

R-1869

SANATORIO
* MADRAZO *

AÑO III. * NÚMERO 8
* AGOSTO DE 1913 *

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

REDACTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

JUAN HERRERA ORIA: Tratamiento del flujo vaginal.—P. D. RODRÍGUEZ RIVERO: Quiste mucoideo del ovario izquierdo, con gran ascititis y prolapso uterino. Ovariectomía. Curación.—LEOPOLDO RODRÍGUEZ F. SIERRA: Neurodermitis o prurito con liquenificación y su tratamiento por el Radium y los Rayos X.

Revista de revistas.—Sociedades y Congresos.—Bibliografía.—Noticias.

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

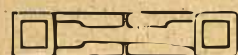
Medicamento granulado e inyectable
Reconstituyente energético



Phosphorrenal Robert

JARABE DE HIGOS SOMONTE

MARCA "SYKÉ"

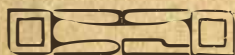


Eficaz contra los estreñimientos rebeldes.

Laxante suave y eficaz.

Especialmente recomendado para las señoras y niños por sus efectos seguros y sabor agradabilísimo.

Se vende en todas las farmacias



DEPÓSITOS

Farmacia de SOMONTE, Correo, núm. 4.-BILBAO

Farmacia de FUENTES, Hortaleza, núm. 110.-MADRID

BOLETIN DE CIRUGIA

TRATAMIENTO DEL FLUJO VAGINAL

Por Juan Herrera Oria

Suelen llamar las mujeres flujo blanco a la secreción que fluye de la vagina. Su aspecto y caracteres físicos varían mucho: unas veces es puramente mucoso, cristalino, pegajoso y otras amarillento, más o menos verdoso, mucopurulento o purulento en absoluto. El nombre de secreción vaginal o de flujo vaginal con que se le designa también, es generalmente impropio. La vagina está constituida por una mucosa de epitelio pavimentoso estratificado sobre una capa muscular, tan íntimamente unidas entre sí, que con dificultad se puede separar una de otra; posee algunos folículos linfáticos, pero carece de glándulas verdaderas y, por tanto, de secreción propia. Únicamente en las niñas, en las cuales el epitelio es más delicado, se observan con frecuencia relativa secreciones verdaderamente vaginales, casi siempre constituidas por exudados inflamatorios. La mucosa del cuerpo del útero, poblada de numerosas glándulas, y la del cuello, producen en el estado fisiológico una secreción mucosa que mantiene constantemente húmedo el canal vaginal, pero que no fluye al exterior, ni se deja sentir por la mujer.

Ya se entiende que los flujos vaginales no constituyen por sí mismos enfermedad ninguna; son sólo síntomas de alteraciones anatómicas o funcionales de alguno de los órganos del aparato generador.

Esto quiere decir que el tratamiento en todo caso no debe dirigirse contra el flujo, sino que ha de buscarse antes la causa de él y combatirla. Con todo, aquí como en otras muchas ocasiones, el médico se ve obligado a poner en práctica un tratamiento puramente sintomático, y no pocas veces se consigue el resultado apetecido.

La frecuencia con que se quejan las enfermas de este molesto síntoma, es

muy grande. Quizá sea, después del dolor, el síntoma que más veces se encuentra registrado en la historia clínica de las afecciones ginecológicas. En cien casos de mi práctica, cogidos al azar (por el orden alfabético en que están coleccionados), está anotado el *flujo blanco* 59 veces. En los 41 restantes unas veces se indica expresamente que el flujo faltaba, y otras nada se dice sobre él. Es muy posible que en algunos de estos últimos casos se nos haya pasado interrogar a las enfermas sobre este punto. Están excluidos de estos cien casos los embarazos y abortos y el estado puerperal. Los flujos que con frecuencia padecen las embarazadas, si no son exagerados, deben tenerse por normales y son generalmente debidos a trastornos circulatorios dependientes del estado de gestación. El flujo puerperal es un exudado eliminatorio, y forma parte de la subinvolución genital que sigue al parto. Tampoco exige tratamiento.

La edad de la mujer en que con más frecuencia se presenta este síntoma, es la del período de madurez sexual, y sobre todo en las que ya han parido. En las viejas y en las niñas mucho menos.

En las niñas la vagina es menos resistente a los agentes etiológicos, y con facilidad relativa suele inflamarse: unas veces por causas exógenas (bacterias que penetran de la vulva) y otras por causas endógenas venidas por los linfáticos o con el riego sanguíneo. Entre las primeras están ante todo los microbios flogógenos que anidan en los genitales externos (en un caso registrado por *Gottschalk*, los oxiuros vermicularis), y entre las segundas las toxinas o los mismos microbios productores de infecciones generales. No es muy raro que en el período álgido de la escarlatina, el sarampión, difteria, viruela, pneumonía, influenza, etc., sobrevengan colpitis y endometritis. No debe olvidar el médico advertir a la madre o personas que asistan a la niña, que presten atención a la secreción vaginal, porque pueden resultar de estas inflamaciones adherencias y estrecheces que más tarde, en la época del desarrollo sexual, traigan complicaciones graves. La misma esterilidad puede tener este origen.

Entre los agentes exógenos que con más frecuencia producen en la infancia estos trastornos hay que citar al gonococo. El contacto sexual (generalmente el estupro) suele ser el motivo de la infección, pero todavía con más frecuencia el contacto indirecto por medio de ropas, objetos de *toilette*, el agua de baño, etc. Otras veces son agentes no flogógenos, hongos, por ejemplo, que en niñas débiles y enfermizas pueden dar lugar a vaginitis; la suciedad simplemente suele originarla también y, finalmente, algunos trastornos constitucionales, la escrófula, la anemia. También el onanismo. En la mujer que ha tenido ya vida genital, es la gonorrea la causa más frecuente de los flujos vaginales. Tal es la opinión de la mayor parte de los autores. Yo creo que en España, al menos en Santander, no es aplicable esta regla general. He hecho el análisis microscó-

pico de los productos vaginales de muchas de mis enfermas y he encontrado el gonococo relativamente con poca frecuencia. Como no tengo recogidos los datos con el orden y escurpulosidad que se exige para que tengan valor científico, me limito a consignar lo que de mi experiencia personal he deducido, y es que con anterioridad a la infección gonocócica deben figurar como agentes etiológicos los trastornos genitales imputables a abortos, partos o puerperios generalmente mal asistidos (desgarros del periné y del cuello, subinvolución de la matriz, metritis y endometritis, etc.)

De todas maneras, la infección gonocócica es con frecuencia causa de flujos vaginales.

La blenorragia aguda exige, ante todo y sobre todo, el reposo en la cama. Como tratamiento farmacológico los balsámicos al interior, y localmente lavados externos e irrigaciones vaginales con soluciones débiles de permanganato o de albargin. En último término se pueden hacer con agua simplemente hervida sin añadirla ningún antiséptico, puesto que el objeto principal que con ellas se persigue es barrer y arrastrar las secreciones acumuladas en la vagina. Si la enferma se resiste a guardar cama durante todo el tiempo necesario, que puede ser de varias semanas, por lo menos se la ha de obligar a hacerlo durante los días que dure la menstruación. Por supuesto, el coito prohibido en absoluto.

En la gonorrea subaguda y en la crónica, el proceso suele estar localizado a la mucosa uterina o a los anejos. A la medicación intrauterina debe preceder una cura de la mucosa del cuello, y sólo cuando estemos seguros de que ésta solo es insuficiente, nos estará permitido pasar con nuestros remedios la barrera del orificio interno.

El epitelio posee propiedades bactericidas que desaparecen cuando se le destruye con enérgicas cauterizaciones: de aquí que sea preferible no emplear soluciones muy concentradas, y nunca hacer una cura intrauterina más de dos veces a la semana, (nitrato de plata al 1 por 100 o protargol al 5 por 100). El legrado de la matriz debe rechazarse siempre en estos casos.

El médico que no tenga la experiencia suficiente para diagnosticar una lesión de los anejos debe abstenerse en absoluto de hacer curaciones intrauterinas y este precepto sirve para todas las afecciones ginecológicas: *porque siempre que exista una afección inflamatoria de los anejos, están absolutamente contraindicadas las manipulaciones dentro de la matriz.*

Naturalmente, otros agentes piógenos distintos del gonococo pueden infectar el endometrio (estreptococos, estafilococos, calibacilos, etc.)

El tratamiento de tales infecciones es semejante al producido por el gonococo. Aquí conviene advertir que las secreciones cuyo origen fué un proceso inflamatorio de naturaleza infecciosa pueden continuar mucho tiempo des-

pués que los agentes infecciosos han desaparecido de la mucosa en que primeramente anidaron. Dejaron por huellas de su paso alteraciones anatómicas, las más de las veces hipertrofias glandulares, que mantienen abierto el manantial de la secreción patológica.

La mayor parte de las veces el flujo no es dependiente de una infección, y es por lo tanto empeño, más que vano, contraproducente, el curarle a fuerza de irrigaciones con soluciones antisépticas.

Se trata casi siempre de catarros cervicales sostenidos por lesiones y causas muy diferentes. Casi siempre obedecen a una alteración general más bien que a trastornos locales. Y es muy lógico pensar que están en íntima dependencia la hipersecreción de la mucosa uterina y las alteraciones de la secreción interna del ovario, como ocurre en muchas menorragias.

Aparte de estas causas de orden general, hay otras de carácter local que dan origen o sostienen el catarro cervical, origen a su vez del abundante flujo.

Tales son en primer lugar todas las lesiones consecutivas al parto.

Las rasgaduras del cuello, que no rara vez sobrevienen en el parto espontáneo, y seguramente ahora con más frecuencia que antes desde que se ha vulgarizado el uso de los extractos y productos procedentes de la glándula pituitaria, con frecuencia empleados abusivamente; cuando cicatrizan sin suturar modifican la forma del orificio externo, los labios se revierten hacia afuera y la mucosa, de epitelio cilíndrico y delicada del cuello, se pone en contacto con la áspera y rugosa de la vagina, y queda bañada por la flora de este conducto: provienen de aquí irritaciones de origen mecánico y tóxico que modifican la secreción normal de la mucosa cervical.

Parecida acción ejerce el descenso uterino con las alteraciones circulatorias que le acompañan, y las rasgaduras del periné, que además de trastornar la circulación local dejan penetrar del exterior partículas de polvo y bacterias con que el medio normal de la vagina se altera gravemente.

Causa frecuente de catarros y secreciones vaginales son los objetos extraños introducidos en la vagina. Las más de las veces son pesarios puestos con intención de corregir anomalías de posición de la matriz, otras veces objetos que se han introducido con fines onanistas o colocados muchas veces por el mismo médico con intención de prevenir la fecundación.

El *coitus interruptus et reservatus*, más o menos tarde, conduce a una hipersecreción de las glándulas de la mucosa uterina.

El estreñimiento crónico, tan frecuente en la mujer, y que acción tan directa tiene sobre las afecciones todas del aparato genital, es también muchas veces responsable de las alteraciones de secreción de la mucosa sexual.

