(1)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

T I T U L O

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES VASCULARES OBLITERANTES DE LOS
MIEMBROS CON OXIDO DE DIETILO (Eter)

METODO ORIGINAL DEL DOCTOR KATZ

TESIS DE

DOCTOR EN MEDICINA

HECTOR CASCO

Año 1949.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

RECTOR

Prof.Dr. Carlos I. Rivas

SECRETARIO GENERAL

Prof.Dr. Victor M. Arroyo

PRO-SECRETARIO GENERAL

Sr. Enrique I. Rossi

- - - - -

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO:

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

VICE - DECANO:

Prof. Dr. Hernán D. Gonzalez

SECRETARIO:

Dr. Héctor J. Basso

PROSECRETARIO:

Sr. Rafael G. Rosa

- - - - -

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICASCONSEJEROS TITULARES

Prof. Titular Dr. Diego M. Argüello

"	"	"	Inocencio F. Canestri
"	"	"	Roberto Gandolfo Herrera
"	"	"	Hernán D. Gonzalez
"	"	"	Luis Irigoyen
"	"	"	Rómulo R. Lambre
"	Adjunto	"	Víctor A.E. Bach
"	"	"	José F. Morano Brandi
"	"	"	Enrique A. Votta
"	"	"	Herminio L. Zatti

CONSEJEROS SUSTITUTOS

Prof. Titular Dr. Carlos V. Carreño

"	"	"	Pascual R. Cervini
"	"	"	Alberto Gascón
"	"	"	Julio R. Obiglio
"	"	"	Rodolfo Rossi
"	Adjunto	"	Victorio Nacif
"	"	"	Ramón Tau
"	"	"	Emilio E. Tolosa
"	"	"	Manuel M. Torres

- - - - -

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Ameghino Arturo
" Rophille Carlos
" Greco Nicolas V.
" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica
" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica
" Bianchi Andrés E.- Anatomía y F. Patológicas
" Bach Victor Eduardo - Clinica Quirúrgica (Interino)
" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica
" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria
" Carratalá Rogelio - Toxicología
" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social
" Cervini Pascual R.- Pediatría y Puericultura
" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica
" Christmann Federico E.- Cl. Quirúrgica
" Dionisio Echave - Fisica Biológica (Interino)
" D' Ovidio Francisco R.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica
" Floriano Carlos - Parasitología
" Galdolfo Herrera Roberto - Cl. Ginecológica
" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología
" González Hernán D.- Cl. de E. Infecciosas y P.T.
" Gascón Alberto - Fisiología
" Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal
" Lambre Rómulo R. Anatomía Descriptiva
" Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica
" Lyonnet Julio H.- Anatomía Topográfica
" Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Proped.
" Manso Soto Alberto E.- Microbiología
" Martinez Diego J.J.- Patología Médica
" Mazzei Egidio S.- Clínica Médica
" Montenegro Antonio - Cl. Genitourrológica
" Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica N.P.
" Obiglio Julio R.- Medicina Legal
" Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifiliográfica
" Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Ira. Cátedra
" Rossi Rodolfo - Clínica Médica
" Spich Marcelino J.- Cl. Neurológica
" Stoppani Andrés O.M.- Química Biológica
" Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia
"

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Diego J. - Cl. Pediatría y Pueric.
- " Acevedo Benigno S. - Química Biológica
 - " Andrieu Luciano M. - Clínica Médica
 - " Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
 - " Baila Mario Raúl - Clínica Médica
 - " Bellingi José - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
 - " Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
 - " Briasco Flavio J. - Cl. Pediatría y Pueric.
 - " Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Proped.
 - " Carri Enrique L. - Parasitología
 - " Castedo César - Clínica Neurológica
 - " Castillo Odena Isidro - Ortopedia y Traumatología
 - " Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica
 - " Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
 - " Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
 - " Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
 - " Chescotta Néstor A. - Anatomía Descriptiva
 - " Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología
 - " De Lena Rogelio E.A. - Higiene y M. Social
 - " Dragonetti Arturo R. - Higiene y M. Social
 - " Dussaut Alejandro - Medicina Operatoria
 - " Fernández Audicio Julio César - Cl. Ginecológica
 - " Fuertes Federico - Cl. de E. Infecciosas y P.T.
 - " García Olivera Miguel Angel - Medicina Legal
 - " Garibotto Román C. - Patología Médica
 - " Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
 - " Giroto Rodolfo - Cl. Genitourrológica
 - " GOTUSO Guillermo O. - Cl. Neurológica
 - " Guixa Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
 - " Ingratta Ricardo N. - Cl. Ostétrica
 - " Lascano Eduardo Florencio - Anatomía y F. Patológicas
 - " Logascio Juan - Patología Médica
 - " Lozano Federico S. - Cl. Médica
 - " Loza Julio César - Higiene y Medicina Social
 - " Manguel Mauricio - Clínica Médica
 - " Marini Luis C. - Microbiología
 - " Martinez Joaquín D.D. - Semiología y Cl. Proped.
 - " Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
 - " Meilij Elías - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
 - " Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica Cátedra IIa.
 - " Morano Brandi José Francisco - Cl. Pediatría y Pueric.
 - " Moreda Julio H. - Radiología y Fisioterapia
 - " Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia
 - " Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
 - " Negrete Daniel Hugo - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
 - " Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
 - " Prieto Díaz Herberto - Embriología e H. Normal
 - " Penin Raúl Pedro - Clínica Quirúrgica

PROFESORES ADJUNTOS

Dr. Prini Abel - Clínica Otorrinolaringológica
" Polizza Amleto - Medicina Operatoria
" Ruera Juan - Patología Médica
" Sánchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
" Taylor Gorostiaga Diego J. J. - Cl. Obstétrica
" Trinca Saúl T. - Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
" Torres Manuel María del C. - Clínica Obstétrica
" Tropeano Antonio - Microbiología
" Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
" Vanni Edmundo O.F.U. - Semiología y Cl. Proped.
" Vázquez Pedro C. - Patología Médica
" Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica
" Tau Ramón - Semiología y Cl. Propedéutica
" Zabudovich Salomón - Clínica Médica
" Zatti Herminio LmM. - Cl. de E. Infecciosas y P.T.
" Cartelli Natalio - Cl. Genitourrológica

DEDICADO A LA MEMORIA

DE MI

M A D R E

~~XXXXX~~
WWWWW

PADRINO DE TESIS

PROFESOR DOCTOR

IVAN GONÍ MORENO

AL DOCTOR RODOLFO FERRE

.

AL DOCTOR ANTONIO EGO D. GROSSI

BIBLIOGRAFIA

Robert A. Katz: sugerencias para una terapia no quirúrgica en las gangrena isquémicas inminentes. "New Orleans Medical Joournal Volumen 92 N° 12 Junio de 1946.-

Traducido por La Prensa Médica Argentina en el N°39 página N° 1978 Septiembre de 1946.-

Francisco Nocito: Tratamiento de las afecciones isquémicas de los miembros con la mezcla eter-heparina. Sociedad Argentina de Cirujanos. Año VIII N°27-28 Sesiones del 10-17 de - Noviembre de 1947 y año VIII N°24-25 sesiones 20y27 Octubre de 1947.-

Felipe Basch: Endarteritis obliterante tratada por el método de Katz. Sociedad Argentina de Cirugía. Año VIII N°27-28 Sesiones del 10-17 de Noviembre de 1948.-

Adolfo Dujowich: A propósito del tratamiento de las afecciones isquémicas de los miembros con la mezcla eter-heparina. Sociedad Argentina de Cirujanos. Año VIII N°27-28 Sesiones - del 10-17 de Noviembre de 1947.-

Felipe Basch: A propósito de "El método de Katz", modificado en las obliteraciones vasculares periféricas" Sociedad Argentina de Cirujanos. Sesión del 9 de Agosto N°14 año 1948.- y Sesiones del 26 de Julio y 2 de Agosto N°12 y 13 año 1948.-

Wirbschaflor y Widman: The elaboration of histamine in vivo Jnal. Amer. Med. Assc. Vol.133 N° 9 Pag.604 Marzo 1947.-

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES VASCULARES OBLITERANTES
DE LOS MIEMBROS CON OXIDO DE DIETILO (Eter)
METODO ORIGINAL DEL DOCTOR KATZ

Dentro del grupo de las arteritis crónicas se engloba un conjunto de enfermedades cuya etiología y patología es poco conocida, siendo esta la mayor dificultad que se ha encontrado hasta el presente para realizar una terapéutica eficaz.-

Los medicamentos empleados han sido múltiples y variados, desde los vaso^s dilatadores del tipo de la acetilcolina y papaverina, hasta los extractos pancreáticos desinsulinizados, vacunas piretógenas, el citrato y el cloruro de sodio que han sido empleados según sus preferencias por clínicos y cirujanos, viendo así deambular a estos pacientes atacados por este tipo de enfermedad por los distintos servicios sin encontrar más que un alivio pasajero para sus males y terminando en la mayor parte de los casos en la amputación de sus miembros enfermos.-

En Septiembre de 1946, se transcribe en "la Prensa Médica Argentina", un interesante trabajo realizado en Nueva Orleans por el Doctor Katz, y dado a publicidad en la "Revista Médica New Orleans" volumen 92, nº12 página 542 en el mes de Junio de 1946, consistente en el uso del éter en el tratamiento de las lesiones vasculares obliterante de los miembros con amenaza de gangrena inminente.-

Se agrega así una terapéutica mas a la larga serie de tratamientos médicos preconizados hasta el presente y por desgracia todos con mediocres o malos resultados.-

Todos estos fracasos se deben a que no se conoce - ningún método terapéutico que actúe directamente sobre el proceso íntimo de la tromboangeítis obliterante y pueda hacer detener o desaparecer las lesiones orgánicas.-

Como se vé ninguno de estos métodos se puede considerar como medicación específica.-

Moschowitz, al referirse en su monografía sobre la esclerosis vascular emite la siguiente opinión: "siendo la arterioesclerosis una consecuencia inevitable de la vejez y por ende un proceso irreversible, es poco probable que se descubra un método de terapia que reintegre los vasos atacados a su estado normal, a menos que lleguemos a dominar a la mortalidad. No puede prevenirse a la arterioesclerosis como tampoco a las canas y a las arrugas.-

Ante estas opiniones emitidas por personas de tanto prestigio no podemos menos que admitirlas con gran respeto, pero no como algo imposible de resolver, pues como muchas enfermedades eran incurables y hasta desconocidas, y así como se han visto resueltos esos problemas debidos al asombroso progreso de la medicina, no debemos perder las esperanzas de que se llegue a descubrir algun tratamiento eficaz, que aunque no consiga borrar las huellas dejadas por la arterioesclerosis, por lo menos una vez descubierta esta enfermedad consiga detenerla en su larga y penosa evolución y que en mayor o menor tiempo es de consecuencias fatales.-

Para solucionar en parte y sin pretender introducir un método que cure estas dolencias como bien lo hace notar el Doctor Katz en su publicación, empleó el éter con los halagadores resultados comprobados en diversos centros científicos y hemos tenido la suerte de que nosotros en el Instituto de Cirugía de Haedo, hemos llegado a los mismos éxitos resultados en la mayoría de los casos.-

El gas óxido de dietilo, tan conocido con el nombre de éter, una vez más viene a aliviar los sufrimientos desde su introducción por Morton en 1864 en aquella oportunidad como anestésico, y en tal categoría ocupa en la actualidad uno de los puestos de mayor honor.-

TRABAJO EXPERIMENTAL INICIAL:

En Marzo de 1945, el Doctor Katz basándose en la reacción "relámpago" obtenida en el período de inducción de la anestesia decide utilizar el óxido de dietilo por vía intra-

muscular en el tratamiento de las afecciones vasculares.-

En Francia se ha utilizado desde el año 1912 por vía intramuscular con fines anestésicos para operaciones de la boca y de la cabeza, presentándose varios accidentes y algunos mortales, con dosis que variaban de 30 a 80 c.c. La dosis utilizada en forma empírica era de un c.c. por kilo de peso.-

Mucho tiempo antes que la vía intramuscular fué empleada la vía endovenosa y en 1848 Pirogoff y Van Flour la usan como anestésico, abandonándose este método hasta el año 1909 en que Burkhardt en Alemania lo utiliza nuevamente como anestésico general.-

Con un espíritu digno de los hombres de ciencia, el Doctor Katz, se ha utilizado a sí mismo como conejillo de indias para hacer los ensayos preliminares, inyectándose en el muslo 1 c.c. de éter, acusando instantáneamente un dolor agudo muy intenso e inmediatamente sintió el gusto y el olor del éter.®

Al día siguiente ensaya una mezcla de 50% de éter y 50% de aceite de maní, obteniendo así una acción más prolongada del éter sin hacer desaparecer el dolor ni el gusto que desagrada a los enfermos tratados con esta droga.-

Siempre y con el fin de suprimir el dolor utiliza la procaína como anestésico local, para lo cual infiltra la región con una dosis generosa sin lograr los resultados ambicionados. Recurre entonces a la benzocaína, por ser esta droga soluble en el éter, siendo además de escasa toxicidad, logrando utilizar con éxito una solución del 1% de benzocaína incorporado al aceite de maní y óxido de dictilo, con el agregado de 100.000 unidades de penicilina con el solo fin de esterilizar la mezcla.-

