



BIBLIOTECA
SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE
CASILLA 2643 - SANTIAGO

FECHA.....No.....

BOLETIN

DE LA

Sociedad de Cirugía de Chile

Año VIII

N.º 1

de 23 Abril de 1930

BOLETIN

DE LA

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE CHILE

PUBLICADO POR

ERNESTO GREENE O.

SECRETARIO GENERAL

Y

LEONARDO GUZMAN Y JORGE CASTRO

SECRETARIOS ANUALES

BIBLIOTECA

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE
CASILLA 2643 - SANTIAGO

Vol. VIII

FECHA.....N.º.....

Año 1930



SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA SANTIAGO.-SAN ANTONIO 741
1930

BOLETIN

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE CHILE

ERNESTO GREENE O.

LEONARDO GUZMAN Y JORGE CASTRO

Año 1930



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE CHILE

Fundada en 18 de Octubre de 1922

Directorio para 1930

Presidente,	Fernando Opazo
Vice-presidente,	Luis Vargas Salcedo
Secretario general,	Ernesto Greene O.
» anual,	Leonardo Guzmán
» »	Jorge Castro
Tesorero,	Víctor Gazitúa
Bibliotecario,	Waldemar Coutts

Lista oficial de socios

Fundadores (1922)

1 Amunátegui, Gregorio.....	Miraflores 638
2 Barrenechea, Manuel J.....	Huérfanos 801
3 Benavente, David.....	Monjitas 625
4 Cortés D., Carlos.....	Copiapó 930
5 Covarrubias P., Alvaro.....	Almirante Barroso 65
6 Dodds, Abraham.....	Antofagasta
7 Donoso, Marcos.....	Huérfanos 1483
8 García Collao, Eduardo.....	
9 Ibarra L., Eduardo.....	Nataniel 64
10 Kuschel, Ricardo.....	Dávila 727
11 Mönckeberg, Carlos.....	Ejército 341
12 Moore, Eduardo.....	Vergara 110
13 Münich, Guillermo.....	Valp., Hospital Alemán
14 Muñoz P., Basilio.....	Santo Domingo 1416
15 Navarro, Francisco.....	Bandera 620
16 Pardo C., Caupolicán.....	Ejército 119
17 Petit, Emilio.....	Villavicencio 346
18 Prado R., Andrés.....	Rosas 1355
19 Rodríguez B., Javier.....	Compañía 2249
20 Sierra, Lucas.....	Erasmus Escala 1835

Socios honorarios

- 1 Sierra, Lucas (Marzo 12 de 1924)
- 2 Petit, Emilio (Marzo 25 de 1925)
- 3 Navarro, Francisco (Abril 14 de 1926)
- 4 Pardo, Caupolicán (Diciembre 28 de 1926)
- 5 Covarrubias P., Alvaro (Abril 10 de 1928)
- 6 Mönckeberg, Carlos (Abril 10 de 1929)
- 7 Torres Boonen, Manuel (Abril 23 de 1930)

Socio honorario extranjero

Ombredanne, Louis (Julio 27 de 1927)

Socios titulares

1 Aguilar P. J. Luis (1922).....	Castro 107
2 Alcaíno, Alfredo (1927).....	Dieciocho 314
3 Alessandrini, Italo (1928).....	Merced 324
4 Amesti, Félix de (1927).....	París 812
5 Arancibia B., Enrique (1922).....	Central 15
6 Araos D., Luis (1922).....	Av. del Salvador 494
7 Arnello A., José (1922).....	García Reyes 17
8 Bisquertt J., Luis (1922).....	Central 15 A
9 Castro G., Jorge (1927).....	Almirante Barroso 45
10 Constant, Alfonso (1922).....	Pedregal 15
11 Coutts, Waldemar (1927).....	San Martín 366
12 Davanzo, Ramón (1927).....	Independencia 947
13 Díaz Muñoz, Ignacio (1927).....	Bandera 574
14 Doren N., Carlos (1922).....	José D. Cañas 1492
15 Estévez, Roberto (1927).....	Cumming 662
16 Gacitúa, Víctor M. (1922).....	Agustinas 586
17 Gandulfo, Juan (1929).....	Londres 63
18 Greene O., Ernesto (1922).....	París 809
19 G. Huidobro, Hernán (1927).....	Hurtado Rodríguez 350
20 Guzmán, Leonardo (1928).....	Amunátegui 445
21 Inostroza, Agustín (1922).....	San Isidro 45
22 Jirón, Gustavo (1922).....	Ejército 183 A
23 Johow, Arnulfo (1922).....	Catedral 3049
24 León I., Armando (1922).....	Compañía 1909
25 Matus, Manuel (1925).....	Hospital del Salvador
26 Molina C., Ernesto (1922).....	Hospital del Salvador
27 Opazo, Fernando (1922).....	Huérfanos 1963
28 Paredes F., Julio (1922).....	Brasil 32
29 Ramón, Eduardo de (1922).....	Londres 35
30 Rayo R. Flaminio (1922).....	Moneda 1815
31 Rencoret O., Pedro (1922).....	Delicias 790
32 Rahausen, Alberto (1927).....	Serrano 53
33 Romero A., Fernando (1922).....	Delicias 176

34 Sáenz, Cristóbal (1922).....	Catedral 1732
35 Torres B., Manuel (1922).....	Catedral 1271
36 Torres T., Víctor (1922).....	Delicias 261
37 Valenzuela L., Pedro (1922).....	Catedral 2116
38 Vargas S., Luis (1927).....	Compañía 2499
39 Wood, Juan (1922).....	Maestranza 977
40 Zúñiga C., Alberto (1922).....	Ejército 426

Socios corresponsales

Aliaga, Germán (1923).....	Iquique
Astaburuaga, José D (1923).....	Talca
Brito, Arturo (1923).....	Concepción
Burmeister, Ricardo (1923).....	Concepción
Cabrera B., Darío (1923).....	Temuco
Fischer Klein, Ernesto (1923).....	Concepción
Fuente, Rudecindo de la (1923).....	Valparaíso
Fuentealba, Abel (1923).....	San Javier
Garavagno, César (1923).....	Talca
González P., Enrique (1923).....	Concepción
Grove, Hugo (1923).....	Valparaíso
Lachaise, Gastón (1923).....	Valparaíso
Mendoza, Gregorio (1923).....	Valdivia
Montenegro, Pedro (1923).....	Valparaíso
Morey, Juan (1928).....	La Unión
Orriols, Agustín (1923).....	Viña del Mar
Otto, Guillermo (1923).....	Concepción
Puelma, Ricardo (1923).....	Iquique
Reed, Edwin (1923).....	Valparaíso
Reyes, José (1923).....	Concepción
Rios, René (1923).....	Concepción
Terrazas, Julio (1923).....	Traiguén
Tirado, Antonio (1924).....	Antofagasta
Wilson, Juan de D (1923).....	Viña del Mar.

Sesión del 23 de Abril de 1930

Presidencia del Dr. Torres Boonen

Asistieron: Navarro, Opazo, Covarrubias, Vargas, Johow, Rayo, Gazitúa, Torres B., Arnello, Greene, numerosos médicos y estudiantes de medicina.

ACTA

Se leyó y aprobó la de la sesión anterior.

Pasa a presidir la sesión el nuevo presidente Dr. Fernando Opazo.

Discurso del presidente.

Apreciados consocios:

Mis primeras palabras al ocupar la Presidencia de esta ilustre corporación, son de gratitud para los colegas que con su desmedida benevolencia y gentileza, me han elevado a un sitial que estoy distante de merecer y que constituye para mi el mejor galardón de mi vida.

La tarea que se me presenta es sencilla, sólo debo continuar el rumbo trazado tan hábilmente por los ilustres colegas que me han precedido en este sillón y que puedo caracterizar en pocas palabras: *trabajo científico intensivo y respeto recíproco.*

El alma de esta Sociedad la formáis vosotros, de vuestras actividades depende el éxito definitivo y desde este puesto, espero contar con la decidida cooperación de todos, ya que la acción individual por valiosa e interesante que sea, es siempre menos eficiente que la obra colectiva, para que así, el año de labor que iniciamos sea tanto o mas fructífero que los anteriores.

Acuerdo

Propuesto por el presidente fué nombrado socio honorario el Dr. Manuel Torres Boonen.

Comunicaciones

Lesión ósea de la tibia y peroné, en una operada de sarcoma de los músculos de la pierna, en Junio de 1928. (Presentación de enferma).

DR. ERNESTO GREENE O.

Creemos oportuno presentar a la consideración de Uds. esta enferma que fué operada por el Dr. Gustavo Latorre y relatada su observación completa por el Dr. Alfonso Constant, en la sesión del 22 - V - 29 (Boletín de Cirugía de Chile N.º 4 del 29, pj. 62).

Para nosotros que hemos examinado ultimamente esta enferma hospitalizada en la sala de San José de San Borja sin tener un diagnóstico de precisión, hemos considerado como muy probable, se trate de un sarcoma del peroné y tibia, en su 1/3 inferior.

La circunstancia de que está en tabla para la sesión de hoy el tema de «tumores óseos» nos evitará desde luego entrar en una discusión sobre la materia.

Nos concretaremos sólo a la observación clínica y dejaremos especial constancia de que el ex. histológico del tumor practicado por Dr. Croizet en aquel entonces dijo: sarcoma de pequeñas células fusiformes.

Es también de importancia llamar la atención de que en la radiografía de la enferma antes de su operación, ponía ya de manifiesto lesiones óseas preferentemente de la tibia, como de osteoperiostitis.

Además es muy interesante para nosotros para apoyarnos en la probabilidad diagnóstica de sarcoma, en lo que el Dr. Latorre señalaba en su trabajo: de que los sarcomas de los músculos, son casi siempre secundarios y nacen de las vainas aponeuróticas o en el tejido del periostio.

Después de su operación, la enferma se sintió relativamente bien, hasta que a fines del año pasado, volvieron nuevamente las molestias de la pierna izquierda, consistentes en dolor y aumento de volumen que le dificultaban la marcha. El Dr. Leonardo Guzmán, en esa época cree oportuno hacerle una serie de seis aplicaciones de radioterapia profunda.

Cada sesión fué de 1,000 Unidades R. Salomón y fueron hechas diariamente. Esto no constituye una gran dosis y algunos autores suelen llegar hasta una dosis total de 16,000 unidades.

Con este tratamiento la enferma mejora considerablemente, hasta hace poco tiempo, en que vuelven las mismas molestias, agregándose un edema apreciable del muslo del mismo lado, con desarrollo considerable del sistema venoso de la piel. El dolor hoy día, se irradia hasta la región sacra.

Además el estado general se ha vuelto a tomar, hay enflaquecimiento manifiesto, astenia. Tiene exacerbaciones de los dolores de espalda, tos y transpiración nocturna.

Examen de orina, normal. Wassermann, negativo. Uremia 0,20 gr.

Ex. físico. Cuello: se palpan ligeros latidos carotídeos; también se palpa débilmente la aorta.

Tórax. Espacios supra-claviculares marcados. Sub-matidez en ambos vértices pulmonares.

Corazón. Reforzamiento del 2.º tono aórtico.

Miembro inf. izq. Los que acabamos de señalar. Agregaremos que la tibia misma, se palpa aumentada de volumen, algo irregular al nivel de su 1/3 medio e inferior.

Ex. radiográfico. El informe del radiólogo de S. Borja. Dr. Necochea dice: osteoperiostitis. No encuentro signos precisos para hacer un diagnóstico de sarcoma.

Nosotros sin rechazar por ésto el diagnóstico de sarcoma óseo, continuamos nuestro estudio clínico y pedimos una radiografía pulmonar.

El informe es el siguiente: en la región sub-clavicular derecha hay un núcleo grumoso de infiltración de forma ovoídea, sin reacción apical, ni de vecindad digno de mencionar. Los hilios, (sobre todo el derecho) se ven muy irregulares, fibrosos y ramificados en su parte inferior.

El radiólogo agrega todavía que mantiene en reserva su opinión sobre el origen de la sombra pulmonar.

Al presentar a la Sociedad de Cirugía esta enferma con sus radiografías de los huesos de la pierna y del pulmón, que ofrecen algunas dudas en cuanto a su verdadero significado diagnóstico, queremos oír la opinión de los socios al respecto, para ver si están de acuerdo con nosotros en la probabilidad diagnóstica de sarcoma y discutir su tratamiento.

Terreno luético en Ginecología

(Presentación de enferma)

DR. ERNESTO GREENE O.

La enferma que presentamos corresponde a una de las categorías de pacientes que venimos estudiando en nuestro servicio del Hosp. San Borja, de una afección ginecológica, desarrollada en un terreno luético y que por esta circunstancia adquiere caracteres especiales.

Observación.—Enferma de 35 años. Ingresó por 1.ª vez a la sala de San José el 24-III-29. Venía de un servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de colecistitis crónica. Insuficiencia ovárica. ¿Lúes?

El examen ginecológico practicado en el servicio en esa época fué el siguiente: vagina tabicada en su parte alta. Cuello uterino pequeño. Cuerpo no se palpa. Pared abdominal gruesa y tensa.

Esta enferma que había sido trasladada a Cirugía para ser operada de su colecistitis, no acepta la intervención y pide su alta el 28-III-29, por cuyo motivo no se alcanzó a completar su estudio.

Ingresó por 2.ª vez al servicio el 24-III-30 con un cuadro clínico distinto. Tenía dolores intensos al hipogastrio, con pulso frecuente y pequeño y temperatura de 37,6º.

Entre sus antecedentes personales, llamamos la atención que la enferma tuvo cuatro abortos.

Ex. físico. Tórax: por el lado del corazón, se palpa la aorta en el hueco supra-esternal. Reforzamiento del 2.º tono aórtico.

Abdomen. Ligera sensibilidad a la presión en la región vesicular. Dolor y defensa a todo el hipogastrio y fosas ilíacas. Haciendo una palpación cuidadosa, se comprueba un plastrón que asciende hasta cerca del ombligo y que se extiende de una fosa ilíaca a la otra.

Ex. ginecológico: vagina corta, con pliegues transversales fibrosos en su parte alta, que ocultan en parte el cuello. Este se presenta pequeño. Cuerpo uterino y anexos no se precisan bien, forman un solo block, duro, irregular, que ocupa el Douglas y que se extiende

nidos con esta laboriosa intervención, son muy satisfactorios, como lo atestiguan los numerosos casos publicados, en las diversas revistas quirúrgicas.

TUMORES OSEOS

DRS. FRANCISCO NAVARRO, A. JOHOW E I. ALESSANDRINI

Señor Presidente:

En una de las últimas sesiones del año 29 fuimos comisionados por la mesa para presentar un informe sobre el estado actual de los tumores de los huesos. Con mucho interés se ha ocupado la comisión de revisar la literatura y, como resultado de este estudio, tenemos el honor de presentar ahora el presente informe.

En la confección de este trabajo hemos tenido a la vista, principalmente, la publicación que hace el Dr. W. V. Simon en los *Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie*, Band 16.

Existe en la hora actual una literatura considerable sobre los tumores de los huesos, especialmente del sarcoma óseo; pero, dado el carácter de esta relación, no entraremos a analizar extensamente todas las facetas de esta cuestión. Justamente en razón de la multiplicidad de las publicaciones consagradas al sarcoma óseo, nos parece que ciertos puntos de su historia han perdido su nitidez. Ha habido, como en toda cuestión que está en estudio, exageraciones y contradicciones, que peligran turbar el espíritu. Nuestro fin en este trabajo, será de considerar sólo algunos de estos puntos, de un interés verdaderamente práctico para el Cirujano y demostrar en qué forma se les considera en la hora actual.

Introducción

Como todos saben, la palabra sarcoma significaba para los autores antiguos tumor carnoso y, hoy día, aunque se comprende que este tejido no tiene nada que hacer con los músculos, se mantiene siempre su denominación.

Sin querer hacer historia, diremos sólo que a principios del siglo XIX los autores llamaban sarcoma a toda neoplasia que no era quística, de consistencia no muy dura, ni que presentara tendencia a la ulceración y al dolor. En cambio, en los escritos antiguos encontramos el sarcoma óseo descrito bajo nombres muy variados; así, casos de sarcoma se describían con el nombre de *fungus exostosis*, *tofus*, *osteo-esteatoma*; *cáncer óseo*. El sarcoma óseo de células gigantes se describía con el nombre de *espina vantosa*.

Debemos a los trabajos de Virchow la separación neta del sarcoma óseo de los demás procesos con los cuales se les confundía; pero quedan todavía muchos puntos oscuros por resolver, ya sea en su génesis o en su clasificación.

Los tumores de los huesos pueden desarrollarse en el periostio, tejido medular y cartilago. Según su sitio se dividen en *periféricos* (periostio y periferia de la lámina compacta) y *centrales* o *endostales* (esponjosa, canal medular). Los tumores centrales son difusos o circunscritos, reabsorben el tejido óseo en su vecindad, al mismo tiempo que provocan una neoformación ósea en la periferia. De ahí que un núcleo neoplásico endostal pueda estar rodeado de un tejido óseo nuevo. Si el núcleo neoplásico sigue creciendo nuevas capas de tejido óseo se irán formando. Si el crecimiento del tumor central es lento el tejido óseo neoformado le formará al final una completa envoltura. Si el tumor crece rápidamente esta cápsula no alcanza a formarse completamente o es destruída en algún punto por la masa del tumor.

El Colegio de Cirujanos Americanos, comprendiendo el verdadero caos que actualmente existe en la literatura médica con respecto a la terminología de los tumores óseos ha establecido un *Registry of Bone Sarcoma*, bajo la dirección de un comité y funciona ya desde el año 20. A este propósito, el Presidente de este comité, Dr. E. A. Codman, dice: «El principal objeto de este registro es obtener una clasificación uniforme que puedan usar los radiólogos, anátomo-patologistas y clínicos para llegar a una mejor comprensión respecto de las diversas entidades clínicas».

Este comité ha adoptado por ahora una nomenclatura especial impresa en hojas sueltas que se envían a todos los que la soliciten y éstos inscriben ahí los casos que desean someter al estudio del Comité. Dicha nomenclatura es la siguiente:

1.º *Tumores óseos metastásicos*.

2.º *Fibro-sarcoma periostal*.—Estos tumores están situados al lado de un hueso que no lo invaden. No muestra tendencia a formar tejido osteoideo, cartilago o hueso.

3.º *Tumor osteogénico*.—Estos son tumores que se cree derivados de células que se suponen ser las antecesoras comunes de las células formadoras de hueso, cartilago y trama fibrosa de los huesos. La forma benigna es bien conocida, y la constituyen las exostosis, osteomas, condromas, fibromas. La forma maligna es el sarcoma osteogénico. Este término no significa formación de hueso, sino derivado de hueso. La gravedad de su pronóstico depende principalmente de la actividad y cantidad de las células no diferenciadas del tumor. Más frecuente en las epífisis y con tendencia a gran producción ósea.

4.º *Procesos inflamatorios*.—Este grupo corresponde a la *osteitis fibrosa*, correspondiendo con este título los *quistes simples y difusos de los huesos*, la enfermedad de Paget u osteítis deformante y la enfermedad de Recklinghausen, que hasta la fecha no han recibido un puesto definitivo en la patología ósea.

5.º *Tumores benignos de células gigantes* (en lugar de sarcoma de células gigantes).—Según Mallory serían esencialmente inflamatorios y debido a un proceso de reparación.

6.º *Angionas benignos*.—No han registrado hasta la fecha un

caso típico de angio-sarcoma, y muchos casos supuestos de angio-sarcoma son probablemente sarcomas osteogénicos telangiectásicos.

7.º *Tumor de Ewing*.—Parecido al sarcoma osteogénico; tendencia a manifestarse en focos múltiples. Su radiografía se confunde con la osteo-mielitis.

8.º *Mielomas*.—Son tumores múltiples, que no producen neoformación ósea.

Cuando el Comité haya reunido el número de casos suficientes que le permita publicar un informe, esta nomenclatura provisional habrá cambiado, ya sea agregando nuevos tipos de sarcoma óseo o suprimiendo alguno de los títulos actuales.