Para el tratamiento de todas estas afecciones deben tenerse siempre presentes las dos reglas siguientes que trae E. Opitz en el capítulo que al estu-

dio de estas alteraciones dedica en la obra *Handbuch der Frauenheilkunde*, recientemente publicada:

1.^a *Se ha de conceder capital importancia al tratamiento de los trastornos generales de naturaleza anatómica o funcional, sin prescindir de ellas en ningún caso, y*

2.^a *Las cauterizaciones practicadas durante mucho tiempo y repetidamente, son más perjudiciales que útiles.*

No está de más repetir que es necesario diagnosticar la causa de la alteración secretoria antes de establecer un tratamiento; obrar de otra manera es rutina, con lo que no se conseguirá más de lo que suele conseguirse en el tratamiento de menorragias y metrorragias, con el uso inmoderado y ciego de los hemostáticos uterinos.

Siempre que exista alguna de las alteraciones generales que hemos mencionado trataremos en primer lugar de corregirlas (anemia, clorosis, estreñimiento habitual, neurosis, etc.)

Los baños generales de asiento, y, según muchos autores, de un modo especial los baños de fangos. Un régimen de endurecimiento y ejercicio moderado al aire libre, suele dar buenos resultados en personas débiles.

De capital importancia es el conseguir que la función intestinal se regularice, lo cual se ha de intentar primero con medidas de orden dietético, y últimamente con los recursos terapéuticos (cáscara sagrada, purgen, regulin, etc.) Se prescribe con buen resultado: de extracto de ruibarbo, de extracto de aloes, de jabón de jalapa aa 2 grs. en 30 píldoras para tomar una o dos por la noche.

Especialmente en las cloróticas y en otras anémicas, pero también en muchas enfermas que no lo son, prestan muy buenos servicios el hierro y el arsénico (metharsol, methafer). También el ovareden triferrin y el moderno preparado arsenical Elarson. Muchas veces asocio el arsénico con la quinina y el carbonato de hierro con la quinina y la ergotina (Ac. arsenioso 0,10 gr., sulfato de quinina 2,0 gr. en 50 píldoras, tres al día.—Carbonato de hierro, ergotina y sulfato de quinina aa 0,05 gr. una píldora, 50 iguales, tres al día.)

Las irrigaciones vaginales tienen sus indicaciones y su utilidad, a pesar del descrédito que sobre ellas ha traído el abuso inmoderado con que se prescriben y se usan. La temperatura de 32 a 35°. La cantidad uno o dos litros. La frecuencia una o dos veces al día. La posición en que se han de recibir la horizontal, y la presión la menor posible. La acción más beneficiosa que de ellas se puede esperar es la que ejercen mecánicamente arrastrando los productos de la secreción. Como antisépticas y astringentes se pueden usar: alumbre, alsol, lisoformo, agua oxigenada y otros mil. El sublimado nunca, y en general deben desecharse los compuestos mercuriales. Las soluciones alcalinas disuelven muy bien el moco espeso y pegajoso.

Muchas son las enfermas que se mejoran y se curan con las irrigaciones vaginales razonablemente empleadas, pero quedan muchas que después de meses y de años de seguir aquel tratamiento continúan con el molestísimo flujo vaginal.

Modernamente ha iniciado Nasauer (*Münch. M. Woch.*—1909. *Die Behandlung des Ausflusses*) un nuevo método terapéutico con el que se han conseguido muy buenos resultados (Liepmann, Springer, Katz, Wille). Ha recibido el nombre de *tratamiento seco del flujo*. Consiste en el empleo de polvos de distintas clases. Nasauer emplea el Bolus alba (arcilla blanca) esterilizado, polvo indiferente. Liepmann emplea principalmente el «Lenizet», añadido al Bolus alba, resultando un polvo antiséptico. He obtenido buenos resultados con este tratamiento, pero mis observaciones son todavía escasas para publicadas. He usado Lenizet Bolus alba y el Lenizet silber bolus, que generosamente me ha ofrecido la casa Dr. Rud. Reiss, Rheumasar-und Lenizet-Fabrik de Berlín.

Puede tener aquí sus indicaciones el uso de tapones glicerizados con o sin iodo, ictiol, tigenol, ioduro, etc. Valga sobre su empleo todo lo que queda dicho sobre el uso y abuso de las irrigaciones.

Las cauterizaciones son también arma de dos filos, y es muy cierto, como dice Opstz, que lo que no se consigue con una o dos cauterizaciones enérgicas no se logra con repetidas cauterizaciones. Se cauteriza con tintura de iodo, nitrato de plata 10-20 por 100 ó en barra, formalina 10-20 por 100, cloruro de zinc 10-30 por 100 y mejor con el termo.

La operación de Emmet y la de Schroder, y hasta la amputación del cuello, cuando están indicadas.

Los llamados huevos de Nabot pocas veces exigirán tratamiento, bastará en último resultado con pincharlos.

J. H. O.

Quiste mucoideo del ovario izquierdo, con gran ascitis y prolapso uterino

OVARIOTOMÍA.-CURACIÓN

Por P. D. Rodríguez Rivero

DE PUERTO CABELLO

Ha sido dada de baja en el Servicio General de Cirugía del Hospital Municipal, Elisa R., de 29 años de edad, natural de San Esteban, soltera, virgen.

La madre es una anciana rolliza, que gozaría de plena salud si no fuera por las cataratas seniles que porta; el padre falleció de disentería; sus hermanas, todas mayores que ella, son gente sana. Tales son sus antecedentes hereditarios.

Dice que fué reglada a los doce años: que el flujo le dura siete días, todos los cuales los pasa con dolores de vientre (dinenorrea): que a pesar de su enfermedad, el período le viene fijamente.

En 1906 vino a esta ciudad a consultar sobre serios sufrimientos del aparato urinario (disuria y polakuiria): dolores en el bajo vientre, y en la cintura: ligero abultamiento del abdomen, y fiebres matutinas con frío. Dos facultativos optaron por practicarle la amputación del cuello uterino, habiendo tenido para ello que hacerle una incisión del himen: con la intervención no consiguió mejoría.

Poco después, al decir de la pobre mujer, el vientre continuó creciendo de abajo arriba: la disuria era torturante, y el estreñimiento absoluto.

Sintió algo molesto entre la vulva: después apareció un *pequeño tumor*, rosado, que fué creciendo, hasta aparecer entre los grandes labios todo el cuerpo de su matriz sin cuello. A la par de esta *hernia* del útero, el vientre le *crecía* por todos los lados, hasta que la ascitis, puede decirse que llenaba toda la serosa peritoneal.

Su estado a la entrada en el Hospital era: demacración absoluta contrastando con el gran volumen del abdomen; la cara alargada; pálidas las conjuntivas, lo mismo que la mucosa bucal, revelando una profunda anemia; voz cansada, respiración anhelante, dolor gravativo en la cintura, palpitations cardíacas, pulso pequeño y frecuente, inapetencia. Su presencia revelaba una vejez prematura, con una miseria orgánica sorprendente.

Formada la historia con dificultad, porque hasta la articulación de las pa-

labras le fatiga extraordinariamente, procedimos el examen, que condensamos así:

Abdomen globoso, tenso, con el ombligo distendido, surcado de finas venas que se dilatan y condensan principalmente sobre las fosas iliacas; no es dolorosa la palpación abdominal superficial, notándose ligero edema de las paredes. La palpación profunda nada enseña, como que la gran distensión hace de todo punto imposible el hundimiento de la mano por ningún flanco.

La percusión da matitez por todas partes cualquiera que sea la posición en que coloquemos la enferma, que tampoco hace desaparecer la forma globosa: sólo hay sonoridad cuando subiendo, se llega al torax.

La respiración—ya hemos dicho—era superficial, anhelante, pero la sonoridad del pecho era normal, y a la auscultación no se nota nada patológico.

Igualmente podemos decir por parte del corazón: palpitaciones, pero ningún ruido anormal.

Hay un leve edema supramaleolar.

El útero se encuentra todo en la vulva: es pequeño, rosado, flácido: por el tacto vaginal conseguimos empujarlo, pero vuelve a herniarse al sacar los dedos: el histerómetro introducido con dificultad por el diminuto orificio del muñón del cuello, sólo se hunde dos centímetros. La exploración de los fondos del saco nos dá la enseñanza de que están como empujados por un líquido.

El tacto rectal apenas nos hace tocar con el extremo del índice algo muy velado, como una pequeñísima sección de un cuerpo redondeado y de cierta resistencia, no apreciable por la imposibilidad de combinarlo con la palpación abdominal.

La exploración de la vejiga con una sonda rígida, nos muestra franca la uretra y disminuída la capacidad del reservorio, pero libre de cuerpo extraño.

El análisis de la orina no da albúmina, ni azúcar: sólo algunos pigmentos biliares.

La cantidad, dice la enferma, es notablemente escasa, pues aprecia en mucho menos de una botella (700 gramos), lo que pudiera recogerse por 24 horas en sus múltiples micciones. Ningún diagnóstico hicimos por lo pronto y como la paciente nos apremiaba un alivio, con este fin, y con el de desalojar algo del líquido peritoneal para lograr palpar los órganos abdominales, procedimos a hacer la paracentesis con un trócar sencillo, relativamente delgado, porque allí no teníamos a la mano el Aspirador de Dieulafoy.

La punción hecha en el lado derecho dió salida al líquido ascítico, cetrino, como en cantidad de 6 a 8 litros; a pesar de ello, el abdomen no perdió su forma globosa, con prominencia del lado izquierdo de la línea blanca, donde ya se podía determinar un gran tumor, de consistencia dudosa. El útero permaneció herniado.

La enferma consiguió aliviarse: pudo ingerir buena cantidad de leche: la vejiga podía contener mayor volumen de orina; el recto dió paso en los días subsiguientes a bastante cantidad de materias fecales reblandecidas por enemas tibios: la respiración era moderada, y el pulso se hizo menos frecuente y más lleno.

Ya en estas condiciones, apreciamos que teníamos bajo los dedos un tumor redondeado que ocupaba el flanco izquierdo, la región subumbilical y llegaba bastante a la derecha de la línea blanca: no pudimos llegar a percibir fluctuación, ni ganamos más que antes por el tacto vaginal ni por el rectal.

Muy pronto el abdomen volvió a llenarse y a traerle las anteriores dificultades a nuestra enferma, resolviéndonos a hacer una laparotomía, armados para efectuar lo que hubiera menester, en especial una ovariectomía, pues lo que juzgamos más probable era un quiste de este órgano.

La operación tuvo lugar el 24 de julio de este año.

Previa preparación de la región, tal como debe hacerse—ya que vale la asepsia mil veces más que la antisepsia que no solamente es inútil sino perjudicial en las intervenciones abdominales, la enferma fué cloroformizada. Hicimos la incisión mediana desde el ombligo hasta cerca de la sínfisis del pubis, llegando hasta el peritoneo: la línea blanca estaba reducida al grosor un poco mayor que una hoja de papel.

Hecho un pliegue de la serosa entre dos pinzas de Kocher, practicamos un ojal que dió salida a una gran cantidad de líquido ascítico, ampliándolo luego hasta hacerlo del largo de la incisión de la línea blanca, mostrándose entonces inmediatamente la superficie nacarina y surcada de vasos característica del quiste.