Con esta mezcla el olor al éter persiste en el aliento unas 15 horas y se obtiene una anestesia completa antes de los 15 minutos. A los 35 o 40 segundos se experimenta sensación de calor y la presión arterial aumenta a 25 m.m. manteniéndose así unos 90 minutos, luego de lo cual disminuye por

debajo de la normal.-

En vista de estos resultados establece la concentración de la solución a utilizar, la que se compone de 50% de óxido de dietilo y 50% de aceite de maní, más 10% de bonzo-caína y 100.000 unidades de penicilina para la elaboración de la droga combinada.-

La dosis máxima combinada fué de 20 c.c. equivalente a 10 c. c. de éter.-

Obtenida y establecida esta concentración como la más conveniente, inicia el tratamiento de un enfermo cuyos trastornos eran atribuidos a una trombosis de la arteria subclavia con decoloración y dolor agudo de los dedos de la mano izquierda y ausencia del pulso desde la subclavia hasta la radial. La codeína y todos los demás métodos ensayados no lo aliviaba, por lo cual no podía conciliar el sueño.-

Se le aplica 20 c.c. de la solución establecida en inyección intramuscular en la región glútea con resultado muy bueno, calmando el dolor agudo y persistiendo únicamente un dolor sordo en la región de mayor inflamación.-

El segundo enfermo, un diabético de 75 años, amputado de una pierna por gangrena diabética y que a los dos meses presenta el mismo proceso en el pié izquierdo con isquemia e intenso dolor.-

El alivio que experimentó este enfermo duró cuatro meses después del tratamiento.-

Con este sorprendente beneficio obtenido por los dos enfermos citados, queda demostrado en principio la bondad del método y con el fin de obtener datos interesantes sobre los cambios humorales, subjetivos y objetivos, continúa las investigaciones todo el año 1946.-

Se llega así a la conclusión de que la rapidez de penetración de la solución en el torrente sanguíneo es de 8 a 20 segundos, pues es el tiempo que tarda en percibirse el gusto del éter en el aliento.-

Los niveles de nitrógeno no protéico; los valores de

colesterol; el recuento de glóbulos rojos y la hemoglobina no presentaron cambio alguno. Las pruebas humorales, renales y hepáticas fueron normales. No hay hematuria ni albuminuria y los niveles de sodio no se modificaron.-

La aplicación de las inyecciones por vía intramuscular trajo algunos inconvenientes que serán detallados más adelante siendo ésta la causa para que se abandonara el método y se buscara de aplicarlo por vía endovenosa.-

Fueron tratados 34 enfermos en los que se utilizó la vía intramuscular, de los cuales algunos hospitalizados a los que se les aplicaba como dosis óptima 10 c.c. de éter y los otros en consultorio externo con dosis establecida de 20 c.c. de éter y aceite de maní.-

Las inyecciones se hacían diariamente y en un total de 12 aplicaciones.-

En ambos grupos los resultados fueron satisfactorios terminando primero los enfermos de consultorio.-

Algunos de estos enfermos no obtuvieron todos los beneficios del éter debido a las complicaciones, por lo que se tuvo que suspender el tratamiento. En cambio se vieron muy beneficiados todos aquellos que pudieron hacerse la serie completa.-

En la mayoría de estos enfermos desaparecieron los dolores, los edemas y la isquemia y en algunos casos pudieron caminar hasta un cuarto de milla sin molestias.-

Objetivamente desapareció la cianosis, mejoró el color apareciendo una coloración casi normal y aumentando también la temperatura general del cuerpo.-

El éter por vía intramuscular tiene un efecto bastante duradero, habiéndose comprobado mejorías que se mantenían al cabo de un año.-

Entre las complicaciones que se presentaron las mas serias fueron las ulcerosas.-

De los 34 casos, 7 presentaron esta complicación y las úlceras se extendieron debajo de la piel interesando profundamente los tejidos. También la benzocaína por su carácter

de insoluble produjo nódulos que duraron varios meses, para evitar estas complicaciones se recurrió al uso de agujas más largas y con punta de Huber sin conseguir los resultados esperados, por lo que se abandona este método de tratamiento.- por via intramuscular.-

R E S U L T A D O S

ALIVIO DEL DOLOR Y DE LA ISQUEMIA:

	<u>Bueno</u>	<u>Regular</u>	<u>Pobre</u>
Miembro diabético insquémico.	16	7	-
Miembro arterioescleroso isquémico.	6	-	3
Trombosis arterial de la subclavia.-	1	-	-
Enfermedad de Buerger.	<u>1</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
Número total de enfermos	24	7	3

PERIODOS DE TIEMPO (MESES) DESDE LAS ULTIMAS INYECCIONES:

	<u>1-5m</u>	<u>5-7m</u>	<u>7-9m</u>	<u>9-11m</u>
Miembro diabético esquémico	9	10	3	1
Miembro arterioesclerotico isquémico	2	3	3	1
Trombosis arterial de la arteria subclavia	-	-	1	-
Enfermedad de Buerger	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>1</u>
Número total de enfermos	11	13	7	3

Considerando la acción benéfica del eter en el tratamiento de la isquémia tromboangéitica y arterioesclerótica y ante las dificultades de la via intramuscular se recurrió a la via endovenosa la que fué utilizada por el Dr. Katz, basandose en la innocuidad del óxido de dietilo en el torrente sanguíneo, innocuidad comprobada por Honan en el año 1913, quién con fines anestésicos utiliza una mezcla del 5% al 7,5% de eter en suero fisiológico. Con esta mezcla realiza 350 inyecciones en dovenosas, presentandose un solo accidente fatal, el que se considera producido por otro agente y no por el eter. En el ejercito norteamericano Beck en el año 1945 emplea una solución al 10% de eter y solución fisiologica, también con fines anestésicos, para intervenciones del torax, sin presentar en ningún caso la más mínima complicación. Se ha comprobado que los arterioesclerosos y diabéticos

al ser sometidos a una anestesia prolongada por inhalación de eter, son propensos a la acidosis, creyendose también que pueden ser alteradas las funciones hepáticas y renales.-

A pesar de estos inconvenientes que se presentan en la anestesia por inhalación, el Dr. Katz, basandose en los trabajos antes mencionados del Dr. Beck y Honan y también en Burkhardt, Ludwig, Heb y otros decide utilizar la via endovenosa como nuevo medio de aplicación del eter en el tratamiento de las gangrenas isquémicas de los miembros.-

El Dr. Katz al comenzar a utilizar la via endovenosa empleó una solución al 5% inyectando dos veces por día 200c.c. Posteriormente y para evitar punciones repetidas, usó la solución al 2,5% (25c.c. en 1000c.c. de suero).-El óxido de dietilo tiene un peso específico de 0,718 gmr. por lo que es conveniente emplear una solución fisiológica más pesada. Se debe emplear el eter etílico anestésido, soluble en 7 volúmenes de agua a la temperatura de 25° y en 15 volúmenes a los 37°.-

La ampolla a utilizar debe ser abierta poco antes de ser usada, pues a la exposición del aire se produce la formación de alcohol atílico (4%) sin toxicidad y al mismo tiempo el peróxido de eter que tiene acción tóxica.-

La temperatura de obullición del eter es de 34,5° por lo que se debe utilizar como solvente suero fisiológico frio, después se colocará en la heladera aproximadamente una hora y especialmente cuando la temperatura ambiente es alta.- El Dr. Nocito basandose en los trabajos de Takats (heparino tolerance: a test of the clotting mechanism-Surg. Gynec. and Obst. 47-31-943 sobre las modificaciones del tiempo de coagulación después de la administración de 10 mg. de heparina a los arterioesclerosos y tromboangeiticos, pudieron comprobar que hay enfermos hiporreactores a la heparina, especialmente los pacientes que pasaban por un periodo evolutivo de la enfermedad.-

La heparina asociada al eter presenta la acción anticoagulante de la heparina y la vasedilatadora del eter.-

Solo había que probar que la acción anticoagulante de la heparina no se altera en la solución etérea, lo que se confirmó midiendo el tiempo de coagulación antes y después de la

aplica-

ción eter-heparina.-

El Dr. Nocito utiliza la solución eterea al 2,5% al que le agrega 100 m.m. de heparina en el momento de usarse.-

M E T O D O S

El tratamiento puede hacerse a pacientes hospitalizados como así también a enfermos que deambulan los que deberán concurrir diariamente al consultorio externo quienes una vez terminada la venoclisis o la enema de eter podrán retirarse a su domicilio previo unos minutos de reposo.-

El enfermo debe estar en ayunas, acostado y con el brazo sobre una almohada, algo más elevado que el cuerpo para facilitar la deplesión venosa. Debe usarse una aguja calibre 19 y una jeringa material que estará esterilizado. Una vez canalizada la vena se retira la jeringa y se conecta la tubuladura.-

Esta maniobra se considera importante pues el contacto del eter con los tejidos es muy doloroso.-

Se usa una ampolla de suero de 500c.c. a la que se le agrega el eter por medio de una jeringa. Se agita la solución y se guarda en la heladera por lo menos una hora. Antes de usarse debe agitarse nuevamente. La ampolla se colocará a 1 metro sobre el nivel del enfermo. Una vez expulsado el aire la tubuladura y conectado a la aguja se hace pasar gota a gota la que pueden variar de 40 a 80 por minuto.-

Las primeras inyecciones conviene pasarlas mas lentamente por provocar dolor a lo largo del trayecto venoso, pudiendo pasarse las subsiguientes hasta 80 gotas por minuto sin producir trastornos.-

Un litro de la solución etereatarda en pasar aproximadamente de 3 a 5 horas.-

Al pasar todo el contenido de la ampolla de 500c.c. se cambia ésta por otra cargada sin sacar la aguja y de esta manera se hace una sola punción venosa.-

El tratamiento completo consta de 24 inyecciones las que se hacen en dos series de 12 cada una, con un intervalo de 3 a 4 días.-

La eliminación del éxido de dietilo se hace casi exclusivamente por la vía respiratoria, consecuencia del cuál el olor etero es percibido de inmediato y tarde unas 15 a 20 horas en desaparecer.-

Debido que el eter tiene el inconveniente de aumentar la presión sanguínea tanto por vía intramuscular o endovenosa es conveniente agregarle a la solución 100 a 200 mg de ácido nicotínico, con lo que subsana este trastorno.-

Si el enfermo ha comido rato antes puede presentar vomitos como en un caso del Dr. Katz, por lo que deben hacerse las inyecciones en ayunas.-

Otra contingencia posible son los chuchos y escalofríos como en nuestra observación N° 14

Las venas suelen esclerosarse después de algunas inyecciones - siendo este un inconveniente para continuar el tratamiento por esta vía.-

Se puede utilizar cualquier vena de los miembros superiores o inferiores como también las yugulares.-

El Dr. Basch modificando la técnica de Katz, propuso hacer una sola inyección diaria endovenosa preparando una suspensión de 10c.c. de eter en 20c.c. de suero fisiológico.-

Mientras se efectúa la inyección el paciente siente dolor intenso en el trayecto de la vena, tos y somnolencia.-

Las venas se esclerosan rápidamente con esta técnica (2 ó 3) inyecciones debido a lo cuál ultimamente el Dr. Basch se vió obligado a reducir la proporción de la suspensión, utilizando 5c.c. de eter en 20c.c. de suero fisiológico, con lo cual se consigue disminuir la esclerosis.-

Para subsanar este inconveniente que también se presenta en un porcentaje menor con la solución al 2,5% como lo preconiza Katz se recurrió a la vía rectal.-

Esta vía ha sido propuesta por el Dr. Arturo Burlando quién sugirió hacer el eter rectal previa enema evacuante y luego una enema a retener con Laudano.-

El Dr. Basch utiliza estas enemas en la proporción de 20c.c. eter en 80c.c. de aceite de olivas, consiguiendo resultados muy alentadores y siendo muy bien tolerado por el enfermo en la mayoría de los casos.-

En uno de nuestros enfermos nos vimos obligados a suspender las enemas y al cabo de 3 días de descanso se pudo continuar con las mismas, Obs. N° 16.-

Han sido tratados enfermos con miembro isquémico diabético

anterioesclerótico, enfermedad de Buerger, mano causálgica, enfermedad de Reynaud, a todos los cuales se les ha practicado - diversas pruebas funcionales para comprobar las modificaciones de la circulación troncular y colateral mediante la oscilometría, el tiempo de recoloración de la piel midiendo el ángulo de Buerger, la termomotría cutánea y la claudicación provocada o trabajo muscular

Para valorar estos resultados hay que tener en cuenta la modificación del edema, del dolor, del color de la piel y la - desaparición de las lesiones gangrenosas.-

RESULTADOS

MODIFICACIONES CLINICAS

DOLOR:

Uno de los síntomas dominante y que más perturban al enfermo especialmente de noche es el dolor. Este dolor nocturno y por lo tanto de reposo hasta el momento no ha sido explicado en forma convincente.-

El dolor nocturno simple de los arterioescleróticos y diabéticos seniles se calma rápidamente con el éter, siendo su efecto de corta duración. Por el contrario los pacientes que tienen muy comprometida su circulación obtienen un efecto más duradero y son los que más se benefician.-

Como se ve por lo expuesto el alivio del dolor está en función directa del estado de la circulación del enfermo.-

Es una modificación que actúa en forma enérgica y rápida y así tenemos que en la mayoría de los casos hay un alivio desde la primer flebotomía y continúan con una analgesia sorprendente con las subsiguientes.- La supresión inmediata del dolor lo comprobamos en más del 90% de nuestras observaciones.-

Con la supresión del dolor, especialmente el nocturno cuya manifestación se consta en la estereotipada *facies* de sufrimiento, se han visto transformar el mal estado general de estos enfermos, para presentar un aspecto objetivo y subjetivamente de señalada mejoría; mejoría atribuible a la supresión de hipnóticos y alcaloides que se hacen innecesario, como así también a la recuperación del sueño que generalmente desde muchos meses atrás se halla perturbado.-

El dolor activo producido en la zona del proceso inflamatorio no desaparece hasta tanto ésta se resuelva totalmente.

