

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

inguinal prolongándola sobre el escroto en una longitud total de 6 cms., descubierta del pánículo previa hemostasis cuidadosa a fin de poder diseccionar completamente a blanco, aparece el cordón rodeada por el cremáster, una vez liberado se constata su absoluta integridad, encontrándose en cambio un paquete venoso trombosado con un coágulo en su parte media y que ocupa una situación extrafunicular. Corriendo sobre la cara externa del septum escrotal, se disecciona hacia arriba ligándose en la salida del canal inguinal un paquete venoso trombosado. Se libera del septum continuándose la disección hasta el ligamento escrotal, donde aparece una sufusión sanguínea: ligadura a ese nivel y extirpación. Cierre de los distintos planos. Evolución normal, cierre por primera intención. Alta, curado, el día 23. Sin dolores.

La localización anatómica de la lesión permite descartar las lesiones venosas funiculares para quedar con las venas del septum. Este grupo venoso que los señores cirujanos pueden ver en las magníficas planchas que me ha cedido el profesor H. May, se describen como formando parte de las escrotales, anastomosándose al nivel del ligamento escrotal con las posteriores del cordón y también con las perineales superficiales, por cuya vía irían a desembocar en la pudenda interna y vena ilíaca interna, pareciendo ser más corriente su desembocadura en las pudendas externas, safena y femoral.

Habiéndonos sido dado observar en algunos casos la existencia de una vena que las continúan por la pared posterior del canal inguinal echándose en la epigástrica u obturatriz y recibiendo de paso anastomosis de la vena dorsal de la verga.

He presentado este caso no solamente por su rareza, ya que excepto el caso de Guaini publicado en los "Annali di Medicina Navale", 1904, y cuya lectura me ha sido imposible realizar, no he podido encontrar otros en la literatura en que el hematoma espontáneo sea debido a un esfuerzo.

Carezco de precisiones respecto de su localización, ya que no sé si se trataba de venas funiculares o escrotales. Los casos citados por Mathieu Baseil, de Nancy, datan de 1890, parecen referirse a derrames sanguíneos extravaginales tomando el cordón más o menos ampliamente.

Veamos lo que dice a propósito del hematoma del escroto por esfuerzo:

"Designamos así los hematoceles parietales que se han manifestado a consecuencia de un esfuerzo violento, sea para toser, sea durante el trabajo o durante una lucha. Lo que tienen de notable, es la instantaneidad de los fenómenos reveladores del derrame sanguíneo. Pero apresurémonos a decir que éste se hace sobre todo entre la vaginal y la fibrosa y remonta a lo largo del cordón hasta el anillo inguinal. Son, en efecto, los vasos del cordón los que se rompen, la sangre se verterá primero en el saco fibroso y no es sino consecuti-

vamente que se colará en el tejido celular subcutáneo. En el caso de Soalin, la sangre provenía de una arteriola del epidídimo, o bien la sangre se acumula sobre todo en la vaginal como en el caso de Guerin Roze y de Gosselin.

“Los hematoceles por esfuerzo son raros, y el mecanismo de su producción queda aún un problema a resolver. Hay ruptura de vasos, pero, ¿bajo qué influencia? Una alteración en las paredes vasculares, sobre todo en el varicocele, debe favorecer singularmente la fragilidad de las arterias y de las venas, y se comprende que por aumento de presión viniendo del interior haga estallar los vasos por tonicidad”. Cita luego la teoría de Velpeau basada en la disposición músculo-aponeurótica del canal inguinal formada a expensas del gran recto, canal inguinal y arcada, que llegarían a formar un asa cóncava hacia arriba capaz de estrangular las venas del cordón, para terminar describiendo el golpe de látigo (coup de fouet) escrotal, verdadero craquement doloroso análogo al de la ruptura de várices de la pierna. Cita observaciones de Pott, de Svalin, de Bouisson, Barbé, Rehin, etc., que parecen en su mayoría ser por ruptura de varicocele.

Este asunto presenta una faz médico-legal interesante, sobre todo desde el punto de vista del accidente de trabajo, siendo difícil poder diferenciar la trombosis por esfuerzo de la contusión, máxime tratándose del escroto, que no presenta un plano de resistencia mayormente sólido en el que pueden a menudo faltar las constataciones externas de la contusión. El caso presente, en el que por circunstancias especiales puede eliminarse el traumatismo directo, merece ser tomado en cuenta para no adjudicar al engaño o la simulación lo que puede muy bien constituir una consecuencia de esfuerzos de gran violencia, como a menudo se dan en determinadas tareas sobre las que cuenta la de mariner.

EXAMEN ANATOMO - PATOLOGICO

Dr. Larghero. — La pieza enviada para estudio histológico comprende una masa aplastada, de tejido fuertemente infiltrado por sangre. De ella se desprende a manera de pedículo un cordón, ancho, acintado en la porción vecina a la masa principal y que se estrecha a medida que se aleja de ella; su longitud en la pieza fijada es de siete centímetros. La palpación permite apreciar la presencia de cordones vasculares y el corte de sección perpendicular muestra que está constituido por tejido conjuntivo con infiltración sanguínea masiva y vasos de calibre mínimo; uno de ellos, el más grueso, tiene 1 milímetro de diámetro y su luz aparece llena de sangre.

Para el estudio histológico se hicieron cortes transversales y se

incluyeron y estudiaron tres fragmentos cuya situación está señalada en el esquema adjunto.

El examen microscópico señala en los fragmentos 1 y 2 aspectos semejantes: tejido conjuntivo adiposo y laxo muy vascularizado con fuerte hemorragia intersticial disecante y difusa, colectada en partes en los espacios neoformados por su acción mecánica. Esta hemorragia tiene caracteres que permiten afirmar su origen en fecha anterior en varios días al momento de fijación de la pieza (fibrina en placas, red y cordones, hemolisis, conglomerados de pigmentos sanguíneos granulados), y de trecho en trecho, en las porciones vecinas a los vasos preformados, proceso de organización en vías de extensión (capilares de neoformación, células móviles del tejido conjuntivo, células estrelladas y anastomosadas por sus prolongamientos y fibroblastos).

Los vasos propios del tejido tienen su luz ocupada por sangre, fuertemente congestionados, pero no hay trombosis, contrastando el aspecto normal de los elementos sanguíneos y la ausencia de pigmentos y fibrina (elementos éstos que caracterizan el trombus joven), con los caracteres señalados líneas antes para la hemorragia intersticial difusa.

Tampoco hay lesión inflamatoria alguna de la pared de los vasos; solamente en algunas arteriolas la íntima se presenta ligeramente engrosada, pero sin tendencia obliterante. El corte de sección vascular de casi 1 milímetro de diámetro, observado a simple vista en los corpendiculares del pedículo, corresponde a una arteriola.

En el fragmento 3 el estroma es fibroso, la hemorragia menos acentuada y abundan los vasos arteriulares, venosos y capilares de calibre variado y de constitución sensiblemente normal; sólo en algunos de ellos discreta infiltración linfocitaria parietal y perivascular. También se observan filetes nerviosos.

En suma: hematoma intersticial, en partes difuso, en otras colectado. Proceso de organización conjuntivo-vascular. Vasos sanguíneos normales. Congestión.

Pieza N° 1955 H. I. de mi archivo.

Traumatismo de cráneo.

Hundimiento de la pared anterior del seno frontal.

Por el doctor J. PIQUINELA

Relator: Dr. A. CHIFFLET

Daré, en primer lugar, lectura a la comunicación del Dr. Piquinela, con el fin de dar base a algunas consideraciones que sugiere la lectura de las tres observaciones.