentuación de los fenómenos generales lo obligan a ingresar al Hospital.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

El examen en el momento del ingreso nos muestra; Facies de profunda intoxicación, pálido, ojeroso, cubierto de sudores. La lengua es seca y muy saburral. Temp. de 39°. Pulso de 120. Con su mano derecha sostiene cuidadosamente el antebrazo izquierdo. Tumefacción difusa de la cara posterior de la mitad inferior del brazo, más marcada cerca del olecráneo y hacia el borde interno.



La piel es roja, caliente, infiltrada sin "godet"; el dolor es intenso en la misma zona. La tumefacción se extiende sobre la cara interna del brazo en forma de grueso rodete doloroso y sobre la mitad superior de la cara posterior del antebrazo. No es fluctuante.

Las goteras posteriores del codo están borradas pero no dolorosas. La movilización pasiva del codo no es dolorosa.

Adenopatía axilar dolorosa, del lado izquierdo.

La cicatriz del panadizo del pulgar derecha está fuertemente queratinizada.

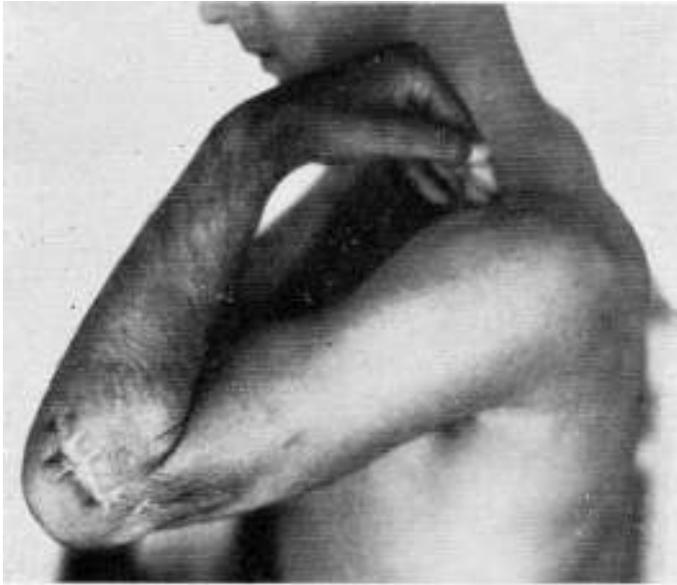


Diagnóstico: Flegmón subperióstico de probable origen esteomilítico.

Intervención. Me ayuda el Interno señor Calvis. Anestesia general. Eter.

Incisión mediana comenzando a dos dedos encima del olecráneo y extendiéndose 8 centímetros más arriba. Marcado edema del tejido celular. Se incinde el músculo y por debajo de él, contra el hueso, se encuentra una colección de pus cremoso, verde amarillento, con fragmentos de tejidos esfacelados.

El periostio está decolado hacia abajo y hacia arriba y adentro; de ambos decolamientos viene pus. Hueso de color y consistencia normal: sangra en toda la superficie desnuda. Por esta razón decidimos no trapanar reservándonos para hacerlo si más tarde fuera necesario. Se colocan dos tubos de drenaje y una mecha.



Post operatorio. Mejoría considerable del estado general, desintoxicación rápida. La diuresis se restablece (1500 a 2500 gramos diarios). Ausencia de dolores espontáneos. Hay solamente dolores provocados a la palpación del epicóndilo.

Sin embargo, el estado febril se mantiene, sin chuchos y la supuración es abundante. Una radiografía hecha el 20 de Julio, es decir, más de 21 días del comienzo de los síntomas no muestra lesiones óseas. La leucocitosis en esta fecha es de 16.000.

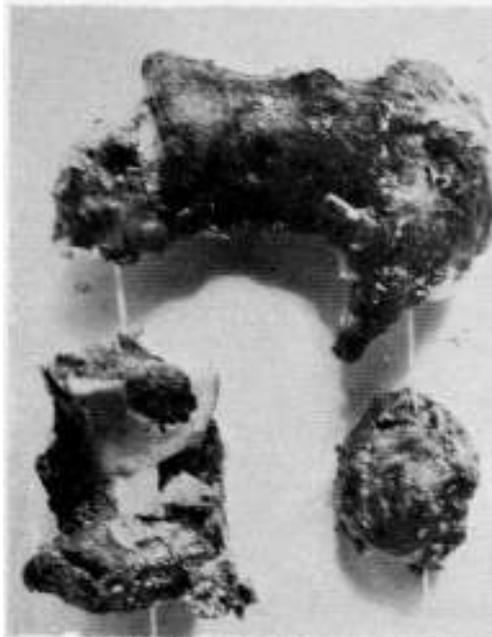
El 23 de Julio persistiendo el estado febril con taquicardia y galope cardíaco es es decir, con una miocarditis, se constata un adeno-flegmón supra-epitrocLEAR que es drenado. La temperatura desciende y llega a la apirexia 3 días después.

