

enfermos del Dr. Stajano eran viejos biliares. Los íleos biliares se mueren aunque se operen precozmente, los hechos demuestran que hay una insuficiencia hepática que agrava el pronóstico, lo que no pasa en el íleo alimenticio "puro", por eso yo creo que no son casos superponibles a menos que el ocluido alimenticio sea un antiguo hepático. Yo creo que el factor tóxico en la oclusión debe ser retomado en nuestra Sociedad.

Dr. J. C. del Campo. — En mi guardia del Hospital Maciel he tenido dos casos de cuerpo extraño alimenticio, un caso por collejo de naranja, operado a las 13 horas de ocluido con evolución fatal. En general, son casos graves porque empiezan siendo oclusiones altas, que son las más tóxicas. En cuanto a los rayos X soy cada vez más partidario, porque no sólo ayudan al diagnóstico, sino que hasta dan datos sobre la altura de la oclusión.

Dr. A. Lamas. — Tengo un caso de oclusión alimenticia muerto de embolia a los ocho días. No recuerdo los detalles clínicos, pero se había hecho diagnóstico de apendicitis, el dolor se desplazó hacia la región umbilical. Le ofrezco al Dr. Prat el caso con todos los detalles.

Dr. Prat. — Hay varias formas de hacerse la oclusión, algunos casos a los ocho días de haber comido, otros a las pocas horas. Operamos, en general, tardíamente, porque los enfermos llegan tarde y a veces porque el cirujano pierde también un poco de tiempo con lavajes y mismo purgantes. Los signos radiológicos llevan a la operación. Los cirujanos americanos que operan precozmente tienen de 5 a 10 % de mortalidad. Deseo insistir sobre la colaboración preciosa de los rayos X.

Inyección de alcohol en el nervio tibial posterior en el tratamiento de la arteritis obliterante.

Por los doctores J. MONTES PAREJA y A. MAISONNAVE

Los trabajos fundamentales de Leo Buerger y Parkes Weber, han tenido el mérito indiscutible de permitir, en el terreno anatómo-patológico de las arteritis periféricas, diferenciar las obliteraciones arteriales de los miembros por trombosis presenil de naturaleza inflamatoria. Pero aún cuando a esta identificación histológica fuera posible superponer su individualidad clínica, lo que no siempre es fácil, consideramos erróneo admitir que para cada forma se deduce un procedimiento terapéutico como el más ventajoso y eficaz. Desde este punto de vista es

más importante conocer la función fisiológica, en particular el estado de la circulación local de un miembro, que la naturaleza y grado de las alteraciones estructurales de la pared arterial. Los estudios ya antiguos y algo olvidados de Brown-Séguard y Raynaud, demuestran que trastornos circulatorios graves de las extremidades, pudiendo conducir a la gangrena, pueden ser el resultado de espasmos arteriales permanentes. Todo se reduce, pues, a esta noción fundamental: cualquiera



Fig. 1 - Fotografía del pié izquierdo con la zona de necrosis.

sea la forma clínica e histológica de las arteritis crónicas obliterantes de los miembros, lo importante es determinar si el estado deficitario de la circulación local es debido a un factor mecánico de obstrucción o de espasmo vascular por vasoconstricción periférica. En la tromboangeitis obliterante, por ejemplo, si en los períodos terminales los procesos trombóticos pueden ser tan extendidos que lleguen a obturar la luz de los vasos principales, es frecuente observar en los estados de comienzo que el espasmo arterial es el factor más importante. Otras veces, como en la observación que pasamos a relatar, mientras la obliteración total es la causa de graves trastornos circulatorios de un miembro, en el del lado opuesto lo que dominan son los fenómenos vasoconstrictores. De esta suerte, un agente terapéutico eficaz de un lado o en cierto momento de la evolución puede ser inoperante en otro pe-

ríodo o en el miembro opuesto. Desde que se reconocen estos hechos y es posible determinar cuando interviene uno u otro factor, se impone al médico una labor discriminativa sin la cual cualquier decisión médica o quirúrgica es arbitraria. De ahí que para el clínico no baste establecer el diagnóstico de obliteración arterial de los miembros. Ninguna resolución terapéutica debe tomarse sin determinar previamente

