

Año 1916

Núm. 3075

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA CIRUGIA DE LOS ANEURISMAS PERIFERICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROMEO CAFFERA

Ex-ayudante por concurso de la cátedra de Física Médica, Servicio
del Hospital de Clínicas (1913-14)

Ex-practicante menor y mayor interno por concurso de clasificaciones
del Hospital Nacional de Clínicas, años 1914-15-16



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

LA CIRUGIA DE LOS ANEURISMAS PERIFERICOS



Año 1916

Núm. 3075

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA CIRUGIA DE LOS ANEURISMAS PERIFERICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

P. O. H.

ROMEO CAFFERA

Ex-ayudante por concurso de la cátedra de Física Médica, Servicio del Hospital de Clínicas (1913-14)

Ex-practicante menor y mayor interno por concurso de clasificaciones del Hospital Nacional de Clínicas. años 1914-15-16



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

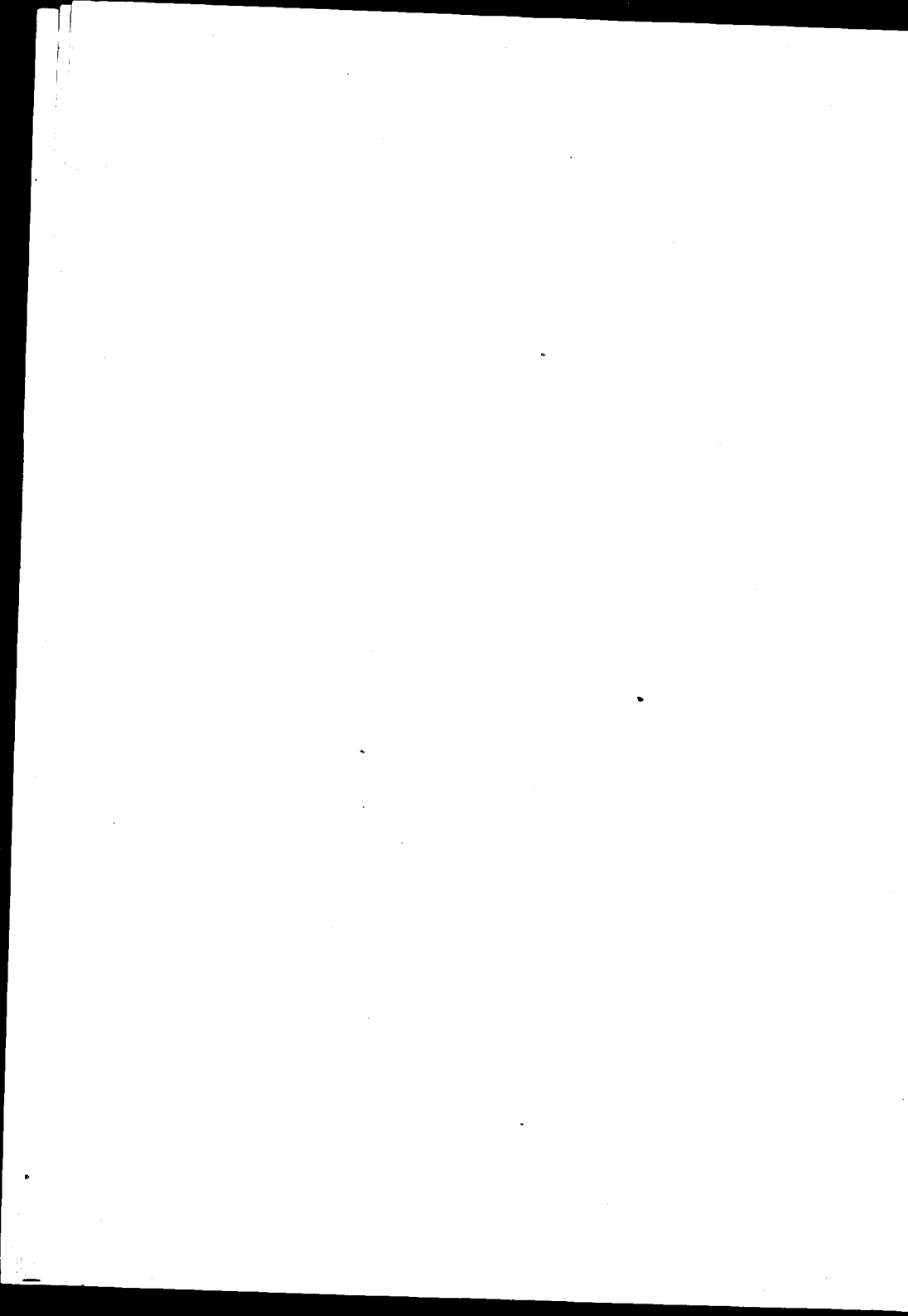
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. » » EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICK
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO 'C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

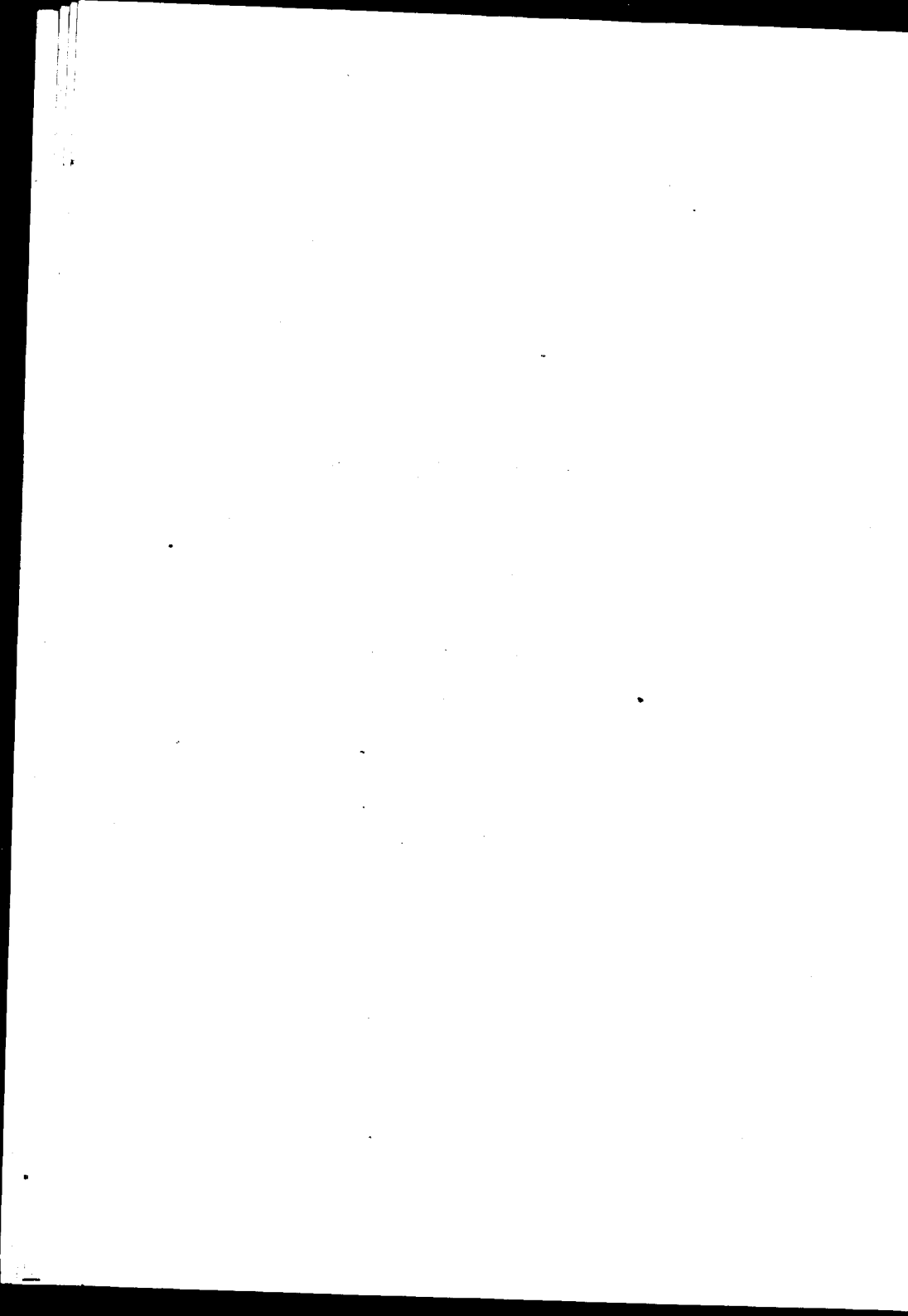


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARGE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

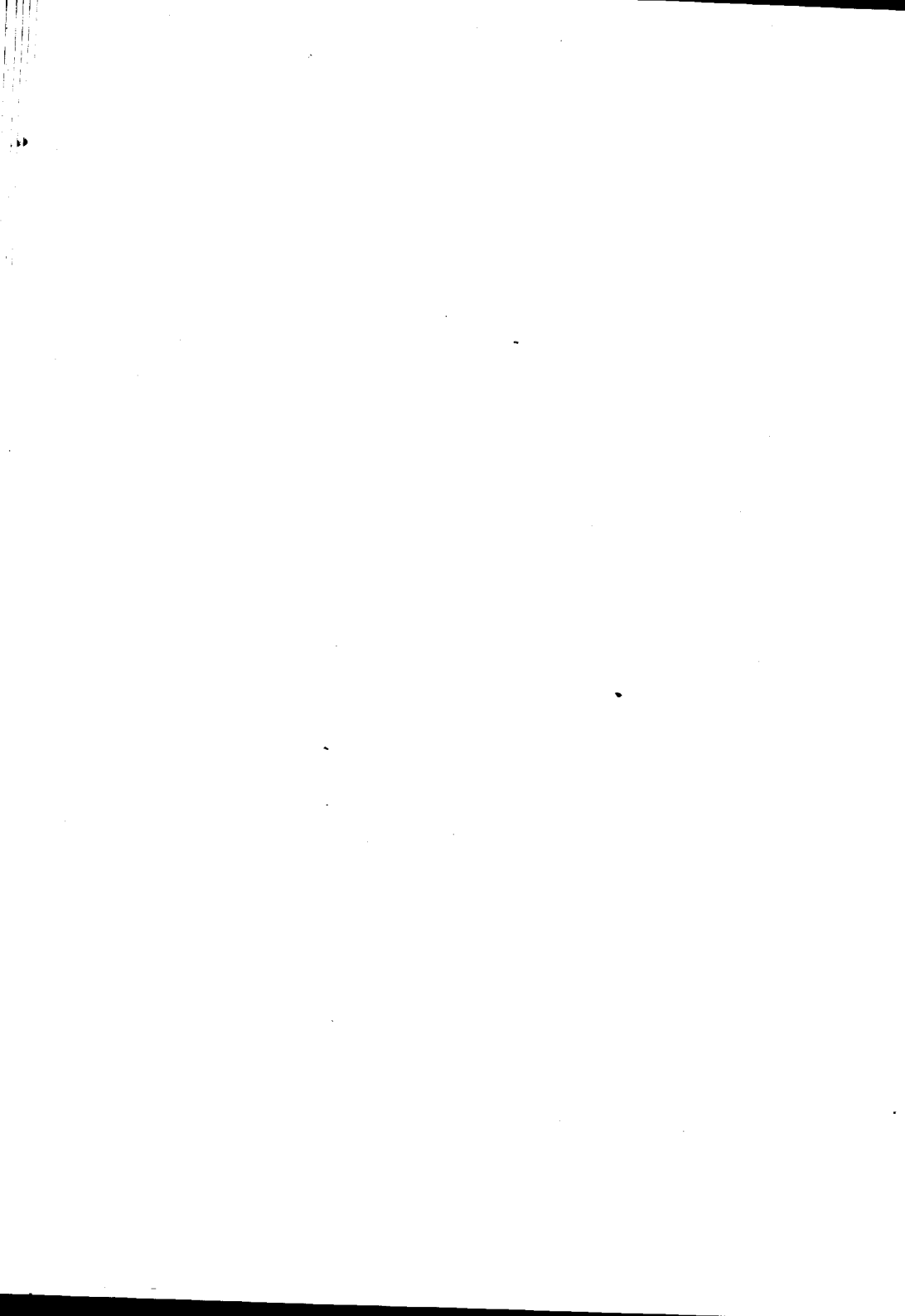
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- JUVENCIO Z. ARCE
 - » PEDRO N. ARATA
 - » FRANCISCO DE VEYGA
 - ELISEO CANTON
 - » JUAN A. BOERI
 - » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

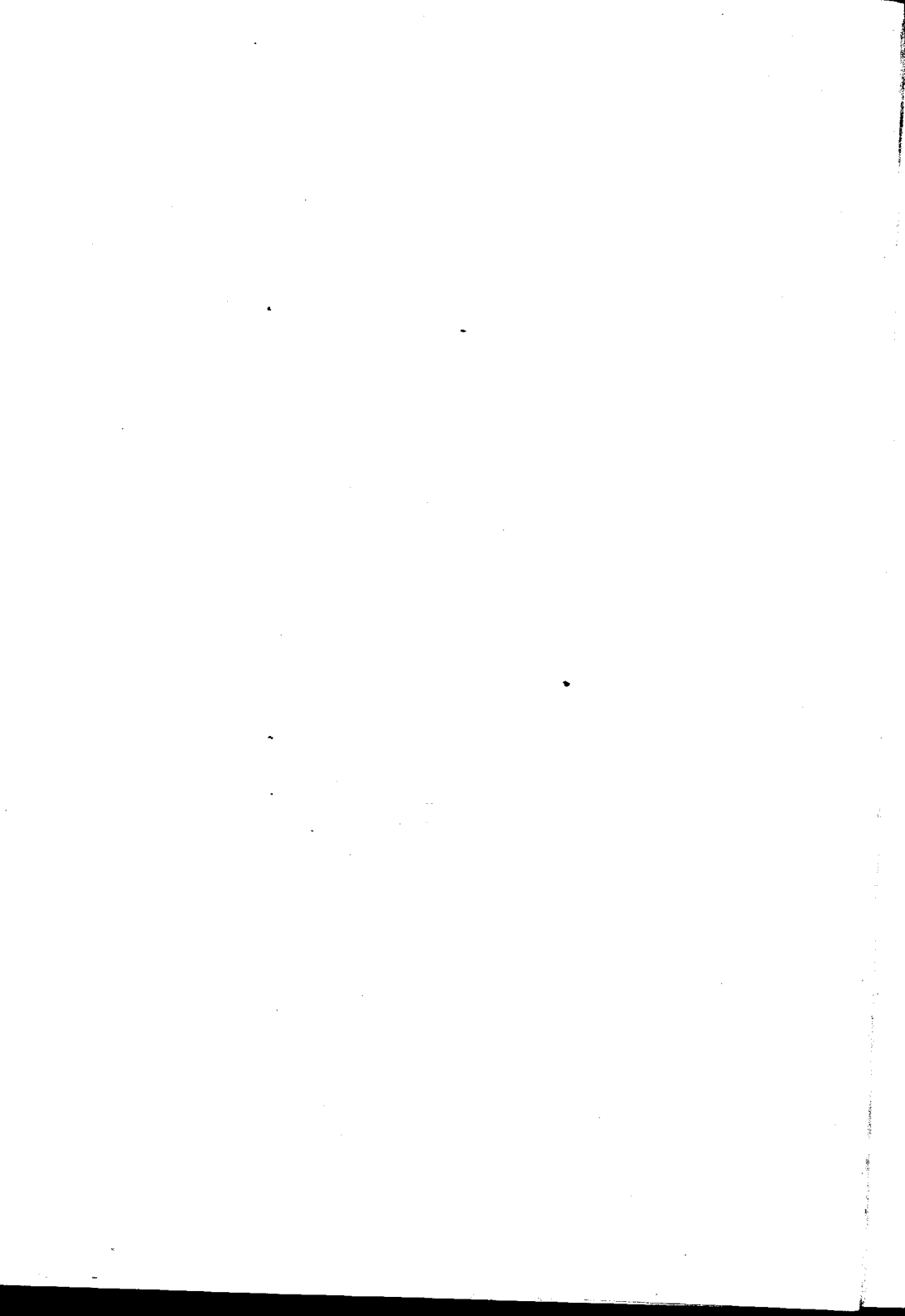
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	{ ANTONIO C. GANDOLFO
	{ MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

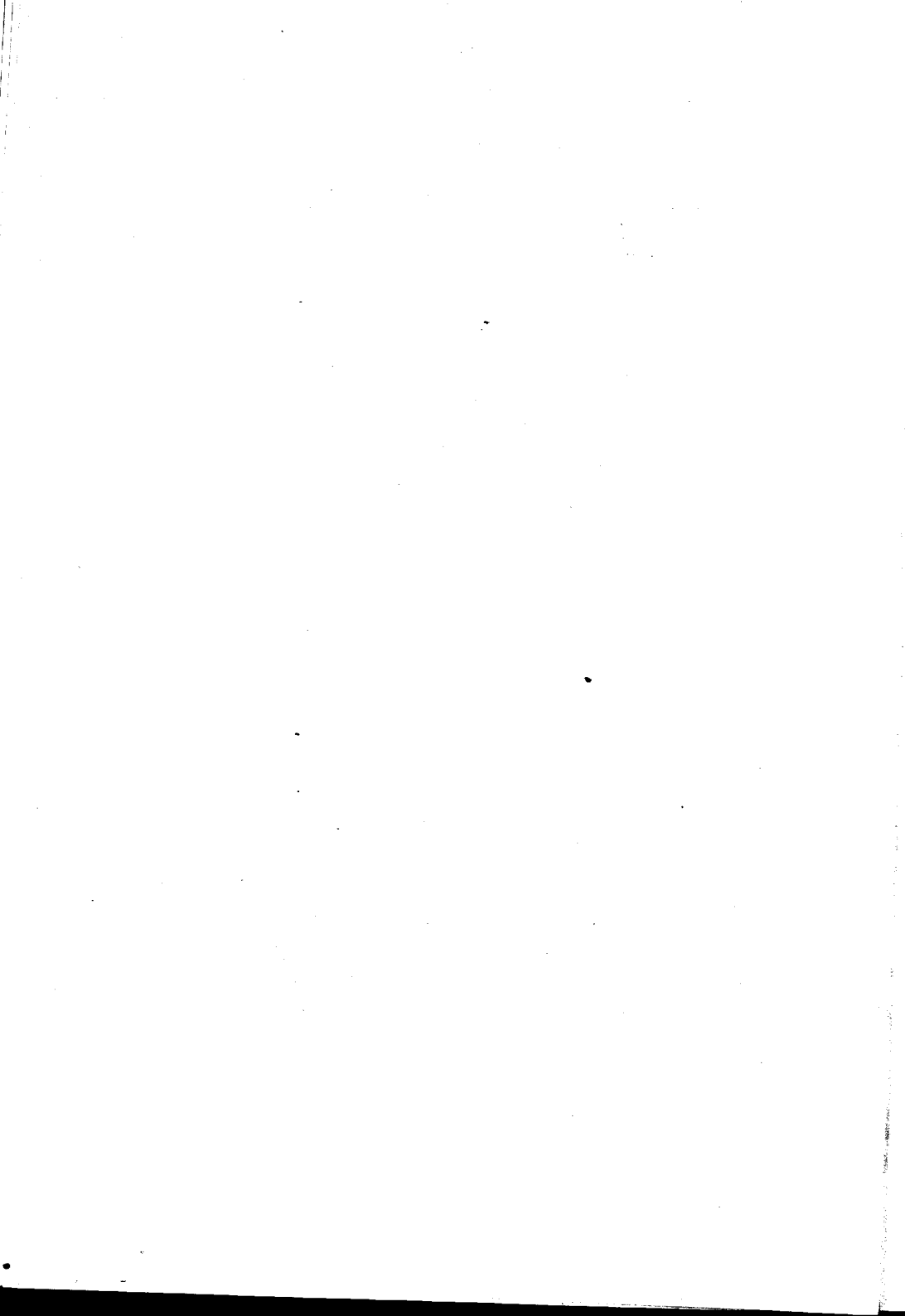
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
„	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
„	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Psiquiátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
„	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

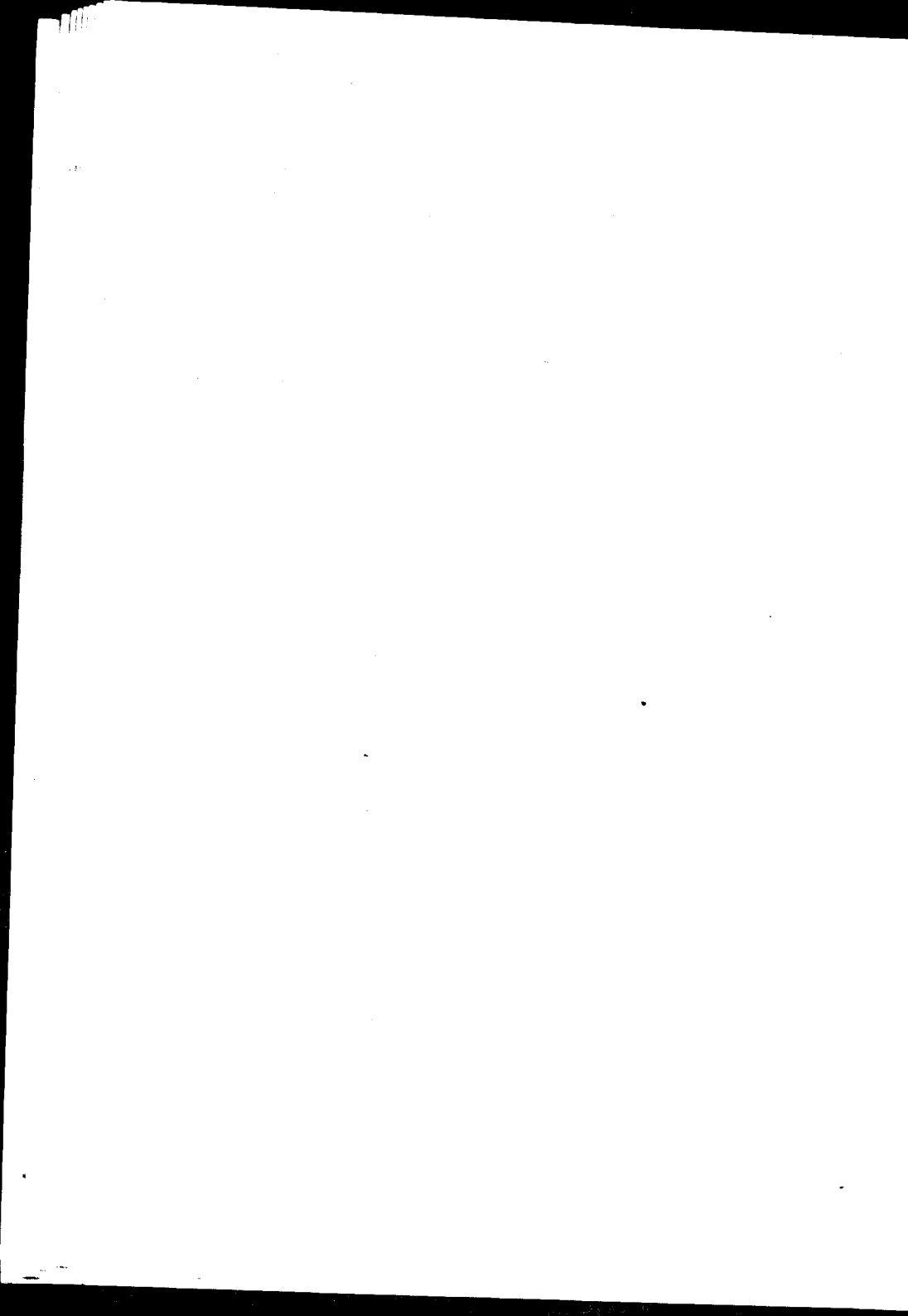
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLIER
	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALARCE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ALFREDO VITON
Materia Médica y Terapia.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALIÑA
* Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
* Epidemiológica.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
* Oftalmológica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" ENRIQUE B. DEMARIA
* Oto-rino laringológica.....	" ADOLFO NOCEPI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica.....	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
* Médica.....	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
* Pediátrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEITZER
	" JUAN ARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
* Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PEALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONQUE
* Obstétrica.....	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
Medicina legal.....	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas..	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	} SR. RICARDO ROCCATAGLIATA " PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	} SR. PEDRO J. MESIGOS " LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ
	» ANGEL SABATINI

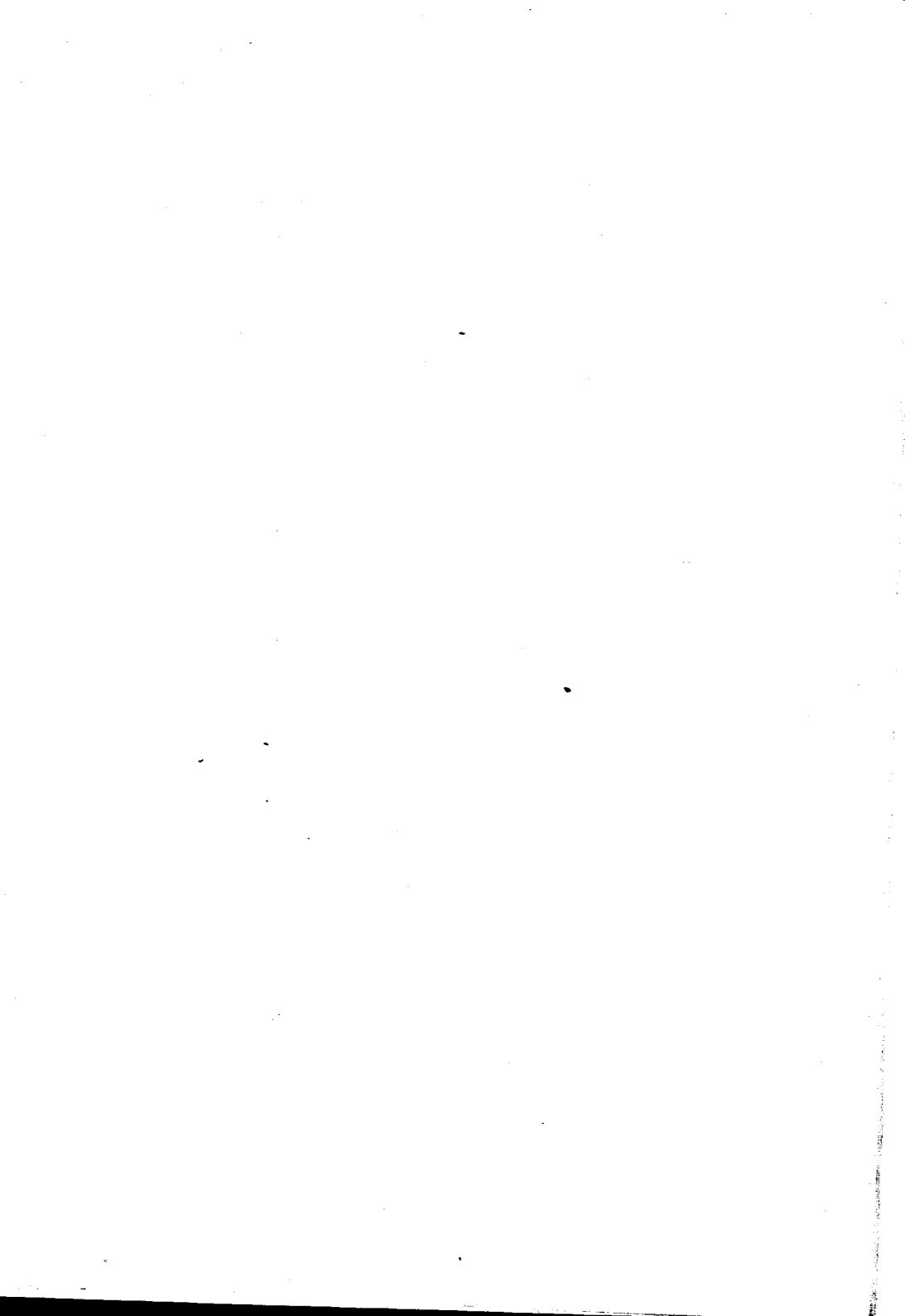


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	* LEON PEREYRA
3er. año.....	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

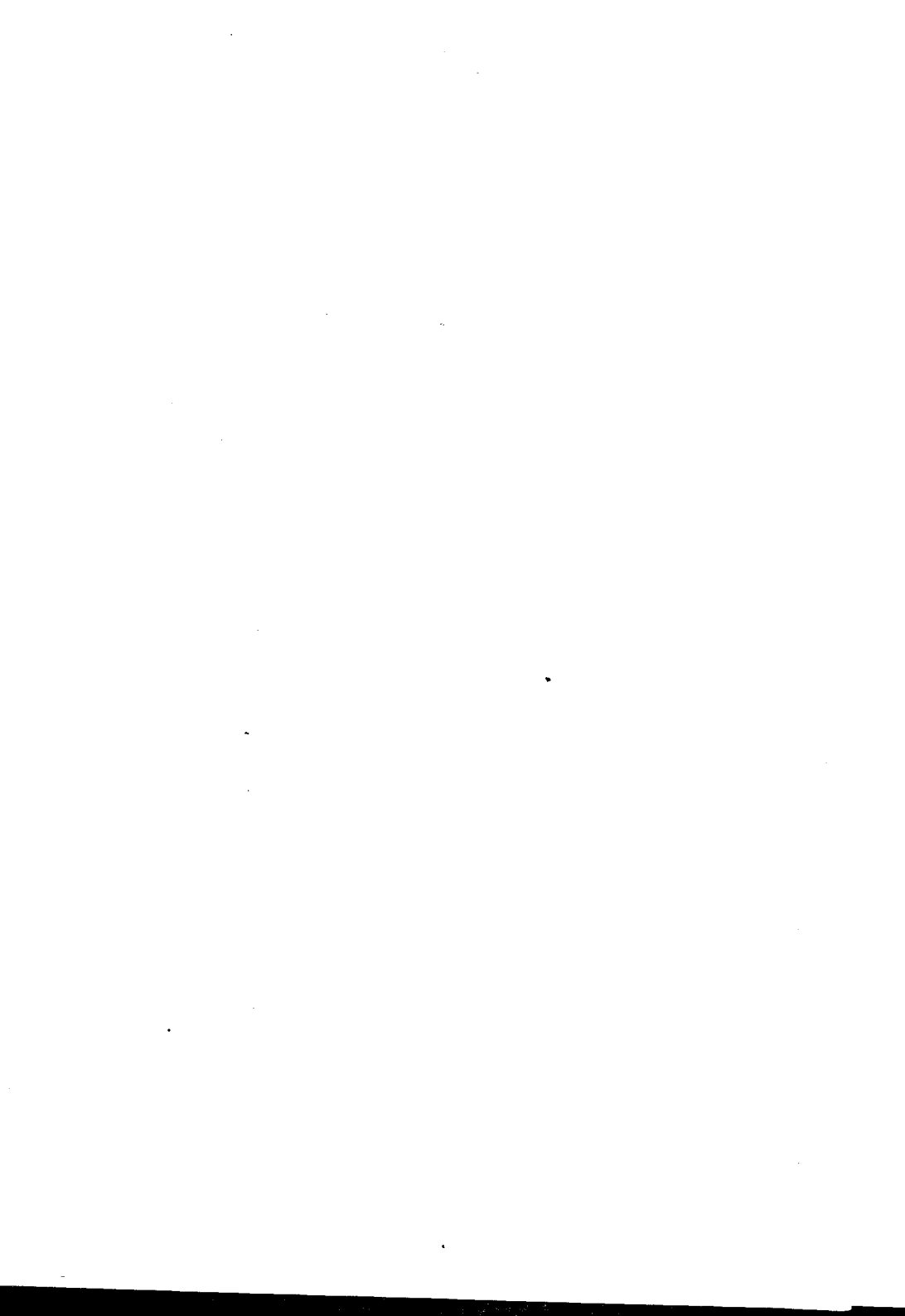
Catedráticos suplentes

Dr. ALEJANDRO CABANNE
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)
,, JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNANDEZ



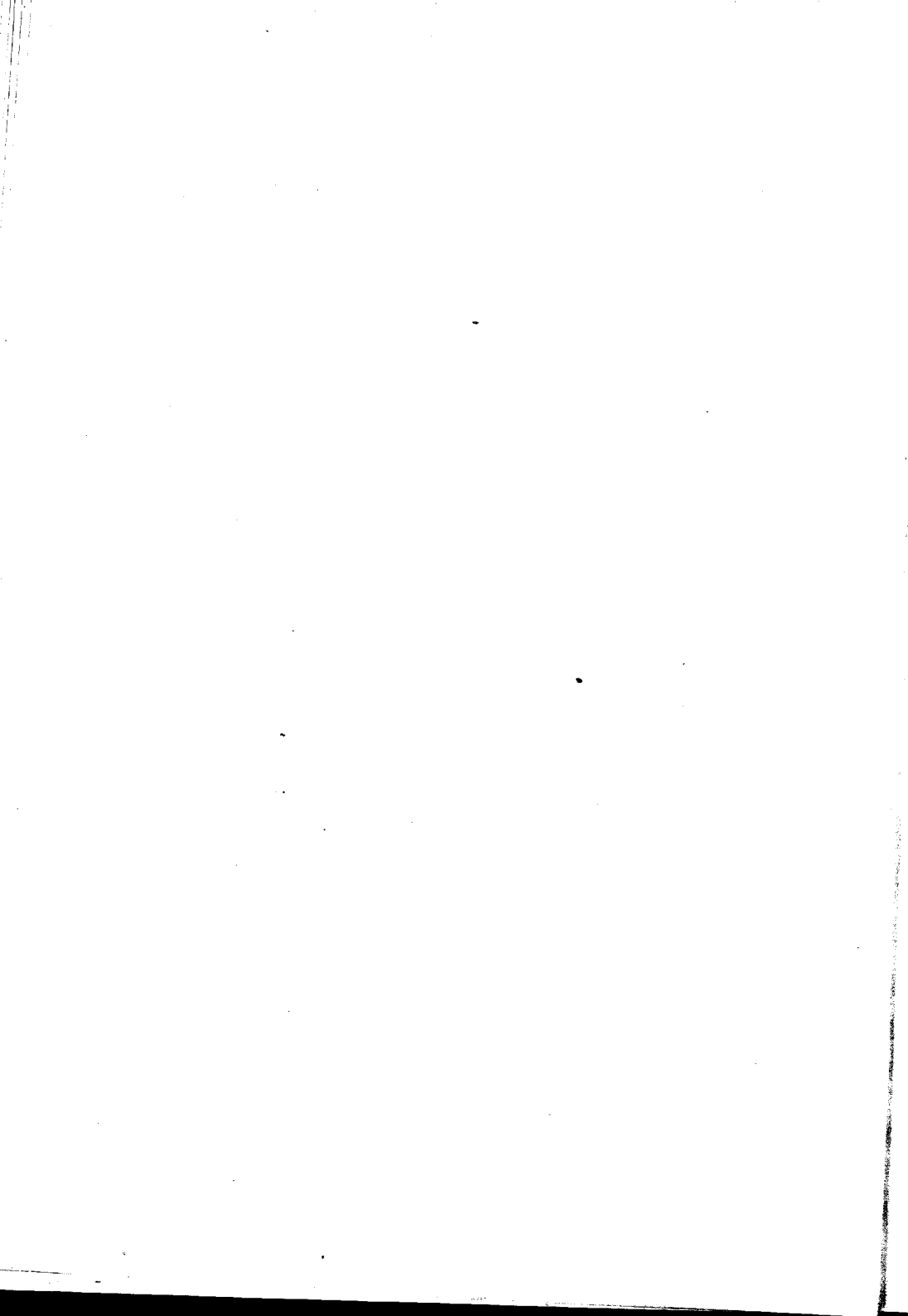
Padrino de tesis:

Dr. ANTONIO C. GANDOLFO

Académico, Consejero, Profesor titular de Clínica Quirúrgica



AL DOCTOR R. ARMANDO MAROTTA

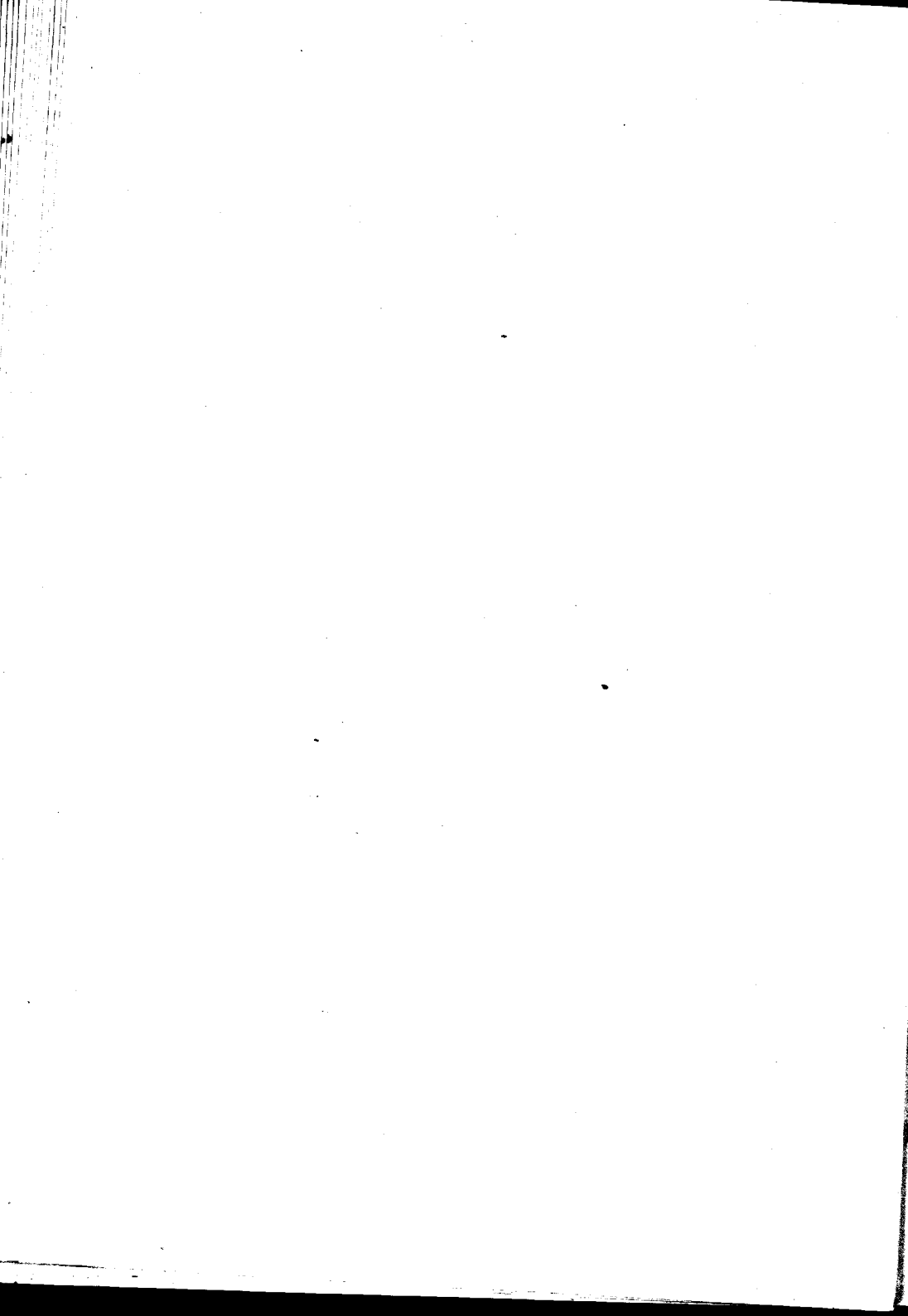


Á LOS DOCTORES

ALFREDO LANARI

ADOLFO F. LANDIVAR

JORGE LEYRO DIAZ



A MIS QUERIDOS PADRES



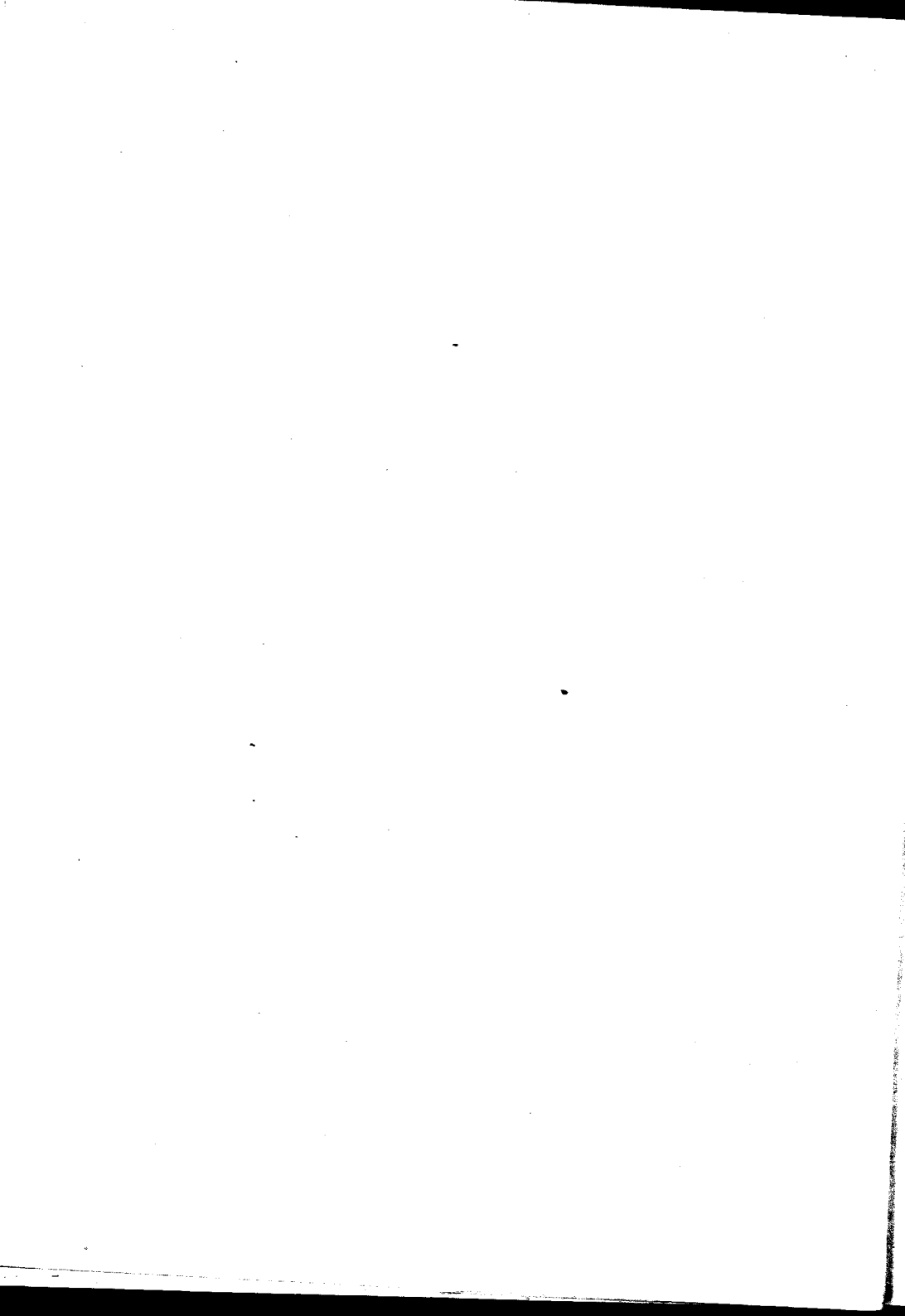
A MI ABUELA y A MIS HERMANOS



A MIS TIOS

— .

A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS



Señores académicos,

Señores consejeros,

Señores profesores:

Este pequeño trabajo inaugural trata de una afección que ha sido motivo de publicaciones y tesis en todas las épocas. He tratado de desarrollarlo en tres partes o capítulos; una introducción, una exposición resumida de los tratamientos quirúrgicos para los aneurismas de las arterias, con sus observaciones clínicas pertinentes; algo sobre los aneurismas arteriovenosos con casos clínicos y las conclusiones. Con esto termina la vida de estudiante! Yo no la olvidaré jamás.

A vosotros, señores profesores, que habéis guiado mi criterio hacia la verdad científica, mi homenaje.

Al profesor Dr. Antonio C. Gandolfo, que nos hace el honor de acompañarnos en este acto, y a cuyo lado hemos podido apreciar la figura de honradez y caballerosidad, de quien hemos recogido tantas

enseñanzas, gratitud íntima y recuerdo imperecedero.

Al Dr. R. Armando Marotta, que nos ha llevado de cerca en el estudio minucioso de los enfermos, admirando la tenacidad en su trabajo, mi reconocimiento perpétuo y mi recuerdo afectuoso.

Al Dr. Alfredo Lanari y a su digno jefe de clínica, Dr. Juan M. Obarrio, cuyas bondades para con nosotros eran ilimitadas, gratitud y respeto.

A los doctores Adolfo Landívar y Jorge Leyro Díaz, de los cuales hemos recibido tantas demostraciones de simpatía, nuestras mejores afectos. A mis compañeros en las salas de cirugía, las seguridades de amistad sincera y a los de internado en el Hospital de Clínicas, un montón de escogidos cariños.

Agradecido al señor Cianci por las fotografías de este trabajo.

Introducción

La cirugía de los vasos está de parabienes, y si no se ha llegado todavía a restaurar totalmente un vaso operado, no debemos más que esperar que en breve plazo eso será un hecho consumado. Los métodos quirúrgicos han invadido también el terreno de la cura radical de los aneurismas periféricos y aún podemos decir más, se han constituido en métodos de elección.

Los métodos llamados médicos, buscados con avidez por todas las escuelas de medicina del mundo, desde la dieta y la sangría, en el método de Valsalva, tan bien descrito en 1751 por Albertini, hasta las inyecciones coagulantes de gelatina de Lance-reaux y Paulesco, han fracasado. Y bien; cuando la antisepsia y asepsia conquistaron el campo de la cirugía y los viejos maestros retomaron los antiguos métodos, éstos se perfeccionaron tanto, eliminándose, sustituyéndose los unos o los otros, según determinaciones de los distintos casos clínicos hasta

acercarse a lo realmente útil y necesario. Nuestra bibliografía médica antigua es poca, casi exigüa, y al recorrerla hemos podido ver que vema se trata con un poco de dedicación desde la mitad del siglo pasado. Con las mismas modificaciones que en los clínicos del viejo mundo, la cirugía de los aneurismas marcha tan discretamente a la par que las más adelantadas, y son muchos los enfermos que curan de tal padecimiento grave. En el deseo de hacer un poco de bibliografía argentina, y aprovechando un año de buena concurrencia al servicio de cirugía del Hospital de Clínicas de enfermos atacados de este padecimiento, escribo esta tesis con mi mejor buena voluntad, recogiendo en ella las enseñanzas y observaciones acopiadas al lado de los enfermos.

Los aneurismas de las arterias

Si bien es verdad que podrían entrar dentro de los medios quirúrgicos o semiquirúrgicos, todos los procedimientos que llevan su acción externa sobre los aneurismas arteriales, no podemos menos que dividirlos en: incruento y cruentos, para recorrerlos; rápidamente a los primeros y detenernos especialmente en los segundos. Los procedimientos no sangrientos, única fuente a la que hay que recurrir en algunos casos, son generalmente paliativas. Ellos consisten en: las inyecciones coagulantes, en la acupuntura aséptica, practicada por Macewen y Ciniselli con resultados desesperantes; la filipuntura de Moore Corradi, basada en las descripciones de Pravaz de Lyon, que fué un fracaso de entrada, lo mismo que la voltaización o galvanización mediata de Vizioli y Martino, preconizada por Britto y defendida por Ramaugé. Aún nos queda la compresión directa o indirecta, digital o instrumental, cuyo modo de acción sería favorecer el éx-

tasis sanguíneo y provocar la formación de coágulos obliterantes, defendida por Billingham Broca y Genga, y practicada entre nosotros muchas veces (caso del Dr. Pietranera, el caso del Dr. Lucio Méndez, enfermo tratado por el Dr. Miguel A. Montes de Oca, los once casos del Dr. Juan B. Justo); fué abandonada, exponía a la gangrena y a la embolia y a veces empleada solamente como medida previa a objeto de favorecer la circulación colateral, como puede leerse en la historia clínica N.º 9 de este trabajo. No hablaremos de la flexión forzada de Hart (1857), sino para decir que la coagulación se obtenía al precio de una invalidez física.

Los métodos cruentos, los únicos que describiremos con detención aquí, se han impuesto por su eficacia y pueden ir dirigidos sobre la arteria misma, sobre el saco aneurismático y sobre los dos a la vez.

• Ocupémonos del primer método quirúrgico.

LIGADURA ARTERIAL

El primer cirujano que operó un aneurisma por este procedimiento fué Anel, cirujano francés en Roma, que el día 30 de Enero de 1710 hizo la

ligadura de un aneurisma de la humeral encima del saco.

En 1744, 47, 48, Keyslére hizo la doble ligadura, ejemplos iguales siguieron Guattani, Pinchinatti y Chopart.

El fracaso que siguió a estas operaciones llevó a John Hunter a hacer la ligadura lejos del saco, para evitar de colocar la ligadura en la parte enferma de la arteria, pero los resultados no fueron más halagüeños. En el año 1798, Brasdor aconsejó ligar la arteria en el lado distal del saco y junto al tumor; en el año 1812, Pasquin ligó por encima y por debajo del tumor, y en 1825 Wardrop aconsejó la ligadura no sobre el tronco arterial enfermo, sino sobre una o dos de sus ramas mayores.

Por el método de Wardrop-Brasdor, de resultado imprecisos y sobre todo el de Wardrop, que es un paliativo, se pueden operar los aneurismas de las carótidas primitiva, troncobraquiocefálico y subclavias. El método de Brasdor, en mano del Dr. Barwell, en algunos aneurismas aórticos ha acelerado la muerte; si bien es conocido el pronóstico de la dilatación, en aquel vaso. En cuanto a la doble ligadura, no ha hecho prosélitos, estando indicada únicamente en los casos en que hay anastomosis amplias con otros troncos arteriales importantes. Pero los métodos que más se han practicado son la ligadura proximal y a la distancia, de

Juan Hunter, que gozó de gran predilección en la era preaséptica, fué olvidada poco a poco con la resurrección del método de Anel. De entre las objeciones hechas a la ligadura a distancia los más serias son tres: 1.º no hay ventaja alguna en ligar la arteria a distancia puesto que las arterias están sanas inmediatamente por encima del saco y si la ligadura a distancia permite una circulación colateral mínima en verdad, favorece la dilatación del saco aumentando su volúmen con los coágulos activos y pasivos. 2.º Hay más probabilidades de gangrena en razón de la distancia que existe entre el saco y las colaterales importantes que quedan por la ligadura suprimidas; añádase el peligro de los embolos o trombus propagados más allá del saco. 3.º Al restablecerse la circulación por las colaterales habrá entre la ligadura y el saco mayor acopio de vehículo sanguíneo y por lo tanto aumento de tensión en el muñón y recidiva de la lesión.

Todos estas consideraciones inclinan la balanza en favor de la ligadura de Anel o ligadura proximal en que la gangrena es menos frecuente. La ligadura de Anel dió una mortalidad que varia según se considere la época peautiséptica o antiséptica; en la primera fué de 18.94 o/o en la segunda de 8.33 o/o. La gangrena se presentó en un 7.00 o/o. Deduciremos de lo expuesto; que la ligadura ha resultado muy útil para la curación de este pro-

ceso en muchos casos, y que sus fracasos se deben a la gangrena, la hemorragia y la recidiva.

La gangrena por regla general se presenta tardíamente y no se debe imputar a un defecto de circulación colateral sino a émbolos que desprende el mismo saco. La hemorragia, es debida al aumento de tensión por la vía colateral. La recidiva es debida a la presencia de ramas que van al saco en inmediata relación con las colaterales encargadas de restablecer la circulación que asegurará la vida del miembro.

Y bien; en último análisis, vemos que aunque hay en nuestros servicios de cirugía casos curados por la ligadura simple, la causa del insuceso reside evidentemente en el saco que no es tocado en estos métodos y Pierre Delbet decía a este respecto en su comunicación al Congreso de Lisboa en 1906, que el retorno a la acción llevada directamente sobre el saco aneurismático ha constituido un notable progreso en el tratamiento de este padecimiento. Esta afirmación fué corroborada en las conclusiones a que llegó el doctor Daniel J. Cranwell en su Lecciones de clínica quirúrgica de 1908, cuando a propósito de un caso fatal de aneurisma de la arteria iliaca externa concluía: "que la extirpación del saco era el método de elección".

Trataremos pues del otro procedimiento la aneurismectomia o extirpación del saco.

EXTIRPACIÓN DEL SACO ANEURISMÁTICO

Es un método practicado en la antigüedad remota. Phillagrins fué el primero que lo practicó pero se le conoce con el nombre de método de Purmann porqué este fué el autor que lo introdujo en el año 1699, recomendándolo y practicándolo en un caso de aneurisma arteriovenoso del pliegue del codo. Este procedimiento fué combatido seriamente, sobre todo por Follin, siguió una suerte varia hasta que las defensas admirables de Polosson y Trelat en el año 1885 y los esfuerzos de Pierre Delbet junto con los de Chapel de Sain Maló le devolvieron el sitio que le corresponde.

El mismo Pierre Delbet en el año 1898 en un notable trabajo sostiene la superioridad de la extirpación del saco sobre la ligadura. El doctor Kübler de la clínica de Bruns y Kolle, citados por Cranwell en las "Lecciones de clínica quirúrgica" son unos decididos partidarios del Purmann y lo apoyan con cuarenta y seis casos todos terminados con felicidad. Además Delbet y Routier observaron casos en que después de ligar la arteria al incidir el saco aneurismático salía abundante cantidad de sangre roja, esa sangre salía de la extremidad inferior del saco y de las colaterales formadas, cosa que nos explica el caso de las recídivas. El fa-

vor que goza este procedimiento quirúrgico va todos los días en aumento; a este respecto nos dice Delbet en el año 1895 no se trataban más que un 16.6 o/o de los aneurismas por este método y en el año 1909 dice Monod y Vanverts notamos un 50 o/o, esto es 205 casos sobre un total de 410.

De las objeciones serias hechas a este método se separan dos, fundamentales. Las dificultades de la técnica operatoria y los peligros inherentes a la operación.

La intervención por lo general está a las manos de todo cirujano experimentado y si bien no se debe desconocer que la estirpación del saco suele ofrecer dificultades serias ellas, no son insuperables y con técnica adecuada se logran vencer la mayoría de éstas.

Por lo que atañe a los peligros de la operación deben ser minados bajo dos puntos de vista la gangrena y la letalidad.

La gangrena, que no es muy frecuente y que tampoco es inevitable, aunque podamos prever su estallido algunas veces, otras veces se nos presenta de repente; ha sido un accidente estudiado y discutido en estos últimos años por las sociedades médicas del mundo y en primera línea en la Sociedad de cirugía de París.

Se admite hoy corrientemente que el estado de las arterias accesibles a la palpación debe ser to-

mado en cuenta, la existencia de vasos duros no elásticos debe hacernos pensar en que la circulación colateral no se establecerá bien; el estudio de la hidráulica sanguínea en el saco, nos enseñará que tanto más libre y fácil es la circulación en aquél, más se debe temer la brusca interrupción que produce la resección.

Pero las indicaciones más importantes serán extraídas de los caracteres propios de los aneurismas y de la evolución en su desarrollo. Si el tumor es de cierta edad y es grande es de suponer puesto que el saco crea de por sí un obstáculo a la circulación de la sangre que las colaterales habían dado el desarrollo necesario y están listas a suplir al tronco principal cuando éste habrá volado, esto ha sido puesto perfectamente de relieve por muchos operadores sobre todo por Guinard, Bazy Pierre Delbet y Monod.

Podemos entonces adivinar las consecuencias en un aneurisma poco voluminoso y joven lo mismo que un aneurisma de evolución rápida.

El exámen esfigmográfico del pulso por delante del saco aneurismático puede decirnos algo y debe buscarse; él nos dirá la debilidad o la fuerza de la permeabilidad por la sangre frente al esfuerzo cardíaco. Si el pulso es débil la sangre pasa difícilmente por el saco, entonces la circulación se habrá desarrollado, si el pulso es fuerte todo lo in-

verso habrá sucedido, sobre todo si los signos estoscópicos sobre el tumor nos hacen oír un gran soplo, un gran frémito que nos comprueba una circulación activísima en el saco. La compresión por encima y debajo del saco nos será también útil, porque si con ella desaparece el pulso, la circulación intraaneurismática es muy activa y el desarrollo colateral insuficiente; lo inverso si el pulso no desaparece aunque se debilite. Las hermosas observaciones hechas por Korothow, a propósito de los aneurismas traumáticos en la guerra rusojaponesa respecto a la presión sanguínea, practicadas con un manómetro especial, tenían por efecto, buscar registrando las pulsaciones en la extremidad de los dedos, la acción de la compresión por detrás y delante del saco, pero no han podido extenderse más que a los miembros superiores, por lo menos como observación delicada y de valor.

Sin embargo; el único medio, por el cual se evita la gangrena es sin duda, el establecimiento de la circulación colateral; por eso es que Letiévant y Tuffier preconizaban la compresión previa preoperatoria, por delante del saco; y Monod y Vanverts han comprobado su eficacia en sesiones cortas, vigiladas, como quiere el doctor García Lagos de Montevideo con el esfigmomanómetro y esfigmografía.

No obstante y nosotros la hemos usados en un

caso; ella no ha tenido aplicación intensiva, la práctica es poco frecuente; la compresión por encima del saco ofrece inconvenientes serios, algunos mortales y además cuando se opera un saco la circulación colateral está casi siempre asegurada, si no completamente restablecida. En el curso de la operación, la incisión previa del saco nos rendirá cuenta del grado de la lesión y longitud de ella en el saco aneurismático, cuando exploremos la arteria a cielo abierto, y así nos evitaremos de extraer un trozo de vaso bueno y útil que puede haber recibido vasos colaterales, dejando la circulación casi completamente restablecida. Las nociones que podemos sacar de todas estas diversas maneras de explorar la circulación perisacular no nos darán más que presunciones y en ciertos casos nos permitirán hacer las reservas del caso en el resultado de una operación. Y bien, aparte de las dificultades, la estirpación produce todos sus benéficos resultados en los sacos en general, falsos o verdaderos de los miembros, en los cuales se puede ligar la arteria sin ningún peligro, y especialmente en aquellos casos en que hay razones para suponer que se ha desarrollado una fuerte circulación colateral, que como dice Mosti, sucede con predilección especial en los pseudo aneurismas traumáticos. La mortalidad a menos de complicaciones sépticas, que no entran hoy en ésta cuenta, puede considerarse como dice

Delbet, nula, y a éste efecto cita, agrupando todos los casos de extirpación e incisión entre 1887 y 95 en los que no se produjo un solo caso mortal. Monod y Vavverts, citan un 3 olo de mortalidad, en cualquier forma mínimo, frente a los otros procedimientos utilizables. Los inconvenientes de esta operación son de poca importancia, aunque algunos autores nos sostengan que deben apoyarse con una crítica honrada y serena. Los edemas, los dolores, las anestias, parestias, hipotermia y trastornos locales, y también funcionales; como los disturbios de la motricidad y tróficos, son algunos el resultado del traumatismo, operatorio y del shok local, muchos por la poca abundancia de las ramas colaterales suplentes y algunos a la escasez y poca vigilancia post operatoria, que debe ser minuciosa en todo lo que se refiere a posición calefacción de los miembros operados. En cambio, cuantas veces por la liberación de los nervios, poniendo término a los dolores atroces y a los disturbios de la marcha hemos devuelto un hombre, condenado, al trabajo y a la vida útil en la sociedad. Las proporciones de curaciones alcanzan para este método un 90 por ciento; cifra digna de tenerse en cuenta para recordarla cuando se consultan opiniones tan autorizadas como las de Matas refiriéndose al éxito de la aneurismectomía.

Entre nosotros la primera operación de esta

especie fué practicada por el Dr. Pirovano, aunque la cita de un caso de tumor pulsátil exista anteriormente en la tesis del doctor Montes de Oca de 1852.

El Dr. Palma publicó en la Revista del *Círculo Médico Argentino* en el tomo 13 de 1890, página 293-94, la operación detallada del doctor Pirovano. Se trataba de un aneurisma de la arteria femoral izquierda, que extirpó previa compresión, curando el enfermo rápidamente.

En 1891 el doctor Pirovano extirpa otro saco de la arteria humeral derecha curando el enfermo por primera intención, este caso está publicado en la tesis inaugural del doctor Arauguren.

En 1892, el doctor Antonio C. Gandolfo operó por este método un aneurisma de la arteria tibial anterior izquierda con feliz resultado. En 1894 el doctor Alejandro Castro, uno arterio venoso de los vasos poplíteos. En los años 1895 al 96 los doctores Gandolfo y Palma vuelven a operar cinco casos con buen resultado. En el año 1902 el doctor Daniel Cranwell publicó en la *Revista de la Sociedad Médica Argentina* un caso de extirpación de un aneurisma espontáneo de la arteria axilar derecha con éxito completo.

La extirpación entró desde entonces como operación corriente en la cirugía de los aneurismas externos, habiéndose proscripto los métodos in-

cruentos por su ineficacia, reservándose la ligadura como procedimiento necesario en los casos, raros no obstante, en que el cirujano no pueda extirpar el saco por dificultades insuperable. A este respecto quiero citar lo que dice el profesor Cranwell en sus lecciones clínicas de 1908, página 257; “la extirpación es un método más seguro y radical; efectivamente, está demostrado que con ésta intervención, en apariencia más grave, no sólo se evita con seguridad la recidiva, sino que se corre menor riesgo de provocar la gangrena del miembro, porque solo se sacrifica una parte mínima de la arteria. Además, después de la extirpación de un aneurisma los dolores y el edema desaparecen y las parálisis y perturbaciones tróficas mejoran rápidamente, porque se han libertado los nervios y la vena que se encontraban comprimidos.

Esta operación ofrece, sin embargo, algunas dificultades, porque el saco está íntimamente adherido a los tejidos vecinos y engloba en sus paredes la vena y los nervios, pero estas dificultades se encuentran ampliamente compensadas por el resultado, que es siempre muy halagador”. Describiremos la técnica operatoria aconsejada, y practicada en este servicio.

El primer tiempo lo ocupa la hemostasia preventiva con la venda de Esmarch, colócase en seguida el miembro en la posición más conveniente

como para la investigación anatoquirúrgica de un vaso.

La incisión corresponde a la de la ligadura del vaso enfermo y varía con éste; ella será amplia, se disecan los tejidos hasta llegar al tumor, abertura del saco aneurismático cuidando de no herir la vena ni los nervios, vaciamiento de los coágulos. Tornando el saco por los bordes se lo aísla con la espátula o la tijera roma de los tejidos ambientes y se procede enseguida a la investigación de los cabos arteriales. La investigación del cabo superior suele ser difícil pero la vena sirve de guía para no perderse y además se puede colocar impunemente una sonda en la luz de la arteria desde el interior del saco. Ligado y seccionado el cabo cardíaco se va en busca del periférico haciendo inclinar el tumor ó bascular de arriba abajo hasta que se coloque la ligadura que deberá llevarse como para el cabo superior o central lo más próxima al saco mismo. Se suelta la venda o el tubo de Esmarch se buscan con cuidado todos los vasos que sangren y se hace cuidadosa hemóstasia, suturando los músculos y los planos blandos. Si la operación ha sido laboriosa es de buena práctica colocar en la parte más declive un drenaje de vidrio por veinticuatro horas. En la intervención se tendrá cuidado de separar bien los nervios tratando de conservar la vena y en caso de dificultad se la puede dejar adherida al trozo de vaso

que la encierra. Algunos autores como Bruns, prefieren extirpar el saco sin abrirlo, demás está decir que esto no será posible en todos los casos, la ligadura de los cabos vasculares sería muy difícil de hacer y además la malaxación podría arrastrar algún coágulo que obturara la arteria y provocara la gangrena del miembro. Pero aún no ha concluido el cuidado del cirujano; el cuidado subsiguiente a la operación es el que debe vigilarse de cerca. Sobre todo en los primeros momentos, se conservará la temperatura del miembro con botellas calientes envolviendo al miembro en una abundante capa de algodón que deberá recubrir también el pedal o el aparato de sostén utilizado, sin economizar el lecho algodónado pues nosotros hemos podido apreciar de cerca el valor de ésta recomendación, salvando de la escara del talón a un operado que constituye la observación núm. 3, de este trabajo con el acolchamiento del pedal. Se deberá cambiar frecuentemente la posición del enfermo en su parte operada, sobre todo favoreciendo la mecánica circulatoria de retorno con la posición ligeramente declive hacia el abdomen. Se examinará el miembro cada momento para tomar las decisiones necesarias aconsejando la marcha sinó cuando la circulación esté perfectamente restablecida, los masajes metódicamente hechos y en la cama del enfermo son de gran utilidad sobre todo antes de comenzar la marcha.

Siguiendo estos preceptos es que el cirujano alemán Kubler ha reunido 40 observaciones de aneurismas extirpados sin tener uno solo con accidente, sus operados fueron seguidos en la clínica de Bruns.

Expondremos acá nuestros resultados, en los casos clínicos que hemos seguido durante el año pasado con las siguientes observaciones que detallamos a continuación.

HISTORIA CLÍNICA I

Amador Arancibia, argentino, 39 años, casado, agente de la 32.^a Sala II, cama 17, folio 26.

Entrada: 27 de Julio, 1915. Salida: 6 de Octubre, 1915.

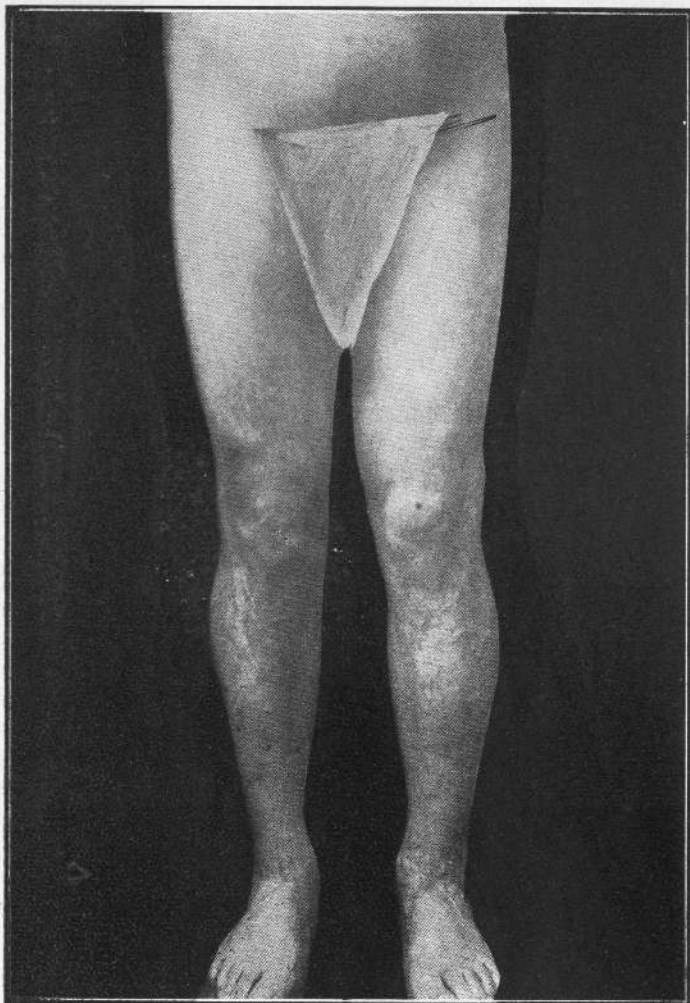
Estado a la salida: curado.

Diagnóstico clínico: Aneurisma de la arteria proplítea izquierda.

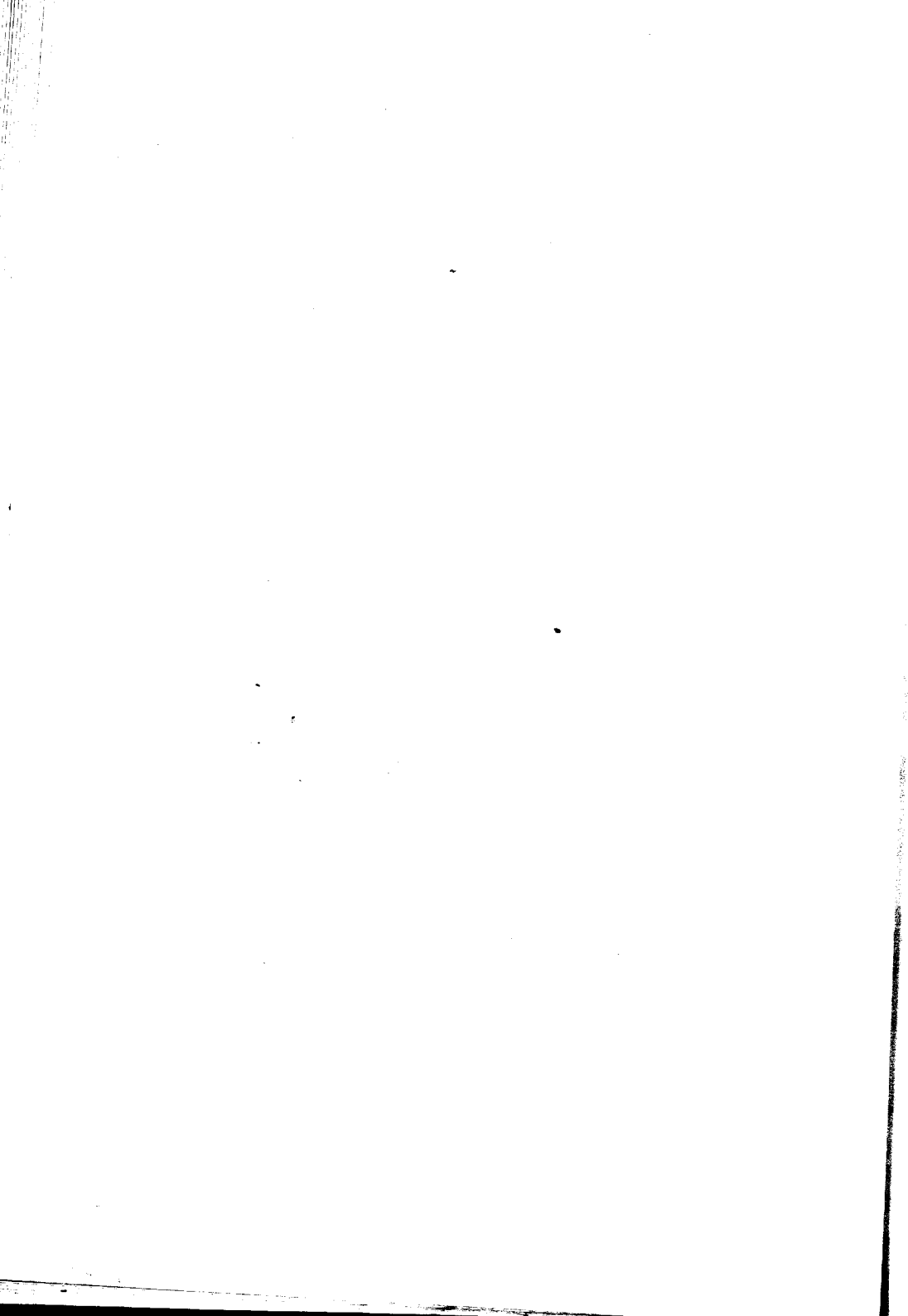
Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes personales. — Viruela en la infancia. A los 22 años úlcera venérea seguida de manifestaciones cutáneas y generales; dos hijos sanos, no hay abortos en la señora. Regular bebedor, buen fumador.

Enfermedad actual. — Comienza hace 3 meses;



A. A.—Aneurisma fémoro-poplíteo izquierdo.



el enfermo notó en la cara interna del muslo izquierdo y en la parte posterior del hueco de la corva un tumorcito grande como una nuez que latía y que no se agrandó hasta hace 1 mes época en la cual parece haber crecido derrepente. A veces sentía molestias al caminar una especie de dolor poco fuerte y pasajero que desaparecía con el reposo en cama. Frecuentemente y sin causa apreciable le duele la rodilla de ese lado pero nunca tuvo calambres ni importancia funcional alguna.

Estado actual. — Sujeto bien constituido, buen estado general; piel trigueña, mucososas rosadas.

Pupilas: iguales. Sistema nervioso: bien.

Lengua: húmeda, rosada. Dientes: mal conservados.

Corazón: normal.

Pulmones: normales. Aorta: 2.º tono reforzado.

Pulso: regular, 84 por minuto, poca tensión.

Abdómen y órganos internos: bien.

Región fémoropoplítea izquierda.

Inspección: En el tercio inferior de la región femoral a 3 traveses de dedo encima del condilo interno del fémur y avanzando por la parte posterior encima del ángulo superior del rombo poplíteo se vé una tumefacción de límites netos por la parte

anterointerna del femur, difusa en la región femoral posterior y poplítea. Por la parte ántero interna se detiene en la línea mediana del miembro y por dentro se continúa siguiendo la dirección de los vasos poplíteos pero avanzando en altura desde el mencionado ángulo superior del losange poplíteo hasta unos diez centímetros por encima en plena región femoral posterior. La piel que recubre la región está cubierta de varicosidades capilares azuladas, llama la atención en toda la zona tumoral y extendiéndose hasta 4 traveses de dedo bajo el pliegue glúteo da existencia de un latido isócrono regular con el pulso arterial; por delante no avanza más allá de los límites asignados al tumor.

Palpación: Dentro de nuestros límites, se delimita una tumefacción difusamente esparcida, reconociéndose en el hueco poplíteo libre parte inferior; el latido de la arteria poplíteo, en cambio en la zona enferma se percibe un trill expansivo intenso y en el vértice del rombo poplíteo se provoca dolor de mediana intensidad con poca presión digital. Todo desaparece si se comprime la femoral inmediatamente debajo de la arcada crural. En toda la zona el tumor tiene consistencia elástica y no es reductible.

Auscultación: Soplo sistólico intenso, apenas se popaga unos centímetros sobre la región del tumor.

Percusión: Matitez.

Ganglios inguinales y poplíteos: No se tocan.

Latidos en la pedia: No están en retorno con el lado sano; los de los tibiales posteriores no se perciben por la adiposis en ninguno de los dos lados.

Exámenes de laboratorio.

Reacción de Wassermann: positiva.

Orinas: nada de anormal.

Como el enfermo ha tratado poco y nada su infección luética instituímos un tratamiento mixto arsénico hidrargírico; consistente en dos inyecciones de 914 y 6 inyecciones endovenosas de bióduro de mercurio con poco resultado local, disminuyó algo el dolor a la presión. Se decide la operación el día 3 de Septiembre de 1915.

Operación. — Operador: Profesor Gandolfo. Anestesia clorofórmica. Ayudantes: Dr. R. Armando Marotta y practicante mayor Caffera. Venda Esmarch.

Incisión de investigación de la arteria femoral en el conducto de Hunter, prolongada sobre la región poplíteica en una extensión de diez centímetros; disección de la piel y planos musculares, separación del sartorio hacia adentro incisión de la fascia femoralis, aparece un saco del tamaño de un huevo de gallina muy adherido a los músculos vecinos, so-

bre todo a los adductores; disección cuidadosa del saco sobretodo por su borde externo y superior, no pudiendo aislarse más, se abre en su parte más saliente; sale un chorro de sangre se agranda la incisión con tijera y después de extraídos los coágulos se introduce una sonda en el extremo del saco para constatar la dirección que lleva el vaso con relación al saco (este es sacciforme), ligadura del extremo inferior con catgut y sección a tijera, se levanta el tumor y bien aislado se coloca otra ligadura al extremo superior de la femoral. Se constata la adherencia del nervio ciático poplíteo interno con la parte posterior del saco. Se lava el campo operatorio con éter. Drenaje de vidrio 24 horas. Sutura de los planos blandos con catgut crin a la piel. Curación per primam. Hemos visto al agente a caballo cumpliendo con las obligaciones del servicio en perfectas condiciones.

HISTORIA CLÍNICA II

Luis Luchesi, argentino, 57 años, viudo, marino, Provincia de Buenos Aires. Sala II, cama 8, folio 122.

Entrada: 1.º de Junio, 1915. Salida: 2 de Julio, 1915.

Estado a la salida: curado.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes personales. — ¿Paludismo? No.

A los 18 años úlcera venérea seguida de erupción cutánea y dolores reumatoides, buen fumador. Tomador de vino.

Enfermedad actual. — El enfermo la remonta a hace 30 años, en que notó una bolita en la parte interna y mediana del muslo izquierdo, ésta eminencia que latía indolora siendo al parecer superficial. En el curso de los años esta tumefacción se fué agrandando más que llevándose alcanzando el tamaño de un coco. El enfermo ha notado que el tumor creció bruscamente de un año y medio a la fecha pero sin traerle trastornos en la marcha, nunca ha tenido edemas ni claudicación en su pierna. Una que otra vez siente en el tobillo y en los músculos de la pantorrilla algunos hormigucos pasajeros pero esto le sucede indistintamente en las dos piernas. Consultó hace poco a su médico quien le aconsejó una operación quirúrgica.

Estado actual. — Sujeto en buen estado general. Pupilas: normales. Boca: lengua húmeda, rosada.

Dientes: bien conservados.

Cuello: grueso, corto, se ven latidos, no se palpan ganglios.

Tórax: Hipertriosis, buen desarrollo de la caja.

Pulmones: Murmullo vesicular, sonoridad pulmonar aumentada, sobre todo en los bordes.

Corazón: Tonos puros, vibrante el 1.er tono aórtico.

Pulso: 104, buena tensión, arterias duras.

Muslo izquierdo: En la cara ánterointerna por encima de la parte media se ve una eminencia redondeada del tamaño de la cabeza de un feto a término, cubierta de piel normalmente coloreada sin vasos superficiales. El tumor está animado de latidos visibles isócronos con el pulso de la femoral cuya arteria se ve latir debajo del puente de Poupart. El resto del miembro no tiene atrofas, edemas ni trastornos funcionales.

Movimientos activos y pasivos: normales.

Palpación: Tumor movable transversalmente in situ descansando sobre una amplia base, absolutamente indolente de forma ovidea a gran eje dirigido en dirección al sartorio el cual se palpa laminado y atrofiado por encima del tumor siguiendo por arriba y por debajo de él, adherente en su parte superior e interna. La piel lisa se desliza bien sobre el tumor menos en la parte inferior donde se constata ligera adherencia con los planos blandos vecinos subyacentes. Colocando la mano envolviendo el tumor se percibe la expansión sistólica y una

elevación de la mano rítmica con los latidos de la femoral y con el corazón; si se comprime aquel vaso en la base del triángulo de Scarpa desaparecen todos los fenómenos enunciados. El tumor no se reduce en ninguna forma y se fija sólidamente cuando se provoca la contracción de los músculos extensores del muslo. No se palpan ganglios en las regiones inguinales ni vecinas.

Percusión: Matitez absoluta.

Auscultación: Soplo sistólico que se propaga en dirección al canal de Hunter desapareciendo en las inmediaciones de la articulación de la rodilla.

Arterias pedias y tibial posterior: No se palpa el pulso en la arteria pedia y apenas es posible en la canaleta calcánea interna palpar los latidos de la tibial posterior que son netos en el miembro opuesto.

Abdómen: nada anormal. Sin temperatura.

Organos internos: bien.

Exámenes de laboratorio

Wassermann: negativa. Orina: normal.

Operación (11 de Junio, 1915). — Operador: Profesor Gandolfo. Ayudantes: Dr. R. Armando Marotta y Romeo Caffera.

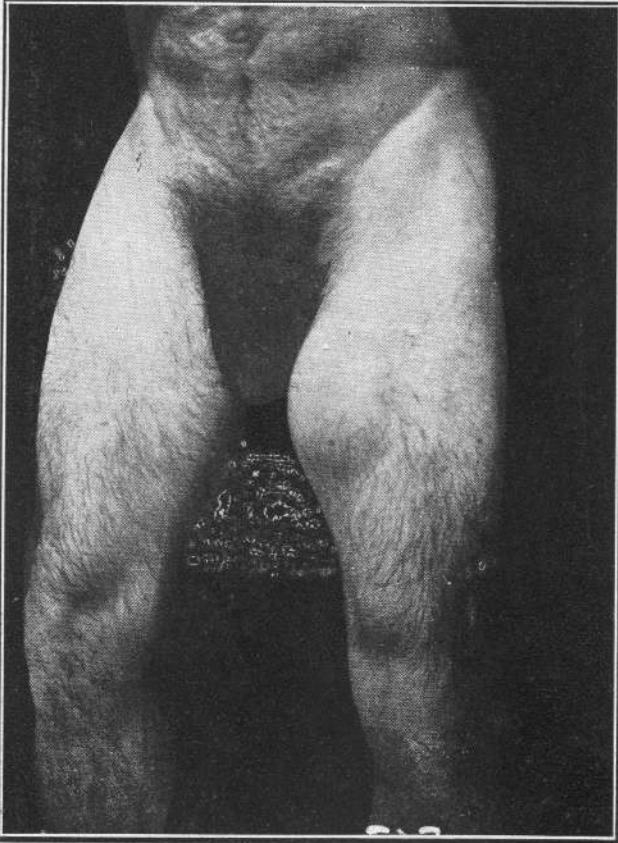
Anestesia clorofórmica. Venda de Esmarch.

Incisión de unos veinticinco centímetros si-

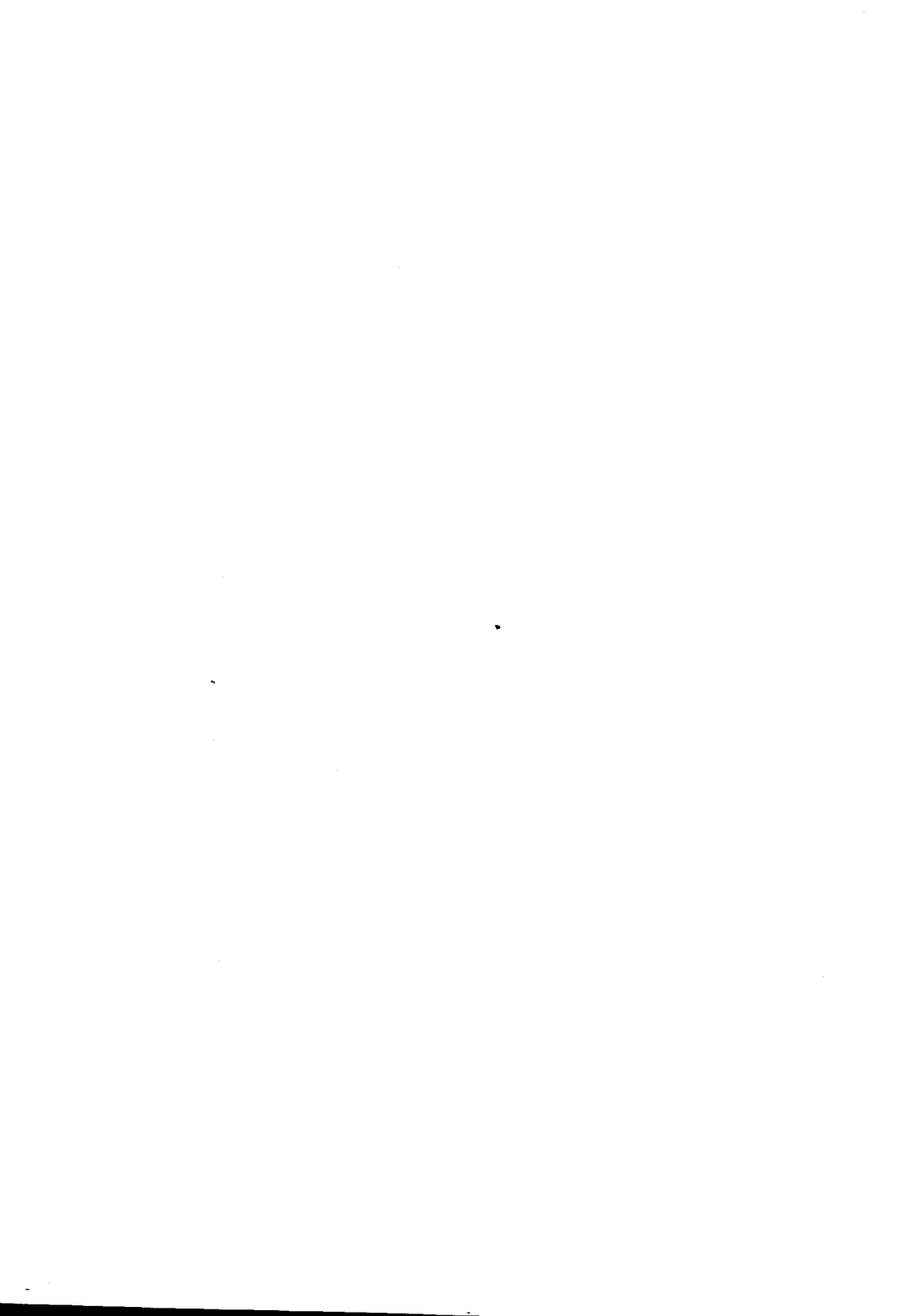
guiendo el conducto crural sobre el tumor; sección del sartono el cual aparece laminado y adherido al tumor en la parte inferior se disecca éste y por detrás de la eminencia formada se ve el vaso. Previa ligadura de su extremo superior con seda se disecca el último tiempo es abierto este, dando salida a muchos coágulos cruóricos y algunos calcificados y muy adheridos a las paredes de la arteria. Se continúa la disección de la arteria hacia abajo, trabajo relativamente más fácil ahora y se coloca la ligadura en su extremo peripérico estirpando el tumor el cual tiene todos los caracteres anatomopatológicos de un aneurisma de la femoral. Hemostasia general previa salida de la venda de Esmarch. Sutura del sartorio con catgut. Lavado al éter de la cavidad. Sutura de la piel con crin. Sin drenaje. Curación sin accidentes, el enfermo, ha vuelto al consultorio en perfectas condiciones que podrán apreciarse en la fotografía adjunta tomada en los días que precedieron a su salida.

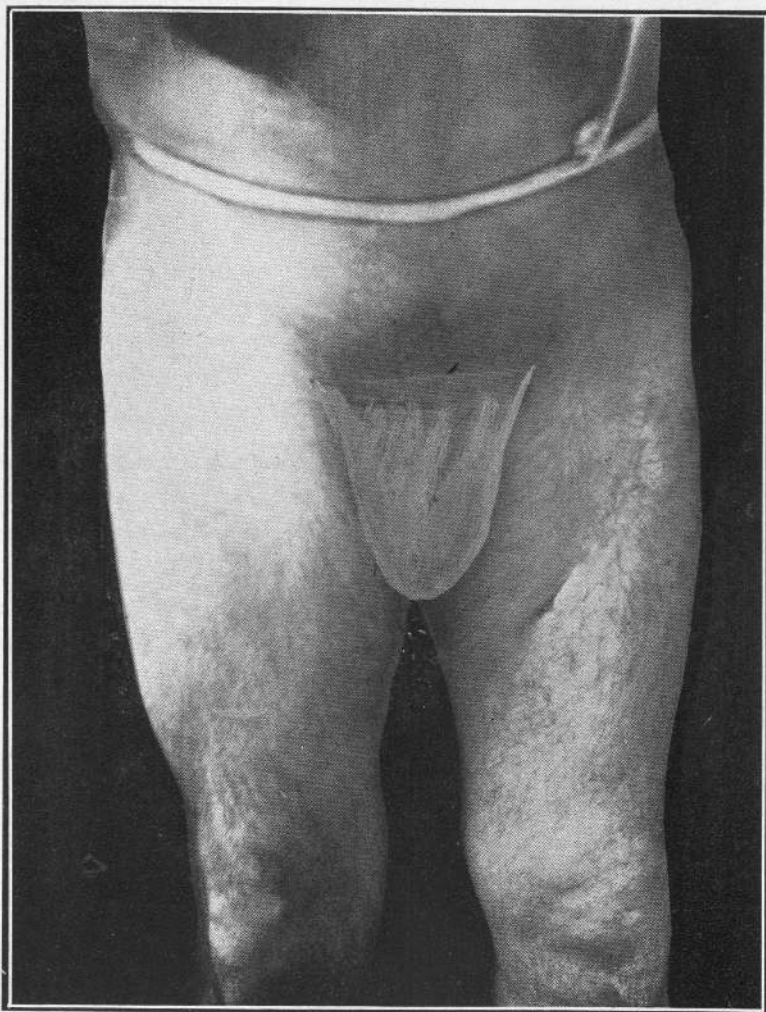
HISTORIA CLÍNICA IBI

José Di Mussio, italiano, 51 años, casado, periodista, Capital Federal. Sala I, cama 6, folio 30.
Entrada: 7 de Mayo, 1915. Salida: 8 de Junio, 1915.

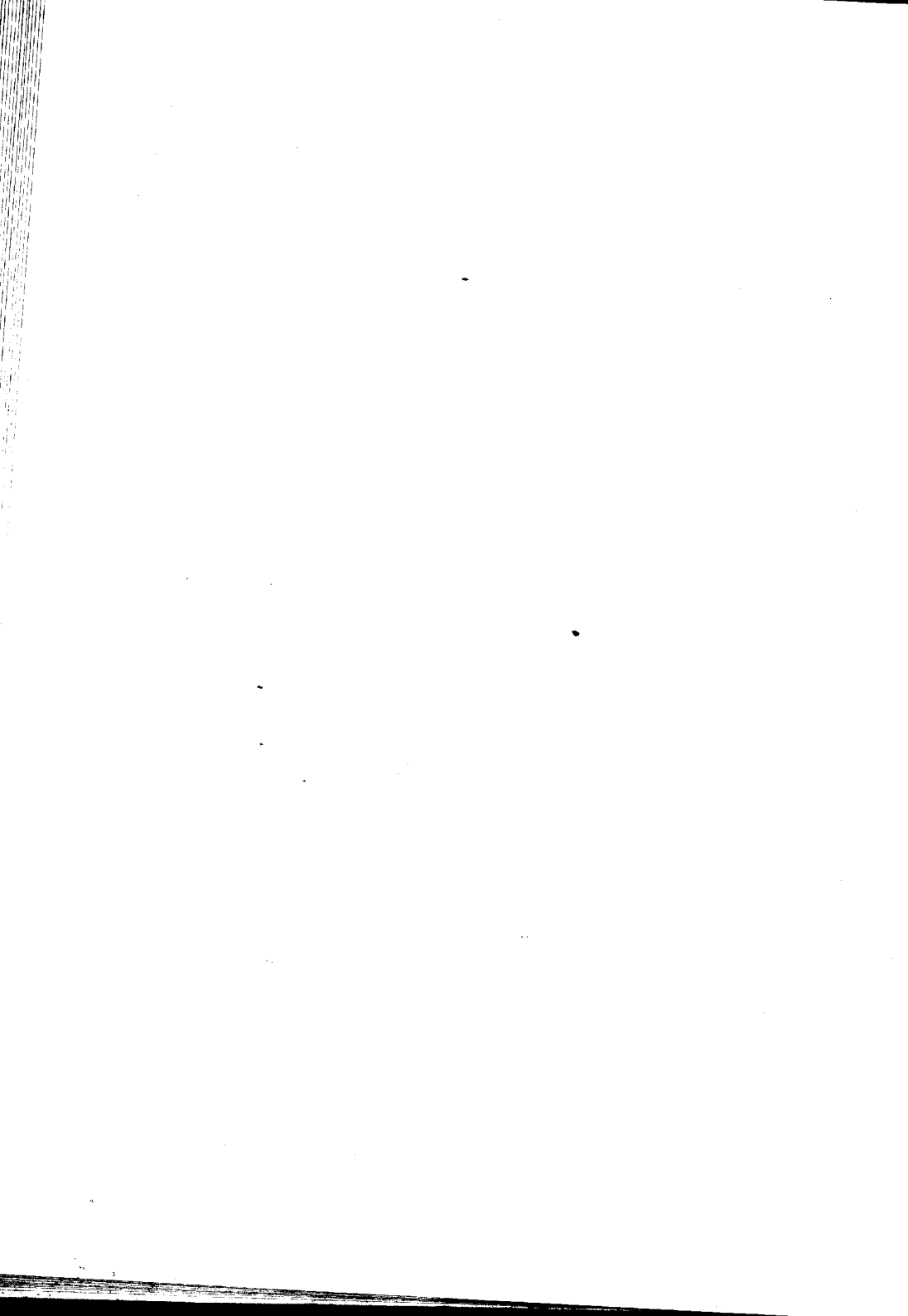


L. L.—Aneurisma de la arteria femoral.





L. L.—Al abandonar el servicio.



Estado a la salida: curado.

Diagnóstico clínico: Aneurisma de la arteria poplítea.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedades anteriores, siempre ha sido sano.

¿Sífilis y paludismo? No ha tenido.

Es un buen alcoholista y fumador.

Enfermedad actual. — Hace dos meses empezó a sentir, cuando trabajaba, un dolor de regular intensidad al nivel del hueso poplíteo derecho, que se calmaba con el reposo. Cuando marchaba claudicaba. Pocos días después, a pesar de la medicación tópica local empleada notó una tumefacción en la región del dolor, del tamaño, más o menos, de un huevo de paloma, que ha ido agrandándose paulatinamente hasta alcanzar el tamaño que hoy presenta.

Hace algunos días a estos síntomas se agregó una sensación de hormigueo al nivel de los dedos del pie, sensación que ha desaparecido actualmente. Durante la noche no experimenta ningún dolor. Duerme bien.

Estado actual. — Regular estado de nutrición, piel blanca, escaso panículo adiposo, musculatura y esqueleto: bien.

Facies: ligera asimetría facial.

Ojos: pupilas no reaccionan a la luz y perezosamente a la acomodación.

Boca: dentadura regularmente conservada.

Lengua: húmeda, poco saburral.

Amígdalas, paladar y farínge: nada de particular.

Cuello: normal.

Tórax: bien.

Aparatos circulatorio y respiratorio. — Normales.

Pulso: 80, regular, buena tensión.

Abdómen y órganos: bien.

Miembro inferior derecho: Muslo en ligera flexión sobre la pelvis; pierna en ligera flexión sobre el muslo.

Muslo: A la inspección y palpación nada anormal.

En la ingle adenopatía pronunciada (mayor que en el lado opuesto).

Hueco poplíteo: La región se halla completamente deformada por un tumor que la ocupa por entero, tumor liso, algo doloroso a la presión, renitente, parcialmente reductible, animado de un latido y expansión isócronos, con el pulso radial. La piel de la región se halla distendida, y en ella se pueden hacer con dificultad pliegues poco extensos

ligera adherencia). Algunas venas superficiales se encuentran en los extremos de la región. El tumor es de límites no muy netos; límite superior: a cuatro traveses de dedo por encima del pliegue de flexión; inferior: 3 traveses de dedo debajo del mismo; lateralmente se confunde con los tendones que limitan el hueco poplíteo difusamente. Si con cierta dificultad se palpan los tendones internos semitendinoso y semimembranosos, en cambio es imposible delimitar al tendón del biceps al parecer en íntimo contacto con el tumor. Por la profundidad aquél se pierde en el hueco poplíteo.

Palpación: Cuidadosamente se percibe un frémito sistólico.

Auscultación: Sopro sistólico intenso.

Movimientos: Activos: flexión y extensión, muy limitados.

Movimientos: Pasivos: flexión y extensión, muy limitados.

Flexión de los dedos: Se hace incompletamente.

Extensión del pie y dedos: imposible; nula por parálisis, por compresión del *ciático poplíteo externo*.

Sensibilidad: normal.

Exámenes de laboratorio

Sangre: Anemia, roja ligera, glóbulos normales.

Reacción de Wassermann: francamente positiva.

Orina: Albúmina 0,33 o/oo, sin cilindros ni células patológicas.

Operación. — Operador: Profesor Gandolfo. Ayudantes: Dr. Adolfo F. Landívar y practicante mayor Caffera.

Anestesia clorofórmica.

Incisión vertical sobre el hueco poplíteo, pasando a dos traveses de dedo arriba y abajo del tumor; costados los planos superficiales se llega al saco aneurismático, el cual está adherido sólidamente a los planos blandos, sobre todo en la parte inferior, donde se ve al nervio ciático poplíteo externo reducido a una lámina por la compresión del tumor. Se aísla cuidadosamente, se investiga en la parte superior la entrada de la arteria en el saco y se liga con catgut grueso cerca del saco. Por la parte inferior la desembocadura de la arteria se encuentra no en la terminación del saco, sino sobre su cara profunda, en un plano más posterior. Se liga el cabo inferior con catgut y se extirpa la pieza, que demuestra ser un aneurisma sacciforme. Suturas con catgut de los planos musculares, sutura de la piel con crin. No se deja drenaje profiláctico.

Curación per primam: El enfermo camina bien, ha venido varias veces al consultorio para tomar masajes.

HISTORIA CLÍNICA IV

Antonio Bastón, 21 años, español, carnicero, Río Janeiro 1672 (Capital). Sala 1, cama 14, folio 96.

Entrada: 2 de Mayo, 1912. Salida: 20 de Mayo, 1912.

Estado a la salida: curado.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes personales. — Buen bebedor, con ensueños terroríficos; fumador. No hay venéreas y paludismo.

Enfermedad actual. — El día 23 del mes pasado se hirió casualmente con un cuchillo muy puntiagudo en el antebrazo izquierdo, saltando en seguida un chorro de sangre, que iba a cerca de un metro de distancia, como si saliera de un pomo. Para detener la sangre le ataron un pañuelo y lo enviaron a la Asistencia Pública, donde le sacaron la venda, y como no saliera sangre le cosieron la herida y lo vendaron.

Ese mismo día el enfermo se apercibió que su dedo meñique estaba adormecido y que los dedos de la mano se le iban flexionando e hinchándose, prolongándose la hinchazón hasta el antebrazo, al mis-

mo tiempo que comenzó a sentir dolores al querer estirar los dedos de la mano; pero el dedo meñique le dolía espontáneamente, y el dolor se irradiaba por la cara palmar de la mano, lado interno, parte interna del antebrazo y brazo hasta la axila. Cuatro días después asistió a la formación de un moretón en el antebrazo cerca de la herida y sintió algo de fiebre.

A los 8 días le extrajeron los puntos, y al día siguiente la herida se entreabrió, teniendo su antebrazo siempre hinchado, lo mismo que la mano y los dedos.

Estado actual.—Sujeto blanco, regular estado general, un poco de palidez.

Pulso: 90, regular, tensión buena.

Organos internos: bien.

Antebrazo izquierdo: En la unión del tercio inferior con el tercio medio presenta una herida incisa con sus bordes abiertos con tendencia a granular, próxima al borde interno del antebrazo y de dirección oblicua, de abajo arriba y de dentro afuera, la superficie que se por entre los bordes de la herida es roja y lisa; tanto la herida como la parte vecina están levantadas con respecto al plano del antebrazo, pero se puede observar que este levantamiento es más acentuado del lado interno que del externo.

El abultamiento se destaca bajo la forma de una ampolla del tamaño de una almendra, hacia todos lados la parte saliente desciende en forma de una pendiente suave. Hay equímosis en el antebrazo.

Edema del antebrazo, mano y dedos: éstos están en hiperflexión. Palpando se ve que hay edema en toda la parte hinchada, tocando la parte de la herida y sus contornos se nota sensación dura elástica con la particularidad de que se deprime como si el contenido redujera su volumen; al mismo tiempo se observa un latido que es expansivo, y en el momento de apretarlo el enfermo acusa dolor, aunque no muy intenso. La parte que presenta los caracteres y la consistencia que acabamos de anotar se extiende desde el borde cubital al radial y tendrá unos cuatro a cinco centímetros de altura. En la periferia se apercibe una induración irregular y difusa, dolorosa a la presión. El latido es más acusado del lado interno, al mismo tiempo que más superficial, el todo inmóvil, piel libre, exceptuando en el sitio de la pérdida de substancia.

Auscultando se nota en el lado interno un soplo rasposo y poco intenso, que coincide con el pulso radial del mismo lado; esto es sistólico. Si en los movimientos de la muñeca, extendiéndola, los dedos se flexionan más, en cambio, flexionando la muñeca, los dedos se deflexionan en su última falange, aun-

que incompletamente, y si pasivamente se deflexionan por completo, conservando en flexión la primera, teniendo la muñeca en extensión, se necesita un poder de fuerza mucho mayor y el enfermo acusa gran dolor. Poniendo en flexión se consigue extender pasivamente las últimas falanges, sobre la primera, pero si se quiere pasar de ciertos límites hay dolor. Esto en lo que se refiere a los cuatro últimos dedos, porque el dedo pulgar está en extensión y la flexión se hace con dificultad y dolor. Actualmente, los movimientos de la muñeca son la flexión, poco; en la línea mediocarpiana, poco; lateralidad en las metacárpo-falángicas y falángicas, reducidas, y pasivamente lo mismo, con dolores. La extensión es reducida y dolorosa.

Trastornos de la sensibilidad: Anestesia en la cara palmar del dedo auricular, partes laterales y cara dorsal de la primera falange de ese dedo. Hipoestesia cara interna del auricular y anestesia de la última falange del dedo susodicho. No hay ganglios epitrocleares ni axilares.

Operación (Mayo 7.—Operador: Dr. Gandolfo. Ayudante: Dr. Marotta.

Anestesia clorofórmica.

Incisión para la ligadura de la arteria cubital en el tercio inferior del antebrazo; disección de los planos blandos, incisión de la capa fibrosa del fle-

xor superficial; se encuentra un saco aneurismático del tamaño de una almendra, se aísla y abre con bisturí, limpiándolo de los coágulos cruóricos y fibrinosos que contiene, encontrándose la arteria cubital incompletamente seccionada; se ligan los dos cabos central y periférico con catgut, resecaando el saco, el cual está en gran parte constituido por los tejidos blandos ambientes. Por fuera se constata el nervio cubital seccionado incompletamente con una herida en sacabocado, suturándose con un punto de seda, sutura de los planos profundos con catgut. Crin a la piel, se deja un pequeño drenaje de gasa. Inmovilización del miembro en una manopla, mano en flexión exagerada. La herida operatoria está sana, y el enfermo se retira en buenas condiciones a los diez y ocho días de operado, con la herida producida por el arma en duración. Estamos en presencia de un aneurisma difuso de la cubital con sección incompleta del nervio.

HISTORIA CLÍNICA V

Luis Cánepa, 48 años, italiano, dependiente de comercio, Las Heras 586. Sala II, cama 31, folio 112.

Diagnóstico: Dilatación de la carótida primitiva.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes personales. — No recuerda otra enfermedad que sarampión. Fuma poco, buen bebedor.

Enfermedad actual. — Subjetivamente el padecimiento se inició hace 1 1/2 años, consensación de latido en el lado derecho del cuello; inmediatamente pudo palpar en ese sitio un abultamiento pulsátil sumamente movable, indoloro a la presión, que aumentó poco en los primeros meses, en que alcanzó el tamaño de un carozo de durazno, quedando estacionario hasta la fecha.

Hace nos tres meses fué visto en este consultorio, y como tuviese una reacción de Wassermann positiva, le hicieron seis inyecciones intramusculares de salicilato de hidrargirio. El abultamiento no mejoró nada, por eso ingresa al servicio. En ningún momento sintió dolores ni molestia alguna.

Estado actual. — Sujeto en buen estado general, buen desarrollo muscular y óseo, piel blanca, mucosas coloreadas.

Cuello: En la región infrahioidea, entre el músculo esternocleido mastoideo derecho y la laringe de un lado y el ángulo maxilar y la articulación esternoclavicular del otro, se nota una eminencia redondeada pulsátil del tamaño de un huevo de

gallina, con expansión sistólica, cubierta la piel de aspecto normal, libre. A la palpación el tumor es liso, se mueve lateralmente, pero es nulo su desplazamiento vertical con sensación de dureza elástica, animados de latidos isócronos con el pulso radial. Comprimiendo la carótida primitiva por dentro del esternocleido mastoideo derecho se consigue hacer desaparecer la expansión y los latidos y mucha de la saliencia del abultamiento. Auscultando se oyen dos latidos, uno débil, que coincide con el sístole cardíaco; el otro fuerte, intenso y grave, de mayor duración, que coincide con la diástole cardíaca. No es posible afirmar la existencia de un soplo.

Corazón: Punta en el 6.º espacio, línea mamilar izquierda, primer tono apagado, en el segundo tono se oye reforzamiento, timbre rasposo, grave. En la base, en la foseta supra esternal se palpa un latido aórtico y las subclavias algo levantadas.

Pulso: Amplio, tenso, regular, 80 por minuto.

Pulmones: normales.

Abdómen y órganos: bien.

Anillos inguinales: Doble hernia inguinal que no desea operarlas.

Exámenes de laboratorio

Orinas: bien. Wassermann positiva.

Operación. — Operador: Dr. Gondolfo. Ayudante: Dr. Landívar.

Anestesia elorofórmica.

Incisión vertical de seis centímetros, sobre el borde anterior del esternocleido mastoideo derecho y en la parte más saliente del tumor, se ve la carótida interna alargada y acodada y dilatada del tamaño de un carozo de durazno; se disecciona y aísla del paquete vásculonervioso y se liga en sus dos extremos con seda, reseca el saco que está constituido por las paredes de la misma arteria.

Sutura de la piel con crin. Cura per primam. El enfermo ha seguido bien y es dado de alta a los doce días de operado.

INCISIÓN DEL SACO

Este método operatorio, denominado de Antillus por ser el que por primera vez lo practicara, allá por el siglo tercero, no fué conocido en sus detalles más que por las descripciones hechas por Oribasio. El procedimiento consistía en la disección del saco, buscando luego las ramas aferentes y eferentes que los ligaba encima y debajo de aquél. Abría luego el saco y lo vaciaba de su contenido, ligando el vaso principal en el último tiempo, luego dejaba que se cicatrizara por segunda intención.

Esta es la operación, tal cual se la practicaba en la edad media; hoy la aneurismotomía consiste en la ligadura previa de los dos extremos del vaso por encima y debajo de la lesión. Con hemostasia (previa) con la venda de Esmarch se incide el saco marsupiarizándolo a la pared, y se tapona con gasa iodofórmica dejándolo cerrar por segunda intención.

Esta operación fué modificada por Syme, en 1857, quien utilizaba el dedo introducido por un orificio practicado al saco para hacer la disección ulterior del saco en los casos en que era imposible cerrar el extremo central de la arteria; esto producía, como se comprenderá, gran hemorragia y fué abandonado.

Mickulicz, en el mismo año, hacía el Antillus en dos tiempos; en el primero una ligadura a la Anel o Hunter, y después de haberse asegurado la circulación colateral punzaba el saco con un trocart grueso, agrandando el orificio con una pequeña incisión a bisturí, lo dejaba cicatrizar por granulación; este método tampoco adelantó.

Esta operación se hizo en todos los tiempos; Keyslére, Sué, Sebatier y Allquié, de la escuela de Montpellier, lo practicó en gran escala, y entre nosotros fué practicada por vez primera por el doctor Juan B. Justo, en el año 1894, y publicada en la Revista de la Sociedad Médica Argentina, en ese

año. La incisión del saco y su marsupialización, dice el Dr. Cranwell en su obra citada varias veces en este trabajo, “es seguramente más radical y no sacrifica sino la parte lesionada del vaso; sacando los coágulos desaparece la compresión de los nervios y se favorece la circulación de retorno”, pero si bien es de una ejecución simple, ella es inferior a la extirpación, porque expone a una curación lenta, puesto que el saco queda abierto y debe curar por segunda intención, exponiendo a la infección más o menos rápida, a las hemorragias secundarias posibles por las colaterales que se abren en el saco, desconocidas en la operación porque están momentáneamente obturadas por coágulos, y además la conservación de un saco con todos los inconvenientes”. Es una operación que hizo época y pruebas, y puede devenir una operación de necesidad, en los casos tan difíciles como raros, en que la extirpación sea realmente imposible; de cualquier modo, la estadística en la era moderna de la cirugía acusa gran mortalidad, no pudiéndose aún imputarla toda a la operación en sí misma, como a su ejecución en los casos especialmente dificultosos que la clínica ofrece de vez en cuando.

CONSERVACIÓN DEL SACO

Aneurismorrafia

Se ha tratado, siempre progresando, de mejorar los resultados, disminuir en especial los casos de gangrena que resultan del sacrificio de un segmento de vaso, conservando o reconstruyendo la arteria enferma; esto es hacer la terapéutica conservadora como llaman Monod y Vauverts. Trataremos de agrupar todos los esfuerzos llevados a ese ideal, examinando estas tentativas que han sido utilizadas de distintos modos, describiendo la aneurismorrafia. Esta operación conservadora puede ser obliterativa, restauradora o reestructora, explicándonos sus denominaciones el objeto quirúrgico que llevan. La aneurismorrafia fué instituida por R. Matas, de Nueva Orleans, y adoptada por la totalidad de los americanos.

El primer caso de Matas era una aneurisma de la humeral, en el cual fracasaron las ligaduras; en el año 1888 hízose la publicación.

Matas considera el saco aneurismático como si fuera una serosa, la que lo tapiza; ésta sería la membrana endotelial, la que deriva histológicamente del endotelio de los vasavasórum o del endotelio de la arteria en su porción sana. Como esta mem-

brana endotelial tiene propiedades constructoras proliferantes, siempre que se asegure su vitalidad por la nutrición, adosando las superficies internas del saco por la sutura, se adosarán éstas y se fundirán de la igual y misma manera que lo hace una peritonización.

De este modo, dice Matas, en Keun's Surgery, la hemostasia asegurada de los extremos arteriales por la sutura, esta también excluirá al saco de la circulación general y el saco seguirá viviendo con vida propia.

Las ventajas que reconoce el autor en su método son:

1.º La disminución de probabilidades de gangrena, puesto que respeta todos los vasos colaterales.

2.º No se lesiona la vena satélite que acompaña a la arteria puesto que la operación es intrasacular.

3.º En los aneurismas fusiformes la arteria principal de un miembro puede reconstruirse.

Ahora bien; la conservación del saco puede ser total en el caso de una aneurismorrafia intrasacular típica, o es parcial en la atípica; en la primera todo el saco íntegro se conserva, en la segunda se reseca un pedazo de la pared aneurismática.

a) *Aneurismorrafia intrasacular obliterante*

Fué el método más empleado, de los Matas; en el año 1908, en un total de 85 casos, fué hecho 59 veces.

Consiste en abrir el saco directamente sin disecarlo, sacar los coágulos que lo llenan y cerrar todos los orificios vasculares que se vean con puntos de sutura con hilo de seda fina, obliterando final el saco, adosando las paredes por capitonaje con catgut, de manera que la parte de arteria obturada es exclusivamente la parte enferma y se suprime de este modo toda fuente de irrigación sanguínea a la cavidad. La herida se cierra como de ordinario dejando o no drenaje según el caso especial. Este método estaría indicado en los aneurismas fusiformes, en los casos en que la pared del saco es extremadamente friable o por alteraciones patológicas de sus paredes, imposibilita el empleo de otro medio, en esos casos también está descontado el fracaso de una otra operación que intentara permeabilizar el vaso, haciendo a la arteria útil. Se ha dicho que el método es de fácil ejecución operatoria, es realmente mucho más simple capitonar un saco después de haber cerrado todas las colaterales que resecarlo después de una disección más o menos engorrosa; pero no es igualmente fácil evi-

tar el menor detalle una pequeñita arteriola que no se ligue porque no es vista o por olvido, daría lugar a hemorragias desconocidas para la extirpación, y nosotros no estamos aún bien informados respecto a la suerte que han seguido los que conservan el saco; ¿quién nos asegura que éste no ha provocado fenómenos de compresión?; ¿quién nos afirma que no ha dejado los disturbios funcionales en el miembro operado? Si la proporción de las curas es más o menos equivalente en este procedimiento que en la extirpación, la gangrena aparece con más frecuencia después de la aneurismorrafia; llegando para los aneurismas de la arteria femoral a la cifra de 16,7 o/o, cuando en el método de Purmann es de 3,7 o/o, en la estadística de Monod y Vauverts.

b) *Aneurismorrafia restauradora*

Este método quirúrgico realiza un método ideal, puesto que suprime la lesión arterial conservando y restaurando la arteria enferma; pero es un procedimiento que queda limitado a los aneurismas en los cuales el tronco de origen tiene su forma normal, esto es, en los casos de tipo sacciforme, y en los casos en que existe un canal desde la entrada a la salida del saco, canal bien delimitado y de cierta profundidad, que no es otra cosa que una parte

sana del vaso. Una vez hecha la incisión operatoria se busca el saco, se lo abre a bisturí y descubierta bien la abertura de aquél en la arteria principal, se hace sobre él una jareta o sutura continua que atravesando todas las tunicas deja permeable la luz de la arteria por su conducto natural. En el segundo tiempo se capitona el saco mismo, adosando y replegando las superficies endoteliales, como ha sido expuesto en la anterior, completando el cierre de la herida o incisión de la piel y partes blandas. Es una lástima que las ocasiones para aplicarlo sean pocas, y el mismo Matas, en 86 casos, no ha podido usar el método más que 15 veces únicamente; sin embargo, la restauración ha dado resultados brillantes.

Aneurismorrafia restructora

Cuando nos encontramos con un saco de paredes elásticas, de resistencia buena, y están frente a frente los orificios de la arteria enferma, como en los aneurismas fusiformes, en especial, y en todos los casos en que se tema la insuficiencia de la circulación colateral se restablecerá la continuidad del vaso reconstruyendo el conducto por una técnica especial. Abierto el saco, como en los casos anteriores, se introduce en la luz de los orificios car-

díaco y periférico de la arteria, un tutor que puede ser: una sonda de Nélaton, un tubo de drenaje o un estilete, y se sutura sobre él las paredes del saco, teniendo cuidado de extraer el tutor antes de cerrar el último punto de sutura. El resto de la operación no tiene diferencia con el anterior. Los resultados del procedimiento no son muy halagadores, su aplicación es de dificultades especiales; quizá con una técnica especial sea posible una perfección deseable en el porvenir. Las estadísticas nos indican que es en este procedimiento donde hubo más recidivas: cuatro en trece operados de Matas. Este autor ha modificado cada uno de los casos, según sea más o menos difícil el adosamiento de la serosa endotelial, a objeto de ocluir bien las partes a saturar para evitar los espacios muertos. Cuando la sutura por los bordes del saco es imposible, completa, se tapizan las paredes con colgajos cutáneos por deslizamiento o ingerto, colgajos pediculares, etc., y en los aneurismas intraperitoneales se adosará cuidadosamente al peritoneo por encima. En todos los casos recomienda especialmente esperar, no precipitarse en una operación, hacer bien la hemóstasis preventiva con la venda de Esmarch y con pinzas especiales, haciendo metódicamente las suturas. La espera armada obedecerá, sobre todo, a la indicación importante de favorecer la formación de la circulación colateral y a la formación regular del

endotelio en el saco en virtud del cual éste desaparecerá fisiológicamente. Es por esta razón que en los aneurismas traumáticos no se da el tiempo de la endotelización, y la operación endosacular fracasa. El método que trabaja por la parte interna del saco aneurismático, como el de Matas, con las subdivisiones estudiadas especialmente, es un adelanto palpable de la cirugía vascular; él no toca la arteria ni los tejidos perisaculares en ningún tiempo; pero en todo caso y en el momento actual, la obliteración intrasacular por sutura en la forma descripta en el primer procedimiento es la que debemos escoger, hasta que los éxitos en otros momentos no lejanos nos encaminen al ideal. El método llamado aneurismorrafia obliterante, conserva todas las vías colaterales y está indicado en los aneurismas traumáticos, como en los espontáneos, y además, puede llegar a los límites de la sencillez con los perfeccionamientos de la práctica.

LA LIGADURA INTRASACULAR

Es una ligadura practicada desde el interior del saco aneurismático, operación relativamente fácil que practicaron por primera vez Syme, en 1861, y Annandale, cirujano de Edimburgo, en 1885. Aplicado el método en especial a los aneu-

rismas traumáticos, consiste en buscar el orificio del vaso herido para orientar la ligadura. Hecha la hemóstasis previa se introducen por el orificio de la herida arterial dos catéteres; uno en el sentido proximal y otro en el distal, practicando una pequeña abertura en el lecho del saco de cada lado del orificio, en frente de la herida arterial y pasando un catgut o una seda fina se hace la hemostasia de un extremo arterial, y esto se repite en el otro cabo, quedando de este modo cerrado el orificio por donde sale la sangre. Antes de cerrar los puntos o nudos se extraen los catéteres. El Dr. Kikuzi y otros japoneses, tal vez ignorando estos estudios, trataron de adoptar el método haciéndolo suyo; después de haber usado la ligadura, la extirpación típica del aneurisma y la modificación especial al método de Antyllus.

M. Kikuzi operaba con una pequeña incisión lo más próxima al saco aneurismático, y sin venda de Esmarch ni constrictor alguno seccionaba entre dos ligaduras la parte inferior de la arteria por debajo del saco. Entonces recién colocaba en la base del miembro una venda compresora y elevaba aquél de modo de operar sin sangre. En este momento abría el saco, evacuaba los coágulos contenidos en él y entonces por el orificio inferior de la arteria ligada introducía un catéter largo, para reconocer el orificio de la arteria en el saco des-

pués de haber visto bien el fondo de éste a través de la incisión. Esta maniobra le permitía ver bien los orificios de la arteria lesionada en el interior del saco y sus paredes, y en esta forma le era fácil ligar sus extremos sin alterar los tejidos perianeurismáticos y produciendo mucho menos traumatismo que con la extirpación del saco.

No tardó este cirujano en modificar su método, colocando previamente la venda de Esmrath o de Nicaise; obtenía una anemia completa del miembro y entonces abría el saco, y por ese orificio introducía dos sondas que forman en relieve el fondo del saco y los orificios arteriales en él. En este momento, y atravesando el saco ligaba sus dos extremos por dentro siempre del aneurisma y a corta distancia de la abertura. Asegurada la hemostasia, aflojaba la venda de compresión y achicando lo más posible el saco, le introducía una mecha de gasa iodoformada. Cerraba la herida parcialmente para dejar salida a la gasa. Algunos meses más tarde Kikuzi no se apuraba a buscar con sondas los orificios aferente y eferente de la arteria herida, pues decía que bastaba aflojar un poco la venda de Esmarch para que un chorro de sangre indicara los orificios de abertura por dentro del saco y podía ligarlos fácilmente. Además, su práctica le enseñó que los aneurismas traumáticos se forman rápidamente en pocos días y que la sangre que da la abertura del

saco viene de la herida arterial y no de sus colaterales, que no han tenido tiempo de formarse, de modo que la ligadura intrasacular no elimina más que el trozo de vaso herido, que es siempre más pequeño que en la ligadura extrasacular. Este conocimiento es el del Dr. Félix Lejars, tal cual lo expresa en un caso que relataré en la aplicación del método para los aneurismos arteriovenosos en el capítulo siguiente.

Otros cirujanos que han usado el método, como Saigo y Tamaka, en la guerra ruso-japonesa, aconsejan el método por su rapidez de ejecución, pero recomiendan esperar un mes o mes y medio para evitar la infección y esperar el desarrollo de la circulación colateral para estar al abrigo de cualquier inconveniente que surgiese de la operación. Los cirujanos franceses no han usado el método, todos son partidarios de la ligadura y de la extirpación sobre todo, a la cual le reconocen las mejores cualidades, llevando la indicación con oportunidad y cuidado. Las estadísticas de los japoneses son buenas; en dos centenares de operados no han tenido más de dos por ciento de gangrenas, y las ventajas que hacen constatar en sus informes son: 1.º Acor-tamiento de la intervención quirúrgica. 2.º El trozo obliterado de arteria es pequeño, y sólo lo necesario. 3.º No se tocan las ramas colaterales. Entre nosotros, el Dr. Miguel Sussini se ha ocupado espe-

cialmente de cirugía vascular, presentando en repetidas sesiones a la "Sociedad Médica Argentina" aneurismas operados en todos los vasos periféricos.

Este cirujano, defendiendo el método de la ligadura intrasacular, al cual le asigna las cualidades anteriormente citadas, dice que consulta mejor con la anatomía y fisiología patológicas de la lesión. Sin embargo, el Dr. Sussini no hace en realidad una ligadura de la arteria, sino una jareta ya de seda, ya de hilo de lino a cada uno de los extremos, distal y proximal del vaso enfermo, después de haber abierto el saco y siempre por dentro de éste. El resto del saco se hace desaparecer por capitonaje y plegamiento de sus paredes, tratando siempre de disminuir los espacios muertos en la forma en que hace Matas en la aneurismorrafia obliterativa que hemos descrito en el capítulo anterior. El método que estudiamos va dirigido a la cura radical de los aneurismas, como los traumáticos, que se constituyen sin desarrollar casi ninguna circulación colateral; puesto que los formados por alteración patológica de la arteria, como son los espontáneos, tienen siempre desarrollada y asegurada una abundante circulación colateral y la ligadura del vaso principal no sería suficiente para detener la hemorragia que sucedería al retiro de la venda de Esmarch. En estos casos la arteriorrafia y la

resección del saco son las preferidas y las indicadas.

MÉTODOS COMBINADOS

Resección del saco con arteriorrafia lateral

Operación entrevista por Murphy de los Estados Unidos, fué practicada por Garré en el año de 1904 en un caso de aneurisma arteriovenoso de los vasos femorales, en la entrada del canal de los aductores de Hunter en que se tuvo que seccionar la vena femoral pegada al saco y ligarla en sus dos cabos, luego resecar el aneurisma hasta su cuello, el cual fué suturado tomando los puntos de apoyo entre éste y las paredes de la arteria sana. La operación fué un éxito.

Los estudios experimentales de Jaboulay y Brián, que nacían desde los años 1896 y 97 y sobre todo y por todo, la obra de Carrel comenzada en Lyon en 1902 que debía perseguirse luego en América han contribuido a que la sutura arterial adquiriera una difusión grande, aunque su progreso es sólido pero lento. La inocuidad de los puntos perforantes, la necesidad de una asepsia rigurosa, los medios de evitar la coagulación en las suturas, etc. ;

son datos sobre los cuales Carrel ha insistido tanto como para dar al método una semiseguridad quirúrgica. En el año 1909 Sencert, en un viejo de 63 años que estaba atacado de un aneurisma arterial de la femoral cuya brecha medía 1 centímetro de longitud por 7 a 8 milímetros de ancho le hizo una sutura lateral y el enfermo curó sin ningún incidente y a ese respecto dice “las observaciones alcanzan ya el número veinte con la cura perfecta del individuo y sin gangrena, ni siquiera limitada de un miembro.”

Resección del saco con arteriorrafia circular

Las primeras tentativas de Postemsky en 1886, se afianzaron con los hermosas adquisiciones de Carrel quien retomando la sutura circular con puntos perforantes añadió los puntos de apoyo previos; alcanzando por este método el más alto porcentaje de permeabilidad normal de los vasos suturados en los 352 casos, obtuvo permeabilidad normal en 49.84 o/o.

Erich Lexer de Koeigesberg, fué el primero que operó un aneurisma por este procedimiento; se trataba de un aneurisma arteriovenoso de los vasos poplíteos y hubo necesidad de reseccionar arteria y vena en el sitio de la comunicación.

Como los extremos estaban alejados uno de otro por una distancia de dos traveses de dedo, Lexer por una distancia de dos traveses de dedo, Lexer rodilla en flexión en ángulo de 90° lo que le trajo como único inconveniente la aukirosis de la articulación, pero la sutura fué un éxito completo. En el año 1910 Leblein, de Praga, asistió un enfermo que presentaba por debajo de la arcada crural, tres semanas después de haber sido herido por una bala de revolver, un tumor pulsátil con frémito y todos los caracteres de un aneurisma arterial en la base del triángulo de Scapa izquierdo. Se hizo una ligadura incompleta con un tubo de drenaje a la iliaca externa de ese lado, y como esto le produjera al enfermo grandes dolores, Lieblen le operó el aneurisma y colocando un clamp sobre la femoral, reseccó el saco aneurismático, aislando de este modo la arteria lesionada. Las dos extremidades arteriales, perfectamente afrontadas con dos clamps especiales fueron suturadas extremo a extremo, con la técnica de Garré y Stiek, la circulación se hizo bien y al cabo de un mes el pulso en la tibial posterior y en la pedia se percibían. Enderlen de Wuzburgo y Stiek de Bonn; hicieron con éxito halagador la sutura circular de los aneurismas, lo mismo que Lexer. En los años 1911 Omi del Japón, operó correctamente un aneurisma de la poplítea izquierda; y Key de Stockolm reseccó 4 centímetros de arteria

poplítea enyesando la pierna en ángulo de 45° con igual resultado feliz.

*Extirpación del saco con anastomosis
arterio venosa*

Es un método pocas veces usado, su indicación es evitar la gangrena pidiendo a la vena suplir a la arteria, asegurando la penetración de la sangre en los capilares; abocando el cabo central de la arteria en el cabo periférico de la vena satélite. La sutura término-terminal es con mucho la más segura como resultados, y es también la mejor reglada como técnica. Cuando la sutura extremo a extremo es imposible en los aneurismas; Halsted y Vangham de Chicago, aconsejan la anastomosis arteriovenosa, para mantener una circulación suficiente hasta el establecimiento de la circulación colateral. No existe inversión permanente de la circulación, la anastomosis es obliterada con el tiempo por la proliferación de la endovena y la trombosis progresiva.

Goyanes de Madrid, en un aneurisma fusiforme de la región fémoro pollíteo en un adulto; seccionó la arteria y la vena, ligando el cabo central de la vena y el periférico de la arteria. Luego hizo la sutura circular del cabo central de la femoral con el periférico de la vena del mismo nombre, el saco

quedó en su sitio primitivo y el enfermo curó habiendo sostenido su bienestar por espacio de seis meses, fecha en que se perdió de vista.

Quenú y Muret en el año 1910, nos citan otra tentativa realizada por Goyanes, en un aneurisma de la poplítea. Este cirujano hizo una anastomosis arteriovenosa por encima del saco, suturado la arteria poplítea femoral en su cabo cardiaco al cabo periférico de la vena poplítea; y por debajo del saco aneurismático suturó en la misma forma; de manera que el segmento de aneurisma se transformó en vena.

No sabemos su resultado ulterior, pero existe también otro caso publicado en los anales médicos europeos.

Extirpación del saco con injerto venoso y arterial

En el tratamiento de los aneurismas existen casos en que se puede pensar en practicar el injerto vascular, cuando la ligadura fuese peligrosa y la sutura imposible por la pérdida de substancia vascular. Y como dicen los doctores E. Villard y E. Perrin de la escuela de Lyon: "en la cura de los aneurismas el ideal sería la extirpación del saco, seguida del restablecimiento de la continuidad de la arteria por medio de un injerto vascular cuando la porción reseca no permite la aproximación de

los extremos. En el año 1907 dos cirujanos europeos Lexer y Delbet intentaron esta operación con el resultado que veremos. El caso de Lexer era un aneurisma difuso de la arteria axilar en un sujeto de 69 años, que se habrá luxado el hombro. Hecha la incisión de la ligadura de la axilar, llegó al saco lo abrió, sacó los coágulos que lo llenaban y resecó un segmento de tres centímetros de arteria; en esta ocasión los cabos vasculares estaban separados uno de otro por un intervalo de ocho centímetros, encontrándose en la imposibilidad material de aproximarlos, extirpó del muslo del enfermo un trozo de safena de longitud equivalente, y orientándolo en el sentido de la abertura de sus válvulas lo interpuso entre las extremidades de la arteria seccionada con sutura circular extremo a extremo. La circulación se restableció inmediatamente pero al quinto día cesó la circulación del brazo y el enfermo murió de delirium tremens.

La autopsia mostró las suturas intactas y la vena perfectamente permeables. El caso de Delbet era un aneurisma de la arteria poplítea; que extirpó y trató de restablecer la continuidad vasal, con un trozo de arteria poplítea de un amputado recientemente por otro cirujano. El enfermo de Delbet era también un viejo y sus arterias esclerosadas, le expusieron al fracaso completo. Algunos días más tarde el enfermo sufrió una ligadura de la femoral

en el canal de Hunter y posteriormente una amputación circular del muslo por gangrena de la pierna. Doyen en el congreso de Cirugía de 1909, presentó un enfermo operado por él, en Mayo de ese año por aneurisma poplíteo. El sujeto tenía la pierna con un edema crónico, elefantíásica, la vena poplíteica que había sido llevada con el saco fué reconstituida por un trozo de vena yugular externa de carnero, no encontrándose más detalles sobre los resultados obtenidos por Doyen. La fecha de la operación fué el día 10 de Abril de 1909.

Entre nosotros el doctor Aquiles Pirovano del Hospital Pirovano, intentó en los últimos días del mes de Mayo de 1910, el injerto arterial, con éxito desgraciado también. Se trataba de un hombre joven de 4 años con antecedentes luéticos averiguados, que por esta razón padecía de un aneurisma de la arteria femoral avanzando sobre la región iliaca externa. Fué tratado por la compresión y fracasó, entonces se intervino con el pulso a 110 y 38.4° de temperatura. Como la indicación operatoria apremia, el doctor Pirovano no puede esperar cadáver reciente y decide extraer de uno, muerto hace 10 horas un pedazo de 16 centímetros de iliaca externa y femoral conjuntamente, que coloca en suero fisiológico tibio. Con hemostasia preventiva a lo Momburg, aísla el saco lo abre y saca abundantes coá-

gulos filrinosos y eruóricos y reseca el saco, salvo la parte interna que se adhiere a la vena.

Colocado el injerto se lo sutura, con una sutura continúa arriba y abajo reforzada. El injerto late bien, en los días siguientes, la fiebre cae el enfermo mejora; pero a los seis días la herida supura pero el estado general no se altera tanto.

Cuando la cura aparente se pone de manifiesto, estalla una peritonitis que mata al enfermo diez y ocho días después de la operación; peritonitis a punto de origen en la infección de la herida propagada al peritoneo de la fosa iliaca. La autopsia demuestra el injerto prendido pero trombosado en una parte estrechada que correspondía a la ligadura de una arteria colateral.

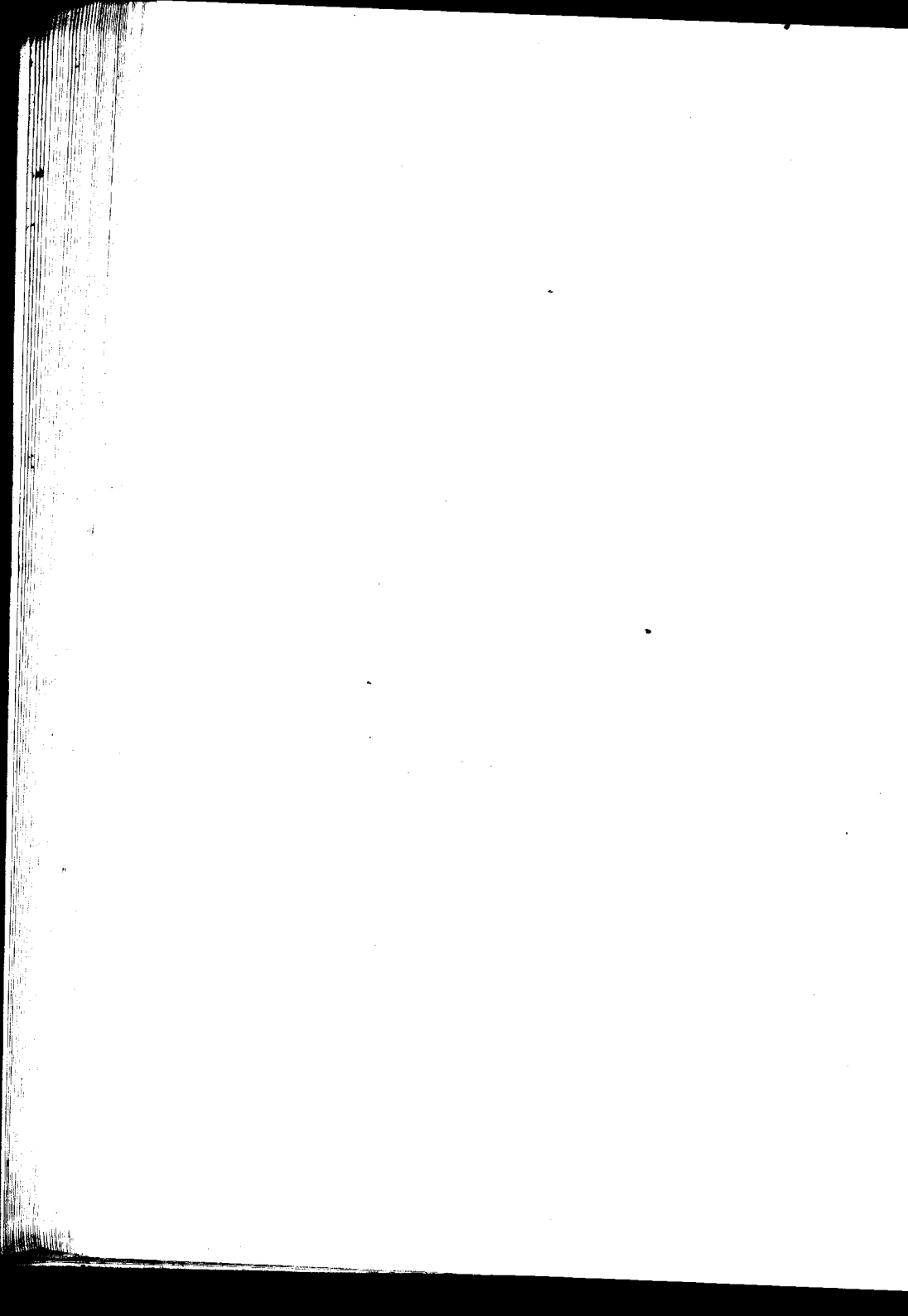
En fin en el año 1912 Goecke operó un aneurisma de la arteria poplítea reseicándolo y extirpando en totalidad ocho centímetros de arteria; como no pudiera por esta razón hacer sutra extremo a extremo, sacó de la vena sofena izquierda, de su enfermo el trozo necesario y orientándolo por las válvulas, lo suturó por sus extremos con una sutura circular. Al final de la operación, el pulso tibial posterior era bueno, pero a los quince días no se sentía más. La herida supuró, el enfermo se levantaba y caminaba al parecer curado. Un buen día a los 4 meses de su operación falleció bruscamente por embolia pulmonar, encontrándose en la autopsia una pro-

funda supuración del hueso poplíteo y de la articulación de la rodilla y la arteria trombosada en el sitio de los suturas, pero permeable en el segmento injertado.

Como podemos darnos cuenta, estos procedimientos que podrán gozar de mucho interés quirúrgico, no deben ser juzgados por los fracasos que hayan dado, y con la perfección que debe esperarse, conseguirán a no dudarlo entrar en la práctica diaria, en una época no lejana todavía para nosotros. Recientemente el doctor Ernesto Unger de Berlín, ha intentado con éxito completo dos injertos; uno de ellos por un aneurisma arterial de la poplítea. Extirpado el saco, el vaso quedó corto de todo el espacio que va desde el canal de Hunter hasta la división de la poplítea en los dos tibiales este cirujano tomó 15 centímetros de safena y la orientó y saturó circularmente. El enfermo curó bien y a los 6 meses andaba y trabajaba. El otro caso lo referiré a propósito de los aneurismas arteriovenosos.

El doctor Coenen de Breslavia, que es un partidario decisivo de la sutura y del injerto vascular escribe el año pasado, aconsejando poner a descubierto el saco aneurismático peduncular los vasos, viéndolos latir y para eso no usa la venda de Esmarch, colocando luego una ligadura en la arteria por arriba y debajo del saco. Después coloca por debajo de la ligadura periférica una pinza de su

invención y la arteria es seccionada entre la ligadura y la pinza; si aflojando la pinza sale sangre el sistema colateral es suficiente. Si no existe derrame alguno y descartada la trómbosis la circulación es insuficiente y debe hacerse la sutura vascular combinada, o la transplatación de vena safena, resecando siempre el saco.



Los aneurismas arterio venosos

Es realmente difícil la distinción entre los aneurismas arteriovenosos y los hematomas arteriovenosos, si bien hasta ahora la diferencia no ha podido hacerse; la forma de producirse es bien conocida. En general, el tumor sanguíneo se forma por la herida simultánea de la arteria y de la vena, generalmente satélites; la hemorragia que se hace al exterior es por lo común insignificante, como podrá constatarse en nuestras observaciones, y los trayectos producidos por el arma cortante, punzante o corto-punzante; o los proyectiles modernos animados de gran velocidad inicial, curan bien. Lo mismo cicatriza rápidamente el orificio de entrada del cuerpo hiriente pero al cabo de un cierto tiempo vemos aparecer un tumor pulsátil. Este tumor está envuelto de una pared, que está formada por tejido celular ambiente rechazado y apretado por la relativa vejez de la lesión y restos de las paredes vasculares heridas; es un hematoma arteriovenoso co-

mo dice Weber (O.), más que un aneurisma arteriovenoso propiamente dicho, como sería el abocamiento de un saco aórtico en la pulmonar en que se adosan las paredes íntimamente. Pero de cualquier manera existe toda ventaja en acercar estos casos de hematomas arteriovenosos antiguos, respecto a su formación, a los aneurismas arteriovenosos propiamente dichos. De esta manera nosotros eliminamos la denominación que dió P. Michaux de hematomas arteriovenosos aneurismales, puesto que agravaba más la confusión.

Y bien; por lo que respecta al tratamiento de ésta clase de aneurismas vasculares, se han empleado todos los métodos descriptos para los arteriales. Pero aquí, desde muy antiguo se notó el poco éxito de los tratamientos frente al franco progreso que hacía la terapéutica de los aneurismos arteriales puros. Algunos cirujanos llegaron a proponer, dada la relativa tolerancia métodos de expectación armada y otros autores eran absolutamente conservadores. De entre los expectantes Brentano, Matas, Saigo; esperan que un accidente imprevisto obligue a forzar la mano y sólo intervienen en los casos de hemorragias pequeñas y continuadas, o grandes; y Kikuzí aconseja favorecer el desarrollo de la circulación colateral por medio de la compresión digital del cabo cardíaco de los vasos. De la compresión bástenos decir que Delbet afirmaba que en los casos

que fuese inócua era tan ineficaz que debería emplearse en los casos en que realmente no hubiese a mano nada mejor. Este método puede producir aquí flebitis, trómbosis, rupturas vosculares y gangrenas.

LIGADURA

La ligadura de Anel Hunter, para los aneurismas de esta especie ha dado resultados pésimos, la estadística de Delbet arroja casi un 46 o|o de fracasos y la de Stevenson un 30 o|o. Respecto a la forma de ligar los vasos Lidell aconsejaba la ligadura del canal que hace comunicar la arteria con la vena, pero este procedimiento es difícil de poner en práctica por la rareza en que se observa el caso patológico. El doctor Cranwell tiene un caso publicado en sus "Lecciones clínicas" habiendo procedido como para ligar dos colaterales y en la tesis del doctor Tarradellas existe un caso del doctor Miguel Sussini, operado con toda felicidad como el anterior. Stromeyer opinaba que debía ligarse únicamente la vena, pero fracasó.

El profesor Verneuil señaló un adelanto en la cirugía de los aneurismas arteriovenosos, recomendando vivamente la ligadura cuádruple. Este autor ligaba dos veces la vena y dos la arteria, dejando el saco, con todos los inconvenientes como son, la

recidiva afirmada por Quenú y la compresión. Con todo, se lo practica con éxito en Francia.

EXTIRPACIÓN DEL SACO

Es a no dudarlo, un buen método. Entre nosotros ha sido muy practicado, la primera observación la debemos al doctor Alejandro Castro en el año 1894, que resecoó un saco arteriovenoso de los vasos poplíteos. Siguieron luego, muchas más, Masí con Antelo en 1900. Cranwell en 1908 etc.; y todas con buen resultado. El método radical tiene en efecto grandes ventajas, que han sabido señalar sobre todo Delbet y Bouglé; la mortalidad mucho menor que en la ligadura la rareza de las gangrenas y los seguridades de estar al abrigo de una engorrosa recidiva, la supresión de un tumor que termina como por encanto con las perturbaciones nerviosas, derivadas de la compresión, por el saco mismo y por sus adherencias. Si bien, algunas veces la disección del saco es laboriosa, vale realmente la pena, frente a los éxitos, de sobrellevar con paciencia esta disección aisladora, pues así se respetan casi todos los colaterales focales y regionales y se llega a obtener un franco triunfo, como el de Bramann, que cita nueve casos, con nueve curaciones perfectas. Esto resalta más, si se tienen en cuenta los seis casos de

Monod y Vanverts, en que después de haber practicado la ligadura, hubo perturbaciones nerviosas tales, que obligaron a los cirujanos a hacer la extirpación del saco aneurismático. Si bien es cierto que Matas de Nueva Orleans, sostiene que la ligadura, la incisión y la extirpación, excluyen la misma cantidad de tubo vascular, ofreciendo iguales probabilidades de gangrena, no es menos verdad la afirmación del doctor Pascale, quien dice que en los aneurismas difusos hay una indicación absoluta de extirpar el saco. Este autor afirma que la fuerte tensión del saco sobre los tejidos ambiente, favorece de una manera segura el desarrollo de la circulación colateral, lo cual aleja de entrada el peligro de la gangrena inmediata o irreparable. Este procedimiento puede ayudarse de la incisión del saco aneurismático como hace el doctor Reclús; para favorecer así la extirpación, pero no es recomendable la incisión sólo por los peligros de hemorragias mortales y la interminable curación de la herida operatoria.

La extirpación, produce todos y cada uno de sus benéficos resultados, en los casos en que se trata de aneurismas de los miembros, en los cuales se puede sin peligro ligar la arteria y especialmente en aquellos casos, en qué por la clase de saco, haya razones para suponer que existe desarrollada una fuerte circulación colateral, como sucede sobre todo

en los hematomas arteriales puros. Nosotros que hemos podido seguir minuciosamente algunos casos y operados otros, en el servicio del profesor doctor Gandolfo, los exponemos con el resultado obtenido que anticipamos es realmente halagador.

HISTORIA CLINICA VI

Laureano Barco, argentino, 33 años, casado, conductor. Provincia de Buenos Aires. Cama 8, Sala 2.^a. Folio 495.

Entrada: 15 Enero 1915. Salida: 4 Marzo 1915.
Curado.

Diagnóstico clínico: Aneurisma arteriovenoso de los vasos femorales en el canal de Hunter, por herida de bala.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes personales: Niega venéreas y lues, no hay paludismo, algo bebedor, no fuma.

Enfermedad actual. El día 4 de Enero fué herido por tres balas de revolver, como el sujeto estaba en plano inferior al tirador, que estaba sobre una pared, éstas balas iban en dirección de arriba abajo, de los cuales una penetra en el muslo izquierdo y sale dejando dos orificios; la segunda en la

cara interna del talón sale por la planta del pie izquierdo, la tercera entra por la parte interna e inferior del muslo derecho y no sale. Atendido convenientemente, las heridas curan en cuatro días, pero el enfermo no puede caminar por la impotencia del miembro inferior enfermo y el dolor intenso en el hueco poplíteo, obligándole a tener la pierna en flexión aún en la cama. Como él atribuye su dolencia a la presencia de la bala ha venido al hospital para que se le extraiga.

Estado actual: Sujeto en buen estado de nutrición.

Pulso: 84 por minuto buena tensión. Regular.

Organos internos: Bien.

Anillos inguinales: Dilatados, sensación impulsión profunda.

Miembro inferior derecho: En el tercio inferior lado interno del muslo se aperece una cicatriz correspondiente a la puerta de entrada de la bala, pero no tiene puerta de salida, la cicatriz y sus alrededores son levantados por un latido rítmico.

Palpación: Cicatriz adherida a los planos profundos y además abultamiento de límites difusos algo doloroso a la presión y animado de un trill continuo con reforzamiento sestólico.

Auscultación: Soplo continuo, semejante al ruido que produce el viento en un bosque, con re-

forzamiento sistólico; el punto máximo del soplo, está en los alrededores de la cicatriz, pero se extiende hacia la región poplítea por abajo; por arriba hasta el triángulo de Scarpa y va hacia la cara externa del muslo. La bala se palpa en el hueco poplíteo, superficial, y en la parte externa de aquél. No hay retardo en las pedias.

Región femoral anterior izquierda: En la parte media del fémur se observan dos heridas redondeadas, recubiertas de una costra negra; una hacia afuera de la otra, separadas por unos dos traveses de dedo, correspondiendo a la herida en sedal producida por la primera bala de revolver.

Sin temperatura. *Laboratorio*: orinas: Bien.

Al enfermo se le aconsejó, reposo en cama y se le mandan poner fomentos en el sitio del abultamiento. Poco a poco, éste cede y con ello, el enfermo mueve cada vez mejor su rodilla, en tanto que la marcha se ha vuelto normal casi del todo.

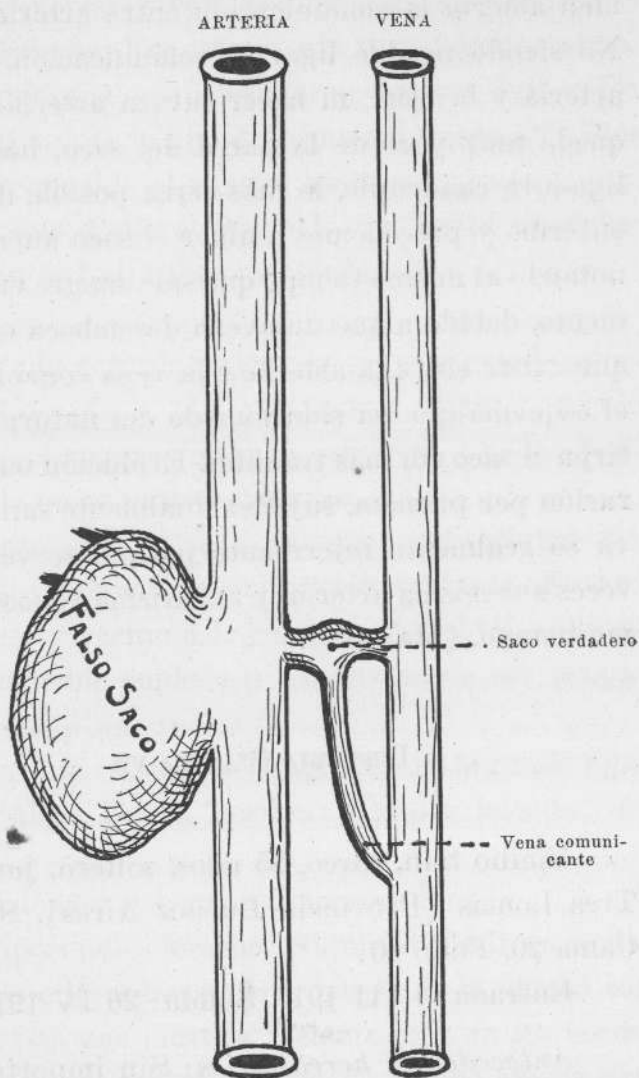
Considerando la región casi desinflamada, un mes y medio después del traumatismo, decidimos la operación.

Operación: Febrero 17 1916.

Operador: Dr. R. A. Marotta. Ayudante practicante Masoch.

Incisión para la ligadura de la femoral en el anillo de Hunter. Se encuentra una primera bolsa

(después de una disección cuidadosa de la arteria



y vena femorales) del tamaño de una nuez, en relación con la arteria está adherida a la vena, se disecciona

con cuidado, pero se desgarró fácil el saco, y queda bien abierta la comunicación entre arteria y vena. No siendo posible ligar la comunicación entre la arteria y la vena, ni hacer sutura arterial, porque queda muy poco de la pared del saco, hacemos la ligadura cuádruple, lo más cerca posible del punto enfermo y procedemos a abrir el saco aneurismático notando al mismo tiempo que sale sangre en ese momento, debido a que una vena desemboca en el saco que existe entre la arteria y la vena como lo indica el esquema que ha sido tomado del natural. Se extirpa el saco sin más trámites. Evolución buena. Curación per primam, sujeto actualmente sano. Es un caso realmente interesante porque se ven pocas veces aneurisma arterial y aneurisma venoso al mismo tiempo. (Marotta).

HISTORIA CLINICA VII

Emilio Safi, turco, 25 años, soltero, jornalero.
Tres Lomas (Provincia Buenos Aires). Sala II.
Cama 20. Folio 40.

Entrada: 4 III 1915. Salida: 26 IV 1915.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: No recuerda haber estado enfermo, bebedor y fumador.

Enfermedad actual: Hace 9 días se disparó un tiro de revolver Eibar (calibre 9 milímetros) en el flanco derecho. Ese mismo día tuvo vómitos abundantes, biliosos que persistieron durante 3 días. Un facultativo que lo atendió constató fiebre 38°. Dice no haber movido el vientre hasta su ingreso al servicio y que desde el segundo día sintió un dolor agudo en la fosa iliaca izquierda.

Estado actual: Sujeto en regular estado general, palidez de la piel y mucosas, escaso panículo adiposo. Lengua: húmeda, saburral. Cuello: baile arterial; no se palpan ganglios.

Pulmones: Vértice derecho: vibraciones aumentadas submatitez expiración soplante. En ambas bases y vecino a la columna vertebral, se percibe un doble soplo con caracteres de ser propagado.

Corazón: Estallido timpánico del segundo tono.

Pulso: Buena tensión; 100 por minuto. Regular.

Abdómen y órganos internos: bien.

Hipocondio derecho: Siguiendo la línea axilar anterior e inmediatamente debajo de la última costilla existe una cicatriz reciente roja en los bordes obscura en su centro del tamaño de una arveja producida por la entrada de la bala la que no tiene salida.

Fosa iliaca izquierda: En dirección al canal inguinal y por encima de la arcada crural se palpa un tumor ovoídeo dirigido en un eje paralelo a la arcada naciendo a tres traveses de dedo de la línea media y perdiéndose a la altura de la espina iliaca anterosuperior, por arriba llega a cuatro traveses de dedo encima de dicha arcada crural. Sensación de resistencia elástica, animado de expansión sistólica, con latidos netamente palpables, la piel que lo cubre con un poco de aumento del calor local, no adhiere a él, a la presión se despierta un poco de dolor en un punto situado un poco por encima de la mitad de la arcada crural. Dolor que se corre enseguida en dirección de la gotera crural y a la articulación de la cadera izquierda, en su parte posterior.

Este dolor, es a veces espontáneo, pues el menor movimiento lo despierta, propagándose entonces en la dirección de los vasos femorales hasta el dedo gordo del pie.

Palpación: En la base del triángulo de Scarpa, se percibe un trill, con reforzamiento sistólico y a la auscultación se oye un doble soplo, con reforzamiento sistólico, que se propaga en dirección del abdomen en el epigastrio y por el dorso hasta los omoplatos; constatándose también debajo hasta la articulación de la rodilla, donde se pierde. En cam-

bio, el trill no se palpa por encima de la arcada ni aún profundamente.

Movimientos: Activos y pasivos. Extensión dolorosa, dolor en la dirección de los vasos femorales.

Palpación de las pedias: Lijero retardo sobre la pedia derecha, con pulso poco amplio, netamente constatables sin temperatura axilar.

Exámenes de laboratorio: Orinas: se aprecia retención clorurada, algunos hematies en el sedimento y vestigios de albúmina. Se aconseja bolsa de hielo en el sitio del tumor, reposo en cama y luego fomentos.

Después de 42 días de estar en el servicio el enfermo mejorado se retira con pocos dolores; caminando perfectamente bien, sin tumefacción ninguna palpable, aumentando varios kilogramos de peso, con buen estado general y local en una palabra. De los signos físicos, el único que perdura es el ruido de diablo en la femoral.

Dos meses más tarde, vuelve a ingresar el enfermo, con edemas ascitis, anasarca en general, corazón de Traube. Los exámenes repetidos de orina nos revelan una nefritis aguda, así como la prueba de la eliminación del azul de metileno, la enfermedad cede al reposo purgantes salinos, régimen de clorurado y teobromina y como su corazón flaquea algo le aconsejamos estrofanto. Se dá de alta curado al mes y días con un poco de dolor en el sitio del

saco aneurismático, su doble soplo con reforzamiento sistólico pero el enfermo anda y trabaja sin novedad y en perfectas condiciones. Este caso nos enseña a esperar, el cirujano debe intervenir cuando su mano es forzada por alguna contingencia imprevista o seria, sobre todo cuando el vaso enfermo es del calibre de la iliaca externa. Es con ese criterio que hemos publicado el caso clínico, lo mismo que otros citados en el curso de este trabajo.

HISTORIA CLINICA VIII

Francisco Pérez, español, 39 años, casado, peón. Rojas (F. C. C. A.) Provincia de Buenos Aires. Sala 1.ª Cama 17. Folio 118.

Entrada: 12 Agosto 1915. Salida: 18 Septiembre 1915.

, Diagnóstico clínico: Aneurisma arteriovenoso de los vasos femorales, fractura del femur izquierdo tercio superior, mal consolidada.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sano en la infancia, niega venéreas, fuma poco, no es bebedor. No hay paludismo.

Enfermedad actual: En el mes de Mayo del año

1915, fué herido en pelea por una bala de revolver, entrando el proyectil por la cara externa, tercio superior del muslo izquierdo, llegando hasta la cara interna de él, sin perforarla. Como consecuencia del balazo, cayó al suelo, no pudiendo levantarse por sí sólo. Fué conducido al hospital vecinal y hasta el 3 de Agosto estuvo en él. El enfermo cuenta que después del balazo se le hinchó toda la pierna, al mismo tiempo que se ponía negra.

La hinchazón y el enorme hematoma, han ido desapareciendo poco a poco, el enfermo acusa, hoy dolor y cierta dificultad en la marcha.

Estado actual: Buen estado general, piel blanca y lisa.

Pupilas normales: Dientes regular estado conservación. Lengua húmeda rosada.

Aparato circulatorio y respiratorio. — Bien.

Pulso: 70, regular, buena tensión.

Miembro inferior izquierdo: En la región superior del muslo se ve una tumefacción difusa que hace prominencia en toda la región del triángulo de Scarpa, teniendo el muslo a ese nivel un diámetro mayor en varios centímetros que el del otro lado. El miembro en ligera rotación externa, se constata en la parte externa, tercio superior del muslo una cicatriz redondeada y deprimida.

Movimientos: Activos y pasivos: bien. Marcha dolorosa.

Palpación: Dolor en las masas de los adductores del muslo en la parte superior y también en la región del triángulo de Scarpa, en cuya base inmediatamente por debajo de la arcada crural se percibe un frémito palpable, que teniendo su máximo de intensidad en ese local se extiende hacia abajo y en la misma dirección como diez centímetros y otro tanto hacia la parte externa.

Auseultación: Soplo continuo, con reforzamiento sistólico. No se observa dilatación sistólica a simple vista, pero se nota la expansión, a la palpación.

No hay trastornos circulatorios ni nerviosos.

El trocánter mayor, agrandado de volumen aumentado en el sentido ánteroposterior, superficie irregular, como estallada.

Exámenes de laboratorio

Reacción de Wasserman: positiva franca.

Orinas: nada anormal.

Tratamiento. — Reposo, masaje, salicilato de hidrargirio.

El enfermo se retira mejorado, pero con el tumor en iguales condiciones, pero tampoco en este caso hemos dejado de recomendarle que se observe

y vuelva cuando vea alguna novedad. Hacemos expectación armada.

HISTORIA CLÍNICA IX

Einer Toxverdt, 25 años, soltero fideero, dinamarqués. Sala II, cama 17, folio 433.

Ingresa en Marzo 27 de 1913.

Antecedentes hereditarios y personales. — Buenos.

Enfermedad actual. — El 25 de Febrero recibió un balazo en la parte superior del brazo derecho; la bala salió. Desde el primer momento notó que no podía mover la mano y que la mitad externa de la mano (cara palmar y dorsal) quedó insensible. El antebrazo pudo flejarlo, pero de golpe se extendía, sin que pudiera graduarlo. Poco tiempo después aperece, a la altura de la cicatriz, un abultamiento que late.

Estado actual. — Buen estado general; órganos internos: bien. Pulso: 68, regular, buena tensión.

Miembro superior derecho: Mano en posición de parálisis radial, codo flexionado en ángulo obtuso. Cicatriz situada en la cara interna del brazo,

a dos dedos del borde inferior del gran pectoral; en ese mismo punto se ve un abultamiento animado de latidos isócronos al pulso; a eje mayor, siguiendo el eje vertical del brazo. Palpando el lugar del abultamiento se nota un latido sistólico y expansivo, tiene aquél el tamaño un poco más chico que un huevo de gallina, forma ovoidea, llegaría por arriba hasta 1 centímetro por encima del borde del pectoral mayor y por abajo a 4 centímetros debajo del mismo borde; es blando, reductible en parte, pero inmediatamente de retirar el dedo vuelve a latir, aumentando de golpe; se desplaza lateralmente, pero no de arriba abajo. Si se toca con mucho cuidado se percibe en la periferia del tumor una zona de induración. Haciendo contraer los músculos del brazo, el tumor se fija, aunque conserva su superficialidad. Auscultando se oye en el abultamiento soplo sistólico. Pulso en la radial derecha: pequeño, menos amplio que del otro lado.

	<i>Movimientos activos</i>	<i>Movimientos pasivos</i>								
Muñeca	<table border="0"> <tr><td>Extensión: nula</td></tr> <tr><td>Adducción reducida</td></tr> <tr><td>Abducción: nula</td></tr> <tr><td>Flexión: bien</td></tr> </table>	Extensión: nula	Adducción reducida	Abducción: nula	Flexión: bien	<table border="0"> <tr><td>Completa</td></tr> <tr><td>»</td></tr> <tr><td>»</td></tr> <tr><td>»</td></tr> </table>	Completa	»	»	»
Extensión: nula										
Adducción reducida										
Abducción: nula										
Flexión: bien										
Completa										
»										
»										
»										
Dedos	<table border="0"> <tr><td>Extensión: no la hace pero si se extiende la 1ª falange si; muy poco el índice.</td></tr> <tr><td>Flexión: el índice nó. Acerca y separa bien los dedos, el pulgar hace mal la oposición. Los demás movimientos en el dedo meñique bien.</td></tr> </table>	Extensión: no la hace pero si se extiende la 1ª falange si; muy poco el índice.	Flexión: el índice nó. Acerca y separa bien los dedos, el pulgar hace mal la oposición. Los demás movimientos en el dedo meñique bien.	<table border="0"> <tr><td>Completa</td></tr> <tr><td>Indice poco, los demás completa.</td></tr> </table>	Completa	Indice poco, los demás completa.				
Extensión: no la hace pero si se extiende la 1ª falange si; muy poco el índice.										
Flexión: el índice nó. Acerca y separa bien los dedos, el pulgar hace mal la oposición. Los demás movimientos en el dedo meñique bien.										
Completa										
Indice poco, los demás completa.										

	<i>Movimientos activos</i>	<i>Movimientos pasivos</i>
Codo	Flexión; completa. Extensión: incompleta. Se ve contraer franca- mente la larga porción del triceps	Completa Algo más que lo que el enfermo hace espontá- neamente, pero se vé que está un poco rígi- da la articulación

Hombro: Hace todos los movimientos.

No se nota que contraiga el largo supinador y hace la supinación a expensas del biceps, por parálisis del corto supinador; la pronación del antebrazo la hace bien.

Fuerza muscular: Flexión mano, regular; extensión, mala.

Flexión codo, bastante; extensión, regular.

„ dedo índice, mala; extensión, muy poca.

„ pulgar, meñique y anular medio, regular; extensión, mala.

Sensibilidad: Hipoestesia en la cara palmar del pulgar, índice y dedo medio, y en la dorsal del pulgar e índice, en esos mismos dedos, hay disminución de la sensibilidad a la temperatura, estando conservada al contacto. El examen eléctrico, efectuado en el Instituto de Fisioterapia del Hospital de Clínicas, y que debemos a la amabilidad del doctor Juan M. Obarrio, nos dice: que hay abolición de la excitabilidad farádica en el estensor común de los dedos, en el abductor corto del pulgar y en el

nervio radial. Reacción Erb en el flexor común de los dedos, en el extensor común y abductor corto del pulgar.

Tratamiento. — Por espacio de 15 días se ordena compresión indirecta a los efectos de desarrollar la circulación colateral. En Abril de 1913:

Operación. — Operador: Dr. R. A. Marotta.
Ayudante: Dr. Squirru.

Anestesia clorofórmica y éter.

Incisión como para la ligadura de la arteria axilar en su tercio inferior, cortando plano por plano hasta llegar al aneurisma; buscamos por encima la arteria axilar, que disecamos, y le pasamos un catgut, levantándola, con el fin de hacer hemostasia y a los efectos de poder ligar inmediatamente a los fines de urgencia disecamos el saco separándolo de la vena axilar y de los paquetes nerviosos.

El nervio mediano, muy adherido, se le separa con dificultad, y el radial se disecciona con mucho cuidado, porque forma cuerpo con el saco aneurismático, está adelgazado, casi laminado, reducido al espesor de una hoja de papel, debido a la presión que ha tenido que soportar por la acción del saco, y a disección terminada; se puede ver que existe una sección incompleta del nervio, con mucha separación de los haces, por lo cual se hace sutura a distancia con catgut. Mientras se prosigue la disección

ción del saco se abre éste, por lo cual se liga la arteria lo más cerca posible de aquél y después se abre, pudiendo notar que ha habido una herida de la arteria que ha dejado una porción de ésta y lo demás de la pared del saco está constituido por los tejidos ambientes. Ligadura del cabo eferente de la arteria con catgut y extirpación del saco. Resumiendo; el saco está sobre la axilar en su parte inferior y sobre la parte superior de la humeral; se ligó la axilar en su tercio inferior, inmediatamente por encima del saco y por debajo de los colaterales, y la humeral, antes de dar origen a la humeral profunda. El sujeto curó bien per primam, necesitando corrientes gálvano-farádicas para curar su lesión nerviosa. Tenemos informes del Dr. Sonenberg de que nuestro enfermo está bien y que trabaja en la Pampa.

Las consideraciones que haremos a este caso, de tanta enseñanza, son éstas:

Las lesiones nerviosas parecen haberse producido desde el primer momento del traumatismo, lo cual indica que fueron determinadas por el balazo. La retrogradación de la lesión en el campo del nervio mediano hizo prever antes de la operación, que no era profunda, así como la acentuación y prolongamiento de la lesión en el campo de inervación del radial hicieron suponer que estaba profundamente alterado, como lo demostró evidentemente la inter-

vención quirúrgica. Hemos colocado la ligadura por debajo de la arteria subescapular, fundándonos en las razones dadas por los anatomistas Farabeuf, Vauverts y Looten, quienes han demostrado la importancia de los colaterales y sus anastomosis a ese nivel.

SUTURA INTRASACULAR

Propuesta por Bickman Stone W., en el 1904, para los aneurismas arteriovenosos, fué puesta en práctica con éxito por H. B. Gessner, en un aneurisma arteriovenoso de los vasos femorales. El método de Matas-Bickman data del año 1907; se trataba de un sujeto que recibió un tiro en el muslo derecho, y once años después apareció un aneurisma arteriovenoso de los vasos femorales en el canal de Hunter. Hecha la hemostasia preventiva con Esmarch se incinde el saco y se sutura con seda los tres orificios, que hacían comunicar la arteria con el saco y éste con los cabos: distal y proximal, de la vena. El enfermo curó, y su curación fué controlada durante dos meses. En los casos de aneurismas que no pueden ser extirpados por razones obvias y es posible aplicar con ventajas el método y sobre todo cuando sea necesaria la permeabilidad

de los vasos, por ser éstos importantísimos, el cirujano optará por la restauración o reconstrucción.

En igualdad de probabilidades respecto a éxitos y fracasos, si la extirpación tiene en sí el favor de la perfección de la cura, la aneurismorrafia o sutura intrasacular es de ejecución simple y rápida. La sutura de un saco aneurismal, dice Gardner “es una operación que todo cirujano que sepa cerrar una perforación intestinal la llevará a feliz terminación”; la mayoría de los operados no están en nuestros centros quirúrgicos, añade, sino en los pueblos lejanos a las capitales, en lo Estados Unidos, y pertenecen a cirujanos jóvenes que comenzaron con la aneurismorrafia su carrera médica”. Matas resume el resultado de sus comunicaciones y casos clínicos, aconsejando otra vez la espera, y cuando sea necesario una operación; opina que el método mejor es el que, obliterando las anastomosis arteriovenosas, no interrumpa la continuidad de los vasos principales del miembro. En los casos en que la bolsa de comunicación está muy envuelta en tejidos fibrosos apretados, se resecará, ligando previamente las ramas aferentes y eferentes, tratando siempre de hacer la mayor cantidad de veces posible la sutura vascular; y no olvidando, aunque sea con arroyo, la posibilidad de un injerto.

LIGADURA INTRASACULAR

Fué muy practicada por los cirujanos japoneses en los aneurismas arteriovenosos y con gran éxito; a juzgar por las estadísticas como la de Kikuzi. La técnica no difiere en nada de la que siguieron los ingleses Syme y Annandale para los aneurismas arteriales puros. Este método operatorio es preferible a la ligadura extrasacular por el método ordinario y corriente que sacrifica un pedazo de vaso más o menos extenso.

El Dr. Félix Lájars cita en favor de este método un caso interesante. Se trataba de un joven de 16 años, que fué herido por un descuido de él mismo, por un tiro de revólver Browning. El tiro entró en la cara interna del muslo, tercio inferior, y salió afuera, encima del gran trocánter. Fué atendido por un médico, el cual detuvo la sangre con un vendaje compresivo. A los 4 días las heridas estaban cerradas, pero se constataba la formación de un tumor pulsátil, en la parte interna del muslo, que latía y que tenía el tamaño de un huevo de gallina, con trill muy marcado. El diagnóstico de aneurisma arteriovenoso fué evacuado, y como la operación fué precozmente resuelta, se creía poder hacer una sutura lateral de los orificios vascu-

lares, lo que a justo título se llama operación ideal. Hecha la hemostasia preventiva con Esmarch, se hace incisión en la base del triángulo de Scarpa, y abierto el saco se sacan los coágulos que lo llenan, constatándose la herida de ambos vasos femorales en la parte interna y anterior; el orificio es del tamaño de una arveja chica, irregular, de bordes deshilachados, impropios para una reunión por sutura. Entoncec, a través de una pared friable, el doctor Lájars desnudó la vena y la arteria, y por dentro del saco fuéron ligadas a dos centímetros de la herida producida por la bala. La curación fué perfecta y sin accidentes.

Al referirse a este caso Lájars recuerda que no es siempre posible hacer la hemostasia con la banda compresora y que en algunos casos es necesario recurrir, cuando los aneurismas están situados por encima de la raíz de los miembros, a la ligadura previa supra y subyacente al saco. La ligadura intrasacular, como la aneurismorrafia de Matas, oblitera el segmento enfermo de los vasos; no traumatiza los tejidos vecinos más o menos infiltrados y edematosos, y como puede el saco capitonarse, goza de las ventajas de la extirpación, por lo menos teóricamente. Los cirujanos japoneses le reconocen también facilidad de ejecución.

LA SUTURA LATERAL Y LA LIGADURA LATERAL

Es sin duda la operación eminentemente conservadora, pero es también una operación de necesidad. Entrevista por Bergmann, ha sido aplicada especialmente en las heridas arteriovenosas recientes. Von Monteufel, en el año 1895, en un aneurisma arteriovenoso de los vasos femorales separó los vasos, disecando cuidadosamente el saco intermedio y luego que lo hubo extirpado suturó lateralmente la vena y la arteria separadamente. G. Marchand, en 1898, en un aneurisma de los vasos humerales, en su tercio superior, hizo también la sutura lateral. Monod y Vauverts han tratado 16 casos por este método. En 1904 el Dr. Oliver, de Montevideo, suturó aisladamente los vasos en un aneurisma arteriovenoso femoral, con éxito completo. En 1908 el Dr. Daniel J. Cranwell hizo la ligadura aislada de los orificios venoso y arterial en un caso de aneurisma arteriovenoso de los vasos poplíteos, y a propósito del éxito dice: "que es una operación digna de ser ensayada, pero que la separación y sutura aislada de los vasos es difícil de ejecutar en regiones profundas y peligrosas".

Auvray, en 1909, hizo la sutura de los vasos femorales con buen suceso, y en el mismo año Rost obtiene un resultado mediocre por la sutura late-

ral con resección del saco intermediario en un aneurisma arteriovenoso de los femorales.

En el año 1900, Panguiez suturó la arteria y ligó la vena humeral en el pliegue del codo, y Matas, en el año 1902, sutura la vena subclavia, ligando la arteria en un caso de aneurisma arteriovenoso de los vasos subclavios derechos. Garré, en 1904, suturó la arteria femoral, ligando y reseccando una parte de la vena del mismo nombre, con todo éxito. En 1906, Carre de Leipzig, extirpó un gran saco ligando la vena y suturando lateralmente la arteria. Veau, en 1907, sutura la vena axilar, ligando la arteria homónima, obteniendo después de un enfriamiento del brazo, que duró unas 24 horas, la curación completa. Westergaard suturó la vena lateralmente y ligó la arteria en un caso de aneurisma de los vasos femorales.

El Dr. Miguel Sussini, del Hospital Durand, ha obtenido buen resultado en la ligadura del canal intermediario en un sujeto que recibió una cuchillada en el vértice del triángulo de Scarpa, a consecuencia del cual se formó, siete meses después, un aneurisma arteriovenoso de los vasos femorales. En todos estos casos el autor, lo mismo que el doctor Enrique Finochietto, recomiendan los cuidados post-operatorios y la hemostasia por ligadura de todos los vasos que sangran en el campo operatorio.

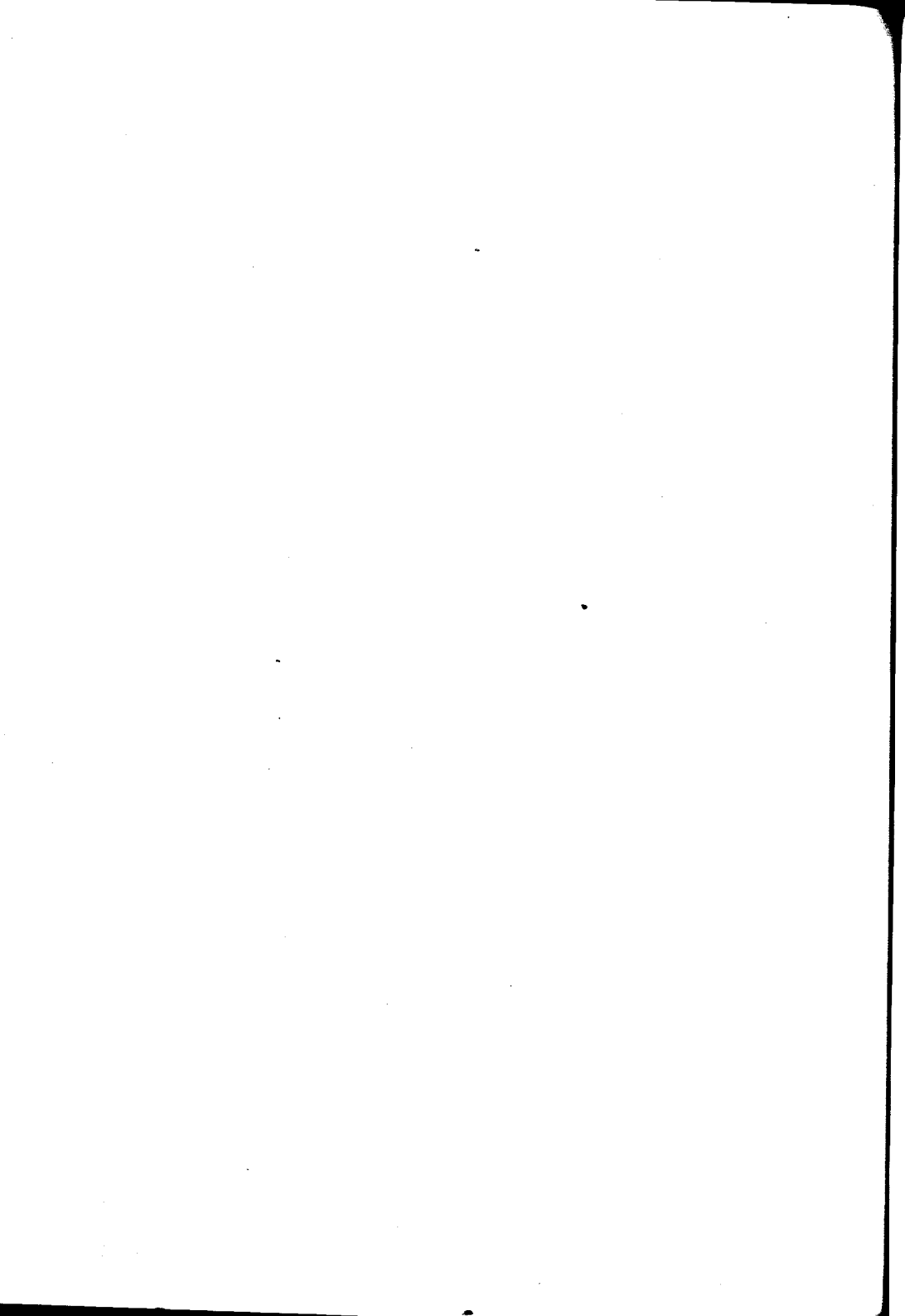
LA SUTURA CIRCULAR Y LOS INJERTOS VASCULARES

Son métodos operatorios de excepción, aplicables en los casos en que por el sitio en que deba actuarse sobre los vasos hubiera el peligro de la gangrena, y aunque constituyen procedimientos ideales, su reciente data no ha permitido la práctica corriente, no es aún posible aplicarlos sin las reservas consiguientes y poniéndose al abrigo de accidentes. Son muchos los fracasos que se anotan, sobre todo en lo que se refiere a las transplantaciones.

Lexer, de Koenigsberg, en un aneurisma arteriovenoso de los vasos poplíteos, reseco el saco formado a expensas de esos dos vasos, y después unió los cabos, extremo a extremo, por medio de la sutura circular con la técnica de Carrel-Stick.

Recientemente, el doctor Ernesto Unger, de Berlín, en un aneurisma arteriovenoso del pliegue de la ingle, por una herida de bala, hizo la extirpación del saco; suturando la vena por sutura lateral y como faltaran 10 centímetros de arteria femoral, después de haber ligado la vena femoral profunda, reseca un trozo de vena safena del mismo miembro y orientándola cubre el defecto del vaso, suturando circularmente y extremo a extremo ese injerto, obteniendo la curación en un período de 4 meses, pudiéndose sentir los latidos en el trozo trasplan-

tado. El doctor Carrel, que ha podido seguir la evolución de los trasplantes y que afirma histológicamente la arterialización de las venas; dice que el hombre presenta condiciones superiores para el éxito de los injertos, pues los vasos son menos elásticos que en cualquier animal de la escala zoológica, que su sangre es menos coagulable, que la asepsia es más fácil. Estas consideraciones teóricas deben llevar a los experimentadores a perseguir sus investigaciones, sobre una cuestión que está en vísperas de adquirir carta de ciudadanía en el dominio de la cirugía práctica, el día que con seguridades de técnica y asepsia el cirujano pueda evitar con el injerto vascular la gangrena de un miembro.



Conclusiones

No es posible, en la cura de los aneurismas, limitar la terapéutica quirúrgica a un método único. Los métodos operatorios han sido estudiados a base de observaciones clínicas.

Ellas nos enseñan que todos los métodos son buenos, que cada uno tiene indicaciones especiales, que dependen de la operación en sí misma y de las localizaciones del saco aneurismático.

La espera, que tiende a favorecer el desarrollo de la circulación colateral, es recomendable a todo precio.

La elección se plantea entre la ligadura y la extirpación, cuando las vías suplementarias de circulación estén aseguradas.

La necesidad aparece, cuando se trata de suprimir la circulación en un vaso importante de un miembro y se tema la necrosis, en cuyo caso debe hacerse la restauración por los métodos conserva-

dores y en casos excepcionales por los inertos vasculares.

Se impone la observación del enfermo antes y después de la operación; al principio tratando la lesión con la medicación iodo-hidrargírica y después de ella adoptando todas las medidas necesarias para evitar los accidentes tróficos y circulatorios en los miembros.

Bibliografía

- Aranguren, G. F.* — Tesis de Buenos Aires.—1897
Archives Générales de chirurgie. — 1911.
- Auvray.* — Bulletins et Memoires de la Société
Chirurgie. — 1909.
- P. Bazy.* — Bulletins et Memoires de la Société
Chirurgie. — 1900 - 1906.
- Britto.* — Bulletin Médical, t. xviii. — 1904.
Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie.
—1905.
- Cranwell, Daniel J.* — Lecciones de clínica quirúr-
gica.— 1908.
- Delbet y Routier.* — Bulletins et Memoires de la
Société Chirurgie. — 1900 - 1903.
- Delbet, Pierre.* — Revue de Chirurgie. — 1888 -
1889.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift. — 1914.
Deutsche Centralblatt für Chirurgie. — 1914.
- Carrel.* — La technique opératoire des anastomosis

- vasculaires, et la transplantation des visceres.
— Lyon Médical. — 1913.
- F. Gardner.* — Gazette des Hôpitaux.
Gazetta degli Ospedali. — Agosto, 1914.
- A. Guinard.* — Bulletin Général de Thérapeutique.
— 1904.
- García Lagos, H.* — Revista Médica del Uruguay.
— 1904.
- Enderleén.* — Deutsches Medizinische Wochenschrift. — 1908.
- Garré.* — Aneurysma arteriovenosum. — Deutsche Med. Woch..
- Lamon.* — Tratamiento de los aneurismas. — Tesis. — Buenos Aires, 1911.
- Lexer.* — Die ideale operation des arteriellen und des arteriovenosen aneurysma. — Archiv für Klinische Ch., — 1907.
- Léjars, Félix.* — Semaine Médicale. — 1907.
- Flores, Adolfo.* — Revista Médica Argentina. — 1894.
- Korothow.* — Sociedad rusa de cirugía. — Sesión ordinaria. — 1905.
- Kübler.* — Ueber die extirpation von aneurysma.— Beiträge zur Clinischen Chirurgie, vol. ix.
- Létievant.* — Lyon Médical. — 1906.
- Monod.* — Memoire de la Société Chirurgie, t. xxx.
— 1904.

- Monod y Vauverts.* — De la aneurismorrhaphia. — Archives Générales de Chirurgie. — 1911.
- Monod, Ch.* — Bulletins et Memoires. — Société Chirurgie — 1900.
- Monod y Vauverts.* — Revue de Chirurgie, t. XLIV. — 1911.
- Monod y Vauverts.* — Chirurgie des Artères. — Congrès de Chirurgie. — Seance 4 Octobre, 1909.
- Le Dentú y Delbet.* — Traité de Chirurgie, t. IX.
- Monod et Vauverts.* — Revue de Chirurgie, t. XLIII. — 1911.
- Michaux, P.* — Aneurismas. — Tratado de cirugía de Duplay Reclus.
- Monot et Vauverts.* — Revue de Chirurgie. — 1910.
- Mosti.* — Gazzetta degli Ospedali. — Agosto 30, 1914.
- R. Matas.* — Ann. of Surgery, t. xxxviii. — 1903.
- R. Matas.* — S. of the American Med. Association. — 1906 - 1908.
- R. Matas.* — Ken's of Surgery, t. v., pág. 269.
- R. Matas.* — Ann. of Surgery, vol. XLIX. — 1909.
- R. Matas.* — Ann. of Surgery. — Febrero, 1903.
- Lucas, Guillermo.* — Tesis de Buenos Aires, — 1915.
- Marotta.* — Semana Médica, N.º 1. — 1916.
- Moure, Paul.* — Les graffes vasculaires, pág. 102. — 1904.
- Revista Sociedad Médica Argentina, vol. x. — 1902.

- Reclus, Kirrmisson, Peyrot.* — Pathologie Externe. — 1902.
- Revista de la Sociedad Médica Argentina. — 1900-1908.
- Revue de Chirurgie. — 1910.
- Pascali.* — Riforma Medica. — 1907.
- Rouet.* — Aneurismas difusos. — Tesis de Buenos Aires. — 1912.
- Riverin.* — Tratamiento quirúrgico de los aneurismas. — Tesis de Buenos Aires, — 1912.
- Revista de la Asociación Médica Argentina, núm. 132. — 1915.
- Rost.* — Indian Gazette Medical. — December. 1909.
- Journal of the American Medical Association, volumen LI.
- Transaccions of the American Medical Association Sect. of Surgery and Anatomy, XLVII. — 1906.
- Justo Juan B.* — Tesis de Buenos Aires. — 1888.
- New York Acad. of Med. and Surgery. — 1904.
- New Orleans Med. and Surgery Journal. — 1907.
- Rirovano.* — Presse Medical, pág. 55. — 21 Janvier 1911.
- Priani, Pedro.* — Tesis de Buenos Aires. — 1915.
- Meléndez Lucio.* — Tesis de Buenos Aires, 1872.
- Tarradellas, Héctor.* — Tratamiento quirúrgico de los aneurismas. — Tesis de Buenos Aires, 1915.
- Sussini, Miguel.* — Contribución al estudio de los

aneurismas espontáneos y traumáticos de los vasos femorales. — Revista de la Asociación Médica Argentina, N.º 132 — 1915.

Semaine Medical. — Mayo 1.º, 1907.

Semana Médica. — 1911 - 1912.

E. Villard y E. Perrin. — Suturas vasculares. — 1913.

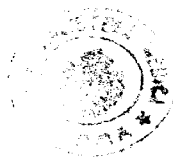
Semaine Médical, pág. 292. — 1903.

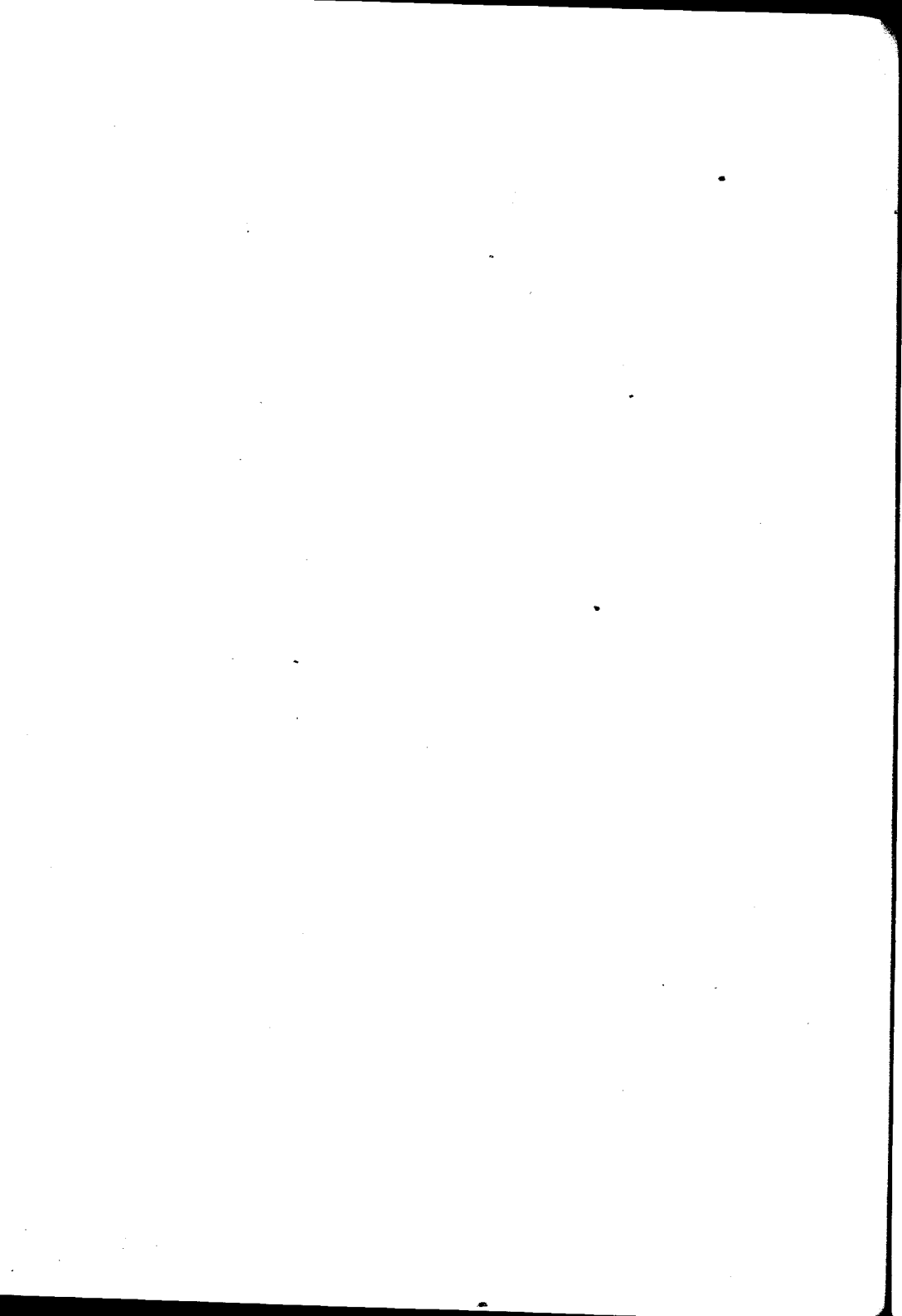
Tuffier. — Bulletin et Memoires de la Société Chirurgie. — 1895 - 1909.

Pietranera Parides. — Revista Médico-quirúrgica, pág. 330. — 1871.

O, Weber. — Von den arteriellen haematomen oder den falschen traumatischen Aneurysma. — 1862.

P. Palma. — Aneurisma externos. — Anales Círculo Médico, año XIII.





Buenos Aires, Marzo 20 de 1916.

Nómbrese al señor Académico Dr. Marcelino Herrera Vegas, al profesor titular Dr. Avelino Gutiérrez y al profesor suplente Dr. Miguel Sussini, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.

Secretario

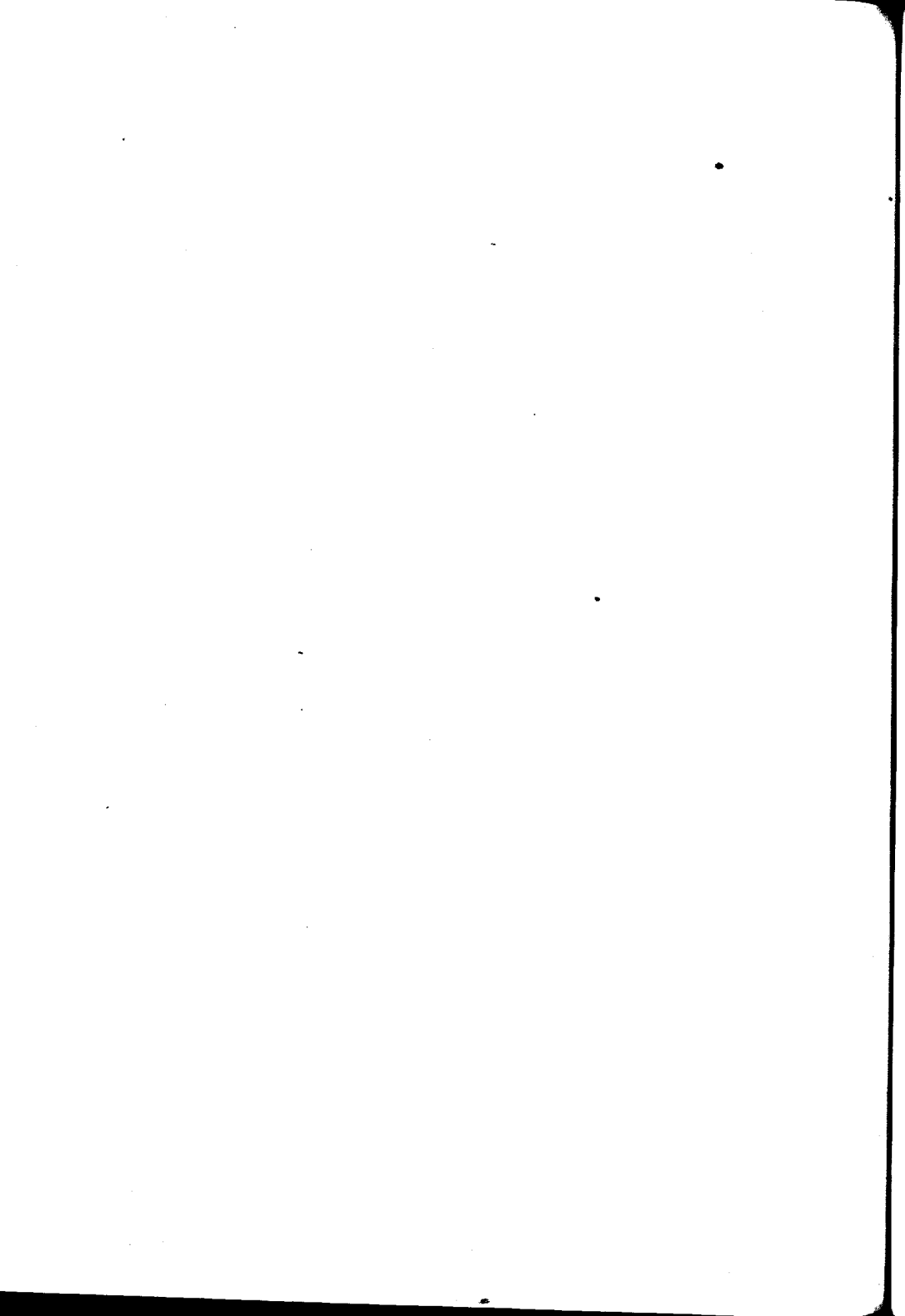
Buenos Aires, Abril 6 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3075 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Modificaciones fisiológicas de la circulación en los aneurismas.

Marcelino Herrera Vegas.

II

Valor de la Cirugía plástica arterial en el tratamiento de los aneurismas.

Avellino Gutiérrez.

III

Evolución clínica de los aneurismas arteriales simples y arteriovenosos.

Miguel Sussini.

30437