Esto se constata después del empleo del óxido de dic-

tilo en los casos de enfermedad de Buerger y Reynaud con lesiones en el pie. El dolor agudo y aterrador disminuye en gran parte y queda solamente un dolor serdo, que va en disminución progresiva hasta que cicatriza la lesión.-

CLAUDICACION INTERMITENTE:

La claudicación intermitente es un síntoma de aparición muy precoz y extremadamente frecuente en los procesos oclusivos arteriales.-

El dolor es el síntoma más importante de la claudicación intermitente y reviste los más diversos caracteres, desde la simple sensación de peso ó molestias en las piernas y pie hasta la parálisis y cojera. Otras veces un verdadero calambre doloroso que recorre el pie por su arco plantar o por su parte dorsal, pero con la característica común de que aparece durante la marcha.-

Es evidente de que esta sintomatología dolorosa se produce por un déficit en la circulación de las extremidades y cualquier agente que mejore la circulación general, mejorará el funcionamiento de los miembros.-

La disminución del dolor producido por la marcha se ha visto mejorado en diversos grados. En algunos la recuperación ha sido parcial, permitiéndole a los enfermos un mayor recorrido dentro de ciertos límites. En otros casos la recuperación ha sido notable, pudiendo algunos pacientes caminar muchas cuadras sin acusar dolor y por lo tanto con capacidad para continuar la marcha.-

La desaparición o disminución del dolor de reposo es más manifiesta y rápida que el dolor de la claudicación intermitente, atribuible a la distinta patogenia. El dolor de reposo se cree producido directamente por la isquemia. El dolor de claudicación intermitente es provocado por el factor "pe-

substancia producida por el metabolismo del músculo isquémico durante el trabajo. Mejorando el metabolismo muscular, la caludicación no se hace presente.-

EDEMA:

El edema que presentan algunos de estos enfermos debido al déficit de la circulación de retorno, como así también por la posición antiálgica que adoptan con el fin de aliviar los dolores, se ve desaparecer con las primeras inyecciones

Los edemas que más rápidamente desaparecen son los edemas blancos y blandos producidos por las posiciones antiálgicas .- *Yn*

Al desaparecer el edema juntamente con el dolor, estos enfermos pueden adoptar posiciones mas cómodas y mover los miembros con toda libertad.-

ERITROMELIA:

En muestras obs 46-9-12-14, pudimos comprobar que las zonas periúlcerosas son las que presentan una coloración rojiza más marcada, siendo también esta zona de mayor infiltración en el celular.-

Esta coloración rojiza e infiltración del celular se vé muy beneficiada con el éter, desapareciendo casi totalmente para tomar una coloración normal, persistiendo tan solo en algunos casos un tinte rosado alrededor de la zona periúlcerosa.-

Los fursos de la piel que estaban borrados vuelven a reaparecer evidenciando una mejoría de la circulación capilar, razón por lo cual, mejora la temperatura cutánea.-

LESIONES CUTANEAS:

Es variable el tiempo de cicatrización que presenta una lesión gangrenosa superficial y el de una lesión grave en los casos de arteriosclerosis o diabetes avan-

sada.- Es necesario diferenciar las lesiones gangrenosas superficiales dermoepidérmicas que no van más allá del tejido subcutáneo, de las gangrenas profundas con necrosis de falanges. Las primeras se detergen, desaparece la fetidez mejoran objetiva y subjetivamente y terminan cicatrizando quedando solamente una zona enrojecida en la vecindad de la úlcera. Obs. 1-2-4-9-10-12.- En cambio las gangrenas profundas con necrosis de tendones y falanges van casi todas a la eliminación del segmento enfermo.- Obs. 11-13-15-17.-

Cuando el enfermo presenta una suficiente circulación colateral se acorta mucho el tiempo de cicatrización apareciendo el tejido de granulación entre las siete y las diez semanas.-

Es bueno tener presente que no hay que apresurarse a tomar como un fracaso a un pequeño retardo en la cicatrización, pues si el enfermo presenta alivio en su dolor, juntamente con una normalización en el suministro de sangre nos veremos con una respuesta favorable, respondiendo el tejido de granulación en forma evidente.-

En los casos de una supresión brusca y total de la circulación (Trombosis aguda o embolia) de un miembro con gangrena consecutiva, por lo general se llega a tener que recurrir al tratamiento quirúrgico, amputando el miembro.-

SUFICIENCIA CIRCULATORIA : (Pruebas funcionales):

Poca es la modificación que se produce en el índice oscilométrico de estos enfermos. La oscilometría de los segmentos arteriales enfermos no han sufrido ninguna modificación, comportándose en forma distinta los segmentos arteriales sanos en que por lo general se encuentra un aumento del índice oscilométrico.-

Los cambios oscilométricos no se producen por que

ella nos informa del estado de la circulación profunda que es poco modificada por el óxido dietilo, por presentar las arterias profundas grandes alteraciones orgánicas, no sucediendo así con la circulación colateral e supletoria en la que se evidencia una gran mejoría.-

No debe considerarse entonces como un fracaso la falta de gran amplitud oscilográfica, por que a pesar de ello hemos visto desaparecer el dolor, el edema, la claudicación, etc,...etc...etc...índice de un marcado éxito en la cura de estos enfermos en el tratamiento en prueba.- En nuestras obs. 1-2-3-4-5-6-8-9-10-18 no se modificó la oscilome, pero si se modificaron las lesiones las que mejoraron en forma evidente.-

La oscilometría a sido tomada antes y después de la administración del eter, verificandose estas a nivel del tercio inferior del muslo y tercio superior e inferior de pierna. Para poder comparar segmentos sanos y enfermos se tomaron las oscilaciones en los brazos y antebrazos.

TERMOMETRIA CUTANEA:

La temperatura en el miembro enfermo se eleva después de la inyección del eter pudiéndose demostrar esto mediante la palpación del miembro con el dorso de la mano.-

Para tomar correctamente y en forma exacta la diferencia de temperatura se debe recurrir a las culpas termométricas, para lo cual es necesario llenar ciertas condiciones técnicas.-

El enfermo debe estar en ayunas y en completo reposo. Los miembros los debe tener al descubierto hasta que se establezca una regularización térmica espontánea.-

Es preciso trabajar con una temperatura ambiente de 22° a 24° la que se anotará debidamente y en estas condiciones la temperatura del pie corresponde al de la habitación. Con temperaturas de 25° a 26° la de los dedos del pie la sobrepasan y con temperatura ambiente de 29° la temperatura de los pies llegan a 32° ó 33°.-

Cuando la temperatura ambiente es de 22° a 24° se produce un ascenso de la curva térmica como se ve en los gráficos citados por el Dr. Nocito en la revista de la Sociedad Argentina de Cirujanos el 10-17 de Noviembre de 1947.-

ANGULO DE SUFICIENCIA CIRCULATORIA:

Es una prueba con la que se puede medir el valor de la circulación del miembro explorado mediante la maniobra de elevación y luego el descenso del mismo.-

Esta prueba se conoce con el nombre de ángulo de Buerger y para tomarla el enfermo debe estar acostado en decubito dorsal con las piernas completamente desnudas y en un ambiente cuya temperatura oscile entre 22° y 24° C. en cuyas condiciones permanecerá de 10' a 15' antes de iniciar la prueba con el fin de evitar una vasoconstricción accidental.-

Una vez que se cumpla con estos requisitos se le ordena al enfermo que levante el miembro hasta que forme un ángulo de 30° a 45° con el plano de la cama. Previamente se anota la temperatura y el calor de la piel y después de 10' de tener el miembro levantado se anota el cambio de coloración antes de ordenar el descenso del mismo, verificandose si adquiere una palidez límpida o un aspecto cadavérico, es decir un tinte blanco amarillento. Cuando toma un tinte cadavérico se puede decir que hay una circulación sumamente deficiente especialmente cuando la presión sanguínea está normal o aumentada y por el contrario cuando la presión es baja se dice que la circulación es relativamente deficiente.-

Al realizar esta prueba el enfermo puede tener un calambre característico de la claudicación intermitente, la que se puede presentar en forma espontánea o después de haber practicado durante ese tiempo ejercicios con los dedos de pie.

Cuando se producen estos calambres se acentúa aun más la desaparición de la coloración de la pierna -

Al volver el miembro a la posición horizontal tardará un cierto tiempo de recuperar su coloración primitiva

tiempo que se medirá y que en un miembro sano tarda de 10'' a 15'' no sucediendo así con los miembros afectados de trastornos circulatorios donde puede tardar 30'' 60'' e más para la recuperación de la coloración primitiva.-

Esta demora en recuperar su primitivo color constituye el tiempo de recoloración que será tanto mas prolongado cuando mayor sea el grado de la isquemia.-

En la mayoría de nuestros enfermos tratados con el éxido de dietilo pudimos comprobar una evidente modificación, ^dteniendo hacia la normalización del tiempo de recoloración o angulo de Buerger lo que demuestra una mejor circulación periférica.-

TRABAJO MUSCULAR:

Esta prueba se puede llevar a cabo haciendo efectuar movimientos rítmicos de flexoextensión de los pies ó sínó ordenándole saltar en el mismo lugar con el fin de provocar la crisis de claudicación intermitente.- El sujeto deberá saltar alternativamente sobre una y otra pierna y al mismo tiempo irá contando en voz baja el número de saltos que va dando y cuando empiece a sentir dolor nos ⁿanunciará con una acentuación de la voz y seguirá saltando hasta que el dolor le impida continuar. Se anotan ambas cifras y se le hará repetir la prueba más veces para verificar las modificaciones que sufre durante el tratamiento.-

Es muy evidente el aumento de la capacidad para la ~~reflexo~~extensión y para el salto en el mismo lugar después de haber recibido unas pocas inyecciones de eter.-

La mejor manera de tomar la capacidad del trabajo muscular es por medio ^{de} la marcha para lo cual se le hace caminar al paciente hasta que aparezca la claudicación intermitente. Se anota la distancia recorrida y se podrá comparar con

las distancias que el enfermo podía recorrer antes del tratamiento.- El metedo de la marcha resulta mucho más cómodo que los anteriores puesto que lo que más interesa a los enfermos de esta naturaleza es saber si puede recorrer una distancia mayor o menor que antes de iniciado el tratamiento. Se puede ver que enfermos que antes recorrían 100 ó 200 ya desde las primeras inyecciones pudⁱerón recⁱrrer distancias 2 ó 3 veces mayores, y a veces más como ser la Obs. 18 que podía caminar 100 mts. antes del tratamiento y después pudo caminar 1000mts.-

La prueba del salto y el de la marcha nos da un índice de la capacidad vascular que mejora mucho con el eter pero que ^{debe} no ser tomado en aquellos enfermos que presentan manifestaciones de desfallecimiento miocárdico, de angina de esfuerzo, como tampoco se podrá tomar en aquellos que presentan lesiones tróficas de las extremidades.-

INCONVENIENTES

Se han efectuado miles de inyecciones endovenosas con fines anestésicos como ~~así~~ también para el tratamiento en estudio, llegándose a la conclusión de ^{que} los inconvenientes que se han presentado son de escasa importancia.-

El escalofrío se presenta muy a menudo y en otros en cambio no se presenta nunca.-

Otro inconveniente y que es relativamente serio es la flebitis por que a menudo lleva a la obliteración del vaso y como consecuencia la inutilización del mismo para subsiguientes inyecciones.- Esta complicación se presenta en un 20 a 25% de los ^{casos} ~~casos~~ ^{no} ~~casos~~

Segun el Doctor Nocito ^{to} con el agregado de heparina la incidencia de la flebitis ha disminuido considerablemente lo mismo que su intensidad.-

Entre los pocos casos de complicación seria y fatal citaré el de la revista J.A.M.A. Wirbschfler y Widman; The elaboration of histamine in vivo.