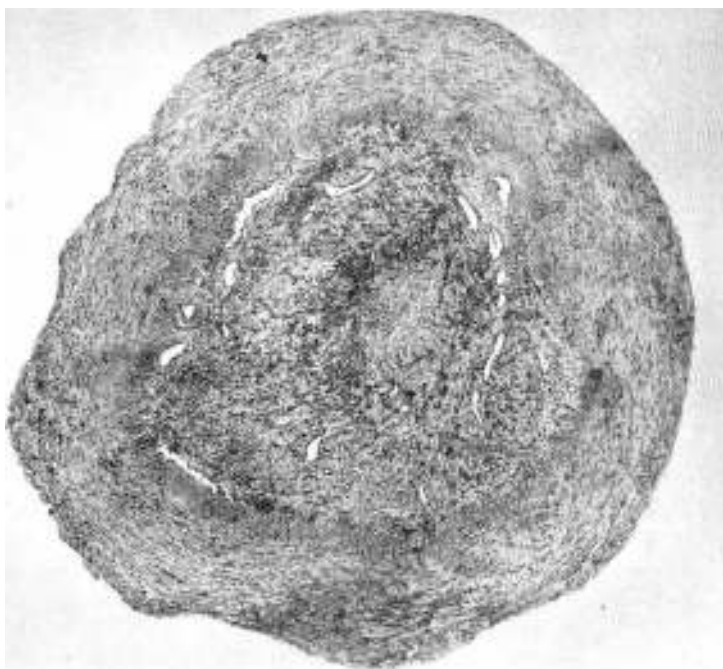


Fig. 2 - Corte histológico de la arteria femoral derecha a la altura del canal de Hunter.

por los distintos procedimientos a su alcance, si interviene un factor espasmódico y en qué grado es susceptible de disminución o supresión.

Observación.—Julio B., de 46 años de edad, ingresa a la Sala Dr. Olazábal del H. Militar Central en Enero del año pasado, quejándose de que cuando camina apenas algunos metros, siente un dolor en la pantorrilla derecha, que llega a ser insoportable si se esfuerza en continuar la marcha. Le basta, en cambio, detenerse algunos minutos para notar la sedación del dolor y la reintegración funcional de su miembro. Al examen, la pierna subjetivamente tan dolorosa, no revela ningún punto sensible, ni nervioso ni muscular, ningún signo orgánico de alteración de los nervios cerebro-espinales. Los reflejos tendinosos son normales en ambas piernas. En cambio, a la palpación, se observa la abolición del pulso arterial de la pedía y tibial posterior, y latidos débiles de la poplítea del lado derecho. Del lado opuesto sólo los de la pedía

están abolidos, los demás son débiles. La amplitud de las oscilaciones de la femoral derecha presenta una reducción importante de media división del Pachon. La prueba de Aldrich y Mac Clure provoca una pápula blanca que se reabsorbe a los 50 minutos en la pierna izquierda y que demora un tiempo notablemente más breve en la derecha.

Antecedentes personales: Tuvo un chancro sífilítico hace 16 años y adenitis inguinal bilateral en 1929. Es un fumador y bebedor inveterado y tiene varios ingresos al Hospital por estado de ebriedad.

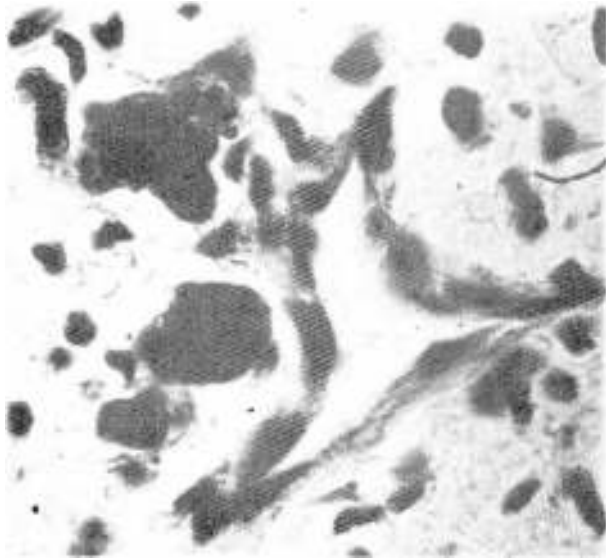


Fig. 3 - El mismo corte de la fig. 2 a mayor aumento en la zona del trombus donde se aprecia, a gran aumento la organización conjuntivo-vascular.