En nuestra exposición seguiremos la antigua división clínica de tumores benignos y tumores malignos de los huesos.

Tumores benignos

Nos detendremos sólo un instante en el estudio del osteoma, fibroma, lipoma, hemangioma y linfangioma, para extendernos más en un grupo de afecciones, que desde Dupuytren (1843). Paget (1854) y Nélaton (1860) ha sido clasificado como tumor benigno, nos referimos a la osteítis fibrosa generalizada (enfermedad de Recklinghausen, osteítis deformante, enfermedad de Paget).

El *osteoma* es un tumor circunscrito de tejido óseo. Si hace eminencia al exterior, se le llama en clínica exostosis y endostosis cuando crece hacia el tejido esponjoso, como se observa en la bóveda craneana, mandíbula. La exostosis puede derivarse del cartilago o del tejido conjuntivo.

Las *exóstosis cartilaginosa* son tumores duros, fijos al hueso, con tejido esponjoso, en su interior y compacto en la periferia, revestido de una membrana cartilaginosa. Se desarrollan de preferencia en el cartilago de crecimiento.

La *exostosis fibrosa* nace del periostio y se desarrolla en las inserciones musculares, provocada por irritaciones del periostio, ya sea por fractura de una exostosis o por un arrancamiento de un trozo de periostio. Se pueden desarrollar los llamados osteomas parostales, como se encuentran en las facias, tendones y músculos.

Algunos osteomas corticales tienen la consistencia del marfil como se observa en el cráneo y cavidades óseas de la cara. A este grupo pertenece la *exostosis sub-ungueal* del dedo gordo, con sollevamiento de la uña.

Entre los tumores raros de los huesos se colocan los *fibromas*, que pueden tener su origen en el periostio, o en la médula; muy vasculares (fibroma telangiectásico) y, de cuando en cuando, pueden degenerar. Se presentan de preferencia en la mandíbula.

Los *mixomas* de los huesos se derivan también del periostio o de la médula; en este último caso producen engrosamiento del hueso, con liquefacción y formación quística. Por último, son muy raros los *lipomas*, *linfangiomas* y *hemangiomas*.

El *condroma óseo* es una producción del cartilago normal (encondroma), o se presentan tumores cartilagosos en cualquier parte del

hueso (encondroma). El encondroma se presenta en las costillas en los ancianos, en la laringe; pueden llegar al reblandecimiento mucoso o a la infiltración calcárea y aún a la osificación. Los encondromas se sitúan de preferencia en el centro y se deben a perturbaciones en la osificación del cartilago. Se encuentran principalmente en la diáfisis de los huesos cortos, falanjes y metacarpianos. Cuando llegan al reblandecimiento pueden producir metástasis. No se pueden considerar entonces como tumores benignos (osteó-condro-sarcoma de Miller).

Los llamados *condromas osteoideos de Virchow* se distinguen por la formación de tejido osteoideo y se derivan del periostio o de la médula. El tumor se presenta en forma fusiforme o con el aspecto de masa. Al corte se encuentra todavía en algunos puntos, la lámina compacta. Tiene siempre tendencia a la calcificación o a la osificación; pero nunca al reblandecimiento. Pueden también degenerar y tomar entonces todos los caracteres de los tumores malignos.

Los tumores benignos localizados de los huesos pueden diagnosticarse clínicamente; pero es indispensable la radiografía en los tumores malignos.

Estos tumores benignos deben extirparse cuando producen molestias. En los casos principiantes puede bastar la radioterapia.

Enfermedad ósea de Paget

(Osteítis deformante)

Esta enfermedad y la osteítis fibrosa generalizada, se confunden en la literatura. Para Cristeller la enfermedad de Recklinghausen es una osteo-distrofia hiperostósica, mientras que la enfermedad de Paget es una osteo-distrofia hipostósica. La esencia de las deformaciones óseas en la enfermedad de Paget no son todavía claras. Para algunos estas lesiones serían el producto de un proceso inflamatorio, otros las aceptan como verdaderas neoplasias.

En el desarrollo de la enfermedad pueden distinguirse tres fases, que se suceden unas en pos de otras; gran disminución del tejido óseo, transformación del tejido medular en tejido fibroso y producción de tejido óseo, perióstico y medular. El diagnóstico se confirma con la radiografía; cambio en la forma y estructura de los huesos, extensión del proceso. En la orina ninguna alteración, excepto fosfaturia. Lo mismo que la patogenia; la etiología de esta enfermedad es poco clara. Se han descrito alteraciones en las glándulas de secreción interna y en el sistema vascular. Igualmente han descrito otros autores lesiones articulares y alteraciones en los nervios espinales y periféricos.

Looser considera la osteítis deformante como una enfermedad local, que a veces principia en la juventud y aún en la niñez y que puede comprometer un solo hueso o varios a la vez. Aun en el caso de estar varios huesos comprometidos, sólo una parte de cada hueso está alterada y el resto se presenta sano. Aunque la enfermedad se

presenta en un esqueleto normal, puede desarrollarse al mismo tiempo raquitismo.

Caan cree que no son las perturbaciones neuropáticas lo que conduce a la osteítis deformante sino principalmente disfunciones de varias glándulas, lo que daría el primer impulso en el desarrollo de la enfermedad. Los diversos hormonas producen en el tejido medular una reacción inflamatoria que se traduce luego en una activa hiperplasia con hemorragia y los consiguientes procesos degenerativos. Los traumatismos u otras causas irritativas, vienen a influir como causas secundarias. No se puede negar una predisposición hereditaria.

Petrow encuentra en cortes histológicos trombosis arteriales con degeneración hialina y hace partir de aquí la causa de la enfermedad. Una de las complicaciones más importantes de la enfermedad de Paget es su transformación en tumor maligno.

En los casos de neuritis, neuralgias o parálisis de los nervios craneanos, de etiología dudosa, debe pensarse en la osteítis deformante y con una radiografía se establecerá seguramente el diagnóstico. Afecciones auditivas, de la visión, estados nerviosos, agotamientos, cefaleas, insomnios, pueden venir del mismo origen. Llama la atención que la excesiva formación de tejido ósteo-fibroso, especialmente en el cráneo y columna, no produzcan más a menudo trastornos nerviosos, sobre todo por el estrechamiento de los agujeros intervertebrales o del agujero occipital. Sólo los agujeros vasculares están en sanchados a consecuencia de la presión que produce la pulsación arterial.

Las primeras manifestaciones de la enfermedad se producen en la región temporal; se desarrolla ahí un tumor circunscrito, duro, con cefaleas y perturbaciones de los nervios craneanos. Las radiografías dan engrosamiento del hueso y en algunos puntos más acentuado.

En este grupo de lesiones debe colocarse la *leontiasis ósea*. Esta lesión se inicia de preferencia en los senos maxilares. Las nuevas investigaciones de Gaza y Kocfi no indican diferencia entre la leontiasis y la osteítis deformante.

El diagnóstico diferencial con la osteomalacia, osteomielitis, osteítis fibrosa quística, metástasis malignas y lúes es a veces delicado. Son los antecedentes y las radiografías los elementos principales del diagnóstico. En la lúes hay mucho dolor. En las metástasis malignas se ve en la radiografía desgaste óseo y no neoformación ósea y la sombra es más oscura. En la osteítis fibrosa quística domina la reabsorción ósea, le faltan la formación de travéculas óseas y aparece en la juventud.

La terapéutica debe ser sintomática. Administrar aceite de calao fosforado, yoduros y lactato de cal. Radioterapia. Preparados de cuerpos tiroides y tímus. Caan obtuvo mejoría con reposo en cama, yoduro de potasio y baños de aire caliente. Aún se recomiendan las fleboclisis de suero glucosado hipertónico.

Enfermedad de Recklinghausen

(Osteítis fibrosa difusa)

La osteítis fibrosa descrita primeramente por Recklinghausen en 1889, y cuyo nombre lleva hoy día, consiste en una transformación del tejido adiposo medular en un tejido conjuntivo fibroso y, parcialmente también, en tejido medular linfóideo rojizo al mismo tiempo que el hueso normal sufre una gran alteración, reabsorción por un lado, y neoformación ósea por otro. Este largo período de transformación ósea se acompaña de dolores reumatoídeos vagos, de carácter periódico, que pueden aun faltar, y de fracturas espontáneas o de incurvaciones óseas, con o sin aumento de volumen.

Estas incurvaciones afectan de preferencia la columna, pelvis y huesos largos, llegando a producir deformidades, parecidas a la osteomalacia.

Junto con las alteraciones descritas en la osteítis fibrosa se presenta la formación de múltiples nódulos centrales fibrosos semejantes al sarcoma de células gigantes, con formación de quistes, siendo estos puntos el sitio predilecto de las fracturas espontáneas.

El caso presentado por Rehn en 1904 sirve de tipo para el estudio de las lesiones óseas en la Enfermedad Recklinghausen.

1.º Manifestaciones de osteomalacia; gran deformación en los huesos largos, sobre todo en los muslos y piernas. No se encuentra lámina compacta. El espesor del hueso está transformado en un tejido blando con travéculas fibrosas y tejido esponjoso; en otros puntos hay banda de tejido medular linfóideo rojo, que ha reemplazado totalmente al tejido compacto primitivo.

2.º Tumores duros, blanquecinos, pero fácil de seccionar al bisturí y que están constituidos por tejido esponjoso espeso, recorridos por bandas irregulares de tejido medular rojo. En la constitución histológica se encuentra un tejido fino de travéculas óseas cubiertas de osteoblastos, en otros puntos hay verdaderas lagunas provistas de células gigantes, osteoblastos con su gran poder de reabsorción ósea. En el intersticio de las travéculas óseas hay un tejido fibrilar fino lleno de células fusiformes; en otros puntos es el tejido medular rojo el que ocupa estos espacios, con abundantes vasos sanguíneos.

3.º Tumores rojizos formados por tejidos fibrosos elásticos, surcados por tejido óseo esponjoso amarillento y que algunos llaman sarcoma de células gigantes. Estos tumores rojizos no presentan nunca en su vecindad tejido medular; se parecen en todo al émulis. En el centro se encuentran células gigantes y vasos sanguíneos en partes sin paredes; en la periferia bastante depósito de pigmento.

4.º Por fin existen quistes de paredes lisas, de calibre diferente, que se encuentran también en los tumores rojizos y aún en los blanquecinos.

Para Schuchard serían idénticos los tumores de células gigantes de la osteítis fibrosa con los verdaderos sarcomas óseos, lo que es

contrario a las ideas de Rehn, el cual considera estos tumores de origen inflamatorio.

Los tumores de células gigantes de la osteítis fibrosa, con su crecimiento continuo y aún con metástasis en otros órganos, se comportan de un modo muy diferente de los otros sarcomas, por su desaparición progresiva del parénquima neoplásico y su transformación en un tejido óseo incompleto, una especie de curación esponánea. Todavía las fracturas espontáneas que se producen en estos casos curan perfectamente; lo mismo pasa después de la enucleación de estos tumores.

El desarrollo de los quistes de los huesos presenta cierta relación con los tumores de la osteítis fibrosa. Dejando a un lado los quistes parasitarios y los que se desarrollan en el caso de una osteomielitis albuminosa, los quistes de la osteoporosis senil, que son muy pequeños, los quistes de los callos óseos, y los quistes de la enfermedad de Barlow; los demás quistes se desarrollan principalmente en el tejido esponjoso de la meta-epífisis de los huesos largos. En este grupo se distinguen algunos quistes unicelulares, que por tener algunos tabiques forman pequeñas cavidades, limitadas por una membrana lisa, brillante, como serosa, que se deja desprender del hueso que le rodea; esta membrana es igual a la del quiste de equinococcus. Al microscopio aparece esta membrana con un tejido conjuntivo pobre en vasos sanguíneos y células hialinas resistentes. En otras ocasiones esta membrana es abundante en células y semeja la estructura de un sarcoma de células gigantes. La pared de la cavidad ósea, donde se sitúa el quiste, puede ser muy delgada, como la sensación del pergamino a la palpación, con su crepitación papirácea.

El significado de estos quistes es fácil comprender, cuando forman parte de una osteítis fibrosa generalizada, pero se les llama *quistes óseos*, sólo a los que por sus dimensiones se imponen sobre el resto de las pequeñas lesiones óseas. Muchos autores piensan que los quistes solitarios de los huesos pueden derivarse de una hemorragia traumática o de una osteítis fibrosa del hueso. Más interesantes son aquellos quistes cuyas paredes en mayor o menor grado están constituidas por tejidos muy semejantes al sarcoma de células gigantes o al sarcoma osteoideo. Lo cual se podría plantear en esta forma: como deben considerarse los tumores semejantes al sarcoma de células gigantes que se desarrollan en el curso de la osteítis fibrosa y que relación tienen con los demás sarcomas de células gigantes del sistema óseo.

Aunque se acepte que en el terreno de la osteítis fibrosa pueden desarrollarse quistes óseos, sin embargo se estima que cuando se comprueba microscópicamente en la pared del quiste la presencia de tumor de células gigantes, lo más probable es que éste provendría del reblandecimiento de células gigantes, como sucede con los tumores rojizos (*Die braunen* tumores de la osteítis fibrosa) que se desarrollan en la osteítis fibrosa; que fueron designados como típicos sarcomas de células gigantes.

Para Recklinghausen el origen de los tumores óseos y especial-

mente de la osteítis fibrosa inicial, se encuentra en el sistema vascular, lo que está de acuerdo con hechos adquiridos más recientemente.

Lubarsch no acepta la identidad de los tumores rojizos con el sarcoma de células gigantes. Ya en 1922 Lubarsch llamó la atención a la imposibilidad de hacer el diagnóstico histológico entre un foco circunscrito de osteítis fibrosa y un verdadero sarcoma.

Para Recklinghausen y E. Nélaton el *épusis* sería por su constitución histológica completamente asimilable a los tumores de la osteítis fibrosa y en su desarrollo jugaría un papel principal momentos mecánicos (tracciones, compresiones).

Para E. Nélaton ciertos sarcomas de los huesos largos presentan mucha semejanza con el *épusis*, constituido por células gigantes con muchos elementos sanguíneos. A esto se agrega su sitio predilecto de la metaepífisis de los huesos.

Muy importante en este sentido es el desarrollo frecuente de quistes en el centro de los sarcomas de células gigantes que producen por destrucción del tejido neoplásico, como consecuencia de hemorragias intersticiales. Estos quistes con su pared revestida de una membrana lisa fibrosa, de lo que deducen un nuevo apoyo para afirmar la semejanza entre estas dos afecciones.

Ya E. Nélaton insistía en la semejanza del sarcoma de células gigantes con la osteomalacia y se preguntaba si muchas formas de osteomalacia no serían más que el resultado de una transformación mieloplástica del tejido óseo, es decir, que no habría otra diferencia entre un pequeño tumor mielóideo, circunscrito y el proceso de osteomalacia extendido a todo el largo de uno o varios huesos largos que la diferencia que hay entre una exostosis y una hiperostosis.

Por todas estas consideraciones, Recklinghausen llegaba a la conclusión que la enfermedad de Paget y la de Recklinghausen, descritas como variedades de la osteítis fibrosa, el *épusis* y el sarcoma de células gigantes no son más que variedades de una misma enfermedad de la osteomalacia metaplástica, no sólo en cuanto a su forma, sino también en cuanto a su origen.

Para muchos autores no serían sólo los traumatismos y demás mecánicos momentos, la causa de estos procesos. Ya desde tiempo atrás se ha hablado de una disarmonía entre el sistema endocrino como causa de la osteomalacia y raquitismo tardío.

Las investigaciones de Konjetzns y Pommer han establecido la importancia de las hemorragias medulares en el desarrollo de los quistes óseos y de la neoplasia de la osteítis fibrosa. Esta cavidad ósea progresiva, como consecuencia del hematoma, llega a aumentar de volumen por una cierta presión hidrostática y por exudaciones secundarias en dicha cavidad; luego viene aquí una atrofia progresiva del hueso, por la presión continuada. Todo esto en el caso que el hematoma no haya llegado a reabsorberse rápidamente. Junto con esto vienen perturbaciones circulatorias, sobre todo congestiones venosas, con edema, reabsorción y neoformación ósea con resultado más visible en la capa cortical. Se sigue a esto una dilatación de los canales de Havers, con formación de cavidades irregulares, repleta

de tejido muy vascular. Esta riqueza vascular trae fácilmente hemorragias secundarias.

Konjetznys atribuye aún a pequeñas hemorragias intravertebrales el origen de la Spondilitis de Kümmell.

Fuera del desarrollo de quistes puede provocar la hemorragia medular el estímulo para la formación reaccionaria de tejido de neoformación. La organización del coágulo provoca la formación de fibroblastos y brotes vasculares, que termina casi siempre en la formación de una cápsula. Pero en otros casos esa zona de tejido nuevo se desarrolla con mucha energía, llegando en su crecimiento a tomar el carácter de un tumor compuesto de células fusiformes jóvenes, en las cuales hay células gigantes (las encontramos también en las pseudo-artrosis, callos óseos retardados, enfermedad de Kohler). El crecimiento de este tejido reaccional puede tomar rápidamente el carácter de un tumor, en apariencia de un sarcoma central de células gigantes, mientras que en verdad no se trata más que de una neoformación reaccional crónica. Es el producto de una destrucción ósea sub-periosteal con reabsorción localizada y neoformación reaccional que se inicia por un hematoma óseo primitivo.

Según Konjetznys hablarían en contra del verdadero sarcoma los siguientes datos:

1.º La semejanza y regularidad de las células fusiformes (no hay mitosis, no hay polimorfismo, no hay hipereromasia, no hay conglomerados de cromatina).

2.º La graduación regular y continuada entre un trozo del tejido abundante en células y uno de tejido fibroso, pobre en células, con formación de travéculas osteoideas u óseas.

3.º La persistencia de células gigantes, a pesar de sus dimensiones variadas, persistente uniformidad en la forma del núcleo, aspecto y riqueza en cromatina.

4.º La destrucción sub-periosteal del hueso, con persistencia de dicha membrana y formación ósea periosteal, para constituir después la parte esencial de la cápsula que rodea todo el tumor. A pesar de todo, no se conoce todavía la etiología de la osteítis fibrosa generalizada.

Como tratamiento sólo tiene cabida aquí los métodos conservadores: enucleación, resección en la continuidad.

El grupo de los tumores malignos de los huesos está constituido sólo por el sarcoma óseo, con todas sus variedades (1). También estudiaremos aquí algunos neoplasmas que los autores modernos tienden a colocar entre los tumores benignos del sistema óseo, como son el élipis y el sarcoma de células gigantes.

(1) Prescindiendo de los tumores malignos metastásicos y por inclusión de restos epiteliales.

Tumores malignos - Sarcoma óseo

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Caracteres histológico.—Todas las formas de sarcoma pueden encontrarse en el tejido óseo, ya sean las formas más primitivas en que sólo se trata de una multiplicación irregular de las células redondas o fusiformes, como de las formas más maduras, polimorfas, que se consideran como variaciones atípicas de los tumores de tipo corriente en la serie conjuntiva.

Como en la práctica es difícil encontrar formas histológicas puras de sarcoma, siendo más frecuente ver reunidas en el mismo tumor unidades histológicas variadas, es de uso corriente en clínica las expresiones de fibro-sarcoma, condro-sarcoma, etc.

Hay algunas formas de sarcoma que se desarrollan de preferencia en el tejido óseo, como el *condro-sarcoma*. En este caso la imagen histológica presenta en algunos puntos un tejido sarcomatoso muy rico en células redondas, fusiformes o polimorfas, en otros las células más distanciadas con interposición de sustancia hialina y en que las células poco a poco se van semejando a las células cartilaginosas hasta que llegan a igualarlas. A menudo se encuentra en el condro-sarcoma la degeneración mixomatosa (condro-mixosarcoma); aquí las células se muestran en forma estrellada típica. También se pueden encontrar necrosis, degeneración quística; una verdadera osificación es rara en el condro-sarcoma; más frecuente es la infiltración calcárea del tejido cartilaginoso y aún la formación de travéculas de tejido osteoideo (ósteo-condro-sarcoma). En la metástasis desaparece el tejido cartilaginoso, de tal modo que en estos núcleos el tumor está formado de puras células redondas o fusiformes.