Cambiada la posición horizontal de la mesa por la oblicua de Trendelenburg, y cogidos los bordes del peritoneo con la compresa del campo por medio de pinzas de ligera presión, procedimos a la exploración del tumor, apreciando que felizmente no tenía adherencias, cuya destrucción habría hecho gastar un tiempo precioso para la reacción de aquel organismo miserable.

El volumen del quiste no permitió su salida por la incisión, sino después del vaciado con el trócar de Kœberlé, provisto de largo tubo de goma igualmente esterilizado, como los demás instrumentos; por esta única punción dió salida a gran cantidad de líquido amarillo, oleaginoso, filante, límpido. Cerrado el orificio hecho por el trócar con la pinza para quistes de Pean y aislado de la pared por compresas, lo llevamos fácilmente fuera del vientre, donde previa ligadura entrecruzada del pedículo, con seda gruesa, lo cortamos. El dicho pedículo se continuaba con el ligamento ancho. Hicimos una sutura sero-serosa del muñón con catgut esterilizado núm. 0, y después de observar el perfecto estado del resto de los anexos de este lado y los del lado derecho, así como la entrada en

la pelvis del cuerpo del útero, suturamos en tres planos la pared abdominoperitoneal, así: surget con catgut, núm. 0, la serosa: con catgut núm. 2 el plano músculo-aponeurótico, y con puntos aislados con crines de Florencia, la piel. Tocamiento de la incisión con tintura fresca de yodo, gruesa capa de gasa esterilizada y de algodón absorbente, y un buen vendaje, completaron la operación, que duró pocos minutos.

La intervención confirmó nuestra sospecha de quiste del ovario izquierdo y nos dió los siguientes detalles: era mucoideo, unilateral y unilocular. Es redondeado: de superficie regular, sin abolladuras: con pedículo relativamente corto, que se continuaba con el ligamento ancho izquierdo. De superficie nacarada surcada de pequeños vasos sanguíneos, más agrupados cerca del pedículo. Ya hemos dicho que el contenido era límpido, amarillento, oleaginoso, mucoso.

El periodo post-operatorio, a pesar de los movimientos intempestivos inherentes a la poca educación de la paciente, pasó bien, sin nada que pudiera complicar el caso, y para el 14 del corriente agosto, fué dada de baja del servicio de Cirugía General.



Sentimos profundamente que los datos del comienzo de la enfermedad dados por la enferma no sean confirmados por mis distinguidos colegas operadores que procedieron a la amputación del cuello uterino, ya que uno es muerto y el otro se encuentra lejos de la ciudad: con ellos podríase tomar mejores informes sobre su sintomatología para aquella época, sobre el diagnóstico que hicieron y el por qué practicaron aquella intervención, todo lo cual ilustraría este caso, que nos permitimos juzgar interesante por más de un motivo.

Uno de ellos, y que dificultó tanto el diagnóstico de quiste del ovario (relativamente fácil cuando los síntomas son clásicos), fué la ascitis que en nuestra práctica jamás habíamos visto tan desarrollada: ocultando todos los órganos del abdomen, haciéndolos inaccesibles a la percusión y a la palpación, había que investigar a qué lesión estaba ligado este síntoma.

¿Era una ascitis por tuberculosis peritoneal, o de origen canceroso? ¿Era debida a una afección cardíaca no compensada: a una cirrosis hepática, o a una afección renal? ¿Se trataría de un tumor pelviano o pelviabdominal? Hé aquí un problema clínico que debíamos resolver.

La forma ascítica de la peritonitis tuberculosa comienza con serios trastornos gastro-intestinales: fiebres vesperales, casi siempre con calofríos: englobamiento del vientre y adelgazamiento; es a la 1.^a y 2.^a semana después de la atenuación de estos síntomas cuando empieza a desarrollarse la ascitis, *que nunca alcanza tamaño proporción ni reclama la urgencia de la punción*: además, casi no acarrea la dilatación de la red venosa subcutánea: ligado a

éstos, hay otro síntoma muy importante para el diagnóstico, que es que a la auscultación del tórax se perciben frotos de pleuresía seca. En nuestro caso hubo trastornos del aparato digestivo: la fiebre era matutina, con calofríos (debemos decir que la enferma habita una zona esencialmente palúdica); no ha tenido en su familia tuberculosos; ni por parte del pulmón ni de la pleura se descubre anormalidad que pueda referirse a la tuberculosis; el adelgazamiento es notable, ciertamente, pero ello es secuela de casi todas las enfermedades de larga duración; y la red venosa subcutánea que porta en el momento del examen está bien desarrollada sobre los flancos.

La edad de la paciente (29 años); la duración de la enfermedad, más de seis años; el no tener antecedentes cancerosos en su familia; el no haber sufrido atroces dolores en el principio de su mal, ni aun después; la integridad fisiológica de su aparato gastro-intestinal (ni vómitos ni diarrea ha tenido), todo esto aleja la idea de un cáncer del tubo digestivo: ni hepático (donde es tan raro el cáncer primitivo), que además trastorna la secreción biliar, produciendo ictericia, etc., que ella no tiene; ni pancreático, cuyo desarrollo violento no daría tiempo a una producción ascítica de este volumen, ni alcanza gran tamaño, ya que en esta enfermedad del páncreas la muerte sobreviene muy temprano por obstrucción de las vías biliares, y acarrea igualmente profundos trastornos digestivos: ni peritoneal, donde los dolores son muy vivos, la marcha muy rápida, hay infartos de los ganglios inguinales y produce el característico tinte pajizo de la piel; todo esto falta en nuestra enferma.

El corazón funciona bien: no descubrimos ningún soplo: las palpitaciones las atribuimos a la presión circulatoria intra-abdominal, y a la anemia; luego, en los cardíacos no compensados, el edema comienza por los miembros inferiores.—En la enferma sólo existe un ligero edema perimaleolar, aparecido, al decir de ella, de poco tiempo para acá.

En el brightismo el edema comienza por la cara, especialmente por los párpados, y termina por anasarca, con derrame en las serosas pleural y peritoneal; hay ruido de galope, alta presión arterial, cefalea, vómitos, sensación de dedo muerto, epístaxis, calambres de las pantorrillas, y al examen de la orina se revela la albúmina: en nuestro caso no existe nada de este cuadro; ya hemos dicho también que el examen de la orina sólo dió algo de pigmentos biliares, y nada más.

En la cirrosis atrófica de Laënc, precede en muchas semanas casi siempre al derrame peritoneal, gran timpanismo, síntoma al que da mucha importancia el ya malogrado Profesor Dieulafoy: nuestra enferma no tiene recuerdo de haberlo sufrido, y por llena de líquido que esté la serosa, permite apreciar la matitez hepática, y toma el vientre en el decúbito dorsal la forma de vientre del batracio, llamado así por los clínicos de todos los tiempos: el desarrollo de

la circulación compensadora se hace principalmente en la región sub-umbilical, y la muerte no se hace esperar después de los 12 o 18 meses.

En esta enferma, el desarrollo de la circulación subcutánea está más marcado sobre los flancos: la forma del abdomen es globosa en cualquier posición que la examinemos, tal cual si palpáramos una gran vejiga llena de agua en la cual no cupiera una sola gota más

No pudiendo achacar este síntoma a las lesiones ya dichas, quedábamos girando en un terreno más limitado.

Tenemos que desechar un tumor uterino, como que este órgano estaba delante de nuestros ojos, y al alcance de nuestra mano; es pequeño—útero de virgen: blando, rosado: casi una matriz infantil, pero sin cuello: y sólo un gran tumor uterino podría producir esta ascitis: jamás un cuerpo de útero sano.

Podría tratarse de un hematocele pelviano, pero no había tenido la violenta reacción peritoneal con que se anuncia éste; y luego, la virginidad de nuestra enferma (nos referimos a la ausencia de relaciones sexuales) no cuadraría con la etiología y patogenia de esta afección; puesta en claro por LASWON TAIT y DE WEIT, quienes dicen ser el «resultado de un aborto tubario, o de la rotura de una trompa grávida»; ni siquiera aceptando la de otros autores que hacen intervenir en su producción abortos o irregularidades menstruales, pues en nuestro caso el período ha venido hasta en las vísperas de la ovariectomía.

Igualmente es desechable la posibilidad de un embarazo extrauterino.

Teníamos, pues, que reducirnos a pensar entre un quiste del mesenterio o del epiplón, de la trompa (hidro salpingitis) o del ovario, duda que conservamos hasta la laparotomía.

Esta ascitis tan desarrollada, que oculta toda exploración, es rara en los quistes ováricos y para muchos autores es de un pronóstico fatal, como lo dice Pozzi en su «TRAITÉ DE GYNECOLOGIE», lo que no es para otros, entre los cuales se cuenta el ilustre cirujano Lucas-Championère, cuya cita se hace en la misma obra.



Otro motivo de resaltante rareza en el caso de que venimos tratando, es el prolapso uterino, sintomático de este quiste del ovario.

Desde mucho tiempo há, la clásica división de los prolapso del útero es en idiopática y sintomática: tantas teorías se han escrito sobre la una como sobre la otra, pero todos afirman que el prolapso sintomático por tumores uterinos o útero-anexiales es el menos común, por lo que juzgamos pertinente llamar la atención sobre esta circunstancia en nuestro caso, siquiera sea para seguir en sus afirmaciones a los grandes maestros ginecologistas.

BECQUEREL habla de «descendimientos sintomáticos consecutivos a otras lesiones del útero».

ARAN asienta que «de los cambios de situación sufridos por la matriz en fibromas uterinos, el descendimiento es el más común».

EMMET establece «que un tumor situado por encima del útero, o el aumento de peso de este órgano es una causa del prolapso».

ALBERT, Profesor de la Universidad de Viena—dice en su obra de Cirugía Clínica: «Así, yo mismo he visto en un quiste del ovario el útero descendido, hasta el punto de estar literalmente en prolapso».

POZZI, refiriéndose al diagnóstico de los quistes del ovario en su TRAITÉ DE GYNECOLOGIE citado, repite con THIRIAR: «en fin, *hay casos* en que el útero es rechazado hacia abajo, en prolapso» y hace relación de uno operado por él, consiguiendo la curación de la enferma, fijando después de la ovariectomía el pedículo del quiste a la herida abdominal.—La observación de este caso del sabio maestro francés está inserta en la tesis de Doctorado de París, de DOUVE, y condensada en la magistral de PIERREFONT, que se titula «*Contribución a l'étude des prolapsus génitaux symptomatiques d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes*», en cuyo Capítulo II, estudiando la etiología del síntoma, que nos venimos refiriendo, confirma la opinión general de su rareza en los tumores anexiales cuando dice: «no quedará entonces en definitiva más que *un pequeño número de casos relativos a prolapsos sintomáticos*; y más adelante, al comentar un trabajo de HARTMANN y POUCHET: «Como se comprenderá, la caída de la matriz no viene a complicar sino en una mínima proporción los tumores utero-anexiales».