Se trataba de un paciente obeso de 75 años, hipertenso con máxima de 140 y mínima 130, en los miembros inferiores no hay oscilaciones.- Se inicia el tratamiento de Katz con mejoría subjetiva y objetiva. Despues de quince inyecciones presenta shock con fuerte dolor retroesternal, descenso de la tensión arterial, polipnea 50*, dificultad respiratoria, pulso frecuente y debil. Carpa de oxígeno permanente. Muere a las 35 horas.-

Examen pots morton; los pulmones teñidos con sudán 4 mostraban pequeñas embolias grasas tanto en las arterias pulmonares en los pequeños capilares, en el cerebro había congestión, gliosis, desmielización, todo indicativo de

embolia grasa pulmonar.-

Otros trastornos que pueden presentar los pacientes es la euforia y la somnolencia, como así también los vomitos que presentan cuando se hace la eteroterapia después de haber comido.-

En cuanto a la fórmula leucocitaria y recuento globular, las cifras de nitrógeno no proteico y colesterol no ha habido modificaciones, la investigación de glucosa, albumina, pigmentos y sales biliares en orina fue negativa.-

BSEV.	DIAGNOSTICO	LESIONES	TRATAMIENTO ANTERIOR	Nº de INYEC	MODIFICACIONES DESPUES DEL ETER	TIEMPO TRANSCURRI- DO.-	RESULT
1 28631	Arterioesclero- sis obliterante	Necrosis isquémica. Claudicación 10 ó 20 mts. Dolor nocturno y de reposo.-	Medicamentosos. Mejora unos días.-	24	Úlcera más chica. Desaparición del dolor. Claudicación 400 me- tros.-	14 meses	Buena
2 88452	Tromboangeítis obliterante	Úlcera. Claudicación del miembro izquierdo 100 metros.-	simpatetectomía de tres ganglios lumbares. Me- jora tres meses.-	24	Superficie ulcerosa totalmente cubierta. Desaparición del do- lor. Claudicación 500 metros.-	10 meses	Buena
3 55135	Arterioesclero- sis Obliterante	Dolores de decúbito y calambres nocturnos.- Claudicación 200 mts.	Medicamentosos. Mejora en dos meses.-	13½	No hay dolor. Claudicación 300 metros.-	8 meses	Buena
4 90042	Arterioesclerosi s obliterante.-	Úlcera tópida e hipo- termia de los pies.-	Infiltraciones del sim- pático. Mejora la hipo- termia 5 meses	24	No hay dolor. Úlcera más chica	9 meses	Buena
5 70452	Arterioesclero- sis obliterante	Claudicación 100 mts.	Medicamentosos. Infil- traciones del simpáti- co. Mejora seis meses	24	No hay dolor. Claudicación 400 metros.-	14 meses	Buena
6 98019	Tromboangeítis obliterante.-	Gangrena de dedos. Cla- necrosis. Calambres. Clau- dicação 700 metros.-	Sin tratamiento ante- rior.-	24	No hay claudicación ni dolor	4 meses	Buena

BSERV.	DIAGNOSTICO	LESIONES	TRATAMIENTO ANTERIOR	Nº de INYEC	MODIFICACIONES DESPUES DEL ETER	TIEMPO TRANSCURRIDO.-	RESULT
7 77642	Arterioesclerosis Obliterante (Trombosis Aguda.)	Dolor, cianosis y enfriamiento de los dedos.-	Sin tratamiento anterior.-	4	No hay dolor. Fallece por insuficiencia cardíaca.-	6 días	Muere
8 66642	Arterioesclerosis obliterante diabética.-	Dolor. Claudicación 200 metros	Medicamentosos y tratamiento diabético. Resultado regular.	24	Dolor en rodilla y nalga durante 20 días. Claudicación 400 metros	11 meses	Buena
9 46093	Arterioesclerosis diabética.	Úlceras. Calambres. Dolores.-	Tratamiento local y diabético. Resultado pobre.-	29 Flec- vecl. 8 Ene- mas	No hay calambres ni dolor. Úlceras cicatrizadas.-	9 meses	Buena
10 84572	Arterioesclerosis obliterante. (Fractura expuesta).	Fractura expuesta supurante. Retardo de cicatrización.-	Medicamentosos. Resultado de pobre.-	25	Los injertos prenden el 90%. Escasa secreción.-	11 meses	Buena
11 95106	Arterioesclerosis Obliterante.-	Gangrena de pié. Claudicación 100 mts. Dolor de reposo.-	Sin tratamiento anterior.-	13	No hay dolor. Amputación de pierna.-	6 meses	Pobre
12	Arterioesclerosis obliterante	Eritropelagia. Transtornos tróficos, hipotermia. Claudicación 100 metros.-	Medicamentosos. Resultado de regular.-	25	Los transtornos tróficos curados. Pies calientes. Claudicación 12 cuadras con leve dolor.	13 meses	Buena

OBSERV.	DIAGNOSTICO	LESIONES	TRATAMIENTO ANTERIOR	Nº de INVEC	MODIFICACIONES DESPUES DEL ETTER	TIEMPO TRANSCULRIDO.-	RESUL TADO.-
13 80846	Arterioesclero- sis obliterante	Nerosis del dedo gorr- do, hipotermia y cianosis. Claudicación 50 metres.-	Sin tratamiento ante- rior.-	24	No hay dolor. Delimitación de gangrena. Amputación de pierna.	16 meses	Pobre
14 13503	Arterioesclero- sis obliterante	Miembros fríos y cian- óticos. Claudicación 500 metros.-	Medicamentosos. Mejora cinco meses.	15	Miembros calientes. No hay cian- osis. Claudicación 1000 metros	17 meses	Buena
15 81347	Arterioesclero- sis obliterante	Dolor de reposo, hipo- termia, edema y escara. Claudicación 100 mts.	Medicamentosos. Resulta- do pobre.	15	Dolor y edema. No hay mejoría Amputación Gallander	13 meses	Pobre
16 89939	Tromboangeítis Obliterante	Dolor de reposo, her- migues, hipotermia. Claudicación 100 me- tres.-	Medicamentosos y simpato- mectomía lumbar. Resulta- do pobre.	15 en- deven.	Amputación pierna, luego desgar- tadura en pierna izquierda.	4 meses	Pobre
17 15071	Tromboangeítis obliterante	Dolor de reposo. Necri- sis del tercer dedo. Miembros cianóticos y fríos.-	Medicamentosos. Resulta- do pobre.	24	Amputación Gallander, pierna iz- quierda. Miembro derecho calien- te. No hay dolor ni cianosis. Claudicación 250 metros.	8 meses	Buena
18 87934	Arterioesclero- sis obliterante diabética	Dolor de reposo. Hipo- termia de pie. Claudica- ción 100 metros.	Sin tratamiento ante- rior.	20	No hay dolor. Pies calientes. Claudicación 1000 metros.	9 meses	Buena

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Guemes"
 E. C. - 70 años
 Diagnostico: Arterioesclerosis obliterante
 Historia N° 28631
 Servicio: "Dr. Rodolfo Ferré"
 Observación N° 1
 Ingreso: 6-4-47.-

Enfermedad actual: Comienza hace seis meses con claudicación intermitente al caminar 6 cuadras. Hace 2 meses presenta hipersensibilidad y dolor espontáneo en el talón, en las plantas y los dedos de ambos pies. El dolor plantar le postró en cama hace un mes y medio, mejorando con vasodilatadores. Se levanta a los 15 días y se repite la sintomatología dolorosa con claudicación a los 10 ó 20 metros.-

Estado Actual: Lesión Trófica en borde externos de pie derecho de 3 cmt. por 1 cmt. de ancho. Diversas manifestaciones tróficas en ambas piernas no palpándose pulso pedio ni tibial posterior. Los pies están fríos.-

Se le somete al tratamiento que estamos estudiando y desde las primeras inyecciones nota gran alivio del dolor. Siente las piernas calientes y las mueve sin molestias. Al finalizar las 24 inyecciones se constata que la escara del pie derecho tiende a cicatrizar. La cianosis es substituída por un tinte rosado, no se repite la sintomatología dolorosa y los pies están calientes.-

Después de un año y cuatro meses se mantiene la mejoría no acusando dolor ni ninguna otra clase de trastornos teniendo los miembros calientes. Podía caminar más de 400 metros sin dolor. Fallece por un proceso agudo de pulmón y síncope el día 15-8-48.- Observación de un año y cuatro meses.-

Bertoncini Celestino

Observación N° 1.-

Miem. Izq. 20-IX-47

Miem. Derecho 20-IX-47

Miem. Derecho 29-X-47

Miem. Izq. 24-X-47

Instituto de Cirugía de Haedo*Prof.Dr. Luis Guemes*

M.J. 50 años

Diagnostico: Osteitis de pierna izquierda (Tromboangeitis obliterante)

Historia N° 88452

Servicio Dr. Rodolfo Ferré

Observación N° 2

Ingreso: 18-7-48.-

Antecedentes: El 3-10-40 fractura expuesta de tercio inferior de pierna izquierda y garganta de pie. A los tres días gangrena de los tres primeros dedos, eliminación espontanea del esfacelo. Se le hace bota corta de marcha enyesada, evolucionan de bien. Hasta tres años despues no presenta molestias y luego de un esfuerzo siente un crujido en el antiguo foco de fractura y a los tres días supuración manifiesta. Se trata con curetado del foco, persistiendo trastornos tróficos que hace tres meses se trata con simpaticectomía lumbar, mejorando. Se extirpan 3 ganglios de la cadena lumbar.-

Enfermedad actual: Presenta en el momento actual úlceras con escasa secreción puriforme y en parte con buena granulación Garganta del pie rígida. Desde el punto de vista funcional del miembro es de notar la aparición de claudicación al deambular aproximadamente unos 100 mts.

En estas circunstancias se trata con eter endovenoso e injerto, libre 3/4 (22-7-48)

El 10-8-48) desaparecen los dolores de decúbito y de marcha notandose evidente mejoría de las úlceras. Se completan 2 4 inyecciones de eter.-

El 22-8-48 injertos homólogos.-

El 28-8-48 se constata el fracaso de los injertos por lo que se decide realizar la resección de la zona ulcerada y colocación de nuevo injerto, operación que se realiza el 3-9-48.- A los seis días constatamos que el injerto prende en la región interna un ochenta por ciento y en la externa un

cincuenta por ciento.-

El 8-10-48 nuevo injerto que toma un ochenta por ciento (14-10-48)

El día 23-10-148 superficie cruenta casi cubierta en su totalidad y el día 26 del mismo mes es dado de alta con superficie totalmente cubierta, siendo posible la deambulaci3n m1s de 500 mts.-

10-IV-49: No hay dolor de dec6bito. Miembros calientes. Ulcera bien cicatrizada. Se palpa el latido de las arterias de ambos miembros disminuida de amplitud. Claudicaci3n mas de 7 00 metros Observaci3n de 10 meses con buen resultado alejado.-

20-VII-48.-

Miembro derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloraci3n 35'

10-IV-49

Angulo de Buerger 95°

Tiempo de recoloraci3n 20'

Miembro Izquierdo

Angulo de Buerger 105°

Tiempo de recoloraci3n 35'

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloraci3n 20'

Miem Izq. 20-7-48

Miem Derecho 20-7-48

10-IV-49 Miem Derecho

Miem. Izq. 10-IV-49

cincuenta por ciento.-

El 8-10-48 nuevo injerto que toma un ochenta por ciento (14-10-48)

El día 23-10-148 superficie cruenta casi cubierta en su totalidad y el día 26 del mismo mes es dado de alta con superficie totalmente cubierta, siendo posible la deambulación más de 500 mts.-

10-IV-49; No hay dolor de decúbito. Miembros caliente. Ulcera bien cicatrizada. Se palpa el latido de las arterias de ambos miembros disminuida de amplitud. Claudicación mas de 7 00 metros Observación de 10 meses con buen resultado alejado.-

20-VII-48.-

Miembro derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 35'

10-IV-49

Angulo de Buerger 95°

Tiempo de recoloración 20'

Miembro Izquierdo

Angulo de Buerger 105°

Tiempo de recoloración 35'

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20'

Miem Izq. 20-7-48

10-IV-49 Miem Derecho

Instituto de Cirugía de Haedo-Prof. Dr. Luis Guemes
L.J.- 56 años
Diagnostico: Arterioesclerosis obliterante
Historia Nº55135
Servicio: Dr. Rodolfo Ferré
Observación Nº3
Ingreso 12-IV-46.-

Enfermedad actual: Hace 20 días al caminar en forma apresurada, presenta un dolor intenso en ambas pantorrillas viendose obligado a aminorar la marcha. El dolor duró unos 10 minutos. Este episodio no lo había observado antes pues sus marchas las hacía en bicicleta y así no acusaba dolor.-

Desde hace unos días tiene calambres nocturnos que lo despierta calmando los mismos al cambiar de posición el miembro.-

Estado actual: La piel es blanca con algunas zonas hiperpigmentadas. Al tacto es húmeda y la temperatura está conservada. No se observa trastornos tróficos en los pies. El pulso arterial de las arterias de los miembros inferiores se palpa en todo su trayecto. La palpación de las pantorrillas es dolorosa.-

26-IV-46 se indica cabógeno, vitamina B1 y C, priscol, yoduro de potasio y masoterapia, siendo dado de alta el día 7-VI-46 y continuar con el mismo tratamiento.-

1-IX-48; Se reinterna por acusar dolores de decúbito y claudicación intermitente al caminar dos cuadras. La temperatura y coloración de la piel conservada. Se palpa el pulso de las pedias.-

Se le hace como tratamiento 13½ litros de la solución etérea desapareciendo los dolores de decúbito pudiendo dormir toda la noche. La claudicación ha mejorado poco pudiendo caminar sin claudicación unos 300 metros. Se indica continuar el tratamiento con histidina y ácido ascórbico.-

L.J.-

Observación No 3.-

9-IV-49.- Después de 8 mese se mantiene la mejoría obtenida y no tiene dolor de decúbito. Los miembros están calientes. Se palpa el pulso de las arterias en todo su trayecto/ La coloración de la piel está conservada/ Claudicación al caminar 400 metros
2-IX-49.-

Miembro derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 30'

9-IV-49.-

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 25'

Miembro Izquierdo

Angulo de Buerger 105°

Tiempo de recoloración 30'

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25'

Miemb. Derecho 1-IX-48

Miemb. Derecho 2-IV-49

L. J. -

Observación No 3. -

9-IV-49. - Después de 8 mese se mantiene la mejoría obtenida y no tiene dolor de decúbito. Los miembros están calientes. Se palpa el pulso de las arterias en todo su trayecto/ La coloración de la piel está conservada/ Claudicación al caminar 400 metros
2-IX-49. -

Miembro derecho

Miembro Izquierdo

Angulo de Buerger 100°

Angulo de Buerger 105°

Tiempo de recoloración 30'

Tiempo de recoloración 30'

9-IV-49. -

Angulo de Buerger 90°

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25'

Tiempo de recoloración 25'

Miemb. Izq 1-IX-48

Miemb. Izq 2-IV-49

Instituto de Cirugía de "aedo" Prof. Dr. Luis Guemes*
 M. A. - 41 años
 Diagnostico: Arterioesclerosis obliterante
 Historia 90042
 Servicio "Dr. Rodolfo Ferré"
 Observación N°4.-
 Ingreso: 3-VIII-48.-

Enfermedad actual: Su enfermedad comenzó en Febrero del corriente año con dolor en forma de calambre en el hallux izquierdo, que se repite un mes despues.

