

El estudio de conjunto permite excluir una lesión neoplásica, incluyendo el estudio de los ganglios regionales.

De este estudio anatómo-patológico se puede sacar la siguiente conclusión. 1.º La sutura simple fué eficaz como tratamiento de la parte de úlcus correspondiente a la cara anterior, que sufrió la perforación y que se comportó como un úlcus aislado, pues no es posible suponer que el úlcus posterior no existía anteriormente. Apesar de las radiografías negativas primeras, ya que su constitución histológica muestra que es un proceso antiguo, no neoplásico, y que justifica su largo pasado patológico de 20 años.

2.º La sutura simple tiene una acción exclusivamente local, no interviene como elemento curador sino como elemento mecánico de cierre que en todo caso favorece la curación ulterior de ese punto.

3.º Nuestro caso revela lesiones de vascularitis y de infiltración inflamatoria de la parte de úlcus que quedó, que justifican el tipo de hemorragia observado, que bien pudo haber sido por erosión de grueso vaso si hubiera ocurrido que se hallara uno en el proceso.

4.º Un úlcus vecino y en nuestro caso la parte posterior del mismo úlcus primitivo puede escapar al proceso de perforación del primer úlcus y continuar su evolución.

5.º La exploración forzosamente superficial en la primera intervención, permite considerar libre un estómago que estaba atrás firmemente adherido al páncreas, lo cual hubiera sido un serio impedimento en la operación de urgencia.

Para terminar y colocándome del punto de vista práctico personal, de acuerdo con mi convicción de la excelencia de la resección amplia en frío, considero que la sutura simple del úlcus perforado sólo tiene el valor de medio de cierre momentáneo, eficaz en el momento, en modo alguno curador definitivo de un enfermo ulceroso, que deberá ser vigilado cuidadosamente en lo sucesivo.

Angina a colibacilos y sépticohemia a abscesos múltiples.

Por los doctores ADOLFO GARRA y LUIS D. BOTTARO

Relator: Doctor JUAN SOTO BLANCO

El intestino, las vías biliares y urinarias son los puntos de partida habituales de las septicemias colibacilares. Una angina como lesión primitiva se puede considerar una puerta de entrada excepcional. Esta circunstancia y algunos otros hechos singulares que referiremos nos han decidido a comunicar esta observación.

Observación clínica.—A. D., 23 años. Sin antecedentes de importancia. Trabajador y sano. Muy fumador.

A la vuelta de su trabajo tiene escalofríos, decaimiento y acusa molestia poco dolorosa en la garganta, lado izquierdo. Es visto por su médico, que diagnostica angina simple e indica el tratamiento corriente. Pasan dos días y continúa lo mismo. Su familia se alarma por la repercusión general de una lesión tan pequeña. Es visto entonces por otro colega, que confirma el diagnóstico e indica una inyección de vacuna antiptógena del Instituto de Higiene. La enfermedad no cede: aparece un trismus ligero y el estado general empeora rápidamente, pulso de 130, chuchos, sudoración copiosa. Repetidas inyecciones de septicemina no modifican en nada la gravedad del enfermo. En estas condiciones llega a nosotros.

Examen: Disneico, febril, ha tenido cuatro chuchos en el día. Tinte francamente icterico. Ligero trismus; boca y faringe rojas, la amígdala izquierda aumentada de volumen y proeminente, cubierta en partes de un exudado cremoso. Poco dolorosa. **No hay la menor reacción ganglionar.** El resto del examen revela: parotiditis izquierda, datando de dos días; hígado ligeramente aumentado de volumen y algo doloroso; síndrome de derrame pleural en la base derecha. La punción de este derrame permite extraer un líquido puriforme.

El laboratorio confirma el pus y constata pequeña cantidad de microbios incluídos en los polinucleares con las siguientes características: bacilos Gram negativos, ligeramente menos coloreados en el centro. Los cultivos en agar, agar ascitis, agar sangre, caldo y bilis permanecen estériles. Frente a estos hechos llegó a dudarse de la realidad de la observación directa.

Un cultivo del exudado de la amígdala enferma desarrolla en 24 horas un bacilo Gram negativo que presenta los caracteres del colibacilo: cultura espesa, blanquecina, de olor fecaloideo, etc. En algunos tubos desarrolla conjuntamente, aunque en menor cantidad, un estafilococo. Se prepara una vacuna con el coli sin gran convicción de que realmente sea éste el microbio en causa.

Mientras tanto el enfermo va recibiendo inyecciones de septicemina, después de mercurocromo sin que se obtenga mejoría.

Por lo demás otros medicamentos, digitalina, tónicos, etc., mantienen a nuestro enfermo en condiciones relativamente buenas de defensa.

