

Clínicamente veíamos en nuestro caso realizadas estas observaciones.

De las observaciones de Longuet se deduce la dificultad de establecer y de mantener el drenaje eficiente en este tipo de supuraciones para lo que preconiza la vía temporal, la vía retro-ángulo maxilar, endobucal supravestibular.

Para la incisión de la fosa temporal Longuet practica una incisión en escuadra a borde posterior vertical y cuya parte horizontal está a un centímetro por encima del zigoma, llegando en profundidad a seccionar horizontalmente el músculo temporal a ras de aquel repère óseo. Introduciendo por allí una pinza curva la conduce por dentro y por fuera del coroné hasta hacerla proeminar en la zona vestibular, donde establece la contra-abertura endobucal. La incisión retro-ángulo-maxilar la reserva para los casos de excepción.

Como podrán apreciar por el examen de nuestro enfermo, hemos obtenido el éxito con incisiones más reducidas y de no haber mediado las circunstancias sobre las que insistimos al hablar de las dificultades del drenaje, la incisión vestibular hubiese sido suficiente siempre que su alcance y su permeabilidad sean bien aprovechadas con drenos adecuados y curaciones asiduamente repetidas.

Luxación recidivante del hombro.

Por el Prof. A. FOSSATI

Historia clínica. — Vicente P., 21 años, soltero, uruguayo, sastre.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales, a los 7 años sarampión. A los 10 tífus. A los 11 tiene una caída sobre la rodilla izquierda, supuración, y todo hace creer que el proceso era extraarticular; cura completa.

Hace cinco años jugando al football su tobillo derecho quedó comprimido entre el suelo y pie de un contrario, contusión que curó en ocho días. Hace un año más o menos, al hacer un mal movimiento cayó sobre el brazo izquierdo extendido, consecuencia: luxación del hombro; llevado al Hospital de la localidad de San José, donde le fué reducida y permaneció allí cuatro días; regresó a su casa, se hizo masajes. Al cabo de ocho días de enfermedad volvió a emprender las tareas habituales; de su afección sólo conservó una pequeña molestia al hacer movimientos, como si los dos huesos se rozaran.

El 21 de Noviembre de 1930 volvió a luxarse el otro al descender de una escalera. Un mal paso lo obligó a agarrarse de la pared, todo su cuerpo se apoyó sobre el miembro y se produjo la luxación. En la Asistencia Pública le fué nuevamente reducido, al día siguiente ya hacía uso de su brazo.

Un mes después aproximadamente, volvió a luxarse: durmiendo la siesta con las manos en la nuca, se desperezó y se produjo fácilmente la luxación; vino a este Servicio con urgencia y le fué reducida, al día siguiente volvió a hacer uso de su brazo.

Finalmente, a los 20 días volvió a luxarse el brazo por cuarta vez al hacer un

movimiento de abducción; le fué reducido en el Hospital Vilardebó. Luego otro, que es el actual. — por el que le vimos, — se redujo fácilmente, podía trabajar pero con dolor y alguna dificultad.

Enfermedad actual: Frente a estas repetidas luxaciones que le imposibilitaban a hacer cualquier movimiento de cierta amplitud, resolvió entrar a nuestro Servicio del Hospital Español. Ingresó el 6 de Abril de 1931.

Examen: articulación escápulo-humeral izquierda nada de anormal, ni dolor ni atrofia muscular; todos los movimientos articulares conservados. Una radiografía de las dos articulaciones escápulo-humerales muestra que son idénticas, no constatándose en esta cabeza humeral izquierda la deformación en hacha chica señalada a menudo en esta clase de lesiones. Exámenes del corazón, pulmones, riñones, aparato digestivo, normales. Wassermann: H8; urea en la sangre: 0.25; tensión arterial 13, 5-7. Preparación habitual.

Operación (20 de Abril de 1931). — Fossati, ayuda Pravia y Piaggio. — Anestesia general con éter; incisión de Bazy prolongada hacia el pectoral, sigo la técnica de Oudard, segunda manera, al pie de la letra; debo hacer notar que la incisión del subescapular se hizo muy adentro, por lo que no pude hacer sutura en solapa; en cambio, efectué un acortamiento de tres centímetros plegando el músculo y cápsula; luego hice el desdoblamiento de la coracoides en un plano antero-posterior y en sentido transversal corriendo hacia adelante, luego el pedazo inferior unos tres centímetros, fijándolo en su nueva posición con un hilo de plata; el espesor de la apófisis se prestaba bien a esta maniobra dejando dos segmentos fuertes y bien nutridos. Alrededor fijé injertos ósteo-periósticos a la Delagenière. Cierre total.

Post operatorio accidentado. Fiebre alta, dolor; hace una hematoma que hubo que drenar. Elimina el hilo de plata y los injertos; al fin cura completamente, ordenándole masajes y movilización progresiva. Alta el 3 de Mayo de 1931. Desde entonces y rápidamente adquiere todos los movimientos de su articulación: como puede verse los músculos, sobre todo el deltoides, conservan toda su tonicidad y fuerza, contra la opinión de que la incisión sub-acromial del deltoides conspira contra la seguridad de su función. Usa del brazo perfectamente, debiendo hacer notar que tiene que hacer fuerza con él, pues es el que emplea para el planchado por su profesión de sastre, sabiendo todos que la plancha que se usa es muy pesada (6 kilos) y hay que apoyarla con fuerza. Y desde entonces, más de 3 años, nunca se ha luxado.

(En discusión) *Hemorragia gástrica y perforación.*

Por el Prof. J. C. DEL CAMPO

Habiendo el Dr. Caprio insistido en su comunicación sobre el problema que presentó su enfermo, asociación de hemorragia y perforación hemos creído nuestro deber traer a consideración de la Sociedad nuestra experiencia al respecto.

La gravedad indudable de esta asociación, la poca frecuencia de estos casos y el anhelo de encontrar para ellos una solución aceptable obliga a presentar los casos similares.

Referiré primero los casos:

Caso 1.º — R. L., 48 años, ingresa al Hospital Maciel el 28 de Setiembre de 1932.