Y el nuestro debe entrar entre los prolapsos sintomáticos raros del quiste ovárico, ya que el hecho de no modificarse en nada la situación de la matriz con la paracentesis, y sí con la extirpación del quiste, quedando desde entonces en su posición normal, sin haber fijado el pedículo a la herida, indica claramente que su procedencia estaba íntimamente ligada a aquel.

Agosto de 1912.

Neurodermitis o prurito con liquenificación y su tratamiento por el Radium y los Rayos X

Por Leopoldo Rodríguez F. Sierra

Enfermedad caracterizada por prurito muy intenso; la piel se seca, se dilata, se pigmenta y los pliegues se acentúan, obligando al enfermo a rascarse continuamente.

Comienza en un punto cualquiera del cuerpo por un prurito limitado, sin lesión cutánea objetivamente apreciable. El prurito es intermitente y se acentúa en el momento que el enfermo se mete en la cama.

¿Cómo se producen las lesiones cutáneas? Al principio no hay alteración ninguna en los tegumentos; pero poco a poco, bajo la influencia del rascado, pierden su coloración normal y toman un aspecto rosado con pequeñas granulaciones o pseudo-papilas aplastadas, mal limitadas, brillantes y muy pequeñas. Después estas lesiones se acentúan, la piel toma una coloración roja más oscura con verdadera pigmentación y los pliegues se señalan formando cuadrículas. El dermis se espesa gradualmente, se infiltra y toma por fin la afección su aspecto verdaderamente patognomónico.

En el periodo de estado aparece una placa más o menos extendida, de dimensiones variables entre cinco y quince centímetros de diámetro. Su forma es muy variable según los casos y las regiones; casi siempre es ovalada, aunque también se presente en forma de triángulos irregulares y de semicírculos. Algunas veces afecta la forma de bandas lineares o zoniformes.

Esta enfermedad se desenvuelve sobre un punto cualquiera del cuerpo; las regiones más atacadas son: el cuello, la parte superior e interna de los muslos, los lomos, la parte inferior y externa de la pierna, el escroto en el hombre, los grandes labios en la mujer; la cintura también en la mujer, a causa de la presión y el roce del corsé, la palma de la mano y la planta de los pies.

Las placas del prurito con liquenificación unas veces son únicas, otras múltiples y en algunos casos simétricas.

Una placa completa de prurito con liquenificación comprende tres zonas concéntricas (Brocq).

1.^a Zona o zona externa, un poco difusa, pigmentada, compuesta de papilas muy pequeñas y de color pajizo.

2.^a Zona medianamente papulosa y caracterizada por una hipertrofia papilar mucho más acentuada que en la zona precedente y donde los elementos aislados en el límite externo confluyen en el límite interno.

3.^a Zona interna de infiltración, más o menos uniforme de aspecto, al nivel de la cual los tegumentos son duros, espesos y surcados de cuadrículas rectangulares o romboidales.

Este aspecto suele variar, según su localización. En los sitios que están sometidos a incesante traspiración o que son de abundante secreción, como los pliegues inguinales, la superficie es lisa y desprovista de escamas. En el fondo de los pliegues aparecen fisuras. En la palma de la mano y en la planta de los pies su aspecto es de keratodermia; recubiertas de placas epidérmicas amarillentas espesas, duras, córneas y algunas veces cruzadas de fisuras profundas y dolorosas.

El primer síntoma subjetivo que aparece es el prurito, que es lo que constituye la esencia de la enfermedad; los fenómenos cutáneos son la consecuencia directa.

Hay algunos casos, aunque raros, en que el prurito existe sin que los tegumentos cutáneos sufran alteración ninguna bajo la influencia del rascado; estos son los pruritos cutáneos sin lesión apreciable.

Por esto en 1896 Brocq, al describir la neurodermitis dijo que era un prurito circunscrito que se complicaba poco a poco de liquenificación pura.

No presenta siempre la misma intensidad, aumenta por la tarde, exasperándose por la noche a la hora de acostado el enfermo y siendo causa con gran frecuencia de insomnio; todos los enfermos a quienes he tratado de esta dolencia, en su primera visita ponían de relieve la molestia tan grande que durante la noche le producía.

La duración es muy variable según los casos, pero puede darse como regla general que nunca es menor de seis a ocho meses, prolongándose a veces por años si no interviene el tratamiento apropiado.

Una placa situada en un punto puede desaparecer para recidivar más tarde en el mismo sitio o ser reemplazada por otra y a veces simétrica a la primera.

Cuando una placa empieza a desaparecer, el prurito disminuye y después cesa definitivamente; los tejidos atacados aparecen más flexibles y muy adelgazados y se aprecia una reabsorción de la infiltración central de la placa y progresivamente los salientes papilares se aplanan, las cuadrículas se hacen menos visibles, la piel adquiere su flexibilidad normal; pero en muchos casos persiste durante mucho tiempo una coloración oscura de los tegumentos, los salientes cutáneos más acentuados que en el estado normal y como vestigios de papilas de superficie brillante.

Cazenave y con él otros dermatólogos modernos han visto alternar esta enfermedad con diversas manifestaciones viscerales, tales como accesos de asma, bronquitis, gastralgias, enteritis, neuralgias y neurosis.

Uno de los enfermos a quien yo he tratado tenía una gran dilatación de estómago que puede ratificar con un examen radioscópico.

E. Dalous resume así las lesiones histológicas: hiperkeratosis, parakeratosis, hiperakantosis; tales son las modificaciones del epidermis, proliferación intensa de células del cuerpo mucoso; la esporigiosis y la vexitación no forman parte de las alteraciones histológicas de esta dermatosis.

Las lesiones dérmicas sufren ante todo un proceso de irritación del tejido conjuntivo localizado al rededor de ciertos vasos horizontales del corion; hay edema, formación de capilares embrionarios y proliferación de células fijas dispuestas en grupos aislados; algunos ejes cilíndricos están aglomerados, se hacen transparentes y pierden su aspecto fibrilar; tales son las lesiones características.

Con todo lo dicho anteriormente el diagnóstico de esta dermatosis es sumamente sencillo, y como ha dicho Brocq al describir esta enfermedad, no puede haber error puesto que presenta *une physionomie tout a fait speciale*.

Se diferencia del eczema en su comienzo por la ausencia de color rojo vivo, de vexitación y de la formación de costras amarillentas o parduzcas y de su evolución, que no es la misma. Tanto bajo el punto de vista objetivo como evolutivo no puede llegar nunca a confundirse con los grupos de eczema. Si alguna vez se ha presentado esta confusión ha sido debido a que esta enfermedad se complica y va seguida de eczematización; pero esta complicación es accidental y las placas de neurodermitis evolucionan en estado perfectamente seco.

A veces es difícil precisar si una dermatosis ha empezado por liquenificación o por eczematización; sin embargo, es raro que una simple liquenificación secundaria a una placa de eczema tome la misma importancia y el mismo aspecto característico que una placa de prurito primitivo circunscripto con liquenificación.

Esta afección es más propia de la mujer que del hombre y se presenta entre los veinte y cuarenta años.

Se desenvuelve sobre terreno neuropático o como consecuencia de diversas intoxicaciones. Las profesiones sedentarias favorecen su desenvolvimiento.

Los cambios de estación y en particular los fuertes calores intervienen algunas veces como causa determinante de estas crisis.

El tratamiento es la parte más esencial por los innumerables medios que todos los dermatólogos han puesto a contribución con objeto de evitar molestias tan grandes como las que esta enfermedad produce.

Las indicaciones del tratamiento general de esta afección pueden resumirse

de la manera siguiente: 1.º evitar todo lo que pueda escitar el sistema nervioso, modificando en este sentido el régimen de vida y de alimentación del enfermo; 2.º calmar la escitabilidad del sistema nervioso por los medios apropiados (Brocq). Se prohibirá al enfermo el uso del café, té, alcoholes, picantes y escitantes y todos los alimentos que puedan producir intoxicación, auto-intoxicación o escitabilidad nerviosa, y se procurará en lo que sea posible evitar las emociones y fuertes sacudidas nerviosas, así como también procurarse reposo intelectual.

Leloir y Doumer han preconizado la electricidad estática administrada bajo la forma de baños estáticos secos; pero hay que dar al enfermo de 40 a 60 baños.

Gautier Sarat y Guimbail acuden a los baños hidro-eléctricos de corriente sinusoidal, así como también a los efluvios locales de alta frecuencia. Estos últimos yo los empleo en los pruritos circunscritos y siempre he obtenido excelentes resultados, siendo suficiente de 15 a 20 sesiones para hacer desaparecer por completo la picazón.

Las duchas calmantes o sedativas es el procedimiento empleado por Jaquet utilizando el agua a la temperatura de 35º a 38º a lo largo de la columna vertebral durante cuatro o cinco minutos, y cuando no sea posible la ducha por no soportarla el enfermo, puede sustituirse por una esponja empapada en agua a 30 o 40 grados y esprimirla por la columna vertebral durante cuatro minutos.

En cuanto a medicación interna y casi siempre con poquísimos resultados, pero sí como paliativos del prurito, se han empleado la valeriana y los valerianatos, los Polibromuros, la antipirina, la exalgina, el ácido fénico, el arsénico, al cacodilato de sosa y todas las aguas minerales cuya acción sedativa sobre el sistema nervioso es conocida.

Como tratamiento externo los mejores tópicos son aquellos que ejercen sobre las partes enfermas una acción medicamentosa, las cubren herméticamente y las protegen contra las irritaciones exteriores.

Todo lo que sea causa de excitación cutánea debe ser desechado.

La parte enferma no debe lavarse más que cuando sea absolutamente necesario. Si el medicamento está adherido a la superficie enferma conviene reblandecerle con un cuerpo graso (vaselina o lanolina) y después separar los detritus con algodón hidrófilo, procurando no irritar la lesión.

El agua caliente como antipruriginosa puede emplearse pura o bien hirviendo en ella unas cabezas de manzanilla o quince gramos de tabaco o veinte gramos de hojas de coca o añadirla alcohol alcanforado.

Andry ha empleado el cloruro de metilo.

Vidal hace escarificaciones con objeto de incindir las terminaciones nerviosas.

La lista de los medicamentos empleados en esta enfermedad bajo diversas formas es interminable, pues su rebeldía y las molestias tan continuadas que acarrea al enfermo han obligado a los médicos a prescribir.

El emplasto de aceite de hígado de bacalao, al que se le incorpora naftol 1/10, ictiol 1/20 o ácido fénico 1/100.

El emplasto de óxido zinc puro o con ácido silícico o mentol.

El emplasto rojo de E. Vidal, la resorcina, la brea, el ácido pirogálico, las colas de gelatina, el sapolín, el naftoán el ácido crisofánico, la solución de nitrato de plata al 1/20, el azul de metileno, el ácido pícrico etc., etc.

Todos estos medios más que curativos son paliativos, pues rara vez, y si acaso después de muchos meses de tratamiento, se llega a obtener una curación definitiva.

En cambio los éxitos de curaciones no se hacen esperar si a estos enfermos se les trata por el Radium o los Rayos X.

Tanto con un procedimiento como con el otro he obtenido grandes y pronto resultados en el número un poco crecido de estos enfermos que con gran frecuencia se presentan a ser tratados.