Es conveniente insistir en los condromas puros que pueden crecer mucho y presentar caracteres malignos (metástasis).

El nombre de ósteo-sarcoma es a menudo impropio para significar sarcoma, sólo debe emplearse cuando el parénquima del sarcoma contiene verdaderamente tejido óseo o tejido osificado. Aun en el caso de sarcoma con sustancia osteoidea no debiera hablarse de osteosarcoma, sino de sarcoma osteoideo. La formación de verdadero tejido óseo es más raro.

La semejanza con el tejido óseo en los sarcomas del esqueleto puede deberse a una infiltración calcárea de la sustancia intercelular, (sarcoma óseo calcificado). Si se observan depósitos calcáreos en el trayecto de las travéculas osteoideas, ricas en células, o si estas células adoptan más y más una forma angulosa, semejando el hueso que nace del cartilago, o si, el hueso presenta la forma de capas laminares, como en la verdadera sustancia ósea; entonces debe hablarse propiamente de ósteo-sarcoma. Algunos sarcomas óseos periosteales presentan una disposición típica de las travéculas óseas u osteoideas, de tal modo que las travéculas neoformadas se presentan en dirección perpendicular o radiada, con respecto al eje del hueso destruido.

En el crecimiento sub-periosteal del sarcoma el periostio es rechazado poco a poco, ésto trae la distensión de los vasos sanguíneos que van del hueso al periostio y que toman una dirección perpendicular a éste, de ahí la disposición irradiada de las células sarcomatosas que se apoyan en los vasos sanguíneos, así como la dirección de los depósitos calcáreos. Aun puede observarse en estos sarcomas sub-periosteales formación ósea del periostio que puede adoptar una disposición oblicua o perpendicular al hueso. Resulta difícil en la práctica reconocer si en un caso dado se trata de un sarcoma osificado o si corresponde a un trozo verdadero de hueso.

Más frecuente que el ósteo-sarcoma es el *sarcoma osteoideo*, en el cual sólo hay formación de travéculas osteoideas, a lo mas con infiltración calcárea rudimentaria, con grandes células redondas o angulosas. Las travéculas están limitadas por una capa de osteoblastos, a veces células gigantes en las lagunas de Howship. El sarcoma osteoideo con sus células sarcomatosas menos abundante que el tejido osteoideo, goza de cierta benignidad. Es muy raro que un sarcoma esté constituido casi exclusivamente de osteoblastos y (osteoblasto-sarcoma).

Es a veces difícil distinguir en un sarcoma si se trata de travéculas osteoideas neoformadas o son restos óseos del antiguo hueso reabsorbido; en este último caso tenemos la estructura laminar del antiguo hueso.

El mecanismo de reabsorción ósea en el sarcoma es igual al mecanismo de reabsorción ósea de los demás procesos (reabsorción lacunar) sin que tengan participación alguna las células gigantes.

Desarrollo del sarcoma óseo.—La división clásica de los sarcomas óseos en centrales y periosteales no es tan exacta, ya que Ribbert coloca siempre el punto de origen del sarcoma en el tejido esponjoso de la diáfisis, ya sea en un punto más central o más externo. Rumpel, que ha estudiado radiológicamente esta cuestión, comparte las ideas de Ribbert. Todavía, para Bürger y Bircher, una gran parte de los sarcomas periosteales nacerían en el hueso.

En cuanto a la forma efectiva del *sarcoma* originario del *periostio* puede tener su iniciación en la cara interna de esta membrana o en las capas más externas o *capas fibrosas*. En el primer caso, el tumor se constituye por una cápsula ósea, formando una variedad más benigna que el derivado de la capa fibrosa. Este último infiltra primeramente las partes blandas externas, desgastando poco el hueso. En algunos casos no se infiltra sino que crece por expansión. Probablemente pertenece a esta variedad de la capa fibrosa los sarcomas llamados parostales que adhieren firmemente al periostio. Para Virchow estos sarcomas parostales se inician en el punto en que el músculo se inserta en el hueso. Lexer ha llamado la atención a los sarcomas de las partes blandas que en su crecimiento llegan a ponerse en contacto con el periostio; lo que quiere decir que sólo una parte de los sarcomas parostales tomarían su origen en la capa fibrosa.

Debemos recordar que hay sarcomas, con núcleos óseos y cartilagosos que tienen su origen en los músculos o facias.

Podemos concretar lo anterior diciendo que muy rara vez se podrá hablar de tumores mielógenos o periosteales y aun la diferencia entre estas dos formas centrales o periféricas será imposible de establecer. Ackerman llama la atención a la forma del crecimiento en los sarcomas mielógenos. El tejido óseo necesita mucho más tiempo para ser destruido por el tumor, además no es compresible, tiene muy pocos vasos sanguíneos en su espesor, lo que significa una mayor resistencia a la acción expansiva del neoplasma. Un tumor central que necesita atravesar todo el espesor del hueso necesita un mayor tiempo de crecimiento para llegar al periostio que un tumor de origen periférico; en este caso sólo tiene una delgada capa perióstica que la separa de las partes blandas.

A un sarcoma que crece más lentamente en el espesor del hueso y muy rápidamente entre las partes blandas no puede aplicarse la regla del *punto medio del tumor* como sitio de origen del neoplasma. Mas vale aquí precisar el sitio en que se inician los procesos regresivos o donde hay mayor formación de tejido óseo para tomarlo como punto de origen. Ahora, si se tiene un caso con dos masas neoplásicas, una en el tejido esponjoso y la otra en el periostio, se verá si esta última membrana está perforada por el tumor sólo en un punto, en cuyo caso el tumor es central en su origen.

Los *sarcomas centrales* de los huesos largos en su crecimiento van destruyendo el tejido óseo, al mismo tiempo que se produce neoformación por parte del periostio, con ensanchamiento del espesor del hueso. Como en todo este proceso domina la acción destructiva del sarcoma, llega un momento en que la corteza ósea está muy delgada y al explorar el médico encuentra el signo de la *crepitación apergamada*. Son las delgadas laminillas óseas que sirven de cápsula y se rompen por la presión del dedo. Son esa variedad de sarcoma lo que más a menudo conducen a la *fractura espontánea*; y aun casos en que es esta complicación el primer signo de la existencia de un sarcoma. También es frecuente la formación de quistes en esta variedad de sarcomas.

Un lugar especial ocupan aquí los *sarcomas centrales encapsulados con células gigantes*. Nos ocuparemos especialmente de ellos.

Todo sarcoma sub-periosteal se encuentra, durante algun tiempo, impedido en su crecimiento por la resistencia del periostio. Esta membrana es separada primeramente del hueso, el tejido neoplásico principia a acumularse ahí y poco a poco se constituyen estas deformaciones típicas *en forma de masa* de las regiones articulares.

Cuando el sarcoma óseo ha llegado a infiltrar el canal medular, es una circunstancia que debe hacer pensar siempre en una amputación, ya que son los restos de tejido sarcomatoso quedados en la médula lo que produce la recidiva en el muñón.

Ya hemos dicho que no es posible encontrar una diferencia clara entre los sarcomas centrales y los periféricos; por consiguiente, la estadística sobre este punto tiene sólo un valor muy relativo.

Es en la esponjosa de la meta-epífisis de los huesos largos donde se inicia el desarrollo del sarcoma. El cartilago de conjugación presenta mayor resistencia que el hueso a la expansión del neoplasma.

ma, lo que produce necesariamente un desarrollo lateral del tumor. El cartilago hialino es otra barrera para que el neoplasma invada temprano la cavidad articular.

Este punto de origen del sarcoma óseo en la inmensa mayoría de los casos ha hecho pensar a Ribbert que la génesis de este neoplasma es una perturbación del desarrollo, que tendría su origen en el desprendimiento de gérmenes celulares. Sucede lo mismo con el hallazgo de condromas y exóstosis en la epífisis, cuyo origen serían perturbaciones del desarrollo. No sólo la presencia de cartilago en el tejido sarcomatoso habla de un parentesco entre estos procesos, sino también el hecho observado de un desarrollo maligno en simples condromas o exostosis. Aun en el tejido esponjoso de los huesos cortos se observan estas transformaciones de condromas en sarcomas, especialmente en el astrálogo y calcáneo.

En este mismo orden de ideas, Ribbert cree que los sarcomas periféricos tendrían su origen en pequeños trozos del cartilago de conjunción desprendidos en la periferia. Estos trocitos de cartilago desprendidos serían incluidos por la formación ósea periosteal y darían origen más tarde a la formación de condromas, condro-sarcomas, etc.

También puede aceptarse que, junto con los trozos de cartilago quedan enclavados grupos celulares desprendidos del periostio; lo que daría lugar más tarde, con su crecimiento, a la formación de condro-sarcomas.

Estudio Clínico

El síntoma dolor en los sarcomas óseos, es de carácter variable. Durante el primer tiempo son más bien molestias insignificantes, clasificadas como reumatismo. Sólo más tarde, con la aparición de hinchazón, fractura espontánea, limitación articular, es cuando verdaderamente se llega a examinar a estos enfermos. El dolor se instala rara vez en forma aguda, casi siempre es solapado en su desarrollo. No se conoce la causa de este carácter variable en su intensidad, en su continuidad y en los períodos de reposo.

Las dimensiones del tumor oscilan también en límites muy amplios. Naturalmente que los sarcomas periféricos aparecen más precozmente al exterior y llegan más temprano a la operación; mientras que los centrales evolucionan en un largo período sin manifestarse al exterior, y sólo una fractura espontánea, o la aparición de un tumor, dan motivo a una radiografía. En general el período de crecimiento del tumor, sin producir trastornos, depende principalmente de sus relaciones topográficas con los órganos vecinos y también del tipo de células sarcomatosas, así los sarcomas del fémur, con tendencia a neoformación ósea, son los que llegan a un mayor volumen.

La evolución de estos tumores oscila en límites muy extensos, influyendo los traumatismos y el embarazo en su crecimiento más rápido.

La consistencia varía desde la fluctuación con o sin pulsación, la

consistencia del pergamino, con su crépito especial o la resistencia fibrosa, cartilaginosa, y aún ósea. La superficie del sarcoma a veces es lisa, otras tuberosa. Si se presenta fractura espontánea, que es más frecuente en los tumores centrales, puede presentarse un callo; pero la consolidación en estos casos no dura mucho tiempo y la fractura se repite.

La piel está libre al nivel del tumor, pero a veces se presenta rubicunda y aún edematosa, siendo una inflamación aguda. Ulceraciones pueden presentarse; pero es raro. El aumento de la circulación venosa superficial y de la temperatura es la regla. No es raro encontrar fiebre en estos casos, con temperatura hasta de 39°.

El examen de la sangre no presenta gran alteración, fuera de una anemia más o menos intensa, y de un aumento de linfocitos y monocitos. En los casos de sarcoma óseo, acompañado de ícterus, se puede aceptar que éste es de origen hematógeno.

El estado general en estos enfermos es espléndido, y la anemia aparece más tardíamente. La caquexia carcinomatosa es mucho menos frecuente en el sarcoma, aceptándose como causa de ella una verdadera auto-intoxicación.

La recidiva del sarcoma óseo es mucho menos frecuente que su metástasis lejana. El camino de la metástasis es la vía venosa y el órgano más atacado el pulmón, 60%, luego vienen los huesos, el hígado, bazo, etc.

Especial predilección para desarrollarse en las venas tiene la variedad del condro-sarcoma y, por consiguiente, para favorecer la metástasis.

La recidiva no depende tanto de la malignidad del tumor como de la habilidad del operador para extraer todos los tejidos enfermos. El momento de la recidiva se encuentra dentro de los dos primeros años.

En general las recidivas tardías son más graves, llevando al paciente a la muerte en corto plazo.

Frecuencia.—En la clínica de Kuttner (1922) se publicó una estadística de 740 casos de sarcoma; de los cuales el 34% corresponde a los huesos. En los huesos largos su sitio de predilección es la metaepífisis, siendo la extremidad inferior del fémur y superior de la tibia igualmente atacados. El sarcoma óseo del miembro superior es menos frecuente ($\frac{1}{3}$ con respecto al inferior). En los huesos cortos del pie el sarcoma es más raro, siendo el calcáneo donde se presenta con más frecuencia. Es el tipo de sarcoma central el que domina en esta región.

Extraordinariamente raro es el sarcoma de la rótula. En 16 casos colectados por Wanach se encuentran las formas anátomo-patológicas más variadas y con errores de diagnóstico principalmente con la tuberculosis.

El sarcoma de la sinovial en la rodilla puede ser primitivo o más frecuentemente secundario al sarcoma de los huesos vecinos. En todos estos casos el diagnóstico se hace sólo en la operación o con la radiografía.

Sarcoma primitivo del esternón se han descrito 25 casos por

Bushman. Se pueden confundir con los condromas de este órgano o aneurismas de la aorta.

El sarcoma primitivo de la columna no es tan raro, siendo más escasos los casos de origen metastásico. Pueden iniciarse en cualquier punto de la vértebra. El pronóstico de este neoplasma es más grave por la vecindad del cordón medular.

El sarcoma de los huesos largos es más frecuente en el hombre que en la mujer. Respecto a la edad, es más frecuente entre los 30 y los 50 años. Algunos autores han querido ver estrecha relación entre el período de la pubertad y el desarrollo del sarcoma óseo. En la infancia es más frecuente el sarcoma que el carcinoma. El sarcoma óseo congénito es mucho más raro. El pronóstico del sarcoma óseo es más grave en la infancia que en la adolescencia.

En la literatura se encuentran afirmaciones de que el sarcoma óseo es más frecuente en el período de mayor actividad del órgano, sin que ésto signifique una dependencia directa entre la formación del sarcoma y el proceso mecánico del crecimiento óseo. Algunos autores como W. V. Simon creen que el sistema endocrino juega un papel principal en el desarrollo del sarcoma óseo. Con el desarrollo de las glándulas sexuales y la cesación secretoria de otras glándulas internas, el quimismo del cuerpo infantil se transforma en el de un ser más maduro; al mismo tiempo sabemos que la formación de hormonas en un niño es diferente al de un adolescente. Sabemos también que el crecimiento de todo el organismo y su regulación dependen de estos factores de la secreción interna. ¿No sería posible entonces que el crecimiento de tumores o de gérmenes de tumores pudieran ser despertados por perturbación o disonancias en el concierto normal del sistema endocrino, y que esta incongruencia endocrina sea capaz de provocar en algunos casos el crecimiento de gérmenes epiteliales y en otros de gérmenes conjuntivos? Esto explicaría mejor la diferencia de predilección en la edad para el sarcoma y el carcinoma. Esta teoría endocrina que se acerca un poco al antiguo concepto de la «Diseracia» ha sido robustecida últimamente con las investigaciones de Karlerfors. Este autor ha encontrado alteraciones histológicas en la hipófisis de pacientes con cáncer o sarcoma.

El factor herencia o antecedentes familiares se encuentra de cuando en cuando en el carcinoma; pero en el sarcoma óseo, no.

La cuestión sarcomas múltiples primarios es un poco difícil de dilucidar.

Sarcoma óseo y traumatismo.—La relación del traumatismo con el desarrollo del sarcoma óseo es muy diversamente interpretada por los autores. Desde luego se hace más difícil su interpretación por la falta de claridad en la etiología del sarcoma óseo. Por otra parte las nuevas leyes del Seguro Obrero exigen del médico cierta precisión en la manera de estimar esta cuestión, ya sea favorable a los intereses del asegurado o no. Esta falta de base científica para dilucidar la materia nos obliga muchas veces a considerar el lado forense del problema sólo con la experiencia de la práctica. Así la experiencia aconseja al médico a mantenerse partidario del prover-

bio «in dubis pro reo», reconociendo una relación causal entre traumatismo y tumor maligno, aunque científicamente no se compruebe.

La estadística de los autores en este sentido es muy variable; así Coley, da en 615 casos, que la tercera parte está unida a traumatismos; F. Boll, de 344 operados de carcicoma, sólo en un 12% hay antecedentes de traumatismos.

Es un hecho reconocido por todos que un traumatismo reaviva enormemente la marcha de un sarcoma óseo o de un carcinoma. (recidiva rápida después de una operación incompleta). Realmente hay en la literatura numerosos casos bien comprobados de sarcomas óseos producidos por traumatismos, especialmente los llamados sarcomas óseos de células gigantes.

Es interesante el estudio del *sarcoma del callo óseo*, en la etiología traumática de este neoplasma. De los numerosos casos publicados y en que sólo un reducido número corresponde a verdaderos callos sarcomatosos, se puede deducir que es posible el desarrollo de un sarcoma en el terreno de un tejido óseo traumatizado.

Se han publicado algunos casos de sarcomas desarrollados en fístulas por secuestros de osteomielitis, en panadizos y que deben considerarse como producto de una irritación crónica, según Borcheri. Lo difícil en estos casos es establecer si el sarcoma nace en el tejido óseo o en las partes blandas del trayecto fistuloso.

De estos pocos casos publicados se puede retener que el sarcoma puede desarrollarse en el terreno de un traumatismo crónico, como hemos visto ya en el callo sarcomatoso, consecuencia de un traumatismo agudo.

Se ha observado que el carcinoma se desarrolla de preferencia en los tejidos sometidos a traumatismo crónico; mientras que el sarcoma nace principalmente de los traumatismos agudos. Estos traumatismos pueden ser de naturaleza mecánica, física, química o por infección inflamatoria (cáncer de la vejiga en los trabajadores de anilinas, carcinoma de rayos X, cáncer del labio en los fumadores). Especialmente son las contusiones obtusas lo que más predispone al sarcoma óseo, cornadas de buey, en los dentistas, a consecuencia de la continua contusión del muslo por el torno, y, de un modo indirecto, las torceduras articulares o luxaciones por las rupturas de ligamentos, cápsula y músculo que adhieren al hueso. El tiempo transcurrido entre el momento del traumatismo y la aparición del tumor, varía mucho, desde pocas semanas hasta 1 y 5 años.

Sin entrar a mencionar las diversas teorías que se han emitido para explicar la *patogenia del sarcoma traumático*, diremos sólo que el traumatismo no es la única causa en este proceso; o más bien dicho, es sólo la causa ocasional, ya que debemos desechar la idea que un simple traumatismo pueda transformar una célula normal en un elemento de desarrollo maligno (Oberndorfe, Borst, Marchand). Por otra parte, Bostrom hace notar que la mayor parte de los sarcomas óseos se desarrollan casi siempre en ciertos puntos determinados del esqueleto, como si hubiera en esos puntos una disposición para el tumor, un germen de tumor latente.

En esta materia queda todavía que considerar el lado forense

de la cuestión. Científicamente se puede aceptar que un traumatismo es capaz de despertar el desarrollo de un sarcoma óseo siempre que el paciente posea una disposición local o general para este desarrollo. Por otra parte, existe también la posibilidad que este individuo predispuesto no habría desarrollado nunca tal sarcoma si no hubiera sufrido tal traumatismo. En presencia de estas dos posibilidades debemos mencionar en nuestros informes jurídicos que posible o probablemente existe una relación entre el sarcoma óseo y el traumatismo anterior, guardándonos de toda franca afirmación.

Tumores óseos pulsátiles.—(Aneurisma óseo. Hematoma óseo. Tumores fungosos pulsátiles. Tumores eréctiles del tejido óseo. Fungus hemático).