En esa época el dedo estaba rojo y tumefacto; aparece supuración por la margen externa de la uña y sigue con secreción escasa y saniosa. El contorno externo se puso de aspecto gangrenoso y tórpido el resto de la piel. Aparece enfriamiento de los dos primeros dedos, que mejoró con infiltraciones del simpático lumbar.-

Estado actual: Hallux izquierdo tumefacto, piel roja. Ulcera tórpid, en mitad externa de lecho ungueal con escasa secreción. Se hace como tratamiento baños con rivamol. Enfriamiento de 1 y 2 dedos. Piel de pie y pierna caliente. La temperatura es sensiblemente igual en ambos miembros.-

En tercio medio de cara anterointerna de pierna derecha se percibe una placa de hiperqueratosis de 7 cts. de largo por 4 de ancho pruriginosa, que refiere el enfermo tuvo desde hace 8 años y rebelde a todo tratamiento instituido.- Se palpa pulso en femorales, poplíteas, pedias y tibiales posteriores, aunque ligeramente menores en el miembro izquierdo. Las arterias aparentan ser elásticas y sin nudosidades. No hay signos de flebitis ni trastornos de sensibilidad.-

Dolores intensos en hallux izquierdo que en ocasiones no le deja conciliar el sueño.-

A este enfermo se le completó las 24 inyecciones de eter y

desde las primeras aplicaciones desaparecieron los dolores pudiendo dormir toda la noche .Al completar la serie se encuentra mejorado localmente y la lesión del hallux está bien limitada y sin reacción inflamatoria.-

Dos días después de terminada la serie de eter se completa el tratamiento con la simpatectomía lumbar de tres ganglios.-

Varios días después tiene dolores que calman con Vitace y Iaristina para luego reaparecer, por lo que se le propone la amputación del dedo.- El enfermo rechaza la operación y se retira del Instituto por su voluntad el día 2-X-48 2-IV-49. Después de 9 meses del tratamiento con el eter se encuentra muy mejorado y puede caminar a voluntad. No hay dolor en el talón. La pierna derecha sin particularidades. Ambos miembros con caracteres normales.-

5-VIII-48

Pierna derecha

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

5-IV-49

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 20"

Pierna izquierda

Angulo de Buerger 110°

Tiempo de recoloración 30"

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

Miembro Derecho 10-VIII-48

Miembro Izq 10-VIII-48

Miklasik Americo

Observación N^o 4.-

Mi. Derecha 16-IX-48

Miem. Izq. 16-IX-48

Miem. Derecha 9-IV-49

Miem. Izq. 9-IV-49

Instituto de Cirugía "Prof. Dr. Luis Guemes"
B.J.- 53 años
Diagnostico; Arterioesclerosis obliterante.-
Historia No 70452
Servicio "Dr. Rodolfo Ferré"
Observación N° 5.-
Ingreso 24-6-47.-

Antecedentes Personales; Sin importancia.-

Enfermedad Actual; Comienza hace unos meses con pesadez progresiva en pantorrilla derecha, que se agudiza con la marcha presentando claudicación al caminar dos o tres cuadras.-

Hace dos meses sensación de ardor y dolor intenso en cara interna de segunda falange del quinto dedo del pie derecho con posterior irradiación hasta la mitad del mismo pie. Estos dolores se alivian con el reposo.-

Estado actual; Se observa una ulceración de toda la región dorsal de la segunda falange del dedo gordo del pie derecho con pérdida parcial de la uña y discreta cianosis.-

La ulceración ha cicatrizado con reposo y tratamiento local quedando en la parte central una zona costrosa. No acusa dolor al caminar. Es dado de alta y se le indica tratamiento con vasodilatadores y yodo.-

A los once días reingresa por repetirse la misma sintomatología anterior agregándose a la misma edematización y dolor intenso en la región del quinto dedo del pie derecho con irradiación hasta el talón.- Se observa trastorno de coloración en los dedos del mismo pie, presentando aspecto discretamente cianótico.-

Se hace tratamiento con carbógeno, vitamina B1 y tres infiltraciones del simpático lumbar. El 19-IX-47 - había desaparecido los dolores, teniendo la piel un aspecto normal. A la deambulación no acusa ninguna molestia. Continúa en tratamiento con yodo y vitamina del complejo B1.-

15-1-48; hace unos veinte días después de caminar

6 e 7 cuadras tuvo una claudicación aguda de la pantorrilla izquierda que hasta entonces nunca le había tenido. Fue disminuyendo la distancia que podía caminar y hoy puede caminar 100 metros sin dolor. El dolor del lado izquierdo comienza antes que del derecho.-

Como tratamiento se le hace 15 inyecciones de eter en forma ambulatoria sin el menor trastorno. La mejoría es evidente pues puede caminar más de 250 metros sin dolor y si después aparece el dolor éste es tan leve que no, le impide continuar la marcha.- En el mes de Octubre se consolida el buen estado en que se encontraba el enfermo con 15 inyecciones de histifina y ácido ascórbico.-

17-III-49, Después de un año y dos meses se mantiene la mejoría obtenida con el eter y puede caminar a voluntad y si le aparece dolor después de varias cuadras debido a la escasa intensidad puede continuar caminando sin dificultad. La coloración y la temperatura de la piel son de aspecto normal. El latido de las arterias de los miembros son de caracteres normales.- La oscilometria se ha modificado escasamente.-
15-1-48

Pierna derecha

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 30'

17-III-49.-

Pierna derecha

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloracion 20'

Pierna Izquierda

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25'

Pierna izquierda

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 20'

Baggieri José

Observación Nº 5.-

Miemb. Derecha 7-VI-47

Miemb. Izq. 7-VI-47

Miemb. Dere. 17-III-49

Miemb. Izq. 17-III-49

Instituto de Cirugía "Prof. Dr. Luis Guemes"

P.H. - 58 años.-

Diagnostico: Tromboangietis obliterante

Historia N° 98019

Servicio: "Dr. Peralta"

Ingreso 15-1-48.-

Observación N° 6

Antecedentes personales : Amputación traumática de tercio inferior de muslo izquierdo. Gran fumador.-

Enfermedad actual: Comienza hace 20 días con calambres intensos en la pantorrilla de la pierna derecha que posteriormente se irradia hasta el pie. Parestesia en el muñon de amputación con sensación de quemazón. Claudicación intermitente al caminar 7 cuadras .-

Estado actual: A la inspección se observa en la parte anterior del pie derecho una intensa cianosis y eritromelia.

En los espacios interdigitales de los dedos del pie derecho se observa la presencia de lesiones de tipo gangrenoso de aspecto húmedo, con bordes no delimitados e infiltración hasta el pie.-

No se palpa el pulso de las arterias pedia y tibial

Se le hace el tratamiento en estudio y se completa 24 bleboclisis .-

Desde las primeras inyecciones desaparecen los dolores y puede caminar a voluntad por los pasillos del Hospital sin claudicación

Al completar la serie la gangrena presenta límites netos en los espacios del 2° y 3° dedos.-

El día 14-11-49 se le hace la simpatectomia lumbar derecha de tres ganglios.-

10-1V-46; gangrena con delimitación. Pequeña zona con supuración. No tiene dolor, y si una ligera sensación de ardor en los dedos.-

Pedro Herispe.-

15-1-49.-

Pierna derecha

Angulo de Buerger 110°

Tiempo de recoloración 25'

10-6-49.-

Pierna derecha

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20'

Instituto de Cirugía de Haedo Prof. Dr. Luis Guemes
D.J.- 77 años
Diagnóstico; Arterioesclerosis obliterante.-
Historia Nº 77642.-
Servicio "Dr. Rodolfo Ferré".-
Observación Nº 7.-
Ingreso; 28-10-47.-

Enfermedad actual: Hace 16 días en circunstancias que se encontraba trabajando acusa en forma súbita un fuerte dolor en la pantorrilla de la pierna derecha, permitiéndole caminar unos 50 metros hasta llegar a su domicilio para acostarse. A pesar del reposo el dolor se hace más intenso, estando el pie frío y cianótico.-

Estado actual: El miembro inferior ~~DERECHO~~ izquierdo no presenta anomalías circulatorias.-

El miembro inferior derecho presenta una coloración cianótica que se extiende desde el tercio medio de la pierna hasta los dedos. La cianosis es más marcada en el dorso del pie y los dedos. En el talon hay una zona con las características de una gangrena seca.-

No se palpa el latido de las arterias pedia y tibial.- Al día siguiente del ingreso se lo somete al tratamiento en estudio y desde la primera inyección pudo conciliar el sueño, pues había calmado sus dolores.-

Al cuarto día el enfermo presenta ~~una~~ gran meteorismo, dolor abdominal y precordial, taquiarritmia progresiva, falleciendo a la madrugada en plena insuficiencia cardíaca y colapso.-

Instituto de Cirugía de Haedo Prof. Dr. Luis Guemes
 D.J.- 77 años
 Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante.-
 Historia N° 77642.-
 Servicio "Dr. Rodolfo Ferré".-
 Observación N° 7.-
 Ingreso: 28-10-47.-

Enfermedad actual: Hace 16 días en circunstancias que se encontraba trabajando acusa en forma súbita un fuerte dolor en la pantorrilla de la pierna derecha, permitiéndole caminar unos 50 metros hasta llegar a su domicilio para acostarse. A pesar del reposo el dolor se hace más intenso, estando el pie frío y cianótico.-

Estado actual: El miembro inferior ~~izquierdo~~ izquierdo no presenta anomalías circulatorias.-

El miembro inferior derecho presenta una coloración cianótica que se extiende desde el tercio medio de la pierna hasta los dedos. La cianosis es más marcada en el dorso del pie y los dedos. En el talón hay una zona con las características de una gangrena seca.-

No se palpa el latido de las arterias pedia y tibial.- Al día siguiente del ingreso se lo somete al tratamiento en estudio y desde la primera inyección pudo conciliar el sueño, pues había calmado sus dolores.-

Al cuarto día el enfermo presenta ~~gran~~ gran meteorismo, dolor abdominal y precordial, taquiarritmia progresiva, falleciendo a la madrugada en plena insuficiencia cardíaca y colapso.-

Instituto de Cirugía de Maado "Prof. Dr. Luis Guemes"
 B. J. - 47 años
 Diagnóstico: Arteriosclerosis obliterante diabética
 Historia N° 66642
 Servicio: "Dr. Rodolfo Ferré"
 Observación N° 8
 Ingreso: 31-1-47.-

Es un enfermo diabético que actualmente se halla en tratamiento con insulina (20U. diarias).-

Al caminar 200 mts. tiene claudicación intermitente de las dos piernas .-

El miembro inferior derecho tiene la piel cianótica con trastornos tróficos en las uñas y cicatriz de ulceraciones en el tercio medio y superior de pierna y los pies están fríos. El pulso poplíteo, tibial posterior y pedio no se palpan. El pulso femoral es débil.-

El miembro inferior izquierdo tiene la piel de coloración normal pero la temperatura está descendida.-

El día 8-11-47 se le hace anestesia lumbar con lo que mejora la temperatura de los miembros, pudiendo caminar cuadras sin dolor. Los trastornos tróficos tienden a desaparecer siendo en estas condiciones dado de alta.-

Tres meses después se le repite la sintomatología y en esta circunstancia es sometido al tratamiento en estudio acusando desde las primeras inyecciones un gran alivio de sus dolores y aumento de temperatura de los miembros.-