Cuando se emplea el Radium las sesiones deben ser cortas y repetidas con objeto de disminuir en lo que sea posible la reacción. El tiempo de aplicación varia entre diez minutos y tres cuartos de hora, según sea menor o mayor el espesor de la liquenificación.

El primer síntoma que desaparece por las aplicaciones de Radium es el prurito e inmediatamente después la liquenificación.

La piel se vuelve flexible, los pliegues recobran su forma normal y el tejido conserva su verdadera constitución.

Los Rayos X dan también excelentes resultados, siendo suficientes tres sesiones de 3 H cada una, procurando que los rayos sean poco penetrantes.

A imitación de lo que con el Radium ocurre, el prurito desaparece siempre inmediatamente después de haber terminado las sesiones y la placa de neurodermitis queda reducida a una pigmentación más oscura que el resto de la piel; la cual por sí sola y sin tratamiento ninguno llega a desaparecer completamente, no quedando ni aun señal aparente en el sitio que ocupó la lesión, circunstancia muy digna de tenerse en cuenta, sobre todo cuando la enfermedad reside en la cara.

Como siempre es de un gran valor científico citar observaciones, van a continuación algunas de ellas tal como están anotadas en mis libros.

M. L., de 52 años, de Asturias, presentaba una placa de neurodermitis hacía seis años, que ocupaba toda la región de la nuca, extendiéndose y llegando ya a invadir el cuero cabelludo.

Era una placa de neurodermitis típica por todos sus caracteres, bien li-

mitada, de poco espesor, surcada de cuadrículas y bastante irritada por el raspado, pues decía la enferma no poder soportar la picazón.

Como era de poco espesor la lesión, le hice aplicaciones de Radium de quince minutos de duración sobre toda la parte enferma y con intervalo de tres días repetí la misma operación, siendo entonces la aplicación sólo de diez minutos.

Pasadas cuarenta y ocho horas de la aplicación de Radium, la picazón disminuye considerablemente, hasta llegar a extinguirse.

Toda la parte enferma sometida a la acción del Radium sufre una verdadera modificación, que se traduce por disminución del espesor y desaparición de las cuadrículas que surcaban la lesión.

Pasados treinta días, la lesión estaba completamente curada y a los seis meses que tuve ocasión de volver a ver a la enferma no quedaba sobre la nuca señal ni de enfermedad ni de la acción del Radium.

P. C., de 51 años, de Santoña, presentaba dos placas simétricas de neurodermitis en la cara interna de ambas piernas, de pequeña extensión, pero muy molestas por la picazón tan grande que le producían, sobre todo durante la noche. Bastó hacerle tres aplicaciones de Radium de cinco minutos de duración cada una para que quedase completamente curado.

La neurodermitis de este enfermo databa de cuatro meses, durante los cuales había empleado múltiples tratamientos.

A los quince días estaba completamente curado.

J. B. C., de 38 años, de Maliaño, con una placa de neurodermitis del tamaño de una moneda de cinco céntimos en la mejilla derecha sobre el pómulo y otra placa en la parte media y externa del brazo derecho, esta última de bastante mayor extensión.

Este enfermo recuerda haber tenido un ataque de erisipela que le duró tres semanas, pasado el cual y ya convaleciente empezó a notar picazón en la cara y simultáneamente en el brazo derecho. Como la molestia era grande, acudió a su médico, que le dispuso varias pomadas, no consiguiendo con ellas más que ligero alivio.

Con estas lesiones llegé a mi consulta y le sometí al tratamiento por los Rayos X; haciéndole una irradiación en cada placa de 5 H, el picor desapareció y empezó a mejorar la lesión. A los ocho días, nueva sesión de Rayos X de 5 H, que fueron suficientes para hacer desaparecer la placa, dejando en su lugar una superficie completamente lisa, un poco pigmentada; pasado un mes, la pigmentación desapareció y el enfermo quedó curado.

V. G., de 55 años, de Molledo, con dos placas de neurodermitis de gran espesor, una en la región glútea izquierda y otra en el codo, ambas bastante extendidas.

Tres aplicaciones de Rayos X de 3 H cada una con intervalo de ocho días fueron suficientes para que a los cuarenta días hubiesen desaparecido.

F. Q., de 33 años, de Santander, con una placa de neurodermitis en la cara interna del muslo, de superficie muy irritada por el rascado y de aparición reciente.

Este enfermo curó con una sola aplicación de Rayos X de 3 H.

F. G., de 51 años, de Suances. Este enfermo, desde la edad de 30 años hasta los 48 había sufrido grandes grastalgias y en un examen radioscópico pude apreciarle una gran dilatación de estómago.

Hace dos años empezó con un poco de prurito anal, que se le extendió a la región sacra, sitio que hoy ocupa la placa de neurodermitis en una superficie de diez centímetros.

Le hago una aplicación de Rayos X de 4 H y al día siguiente la picazón, que le era intolerable, había desaparecido.

A los diez días vuelve el enfermo completamente curado, quedando un poco de pigmentación en el sitio que ocupó la placa, que por sí sola y sin tratamiento desaparece.

REVISTAS

Die Ther de Geg.

P. CONHEIN, BERLÍN: *Las enfermedades del páncreas y su tratamiento.*

—En las antiguas clínicas y en los libros de los autores viejos pocas veces se hablaba de las enfermedades del páncreas. En nuestros tiempos la medicina experimental y sobre todo las observaciones de los cirujanos, han hecho que la atención de los prácticos se fije en las alteraciones de aquella glándula. Por otra parte, las notables experiencias de *Minkowski* y *Mering* han puesto de manifiesto la extraordinaria importancia que el páncreas tiene como origen de algunos cuadros nosológicos.

En el transcurso de numerosas laparotomías, se ha visto que los fenómenos peritoníticos ocultaban lesiones del páncreas cuya sintomatología y diagnóstico son de capital interés para el médico.

La consecuencia de estos conocimientos ha sido la publicación, durante los últimos años, de numerosos trabajos, de los cuales se deducen importantes conclusiones prácticas.

Preliminares anatómicos y funcionales.—Se encuentra el páncreas colocado transversalmente por delante de la columna vertebral y detrás del estómago, entre la concavidad del duodeno y el bazo, ocupando una extensión de unos 15 a 20 centímetros: su extremidad más gruesa (cabeza) a la derecha, la más delgada (cola) a la izquierda. Es un órgano glandular acinoso de consistencia firme y lobulado. Su conducto excretor, el conducto de *Wirsung*, desemboca junto con el colédoco en la ampolla de *Water* del duodeno. Los vasos provienen de la celiaca y mesentérica superior, los nervios del vago y del plexo solar (simpático), las venas van a la porta. La excitación del vago aumenta, la del simpático suprime la secreción.

Segrega la glándula su jugo bajo la excitación de una hormona la *secretina*, la cual proviene de la *prosecretina* y ésta a su vez de la mucosa del duodeno, excitada por los ácidos gástricos u otros ácidos orgánicos; también el estímulo del aceite, el jabón o simplemente el del agua pueden provocar su formación. La composición de la secreción pancreática es diferente según sea la naturaleza del excitante. El jugo pancreático (de 600 a 800 centímetros en las 24 horas) contiene los siguientes fermentos: *diastasa*, *tripsina*, *steapsina* o *lipasa* y *nucleasa*, y además algunas sales, especialmente carbonatos alcalinos. La

producción de los diferentes fermentos digestivos, está enlazada de tal manera, que unos provocan la secreción de los otros, como las ruedas de un reloj van actuando unas sobre otras y moviéndose combinadamente. Además el páncreas produce una secreción interna de acción sobre los cambios nutritivos de los hidratos de carbono.

Generalidades sobre el diagnóstico.—Durante mucho tiempo el diagnóstico de las enfermedades del páncreas ha permanecido en segundo término comparado con el de otros órganos del tractus digestivo. Pero desde los modernos experimentos de *Pavloff* y sus discípulos y de *Otto Conhein* se ha conocido el importantísimo papel que en la fisiología general juega aquel órgano y la necesidad para el clínico de conocer su patología.

Las enfermedades del páncreas se dan a conocer de una parte por su influencia sobre los órganos vecinos y de otra por la que ejerce sobre los restantes órganos del aparato digestivo.

a) *Datos físicos (palpación).*—En individuos muy delgados, con paredes abdominales flácidas, puede algunas veces percibirse la cabeza del páncreas como una masa resistente a la derecha de la aorta; especialmente con la palpación profunda y de deslizamiento de *Th. Hausmann*.

La pancreatitis no da ningún síntoma a la palpación. Por el contrario, pueden tocarse tumores, abscesos y quistes, como diremos en la parte especial. Generalmente son tumoraciones fijas, que cuando pequeñas se separan y alejan de la mano que palpa, en las inspiraciones profundas o insuflando el estómago, por la interposición de otro órgano (el estómago) entre una y otra.

Las grandes tumoraciones no dejan de percibirse por la mano que palpa, aún en la inspiración profunda. Con los rayos X se podrá averiguar alguna vez si el tumor que se toca pertenece al estómago, a la vexícula biliar o al páncreas. La sensación dolorosa en la región pancreática, naturalmente, no tiene importancia diagnóstica.

b) *Síntomas anamnésticos.*—Los datos recogidos del enfermo pueden ser de alguna utilidad en la pancreatitis aguda, en las hemorragias del páncreas, en la apoplejía y en las litiasis del órgano. Un dolor que aparece de pronto, muy intenso, penetrante, con síntomas de colapso, al mismo tiempo que se percibe en el epigastrio una tumoración que antes no existía, dolor que se acompaña a veces con fenómenos de ileus, es síntoma de una apoplejía del páncreas, en la cual está indicada urgentísimamente una laparotomía. En los casos de pancreatitis simple aguda falta de ordinario la sensación dolorosa.

En las enfermedades crónicas y cuando se trata de enfermos inteligentes puede tener valor diagnóstico el dato de ser las deposiciones muy abundantes en grasa. Hacen pensar en una afección del páncreas los cólicos periódicos en el epigastrio (las llamadas cardialgias), especialmente cuando coexisten la

diabetes y la ictericia. Estos ataques dolorosos, de naturaleza tan oscura, también pueden ser debidos a compresiones del conducto y consiguiente estancación del jugo pancreático, causada por la pancreatitis indurativa, el carcinoma, cálculos o frecuentes hemorragias. Su distinción con los cólicos hepáticos, naturalmente, es muchas veces imposible.

Nunca los datos suministrados por el enfermo serán bastante para precisar un diagnóstico; tan sólo nos pueden servir de guía. Muy poca importancia tienen para el diagnóstico la existencia de náuseas, sensación de plenitud en el epigastrio, falta de apetito..., etc.

c) *Influencia sobre los órganos vecinos.* -- A menudo se presenta ictericia: muy explicable puesto que el conducto colédoco recorre incrustado en la cabeza del páncreas un trayecto como de medio centímetro. Se encuentra este síntoma lo mismo en las pancreatitis agudas que en las crónicas, y es con frecuencia muy difícil determinar si la obstrucción del conducto y subsiguiente ictericia es debida a aquellas lesiones o a una litiasis. Muchos casos de las llamadas ictericias catarrales, son producidos por una pancreatitis aguda. Sólo un cuidadoso estudio de las secreciones y excreciones puede aclarar la situación, aunque no siempre. Afortunadamente, para el médico práctico estas finuras de diagnóstico tienen poca importancia para establecer el tratamiento.

