

Presentado en la Sesión del 28 de Octubre de 1931

Preside el Dr. Armand Ugón

*Herida del puño con sección completa tendinosa y nerviosa.*

Por los doctores SOTO BLANCO y A. MAZZUCO

Enero 20 de 1931. Servicio de entrada del Hospital Pasteur. Ingresó M. C., jornalero, de 33 años, soltero, de Solís Chico, con una herida del talón de la mano y región anterior del puño izquierdo, sección del ligamento anular anterior del carpo con sección completa de los tendones flexores de los cuatro últimos dedos y del nervio mediano, abertura de la articulación radio cúbito carpiana. Lesiones éstas causadas por la explosión de un caño de escopeta entrando dos fragmentos de hierro por la herida anterior y saliendo el uno por la cara dorsal del antebrazo después de atravesar el ligamento interoseo y alojándose el otro debajo de la piel dorsal del mismo antebrazo, después de recorrer el trayecto del anterior.

La herida de entrada de los proyectiles es anfractuosa, desgarrada y sucia con signos de tatuaje de la palma de la mano. La herida dorsal es producida de adentro a afuera contusionando la piel e hiriénndola en parte, palpándose en la profundidad un cuerpo extraño del tamaño de una moneda de cinco centésimos. La herida data de cuatro horas.

Baño con carrel de la herida y luego se procede a la operación.

Doctor Soto Blanco, practicante Sicardi. Anestesia general con éter, aparato Ombredanne, pte. Carriquiry. Se debrida la herida y se resecan los bordes regularizándolos, se saca un trozo de hierro de forma cuadrada de dos centímetros de lado que es el que abrió el canal carpiano y seccionó los tendones. Se desinfecta la articulación y se cierra. Sutura del ligamento anterior con catgut, se suturan los tendones con seda N.º 1 cabo a cabo y separadamente; se sutura el perineuro del nervio mediano con catgut fino número cero. Se deja el canal carpiano abierto sin suturar el ligamento anular anterior, pues no deja conforme la desinfección. Se coloca una gaza yodoformada en la herida anterior.

Se debrida la posterior, se limpia y se saca el segundo fragmento de hierro que es idéntico al anterior. Se sutura la herida posterior sin drenaje. Se ordenan sueros antigangrenosos en 500 cent. de suero fisiológico y 20 cc. de suero antitetánico.

Mecha yodoformada se retira al sexto día y se hacen curaciones húmedas. Poca supuración; evolución apirética.

Marzo 12 de 1931. — 52 días después. Mueve incompletamente

los dedos, herida cicatrizada casi en totalidad; queda una pequeña fisura. Sensibilidad abolida en tal grado que se ha producido una quemadura del dedo medio con su cigarro sin darse cuenta. Hay fenómenos tróficos de los dedos; la ulceración de la quemadura no tiene tendencia a curar. En estas condiciones es entregado al Dr. Mazzuco para empezar las secciones de dielectrolisis iódica por el método de Bourguignon.

Mario Cabrera, de 27 años se produjo una herida lácerο contusa de la región anterior del puño izquierdo que le produjo la sección de los tendones flexores y del nervio mediano.

El tratamiento quirúrgico de sutura nerviosa y tendinosa le fué practicado por el doctor Soto Blanco el día 20 de Enero del corriente año, día del accidente.

En Marzo 12 el doctor Soto Blanco me envía el enfermo para iniciarle el tratamiento por iones iódicos.

En esta fecha el enfermo se nos presenta al examen con los siguientes síntomas:

Cicatriz al nivel del puño de aspecto queloideo.

Excursión de los tendones flexores muy limitada.

Anestesia completa a todos los modos en el territorio del mediano. La exitabilidad de los músculos tenarianos inervados por ese mismo nervio fué la siguiente:

Abductor corto del pulgar, con 10 p. f. no se contrae.

Corto flexor del pulgar, C Os00370.

Se le instituye el tratamiento preconizado por Georges Bourguignon y que consiste en hacer pasar el ion iodo a travez de la cicatriz por medio de una corriente galvánica de algunos miliamperios (15 a 20 miliamperios por decímetro cuadrado de superficie).

El tratamiento se hace en la siguiente forma:

Seis aplicaciones diarias de media hora cada una, seguidas de nueve aplicaciones hechas día por medio.

Descanso de 15 días, repitiendo luego las aplicaciones en la misma forma. En nuestro caso hicimos el tratamiento desde el 12 de Marzo al 27 de Mayo. El resultado fué el siguiente:

La anestesia en el territorio del mediano cedió algo (hipoestesia). La exitabilidad ha aumentado.

Abductor corto del pulgar, se contrajo con 10 p. f.

Corto flexor del pulgar, C Os00022.

La cicatriz se ha hecho mucho más souple y su nivel ha igualado al de la piel que la rodea.

Al mismo tiempo notamos que las incursiones de los tendones se han hecho casi normales.

Todos estos hechos se explican por la acción del iodo al estado de ion sobre el tejido escleroso y sobre el trofismo, y que resumimos así: El tejido escleroso desaparece en gran parte y se ablanda. La epidermis de los alrededores tiende a recubrir la cicatriz, la cual toma un color parecido al de la piel que la rodea. Los nervios aceleran el proceso de regeneración posiblemente como consecuencia de la destrucción de la barrera esclerosa que puede existir al nivel de la sutura.

---

Presentado en la Sesión del 28 de Octubre de 1931

Preside el Dr. Armand Ugón

*Neoplasma de la próstata. Operación de Young*

Por el Dr LORENZO MEROLA

En un artículo publicado hace unos años, titulado "Cirugía Anatómica y Cirugía Clínica", clasificábamos el procedimiento de extirpación de Freyer entre los métodos de Cirugía Clínica, pues la enucleación de la próstata, puesta a parte la vía de acceso a través de la pared abdominal, se basa en la morfoanatomía patológica cuyo conocimiento nos hace juzgar la tal enucleación posible. Esta operación es, actualmente, adoptada de preferencia para el adeno a de la próstata y la fibrosis del cuello vesical.

En la operación por vía perineal, cuando enucleamos un adenoma, nosotros hemos hecho una extirpación clínica del tipo de la operación de Freyer.

No nos proponemos ahora discutir el pro y el contra de la vía alta o baja de abordaje, pero creemos útil la práctica de la operación por la vía baja, pues además de la ventaja de extender el campo de su capacidad técnica, el cirujano podrá, en caso dado, combinar las dos operaciones. Diremos, sin embargo, que la degeneración neoplásica por poco que sus lesiones sean extendidas, no dejará sino ínfimas probabilidades de éxito a la vía alta; en cambio, la vía baja se impone, sobre todo si se considera que habrá ventaja en tales casos en practicar la extirpación anatómica de la glándula con su cápsula, siendo así posible realizar una operación ensanchada. Además, la práctica de la vía perineal nos ha permitido una mejor visión de las lesiones existentes y