El 28 de Julio repunte febril con chuchos de frío. Leucocitosis, 18.600. Dos hemocultivos negativos. Dolor espontáneo en la cara interna del brazo sobre el trayecto del paquete vasculo-nervioso. Se palpa un grueso cordón empastado y sumamente doloroso que se extiende desde la cara interna del codo hasta perderse en la axila. Hay edema marcado del antebrazo y mano. Exploramos bien la articulación y no constatamos allí nada anormal.

El 2 de Agosto persistiendo la fiebre con chuchos y habiendo aumentado el em-

pastomiento de la cara interna del brazo cuya compresion provoca la evacuación de pus por la incisión de drenaje del adeno-flegmón epitrocLEAR el enfermo se queja por primera vez de dolores al nivel del codo. Sin embargo, la movilización pasiva articular dentro de ciertos límites no es dolorosa y atribuimos a la linfagitis y perilinfagitis braquial la persistencia del estado febril.

La evolución parece darnos la razón, pues la temperatura baja en lisis y llega a la apirexia completa el 7 de Agosto, coincidiendo con un bienestar general.



Fotografía N.º 1. Epífisis resecaDas.—Arriba: Epífisis humeral con epicóndilo y epitroclea.—UlceraCión completa del cartilago.
Abajo y a izquierda: UlceraCión y expoliación del cartilago.
A derecha: Cuello del radio, corte de sección quirúrgica.

Sin embargo, los signos físicos de una artritis del codo se han precisado: Tumefacción marcada peri-articular. Fondos de saco sinoviales salientes y dolorosos. Movilización pasiva posible aunque más limitada. La radiografía muestra: Lesiones de ósteo-artritis. Epífisis esfumadas. Borramiento de la línea articular. Lesiones destructivas del oleocráneo.

Nos encontramos pues, pese a la mejoría del estado general y a la caída térmica con signos francos de artritis aguda del codo. El Profesor Mérola que vió entonces al enfermo, nos instó a intervenir y a 5 días del comienzo un poco vago de los síntomas de localización en el codo si hubiéramos seguido su consejo de inmediato habríamos evitado mayores males, pero el descenso térmico nos engañó y concibiendo la esperanza de evitar al enfermo una intervención grave, esperamos.

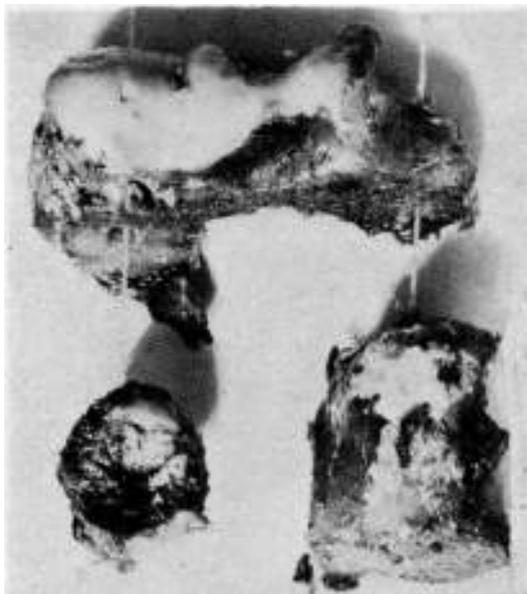
El 10 de Agosto la temperatura subió de nuevo y se decidió intervenir.

Encontrándonos frente a una osteoartritis la intervención no podía ser una ar-

trotomía simple pues debía eliminarse las porciones de las epífisis lesionadas.

Pensamos que una hemi-resección humeral como lo aconseja Lecéué y que da muy buenos resultados no podía aplicarse en este caso teniendo en cuenta las gruesas lesiones del oleocráneo, que nos obligaría a una resección total.

Como vía de abordaje elegimos la externa de Kocher que si bien no da las



Fotografía N.º 2.—Arriba: Epífisis humeral, cara anterior.—

Cartilago conservado, pero expoliado sobre el cóndilo. Ulceración completa sobre la parte superior de la tróclea (cubierta de fungosidades).

Abajo y a izquierda: Superficie articular de la cabeza del radio. Ulceración y expoliación del cartilago; superficie fungosa.

A derecha: Cara posterior del oleocráneo.

mismas facilidades que la posterior de Farabeuf o la bayoneta de Ollier, presenta la ventaja de ser más respetuosa de las inserciones musculares y garantiza más contra el codo "Balante".

