

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.

Antiguo dispéptico de varios años atrás. Cuadro de perforación datando de 7 horas. La intervención (Dr. Chiffet-Curbelo), muestra una perforación de dos centímetros de diámetro situada en medio de una gruesa zona infiltrada de la pequeña curva del estómago. Hundimiento y epiploplastia. Drenaje suprapúbico del Douglas y drenaje del lecho subhepático con tubo y mecha.

Post operatorio: Las heridas evolucionaban bien. Al segundo día el enfermo tiene una deposición espontánea, muy fétida, de color negro intenso. La movilización de su vientre por un lavaje intestinal el 4.º día, provoca una deposición abundante, negra como la anterior. El estado general del enfermo lo mismo que el local es bueno. Se nota, sin embargo, cierta palidez que, agregada a sus melenas y a la aparición de dolores en la región epigástrica después de las comidas bajo forma de ardores, hacen el diagnóstico de actividad de su úlcera. La indicación de alcalinos calma totalmente los ardores del enfermo, pero las melenas, abundantes, persisten a pesar de los coagulantes administrados. El día 9 empieza a hacer una pequeña curva febril y fallece el 14 de Octubre de 1932.

Caso 2.º — M. C., 44 años. Hospital Pasteur. Enero de 1934.

Ingresa al Hospital Pasteur por un cuadro gástrico datando de mes y medio, que hace sospechar un úlcus de la pequeña curva, lo que se comprueba radioscópicamente. No hay antecedentes de melena ni hematemesis, pero la reacción de Weber es positiva, y un examen de sangre da 4.260.000 glóbulos rojos.

La intervención hecha el 27 de Diciembre de 1933 (hace 20 días), permitió comprobar una placa indurada de 8 centímetros de diámetro, situada en la parte alta de la pequeña curva, a unos tres centímetros del cardias y adherente en su parte posterior al páncreas. Se sospecha su naturaleza neoplásica, se saca un ganglio de la gran curva para examinar y se hace una gastro-enterostomía posterior.

Post operatorio sin incidentes. Pero el enfermo, sin presentar ni hematemesis ni melenas, se va poniendo cada vez más anémico de tal manera, que el día 13 de Enero un examen de sangre da 1.700.000, con un valor globular de 0.75.

Empieza a sentir dolores gástricos y a los tres días hace un cuadro claro de perforación, que vemos a la media hora de producido.

En la operación (I-17-934) vemos que la placa indurada es el doble de la constatada anteriormente, llegando casi hasta el cardias. La perforación tiene un centímetro de diámetro. No disponiendo de paño se cierra la perforación por puntos en U de catgut, atravesando la zona indurada y por arriba de esto un plano uniendo un pliegue gástrico a una franja grasosa del epiplón menor.

Post operatorio: Al día siguiente (Enero 18), no tiene dolores, su pulso es de 100, su vientre está libre y ha eliminado gases.

El 19 el vientre está libre, depresible; tiene una deposición espontánea. Su pulso es de 120, es decir, que se va acelerando.

El 20 no ha tenido vómitos; sigue con el vientre libre y depresible; ha tenido otra deposición espontánea. Está tranquilo, sin el más mínimo delirio y puede decirse que se va quedando suavemente, sin dolores. Fallece a la hora 16, tres días después de haber sido operado.

Autopsia: En la cavidad peritoneal sólo se encuentran unos gramos de pus espeso, concreto, diseminado en pequeños regueritos aislados en la zona operatoria y en las goteras parieto-cólicas. El estómago no está distendido. La sutura se ha mantenido bien. Se abre el estómago después de haber estado varias horas en formol. Se constata la existencia de una ulceración de 8 centímetros por 3, de fondo unido, bordes levantados no brotantes, adherente al páncreas. La perforación corresponde al extremo inferior de la ulceración y fué difícil encontrar su ubicación; la zona

indurada llega hasta un centímetro del cardias. El examen histológico comprueba que se trata de una úlcera crónica simple sin transformación neoplásica.