Además de las pancreatitis, pueden producir también ictericia el carcinoma (con mucha frecuencia) y las quistes y los cálculos enclavados en el conducto excretor; ictericia muchas veces muy pertinaz.

Otro fenómeno, menos frecuente, de acción sobre los órganos vecinos, es la compresión del duodeno y del píloro, que puede dar lugar a verdaderas gastrectasias. Además, la apopegia pancreática, produciendo la parálisis intestinal, es causa de fenómenos de ileo con vómitos estercoráceos, miserere y demás síntomas. Otras veces, sobre todo en el cáncer del páncreas, se producen fenómenos de insuficiencia gástrica, con el consiguiente desarrollo de sarcinas y bacillus lacticus en los líquidos estancados en el estómago. La exploración con los rayos X suele aclarar de ordinario la situación.

Vómitos habituales de todos los alimentos se presentan debidos a induración del páncreas; de una manera aguda en el absceso, hemorragias y apoplejías, por la irritación que experimenta el peritoneo.

Rara vez se producen edemas por compresión de la vena cava; todavía es más rara la hidronefrose por compresión del uréter.

En las deposiciones pueden encontrarse en los procesos agudos diarreas sanguinolentas y expulsión de algunas cantidades de pus en los abscesos pancreáticos; después de los ataques de litiasis pancreática, cálculos de aspecto abollonado, de color blanco grisáceo.

Como en el organismo existen varios órganos que se pueden sustituir unos

a otros en las funciones más importantes para la vida, ocurre con el páncreas que cuando las lesiones no son al principio muy graves, se pueden disimular por la sustitución que de las funciones de la glándula hacen las salivares, el estómago, intestino y el mismo hígado. Por el contrario, en las alteraciones graves los síntomas aparecen en seguida.

1.º *Trastorno de la secreción interna:* *Minkowski* y *Mering* han demostrado experimentalmente que se presenta la diabetes después de la extirpación total del páncreas. Si la extirpación es parcial, no hay diabetes, o más tarde cuando la porción de órgano que ha quedado se atrofia. Si se ingerta una porción de la glándula debajo de la piel del vientre, tampoco sobreviene la diabetes. *Lepine* explica estos hechos por la formación en el páncreas de un fermento glicolítico, el cual pasa a los tejidos desde los linfáticos y los vasos sanguíneos y quema en ellos mismos el azúcar.

En general, el resultado de estos experimentos puede trasladarse a la patología humana, puesto que en la autopsia del mayor número de diabéticos se encuentran alteraciones del páncreas: según *Hausmann*, en 59 diabéticos 40 veces, y de éstas, 36 veces atrofias.

Sin embargo, la teoría pancreatógica de la diabetes, ofrece numerosos lunares, puesto que hay diabéticos sin alteraciones pancreáticas y viceversa, de donde se deduce que son varias las causas que pueden producir la diabetes.

En resolución, todos los casos de diabetes deben ser sospechosos de alteraciones del páncreas, según *Albu*, especialmente aquellas que van acompañadas de acidosis, acetonuria y diaceturia. Por el contrario, cuando por otro motivo cualquiera, por ejemplo, una caquexia de origen desconocido, se sospecha la existencia de una lesión del páncreas, se debe investigar la presencia de la glucosuria, sobre todo alimenticia, para lo cual se dará en ayunas, en un té, 100 ó 200 gramos de glucosa.

La investigación de otros productos en la orina tiene poca importancia en las enfermedades del páncreas.

2.º *La alteración o disminución de la secreción externa* va unida a la destrucción total o parcial del parénquima de la glándula o cuando se obstruye el conducto excretor.

En tales casos, como es natural, se altera la reabsorción de los hidratos de carbono, de las grasas y de los albuminoides: sobreviene *esteatorrea*, *azotorrea* y aumento de los *hidratos* en las heces.

a) *Alteración de la digestión de las grasas.*—El síntoma más llamativo, el que primero hace fijar la atención al mismo enfermo, es la *esteatorrea*, la que puede salir íntimamente mezclada a las sustancias escrementicias (las cuales unas veces son de aspecto arcilloso y otras de papilla fluida), dándoles una colocación gris, como de plata, o se expulsa separada de los ex-

crementos y entonces, al enfriarse la deposición, forma una costra de grasa.

Al microscopio se encuentra principalmente grasa neutra, juntamente con escamas y agujas de ácidos grasos y jabones; demostrables sobre todo por el método de *Lohris*, es decir, agitando pequeñas porciones de excremento con unas gótas (1 ó 2) de una solución concentrada de sulfato de azul Nilo, la cual tiñe de rojo a la grasa neutra, los ácidos grasos de azul y los jabones de un color azul negruzco sucio.

En una esteatorrea intensa contienen las heces desecadas de 50 a 70 % de grasa, mientras que en el hombre sano no contienen más de 25 % (*Albu*).

Para el médico práctico es de mucha utilidad el hecho de que las deposiciones grasas desaparecen o disminuyen administrando preparados de páncreas.

Estos hechos, juntamente con la presencia de numerosas fibras musculares en las deposiciones, indican con mucha probabilidad, según todos los autores (*Oser, Ad Schmit, Albu*), la existencia de una enfermedad del páncreas. La expulsión de grasa solamente no es bastante para hacer un diagnóstico. Se la encuentra igualmente cuando falta bilis o en afecciones intestinales que comprometen gravemente la secreción y la absorción de la mucosa, degeneración amioidea, tuberculosis, catarros graves... etc. (*Notnagel.*)

Por otra parte, se han encontrado en autopsias importantes lesiones en el páncreas, sin que en vida hubiera existido esteatorrea.

Conclusiones.—En un caso concreto, cuando existe la sospecha de una enfermedad del páncreas, por ejemplo, cuando haya diarreas crónicas, diabetes, una caquexia de origen oscuro, etc., se hará un detenido estudio, durante varios días, del enfermo. Se buscará la tripsina en el contenido del duodeno, y en las heces la diastasa, se hará la prueba de los núcleos, con el fin de descubrir la existencia de la nucleasa y en la orina se buscarán la diastasa y el azúcar: aparte de esto se analizarán las heces al microscopio para demostrar la existencia de la grasa y de las fibras musculares.

Si falta la bilis, además del jugo pancreático, pocas veces se podrá afirmar con seguridad si se trata de una obstrucción del conducto de *Wirsung* por un cálculo biliar o de una obstrucción del colédoco por una pancreatitis o un cálculo pancreático. Si falta la ictericia, con deposiciones grasosas la cosa es más fácil: se trata de un trastorno del páncreas o del intestino delgado. Si existen tripsina y diastasa, en las mismas circunstancias, nos inclinaremos por una enteritis grave, y cuando falten, por una afección pancreática. Finalmente, si coexisten la diabetes y un tumor epigástrico, es muy verosímil la existencia de un cáncer del páncreas.

Terapéutica general.—La curación es sólo posible: 1.º Cuando un tras-

torno digestivo puede ser achacado con toda seguridad a una lesión pancreática; y 2.º Cuando la causa y la naturaleza de la afección nos es conocida. A cuatro factores etiológicos debe circunscribirse principalmente la medicación interna: alteraciones de la vesícula biliar y del hígado, sífilis, alcoholismo crónico y arterio-esclerosis. Contra ellos se pueden conseguir buenos efectos empleando la cura de Karlsbad, el iodo y el mercurio, abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas y medicación decalcificante. Además se puede actuar sintomáticamente con los preparados de glándula pancreática, dieta antidiabética, compresas calientes..... etc.

Las demás afecciones, tales como cálculos, abscesos, quistes, neoplasias, necrosis y apoplejías, se tratarán quirúrgicamente.

Diagnóstico y terapéutica especiales: I. *Pancreatitis aguda.*—Las formas más ligeras, que no exigen tratamiento, apenas si podremos hacer otra cosa que sospecharlas. Muchos casos de ictericia catarral, acompañados de diarreas y dolores en el epigastrio, son debidos a una pancreatitis aguda, con abultamiento de la glándula. Las formas hemorrágicas graves son probablemente de naturaleza infecciosa. Se presentan repentinamente con fenómenos de ileo grandes dolores en el epigastrio, vómitos, colapso, disnea y taquicardias. La muerte suele ocurrir al segundo o tercer día. El diagnóstico sólo se puede establecer con probabilidad. La terapéutica médica es inútil, exceptuando la aplicación de una vejiga de hielo: tampoco la cirugía servirá de nada. La enfermedad ataca con preferencia a las personas gruesas.—Las formas supuradas o absceso pancreático pueden tener su origen directamente por una infección hematógena o procedente del intestino y secundariamente como una de tantas localizaciones posibles en una septicemia general, en las úlceras o cáncer del estómago. Suelen presentar el mismo cuadro sintomático que la forma hemorrágica, y ordinariamente producen la muerte.

El diagnóstico es posible cuando se forma un absceso. La curación puede ser espontánea, abriéndose el absceso en el intestino, o quirúrgica, la cual, en manos de *Körte*, ha dado buenos resultados. Con frecuencia la inflamación pasa al estado crónico.

II. *Pancreatitis crónica.*—La forma difusa tiene su origen en la inflamación aguda del conducto excretor o en la obturación del mismo por un cálculo, o, finalmente, por vía vascular, como en la arterio-esclerosis, sífilis, alcoholismo.

Además se encuentran pancreatitis parciales por propagación de la inflamación de órganos vecinos, por ejemplo, de una perigastritis. Se presenta una transformación fibrosa del tejido intersticial y degeneración grasosa del parénquima, como ocurre en la cirrosis hepática.

Los síntomas clínicos son vagos: los mismos que en las dispepsias cróni-

cas, sin que ofrezcan nada de característico. Sólo cuando se encuentre una dureza en el epigastrio, que sea acompañada de diabetes y esteatorrea, se puede sospechar la existencia de una pancreatitis.

La terapéutica no está desarmada en absoluto contra esta afección. Los cirujanos *Riedel*, *Körte* y *Kehr*, sobre todo, han referido numerosos casos de intervención por sospechar la existencia de cálculos biliares, y habiéndose encontrado con una pancreatitis calculosa, ésta mejoró al extraer los cálculos. También se pueden detener las pancreatitis de origen sifilítico, arterio-esclerótico o alcohólico con el régimen higiénico y tratamiento de tales afecciones. Como tratamiento sintomático se puede emplear el pancreón (después de cada comida una tableta de 0,25) o la pancreatina. También están indicadas las aguas de Karlsbad o Vichy.

III. *Carcinoma del páncreas*.—Es la enfermedad del páncreas relativamente más frecuente y se presenta en la práctica muchas más veces de las que se diagnostica. Generalmente se trata de escirros de la cabeza del órgano y ataca con más frecuencia al hombre que a la mujer.