A los 10 días de iniciada su enfermedad se constata una colección mediastinal que, puncionada, da considerable cantidad de pus, aproximadamente 200 gramos, con los caracteres típicos del pus a coli. El examen directo permite ahora constatar un microbio semejante al que se había visto en la primera punción pleural, en la proporción de ocho mil millones por c.c. Sin embargo, como la vez anterior, su cultivo permanece estéril. Por otra parte, el pus conservado a la estufa presenta a las 48 horas una disminución a la mitad del número de gérmenes.

Estos microbios, que no desarrollan, son iguales a los obtenidos por cultivo del exudado amigdalino (aspecto microscópico y caracteres tintoriales).

Estuvimos pues, en condiciones de identificar los microbios encontrados en los abscesos, que no desarrollaron en los cultivos con el obtenido en el cultivo de garganta, e hicimos diagnóstico de septicoplohemía a colibacilos.

El absceso mediastinal debió operarse: a 8 centímetros de profundidad, entre el pericardio y la pleura fué abordado por el Dr. Bottaro, sin que hubiera felizmente, a pesar de las dificultades técnicas, ningún incidente. (Al final de esta comunicación el Dr. Bottaro expone el problema quirúrgico que planteaba una supuración tan profunda y el procedimiento que siguió para el drenaje).

Más tarde se constata otro absceso en la región glútea, que es igualmente evacuado. Por último, tiene nuestro enfermo otro absceso escrotal (piel y subcutáneo),

muy pequeño, que debió ser drenado. El examen del pus de los tres abscesos reveló el mismo germen y en ninguna vez pudo ser cultivado. Se hicieron siembras en medios anaerobios, al mismo tiempo que se utilizaron los medios corrientes de cultivo.

La angina había venido mejorando paulatinamente con tónicos y pulverizaciones. Se practicaron algunas inyecciones de autovacuna al mismo tiempo que se hacía septicemina o mercurocromo. Pero debido a que el cuadro general era más que nada influido por las supuraciones constituídas ya desde los primeros días, la valoración de los medicamentos empleados era difícil. Evidente fué cada vez la rápida mejora que sucedía a la evacuación de un absceso.

Los hemocultivos repetidos en gran variedad de medios resultaron siempre negativos.

Al mes y 10 días de enfermedad, drenados los abscesos, se instala una rápida convalecencia únicamente alterada por pequeños empujes febriles, relacionados siempre con dificultades en el drenaje de su absceso mediastinal.

CONCLUSIONES

Creemos conveniente insistir sobre los siguientes hechos.

- 1.º Una angina iniciando un cuadro de septicopiohemia a colibacilos.
- 2.º La completa ausencia de reacción ganglionar a pesar de que la angina persistió más de veinte días.
- 3.º La falta de desarrollo en los medios más variados de cultivo de un pus extremadamente rico en microbios.
- 4.º La correspondencia entre esta constatación y la no infección de las heridas operatorias.
- 5.º La benignidad de los abscesos formados a distancia, que se mantuvieron circunscritos y cedieron fácilmente al drenaje.

Nos corresponde también hacer algunas reservas:

La identificación entre los microbios observados en los abscesos, que no desarrollaron en los cultivos, y el colibacilo cultivado del exudado amigdalino, fué hecha por la semejanza microscópica y porque el aspecto y el olor del pus de los abscesos correspondían a la supuración del colibacilo.

Los hemocultivos fueron negativos; sin embargo, el cuadro clínico, la formación de abscesos a distancia, la ausencia de reacción linfática, nos autorizan a sostener que la siembra microbiana ha seguido la vía sanguínea.

Las pruebas de aglutinación frente a varicos colibacilos aislados de otros enfermos fueron negativas. Estas reacciones en este caso no tienen mayor valor, por cuanto es bien conocido el hecho de que los colibacilos patógenos son exclusivamente aglutinados por el suero de los

enfermos infectados por ellos; es decir, que cuando existe (porque puede faltar), es únicamente positiva para el colibacilo en causa.

En nuestro enfermo por haberse utilizado los cultivos en preparar la autovacuna no dispusimos más tarde de dicha cepa para practicar las reacciones de aglutinación.

INFORME DEL Dr. LUIS D. BOTTARO

A pedido del Dr. Garra veo al enfermo con el fin de drenar la colección mediastinal, puesta claramente de manifiesto por exploraciones radiológicas sucesivas realizadas por el Dr. Camilo Menéndez. En fecha 5 de Abril informa lo siguiente: "La radiografía de tórax nos muestra, de frente, el ángulo mediastino-diafragmático derecho ocupado por una sombra intensa, homogénea, a límite externo convexo, con lados transmitidos. Además, se observan adherencias que van de esta sombra, horizontalmente, hacia la parte externa de la parrilla costal. No hay desplazamiento de la sombra cardíaca. La placa lateral muestra que el proceso está por delante de la cisura inferior".