Caso 3.º — D. I., 51 años, ha sido tratado por úlcera duodenal desde hace cinco años, habiendo tenido en algunas de sus crisis hemorragias intestinales. Rehusa la intervención aconsejada. En Agosto 3 de 1934 comienza una nueva crisis con dolores, vómitos acuosos, etc. Sometido a reposo absoluto, en cama, dieta láctea y alcalinos, hace en pleno tratamiento una hemorragia de mediana intensidad (hematemesis y melena) y que por sí no alarma mayormente. Sometido a dieta absoluta y después a dieta hídrica y a dieta láctea se repone rápidamente, cuando nueve días después de la primera hace una segunda hemorragia (hematemesis y melena) con recrudescimiento de los dolores; y 36 horas más tarde, después de haber pasado el día completamente aliviado es despertado a la 1 1/2 de la madrugada con el dolor brutal de la perforación, cuyo cuadro típico presenta.

Intervención (antes de las dos horas). — Dr. del Campo. — Eter. Laparotomía supraumbilical oblicua paramediana derecha. Líquido acuoso con borra de sangre en la cavidad peritoneal. Perforación infundibuliforme, a base peritoneal, de 8 milímetros de diámetro, situada en el medio de una zona indurada (úlcera callosa), espesa, rodeada a su vez de una zona extensa de edema, tanto del lado gástrico como duodenal. La perforación está en la cara anterior de la región pilórica, pero el edema impide localizar el píloro y, por lo tanto, situar con precisión la úlcera que creemos sea duodenal (exámenes anteriores). Encapuchonamiento y epiploplastia. Drenaje suprapúbico del Douglas. Anotamos que se trata de un estómago y duodeno ideal para extirpación, con mesos largos, sin adherencias.

A pesar de no durar la intervención más que veinte minutos, el enfermo sale completamente shockado, con pulso casi imperceptible, lo que me obliga a permanecer al lado de él dos horas.

Un recuento globular hecho en ese día, da 3.300.000 glóbulos rojos y 70 % de hemoglobina.

El restablecimiento es lento pero progresivo y al 4.º día, cuando consideráramos salvado al enfermo, una hemorragia formidable da cuenta de él en diez horas.

Haré algunas consideraciones basadas en estos casos y en 24 observaciones extranjeras que he podido reunir en estos días.

Los tres casos señalados han sido encontrados en una serie de 35 úlceras perforadas, pertenecientes al turno de guardia a mi cargo.

La proporción encontrada sobrepasa los términos medios, habiendo series como la de Hartmann, de 200 perforaciones sin ninguna hemorragia, la de Judine 1 caso en 116.

La rareza de esta asociación ha llamado la atención; Behrend que se ha ocupado del tema aun cuando sin tener casos, pone como sustituto de su comunicación: la úlcera perforada raramente sangra, la úlcera que sangra raramente se perfora.

Entre otras de menor importancia el autor atribuye a dos causas esta rareza: la localización y la edad de la úlcera.

La localización es diferente en la úlcera que sangra y en la úlcera que se perfora. La úlcera que sangra se la encuentra en cualquier parte del estómago y duodeno; la úlcera perforada en un área yuxta-

pilórica, área más o menos anémica. Estudios que ha hecho sobre la irrigación de esta zona, lo llevan a conclusiones ya enunciadas por Einhorn: "Las arterias de la submucosa en la región pilórica de la pequeña curva del estómago son, prácticamente, vasos terminales, dando una limitada provisión sanguínea a esta área. Ellas son tortuosas, se anastomosan raramente y son sujetas a poderosas y repetidas contracciones por numerosos haces musculares, entrelazados, intrincados y frecuentemente contráctiles".

Estas contracciones obstaculizarían la circulación tanto más cuanto que se trata de vasos terminales.

La edad de la úlcera sería el segundo elemento importante. Para Behrend la úlcera que sangra es una úlcera joven, la úlcera que se perfora es una úlcera vieja.

El asiento de la hemorragia no está definido con la comprobación visual de la úlcera perforada. Como puede verse en la interesante pieza de Berg, la hemorragia y la perforación pueden provenir de úlceras diferentes, simultáneamente en actividad, asunto de gran importancia práctica. A priori mismo no podría excluirse ninguna causa de hemorragia (gastritis, hemorragia de línea de sutura en los gastroenterostomizados recientes).

La importancia de la asociación perforación - hemorragia radica principalmente en la importancia del factor hemorragia, que es el término variable. De la importancia de ésta depende la gravedad del caso.

En segundo término tiene importancia el tiempo que separa ambas complicaciones.

Nos parece que sería conveniente dejar un poco a un lado los casos en que una complicación influye poco sobre la otra, ya sea aquellos en los que la hemorragia es única y de poca intensidad, o aquellos en que el sujeto se ha repuesto de la perforación.

De acuerdo con la clasificación de Tixier, dividiré los casos en dos: perforación seguida de hemorragia y hemorragia seguida de perforación.

1º) La perforación precede a la hemorragia.

Es a este grupo que pertenece el caso 1º y el presentado por el Dr. Caprio.

En los casos comunes este grupo se diferencia muy poco del de las hemorragias ulcerosas en sí, aisladas. La aparición relativamente tardía de las hemorragias (7º a 21º día, según Tixier y Bertrand), hace que el problema de la perforación haya ya pasado; el enfermo se ha repuesto de la operación, sólo preocupa la hemorragia. Si dejáramos a un lado el traumatismo psíquico que representa para un operado una

complicación y una reoperación, diríamos que se está en condiciones ideales para resolver el problema de la hemorragia; se sabe al firme que se trata de una úlcera y se conoce como se encuentra ese estómago para la ejecución de una intervención radical.

Es indudable que cuando pasa uno de estos hechos y termina con la vida del enfermo uno piensa que una gastroduodenectomía en el momento de la perforación pudo dar cuenta del episodio agudo y evitar la complicación, lo que no pueden hacer la sutura simple o la sutura y gastroenterostomía.

De todas maneras hay que tener en cuenta esta complicación en el tratamiento médico de los perforados, a quienes acostumbramos a realimentar demasiado rápidamente.

Hay casos más raros en que la hemorragia aparece rápidamente después de la perforación y en momentos en que el enfermo no se ha repuesto aún de la intervención (caso de Ferrand 3 horas, de Berg 1.º día y siguientes, caso de Caprio, caso personal).

He encontrado 6 casos en 12 observaciones; son los casos verdaderamente bravos para decidir e ignoro si ha habido reintervenciones en estas circunstancias.

Se han encontrado estas hemorragias después de perforación, lo mismo en los casos en que se ha hecho sutura simple que en los que se ha hecho sutura y gastroenterostomía.

En cuanto a la intensidad y tipo de hemorragia diré que en 12 casos que he reunido, en 4 fué fulminante o muy grave, no dando tiempo a reintervención; en 4 fué de poca intensidad y mejoró rápidamente, y 4 enfermos fallecieron en plazos de 3, 4, 4 y 15 días, respectivamente.

2º) La hemorragia precede o acompaña a la perforación.

Es el grado de la anemia y la vecindad de la hemorragia al episodio perforativo lo que define la situación.

Si la anemia es moderada poco se diferencia de una perforación común. Si la anemia es acentuada la situación puede ser desesperante.

Es rara la opinión de Tixier que, comentando los casos de Santy, considera como providencial la perforación en el curso de la hemorragia, porque obliga a la operación y tratando la perforación se asegura la supresión de la hemorragia.

Es a ese grupo que pertenecen los casos 2º y 3º de nuestra práctica.

La necesidad de la intervención no escapa a nadie, ¿pero cuál?

Es necesario tender a la resección, dice Tixier y cita dos casos y los dos son discutibles.

El primero de Pototschnig, lo es porque como el mismo autor lo

reconoce, el enfermo no presentaba un grado de anemia alarmante. Sólo había tenido en los últimos 6 días diarreas negruzcas y dos vómitos con grumos de sangre.

Es discutible también el caso de Finsterer. Se trata de una operación decidida a la 10.^a hora de una hemorragia grande; gran hematemesis. En la operación encuentran sangre en el piso supramesocólico del abdomen y una perforación de una úlcera duodenal anterior. No parece que la perforación haya contado para nada. El autor considera que la perforación se ha hecho irmediatamente antes de la intervención.

En cambio, frente a estas dos citas discutibles hay cantidad de hechos para demostrar que el momento no es oportuno para intervenciones radicales por más lógicas que sean.

El enfermo 3^o sale de la mesa de operaciones casi sin pulso a pesar de que la intervención duró 20 minutos escasos.

El enfermo 2^o fallece tres días después de la intervención sin que en la autopsia se encuentren causas locales netas para su muerte, cosa por otra parte sospechada por el examen clínico.

Pauchet ve terminar su enfermo junto con la intervención e insiste sobre la poca resistencia de estos enfermos a un acto operatorio sencílllo.

El mismo Finsterer tan radical en sus determinaciones, retrocede ante un caso de hemorragia seguida a las 24 horas de perforación y operada 9 horas después de ésta, porque el estado general no lo permite (pulso 130, meteorismo colosal por peritonitis), y hace sólo cierre y gastroenterostomía, a pesar de lo cual el enfermo fallece a las veinticuatro horas.

Todos estos hechos demuestran que lo habitual en estos casos es que el estado general no permita intervenciones mayores — que son las lógicas — y que corresponde al operador subordinar el acto operatorio al grado de resistencia tan débil del enfermo (1), dispuesto eso sí, a ejecutar en el plazo más breve posible, el acto operatorio radical como lo hizo Santy.

Hay, pues un interés evidente en no dejar llegar a estas situaciones, de las más graves de la cirugía de urgencia, y es de esperar que la orientación actual del tratamiento de las hemorragias gastroduodenales las evite en parte.

Conviene agregar que para evitar este confusionismo no deben

(1) En esta misma sesión el Dr. Larghero ha presentado un caso de perforación al 4.^o día de una gran hematemesis, tratado por la sutura simple, marchando el enfermo bien.

entrar en línea de cuenta en la apreciación de estos casos, aquellos en que la perforación no fué diagnosticada sino tardíamente, ni aquellos en los cuales fué un encuentro operatorio, en los que los autores consideran que la perforación se hizo inmediatamente antes de la intervención y en los que quizás la perforación es operatoria propiamente dicha y determinada por las maniobras de extracción de la víscera en casos próximos a perforarse, con tejidos friables o por los bruscos movimientos anestésicos.

BIBLIOGRAFIA

- Behrend. M. — The Jour. Amer. Med. Assoc. V. 95; 1889-99 (1930).
Berg — The Surg. Clinics. of N. A. June 1931.
Bertrand R. — Lyon Chirurgical. V. 36, pág. 632-634.
Burke and Kummer. — The Amer. Journ. of Surgery. 1933, V. 22; página 274.
Creysse. — Soc. de Chir. de Lyon. 6 de Abril de 1933.
Finsterer. — Journal de Chirurgie. 1933. Vol. 42.
Pauchet. — París Chirurgicale. Vol. 20, pág. 74-79 (1928).
Pototschnig. — Archivio Ital. de Chirurgia. 1927. Vol. 19, pág. 496-504.
Perrin. — Lyon Chirurgicale. 1923, pág. 670.
Patel y Mallet - Guy. — Soc. Nat. de Médecine de Lyon. 17 Oct. 1923.
Papin. — Congrès Français de Chirurgie. 1933. Vol. 42.
Polony. — Soc. de Chir. de París. 2 Febrero 1929.
Santy. — Societé de Chir. de Lyon. 11 Febrero 1932.
Tixier et Clavel. — Les hemorrhagies gastroduodénaux.

Úlcus gástrico perforado y gastrorragia

Dr. Larghero. — La observación que voy a relatar interesa al tema en discusión por tratarse de un caso de gastrorragia y perforación a precisión de hemorragia. Ella ha sido tomada de mi corta serie de 22 úlceras perforadas gastroduodenales. Corresponde a un enfermo que se asistía en el Servicio del Prof. D. Prat por hematemesis y meenas desde cuatro días antes, cuando hizo una perforación por la cual fuí llamado a asistirlo. Operado por mí (sutura de la perforación bajo anestesia local) curó, no repitiéndose las hemorragias.

Once meses más tarde el profesor Prat reintervino por una estenosis duodenal, practicando una gastro-enterostomía. La curación se mantiene hasta este momento.