Entre los sarcomas o endoteliomas del sistema óseo, encontramos algunos con caracteres del aneurisma, pulsación y soplo. En sus caracteres macroscópicos se ve que no están constituidos por un solo saco o cavidad sanguínea, sino que la cavidad intra-ósea está comunicada por una perforación con un saco extra-óseo que tiene el aspecto de un aneurisma; todo ésto lleno con un líquido amarillento y coágulos sanguíneos. Lo importante es que la cesación de estas pulsaciones y soplos, así como la disminución del tumor por medio de la compresión de la arteria es un síntoma común a los aneurismas y a muchos sarcomas y endoteliomas. En el último tiempo se nota marcada tendencia entre los autores jóvenes, especialmente Gaylord, a considerar todos los aneurismas óseos como sarcomas, angio-sarcomas, sarcoma de células gigantes y, posiblemente otra clase de tumores. En contra de esta manera de pensar existe el hecho de sanar muchos de estos casos con intervenciones conservadoras. Podríamos decir en este caso que con el aspecto y el nombre de aneurisma óseo se confunden diversas clases de neoplasmas. En primer lugar el endotelioma y los sarcomas de células gigantes y entre las formas de escasa pulsación, otros tumores de carácter angiomatoso.

De ésto se desprende que el tratamiento puede variar entre la amputación y resección del tumor, según la gravedad del caso, previa incisión de prueba del tumor.

Endotelioma.—No existe gran diferencia, tanto clínica como anátomo-patológica, entre el endotelioma óseo y el sarcoma óseo. Aceptado que el endotelio arterial es de origen conjuntivo, los autores explican sus caracteres especiales por estar bañado en el torrente plasmático. El endotelioma puede partir del endotelio sanguíneo (hemangio-endotelioma) o del linfático (linfo-angio-endotelioma).

El primer grupo distingue dos variedades: el hemangio-endotelioma intra-vascular y el peritelioma.

En la práctica es difícil distinguir un endotelioma vascular de uno linfático, aun la presencia de glóbulos rojos no afirma su origen vascular.

En los huesos el endotelioma se presenta bajo dos formas microscópicas: el tipo *alveolar* y el tipo *tubular* o *plexiforme*. Gran diferencia entre los dos tipos no existe y a veces se les encuentra unidos en un mismo tumor.

El aspecto y la disposición en forma de célula epitelial, especialmente en la variedad alveolar, indujo a los autores antiguos a clasificar como epiteliomas un gran número de endoteliomas de los huesos; hasta que Waldeyer comprobó que un carcinoma puede desarrollarse sólo donde primitivamente haya verdadero tejido epitelial; de donde se desprende que en los huesos es imposible que existan verdaderos carcinomas primitivos; a no ser que se trate de islotes epiteliales, incluidos en el espesor del hueso y de origen congénito, como en el maxilar. La imagen microscópica del endotelioma óseo es muy variada; no sólo la forma alveolar y la plexiforme se pueden encontrar en el mismo tumor, sino que éstas apenas se pueden distinguir del sarcoma corriente. Es frecuente encontrar la degeneración hialina y gránulos de glicógeno en el endotelioma óseo, especialmente en el cráneo. Aunque se observan depósitos calcáreos o verdaderos núcleos cartilaginosos, sin embargo, verdadera formación ósea no se encuentra, lo que lo distingue del sarcoma, especialmente de la forma periostal. Todavía se observan endotelionas óseas con secreción colóidea y con abundante grasa. En cuanto a sus caracteres macroscópicos son tan variados como los microscópicos. Los endoteliomas periféricos son más frecuentes en los huesos planos, y los centrales dominan en los huesos largos, especialmente en la zona esponjosa de la meta-epífisis.

Los endoteliomas del cráneo y los que dependen de la duramadre tienen un aspecto redondeado, netamente encapsulado obrando más bien por compresión de vecindad. En los huesos planos del cráneo toma más bien la forma de cuña aplastada, con gran espesor del periostio; aun en los huesos largos permanece el endotelioma mucho tiempo encapsulado. La superficie es irregular con asperezas. La consistencia varía desde la ósea hasta la fluctuación. A veces se forman verdaderas cavidades quísticas por hemorragias intersticiales, con un contenido sanguíneo amarillento. Así como en el sarcoma central, el endotelioma óseo puede destruir el hueso y dar lugar a fracturas espontáneas. Las dimensiones del endotelioma varían desde los pequeños tumores redondeados, que producen síntomas por compresión, hasta los tumores del porte de una cabeza de feto. Dos veces más frecuente en el hombre que en la mujer. Su desarrollo es lento y apagado, 5, 7, 8 años demora en desarrollarse.

El pronóstico del endotelioma permanece siempre grave y la recidiva es rápida y muy frecuente después de la operación.

El elemento dolor es muy variable, a menudo poco doloroso. Los ganglios regionales no aumentados. La pulsación del tumor es frecuente.

Se suelen encontrar endotelionas múltiples en una zona reducida de los huesos, síntoma que no se observa en otra variedad de sarcoma óseo.

Sarcoma óseo de células gigantes.— Tanto en la clínica como en la anatomía patológica esta variedad de sarcoma óseo se diferencia tanto de las otras variedades que merece un estudio aparte. Con este nombre se designa tumores en los cuales las células gigantes del parénquima desempeñan un gran factor. En un grado menor se en-

cuentran también células gigantes en otras variedades de sarcoma óseo; especialmente en los casos en que forman parte, como osteoclastos de la absorción del hueso. Aun se encuentran en otra clase de tumores, carcinomas, lipomas. Justamente la presencia de células gigantes en tumores de estructura y benignidad tan variada, hace pensar que, muy probablemente no tienen un valor idéntico en todos los casos.

Los llamados sarcomas de células gigantes se presentan en el esqueleto:

1.º) El Epulis.

2.º) Como sarcoma central de células gigantes (Virchow).

El llamado sarcoma de células gigantes en el curso de la osteítis fibrosa y en la osteomalacia deformante ya lo hemos considerado anteriormente.

Epulis.— El épulis es otra variedad de tumor caracterizada por el acúmulo de células gigantes en su estructura y la evolución benigna. En clínica se da el nombre de épulis a los tumores del reborde alveolar, que presentan ya el carácter de fibroma o de sarcoma de células gigantes y cuyo punto de origen está en el periostio alveolar o en el periodonto del alvéolo. Hay la tendencia hoy día a creer, si se exceptúan los verdaderos sarcomas óseos periféricos, que los sarcomas de células gigantes, dependientes del periostio alveolar no son más que fibromas ricos en células gigantes; de tal modo que una diferencia sustancial entre épulis fibromatoso y épulis sarcomatoso no existe. Veremos luego también como en la osteítis fibrosa se encuentran zonas en que el tejido fibroso está pobre o abundantemente mezclado con células gigantes.

Las dimensiones del épulis no llegan más allá de una nuez, su crecimiento muy lento, de 10 a 1 y 15 años. Dolores, hemorragias, movilidad de los dientes, son síntomas raros. Es rarísimo que crezcan rápidamente, en este caso provocado por el traumatismo de la extracción dentaria. El color varía según la riqueza vascular, su consistencia lo mismo. Su superficie puede ser la mucosa lisa o granulosa con hendiduras, a veces ulceraciones. Más frecuente en la mujer, entre 20 y 30 años. Más a menudo de encontrar al nivel de los incisivos y hacia el vestíbulo de la boca.

El tratamiento debe ser la completa enucleación del tumor, ya que recidiva con frecuencia.

El carácter benigno del épulis lo diferencia esencialmente de los verdaderos *sarcomas de la mandíbula*. Por otra parte diferencia entre el sarcoma mandibular y el de los huesos largos no existe ninguna. Rara vez hay compromiso de los ganglios linfáticos en el verdadero sarcoma de la mandíbula, dato de importancia para el diagnóstico diferencial con el carcinoma. La terapéutica para los sarcomas de células gigantes de la mandíbula será la enucleación del tumor con extirpación del hueso vecino.

Dada la malignidad de los verdaderos sarcomas mandibulares no queda aquí más que la total resección del tumor como método de elección, con mortalidad post-operatoria de 30%. Algunos recomiendan la resección del maxilar superior, respetando el suelo orbitario

en los casos de sarcoma de bóveda ósea y del reborde dentario. En el maxilar inferior, con su sarcoma pequeño bien limitado al reborde dentario, se hará resección parcial con conservación de un pequeño puente de mandíbula.

Por lo demás, en un tumor de la porción horizontal de la mandíbula se hará la resección de continuidad, y, en una de las mitades del hueso, la desarticulación de la mitad correspondiente. Los ganglios infartados deben extirparse aunque sean de origen infamatorio; si no hay infarto ganglionar se puede desistir de dicha extirpación.

Lo contrario del épulis, el sarcoma mandibular es dos veces más frecuente su iniciación en el cuerpo maxilar que en el reborde alveolar. La gravísima forma del melano-sarcoma se inicia de preferencia en el paladar.

El diagnóstico diferencial con los demás tumores de la mandíbula nos recuerda primeramente el carcinoma, que toma su origen en las partes blandas y que tiende a ulcerarse precozmente. En una estadística de Windmüller que comprende 1,238 casos, corresponde el 55% al carcinoma. El conjunto de sarcoma y épulis a 44%. Los demás tumores en cuestión son muy raros: de 137 casos se encontró 1 mixoma, 1 cisto-adenoma y 1 osteoma.

El fibroma mandibular es un poco más difícil de distinguir del sarcoma. Los condromas y angiomas son muy raros.

Resumiendo lo dicho aquí, tenemos que hay una diferencia muy grande entre el sarcoma mandibular por una parte y el épulis y sarcoma mandibular de células gigantes por otra; lo que hace difícil clasificar el épulis entre los tumores malignos sarcomatosos.

El sarcoma central de células gigantes.—Sarcoma gigante-celular tumores mielógenos «*tumeurs à mieloplaxe*» de Nélaton, tienen su asiento en el tejido esponjoso de los huesos cortos manos y pies, cuerpos vertebrales, mandíbula. Este tumor con su envoltura ósea constituye el representante típico del sarcoma mielógeno de Virchow. No sólo presenta una envoltura ósea externa, sino también una condensación ósea hacia el canal medular. Con el crecimiento del tumor la envoltura ósea se adelgaza (crepitación de pergamino a la presión) y llega a romperse. Luego se desarrolla en el interior del tumor la formación de quistes, como proceso regresivo, y más tarde con el desarrollo de vasos sanguíneos abundantes toma un aspecto angio-cavernoso, con presencia de soplo, pulsación y fluctuación, lo que hace pensar a muchos autores y en los casos publicados de aneurisma óseo, no sean otra cosa que sarcoma central de células gigantes. La igualdad de pronóstico en estas dos variedades de tumores quedaría explicada también de este modo.

El sitio de predilección es la extremidad inferior del radio, extremidad superior de la tibia y extremidad inferior del fémur.

La estructura histológica muestra fuera de la riqueza en vasos sanguíneos, con frecuentes hemorragias y pigmento, un tejido neoplásico formado de células fusiformes en parte células redondas polimorfos y en íntima unión numerosas células gigantes del tipo de

mieloplaxos, con núcleos numerosos. Islotes de tejido óseo, restos de hueso antiguo destruido y travéculas osteoideas neofornadas.

Desde mucho tiempo los autores habían notado que la evolución del sarcoma central de células gigantes es mucho más benigna que en los otros sarcomas óseos, y ya Wessinger había notado que estos tumores tienen su envoltura ósea y un crecimiento lento. Esta benignidad del sarcoma central se manifiesta todavía cuando la envoltura ósea se rompe; porque el tumor no tiende a filtrarse sino a molestar por expansión.

Esta benignidad se ha puesto más en evidencia últimamente con las investigaciones de Konjetznys. No es la envoltura ósea lo que constituye la benignidad de este tumor; sino la neofornación abundante de células gigantes, que probablemente no corresponde a un verdadero tejido sarcomatoso. Todavía alguna de las otras formas benignas de sarcoma central, que se catalogan con el nombre de sarcoma de células fusiformes, no serían sino diferentes estados del mismo proceso.

La benignidad del pronóstico del sarcoma central de células gigantes no es aceptada por todos los autores. Bloodgood ha reunido de la literatura 47 casos y todos llegaron a curarse con simples raspajes y cauterizaciones con alcohol y ácido fénico. Aconseja la resección sólo cuando hay destrucción de la envoltura que le forma la cápsula ósea. De aquí que la terapéutica sea conservadora, en esta clase de tumores, según la inmensa mayoría de los autores. De estas consideraciones podemos deducir entonces que la variedad de sarcoma central encapsulado con células gigantes, en lo que se refiere al pronóstico, no sigue una marcha paralela con las demás variedades de sarcoma óseo y hace pensar que se trata aquí de una clase distinta de tejido.

El sarcoma de células gigantes es tan digno de estudio como los tumores rojizos en la osteítis fibrosa generalizada. Estos, así como el émulis, los compara Konjetznys, al queloides, como un proceso regenerativo exagerado. Se desarrollan en casos de lesiones óseas determinadas y cierta disposición de los tejidos y condiciones especiales del sitio mismo. Traumatismo e influencias mecánicas hacen estallar el momento en que debe principiar su desarrollo. Es conocida la acción traumática en la anamnesis del sarcoma de células gigantes. A todo ésto se agrega la observación de curaciones espontáneas de muchos casos de sarcomas de células gigantes.

Aun los fibromas óseos centrales, cuyo diagnóstico radiológico con los quistes y otros tumores mielógenos, deben tomarse, según Konjetznys, como un estado terminal del proceso de curación de los llamados sarcomas encapsulados de células gigantes. En cambio, los fibromas óseos parostales tienen su estructura en panal de abejas con su formación ósea periostal.

Un segundo modo de curar los sarcomas de células gigantes, es la formación de quistes uni o multi-celulares; lo que explicaría la inclinación que tienen los sarcomas centrales a la formación de estos quistes.

Por último, los aneurismas óseos, según Konjetznys, serían el

resultado de un proceso de reblandecimiento y fluidificación de los sarcomas óseos.

Es cierto que existen también verdaderos sarcomas de células gigantes que tendrían su origen, según Ribbert, en gérmenes desprendidos de la porción medular, rica en osteoblastos.

De las investigaciones de Pommers, Lubarsch y Konjetznys, se desprende como muy probable que los quistes óseos con revestimiento de células gigantes, los llamados sarcomas encapsulados de células gigantes, los émulis y los tumores de la osteítis fibrosa, no tienen nada que hacer con los verdaderos tumores, lo que es de mucha importancia para el tratamiento.

Sólo tienen lugar aquellos métodos conservadores (enucleación, resección en la continuidad).

Como resumen de lo dicho sobre la cuestión sarcoma de célula gigante, diremos:

1.º Los quistes con revestimiento de células gigantes, los llamados sarcomas de células gigantes, el émulis y los tumores de la osteítis fibrosa, no tienen nada que hacer con los verdaderos sarcomas. Son clínicamente procesos de buena naturaleza.

2.º Los llamados fibromas óseos centrales son considerados como el resultado de la curación de los procesos anteriores.

3.º La posibilidad de formación de quistes y sarcomas de células gigantes por hemorragias medulares, debe tomarse como cierta. Pueden desarrollarse también como consecuencia de otras enfermedades de los huesos, osteítis fibrosa.

4.º Todavía la mayor parte de los aneurismas óseos pertenecen al terreno de estos mismos procesos.

5.º ¿Hasta donde puede considerarse el sarcoma de células gigantes y la osteítis fibrosa como idénticos, no sólo en su forma sino también en su etiología? Es una cuestión que todavía necesita aclararse más.

6.º La célula gigante tiene estrecha relación con el endotelio vascular.

7.º Existen también verdaderos sarcomas con mezclas de células gigantes. Estos muestran histológica y clínicamente los mismos signos de los verdaderos sarcomas.

Diagnóstico diferencial

El síntoma dolor es interpretado como reumatismo perdiendo mucho tiempo con ésto. Ya que en el sarcoma óseo no tiene este síntoma un carácter especial, debemos recurrir precozmente a la radiografía.

La localización del sarcoma óseo en el esqueleto del pie, calcáneo, astrágalo, se confunde con las contracturas del pie plano o con el reumatismo. En el sarcoma faltan los puntos dolorosos típicos del pie plano y falta también el dolor con la pronación extrema y es unilateral. Si es difícil el diagnóstico de un sarcoma óseo que principia, sin deformación visible o palpable, lo es aún cuando aparecen deformaciones externas.

El sero-diagnóstico, especialmente con el método de Abderhal-den, son hasta ahora medio inciertos y poco prácticos. Aun la radiografía no es medio bastante seguro para aclarar el diagnóstico, a pesar de estar colocada en primera línea, especialmente si la radiografía es tomada en 2 planos. Estas imágenes varían al infinito según la profundidad del tumor óseo, su contenido mayor o menor en sales calcáreas, la presencia de hematomas o quistes en su interior. Muy importante es la localización del neoplasma en los sitios de predilección del sarcoma óseo.

En general los tumores malignos se diferencian de los benignos en que estos últimos dan imágenes más diferenciadas de las partes óseas vecinas. Aun la propia estructura del tumor benigno da una imagen más marcada.

Los sarcomas centrales en comienzo se manifiestan en la placa sólo por una mancha más clara. Más difícil es apreciar la imagen radiográfica de un sarcoma periférico principiante; ligera alteración en la línea de separación de las distintas capas óseas. En este caso la confusión con periostitis traumática e inflamatoria es muy fácil (principio traumático del sarcoma). El síntoma diferencial consiste en que los contornos de la diátesis ósea permanecen muy visibles en los casos de exostosis traumática y se trata de una periostitis aislada; mientras que en el sarcoma se compromete todo el hueso. La imagen de las exostosis dejan ver claramente la estructura normal del hueso y se desarrolla por fuera del periostio, mientras que el sarcoma se desarrolla por dentro de él y le da a los huesos largos la forma de un huso. Por fin la imagen en forma de cuña de una exostosis, es muy diversa de la imagen en huso del sarcoma por levantamiento del periostio. No debemos olvidar los casos de hemorragia subperióstica en la Enfermedad de Barlow, para no confundirla con un sarcoma. Si el sarcoma ha invadido ya las partes blandas vecinas, su imagen es más típica; la sombra neoplásica en las partes blandas, presenta el aspecto radiado; si es grande el contenido calcáreo del tumor, la imagen radiográfica se parece a nubes o copa de árbol.

La imagen de una exostosis cartilaginosa se diferencia en su situación (meta-epífisis), en su unión al hueso pediculada, sus contornos manifiestos, así como los del hueso vecino.

Si el tumor neoplásico presenta un contenido calcáreo insignificante en las partes blandas, la imagen es una sombra pálida y homogénea, pero un ligero desgaste del tejido óseo cortical y la forma en huso del periostio, dan el verdadero diagnóstico.

En el encondroma se encuentra también radiográficamente una sombra que se diferencia poco de las partes blandas vecinas, pero en esta imagen se notan bien visibles los trozos de tejido óseo que acompañan al condroma. Además, la imagen de conjunto del condroma recuerda la de una cuña y a menudo estos tumores son múltiples. Cuando el condroma invade y sustituye al tejido óseo, siempre persiste una imagen visible que la separa del tejido óseo.

Clínicamente dan estos tumores duros e indolentes, así como las exostosis cartilaginosas, una imagen característica. En los encondromas centrales, con adelgazamiento cortical y gran dilatación del

hueso, que suele llegar hasta la fractura espontánea, presenta la imagen radiográfica del tumor una estructura en panal de abeja, con un hueso más claro y enrarecido, con sus tabiques óseos precisos y brillantes. Por otra parte, es un hecho conocido que los condromas pueden transformarse en sarcomas y, en este caso, al lado de la clínica, la imagen radiográfica puede dar algunos indicios. La falta de nitidez en la estructura ósea, su aspecto roído o gastado, la cortical desigualmente gruesa o interrumpida hablan de un tumor maligno.

Imágenes semejantes dan los carcinomas e hipernofromas metastásicos de los huesos, sin poder distinguirlos de los sarcomas. En cambio, hay imágenes con sus contornos más o menos limitados, estructura más clara, con manchas borrosas y que se pueden tomar por una simple atrofia local; pero del cual se diferencian por sus partes descoloridas y por el proceso destructivo óseo visible. Esta claridad y destrucción ósea puede ser tan intensa que ya no se distinguen vestigios de la estructura normal del hueso, sino una mancha difusa, más ó menos clara, igual a la imagen de un sarcoma que tiene rota la cortical y sigue creciendo en las partes blandas. Esto se observa principalmente en los huesos delgados, como radio, falange, etc. En cambio, en los huesos sólidos, como fémur, calcáneo, queda en algún lado restos de la imagen ósea normal.

