

que este solo hecho evidencia la falta de una teoría que satisfaga en todos los casos.

Aparte la de causa tóxica que cada vez cuenta con menos partidarios, entre las de causa mecánica está la primitiva de GRAEFE, las de SHICK, SCHMIDT, DUPUY-DUTEMPS, DEUTSCHMAN, BEHR, etc. PARINAUD, MERCHESANI y otros defienden una variante de aquélla, la del edema cerebral propagado al nervio óptico.

La exposición detallada de todas las teorías emitidas sería interminable, y resumiento, diremos que se basan, o bien en la compresión vascular directamente, en la compresión por intermedio del l. c. r., en el éstasis linfático por compresión directa del nervio óptico o en la propagación del edema cerebral.

La prueba de que ninguna de las teorías emitidas es convincente, es que todas tienen su réplica y una demostración de lo mismo es que constantemente surgen otras nuevas, a veces bastante extrañas, tal por ejemplo la de SWIFT que recientemente ha publicado un trabajo en el que trata de demostrar la patogenia del éstasis papilar según el tumor comprima o no el seno transverso.

Como indica ADSON en la réplica a esta Comunicación, él mismo tuvo ocasión de operar un gran meningioma que comprimía el seno transverso teniendo que extirpar y ligar el propio seno, cediendo inmediatamente el edema de la papila. Como sugiere después, y como creemos más razonable, el éstasis papilar depende de una serie de factores sin cuya presentación simultánea deja de manifestarse. Buena prueba de ello son los casos que hemos tratado, ante los cuales y para explicar la ausencia de aquel trastorno no encaja ninguna de las teorías emitidas hasta la fecha.

Es probable que una vez establecida la hipertensión intracraneana surjan reacciones defensivas que traten de equilibrar aquel aumento de tensión. Esta reacción variará según los sujetos, y la tensión en la arteria central de la retina podría indicar la reacción del sistema circulatorio contra la tensión intracraneal que estorba la libre circulación, tratando de superarla y evitando así un éstasis circulatorio.

Habrá casos en que este mecanismo prolongue la compensación durante un tiempo mayor que en otros, y que incluso se establezca una hidrocefalia interna, como en uno de nuestros casos, y en otros se llegue a erosionar el cráneo dando lugar a las impresiones digitales, o bien, como en los niños, se abran las suturas, antes de que se haya alterado el fondo del ojo.

RESUMEN

Se describen dos casos de tumor cerebral que no presentaron éstasis papilar, en un total de veinte observaciones.

Se recuerda el procedimiento de BAILLIART y su posible empleo como coadyuvante en el diagnóstico precoz de las neoformaciones intracraneales, y, finalmente, se da una ojeada al problema de la patogenia del éstasis papilar inclinándose por la idea de que en su producción intervienen una serie de factores que han de manifestarse simultáneamente.

BIBLIOGRAFÍA

- ADROQUE, E. y TETTAMANTI, J. — Arch. de Oftal. de Buenos Aires, 13, 507, 1938.
 BERENS, C. — Annales d'Oculistique, 166, 853, 1929.
 CASTRESANA, A. — Medicina, 12 diciembre 1931.
 CHRISTIANSEN, V. — Arch. d'Oftal., 41, 1924.
 DANDY, W. E. — Hirnchirurgie, trad. H. Hobcke, J. A. Barth, Leipzig, 1938.
 FERREY, D. — Mémoires de l'Acad. de Chir., 65, 12, 520, 1939.
 HARTMANN, E. y GUILLAUMAT, L. — Ann. d'Ocul., 175, 717, 1938.
 MONIZ, E. — Diag. des Tum. Cer., 22, 1931.
 MORSIER, G. de, MONNIER, M., STREIFF, E. B. — Revue Neurol., 71, 6, 702, 1939.
 RISER, COUADAU, PLANQUES y VALDIGUIE. — Presse Méd., 45, 369, 1937.
 SWIFT, G. W. — Arch. Opht., 3, 47, 1930.
 THIEL, R. — Gegenwartsprobleme der Augenheilkunde. G. Thieme, Leipzig, 1937.
 VINCENT, CL., HARTMANN, E., LE BEAU, J. — Zentralbl. f. Neurochir., 3, 145, 1938.
 WILDRAND, H. y SAENGER, A. — Die Erkrankungen des Sehnervenkopfes, etc. J. F. Wiesbaden, 1912.