Aparato cardiovascular: Corazón normal, nada permite suponer la existencia de una estrechez del istmo de la aorta. El pulso es regular, de 72 por minuto, y la presión arterial 12 Mx., 8 $\frac{1}{2}$ Md., 7 Mn. Índice oscilométrico de los miembros superiores 5 $\frac{1}{2}$.

Aparato respiratorio: Signos húmedos de infiltración úlcero-caseosa de ambos pulmones. Investigación de bacilo de Koch: positivo.

Sistema nervioso: Normal. Reflejos pupilares a la luz y a la acomodación - convergencia, normales.

Examen radioscópico (practicado por el Dr. Mezzera): Infiltración difusa bilateral de ambos pulmones. Arterografía: No se ven sombras arteriales en los miembros inferiores en placas sacadas con rayos muy poco penetrantes.

Reacción de Wassermann en la sangre y el líquido céfalo-raquídeo: negativa.

Examen de sangre: Glóbulos rojos 4.900.000, glóbulos blancos 11.700. Urea 0.35 por mil. Glucemia 0.90 por mil.

Examen de orina normal.

Organos de los sentidos: bien.

El enfermo pide el alta y cuatro meses después reingresa con un extenso proceso

necrótico extendido a los dedos del pie derecho. La placa de esfacelo se extiende a los tejidos vecinos en medio de dolores impresionantes. La piel del dorso del pie tiene un tinte lívido con placas azules y violáceas. Al cabo de unos días las partes necrosadas toman una coloración negruzca y de consistencia de madera, pero el proceso momificante no se limita con nitidez por un surco de eliminación franco. A pesar de la asistencia abnegada de la enfermera, que no abandona al enfermo día y noche, aparece una reacción inflamatoria y la supuración viene de los tejidos profundos. El mal estado general se acentúa: lengua seca, fiebre, hipotensión, oliguria, gran denutrición. Ni el aire caliente, ni el masaje arterial, ni la acetilcolina inyectada en altas dosis fueron capaces de dar a la aguja del oscilómetro el menor desplazamiento pulsátil de la tibial derecha. La prueba de Moskowicz fué impracticable, dado el estado de retracción dolorosa de la articulación de la rodilla. Sólo pudo obtenerse una oscilación de un grado del Pachon a la altura del canal de Hunter y es allí que se decide la amputación del miembro, que fué practicada por uno de nosotros el 24 de Agosto, utilizando la raquianestesia. Cicatrizó de primera intención y es de notar que en la cicatriz no apareció ningún foco necrótico. Sólo lamentamos, por las razones que señalaremos más adelante, no haber podido disponer durante esta intervención del termómetro cutáneo de Taylor. Conjurado así este doloroso episodio, procedimos al estudio minucioso de la circulación local en el miembro inferior izquierdo, en razón de que también allí, a la altura del talón del pie, apareció una mancha negruzca profunda que se fué superficializando hasta llegar a la piel, eliminándose los tejidos necrosados y quedando una ulceración del tamaño de una moneda de a peso. En los dedos del pie también aparecieron franjas de un color semejante que nunca llegaron a la superficie. La ulceración era de aspecto atónico con bordes irregulares, pero no decolorados ni violáceos, vale decir, sin el aspecto de la ulceración tuberculosa. Su fondo era oscuro con una secreción sero-purulenta, no sangrante, y de una profundidad de unos cinco milímetros. A pesar del aspecto dramático que adquiría la evolución de esta arteritis, nuestro estudio semiológico nos denuncia la grata sorpresa: **que de ese lado los accidentes de déficit circulatorio eran debidos, en su mayor parte, a fenómenos espasmódicos.** En mérito a estas consideraciones se decide la simpatectomía periarterial, sugestión que uno de nosotros acepta con pesimismo y al que los hechos posteriores dan la razón. El 17 de Setiembre se practica la simpatectomía periarterial, según la técnica de Leriche, en la arteria femoral en la base del triángulo de Scarpa, en una extensión de 10 centímetros. Llama la atención el espesamiento de las paredes de la vena y la dureza de sus tunicas. Como con el transcurso de los días no se observara la menor mejoría y los signos gangrenosos no retrocedían, resolvemos, inspirados por los trabajos de Scott y Morton, se practique la inyección intratrocular de alcohol en el nervio tibial posterior, por debajo de sus ramas colaterales más importantes; de los músculos flexores comunes y flexor propio de los dedos. La intervención es sencilla y la herida cicatriza bien. Este procedimiento no sólo consigue calmar grandemente los dolores del miembro, sino que estabiliza las lesiones primero y luego las hace retroceder de una manera apreciable. La ulceración eliminó los tejidos atónicos que formaban su fondo, sustituyéndose por tejidos rojos, germinantes y en franca vía de cicatrización. La secreción se hizo más abundante y serosa. La ulceración fué disminuyendo en extensión en la misma proporción que en profun-