Los primeros síntomas son vagos; dispepsia, anorexia, dolores epigástricos: más tarde, cuando el tumor invade los órganos vecinos, pueden presentarse otros síntomas, vómitos, diarreas, melena, ascitis, estancación gástrica y graves ictericias. Rara vez se presenta glucosuria, probablemente porque las mismas células del tumor producen la secreción interna.

Cuando en un individuo caquéctico se presenta una ictericia grave de naturaleza progresiva, puede sospecharse la existencia de un cáncer del páncreas. El diagnóstico adquiere caracteres de probabilidad cuando a aquellos síntomas se añaden esteatorrea, glucosuria, insuficiencia gástrica y una tumoración en el epigastrio. Sin duda que un carcinoma del duodeno puede dar lugar al mismo cuadro sintomático.

Con frecuencia, ni en la operación ni en la misma autopsia se puede precisar si se trata de un cáncer del páncreas o de una pancreatitis.

El tratamiento consistirá en una dieta fácilmente asimilable, en la administración de narcóticos, de pancreatina y en combatir el picor de la piel provocado por la ictericia. Se pueden ensayar los colagogos. La terapéutica quirúrgica no siempre está desprovista de utilidad. Como intervenciones paliativas que producen una mejoría pasajera se pueden practicar la colecistotomía y la colecistenterostomía.

Las demás neoplasias del páncreas, como el sarcoma y el adenoma, apenas ofrecen interés clínico: lo mismo ocurre con la tuberculosis. La sífilis es causa de una pancreatitis crónica de origen vascular y ya se ha tratado de ella.

De interés práctico son:

IV. *Los quistes del páncreas*.—Generalmente se forman por un estan-

camiento de las secreciones debido a compresiones del conducto escretor en la pancreatitis crónica indurativa, al atasco de cálculos biliares o ulceraciones del duodeno o procesos peripancreáticos, o traumatismos, etc. Estos quistes pueden adquirir el tamaño de la cabeza de un niño y más; por regla general, el contenido no es más que secreciones retenidas. Es dudoso que el contenido de los llamados quistes apopléticos, cuyo contenido está teñido de sangre, sea debido a un derrame primitivo de sangre o a que la sangre haya venido más tarde a mezclarse con el contenido del quiste. Los traumatismos y la calcificación de las arterias juegan importante papel en la formación de tales quistes. A menudo recaen estos quistes en la cola del órgano. Como ha hecho observar *Sacconaghi*, es muy fácil confundir estas formaciones quísticas con una hidronefrosis izquierda, con equinococos del mismo páncreas o de órganos vecinos y finalmente con quistes retroperitoneales.

Los quistes, cuando alcanzan un cierto grado de desarrollo, pueden dar lugar a ictericia, ascitis, y si se revientan, a deposiciones hemorrágicas. Los enfermos se quejan de constantes dolores en el epigastrio o de cardialgias periódicas. Es característico de estas formaciones el aumentar y disminuir de volumen.

El diagnóstico no es posible más que cuando el tumor alcanza el tamaño de un huevo. Es liso, tenso, fijo y se encuentra en el epigastrio. Al insuflar el estómago el tumor se hace impalpable. No se debe hacer una punción de prueba, porque podría tratarse de un quiste de equinococos o perforar el estómago. Los síntomas funcionales son los mismos o análogos a los de la pancreatitis crónica.

La terapéutica no puede ser más que quirúrgica, incisión, marsupialización y drenaje.

V. *Hemorragias del páncreas*.—Son difíciles de diferenciar de las pancreatitis agudas hemorrágicas. Son debidas, aparte de los traumatismos, a envenenamientos, ateroma de las arterias, embolias e infecciones sépticas. Los enfermos experimentan de pronto un gran dolor en el epigastrio, náuseas, vómitos de bilis y mueren generalmente en uno o dos días en colapso. Las hemorragias pequeñas pueden llegar a curarse. El diagnóstico se hace casi siempre de una perforación de estómago, de una rotura de la vesícula biliar, de ileo, etc. La causa de la muerte es el shock peritoneal. Sólo una laparotomía muy rápida puede en tales casos prestar alguna ayuda; la terapéutica interna es impotente.

VI. *Necrosis pancreática*.—Un proceso inflamatorio grave, especialmente si es purulento y ha tenido su origen en la misma glándula o en sus vecindades (angiocolitis), puede producir una necrosis grasosa o la gangrena del páncreas. Se forma un absceso que viene a abrirse en el intestino y por el

cual se elimina juntamente con los trozos mortificados de la glándula. Esta curación espontánea puede ocurrir seguramente, pero con más frecuencia la muerte sobreviene antes, en medio de fuertes dolores y síntomas de ileo.

Con menos aparato transcurre el curso de la necrosis grasosa: el diagnóstico es imposible.

VII. *Atrofia del páncreas*.—Es cosa frecuente en los diabéticos, como queda dicho, en la parte general. Además se encuentra en el marasmo senil o en el maligno y también por compresiones de afuera a dentro (aneurismas, cálculos... etc.) Se puede diagnosticar cuando se presenta en un diabético creatorrea y esteatorrea. El tratamiento consiste en la administración de preparados de páncreas.

VIII. *Litiasis pancreática*.—Es muy probable que el origen de los cálculos que se forman en el conducto pancreático sea un catarro del mismo. Se encuentran no pocas veces cálculos y arenillas en personas que no han manifestado ningún dolor. Suelen localizarse cerca de la papila y son rara vez lisas, generalmente ásperas, abollonadas, deleznales y de color blanco amarillento. Las consecuencias de los cálculos son degeneración grasienta del órgano, atrofia, dilatación del conducto y aun formación de quistes. Los síntomas son dolores, unas veces continuos, otras en forma de ataques, acompañados de vómitos, aumento de la secreción salivar y con frecuencia diarrea. El dolor se irradia hasta el hombro izquierdo (en la colelitiasis generalmente hasta el derecho) El diagnóstico no es posible mas que cuando coexiste con una gastralgia aguda, los cálculos en las deposiciones, mas esteatorrea y glucosuria. Está indicada la pilocarpina, y contra el dolor las inyecciones de morfina. La operación, sólo en el caso de que se presenten abscesos, quistes... etcétera. Naturalmente, es muy fácil confundir los cólicos pancreáticos con la colelitiasis, cólico saturnino, apendicitis y hernias internas.

Otras afecciones del páncreas, como la degeneración amiloidea, lipomatosis, roturas, heridas de arma de fuego, luxación de la glándula por traumatismos, ofrecen escaso interés para el médico práctico. Entre los cuerpos extraños citaremos los ascárides que pueden emigrar al conducto del páncreas.

J. H. O.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

Sociedad oftalmológica de Viena

DOCTOR RÖSSLER: *Un caso de oftalmia metastásica benigna consecutiva a una angina folicular*.—Se trata de una mujer de 46 años que el 18 de mayo tuvo una angina febril; días después el ojo izquierdo se hizo doloroso y amblíopico. Después que la angina casi desapareció, ingresó la enferma en la

clínica del profesor Yuchs, en el siguiente estado: ojo derecho sin irritación: $1 = \frac{6}{12}$ (mácula córnea); el ojo izquierdo con gran inflamación y con inyección ciliar y conjuntival. Iritis con precipitados en la cara posterior de la córnea y sinequias posteriores. Medios transparentes. Gran excavación fisiológica de la papila. La retina aparecía con manchas blanquecinas en toda la región peripapilar hacia arriba y abajo, especialmente a lo largo de las grandes ramas vasculares y prominentemente más + 3 D. Una parte de la mácula en forma de ala era completamente blanca y claramente limitada: existían algunos focos hemorrágicos entre los vasos, que estaban alargados y sin cambio ninguno de calibre. Contaba los dedos a un metro. El día 28 de mayo tuvo un ataque de glaucoma, que cedió con una punción. El 29 del mismo mes mejoría de la agudeza visual hasta contar los dedos a dos metros. Fondo claramente visible: prominencia de la retina + 4 D: los enturbiamientos más limitados.

La angina ya ha desaparecido casi completamente. En la orina indicios de azúcar y mucho indican. El examen bacteriológico de la sangre y humor acuoso no dió ninguna prueba de valor.

Se trataba, pues, de una oftalmía metastásica benigna, análoga a la descrita por Holmes Sprier y Schüssele.

DOCTOR RÖSSLER: *Neuro-retinitis y enturbiamiento del cuerpo vítreo.*—Una joven de 20 años empezó a notar hace seis meses un reflejo luminoso en el ojo izquierdo que la perturbaba la visión, pero cuya agudeza visual sólo había disminuído ligeramente y la imagen oftalmoscópica era normal. Volvió el 20 de mayo con papilitis del ojo derecho y neuro-retinitis con finos y opacos enturbiamientos del vítreo en el ojo izquierdo.

La reacción de Wassermann era francamente positiva. En el ojo izquierdo escotoma concéntrico: en el derecho aumento del escotoma. Según la opinión del doctor Rössler, se trataba de una corio-retinitis (Yöister) complicada con un proceso sífilítico de ambos nervios ópticos.

Discusión.—YUCHS: En estos casos no se ven trastornos en la coroides: ocurre con más frecuencia que semejantes casos muestran estos trastornos en un reconocimiento posterior, porque al principio quedan ocultos o son imposibles de descubrir a causa de las opacidades en la retina. En estos casos pudiera tenerse la duda de que se tratara al mismo tiempo de dos procesos (corioditis y neuro-retinitis sífilíticas) o de un proceso primitivo de la névea con participación secundaria de la retina y papila. La última hipótesis tiene más probabilidades de verosimilitud.

MUSYINSKI (Clínica de Yuchs: *Neuritis retro-bulbar con parálisis del motor ocular común.*—Una mujer de 50 años tuvo hace dos meses una influenza que la duró catorce días: desde entonces siente dolores en la mitad derecha de la cara. No había padecido ninguna otra enfermedad. A su entrada en la clínica se apreciaba el bulbo derecho dirigido hacia arriba, la pupila estaba contraída y reaccionaba con pereza a la luz. El bulbo sensible a la presión y a los movimientos. El estado de la papila era normal con excavación fisiológica de la papila. Agudeza visual: cuenta los dedos a un metro. La punción del seno maxilar derecho no dió ningún dato acerca de las afecciones de los senos. En el paladar óseo ligera periostitis. La sensibilidad de la mitad derecha de la cara estaba disminuída: la reacción de Wassermann y Pirquet negativas. Se hizo un tratamiento sudorífico. Nueve días después parálisis de los músculos externos del ojo derecho, con una débil limitación de los movimientos oculares. Ligeros exoftalmos, hipc-estesia de la mitad derecha de la cara y debilidad en los músculos masticadores del mismo lado y disminución de la audición del lado derecho. A pesar del resultado negativo del Wassermann, se la dispuso un

tratamiento mercurial en fricciones. Yuchs describió dos casos en los cuales una inflamación de la aragnoides había dado lugar a una oftalmoplegia externa. Acerca de la existencia del proceso descrito aún no se puede dar una explicación satisfactoria.

A. C.

BIBLIOGRAFÍA

Memoria anual del primer consultorio de niños de pecho en Madrid (Gota de Leche), por el Dr. D. Jesús Sarabia y Pardo.—Año IX.—1912.