HEMATOMA POSTRAUMÁTICO DE LAS VAINAS TENDINOSAS

P. PIULACHS y R. ARANDES

Catedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona

Después de un traumatismo cerrado puede observarse una hemorragia en el interior de las vainas tenosinoviales, la cual puede aparecer bajo dos aspectos anatomo-clínicos: 1.º, forma frecuente, sin ninguna particularidad clínica especial, cuando por el mismo traumatismo se desgarra la vaina, y la sangre se mezcla con la derramada en las partes blandas vecinas; la difusión de la colección sanguínea borra la sintomatología del hematoma de las vainas; 2.º, el otro tipo lo constituye una forma extraordinariamente rara, en la que la vaina sinovial conserva su continuidad, quedando el hematoma aislado dentro de su cavidad, con aspecto normal de las partes blandas vecinas.

Son escasísimos los casos de hematoma circunscrito de las vainas sinoviales. Revisando la literatura no hemos encontrado ninguna referencia desde el año 1925 hasta la fecha. En el único sitio donde hemos hallado un capítulo ocupándose de este tema, es en MÜLLER⁶, el cual cita casos de JEWARA³ y KÜTTNER⁵. Según estos dos autores la afección aparecería con mayor frecuencia en el dorso de la mano. KÜTTNER⁵ la ha observado en la vaina del extensor común de los dedos y en la del extensor largo del pulgar. JEWARA³ ha visto tres casos en la vaina común de los radiales.

Clínicamente se presenta, según KÜTTNER⁵ inmediatamente después de un traumatismo, con el aspecto de una tumoración de la forma y localización de la vaina sinovial; es de consistencia fluctuante, y se mueve al movilizar el tendón correspondiente. La punción confirma el diagnóstico al evacuar sangre.

Recientemente nosotros hemos tenido ocasión de observar el siguiente caso que se presta a consideraciones de interés:

J. Q., de 29 años, escribiente. Antecedentes familiares y personales sin importancia.

El día 3-XII-1942, cae de la altura de un metro, sobre el talón de la mano derecha, sin producirse la menor herida o ero-

sión cutánea. Después del traumatismo el enfermo aqueja pocas molestias, sólo ligeros dolores, pero sin importancia funcional.

A los dos días, aparece dolor espontáneo y a la presión en la cara anterior de la muñeca, el cual va aumentando progresivamente de intensidad. A los cinco días del traumatismo, desaparece el dolor espontáneo de la muñeca, presentándolo en cambio a lo largo del cuarto y quinto dedos, y de su prolongación palmar. A este nivel nota dolor a la presión, el cual también persiste en la muñeca. El cuarto y quinto dedo inician progresivamente la posición en gancho, al principio reductible sin dolor.

Más adelante, los dolores se acentúan y el gancho se hace irreducible y doloroso; el enfermo presenta una temperatura de 37,5°.

El paciente acude a la consulta a los 16 días del traumatismo, presentando una tumefacción dolorosa a lo largo de las vainas sinoviales de los dedos cuarto y quinto. Ambos dedos están muy tumefactos, y en posición de gancho irreducible, siendo muy doloroso el intento de reducción. A la presión se despierta dolor intenso a todo lo largo de la vaina digitocarpiana del quinto dedo, siendo la presión a nivel de la parte interna del espacio de Parona, también dolorosa. En el cuarto dedo el dolor a la presión se observa a lo largo de toda la vaina digital, siendo especialmente vivo a nivel de su terminación en la línea de KANAVEL⁴. Ambos dedos están enrojecidos y presentan una hiperestesia muy acusada.

El enfermo hasta ahora ha hecho fomentaciones calientes, y en vista de que no mejora con este tratamiento acude a la consulta.

Se diagnostica un flemón de las vainas del cuarto y quinto dedos, quizás por infección de un hematoma, teniendo en cuenta el antecedente traumático y se procede a su abertura.

Con anestesia general por cloruro de etilo, y previa colocación de una venda de Esmarch, se hace el desbridamiento siguiendo la técnica de HARTEL¹. Se empieza con una incisión a cada lado del segundo pliegue digital del meñique. Los lobulillos de grasa aparecen perfectamente limpios, sin ningún hematoma que los infiltre. Seccionados éstos, aparece la vaina tumefacta, tensa y de color rojo negruzco; se incide y da salida a gran cantidad de sangre obscura mezclada con abundantes coágulos. Una vez vaciada la vaina, de la sangre y coágulos que contenía se observa que sus paredes son de aspecto normal, no engrosadas ni infiltradas; asimismo el tendón aparece brillante, sin ninguna alteración.