a desaparecer. Hacemos resaltar que esta evolución tan favorable de las lesiones no dida. Las franjas veteadas de los dedos se hicieron menos manifiestas hasta llegar fué detenida a pesar del estado general del enfermo, tan precario que, al cabo de un mes, fallecía debido a los progresos de sus lesiones pulmonares tuberculosas.

En resumen: arteritis crónica obliterante del tipo esclerótico de ambos miembros inferiores, manifestada por claudicación intermitente y fenómenos gangrenosos de los pies, en un sujeto de 46 años, atacado de tuberculosis pulmonar, gran fumador y etilista inveterado. Del lado derecho, el estado deficitario de la circulación local, es debido a la obstrucción mecánica de la arteria poplítea; del lado izquierdo, al factor espasmódico. Para la primera se impuso la amputación del miembro, operación que aún cuando lo más económica posible debió practicarse a la altura del tercio inferior del muslo; para la segunda, la inyección de alcohol del nervio tibial posterior fué suficiente para obtener un éxito satisfactorio. Esta clase de intervención tiene en general los inconvenientes de sus efectos temporarios y de los trastornos sensitivos que ocasiona, pero dado el pésimo estado general del enfermo y la decadencia de su miocardio, no podía admitirse una intervención más cruenta ni de mayor responsabilidad. Con todo, ella se ha manifestado desde luego, superior a la operación de Leriche, de resultados tan variables y dudosos y, además, suficiente para conjurar los serios peligros de la deficiencia irrigatoria de un miembro cuando su causa primordial reside en el espasmo arterial.

Una serie de observaciones clínicas autoriza esta intervención en las obliteraciones arteriales de los miembros por espasmo vascular. Weir Mitchell y Waller demuestran que la parálisis troncular de un nervio periférico por el frío, va seguida de hipertemia en la zona anestesiada. Braun y Wiedhopf observan un fenómeno similar después del bloqueo de un nervio por la procaína. Lewis advierte la utilización de este procedimiento como una prueba cualitativa de los casos de Raynaud que pueden ser beneficiados por la simpatectomía. White y simultáneamente Brill y Lawrence, demuestran que la anestesia espinal ocasiona un aumento de la temperatura superficial de los pies, confirmando así la provocación de fenómenos vasodilatadores en las extremidades inferiores, en el curso de la raquianestesia, que nosotros hemos podido comprobar con el Pachon cuando hemos sido invitados a vigilar el estado tensional de algunos operados. Surgen así, de esta serie de observaciones, una prueba elegante para determinar con el termómetro cutáneo, la intervención de un factor vasoconstrictor (anestesia del nervio tibial posterior) en los síndromes de obliteración arterial de los miembros.