El examen clínico local sólo permite apreciar dolor en los puntos frénicos superior e inferior y particularmente exquisito al nivel del cuarto espacio intercostal derecho, a dos centímetros del borde esternal. No hay edema. Realizamos a ese nivel una punción que, al llegar a 6 u 8 centímetros de profundidad, da salida a 200 gramos de pus con los caracteres descritos antes. A raíz de esa evacuación el enfermo mejora algo y una nueva placa muestra "una claridad a contornos irregulares en el centro del sitio en que se proyectaba la sombra en las placas anteriores. Su límite súpero-externo, que era liso y convexo, se ha vuelto irregular y ha perdido su convexidad. Las adherencias pleurales horizontales perduran en la misma forma. La placa lateral muestra más nítidamente la cisura inferior. La movilidad de la mitad externa del diafragma derecho se ha conservado siempre".

El enfermo vuelve a decaer; se acentúa la intoxicación que había mejorado a raíz de la punción. En esas condiciones pensamos que no quedaba otro camino que la intervención quirúrgica para asegurar un amplio drenaje.

Radioscopiado la víspera de la intervención constatamos que la sombra ya descrita en los informes antes mencionados, aparece con su zona clara más reducida, en cambio la opacidad más aumentada. El hemidiafragma derecho conserva su movilidad y el seno costo-diafragmático se aclara bien. El mediastino posterior aparece libre.

Intervención.—Con novocaína al 12 por ciento anestesia local y regional. Incisión paraesternal derecha de 7 u 8 centímetros, a un través de dedo del borde esternal. Resección de los cartílagos 4.º, 5.º y 6.º y tres centímetros de las costillas 4.ª y 5.ª. Aparecen los vasos mamarios internos, que seccionamos entre dos ligaduras. Siguiendo lo aconsejado por Lejars, desinsertamos los haces del triangular del esternón con la sonda acanalada, yendo del apéndice xifoides hacia arriba. Realizado este primer tiempo separamos suavemente el músculo hacia afuera, que arrastra consigo el fondo de saco pleural, que está libre. Continuamos decolando y ponemos el pericardio a la vista. Seguimos haciendo disección roma del tejido celular mediastinal que aparece algo lardáceo, manteniéndonos a igual distancia de la pleura diafragmática y del pericardio, hasta sentir una resistencia algo mayor. Estamos a una profundidad de 7 u 8 centímetros del esternón. Puncionamos con aguja intramuscular y extraemos pus con los mismos caracteres que el obtenido en la primera pun-

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

ción exploradora. Haciéndonos buena luz con separadores adecuados reemplazamos la aguja por un trócart, que permite la fácil salida de 300 gramos de pus sumamente fétido. Con la pinza de Landau agrandamos la brecha y colocamos un tubo de goma de 12 mm. de diámetro. Dejamos una mecha alrededor del tubo y sólo cerramos la herida con dos crines. La intervención fué muy bien tolerada. El estado general mejora rápidamente. El drenaje es abundante.

Pocos días después es necesario drenar un absceso de la región glútea derecha y una semana después fué necesario incidir un pequeño absceso escrotal izquierdo. Después de estar en apirexia muchos días y cuando el drenaje era ya muy escaso, vuelve a hacer temperatura en relación con algún pequeño receso en retención dentro de la cavidad, la que se fué retrayendo progresivamente hasta no admitir al final más que algunas crines.

A los dos meses la herida está cerrada y el enfermo presenta un estado general excelente.

Dr. Soto Blanco. — Propongo:

- 1.º Que se felicite a los autores de la comunicación por el valor que implica la primera comunicación en nuestro medio de una septicopichemia a colibacilos a puerta de entrada en una angina.
- 2.º Que se publique en los boletines de la Sociedad la comunicación.
- 3.º Que se tenga en cuenta este trabajo dado que hoy una solicitud de ingreso a esta Sociedad de uno de sus autores.

Sesión del 7 de Noviembre de 1934

Preside el Prof. A. Fosatti

Asuntos entrados:

Nombramiento de socios: Dres. Raúl del Campo y Luis D. Bottaro (hijo)

Nombramiento de socios corresponsales extranjeros: Prof. Oscar Ivanissevich y A. Caviglia.

ORDEN DEL DIA

Sutura término-terminal del uréter

Por el Prof. J. HUMBERTO MAY

Remito las referencias del caso que presen o al aspecto que interesa como aporte favorable a la tesis sostenida en sus magníficas comunicaciones por los colegas Fosatti y Majano. Frente a una complicación ureteral quirúrgica, no dejarse poseer por el criterio pesimista un poco tradicional de la gran cátedra, cuyos términos transcribieron y alentar, en cambio, esperanzas en la acción reparadora.

Enferma intervenida hace 4 años a los 45 de edad por un quiste del ovario de-