Una sentida necrología del fundador de la benéfica institución, el doctor Ulecia, precede a la exposición de los datos sobre el movimiento de asistencias prestadas en los Dispensarios desde el 1.º de enero de 1912 a igual fecha de 1915. Los datos están recogidos por el actual vicesecretario, el distinguido especialista doctor Sáinz de los Terreros.

En la imposibilidad de transcribir los datos apuntados en la Memoria, donde ya vienen concretados con plausible sobriedad, nos limitamos a consignar el número de niños inscritos, que fué el de 1.012, y a felicitar al eminente pediatría-doctor Sarabia y a sus compañeros por el éxito alcanzado.

J. H. O.

NOTICIAS

El doctor Madrazo, alejado temporalmente de sus consultas, ordinaria de la Policlínica y extraordinaria de la Dirección, vuelve de nuevo a ponerse a la disposición del público en su Sanatorio, desde el viernes, cinco del corriente, todos los días, laborables y festivos, de once a doce de la mañana.

El doctor Rodríguez Rivero.—Después de una larga estancia en Santander, donde ha desempeñado el cargo de cónsul de Venezuela, salió para su patria, en el mes de agosto, nuestro distinguido colaborador. Cuantos le hemos tratado hemos sido amigos suyos, y a todos nos ha cautivado por su talento, ameno trato e ilustración nada común.

Es el señor Rivero un hábil y seguro cirujano, a quien hemos tenido ocasión de admirar repetidas veces en nuestras salas de operaciones, y a quien seguramente aguardan nuevos éxitos en su patria, por cuya paz y prosperidad hacemos votos todos los montañeses.

En el restaurant de la terraza del Sardinero obsequiaron con un banquete de despedida al doctor venezolano los señores Quintana, Santiuste, Ruiz, Abascal, Peredo (don José y don Avilio), Martínez, Teresa, Rodríguez Cabello, Cajal, Camisón, Zorrilla, Martín Rivas, Herrera Oria y el ingeniero de las Obras del Puerto señor Riancho. Al ofrecimiento del banquete y a los brindis contestó con sentidas y elocuentes palabras el señor Rivero.

Lo mismo a nuestro querido amigo que a su distinguida señora deseamos un feliz viaje.

El trabajo que durante esta época pesa sobre los redactores del BOLETÍN nos ha obligado a suspender el número correspondiente al mes de ~~agosto~~ En los años sucesivos dejará de publicarse el periódico en los meses de agosto y septiembre.

Varias Revistas profesionales han copiado artículos publicados en el BOLETÍN DE CIRUGÍA sin indicar su procedencia. Quedamos muy agradecidos al honor que con ello se nos hace, pero rogamos a nuestros compañeros que en lo sucesivo no se olviden de citar el título del periódico.

Premio Riberi.—Este premio, cuyo importe es de 20.000 liras, está destinado a recompensar trabajos científicos concernientes a la Medicina. Se distribuirá por tercera vez en 1917. Los concurrentes pueden suscribirse hasta el 31 de diciembre de 1916. Pídanse informes a la Secretaría de la Academia de Turín, Vía Po, núm. 18.

El próximo Congreso de la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias se celebrará en Valladolid.

Premio Lombroso.—Con ocasión del VIII Congreso de Antropología criminal, que se celebrará en Budapest en 1914, se ha instituido un premio de 1.000 francos (premio Lombroso) para el trabajo más notable o el descubrimiento más importante en el campo de la antropología criminal.

Los trabajos deberán ser publicados durante los años 1911, 1912, 1913 y 1914. El premio es internacional.

Pueden presentarse los trabajos escritos a máquina, pero el pago del premio no se efectuará hasta que se publique impreso el premiado.

La asignación del premio tendrá lugar en la sesión de apertura del VIII Congreso Internacional de Antropología criminal. El Comité lo componen los profesores Aschaffeuburg (de Colonia), Balogh (de Budapest), Enrique Terri (de Roma), Hans Kurella (de Bona), la Dra. Gina Lombroso (de Turín), y el Dr. Somme (de Giessen).

Consejo Superior de Protección a la Infancia.—De conformidad con lo acordado por el Consejo Superior de Protección a la Infancia, han sido otorgadas las recompensas siguientes:

BASE 1.^a *Médicos rurales.*—Cuatro premios de 250 pesetas y diplomas de mérito a cada uno de los médicos que se citan: don Otoniel Ramírez García, Feste (Albacete); don Juan Miró Sabriá, San Feliú de Llobregat (Barcelona); don Manuel Acosta García, Lillo (León), y don Constantino Marco Castelblanque, Sinarcas (Valencia).

Diplomas de mérito.—A don Sebastián Capmany y Claver, don Salvador Caracuel Farrugia, don Angel Norberto Hernández, don Enrique Feito García y don Abelardo Hermida Astray.

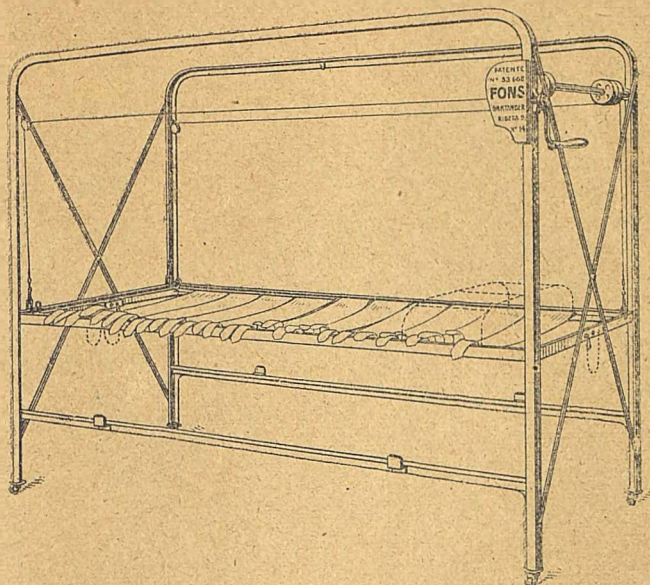
Felicitemos a tan distinguidos compañeros por la recompensa que han obtenido sus trabajos.

A todos nuestros compañeros que, solicitándolo, nos envíen su dirección, se les remitirá el BOLETÍN DE CIRUGÍA.

Toda la correspondencia al director: Doctor Herrera Oria.—Santander.

APARATO DE SUSPENSION PATENTADO

FONS.—Ribera, núm. 9.—Santander



Esta cama, además del movimiento de elevación tiene los de cabecera y lateral, sin ninguna molestia para el enfermo. Se recomienda eficazmente para los casos de flebitis, fracturas, parálisis, tifoideas, etcétera, etc.

Venta y alquiler de aparatos. Se facilitan catálogos y detalles.

MICROSCOPIO LEITZ

GRAN MODELO STATIV A.

Gran escotadura; inclinación hasta 90 grados; plaina redonda, giratoria. Tubo ancho, utilizable para micro-fotografías. Cremallera para el enfoque rápido y tornillo micrométrico lateral. Condensador **Abbe** separable lateralmente. Diafragmas iris plano y de cúpula.

Revolver para tres objetivos.

Objetivos acromáticos de inmersión.		$\frac{1}{16}$
»	» a seco.....	1 *
»	» a »	4
»	» a »	6
»	apocromático a seco.....	16 mm.
»	» a »	8 »
»	» a »	4 »

Oculares compensadores, 2, 8, 12 y 18.

Ocular con micrómetro 4.

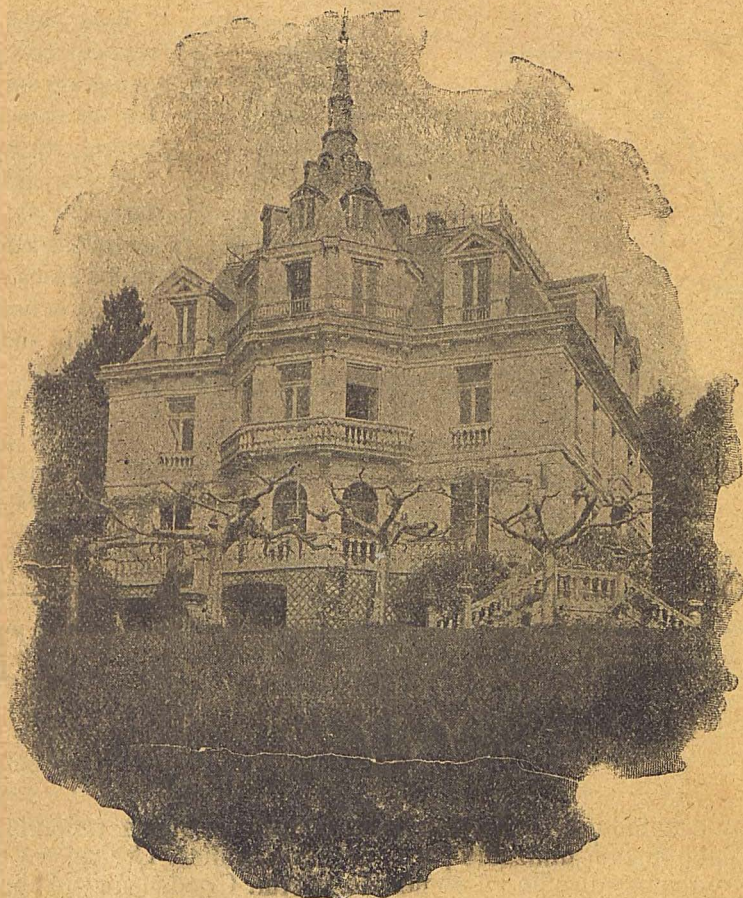
Ocular de dibujo número 111.

Aumento desde 8—2.850 diámetros.

Dirigirse a la dirección del **BOLETIN DE CIRUGIA**

PEÑACASTILLO-SANTANDER

Sanatorio médico del DR. MORALES



Esta villa magnífica, hoy transformada en casa de curación, es una de las más bellas y sumptuosas del Norte de España. Dispone de un parque de cinco hectáreas, cubierto de pinos, naranjos, cedros y palmeras.

Esta clínica es limitada, de 16 a 20 enfermos. Las habitaciones amplias, higiénicas y cómodas en general, son decoradas con lujo, porque no admitiendo enfermos infécciosos, nada se opone a que disfruten de las comodidades que el arte proporciona.

Dispone de instalaciones de hidroterapia, mecanoterapia y electricidad médica y rayos X.

La cocina se dirige por el Director y se ejecuta por un cocinero que ha hecho sus prácticas en hoteles dietéticos de Suiza.

Cuenta con un laboratorio para las necesidades de la clínica, y personal competente en el trabajo.

Enfermedades del estómago: Dispepsias, úlceras, dilatación, etc.

Intestino: Catarros intestinales, diarreas, intoxicación intestinal, etc.

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

Circulación: Arterio-esclerosis y consecuencias de las enfermedades del corazón.

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabetes y clorosis.

Intoxicaciones crónicas.

Convalecencia de las enfermedades de la infancia y afecciones que necesitan el reposo y sobrealimentación.

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR