

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.  
 Creyssel. — 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 hemorragies 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 precesión 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.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Con autorización del profesor Prat aporfo la observación en sus tres etapas fundamentales, resumiéndolas, y sin comentarios dado que mi experiencia es muy limitada.

J. P., 60 años. Ingresó el 17 de Junio de 1933 a la Sala 27 del Hospital Pasteur por hematemesis y melenas abundantes, mareos y anemia profunda, que comenzaron ese día. Acusaba además, dolores intensos en hipocondrio derecho, que comenzaron conjuntamente con las hemorragias y de manera brusca. Tratamiento: hielo. Coagulantes. Dieta absoluta.

El día 19 sus dolores se han calmado y se suspende el hielo. Dieta hídrica.

Examen de sangre (Julio 19):

Glóbulos rojos	2.420.000
Glóbulos blancos	8.600
V. globular	1.40
Hemoglobina	73 %
P. neutrófilos	80 %
G. mononucleares	6 %
Linfocitos	14 %

Tiempo de coagulación: 10'.

Tiempo de sangría: 2' y 1/2.

El 20 y 21 de Junio pasa muy bien. A las 7 de la tarde del 21, es decir, cuatro días después del comienzo de su gastrorragia, perforación a sintomatología ruidosa y comienzo súbito. Radioscopia practicada media hora después de la iniciación del cuadro perforativo, no muestra neumoperitoneo. Pulso 100.

**Operación** a la 2.<sup>a</sup> hora — Dr. Larghero. Pt<sup>a</sup>. García Capurro. — Anestesia local. Laparatomía. Líquido purulento y sanguinolento, abundante, sin fetidez, libre en el peritoneo. Se encuentra una tumoración con aspecto lardáceo, del tamaño de una yangerina y situada en la primera porción del duodeno; su borde interno es grueso, sospechoso, llega hasta el piloro. Sobre su cara anterior, en plena zona lardácea, se encuentra una perforación alargada, de 1 centímetro, a bordes cortados a pico, duros y rígidos. Un gran coágulo cubre la perforación. Sutura del orificio con un surget perforante. Por encima nuevo plano sero-muscular reforzado con una franja epiploica. Se aspira el exudado subhepático y se drena el foco y el Douglas (incisión suprapúbica). Cierre en dos planos. Operación bien tolerada. Pulso 100 al final.

Evolución post operatoria sin incidentes. No volvió a sangrar.

Alta, curado, el 13 de Julio.

Reingresa al Servicio el 5 de Mayo de 1934 por dolores epigástricos, ardores y vómitos, síntomas que datan de unos 15 días.

Examen de sangre (Mayo 10):

Glóbulos rojos	4.700.000
Glóbulos blancos	7.600
P. neutrófilos	65 %
P. eosinófilos	2 %
G. mononucleares	3 %
Linfocitos	30 %

Radioscopia: La base del bulbo duodenal está deformada, estrechada; en muy pequeño trecho forma un canal irregular, más ancho que el piloro.

Estómago un poco atónico; no retiene.

**Operación** (Mayo 21 de 1934). — Prof. Prat. Dr. Nando Aramburú. — Laparotomía. Aherencias parietales epiploicas. Gruesa brida epiploica que se fija al piloro. Adherencias del borde inferior del epiplón al hígado, cubriendo estómago y duodeno. El duodeno presenta una induración cicatricial y está completamente fijo por adherencias a los planos posteriores y al hígado; un poco a la derecha del piloro existe un estrangulamiento que disminuye mucho la luz duodenal (aspecto de úlcera cicatrizada con estenosis duodenal). Gastro-enterostomía posterior transmesocólica a la sutura. Alta, curado el 5 de Junio. Hasta el momento actual la curación se mantiene su úlcus no ha dado señales de actividad.

### *Hematoma del escroto por esfuerzo.*

Por el Prof. M. ALBO

**Manuel A.**, español, 26 años, soltero, marinero. Antecedentes personales y pasado patológico sin mayor importancia. No habiendo en su pasado genital ninguna infección.

Ingresa al Hospital Pasteur el 7 de Setiembre de 1934 después de haber sido visto por el suscrito en su consultorio. Refiere que mientras estaba entregado a la tarea de descargar bultos en el barco donde trabaja, tuvo necesidad de hacer un esfuerzo de la mayor violencia para impedir que se viniera abajo la estiba. Siente en ese momento un dolor muy intenso al nivel de la bolsa izquierda, que le impide seguir trabajando, recurre al médico del Seguro y como siguiera sufriendo me consulta.

El examen del paciente revela un sujeto de constitución robusta, de talla mediana y con excelente estado general. No anoto nada importante en el examen cardio respiratorio ni del abdomen de su vientre. El examen del aparato genital revela una constitución normal. Al nivel de la bolsa izquierda aparece una pequeña equimosis apenas dibujada en la parte superior en las cercanías del rafé escrotal. No hay edema ni otro cambio de coloración que pueda revelar infiltración o inflamación. Pliegues conservados, dimensiones normales, etc. La palpación metódica revela: ausencia de dolor en la región juxta-inguinal del funículo-testis y epididimo de sensibilidad normal y de volumen normal; palpando el funículo por encima del testículo se siente un tumefacción pequeña del tamaño de la yema del dedo índice, alargada, situada en la parte posterior e interna, muy dolorosa a la presión. Tacto rectal negativo. Le indico la conveniencia de hospitalizarse y con el diagnóstico de trombosis por esfuerzo de las venas del cordón lo envío a mi Servicio, donde se le pone en cama, los testículos levantados sobre un cartón algodonado y bolsa de hielo. Contrariamente a mis previsiones el dolor no cambia, la equimosis va haciéndose de más en más aparente, observándose en los días siguientes la existencia de una nueva equimosis que, originándose en el polo superior de la bolsa izquierda se corre hacia el periné anterior, sin que haya al nivel de este último signos de infiltración. La marcha se realiza penosamente y entonces me decido a intervenir, cosa que acepta el enfermo.

**Operación** (13 de Setiembre). — Albo. Pte. Rey. — Raquianestesia con novocaína al 8 x 100, 1 c.c. entre segunda y tercera vértebra, con resultado perfecto. Incisión para la descubierta del cordón a partir del orificio superficial del canal