El día 29-5-48 se ~~le~~^{le} hace la simpatectomía del lado derecho con lo que obtiene aún una mayor mejoría.-

Se completa las 30 inyecciones de eter y entonces el enfermo, acusando dolor de rodilla y región glútea derecha a pesar de lo cual puede caminar sin dificultad más de 400mts. Al caminar los pies se hinchan y enfrian.-

Fue dado de alta y citado al mes si continuaba con los dolores para hacer una nueva serie de eter lo que no

fue necesario.-

9-IV-49.- el paciente mantiene la mejora obtenida en Mayo de 1948 y puede caminar, sin dolor claudicando a los 400, la pierna derecha. En pie derecho tiene dolor permanente de escasa intensidad y al caminar se le produce un pequeño adema con ligera cianosis.-

La pierna izquierda tiene la temperatura y coloración conservada. No hay dolor.-

Observación de un año con buen resultado.-

31-1-47.-

Miembro derecho

Angulo de Buerger 120°

Tiempo de recoloración 45'

9-III-49

Angulo de Buerger 95°

Tiempo de recoloración 20'

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 160°

Tiempo de recoloración 20'

Angulo de Buerger 95°

Tiempo de recoloración 15'

Belville Juan.-

Observación N° 8.-

Miern. Izq. 18 III-48 Postanestésico 25'

Miern. Izq. 18-III-48 Postanestésico 60'

Miern. Derecho 9-IV-49

Miern. Izq. 9-IV-49

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Guemes"
 E.S. de C. 50 años.-
 Diagnóstico: Arterioesclerosis diabética
 Historia N° 46093
 Servicio: "Dr. Rodolfo Ferré"
 Observación N° 9.-
 Ingreso 8-VII-48.-

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza en 1945 con flictemas infectadas en pie izquierdo y dedo gordo del mismo lado. Flemón en pliegues de espacios interdigitales / Se palpa el latido de la arteria pedía, tibial, poplítea y femoral. El dosage de glucosa en sangre en esa época fue de 2,75 gms. Angulo de Buerger; no se nota cambio en la coloración de los tegumentos.-

La enferma ha mejorado con tratamiento local siendo dada de alta.-El día 8-VII-48 se interna en el Servicio por presentar pequeñas ulceraciones en ambos hallus a nivel de la cabeza de los metatarsianos.-

El día 30 del mismo mes comienza el tratamiento con eter endovenoso e insulina. Se le pasan diez inyecciones las que tolera sin ningún inconveniente y al cabo de las cuales se nota una evidente mejoría siendo dada de alta en esas condiciones.-

Un mes después reingresa por acusar dolor de escasa intensidad y tener los miembros fríos. Las escaras las tiene totalmente cicatrizadas. Se hace nuevamente ~~el~~ eter endovenoso día por medio, con enemas de eter intercatadas. Después de hacer quince aplicaciones de eter desaparecieron los dolores y toda sintomatología que anteriormente acusaba. La oscilometría ha mejorado.-

El día 4-XI-48 se interna nuevamente por sentir pequeños calambres, dolor y enfriamiento de ambos pies. La enferma no ha realizado el tratamiento instituido para su diabetes, ni observado las indicaciones para su afección vascular

Se indican 12 inyecciones de eter y a la sexta aplicación acusa ligera somnolencia y náuseas por lo que se ordena se pasen a una velocidad de 40 gotas por minuto.-

Al completar las 12 floboclisis de eter la glucemia era de 2,50 g.- Los trastornos tróficos han mejorado notablemente teniendo los miembros calientes y han desaparecido los calambres.-

Esta paciente se ha hecho 29 floboclisis y 9 enemas eter habiendose obtenido un resultado muy bueno.-

10-IV-49: Después de 9 meses de observación se mantiene la mejoría obtenida.-

5-VII-48.-

Miembro derecho

Angulo de Buerger 100°
Tiempo de recoloración 25'

10-IV-49

Angulo de Buerger 95°
Tiempo de recoloración 20'

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 100°
Tiempo de recoloración 25'

Angulo de Buerger 95°
Tiempo de recoloración 25'

Miemb. Derecho 16-IV-48

Miemb. Izq. 16-IV-48

E.S. de C.-

Observación N° 9.-

M. Dext. 10-VIII-48

M. Izq. 10-VIII-48

Miemb. Derecho 10-IV-49

Miemb. Izq. 10-IV-49

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Guemes"
M.F. - 47 años. -
Diagnóstico: Fractura expuesta de pierna (Arterioesclerosis Obliter.)
Historia No 84572.-
Servicio: "Dr. Rodolfo Terré"
Observación No 10.-
Ingreso 21-3-48.-

En el día 21-3-48 sufre un accidente en cual se le produce la fractura expuesta de la tibia a nivel del tercio de la pierna derecha con pérdida de sustancia. Se hace tratamiento ortopédico y general. Valva alta y luego bota con ventana. El día 24-4-48 aparece abundante secreción.-

El día 2-5-48 se hace resección de la superficie cruenta y se repite la misma a los 18 días.-

El día 8-6-48 la superficie cruenta estaba granulada.-

Se toman las oscilaciones hallándose una máxima de uno en todo el miembro, debido a lo cual se inicia el tratamiento con eter endovenoso. A la segunda inyección presenta intolerancia que se manifiesta por chuchos y vómitos. Se suspende el eter por dos días y se continua luego pasando las siguientes inyecciones lentamente.-

22-6-48.- herida roja con escasa secreción, apareciendo un trayecto supurado por el lado interno de la misma que a los pocos días se cierra.-

El día 2-7-48 se le hace un injerto Gabanó.-

El día 10-7-48 se completa las 25 fleboclisis, habiendo prendido el 90% de los injertos.-

El día 28-8-48 aparece secreción en la extremidad distal.-

El día 13-10-48 es dado de alta por su propia voluntad encontrándose afebril y sin secreción en la pierna.-
8-11-49: Es citado tres veces y no concurrió al Servicio.-

M. F.-

Observación No 10.-

Miem Derecho 8.6 48

Miem. Izq. 8 6-48

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Guemes"
 J. V.-
 Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante
 Historial No. 95106
 Servicio "Prof. Dr. Ivan Goñi Moreno"
 Observación No 11.-
 Ingreso: 15-11-49.-

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza hace 2 años con claudicación al caminar algunas cuadras. Desde hace 1 año tiene dolor de reposo debiendo colgar las piernas fuera del lecho para calmar dicho dolor. En el mes de Septiembre le extraen la uña del hallux izquierdo por haber presentado una coloración negruzca.-

Estado actual: El enfermo llega a la guardia con diagnóstico de endoarteritis obliterante, presentando una gangrena en el dedo gordo del pie izquierdo con dolor agudo y mal olor. Eritrosis de pie y cianosis de pierna. El pulso pedio y tibial no se palpan. El pulso femoral se palpa en ambas piernas.-

Dede hace unos días dolor intenso y permanente.
 Claudicación intermitente al caminar 100 metros.-

El día 18 se inicia el tratamiento con eter endovenoso, pudiendo dormir toda la noche sin dolor.-

El día 23-11-48 comienza a momificarse y el día 1-12-48 se procede a la amputación Callonder.-

El día 18-12-48 el muñon de amputación bien cicatrizado y con gran atrofia muscular.-

Miembro derecho

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger: 90°

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 40'

Tiempo de recoloración 60'

J. V. +

Observación No. 11.-

4-1V149: El miembro derecho tiene la coloración y temperatura conservada. No hay dolor y tiene claudicación al caminar 200 metros.-

4-9-49.-

Miembro derecho

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 30"

Mie. Derecho 18-XI-48

Mie. Izq. 18-XI-48

Mie. Derecho 4-IV-48

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Guemes"
 C.J.- 65 años.-
 Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante
 Historia No. 85466
 Servicio: "Dr. Rodolfo ferré"
 Observación No. 12.-
 Ingreso 10-4-48.-

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza hace un año con fuertes dolores localizados en tercio inferior de la pierna derecha y ardores en el dedo chico del pie del mismo lado. Estos dolores los sintió después de una marcha prolongada. Hace dos meses aparece una placa de esfacelo en el extremo distal del dedo chico del pie derecho que aumenta progresivamente produciendo la eliminación de la uña.-

Estado actual: Miembro inferior derecho: Eritromelia, trastornos tróficos (falta la uña del quinto dedo y la uña del está alterada) Miembro frío. No se palpa el latido de la arteria pedia y tibial posterior y se palpa el de la poplítea y femoral

Claudicación al caminar una cuadra apareciendo dolor en el quinto dedo del pie izquierdo.-

Miembro izquierdo
 Angulo de Buerger 110°

Miembro derecho
 Angulo de Buerger 110°

Tiempo de recoloración 25'

Tiempo de recoloración 25'

La oscilometria de ambos miembros no alcanza a uno en muslo izquierdo.- Se completan 25 inyecciones de eter endovenoso y desde las primeras aplicaciones desaparecieron los dolores y mejoraron los trastornos tróficos pudiendo trabajar sin dificultad en trabajos rurales. Puede calzar zapatos lo que antes le era imposible por los dolores que le provocaban. Los miembros inferiores los tiene caliente.- Actualmente puede caminar seis cuabras sin dolor.-

El día 29-5-48 se le da de alta citandose para que concurra un mes después para su observación y en caso de que se repita la sintomatología dolorosa hacerle el tratami-

ento de Wirbschaffer(Una ampolla de Laristina y una ampolla de Redoxón ~~XXXX~~ Forte endovenosa lentamente en 5'

El día 23-10-48 el enfermo sigue muy bien pudiendo caminar sin dolor 12 o más cuabras apareciéndole entonces una molestia en arco anterior del pie que desaparece rapidamente.-

Hace seis meses que se le realizó el tratamiento y la mejoría se ha mantenido por lo que no fue necesario el tratamiento de Wirbschaffer.-

9-IV-49 Se mantiene la mejoría obtenida en un principio y actualmente puede caminar más de 12 cuabras sin dolor apareciendo después un ligero dolor que calma rapidamente con el reposo.-

El dolor lo siente únicamente en pantorrilla derecha. Los miembros estan calientes y la coloración está conservada.-

Observación de 11 meses con buen resultado.-

9-III-49

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20'

Miembro derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20'

ento de Wirbschaffer(Una ampolla de Laristina y una ampolla de Redoxón ~~XXXX~~ Forte endovenosa lentamente en 5'

El día 23-10-48 el enfermo sigue muy bien pudiendo caminar sin dolor 12 o más cuabras apareciéndole entonces una molestia en arco anterior del pie que desaparece rapidamente.-

hace seis meses que se le realizó el tratamiento y la mejoría se ha mantenido por lo que no fue necesario el tratamiento de Wirbschaffer.-

9-IV-49 Se mantiene la mejoría obtenida en un principio y actualmente puede caminar más de 12 cuabras sin dolor apareciendo después un ligero dolor que calma rapidamente con el reposo.-

El dolor lo siente únicamente en pantorrilla derecha. Los miembros estan calientes y la coloración está conservada.-

Observación de 11 meses con buen resultado.-

9-III-49

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20'

Miembro derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20'

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Guemes"
P.E. -

Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante.-

Historia No. 80846

Servicio "Dr. Rodolfo Ferré"

Observación No. 13.-

Ingreso 23-XII-47.-

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza en 1932 con dolor en pantorrilla derecha que aparece al marchar 200 metros y cedía al reposo. Continúa así hasta hace cinco años en que aparece igual sintomatología en pierna izquierda. Desde hace tres meses dolor continuo en parte media de pierna derecha. Primitivamente los dolores que se producían con la marcha se localizaban en las pantorrillas y actualmente ascienden por la cara posterior de las piernas hasta la cadera.-

La marcha se redujo sensiblemente, pudiendo caminar con lentitud tan solo 50 metros apareciendo la claudicación de ambos miembros .-

Hace dos meses aparece en la parte interna del dedo gordo del pie derecho una mancha eritematosa y pruriginosa que se rodeó de un halo negruzco, haciéndose luego violáceo. En todo el dedo tiene dolores fulgurantes.-

Estado actual:

Transtornos tróficos en la uña del primero y segundo dedos del pie derecho. Ambos miembros estan frios y cianóticos y no se palpa el pulso de la pedia, tibial y poplítea. Se palpa el pulso de la femoral en las dos piernas.-Tiene dolores intensos en los dedos del pie derecho.-

Para el día 22-11-48 se han pasado 14 litros de la solución etérea y se hace un intervalo de diez días por falta de eter y luego se continúa. En esa fecha el dedo gordo está momificado hasta la mitad de la falange proximal. La pierna izquierda no le molesta. Los dolores del pie derecho continúa, siendo de regular intensidad. Una vez reiniciada las inyecciones

de eter endovenoso desaparecen los dolores del pie y rodilla
El enfermo sigue fumando y caminando.-

El día 6-III-48.- Se le hace la amputación del dedo gordo del
pie derecho y la safenectomía lumbar derecha.-

El 13-III-48 tiene un esfacelo en el muñón de ampu-
tación y eritema hasta el tercio inferior de pierna siendo ne-
cesario amputarle el miembro al día siguiente a lo Callader.-

Este enfermo ha completado 24 inyecciones de eter
siendo dado de alta el día 30-IV-48 con el muñón de amputación
ya cicatrizado habiéndose obtenido un resultado pobre.-

7-IV-49: El miembro izquierdo tiene la coloración conservada
y ligera hipotermia. No se palpa el pulso de las arterias
pedia tibial y poplíteas. No tiene dolores y puede caminar
200 metros.-

24-III-47

Miembro derecho

Angulo de Buerger 110°

Tiempo de recoloración $30''$

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 105°

Tiempo de recoloración $25''$

7-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración $20''$

de eter endovenoso desaparecen los dolores del pie y rodilla

El enfermo sigue fumando y caminando.-

El día 6-III-48.- Se le hace la amputación del dedo gordo del pie derecho y la safenectomía lumbar derecha.-

El 13-III-48 tiene un esfacelo en el muñón de amputación y eritema hasta el tercio inferior de pierna siendo necesario amputarle el miembro al día siguiente a lo Callader.