Imágenes radiográficas parecidas a las de un sarcoma óseo central la dan también otras afecciones óseas. La imagen de los núcleos gotosos en los metatarsianos o falanges, pueden dar lugar a duda, la incisión de prueba da el diagnóstico.

Los quistes óseos dan también imágenes que hacen sospechar un sarcoma. Así se encuentran los dolores reumatoídeos que se presentan en todo proceso crónico de los huesos, el engrosamiento óseo, la sensación dolorosa por la percusión digital así como las fracturas espontáneas; son todos síntomas que corresponden a ambos procesos.

Otras enfermedades como la lues, tuberculosis, osteomielitis crónica, equinococcus, etc., presentan igualmente mucha semejanza con el sarcoma. En todos estos casos hay que darle mucha importancia al examen clínico general. La reacción Wassermann, la reacción antistafilolisis (recomendada especialmente por W. V. Simon, Frankfurt), el examen prolijo del sistema nervioso (especialmente cuando hay fracturas espontáneas), el examen morfológico de la sangre, no deben ser descuidados. Ya Rumpel ha insistido para el diagnóstico diferencial del sarcoma y quistes óseos, en las radiografías tomadas en dos diámetros opuestos, para precisar la localización y extensión del proceso quístico. Se verá así como el quiste óseo es francamente intra-óseo y bastante circunscrito, sin ninguna reacción del periostio. La fina lámina ósea que limita el quiste, de los huesos no se presenta interrumpida o rota, como sucede en forma grosera en el sarcoma. Los quistes óseos que presentan radiográficamente la forma regular de un huevo, con aspecto transparente en su interior, sin vestigio de tejido óseo, dan menos dificultades para el diagnóstico. Esta imagen homogénea se transforma en un aspecto de mosaico, por la multitud de tabiques que lo corren si el quiste se sitúa en la porción esponjosa del hueso. Pero es indudable que las

radiografías con ensanchamiento de la porción enferma del hueso, con una regular cavidad en su interior, más clara, recorrida por una serie de travéculas, que parecen nidos de abejas y con una pared cortical muy delgada, presentan mucha semejanza con los sarcomas centrales o encondromas, y en estos casos está indicada la incisión de prueba. Tampoco permite distinguir la simple radiografía entre un quiste óseo con células gigantes; sólo hay un punto que lo distingue, y es que en el primer caso el quiste es francamente intra-óseo y se presenta bastante concentrado; mientras que en el sarcoma de células gigantes el límite cortical del tumor se encuentra roto por masas neoplásicas, que aparecen fuera del hueso en la imagen.

El *Mieloma* localizado en un hueso puede dar una imagen que recuerde al sarcoma óseo, pero en el mieloma se trata generalmente de focos múltiples, seguidos de fracturas múltiples, el desigual adelgazamiento de la lámina cortical, la existencia de manchas difusas o circunscritas, de focos más claros, todo esto aleja la idea de un sarcoma verdadero. En todo caso no se debe descuidar el examen morfológico de la sangre.

El quiste de equinococcus puede confundirse con el sarcoma. El carácter del dolor y las fracturas espontáneas, es común a todas estas enfermedades; pero la imagen radiográfica (Rilter) es característica: innumerables pequeños espacios redondos, colocado en tal forma que juntos o superpuestos unos a los otros y delgadísima láminas óseas que lo separan unos de otros. La lámina cortical muy delgada, falta la médula. El periostio muy poco o nada comprometido; el diámetro del hueso no está aumentado. Tienen importancia en estos casos los exámenes de laboratorio, reacción de Chauffard, eosinofilia, etc. y, en último caso, la punción exploradora.

Las manifestaciones de lúes ósea se diferencian del sarcoma en que los gomas son múltiples y de desarrollo mucho más lento, con mayor tendencia a localizarse en la diáfisis y a recrudescer el dolor en la noche. Las zonas se reblandecen más rápidamente que los sarcomas. El examen histológico de un pequeño trozo del tumor y el tratamiento de prueba quedan para los casos de diagnóstico difícil. Las lesiones gomosas periostales demuestran poca decalcificación en el hueso enfermo, a veces aumentado. La imagen típica del sarcoma es el aumento en huso del periostio. La falta de una gran masa de partes blandas neoplásicas hablan en contra del sarcoma. Según Deyke la imagen radiográfica de los gomas óseas es en largas rayas paralelas a la cortical, porque los exudados luéticos se forman principalmente siguiendo los canales de Havers.

En resumen, la radiografía de la lúes ósea, en la inmensa mayoría de los casos es una imagen típica, pero hay casos en que no es posible diferenciarla de los sarcomas.

También la osteomielitis se presta a confusión con el sarcoma; los dolores agudos, rubicundez cutánea, fluctuación, fiebre, etc., pueden presentarse en ambos casos, especialmente en la forma esclerosante de la osteomielitis. Todavía la incisión de prueba puede inducir a error.

Entre los procesos articulares que pueden confundirse con el

sarcoma de la epífisis, tenemos, en primer lugar, la tuberculosis; en un comienzo el sarcoma no compromete la articulación; lo contrario con la tuberculosis. El aumento de volumen externo es mucho mayor y más rápido en el sarcoma, que en la lúes o en la tuberculosis. Los movimientos articulares conservados, aun en un periodo, avanzado del sarcoma, falta de contracturas y de atrofia muscular, hablan en favor del sarcoma. La punción de prueba da sangre en el sarcoma, pus o sinovia turbia en la tuberculosis. Las fracturas espontáneas excluyen la tuberculosis. El dolor se calma con la movilidad en la tuberculosis. La forma de la tumefacción es simétrica con prominencia en un lado en el caso contrario. Es fácil confundir una espondilitis tuberculosa con un sarcoma o carcinoma metastásico de la columna; pero las turbaciones sensitivas y motoras aparecen más precozmente y son más intensas en los tumores malignos. La falta de abscesos en los casos avanzados indicará hacia el sarcoma. El edema al nivel de la vértebra carcinomatosa es, según Schlessinger, un síntoma subjetivo; el mismo valor tiene la presión digital al nivel del tumor, es poco dolorosa, aunque los dolores espontáneos sean intensos. Pero lo más importante en este caso es la imagen radiográfica, al lado de una falta de manchas de abscesos, se nota una mancha irregular, a veces muy clara que ocupa la vértebra enferma.

Para concluir, diremos con W. Simon, que el diagnóstico de los sarcomas óseos es a veces muy difícil y que sólo el examen clínico metódico y ordenado, así como el empleo de todos los medios de examen que están a nuestro alcance, nos permitirá llegar a formular un diagnóstico verdadero, aun en los casos complicados.

Terapéutica

La curación espontánea del sarcoma óseo debe considerarse como muy excepcional y, de los casos publicados, son muy escasos los realmente efectivos. Coley, W. Müller.

Las investigaciones para tratar los tumores malignos, con extractos de tumores, inmunisinas, preparados bacterianos, etc., están todavía en estudio y se basan principalmente en la creencia de una etiología parasitaria del cáncer; tal como sucede en algunos casos aislados, en que la erisipela ha hecho desaparecer esta clase de tumores. Sin duda son los estudios de Coley, de Nueva York, sobre la inmuno-terapia de los tumores malignos lo que ha despertado mayor interés. Se sirve este autor de vacunas preparadas con filtrados de estreptococos, mezclados con bacillus prodigiosus (Parke Davis y Cía.), inyectados en el tumor o sub-cutáneamente. La conclusión que podemos deducir de lo publicado por este autor y otros clínicos extranjeros, es que se puede ensayar el método de Coley en los casos de tumores inoperables o como tratamiento posterior a la intervención quirúrgica y al mismo tiempo que la radioterapia.

La sueroterapia de los tumores malignos que estuvo un tiempo en boga, está casi olvidada hoy día. Igual suerte ha tenido el tratamiento con extractos y emulsiones de tumor. El tratamiento del sar-

coma óseo por sustancias químicas no tiene mayor importancia que las anteriores.

Radioterapia.—Hasta la fecha no es posible formular un juicio concreto sobre la radioterapia del sarcoma óseo, porque la técnica de su aplicación ha ido mejorando insensiblemente y por la escasez del tiempo y de observaciones. De todos modos se ha comprobado que el sarcoma óseo reacciona en forma variada a la Roentgenterapia, aún más, la misma forma histológica de sarcoma óseo, reacciona de un modo diverso, según el órgano que le aloje. El osteo-sarcoma central reacciona mejor que el periférico. El condro-sarcoma no es apropiado a la Roentgenterapia. Según Jüngling, la forma mielógena del sarcoma de las extremidades debe ser operada; pero si está indicada la amputación o desarticulación se debe ensayar primeramente la Roentgenterapia. En la forma periostal la cirugía es ineficaz y la Roentgenterapia está indicada.

Indicaciones de la Roentgenterapia del sarcoma óseo:

1.º Se acepta en los casos inoperables, principalmente de la bóveda, omóplato y hueso ilíaco.

2.º Hay también completo acuerdo para operar inmediatamente en todo caso accesible a la cirugía y que no signifique un grave peligro de muerte.

3.º No hay acuerdo entre los cirujanos respecto a la Roentgenterapia post-operatoria.

Sin entrar en la técnica Roentgeológica propiamente tal, diremos que para muchos autores han perdido su importancia los métodos de sensibilización y desensibilización de los tejidos tumorales, con las radiaciones intensivas de profundidad.

Tratamiento quirúrgico.—El sarcoma óseo de las extremidades con su pronóstico sombrío y su tendencia a la recidiva, exige una intervención amplia, seccionando en tejido sano, muy lejos del tumor; lo que significa la amputación o desarticulación en mayor o menor grado. Sólo en algunos tumores de células gigantes, o en el épulis, cuya benignidad relativa es conocida, se aconseja resecciones en la continuidad, enucleaciones, etc.

La pregunta cuando un sarcoma óseo debe ser tratado por una operación mutilante o por los métodos conservadores, es difícil de contestar. En los sarcomas centrales preferir la cirugía conservadora, especialmente si un examen previo del tumor, da un sarcoma de células gigantes, esta conducta es de absoluta necesidad. En estos casos es la enucleación del tumor con cauterización al Paquelin consecutiva. (Bloodgood). Si no es posible un examen microscópico previo, sería la marcha rápida o lenta del tumor, sus dimensiones, la cuestión estética y la mayor cercanía del tumor al tronco, lo que decidirá la clase de intervención.

En tumores vecinos a la pelvis u omóplato, no habrá gran diferencia entre las resección, amputación o desarticulación. Si la resección de un sarcoma óseo exige el sacrificio de extensa masa de partes blandas, la mayoría de cirujanos prefiere la amputación. De 21 casos de desarticulación inter-ileo-abdominal, por tumores, 17 fallecieron por la operación (Kulenkauff). Esta gravedad enorme

de la desarticulación inter-ileo-abdominal decidió a muchos cirujanos a practicar la resección con conservación del miembro inferior, siempre que la extensión en las partes blandas lo permita. Todavía muchos cirujanos practican resecciones parciales del hueso ilíaco.

No menos grave se presenta la desarticulación en este sitio; no se presenta ya como una operación radical, sino también por la gran capa de partes blandas que cubre la articulación, lo que permite sólo muy tardamente descubrir el tumor.

En el sarcoma de la epífisis superior del húmero hay marcada tendencia a invadir las partes blandas muy precozmente, de modo que no basta muchas veces con la desarticulación escapulo-humeral. Por otra parte, el pronóstico de la desarticulación inter-escapulo-torácica, no es mucho más grave que la escapulo-humeral. Si el sarcoma se inicia en el omóplato, la desarticulación inter-escapulo-torácica es indispensable; a pesar que en el último tiempo muchos cirujanos prefieren sólo la resección del omóplato, conservando la porción articular.

Respecto al resultado duradero de la cirugía cruenta tenemos que en la clínica de Breslaw se obtiene un 30% de operados de sarcoma óseo, que se encuentran sanos después de cinco años.

El pronóstico del sarcoma de la clavícula, no es menos grave y su amputación total da una mortalidad inmediata de 8%.

Operaciones conservadoras.—Viene en primer lugar la enucleación del tejido enfermo; luego tenemos el cincelamiento del tumor óseo o extirpación con pinza-gubia. Estos dos métodos tienen indicación siempre que se pueda operar en tejido sano. Su indicación principal está en el épulis; aun en el sarcoma de células gigantes se ha empleado por muchos cirujanos (Noeske, Krause).

En el sarcoma óseo de las extremidades se prefieren las operaciones conservadoras, *resección simple* del trozo comprometido, en la continuidad de hueso; *resección de continuidad*, ya sea con o sin reposición del hueso extraído por medio de injertos. La confección de aparatos ortopédicos ayuda mucho en la recuperación de la función perdida; aun cuando se recurra a los injertos óseos la ortopedia siempre tiene cabida.

Esta tendencia de la cirugía contemporánea, no sólo a restablecer la función del miembro, sino también a conservar su aspecto estético por medio de las *operaciones plásticas*, han dado espléndido resultado en la práctica. Esto último se trata de conseguir usando material muerto como marfil, celuloideas, metal, y cuyo empleo ha ido restringiéndose mucho en el último tiempo por su poca tolerancia y por la tendencia a ser eliminado espontáneamente por el organismo. No es mayor el resultado obtenido con el empleo de hueso muerto y hervido como material de injerto. Sin duda, dice Axhausen, se puede tener éxito con injerto de hueso muerto, así como con la alloplastia, sirviendo como de apoyo al tejido óseo reformato; pero en general, se tiene fracaso cuando se usa como injerto en sitios desprovistos de periostio.

Significa un progreso evidente en la técnica del injerto óseo el

empleo del hueso vivo, como material tomado de un miembro recién amputado a otro paciente, y con su periostio injertado en el defecto óseo. Hasta este momento se ha llegado a obtener éxito con injertos hasta de 0,30 centímetros de largo.

Los éxitos obtenidos por Lexar y Küttner con el empleo de material óseo extraído de cadáveres recién fallecidos, conservando el trozo en solución de Ringe, son dignos de mencionar.

Las reposiciones de pérdidas óseas por autoplastia pediculada, se presentan rara vez, cabeza, pierna, antebrazo, siendo entonces más fácil tener éxito.

Hoy día, la inmensa mayoría de los cirujanos recurren a la autoplastia libre, por sus resultados más seguros, su técnica más sencilla y por tener siempre a mano el material disponible. Injerto de una gran astilla de tibia con periostio, en una gran pérdida de húmero.

BIBLIOGRAFIA

Surgery, Gynecology and Obstetrics.—B. H. Nichols. 1922. 35-301-309.

Diagnosis of long bone tumors.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.—F. Reder, 1917-25-680-682.

Giant-cell epulis of upper jaw.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.—J. C. Bloodgood, 1924-38-784-789.

Giant-celle tumor of bone and the specter of the metastasizing giant-celle tumor.

«The Journal».—J. C. Bloodgood.—1920.

The diagnosis and treatment of benign and malignant tumors of bone.

Bulletin of the American College of Surgeons.—January-1926-July-1921.

Die sarcome, von HERMANN SIMON.—Neue Deutsche Chirurgie-43 Band-1928.

Dr. W. V. SIMON.—*Die Knochensarcome*—Ergebnisse der Chirurgie und Orthopadie.—16.—Band.

Dr. LEOPOLDO SCHÖNBAUER.—*Die Chirurgie der Knochen*—Die Chirurgie.—Lieferung 26.

Dr. ALBERTO MOUCHET.—*Presse Medicale*.—1927. - 23-Febrero-pág. 253.

Dr. C. ROEDERER.—*Quiste óseo u osteítis fibrosa de la extremidad superior del fémur.*

Dr. DUJARRIER.—*Las Novedades Médicas*, 1925—Pág. 317.

Dr. LIFFCHITZ.—*Tesis.—Tumores de los huesos.*—Las Novedades Médicas.—1926.

Sesión del 14 de Mayo de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo

Asistieron: Sierra, Vargas S., Díaz M., Rayo, Matus, Valenzuela L., Münckeberg, Navarro, Estevez, Gazitua, Doren, Gaudulfo, Covarrubias, Guzman, Castro, Greene, numerosos médicos y estudiantes de medicina.

Acta

Se lee y aprueba el acta de la sesión anterior

Acuerdo

Se acuerda proveer la plaza de miembro titular dejada por el Dr. Manuel Torres B. y fijar los avisos correspondientes en los distintos hospitales.

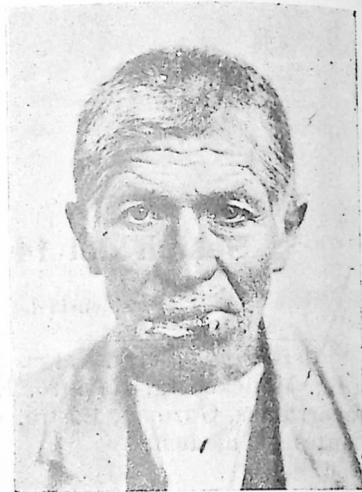
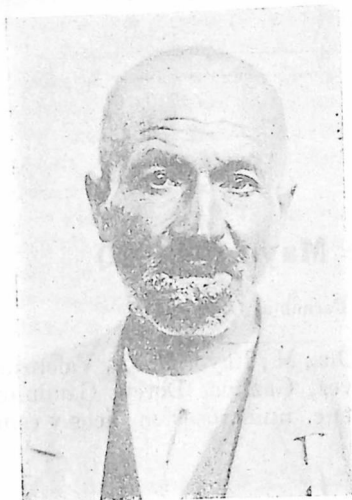
Presentación de enfermos

Dr. LEONARDO GUZMÁN

He querido presentarles estos casos de epitelomas pavimentosos que Uds. ven para que puedan apreciar el tipo de cicatrización que se produce cuando se emplea el radium en debidas condiciones.

En los orificios cutáneo-mucosos se hace una diferenciación bien neta del epitelio. se produce del tipo mucoso, ésto es, sin queratina, donde habia mucosas, y el tipo de epidermis donde habia piel. Esto lo he observado invariablemente en los catorce casos de epitelomas del labio que he tratado y pueden observarlo Uds. en el caso de B. T. hombre de 55 años que tenía un epiteloma que ocupaba la totalidad del labio inferior. Este hombre fue tratado del 12 al 19 de Abril del presente año con inclusión de 8 agujas de radium en el tumor mismo que dieron 13,44 milicurias. A pesar de que la acción

del radio alcanza a su máximo al término de 8 a 10 semanas ya la lesión del radio está reducida en dos tercios.



B T — Epitelioma espino-celular exofítico tratado por inclusión de 8 agujas 1.33 mgs. de radium cada una, en la base del tumor. Recibió 13,44 milicurias en 7 días, es decir 1,68 por agujas Filtro 1 mm platino

B T — Diez días después de haberse hecho la ablación de las agujas. Puede observarse como la cicatrización se hace con perfecta diferenciación del epitelio mucoso y del epitelio epidérmico

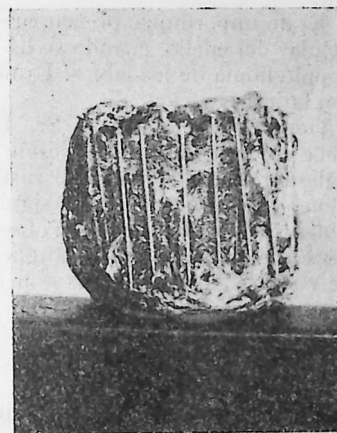


A M — 62 años epitelioma espino-celular recidivado después de electro-coagulación, antes de ser tratada por radium

A M — Completamente cicatrizada sin telangectasias: recibió $1\frac{1}{2}$ milicurias por cm^2 a 7 mms distancia filtro $\frac{1}{2}$ mm. de platino

Les presento totalmente cicatrizada a la enferma A. L. de 62 años con un epitelioma espino-celular que fué operada por electro-coagulación en el servicio del Prof. Jaramillo y que recidivó a los dos meses. Del 31 de Diciembre de 1929 al 6 de Enero de 1930 le hice un aparato en superficie moldeado, a 7 mm. de distancia de la piel y sobre una superficie de irradiación de 12 cm^2 le di 14 milicurias. Era un epitelioma exofítico y Uds. ven como la cicatriz no presenta defectos.