bros inferiores y, además, un procedimiento terapéutico de gran sencillez y eficacia (inyección de alcohol del nervio tibial posterior), como creemos lo demuestra nuestra observación, para combatir los trastornos circulatorios de los miembros inferiores, cuando su causa reside en el espasmo arterial persistente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.) M. SCOTT and MORTON: Principles of treatment in the common arterial diseases of the extremities. "The Journal of the A. Med. Assoc.". 1932. Pág. 982.
- 2.) M. SCOTT and MORTON: Sympathetic Activity in Certain Diseases, Especially Those of the Peripheral Circulation. "Arch. Int. Med.". 1931. Pág. 1063.
- 3.) M. SCOTT and MORTON: The Differentiation of Peripheral Arterial Spasm and Occlusion in Ambulatory Patients. "The Journal of the Am. Med. Assoc.". 1931. Pág. 1212.
- 4.) J. WHITE: Diagnostic Blocking of Sympathetic Nerves to Extremities with Procaine. "The Journal of the Am. Med. Assoc.". 1930. Pág. 1382.
- 5.) LERICHE et FONTAINE: Resultats un peu éloignés des interventions sur le sympathique dans la sclérodémie. "Rev. de Chir.". 1927. Pág. 285.
- 6.) LEWIS: Experiments Relating to the Peripheral Mechanism Involved in Spasmodic Arrest of the Circulation in the Fingers. Heart 1929. Pág. 8.
- 7.) LERICHE: La chirurgie de la douleur et ses resultats. "Pressé Med.". 1927. Pág. 497 y 561.
- 8.) SCOTT: An improved Electrothermal instrument for Measuring the Surface Temperature. "The Journal of the Am. Med. Assoc.". 1930. Pág. 1987.
- 9.) MORTON and SCOTT: The measurement of sympathetic. Vasoconstrictor Activity in the Lower Extremities. "Journal Clin. Investigation". 1930. Pág. 235.
- 10.) BRILL and LAWRENCE: Changes in Temperature of the Lower Extremities Following the Induction of Spinal Anesthesia. "Soc. Exp. Biol. and Med.". 1930. Pág. 728.
- 11.) MITCHELL: Cases of Lesions of Peripheral Nerve — Trunks with Commentaries. "Amer. Jour. Med. Soc.". 1883. Pág. 17.

- 12.) BRAUN: Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Leitungsanaesthesie. "Arch. für Clin. Chir.". 1903. Pág. 179.
- 13.) WIEDHOPF: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Periarteriellen Sympathectomie und der Nervenvereisung uaf die Gefässe der Extremitaten. "Beiträge zur Klin. Chir.". 1923. Pág. 399.
- 14.) MORTON and SCOTT: Methods of Estimating the Degree of Sympathetic Vasoconstriction in Peripheral Vascular Diseases. "New England Med. Journal". 1931. Pág. 995.

Dolicocolon y colopexia

Por los doctores M. ALBO y R. CAPURRO

El objeto que nos lleva al hacer la presentación de tres casos de dolicocolon izquierdo con constipación muy importante — el primero, constipación de veinte días; el segundo, constipación de ocho días; el tercero, de cuatro días, y operados con éxito con la colapexia derecha, — es el de hacer conocer nuestro concepto sobre el tratamiento de la constipación quirúrgica.

Estos casos, por otra parte, integran un conjunto de 42 casos que hemos operado en el término de ocho meses y que sirven de base para un trabajo de mayor amplitud que haremos conocer más adelante.

He aquí nuestras ideas fundamentales sobre el asunto que, como se verá, discrepan en absoluto con el concepto clásico del obstáculo mecánico que hasta ahora ha dominado la patogenia y la terapéutica de la constipación quirúrgica.

No pretendemos resolver en conjunto el problema de la constipación quirúrgica. eso sería pueril. La solución que proponemos se refiere a un grupo de casos bien importante por cierto, en el conjunto de la constipación, pues se trata de un síndrome de observación muy frecuente.

¿Cuáles son esos constipados que constituyen el objeto de nuestro estudio? El tipo clínico no puede ser más abundante.

Constipados desde la infancia de tres, cuatro días y mucho más — hasta veinte días — en los cuales el síndrome de constipación puede ser puro, pero con frecuencia está asociado a otros síntomas, manifestaciones dolorosas de la fosa ilíaca (etiquetados apendicitis crónica), constipación alternadas con períodos de diarreas (ectasis fecal dere-