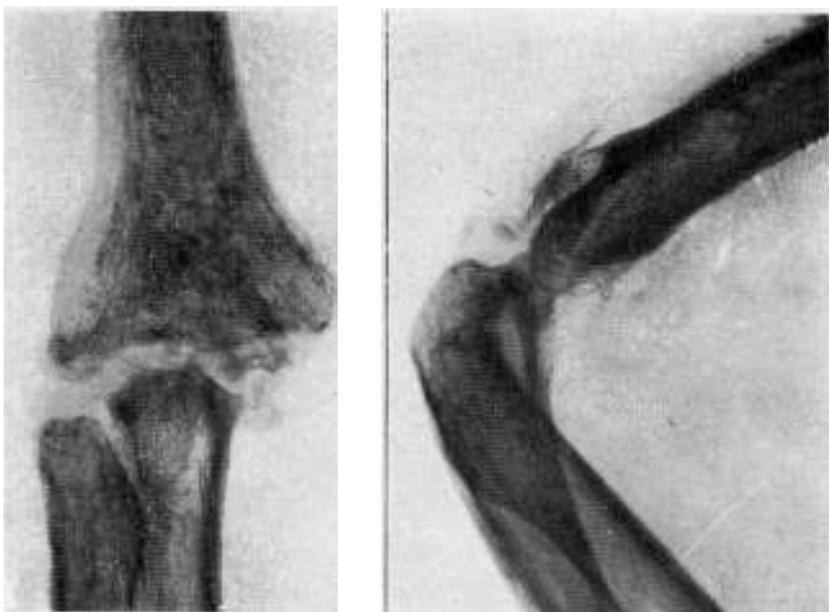
Intervención el 12 de Agosto con la ayuda del Dr. Vigil. Eter. Praticante Cabezas.

Incisión de Kocher. Las profundas lesiones purulentas, ulcerosas y fungosas, la exfoliación cartilaginosa, la ulceración de las superficies articulares de las epífisis y las lesiones de osteítis destructiva de las mismas nos obligan como va a verse a una resección completa.

En efecto, apenas abierta la sinovial aparece pus y fungosidades vinosas que corresponden a la cabeza del radio. Resección de la cabeza del radio que es friable y equimótica con cartilago completamente exfoliado. Toda la articulación aparece llena de fungosidades; los huesos úlcerados, erosionados, el cartilago diartrodial desprendido en lámina. Osteítis profunda ulcerante del oleocráneo que se reseca por el

plano sub-periósico hasta la pequeña cavidad sigmoidea inclusive. Se exterioriza la epífisis humeral que presenta una amplia ulceración en su cara posterior comprendiendo cartilago y foseta olecraneana. Abundantes fungosidades en el fondo de saco subtricipital, que se curetean. Resección sub-perióstica de la epífisis humeral inmediatamente por encima del epicóndilo.

Se seca cuidadosamente la cara interna de la cavidad y se suturan las partes blandas al catgut cromado dejando una mecha en la cavidad. Inmovilización del miembro en posición de flexión en una gotera de yeso.



Radiografías de frente y perfil, nueve meses después de la operación

Post operatorio.—Febril los 5 primeros días. Apirexia el 6.º día. Al 7.º día, se retira la mecha y se coloca un tubo, pues drena serosidad. Al 11.º día, continuando in fiebre y en excelente estado se levanta. El edema del miembro ha cedido por completo.

Se retira entonces el yeso y se le sustituye por una gotera del mismo material que toma la parte interna de brazo y antebrazo en posición de flexión a 65°, posición de trabajo para el miembro superior izquierdo de este hombre que es labrador y podrá así tomar la pala, la azada y el arado.

Se comienza la movilización activa y pasiva de los dedos.

El 12 de Setiembre se queja de dolores en la cara interna del codo irradiados al brazo y tórax así como a la cara interna de la mano y dedos meñique y anular, con estado febril. Constatamos una tumefacción de la cara interna y posterior del antebrazo con máximo en la gotera epitrocleo-oleocraneana. La incisión da salida a

pues que se encontraba en contacto con el nervio cubital.

El 20 de Setiembre se comienza la movilización pasiva de flexión y extensión del codo, reponiendo el miembro en el yeso entre las sesiones.

Alta el 3 de Octubre, para continuar la mecano-terapia en su casa.

El 17 de Octubre, es decir dos meses después de operado, el estado es el siguiente: Heridas cicatrizadas. Movilidad activa de puño y dedos completa.

Hay ya ligeros movimientos de flexión activa del codo. La movilización pasiva va de la flexión a 50°, a la extensión a 150° con ligeros movimientos de lateralidad. La prono-supinación es muy limitada y se hace provocada por nosotros sólo en un marco de 45° a 50°.

El 15 de Diciembre ha progresado considerablemente: Movimientos de flexión activos del codo llegando hasta los 45° y de extensión a los 160°.

La prono-supinación es más amplia. Movilidad de los dedos perfecta y ya puede tocar la guitarra. Comienza a trabajar con el arado a tres meses de operado.

En el momento actual el estado es el siguiente: Fuerza casi normal.

Flexión de 45°. Extensión de 135° (se ha reducido un poco el movimiento de extensión, porque en su trabajo habitual no necesita la extensión completa).

Prono-supinación de 110°. La restitución funcional es completa, pues empuña el arado y toca la guitarra como antes de estar enfermo.

Dr. García Lagos.—Entiendo que la observación del Dr. Larghero muestra no sólo una resección de codo, sino también la curación de una artritis por resección de codo. Su observación figura como un método de tratamiento de las artritis y da resultados excelentes. Los resultados de resecciones de codo, son ya sabidos; el interés de esta observación no es ese; lo interesante es como se ha reconstruido ese codo por el funcionamiento. No sólo interesa, pues, el resultado, sino la reconstrucción.

D. y D. A. Capella y Pons

Av. 18 de JULIO, 1241 (Frente a la Confitería Americana)

Optica, Ortopedia, Fotografía, Higiene