A estos dos casos en que la dosis suministrada fué la precisa quiero poner como parangón el del tercer enfermo J. B. P. de 61 años que tenía una epitelioma de la mejilla izquierda y que ocupaba una extensión de $7 \times 5 \text{ cm}$; era espino-celular y lo traté del 7 al 12



Aparato moldeado, amplificado al doble en posta Columbia, indicando la disposición de las agujas de radium, con que fué tratada la enferma A L

de Agosto de 1929 en aparato de superficie, dándole 52 milicurias a un $\text{cm}.$ de distancia de la piel, esto es una milicurias tres cuartos por cada cm^2 mientras que en los otros casos he dado una milicurias y cuarto por cada cm^2 . Suminé esta dosis por tratarse de una lesión que ya empezaba a tomar la mucosa, esto es que infiltraba todo el espesor de la mejilla.

Si hubiese dado una dosis inferior probablemente el cáncer no habría cedido lo que habría sido de graves consecuencias para el enfermo, porque una vez fracasada la curieterapia en una sola sesión prolongada es bien difícil obtener éxito en una segunda aplicación, y es peligroso intervenir quirúrgicamente porque suelen producirse necrosis.

En curieterapia como en la cirugía es indispensable hacer el máximo de bien al enfermo desde el primer momento, para evitar una segunda intervención que de ordinario presenta mayores dificultades que la primera, lo que acarrea fracasos. Es ésta, la razón

de esta gran dosis que Uds. ven un estado de eritema de la región irradiada y algunas telangectasias.

Pero creo que es preferible dejar este pequeño defecto que no exponerse a una decidiva.

Discusión:

DR. SIERRA. Más que ocuparnos de los resultados brillantes que se obtienen por el tratamiento quirúrgico o por los rayos, la Sociedad de Cirugía, debería interesarse por divulgar en el público mismo, los conocimientos de esta enfermedad para que así los enfermos consultaran al médico en los principios y no en los períodos avanzados de ella. Los médicos por su parte deberían ser más cuidadosos, y no permitir que el mal tome cuerpo por falta de examen.

DR. NAVARRO. Es de importancia preocuparse de la suerte de los ganglios y tejido celular del cuello, cuando se ha hecho tratamiento radioterápico en el epiteloma de los labios. Es necesario completar este tratamiento con la intervención.

DR. GUZMÁN: Tiene mucha razón el Sr. Dr. Navarro cuando dice que no sólo debe cuidarse de curar la lesión inicial, sino también la región ganglionar. En el servicio del Instituto Curie, donde tienen gran experiencia, se procede de la siguiente manera: si no hay ganglios palpables, se deja al enfermo en observación y se le hace venir cada dos meses a la consulta; si los ganglios submentonianos, del ángulo maxilar y carotídeos se palpan, se permite que la lesión inicial se cicatrice, y si los ganglios disminuyen, no se tocan, porque ellos han comprobado que hay un 30 % de ganglios con infección banal tomada a través de la ulceración cancerosa; si no disminuyen y si aumentan de volumen, se hace un vaciamiento en la forma radical preconizada por Crile, esto es, aun con resección del esterno-cleido-mastoideo y de la yugular interna. En caso de lesión en la parte media del labio, el vaciamiento se hace de ambos lados del cuello.

Los ganglios extraídos se mandan al histólogo, y si están tomados por el epiteloma, se hace aparato moldeado en la región submaxilar y carotídea, para dar 3 a 4 milicurias por centímetro cuadrado a unos cuatro o seis centímetros de distancia de la piel. En esta forma, además de sanar el 90 % de la lesión inicial, se obtiene 48 % de curaciones de más de tres años.

Se operan siempre los ganglios, porque los epitelomas pavimentosos tan sensibles al radium en la piel y las mucosas, son menos sensibles en medio linfoideo.

Notas sobre 4 casos de «Peritonitis Tuberculosa»

DR. LEONARDO GUZMÁN

En Octubre de 1923 fui llamado a la hora de comida, por un distinguido colega de Antofagasta, para que fuese a ver a uno de sus cuñados a quien le habían hecho una punción un poco más alta que el punto de (Mc. Burney) y que el líquido que se obtuvo era muy raro. Acudí en el acto y pude constatar que por el trocar salía un líquido verde pastoso de olor de contenido intestinal y espumoso. Inmediatamente advertí que al hacer la punción se había perforado una asa del yeyuno y que era preciso intervenir, porque el trocar era demasiado grueso para pensar en que la retracción natural de las paredes intestinales pudiera cerrar el orificio hecho, de modo que podría producirse: un absceso peritoneal o una peritonitis aguda.

La historia del enfermo era muy clara, y antes de llegar a la mesa operatoria hice el diagnóstico.

Desde diez meses atrás, el paciente que era un joven de 23 años, soltero, había empezado a perder el apetito, a sufrir de gases después de las comidas, a tener diarreas que duraban 4 o 5 días y que se detenían solas, y a perder el peso, a tal punto que cuando lo examiné tenía diez kilos menos que un año antes. El último mes se vió obligado a guardar cama, porque notaba fiebre en las tardes, que los colegas de cabecera habían constatado.

Como este joven bebía dos o tres cocktails antes de las comidas se le había diagnosticado por estos colegas una cirrosis hepática con ascitis, la que quisieron vaciar por medio de la paracentesis.

Intervine sin remover el trocar, y circundándole por una incisión doble ovalada; encontré el clásico peritoneo tuberculoso, grueso, duro, sembrado de pequeños tubérculos y pegado a él, el yeyuno que despegué con la gasa y suturé en corona.

Después con la mayor suavidad fui desprendiendo asas y más asas, hasta liberar una gran parte de ellas, sin pretensión alguna de conseguir esta liberación para todas.

Suturé en un solo plano el peritoneo, músculo y aponeurosis y en seguida la piel.

No salí ilusionado del pabellón: aquello tomaba todo el abdomen para creer en una mejoría.

Y, sin embargo, hasta la fecha (hace poco me visitó su madre) está sano. Se ha casado y tiene un hijo.

Como se ve por esta observación, se trataba de una forma miliar y caseosa a la vez, en que no encontré líquido.

No es una forma común. Sin duda el líquido se había reabsorbido, los pequeños tubérculos se habían hecho confluentes y empezaba la caseificación.

La temperatura, la falta de fuerzas del enfermo, lo que lo obligó a guardar cama el último mes, todo revelaba que empeoraba; de modo que, desde el punto de vista clínico, puede decirse que se desvió esta marcha hacia la mejoría.

Es cierto que hay un treinta por ciento, según estadística de Borehgrevink, que cita Moynihan, que sana espontáneamente, pero los hechos expuestos me hacen creer que eso no ocurriría en el caso de mi referencia.

En el SEGUNDO caso se trata de una enferma de 18 años, a quien ví a fines del año 1923, en compañía del Dr. Ugarte Jimenez, y que presentaba en el momento de mi exámen, un cuadro de obstrucción aguda del intestino: vivos dolores abdominales, vómitos porráceos, gran meteorismo, pulso frecuente. Como historia de la enfermedad, relató su familia que el año 1910, en Milán, había tenido la paciente enflaquecimiento, sensibilidad en el abdómen, y aumento de volumen de éste, síntomas que un profesor de aquella ciudad interpretó de peritonitis tuberculosa, por lo que fué la enferma a un sanatorio suizo donde se le trató con helioterapia. Después, de ésto, la enferma se sintió bastante bien, pero desde un año antes que yo la viese, sufría frecuentemente de meteorismo, de vómitos, de lijeros dolores abdominales fenómenos todos que pasaban con algunas horas de reposo en cama, y con fomentos calientes.

Contaba también la enferma que había períodos en que tenía diarreas profusas que duraban 8, 10 o más días, que la dejaban muy extenuada. Una semana antes de mi consulta con el Dr. Ugarte, había terminado el último período de diarrea.

Como el ataque de obstrucción al que yo asistí era más prolongado y violento que los anteriores, propuse una intervención con el diagnóstico de adherencias consecutivas a peritonitis tuberculosa. Hice una laparotomía media, que se prolongaba cuatro traveses de dedos por arriba y por debajo de la cicatriz umbilical y encontré las asas del yeyuno e ileon distendidas. Rompí una infinidad de adherencias y encontré que una de las asas del ileon estaba adherida por un viejo proceso fibroso al asa sigmoidea y al separarla con todo cuidado, constaté que había una comunicación entre ambas. Los bordes mucosos de esta comunicación eran mamelonantes, de tal manera que me imaginé que debe haber habido períodos en que tal comunicación se obstruía alternados con otros en que se abría, dando lugar a la diarrea de que se quejaba la enferma. Suture las paredes intestinales y cerré después la pared abdominal en tres planos.

Las consecuencias de la operación fueron muy sencillas y la enferma se mantuvo muy bien hasta el mes de Setiembre de 1928, época en que llegó nuevamente a mi consultorio con ligeros dolores abdominales más acentuados al nivel de la fosa iliaca izquierda. Como el budín escrementicio era más delgado que normalmente, le hice una rectoscopia en compañía del Dr. Kuschel y como se constatará una ligera estrechez del lumen intestinal se tentó un poco de diatermia (20 sesiones de 15 minutos) antes de hacer dilataciones. Parece que ésto le hizo bastante bien, pues hace poco la enferma me comunicó que se sentía en espléndidas condiciones.

Como se ha podido deducir de esta observación, se trataba de una forma de peritonitis tuberculosa ascítica que había sanado es-

pontáneamente por el proceso fibroso. Pero se puede ver también, que hubo de todos modos necesidad de intervenir para romper el tejido fibroso y para corregir el curso de la circulación intestinal. En esta sola enferma se encuentran reunidas dos complicaciones graves, que trae consigo una peritonitis tuberculosa, una obstrucción por bridas y una perforación por caseificación.

El tercer caso se refiere a una joven de 22 años, que desde Junio de 1928 se empezó a sentirse mal, con decaimiento, inapetencia dolores abdominales vagos y temperatura. La vió un colega que no conozco y diagnosticó un paratífus, hasta que en Setiembre la examinan otros dos colegas, porque la enferma tiene ataques de vómitos, dolores abdominales más vivos, gran angustia. Constataron una masa del tamaño de un útero grávido de cuatro meses en el hipogastrio. Creyeron que se trataba de algún quiste en torsión o supuración e intervinieron, incindiendo la pared abdominal en la parte más prominente del tumor.

Les fue imposible separar el peritoneo, de modo que al incidir la vaina posterior del recto, cayeron en una cavidad de la cual salió un líquido espeso, oscuro, color de cocoa, como esos exudados en los que hay sangre modificada. No pudieron en realidad penetrar a la gran cavidad; cerraron imaginándose que se trataba de algún cisto-adenoma maligno o de un sarcoma con su centro en necrosis, y prescribieron radioterapia profunda.

La enferma siguió peor; los vómitos aumentaron así como los dolores; la temperatura persistió, la alimentación se hizo más y más escasa a tal punto que la enferma se hallaba en verdadera caquexia.

El 20 de Diciembre la veo en junta con uno de los colegas que operaron. El peristaltismo vivísimo que se dibujaba bajo la delgada pared abdominal, además del meteorismo y de los vómitos, me llevaron a aconsejar una intervención con el objeto de vencer la obstrucción existente.

Se practicó el 26 de Diciembre y ayudé al citado colega. Incisión supra-umbilical media combinada con una transversal en que seccionamos el recto en la unión de su tercio superior con el medio (recto izquierdo) despegamiento de adherencias que nos obstaculizaban el paso, liberación laboriosa de asas del delgado sumamente distendidas hasta llegar a otras muy atrésicas de modo que insistí en la necesidad de anastomosar una de ellas con otra de las dilatadas, para restablecer la circulación intestinal y aconsejé ésto porque no fue posible saber donde estaba el sitio preciso de la obstrucción más distal.

La anastomosis se hizo en un solo plano por puntos separados de medio en medio centímetro. En cuanto a la masa que se palpaba estaba constituida por asas aglutinadas por el caseum.

La intervención fué larga y temí por la suerte de la paciente. Se cerró sin drenaje. Consecuencias operatorias benignas. De-

saparación total de los síntomas de obstrucción; aumento de 12 kilos en pocos meses.

Se envió un trocito de epiplón al profesor Croizet quien diagnosticó tuberculosis peritoneal.

Es el descrito una caso muy instructivo. Nos revela como es difícil con frecuencia, sentar un diagnóstico entre un tumor maligno y una tuberculosis caseosa y quística aún teniendo en las manos una pieza anatómica; y nos confirma también en el concepto de que el cirujano puede mucho aún en enfermos de cuya suerte se desespera.

Tal vez la temperatura, que ya se presentó en Junio, debió haber inclinado el diagnóstico hacia una tuberculosis. Es cierto que un quiste ovárico o hidatídico supurado pueden dar fiebre; pero ésta aparece en una persona en que el estado general no se halla alterado, sino en el que es bueno. En nuestro caso hubo primero decaimiento general, enflaquecimiento después, fiebre más tarde y una masa abdominal por fin.

Pero la enseñanza más importante que a mi entender puede deducirse de este caso, es que para alcanzar algún resultado es preciso exponer la mayor parte de la cavidad abdominal al aire y a la luz. En esta enferma, que se hallaba en condiciones menos malas en Septiembre, no se obtuvo ninguna mejoría con la operación; mientras que en Diciembre, en un estado pésimo, se alcanzó el resultado brillante de que he dado cuenta, porque el operador, que fué el doctor Johow, procedió con destreza, realizando una intervención bien terminada.

El 16 de Diciembre del año próximo pasado, ingresó a mi servicio una enferma de 20 años de edad que había tenido un aborto el año anterior y que desde comienzos de Diciembre tenía dolor abdominal generalizado, vómitos y diarrea. Al examen físico, constaté un abdomen globuloso, tenso, muy meteorizado y con macidez en el hipogastrio; había dolor y defensa a la palpación de todo el bajo vientre; y un poco a la derecha de la línea media, se apreciaba una masa ovoídea que subía desde la pelvis hasta unos cuatro traveses de dedos por encima de la arcada pubiana. Esta masa daba macidez también, de tal manera que se hizo el diagnóstico el día mismo del examen de una peritonitis tuberculosa, y nos basamos para establecerlo, en que antes de iniciarse los fenómenos abdominales agudos, había una historia de varios meses de pérdida de apetito, de diarreas frecuentes, de enflaquecimiento y de fiebre. En estas condiciones preparamos la enferma y el 30 de Diciembre practiqué una laparotomía infra-umbilical media. Al incidir el peritoneo parietal, me di cuenta de que estaba muy adherido a la masa que ya la palpación nos había permitido descubrir. Pude sin embargo separarlo, puse un trocar y salió un líquido muy claro y transparente, a tal punto que al verlo manifesté a los ayudantes y a los internos que mi diagnóstico era errado, porque ese líquido correspondía más bien al de un quiste hidatídico, que al de una peritonitis. Vaciado el saco se desgarró y al pretender desprenderlo pude ver que su membrana in-

terna estaba constituida por una sustancia gelatiniforme, blanquecina, muy semejante también a la membrana proliferante de una hidatide.

Cuando ya lo pude exteriorizar, se me presentaron las asas del delgado, cubiertas de tubérculos característicos.

Siguió unos dos a tres días bien, pero el 6 de Enero falleció.

Se hizo la necropsia y se encontró un derrame fibrino-hemorrágico en la pleura izquierda; adherencias muy firmes del vértice pulmonar izquierdo; intestino delgado y grueso sin lesiones de tuberculosis en sus paredes propias; tuberculosis miliar generalizada en la gran cavidad abdominal y salpingo-óforitis crónica de ambos lados con zonas en plena caseificación y con otras en que los tubérculos que tomaban todo el espesor de la trompa eran clásicos.

En el momento de la operación tomé en un tubo esterilizado unos 100 gramos de líquido enquistado para que se hiciera una inyección en el cuy; me avisaron a fines de Febrero que la inoculación había sido positiva de tuberculosis.

Este caso es también sumamente instructivo y nos revela que la tuberculosis ha entrado a la cavidad peritoneal por los órganos genitales. Así lo confirmó la autopsia que fué hecha con toda minuciosidad y de esta manera lo sospechábamos, porque habíamos encontrado alrededor de esos órganos, tejido fibroso perfectamente organizado, el que es nada más que la fase final de un proceso de defensa orgánica; mientras que en la parte alta del abdomen sólo encontramos tubérculos miliares, que representan la fase inicial.

Ya podía de los otros tres casos, hacerse la misma deducción: el hecho de haber mejorado aquellos tres primeros enfermos inmediatamente después de hecha la laparotomía, nos revelaba que el intestino estaba indemne y que las perturbaciones como la diarrea partían de una irritación peritoneal. Es cierto que en uno de mis casos había una fistula ileo-sigmoidea; pero seguramente se ha tratado de una masa caseosa que los ha aglutinado y que los ha perforado desde el peritoneo hacia la mucosa.

Este proceso se observa también en otros inflamatorios; hace pocos días he acompañado al Dr. Vargas Salcedo en una intervención en que a consecuencia de una pelvi-peritonitis se había producido una fistula entre una asa del delgado y la vejiga.

El haber encontrado un proceso miliar en la parte alta del abdomen de la enferma de la tercera observación y tejido fibroso en la parte baja, me hace pensar que también la puerta de entrada de esa lesión ha estado en la pequeña pelvis.

Se considera por Keen, los Mayo, Moynihan y otros, que es la trompa de Falopio el órgano más predispuesto a iniciar la tuberculosis abdominal, por la serie de procesos congestivos que sufre fisiológicamente y que la preparan para recibir estados infecciosos de la circulación, aunque sean de virulencia tenue.

En el hombre parece que la infección se hace por los ganglios mesentéricos, que se reblandecen y se vacían en el peritoneo o que son llevados por los linfáticos mismos en marcha recurrente.

De ordinario se habla de tres y aún de cuatro tipos de tuberculosis peritoneal: a) la ascítica o miliar; b) la fibrosa y c) la supurativa o caseosa. En las fibrosas incluye Moynihan las quísticas.

Como se ha expresado, me parece por lo que se ha podido ver en los cuatro casos descritos, que la forma es más bien un período de la afección y no una modalidad. Las operadas precozmente tienen forma ascítica miliar; después caseosas, cuando las defensas orgánicas no han sido suficientes para organizar un tejido fibroso; pero fibrosa cuando han sido más activas y eficaces.

¿Debe siempre operarse la peritonitis tuberculosa?

Naturalmente en los casos en que es sólo una manifestación de una tuberculosis generalizada no puede pensarse en una intervención; pero los autores, desde el tiempo de Spencer Wells (1862) y de Könhig (1884) están de acuerdo en que la peritonitis miliar ascítica beneficia enormemente con la simple laparotomía.

Wunderlich, citado por Moynihan, en una serie de 344 casos da una mejoría de más de tres años en el 70% y Margaracci, también mencionado por Moynihan, da un 80% de curaciones en 250 laparotomías hechas en Italia; y Adossides da un 75% en 405 operaciones, mientras que Rose, citado por Keen, que ha investigado un considerable número de casos tratados médicamente, dice que sólo un 30% han sanado.

Casi todos los autores piensan que en las peritonitis caseosas y fibrosas no se obtienen resultados benéficos con la intervención. Yo me atrevo a presentar a consideración de Uds. estos cuatro casos decir que probablemente se ha ido muy lejos en aconsejar la abstención en otros semejantes.