Al ver que no se trata de un flemón de vainas, sino de un hematoma, se practican sólo dos nuevas incisiones en la palma de la mano, sin desbridar el espacio de Parona. La vaina digital del anular se abre por dos incisiones laterales a nivel del fondo del saco superior, junto a la línea de KANAVEL⁴, tal como recomienda ISELIN²; en esta vaina se observan las mismas lesiones con el mismo aspecto que en la del meñique.

No se coloca ningún drenaje. Inmovilización en posición funcional. A las 48 horas las incisiones de la vaina del cuarto dedo están ya cerradas, no dando salida a ninguna secreción. Las de la vaina del meñique aun permanecen entreabiertas, pero sin dar salida a ningún exudado. A los seis días de la intervención, todas las incisiones están ya cerradas. Se empiezan luego las sesiones de movilización activa en la cámara de aire caliente. A los pocos días la extensión se hace normalmente, pero queda aún una limitación de la flexión, que no desaparece hasta al cabo de tres semanas.

El 4-I-1943 se le practican las pruebas de coagulación, obteniendo los siguientes resultados:

Tiempo de coagulación en el tubo	9 minutos
Tiempo de retracción del coágulo	17 minutos
Tipo de coágulo	normal
Prueba de Duke	2,5 minutos
Prueba del lazo	negativa

Se trata pues, de un caso de hematoma intrasinovial de origen postraumático, localizado en la vaina digital del anular, y la digitocarpiana del meñique, y que presenta algunas particularidades dignas de mención: En primer término se trata de una localización excepcional, ya que como hemos indicado, según JEWARA³ y KÜTTNER⁵ han sido descritas casi siempre a nivel de las vainas de los extensores

o en la de los radiales. Otra particularidad está en el hecho de afectar dos vainas a la vez. Teniendo en cuenta la extrema rareza de la afección, creemos que más que considerarla como de aparición simultánea, en dos vainas anatómicamente independientes, debe admitirse la existencia de una comunicación anormal que solidarizase estas dos vainas vecinas, y permitiese la extensión del hematoma a las dos.

Otra particularidad interesante es la de su aparición no inmediata, ya que el enfermo pasó dos días casi sin molestias, y a partir de entonces el cuadro fué desarrollándose progresivamente. Creemos que este hecho se explica por la situación profunda de la vaina, cubierta por la aponeurosis palmar, lo cual hace que la hemorragia que iba desarrollándose, no se manifestase hasta producir una repleción intrasinovial marcada.

En esta observación se presentó también el hecho curioso, de aparecer con un cuadro seudoinflamatorio, con intenso dolor, posición en gancho, enrojecimiento y temperatura axilar de 37,5°, todo esto hizo que se diagnosticara de flemón de vainas. La situación profunda de las vainas, cubiertas de tejidos inextensibles, explica la intensidad del dolor; a diferencia de los casos localizados en las vainas del dorso de la mano.

Es interesante señalar que la pared de la vaina y el tendón, una vez evacuado el hematoma, presentaban un aspecto normal.

Como tratamiento, en los casos de localización dorsal, con sintomatología poco aparatoso, es suficiente la inmovilización con vendaje compresivo y tapón. Si persiste la tumefacción, puede evacuarse por punción. Pronto se comenzarán los ejercicios de movilización activa.

En nuestro caso, el diagnóstico equivocado de flemón tenosinovial, nos llevó a practicar el desbridamiento; al rectificar, en la intervención el diagnóstico, se limitó el número de incisiones, y no se colocó ningún drenaje. Es posible que practicando la sutura de las incisiones, después de la evacuación del hematoma, curasen por primera intención, pues a pesar de no suturarse, no dieron salida a ningún exudado, y a los seis días se habían ya cerrado por completo.

RESUMEN

Los autores describen un caso, notable por su rareza, de hematoma postraumático de las vainas tenosinoviales del meñique y anular, que apareció clínicamente con un cuadro agudo, que se diagnosticó de sinovitis supurada, rectificándose el diagnóstico a la intervención. Evacuando el hematoma, la herida curó rápidamente, obteniéndose una rápida y completa restauración funcional.

BIBLIOGRAFIA

- HARTEL. — Cit. por ISELIN².
- ISELIN, M. — Chirurgie de la main. París, 1938.
- JEWARA. — Rev. Chir. (Rum.), 4, 4, 1901.
- KANAVEL. — Infections of the hand. Filadelfia, 1926.
- KÜTTNER. — Beitr. Klin. Chir., 44, 213.
- MÜLLER, W. — "Chirurgie" Nördmann y Kirschner, 2, 442, 1939.