Este enfermo ha completado 24 inyecciones de eter siendo dado de alta el día 30-IV-48 con el muñón de amputación en cicatrizado habiéndose obtenido un resultado pobre.-

7-IV-49: El miembro izquierdo tiene la coloración conservada y ligera hipotermia. No se palpa el pulso de las arterias pedia tibial y poplíteas. No tiene dolores y puede caminar 200 metros.-

24-III-47

Miembro derecho

Angulo de Buerger 110°

Tiempo de recoloración 30°

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 105°

Tiempo de recoloración 25°

7-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20°

de eter endovenoso desaparecen los dolores del pie y rodilla
El enfermo sigue fumando y caminando.-

El día 6-III-48.- Se le hace la amputación del dedo gordo del
pie derecho y la safenectomía lumbar derecha.-

El 13-III-48 tiene un esfacelo en el muñón de ampu-
tación y eritema hasta el tercio inferior de pierna siendo ne-
cesario amputarle el miembro al día siguiente a lo Callader.

Este enfermo ha completado 24 inyecciones de eter
siendo dado de alta el día 30-IV-48 con el muñón de amputación
ya cicatrizado habiéndose obtenido un resultado pobre.-

7-IV-49: El miembro izquierdo tiene la coloración conservada
y ligera hipotermia. No se palpa el pulso de las arterias
pedia tibial y poplíteas. No tiene dolores y puede caminar
200 metros.-

24-III-47

Miembro derecho
Angulo de Buerger 110°
Tiempo de recoloración 30"

Miembro izquierdo
Angulo de Buerger 105°
Tiempo de recoloración 25"
7-IV-49
Angulo de Buerger 100°
Tiempo de recoloración 20"

Instituto de Cirugía de Maedo "Prof. Dr. Luis Gumes"
J.B. - 55 años.-
Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante
Historia Nº 13503
Servicio "Dr. Rodolfo Ferré"
Observación Nº 14
Ingreso 30-X-47

Antecedentes: fumaba un atado diario. Niega venereas, antecedentes sin importancia.

Enfermedad actual: Hace un año comenzó a notar fatiga en las piernas. Hace siete meses por primera vez tiene claudicación intermitente al caminar 100 metros en la pierna izquierda. Se internó en un hospital de la capital por un mes y como tratamiento le hicieron carbógeno sin notar mejoría. Fuso a Merlo donde estuvo seis meses siendo tratado en esta oportunidad con vasodilatadores, vitaminas, Maristina y estrógenos habiendo experimentado una evidente mejoría. Puede caminar cinco o seis cuadras sin tener dolor del pie izquierdo.-

Estado actual: Pigmentación de los miembros por várices esclerosadas con ligera cianosis y enfriamiento. No se palpa pulso pedio ni tibial posterior. El pulso de la poplítea y femoral se palpa.-

El día 4-XI-47 se inicia el tratamiento con eter endovenoso pasando bien 500 c.c. y al llegar a los 600 c.c. tiene escalofríos, náuseas y cefaleas que obligan a suspender la flebotomía, por unos días.-

El día 6-XI-47 se le hace el bloque simpático de los ganglios lumbares segundo y tercero del lado izquierdo con 20 c.c. de novocaina al 2%.-

El día 16-XII-47 se completa la serie de 15 inyecciones de eter con resultado muy satisfactorio. Se realizó una prueba de claudicación de la marcha y el calambre de la pantorrilla apareció recién a los 1000 metros. Antes de internarse tenía calambres y adormecimiento del miembro a los 500 metros

y tambien tenia hormigueo del pie-que ahora no siente.-

Observación No. 14

19-III-49.- Después de un año y cuatro meses el paciente puede caminar mas de 1000 metros. Los miembros los tiene calientes y no tiene dolores decúbico.-

30-X-47

Miembro derecho

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 25'

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 25'

19-III-49

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 20'

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 25'

y tambien tenia hormigueo del pie que ahora no siente.-

Observación No. 14

19-111-49.- Después de un año y cuatro meses el paciente puede caminar mas de 1000 metros. Los miembros los tiene calientes y no tiene dolores decúbico.-

30-X-47

Miembro derecho

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 90°

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 25'

Tiempo de recoloración 25'

19-111-49

Angulo de Buerger 90°

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 20'

Tiempo de recoloración 25'

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Guemes"

B.B.- 63 años.-

Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante

Historia N° 81347

Servicio: "Dr. Rodolfo Berre"

Observación N° 15

Ingreso 8-1-48

Antecedentes personales: Hace cuatro años comienza su enfermedad con claudicación intermitente de la pierna izquierda al caminar 100 mt. se hace cargógeno y vasodilatadores habiendo quedado estabilizada su enfermedad, sin acusar mejoría. Fumaba hasta hace tres años. Bebe en las comidas. Amputación de la falange distal del dedo índice del pie izquierdo.-

Enfermedad actual: Hace 25 días y siendo de noche presenta una crisis dolorosa abdominal, con nauseas, diarreas, vómitos que duró unas horas, a la mañana siguiente al caminar unos cincuenta metros siente fuerte dolor en la pierna que le subía hasta la ingle derecha. Claudicación intermitente al tercer día al caminar 100 mt. se le hace vasodilatadores por lo que se obtiene poca mejoría. Al sexto día nota una ~~XXXXXXXX~~ costra a nivel del tercio inferior de la cresta tibial. La costra se agranda en el día sucesivos por lo que se le indica penicilina que se hace durante nueve días. A pesar de esta medicación el enfermo empeora y hace cinco días se enematiza el pie y tercio inferior de pierna derecha. La costra de la cresta tibial es muy dolorosa y no, le deja conciliar el sueño. Para aliviar el dolor y el frío se ve obligado a colgar la pierna fuera del lecho.

Estado actual: A nivel del tercio inferior de la cresta tibial de la pierna derecha se constata la presencia de una costra necrótica de

de unos seis centímetros de diametro. Esta costra se halla rodeada de una línea lívida y un halo rosado de cuatro cent. de ancho. Por debajo hay edema blando y blanco que toma todo el pie. La piel está fría en casi todo el miembro. El pulso tibial anterior y posterior no se palpa. Tampoco se palpa el de la femoral y poplíteas.-

Se le somete al tratamiento con el eter endovenoso con el que no se obtiene ninguna mejoría y al completar quince inyecciones y debido a la persistencia del dolor y del edema del pie se le indica la amputación del Caleder que se hace en el día 24-3-48.-

A los catorce días es dado de alta con una superficie circular del muñón de amputación como una moneda de veinte centavos.-

8-1-48

Pierna derecha

Angulo de Buerger 150°

Tiempo de recoloración 45'

Pierna izquierda

Angulo de Buerger 130°

Tiempo de recoloración 40'

11-111-49

Pierna derecha

Muñon de amputación

Pierna izquierda 90°

Tiempo de recoloración 30'

11-111-49: En el muñon de amputación no tiene dolor y tiene escasa sensación de adormecimiento y ligera hipotermia.

En el miembro izquierdo no tiene dolor. Temperatura y coloración normal. Al caminar 100 metros aparece un ligero dolor y tiene claudicación al caminar 200 metros.-

de unos seis centímetros de diametro. Esta costra se halla rodeada de una línea lívida y un halo rosado de cuatro cm. de ancho. Por debajo hay edema blando y blanco que toma todo el pie. La piel está fría en casi todo el miembro. El pulso tibial anterior y posterior no se palpa. Tampoco se palpa el de la femoral y poplíteas.-

Se le somete al tratamiento con el eter endovenoso con el que no se obtiene ninguna mejoría y al completar quince inyecciones y debido a la persistencia del dolor y del edema del pie se le indica la amputación del Caleder que se hace en el día 24-3-48.-

A los estorces días es dado de alta con una superficie cruenta del muñón de amputación como una moneda de veinte centavos.-

8-1-48

Pierna derecha

Angulo de Buerger 150°

Tiempo de recoloración 45'

Pierna izquierda

Angulo de Buerger 130°

Tiempo de recoloración 40'

11-111-49

Pierna derecha

Muñón de amputación

Pierna izquierda 90°

Tiempo de recoloración 30'

11-111-49: En el muñón de amputación no tiene dolor y tiene escasa sensación de adormecimiento y ligera hipotermia.

En el miembro izquierdo no tiene dolor. Temperatura y coloración normal. Al caminar 100 metros aparece un ligero dolor y tiene claudicación al caminar 200 metros.-

de unos seis centímetros de diametro. Esta costra se halla rodeada de una línea livida y un halo rosado de cuatro cent. de ancho. Por debajo hay edema blando y blanco que toma todo el pie. La piel está fría en casi todo el miembro. El pulso tibial anterior y posterior no se palpa. Tampoco se palpa el de la femoral y poplíteas.-

Se le somete al tratamiento con el eter endovenoso con el que no se obtiene ninguna mejoría y al completar quince inyecciones y debido a la persistencia del dolor y del edema del pie se le indica la amputación del Caleder que se hace en el día 24-3-48.-

A los estores días es dado de alta con una superficie circular del muñón de amputación como una moneda de veinte centavos.-

8-1-48

Pierna derecha

Angulo de Buerger 150°

Tiempo de recoloración 45'

Pierna izquierda

Angulo de Buerger 130°

Tiempo de recoloración 40'

11-111-49

Pierna derecha

Muñon de amputación

Pierna izquierda 90°

Tiempo de recoloración 30'

11-111-49: En el muñon de amputación no tiene dolor y tiene escasa sensación de adormecimiento y ligera hipotermia.

En el miembro izquierdo no tiene dolor. Temperatura y coloración normal. Al caminar 100 metros aparece un ligero dolor y tiene claudicación al caminar 200 metros.-

Mie Dec. 9-1-48

Instituto de Cirugía de Hacedo "Prof. ^{Dr.} Luis Guemes"

G.M.R.- 53 años.-

Diagnostica: Tromboangeitis obliterante (Trombosis aguda de pierna izq)
Historia 89939.-

Servicio "B" Prof. Dr. Ivan Gofri Moreno"

Observación N° 16

Ingreso: 31-7-48.-

Antecedentes: Parotiditis a los 24 años. Hemorragia a los 25 años .
Tromboangeitis obliterante desde hace seis años . Hace tres años se
le practica una simpatectomia lumbar que no lo mejoró.

Enfermedad actual: Hace un mes y medio tuvo un episodio pulmonar:
tos seca, disnea y sensación de ahogo. Puntada en hemitorax derecho
de regular intensidad. Toda esta sintomatologia aparece en forma brus-
ca es medicado con pantopon y vasodilatadores reaccionando tres o
cuatro horas después en forma favorable. Desde entonces hasta la fe-
cha sigue bien con su claudicación intermitente que le permita caminar
escasamente una cuadra. Hace cuatro días tiene un episodio similar
al anterior aunque de menor intensidad y calma con un pantopon. Ese
mismo día y en forma brusca siente un dolor en pantorrilla y pie dere-
cho de mediana intensidad, con la sensación de una quemadura. Tam-
bién tiene la sensación de pierna dormida y enfriamiento de pie con
~~XXXX~~ aparición concomitante y espontánea de una mancha violacea en
la pierna. Desde entonces hasta la fecha se ~~la~~ intensificado el dolor
en todo el miembro inferior desde el muslo hasta el pie.

Estado actual: Posición sentado con las piernas colgando fuera de la
cama o bien de pie para aliviar sus dolores. En decúbito el dolor
aumenta.-

En la región anterolateral de pierna derecha presenta

una mancha de color rojo vinoso de unos 14 et. de largo por 6 et. de ancho.-

Piel mármorea en pie. No se palpan latidos arteriales en pedia, poplíteas y femoral.

Oscilometría nula en todo el miembro.

La movilidad activa y pasiva es muy dolorosa como así la palpación superficial. Sensibilidad superficial alterada en pierna derecha resto del miembro sin particularidades.-

En el miembro inferior izquierdo se hallan presentes el latido arterial de la pedia, poplíteas y femoral. Oscilometría disminuida Mx. oscilación 2 en tercio superior de muslo.