Y oso hacerlo, porque han desaparecido los síntomas en tres de ellos, a pesar de que no pude destruir todos los obstáculos que el tejido caseoso y fibroso oponían a la circulación intestinal, y a pesar también de que las masas caseosas que encontré en los casos primero y tercero quedaron dentro del organismo, puesto que ninguna de ellas fué eliminada, y en plena evolución como lo demuestran temperatura y otros síntomas.

He querido reunir estas observaciones, porque estimo que tienen algún interés desde el punto de vista del diagnóstico, ya que en dos de ellas se hizo una confusión con otros cuadros clínicos, y seguida para oír opiniones más ilustradas que la mía, que se refieren al tratamiento de las formas caseosas y fibrosas de esta afección.

Sé muy bien que la helioterapia mejora mucho tal condición pero creo que la cirugía puede también procurar un considerable beneficio.

Discusión:

DR. GREENE.—Encuentro de gran interés el trabajo que trae el Dr. Guzmán, sobre peritonitis tuberculosa. Me voy a referir en primer término a las tres primeras observaciones, en que se trataba de la forma fibro-adhesiva y que había producido fenómeno de obstrucción intestinal en las dos últimas. La intervención que permitió levantar estos obstáculos para permitir que el contenido intestinal circulara en debida forma, fué desde luego de gran impor-

tancia para la mejoría de estos pacientes y es precisamente en estos casos, de forma fibrosa o adhesiva, con fenómenos de obstrucción, cuando se obtienen los mejores resultados con la intervención quirúrgica.

No sucede igual cosa en la forma ascítica, donde todos conocemos, los buenos resultados que se obtienen con la operación.

Pero quiero referirme especialmente, a la última obs. del Dr. Guzmán en que llama la atención sobre la lesión tuberculosa de los órganos genitales femeninos, como foco primario en la peritonitis tuberculosa. Recuerdo que sobre este hecho, llamaba la atención en la Sociedad de Cirugía el año 1923, declarando que en los casos de peritonitis tuberculosa, en la mujer, deberíamos pensar más a menudo en una afección de igual naturaleza de sus órganos genitales internos, ya que de éstos partiría la infección al peritoneo en un gran número de casos.

También hacía notar, en esa ocasión que la infección tuberculosa de los órganos genitales femeninos podía efectuarse a su vez de otro foco primario del organismo, ya fuera por vía sanguínea (pulmón) o también por vía linfática o por continuidad de otro órgano afectado de la cavidad abdominal (ganglios caseificados del mesenterio).

En aquel entonces el que habla y más tarde, en su Memoria de Prueba, el Dr. Vargas Molinare, abogábamos por la extirpación del foco primitivo, (útero y anexos, o simplemente anexos) como un factor de suma importancia en el tratamiento de la tuberculosis peritoneal, hecho que creo no se tomaba antes muy en consideración entre nosotros, cuando se trataba de peritonitis tuberculosa de origen aneural.

Pero debo de dejar constancia que como medio de obtener los mejores resultados en estos casos (además de extirpar el foco primitivo) es asociar al tiempo quirúrgico el tratamiento médico (reposo, alimentación, tónicos, generales, helioterapia) antes y después de la intervención.

Si se logra mejorar el estado general y local de la paciente, antes de la intervención, tendremos mayores garantías de poder llevar a feliz término la operación radical, o sea la extirpación del foco.

DR. MÖNCKEBERG.—Estima que en lo que se refiere al tema en cuestión no conviene quizás dar fórmulas estereotípicas. No cree que siempre sea necesario agotar el tratamiento médico antes de intervenir quirúrgicamente. Por lo demás hay casos en los que ciertos medios médicos, (la helioterapia) están contraindicados o son peligrosos, como aquellos en que hay temperaturas constantes elevadas.

Cree que no es fácil en todos los casos seguir el consejo que da el Dr. Greene, en el sentido de extirpar siempre en la intervención el foco de origen, sobretodo si este es genital, pues se forma de ordinario tal masa de adherencias que resulta imposible llegar a los genitales sin exponer a la enferma a graves peligros por desgarros intestinales.

Cree, por fin, que la gravedad intensa de la enferma no contra-

indica la intervención pues ha visto casos gravísimos que evolucionaron rápidamente a la mejoría poco después de la operación. Todos los casos con ascitis deben operarse.

DR. SIERRA.—Desde hace años, se ha operado esta clase de afección, en la Clínica del Prof. Barros Borgoño. Los italianos tienen los resultados mas brillantes, asociando a la laparotomía, la helioterapia. Es partidario decidido de la operación en la mayoría de los casos. En la peritonitis tuberculosa de origen anaxial debe extirparse la trompa, ya que en esta afección el pabellón de la trompa permanece abierta.

DR. IBARRA.—En apoyo de la opinión de los Drs. Sierra y Mönckeberg me voy a permitir recordar un caso cuyo tratamiento dirigí por algún tiempo. Se trataba de un febricitante que había llegado a una insuficiencia renal y presentaba aumento de volumen de ambos riñones que hicieran pensar en un riñón poliquístico doble. Se pensó también en un quiste hidatídico supurado.

Operado por el Dr. Navarro se encontró una masa en la retrocavidad de los epiplones que se consideró neoplasma. Extraído un ganglio, se trataba de un proceso tuberculoso a este enfermo se le hizo todo el tratamiento médico que indicó el Dr. Greene sin ningún resultado. Este mismo tratamiento después de la operación lo ha mejorado bastante considerándolo su familia casi sano.

DR. NAVARRO.—Efectivamente yo intervine en el caso a que se refiere el Dr. Ibarra y encontré en ese caso un plastrón en la cavidad posterior de los epiplones, constituido por una tuberculosis fibro-adhesiva y que tomé por un tumor maligno. En realidad he sabido que el enfermo no está bien, no ha beneficiado mucho de la intervención.

Como lo han manifestado los colegas, los casos menos favorables para la intervención son las formas fibrosas o fibro-ulcerosas.

Infeción quirúrgica gonocócica de la piel

(Auto-observación)

DR. JUAN GANDULFO

Presentamos este caso a la Sociedad de Cirugía, por juzgarlo de interés, a causa de dos motivos principales: a) Es el primer caso de que tenemos noticia en nuestro país; b) se intentará la preparación de un suero con este germen en el Instituto Bacteriológico de Chile.

Antecedentes.—Charles C. Norris, Instructor in Gynecology, de Pensilvania en su obra *Gonorrhoea in Women*, editada en 1913, da datos muy interesantes sobre las lesiones gonocócicas de la piel. En 1872, Pedoux hizo la primera presentación a la Sociedad Médica de los Hospitales; en 1909, Fiessinger relató 16 casos; Widal, Chauffard,

Gougerot, Pugh y una veintena de autores han descrito casos aislados; pero sin llegar a demostrar la existencia del germen en la lesión, la mayoría de ellos. Esto se debería, según Baermann a que el gonococo aparece y desaparece rápidamente del sitio de la lesión, porque la piel es mal terreno para el cultivo y sólo se encontraría predispuesta para él en ciertas condiciones: sudores, suciedad, confinamiento en cama, sedentarismo, uso de medias de goma y aplicación de vendas de Bier. La preñez, el puerperio y la infancia favorecen la infección gonocócica de la piel, la cual se presenta generalmente cuando hay: septicemia, piohemia, tendo-sinovitis, artritis, endocarditis y eczemas de repetición. En estas condiciones se producen cuatro tipos principales de lesiones cutáneas: a) *Eritema simple*; pequeñas elevaciones papulosas rojas del tronco, brazos y caderas parecidas a las del tífus; b) *Urticaria o eritema nodoso*, nódulos redondos u ovales que infiltran el celular subcutáneo, c) *Bulas o erupciones hemorrágicas*; d) *Hiperqueratosis*, en la planta de los pies, palma de las manos y contornos de las uñas. Además podemos encontrar en casos de asociación con estafilo y estreptococos: *úlceras*.

La literatura médica registra casos aislados de heridas infectadas de gonococos: Meyer y Young en una artrotomía; Welander en una enucleación del ojo; Bagnisky en una lesión del cordón umbilical; Emery y Sabatier en una clavadura con astilla que sufrió una mujer portadora de una bartolinitis, West, en una laparotomía por salpingectomía gonocócica y Sefert en el vaciamiento de un absceso mamario.

Schoeber relata el caso de un enfermero que curando una conjuntivitis gonocócica se infectó el dedo índice, produciéndose una necrosis de la epidermis, después una ulceración con presencia de diplococos Gram negativos; luego un flegmon del antebrazo, septicemia y muerte. Liebe vió en un niño de 4 días, un panadizo purulento del pulgar derecho, que luego se propagó a las extremidades y al tronco, dando pústulas múltiples en las cuales se encontraron diplococos Gram negativos semejantes al Neisser; la madre era portadora de una uretritis gonocócica. William Fulton, Kingsbury y Hristu de Budapest han relatado casos semejantes con comprobación bacteriológica y positividad de la reacción de desviación del complemento. En el otoño de 1928 un médico que curaba a un enfermo con uretritis gonocócica con edema del prepucio y ligera linfangitis dorso peniana, se infectó una pequeña herida del dorso del pulgar derecho. 30 horas después se instaló una linfangitis del brazo y posteriormente aparecen pequeños abscesos del pulgar y eminencia tenar, que incindidos, dan diplococos semejantes al Neisser. Algunas semanas después, presenta compromisos de algunas articulaciones con temperaturas hasta de 40°. Todas las pruebas de laboratorio, demostraron que se trataba del gonococo de Neisser.

En la revista de Información Terapéutica (N.º 4 de Abril de 1930) el doctor M. Vajiser relata una auto observación: pústula del 4.º dedo de la mano izquierda; hipertermia; edema inflamatorio de la mano y antebrazo y linfangitis. La infección la contrajo tratando blenorragicos y curó con 3 inyecciones de vacuna antigonocócica.

HISTORIA CLÍNICA.—J. G. G., 34 años, cirujano.

Antecedentes.—No es fumador ni bebedor. Varicela y coqueluche en la primera infancia. A los 10 años, tifoidea. A los 22 años, apendicitis aguda; apendicectomizado. A los 32 años, tonsilectomía bilateral por amigdalitis crónica. Venéreos negativos.

El padre murió de septicemia. La madre vive y tuvo una septicemia a consecuencia de una herida del cuero cabelludo.

Tiene 5 hermanos, de los cuales 4 han sido apendicectomizados por apendicitis aguda. El mayor de éstos, tuvo una septicemia gonocócica como complicación de una uretritis.

Enfermedad actual.—El 31 de Abril de 1930, pinchazo con aguja quirúrgica al saturar la pared abdominal de una enferma operada con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, en la cual la exploración genital no reveló nada y se encontró una peritonitis fibrino-purulenta generalizada con placas hemorrágicas del intestino, cuyo origen no se pudo precisar. La enferma falleció al día siguiente y la autopsia dió como resultado: septicemia. Focos necróticos hemorrágicos en todo el intestino delgado. Peritonitis fibrino-purulenta generalizada. Herida de laparotomía mediana supra e infra-umbilical parcialmente suturada y drenada. Apendicectomía con hematoma subseroso a nivel del muñon. Degeneración granular del miocardio. Esplenitis degenerativa congestiva. Pleuritis fibrosa adhesiva parcial doble. Ligera congestión pulmonar. Degeneración granulo-grasosa del hígado. Congestión y pequeños focos de esclerosis del parénquima renal. Hipertrofia tiroidea parenquimatosa. Paquimeningitis fibrosa-adhesiva parcial externa. Adiposis generalizada. Pequeños quistes del ovario izquierdo. (Prof. Croizet).

La herida quirúrgica del cirujano cicatrizó a las 48 horas; pero al tercer día, el dedo herido (medio de la mano izquierda) se congestiona y se pone doloroso. Al cuarto día, aparece edema del dorso de la mano y del antebrazo, con una intensa linfangitis que alcanza hasta la axila de ese lado. Al dolor se agrega malestar general y temperatura hasta 38°. Todas estas manifestaciones desaparecen al 7.º día con reposo, revulsión local y debridación del punto herido.

Al 10.º día, a raíz de una nueva intervención en que participó el cirujano, reaparece la sintomatología anterior y se forma un absceso del tamaño de una arveja en la cara dorsal del dedo medio, en la unión de la segunda con la tercera falange, el cual al ser incindido al onceavo día da salida a un pus amarillo rojizo cuya siembra en caldo fué estéril y en agar dió colonias al 7.º día, el aspecto macroscópico y examen microscópico, hechos por el laboratorista de la clínica del profesor Sierra, señor Acuña, eran en todo semejantes a las del gonococo. La lesión tomó un aspecto chancriforme: úlcera de bordes levantados, fondo rojo, sembrada en contorno de pequeños trayectos por los cuales salía un pus blanquizco filamentosos (como se puede observar en la fotografía adjunta) Se envió una muestra del cultivo al Dr. Liborio Moraga, profesor de Bacteriología de la Universidad de Concepción, para que hiciera la identificación del germen en el Instituto Bacteriológico de Chile.

La ulceración cicatrizó al cabo de 4 semanas, con curaciones de

permanganato porfirizado alternadas con baños locales de solución de permanganato y sesiones de helioterapia progresiva. Ha dejado una cicatriz dura, fibrosa, en la cual se vé por transparencia en la actualidad un pequeño cuerpo extraño de color negro (¿trozo de acero?) permeable a los rayos X.

El informe del Dr. Moraga fechado el 13 de Mayo de 1930 dice lo siguiente, muestra recibida del Dr. Acuña: dos tubos de agar-ascitis con colonias de aspecto transparente, pequeñas, redondeadas,



húmedas, de bordes delgados y azulejos, no adherentes, de consistencia ligosa. Al microscopio se ven de bordes ligeramente irregulares, con superficie accidentada.

Cultivos: se desarrollan lentamente en medios albuminosos. Medio óptimo: gelosa-ascitis mejorada con sangre de conejo defibrinada. En este medio da colonias abundantes, que se hacen confluentes a las 48 horas.

Fermentaciones: fermenta solamente la glucosa en medios sólidos, albuminosos tornasolados.

Examen microscópico: cocos aislados, diplococos y grupos irregulares. Gram negativos.

Diagnóstico bacteriológico: gonococo.

Control: gonococo tipo Ch. standard.

Diagnóstico serológico.

Reacción de aglutininas—No se hizo

„ „ precipitinas—No se hizo

„ „ sensibilicinas—No se hizo.

Nota. Se preparan sueros específicos.

Diagnóstico diferencial.

1.º Meningococos: fermentan glucosa y maltos.

Micrococcus catarrhalis: no fermenta los azúcares.

Micrococcus cinereus: no fermenta los azúcares.

Diplococcus sicus: fermenta glucosa, maltosa y levulosa.

Diplococcus flavus I: fermenta glucosa, maltosa y levulosa

„ „ II: fermenta glucosa, maltosa y levulosa.

„ „ III: fermenta glucosa y maltosa

Posibilidad de causal etiológica: no hay datos sobre examen directo del pus para apreciar posible asociación microbiana.

No hay cultivo en anaerobiosis con el mismo objeto.

No hay datos sobre virulencia con los primeros cultivos.

(Firmado) Dr. L. Moraga.

Conclusión: Creemos que la historia clínica recién relatada, corroborada por el examen bacteriológico, establece que se ha producido un caso de infección gonocócica de la piel en Chile.

Discusión

DR. IBARRA:— Felicita al Dr. Gandulfo por su interesante observación, ya que es la primera que conocemos entre nosotros.

Se trata de una afección muy rara. En la literatura extranjera no ha encontrado nada al respecto, salvo una observación semejante a la del Dr. Gandulfo que ha leído en la obra de David Thompson, publicada en 1924.

La lucha contra el cáncer en la República Argentina

DR. LUIS VÁRGAS SALCEDO

Celebro por haberme inscrito para hablar de la lucha contra el cáncer en el país vecino sobretodo después de las presentaciones de enfermos que nos ha hecho el Dr. Guzmán y de las vibrantes palabras del Dr. Sierra relacionadas con el abandono absoluto en que nos encontramos en esta materia que hace que los cancerosos lleguen a nuestras manos en el período final de la enfermedad, sin encontrar generalmente una cama de Hospital.

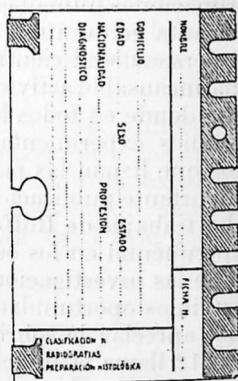
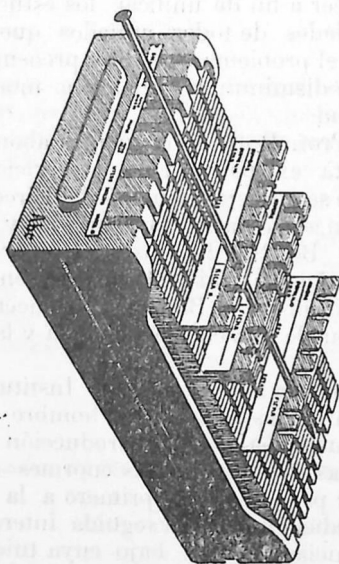
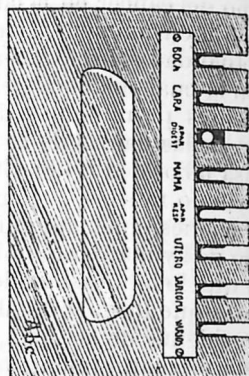
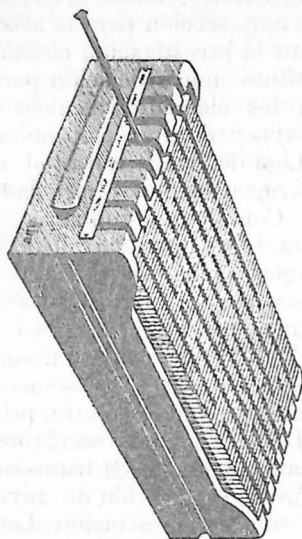
En la Argentina se ha organizado desde hace más de 8 años una campaña científica, social y sistémica para combatir el cáncer que tiene como centro e inspiración el Instituto de Medicina Experi-

mental que dirige el incansable Dr. Angel Roffo. Estas actividades se concretan en un Instituto que tiene una sección para la asistencia social de los enfermos y otra para la investigación científica. Existe además en conexión con el Instituto una Asociación para el estudio del cáncer en la cual colaboran los elementos técnicos y se reúnen mensualmente para oír los trabajos y discutir los problemas de actualidad sobre cancerología; una Liga de Lucha contra el cáncer en la cual colaboran elementos heterogéneos de la Sociedad como gentes prominentes de la Banca, Comercio e Industria, y la ayuda de las damas de la Sociedad. Esta Liga, ha desarrollado una intensa labor de divulgación en los colegios y oficinas públicas distribuyendo folletos, volantes y afiches y dando conferencias con ilustraciones cinematográficas. Ha sido además un poderoso elemento de ayuda para la obra del Prof. Roffo en su aspecto financiero ya que le ha obsequiado uno de los Pabellones de asistencia de mujeres que lleva el nombre de Helena Larroque de Roffo, primera Presidenta de la Liga, esposa del Dr. Roffo, desgraciadamente muerta prematuramente antes que alcanzara a ver los frutos de la obra a la cual contribuyera con su talento y abnegación de investigación. Por último se ha organizado una Confederación Latino Americana para el estudio del cáncer a fin de unificar los esfuerzos y aprovechar de las luces y actividades de todos aquellos que trabajan en los países americanos en el problema que hoy preocupa a las agrupaciones humanas a fin de disminuir la prematura mortalidad de tanta gente útil a la sociedad.

La personalidad científica del Prof. Roffo se encuentra abonada por una incansable actividad puesta exclusivamente al servicio del Instituto donde en todos los detalle se advierte la mano del Director. Sus estudios experimentales en cancerología son tan variados y numerosos que llenan las páginas del Boletín del Instituto que es ya una importante publicación con 5 años de vida (1) Sobresalen de entre los trabajos de Roffo los dedicados a la Biología y cancerología experimental en los cuales se puede apreciar la disciplina y la seriedad de las investigaciones.