En el día 1-8-48 se indica el tratamiento con eter endovenoso y al día siguiente se le amputa el miembro en el tercio inferior del muslo derecho.-

El día 6 tiene un episodio de edema agudo de pulmon del que sale con sangría y tratamiento médico.-

Catorce días después el muñón está isquémico y con gran esfacelo por lo que se le reamputa a la altura de la raíz del muslo.-

Desde el día 15 por ser imposible hacerle el eter por fleboclisis por estar esclerosadas las venas se decide hacer por vía rectal, con buena tolerancia hasta el día 23 que tiene rectitis por lo que se le suspende las enemas.

El día 25 aparece en miembro inferior izquierdo un episodio de dolor intenso en planta del pie con palidez y sin modificación de la temperatura. No se palpan latidos arteriales en pedia ni tibial posterior.-

El día 22-9-48 se hace la desarticulación de la cadera cicatrizando por segunda .-

Se ha hecho quince inyecciones de eter endovenoso y 10 enemas de eter con resultado pobre.-

4-LV- 49 Este enfermo ha sido citado 3 veces y no concurrió al Servicio para su observación alejada.-

Mie. Dic. 26 VII-48

26-VII-48 M. Zzz

Mie. 129. 9-X-49

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Guemes"

B. J. - 55 años

Diagnóstico: Tromboangeitis obliterante

Historia Nº 15071

Servicio: Dr. Rodolfo Ferré

Observación Nº 17

Ingreso: 26-8-48

Antecedentes: Fumaba cuatro atados diarios y últimamente fumaba uno. Hace treinta años, lúes que fué tratada.-

Hace cinco años que empezó a sentir dolores en la pantorrilla izquierda y luego en la derecha claudicando al caminar cinco cuadras.-

Enfermedad actual: Comienza hace cuatro meses con dolor en el dedo gordo del pie izquierdo y desde hace un mes comienza a notar un proceso de aspecto gangrenoso en el mismo dedo. De noche no puede dormir a causa del dolor y para calmar el mismo se ve obligado a colgar el miembro fuera de la cama.-

Estado actual: Necrosis subungueal de hallux izquierdo y necrosis incipiente del tercer dedo del pie izquierdo. Extremidades inferiores cianóticas y frías y las plantas de los pies están hiperqueratósicas.-

No se palpa pulso pedio ni tibial posterior. Se palpa pulso femoral. Claudicación al caminar 100 metros.-

Pierna derecha

Angulo de Buerger: 95°

Pierna izquierda

Angulo de Buerger 95°

Tiempo de recoloración: 50"

Tiempo de recoloración 45"

El día 28-VIII - se inicia el tratamiento con eter endovenoso logrando dormir acostado y por primera vez después de cinco meses.-

Tres días después tiene dolores muy intensos y ademas se inicia tratamiento con laristina y redoxón forte endovenoso, notando a los pocos días una marcada mejoría. Los dolores han desaparecido y mueve los miembros sin dificultad.-

B.J.

Observación 17

El día 21-9-48 se ha hecho una necrosis en el dorso del pie izquierdo y al día siguiente se le hace una amputación de Gallander, encontrándose la arteria femoral obliterada por tejido cicatrizal reciente.-

Se ha completado las 24 inyecciones de eter con resultado pobre para la pierna izquierda y buen resultado para la pierna derecha.-

El día 9-III-48 se interna nuevamente para completar el tratamiento con la simpatectomía lumbar del lado derecho. Se opera el 18-3-49 y se le extirpa 8 cms.de cadena del simpático. Siendo dado de alta muy mejorado

Actualmente el muñon de amputación está bien cicatrizado, coloración normal, temperatura conservada y no hay dolor.

El miembro inferior derecha no duele y la coloración y temperatura están conservada. Claudicación a los 200 metros y puede caminar un poco más con escaso dolor que calma con unos minutos de descanso. Antes del tratamiento tardaba un rato largo en calmar el dolor de la claudicación. Al caminar se le produce discreto edema de tercio inferior de pierna y pié que desaparece rapidamente con el reposo.-

11-III-49

Miembro derecho

Angulo de buerger 90°

Tiempo de recoloración 25"

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 110°

Tiempo de recoloración 30"

4-III-49

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 20"

Se ha completado las 24 inyecciones de eter con resultado pobre para la pierna izquierda y buen resultado para la pierna derecha.-

El día 9-III-48 se interna nuevamente para completar el tratamiento con la simpatectomía lumbar del lado derecho. Se opera el 18-3-49 y se le extirpa 8 cms.de cadena del simpático. Siendo dado de alta muy mejorado

Actualmente el muñon de amputación está bien cicatrizado, coloración normal, temperatura conservada y no hay dolor.

El miembro inferior derecha no duele y la coloración y temperatura están conservada. Claudicación a los 200 metros y puede caminar un poco más con escaso dolor que calma con unos minutos de descanso. Antes del tratamiento tardaba un rato largo en calmar el dolor de la claudicación. Al caminar se le produce discreto edema de tercio inferior de pierna y pié que desaparece rapidamente con el reposo.-

11-III-49

Miembro derecho

Angulo de buerger 90°

Tiempo de recoloración 25"

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 110°

Tiempo de recoloración 30"

4-III-49

Angulo de Buerger 90°
Tiempo de recoloración 20"

Se ha completado las 24 inyecciones de eter con resultado pobre para la pierna izquierda y buen resultado para la pierna derecha.-

El día 9-III-48 se interna nuevamente para completar el tratamiento con la simpatectomía lumbar del lado derecho. Se opera el 18-3-49 y se le extirpa 8 cms. de cadena del simpático. Siendo dado de alta muy mejorado

Actualmente el muñon de amputación está bien cicatrizado, coloración normal, temperatura conservada y no hay dolor.

El miembro inferior derecha no duele y la coloración y temperatura están conservada. Claudicación a los 200 metros y puede caminar un poco más con escaso dolor que calma con unos minutos de descanso. Antes del tratamiento tardaba un rato largo en calmar el dolor de la claudicación. Al caminar se le produce discreto edema de tercio inferior de pierna y pié que desaparece rapidamente con el reposo.-

11-III-49

Miembro derecho

Angulo de buerger 90°

Tiempo de recoloración 25"

Miembro izquierdo

Angulo de Buerger 110°

Tiempo de recoloración 30"

4-III-49

Angulo de Buerger 90°

Tiempo de recoloración 20"

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Güemes"

D. T. - 65 años

Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante

Historia Nº 87934

Servicio: Dr. Rodolfo Ferré

Observación Nº 18

Ingreso: 10-VI-48

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza hace un año con dolor en pantorrillas y pies de ambas piernas, Pies fríos y en ciertas oportunidades cianóticos. Claudicación al caminar 600 metros, distancia que se fué acortando hasta que ultimamente solo podía caminar 100 metros.-

Estado Actual: Tiene dolor de reposo. Pies fríos y ligeramente cianóticos. El resto de los miembros la coloración y temperatura están conservada. Se palpa el latido de las arterias de ambos miembros de menor amplitud que la normal.-

El día 12-VI-48 inicia el tratamiento con el eter endovenoso y completa 20 inyecciones al cabo de las cuales acusa una marcada mejoría teniendo los pies calientes y coloración normal. No tiene dolor de reposo y le aparece la claudicación al caminar 1000 metros.-

9-IV-49: despues de nueve meses del tratamiento se mantiene la mejoría obtenida y el enfermo puede caminar más de 1000 metros.

12-VI-48

Miembro Derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 30"

Miembro Izquierdo

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

9-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20"

9-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Güemes"

D. T. - 65 años

Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante

Historia N° 87934

Servicio: Dr. Rodolfo Ferré

Observación N° 18

Ingreso: 10-VI-48

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza hace un año con dolor en pantorri~~ll~~as y pies de ambas piernas, Pies fríos y en ciertas oportunidades cianóticos. Claudicación al caminar 600 metros, distancia que se fué acortando hasta que ultimamente solo podía caminar 100 metros.-

Estado Actual: Tiene dolor de reposo. Pies fríos y ligeramente cianóticos. El resto de los miembros la coloración y temperatura están conservada. Se palpa el latido de las arterias de ambos miembros de menor amplitud que la normal.-

El día 12-VI-48 inicia el tratamiento con el eter endovenoso y completa 20 inyecciones al cabo de las cuales acusa una marcada mejoría teniendo los pies calientes y coloración normal. No tiene dolor de reposo y le aparece la claudicación al caminar 1000 metros.-

9-IV-49: despues de nueve meses del tratamiento se mantiene la mejoría obtenida y el enfermo puede caminar más de 1000 metros.

12-VI-48

Miembro Derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 30"

Miembro Izquierdo

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

9-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20"

9-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Güemes"

D. T. - 65 años

Diagnóstico: Arterioesclerosis obliterante

Historia N° 87934

Servicio: Dr. Rodolfo Ferré

Observación N° 18

Ingreso: 10-VI-48

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza hace un año con dolor en pantorrillas y pies de ambas piernas, Pies fríos y en ciertas oportunidades cianóticos. Claudicación al caminar 600 metros, distancia que se fué acortando hasta que ultimamente solo podía caminar 100 metros.-

Estado Actual: Tiene dolor de reposo. Pies fríos y ligeramente cianóticos. El resto de los miembros la coloración y temperatura están conservada. Se palpa el latido de las arterias de ambos miembros de menor amplitud que la normal.-

El día 12-VI-48 inicia el tratamiento con el eter endovenoso y completa 20 inyecciones al cabo de las cuales acusa una marcada mejoría teniendo los pies calientes y coloración normal. No tiene dolor de reposo y le aparece la claudicación al caminar 1000 metros.-

9-IV-49: despues de nueve meses del tratamiento se mantiene la mejoría obtenida y el enfermo puede caminar más de 1000 metros.

12-VI-48

Miembro Derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 30"

Miembro Izquierdo

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

9-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20"

9-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

Instituto de Cirugía de Haedo "Prof. Dr. Luis Güemes"

D. T. - 65 años

Diagnóstico: Arteriosclerosis obliterante

Historia Nº 87934

Servicio: Dr. Rodolfo Ferré

Observación Nº 18

Ingreso: 10-VI-48

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza hace un año con dolor en pantorrillas y pies de ambas piernas, Pies fríos y en ciertas oportunidades cianóticos. Claudicación al caminar 600 metros, distancia que se fué acortando hasta que ultimamente solo podía caminar 100 metros.-

Estado Actual: Tiene dolor de reposo. Pies fríos y ligeramente cianóticos. El resto de los miembros la coloración y temperatura están conservada. Se palpa el latido de las arterias de ambos miembros de menor amplitud que la normal.-

El día 12-VI-48 inicia el tratamiento con el eter endovenoso y completa 20 inyecciones al cabo de las cuales acusa una marcada mejoría teniendo los pies calientes y coloración normal. No tiene dolor de reposo y le aparece la claudicación al caminar 1000 metros.-

9-IV-49: despues de nueve meses del tratamiento se mantiene la mejoría obtenida y el enfermo puede caminar más de 1000 metros.

12-VI-48

Miembro Derecho

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 30"

Miembro Izquierdo

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

9-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 20"

9-IV-49

Angulo de Buerger 100°

Tiempo de recoloración 25"

M. Der. 10-VI-48

CONCLUSIONES

- 1º) El tiempo transcurrido desde las primeras observaciones de Katz, en 1946, las del Doctor Nocitto, Basch, y las nuestras de 1947, se ha podido comprobar que los resultados con este método de tratamiento de la gangrena isquémica inminente son muy alentadores.-
- 2º) La aplicación del óxido de dietilo por vía endovenosa es completamente inócua y muchos grupos clínicos que no respondían a otra medicación y que tenía pocas probabilidades de mejorar se vieron beneficiados con este tratamiento.-
- 3º) El dosage y sistema de administración son sumamente sencillos.-
- 4º) En los casos de gangrenas complicadas con infección se puede agregar penicilina a la solución etérea con lo que se combate en forma beneficiosa la parte infecciosa.-
- 5º) Actualmente no se conoce ningún procedimiento que actúe sobre la causa orgánica, pero en cambio no sucede lo mismo con el factor funcional que es mucho más modificable con diversos procedimientos. El eter proporciona un alivio inmediato y dura su efecto durante varios meses, mejorando la circulación de las extremidades y acelerando el proceso de cicatrización en los casos de gangrena.-
- 6º) La acción vasodilatadora del eter es actualmente completa o asegurada con la simpatectomía por considerarse que esta intervención tiene una acción vasodilatadora más duradera, con lo que se consigue mantener el mejoramiento de la isquemia y evitar las lesiones que son sus directas consecuencias.-
- 7º) Estos enfermos gracias a la inmediata sedación del dolor se encuentran con mayor optimismo y con esperanzas de atender sus ocupaciones en breve plazo.-
- 8º) La duración del alivio depende del grado isquémico del miembro

embro al que está en proporción directa con la circulación colateral. El alivio del dolor puede durar horas, días o meses y en caso que desaparezca la causa de la isquemia puede ser definitivo.-

9º) La zona que sufre las consecuencias del angioespasmo es muy modificada e influenciada por la acción vasodilatadora del eter

10º) La acción del eter es muy probable que no se haga por vía nerviosa pues su acción se mantiene después de la reacción del simpático lumbar. Posiblemente actúe por acción espasmolítica sobre la capa contractil de los vasos.-

Hector Casco

Don (77) Rojas -
Cau

RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO

30.6.49
H