Tuvimos oportunidad de pasar toda una tarde en el Instituto y pudimos apreciar la sobriedad y la modestia de aquel hombre que desde 1912 llama la atención por sus trabajos de reproducción del cáncer experimental en ratas blancas. Nos explicó las enormes dificultades que ha habido que vencer para interesar primero a la Sociedad a fin de fundar el primer Pabellón para en seguida interesar al Gobierno y a la Facultad de Ciencias Médicas bajo cuya tuición está hoy el Instituto. «No puedo negar, nos dice el Dr. Roffo que el público ha sido benévolo y generoso con nuestra obra; allí tienen Uds. el Pabellón «Emilio Costa» donado por la ilustre dama doña Francisca Boero de Costa que nos hizo el obsequio especificando que deseaba un pabellón para investigaciones científicas y experi-

(1) El Boletín N.º 22 de 1929 tiene 824 páginas con un sumario nutrido en el cual se puede ver diez trabajos en los cuales colabora Roffo. Durante los años 1925-26 y 27 ha publicado Roffo solo o en colaboración con sus ayudantes, 87 trabajos sobre biología, cáncer experimental, anatomía patológica, diagnóstico, clínica, tratamiento, radiología, estadística y varios.



mentaciones como un homenaje a la memoria de su hijo arrebatado por el terrible flajelo. Tenemos una larga lista de personas que han dado sus donaciones al Instituto y es para corresponder a esa confianza de la Sociedad y del Gobierno que nos esforzamos cada día en aliviar los sufrimientos de los cancerosos, estudiar y especular con la ciencia a fin de buscar la causa y el remedio preventivo y curativo».

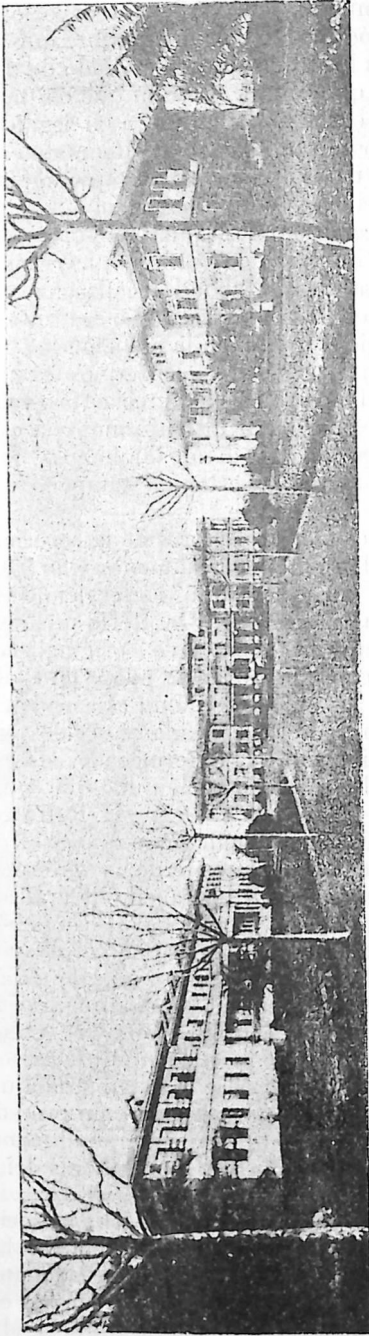
Pasamos a visitar el Instituto, principiando por los Laboratorios de microbiología, fisiología y cultivos de tejidos y no obstante de ser

día de semana santa encontramos a cada trabajador en su sitio. El Dr. Roffo nos muestra con verdadera devoción algunos tubos con la reacción biológica que lleva su nombre que ya se ha popularizado y que según los informes que ha recibido de diferentes Laboratoristas puede decir que es una reacción que da un 86% de probabilidad en los cánceres ocultos. Nos muestra en seguida algunos conejos en los cuales ha podido producir experimentalmente con el humo leucoplasias en las encías y lengua; después algunas preparaciones microscópicas de cultivos de tejidos; en el Museo pudimos admirar una abundante colección de piezas anátomo-patológicas y los muros cubiertos por una infinidad de gráficos que permiten apreciar la morbilidad cancerosa, su mortalidad, localizaciones de los tumores, mortalidad del cáncer de la mama entre argentinos y extranjeros, etc. Entre estos gráficos nos llama la atención los que se refieren a los cuadros comparativos entre los enfermos examinados en los años 1924-25-26, en donde se puede apreciar las variaciones del tiempo que han dejado transcurrir los enfermos con cáncer hasta ver al médico por primera vez y en donde también se puede apreciar la influencia que ha tenido la sostenida campaña de divulgación en el pueblo.

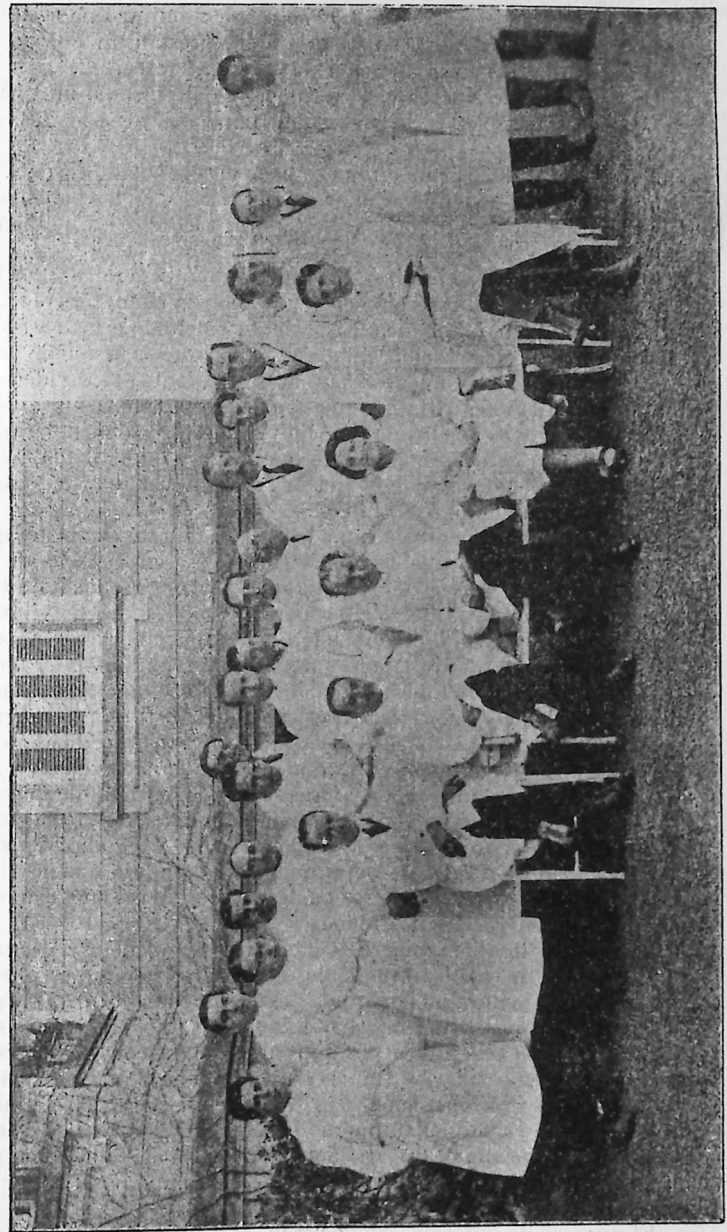
La Biblioteca con 3180 libros de la especialidad, 204 revistas y 3,458 fichas bibliográficas y resúmenes y 25,570 fichas de enfermos que han pasado por el Instituto. El servicio de fichaje de los enfermos de cáncer ha merecido al Dr. Roffo una atención especial y ha ideado al efecto un dispositivo original con un sistema de cajas en donde con una varilla se puede en cualquier momento sacar las fichas de los enfermos de un cáncer determinado. En la Secretaría se nos proporcionó circulares, folletos y afiches para la campaña de ilustración sobre la enfermedad y sus peligros. Entre estos folletos nos ha llamado la atención uno que se titula «Lo que debe saberse sobre el cáncer por el Dr. A. H. Roffo», que es una publicación corta y bien documentada de lo que es el cáncer, su etiología, el cáncer en animales, iniciación de la enfermedad, su desarrollo, mortalidad y tratamiento acompañado de gráficos y fotografías.

Con respecto a la labor técnica de este pabellón de investigaciones, nos agrega el Director, hemos establecido una rigurosa disciplina para el trabajo en los Laboratorios, no sólo para la seriedad y control de las investigaciones sino también para con el personal, al cual le exigimos la completa consagración a las tareas de nuestro Instituto. Lo que les expreso, lo encuentran Uds. especificado en este folleto reglamentario que dice: todo tendería a un alto fin y que todos estamos obligados a no pensar y a no proceder sino de acuerdo con la preocupación científica y el móvil humanitario que constituyen las fuerzas impulsoras y sostenedoras del Instituto de Medicina Experimental.

La asistencia social del canceroso ha merecido un cuidado especial para rodearlo del confort y los cuidados humanitarios a que se hace acreedor el desgraciado que sufre de una enfermedad que causa repulsión e inquietud tanto en la familia como en la sociedad. Para la solución de este problema ha contado el Dr. Roffo con la cooperación de la Liga y la generosidad ilimitada de un sinnúmero



Vista general del Instituto



Personal Técnico

de personas que han dotado al Instituto de un Pabellón especial de cien camas para enfermos, en donde se puede admirar una serie de comodidades y la asistencia esmerada que les prestan un cuerpo de nurses especializadas en la atención de estos enfermos.

Una Escuela de Nurses y la formación del personal de Visitadoras Sociales completan la previsión para las necesidades del futuro.

La asistencia de los cancerosos se hace en el consultorio externo para aquellos que pueden continuar en sus casas y en los pabellones de hospitalización, para aquellos escasos de recursos o que vienen de lejos.

En el consultorio externo se hace un examen general, extracción de sangre para el estudio serológico y una biopsia cuando es posible, para el estudio histo-patológico. El paciente es citado a las 48 horas y entonces con la observación clínica y los exámenes se puede establecer un diagnóstico. Con respecto al tratamiento, se dividen los enfermos en operables e inoperables; a los primeros, se les distribuye en las secciones de cirugía general y ginecología, otorinolaringología, vías urinarias, oftalmología, dermatología y odontología. Estos enfermos operables forman hoy día el 20% en vez del 3% que lo eran cuando se fundó el Instituto.

Los enfermos inoperables van a la sección de radio y curiterapia en donde se cuenta con buenas instalaciones y la experiencia de especialistas. La instalación de radioterapia profunda consta de tres aparatos: un neointensif de Weifar para dos plazas, un Stavilovolt potente y un Universal de Siemens lo que da un total de seis plazas. En esta sección se ha trabajado intensamente para atender todos aquellos enfermos inoperables sea cual fuere el estado a fin de hacer una experiencia. Y cual es la experiencia del Instituto, le preguntamos al Dr. Roffo. En mas de seis mil enfermos nos dice, no tenemos ninguna curación con el tratamiento radiológico exclusivo. En cambio, la radiación ante y post operatoria, nos ha dado buenos resultados, especialmente en el cáncer de la mama.

La sección de curiterapia a cargo del Dr. Capizzano, dispone en la actualidad de un gramo de radium y ha atendido una considerable cantidad de pacientes de los cuales los que mas benefician son los epitelomas cutáneos y los mucosos de la cav. bucal.

Se emplea tambien nos dice la electro-coagulación y estamos muy satisfechos hasta el presente de sus resultados porque se trata de un método sencillo que cualquier médico puede aplicar. Al llegar a este punto nos permitimos agregarle que en Chile, en nuestro servicio del Hospital San Borja, estamos trabajando con diatermia-cirugía especialmente para los tumores de la mama y que además de proporcionarnos una operación poco sangrienta evitaría la siembra cancerosa y que ya se habían operado una serie de enfermas clasificadas como inoperables que habían sido dadas de alta en condiciones satisfactorias y que aguardábamos el tiempo para juzgar de sus resultados.

El número de enfermos que acuden al consultorio atraídos por el prestigio y la constante campaña de divulgación ha llegado en el

último año a 21519 y la demanda de camas para internarse aumenta cada día mas y sería necesario doblar o triplicar las actuales para poder satisfacer la demanda. Hoy día por ejemplo, nos dice el Director, tenemos 22 candidatos para la primera cama que se desocupe

El Instituto realiza una activa obra para el diagnóstico de los tumores por medio de su Laboratorio de Anatomía Patológica y en él, fuera de las investigaciones, se han practicado ochocientos cincuenta exámenes histológicos en el último año y además se han efectuado doscientos exámenes anátomo-patológicos de biopsias y tumores enviados de otros Hospitales.

La lucha contra el cáncer en el territorio de la República se hace con la ayuda de las Estaciones Sanitarias y el país, ha sido dividido para este efecto, en cuatro zonas con los elementos necesarios para ayudar al diagnóstico como a la campaña de divulgación.

Sería de desear que en Chile ahora que se ha fundado recientemente un Instituto contra el cáncer, sus actividades no sólo se limitaran al tratamiento de enfermos sino que se extendieran sus actividades a las investigaciones científicas, a organizar la campaña de divulgación y a conseguir que cuanto antes, se habilite un Hospital especial para cancerosos.

Sesión del 28 de Mayo de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo

Asistieron: Sierra, Navarro, Doren, Pardo, Muñoz Pal, Vargas Salcedo, Rayo, Covarrubias, Coutts, Matus, Johow, Estévez, Gandulfo, Torres Boonen, Alessandrini, Guzmán, Castro, Gazitúa, Greene y numerosos médicos y estudiantes de medicina.

Acta

Se lee y aprueba el acta de la sesión anterior.

Cuenta

Se da cuenta del trabajo «Ruptura del bazo. Esplenectomía», que anuncia el Dr. Ruperto Vargas Molinare.

Siguiendo la práctica de costumbre, la Mesa Directiva nombra relator para cuando se reciba el trabajo.

El Presidente da cuenta que factores diversos han hecho que las publicaciones de los dos primeros números del Boletín no hayan aparecido con la corrección y oportunidad acostumbrada. Pide excusas por este motivo a los señores socios.

Fallecimiento del Dr. Emilio Petit, miembro honorario de la Sociedad de Cirugía

DR. FERNANDO OPAZO.—«Nuestra Sociedad está de duelo con la pérdida de uno de sus miembros de perfiles más definidos, el doctor Emilio Petit, cuyo sensible desaparecimiento nunca lamentaremos lo suficiente.

Su vida médica fué todo un ejemplo, desde las aulas universitarias donde fué el primero, hasta la cumbre más alta que es dable alcanzar a un cirujano, la cátedra de Clínica Quirúrgica, un largo y hermoso camino galoneado de méritos. Así le vemos muy joven asumir las responsabilidades de la asignatura de Patología Quirúrgica, contribuyendo eficazmente a la formación de numerosas generaciones de médicos y que fué para él mismo sólido cimiento, para llegar impulsado por su fuerte personalidad al término de su carrera en la Clínica Quirúrgica. Allí le vemos revelarse como un clínico

experto, sagaz, científico, que no desprecia el activo movimiento de renovación que caracteriza a la medicina moderna; pero que con su admirable criterio, acepta la cooperación de los nuevos métodos diagnósticos, conservando en toda su integridad el valor precioso del examen clínico. Además fué un hábil y concienzudo operador.

En nuestra Sociedad, todos conocemos su obra; fué uno de los iluminados que creyó en medio de las dudas de muchos del éxito y porvenir de esta Corporación, fué de los iniciadores, cooperador activo en la redacción del estatuto que nos rige, luego ocupó la Presidencia y todavía está fresco el recuerdo de la orientación que dió a la Institución recién formada y desde un principio se manifestó como el guardián más celoso, al exigir con severidad el estricto cumplimiento de los reglamentos. ¡Magífico ejemplo que debemos imitar los que llegamos a ocupar estos puestos de honor y responsabilidad!

Parece que ayer solamente oíamos su cálida palabra, ya en la relación de sus trabajos, o en las discusiones en que participaba, destacándose en cada momento su fuerte personalidad, por la precisión del concepto, lo magnífico de su criterio, contribuyendo a dilucidar muchos de nuestros problemas.

Y como una aureola a tan nobles cualidades hacía derroche de su natural y atractiva simpatía, de su sencillez y modestia.

Propongo que enviemos a la familia una nota de condolencia.

Acto continuo a petición del Presidente, los asistentes se pusieron algunos de pie, durante un minuto, como un homenaje a la memoria del extinto.

Se acordó enviar a la familia una nota de condolencia.

Fractura del trapecio asociada con fractura de Bennett.

DR. FERNANDO OPAZO G.

Tengo el honor de relatar una observación clínica y acompañar además las placas radiográficas de una lesión traumática de la mano excepcionalmente rara. Se trata de una fractura vertical y sagital del trapecio, acompañada de otra fractura en la extremidad proximal del 1.º metacarpiano izquierdo.

El joven I. M. de 29 años, el día 5 de Mayo del presente año, iba en bicicleta a regular velocidad, cuando fué víctima de una caída sobre la mano izquierda, estando el dedo pulgar en hiperextensión y abducción forzada. Inmediatamente notó la imposibilidad de todo movimiento al nivel del dedo afectado. Al siguiente día tuve oportunidad de examinarlo y comprobé un edema marcado en la porción externa de la mano, tumefacción a ese nivel, el dedo pulgar en abducción, dolor en foco en el extremo inferior de la tabaquera anatómica y extremidad posterior del primer metacarpiano, crepitación ósea poco manifiesta, impotencia funcional del dedo afectado, con conservación de la función en el resto de la mano. Con este

cuadro sintomático formulé el diagnóstico de fractura de la extremidad proximal del primer metacarpiano. La radiografía que acompañó muestra nítidamente un rasgo vertical que divide al trapecio en dos porciones sensiblemente iguales, con desplazamiento del fragmento externo hacia afuera y además una fractura cuneiforme articular del primer metacarpiano en su extremo superior, con ligera subluxación externa.

Procedí a la reducción de las fracturas con maniobras de extensión y abducción del pulgar, además compresión directa del fragmento externo y en seguida se inmovilizó con una espica enyesada, fijando el pulgar en abducción. Veinte días después, se retiró el vendaje enyesado, se ordenó masajes, gimnasia articular y baños locales calientes.

En el momento actual, dos meses y medio después del accidente, la deformidad ha desaparecido, la función se ha recuperado casi por completo, los movimientos activos son indolores y se efectúan en su amplitud fisiológica.

Las fracturas del trapecio son extraordinariamente raras, como lo demuestran los pocos casos que se han publicado en la literatura médica.

Así, J. Tanton en su tratado sobre «Fractures» (1915) cita cuatro casos personales, además tres de diversos autores. Richard et Fèvre (Bulletins et Mémoires de Société N. de Chirurgie, pág. 1104-año 1925) presentan un caso de fractura aislada del trapecio con desplazamiento externo del fragmento principal, que comprendía casi la totalidad del hueso. a tal punto, que en un principio clínica y radiológicamente diagnosticaron luxación externa del trapecio. Posteriormente en la Société Nationale de Chirurgie, en Diciembre de 1929, E. Sorrel presenta otro caso de fractura del trapecio, asociada con fractura de la cabeza del 2.º metacarpiano y fractura de la extremidad inferior del radio. Este autor insiste en su relación sobre la poca frecuencia de las fracturas del trapecio y en su rebusca bibliográfica declara haber encontrado únicamente los cuatro casos relatados por Jean et Mouchet al Congreso Francés de Cirugía de 1919, además un caso de Manon en 1924, el de Richard et Fèvre en 1925 (ya citado) y por último otro reciente de Guillot aun no publicado.

También se refiere a la relación que hizo Immelmann al Congreso de Radiología de Berlín en 1907, en la que se estudian 4000 radiografías de la muñeca, encontrando sólo 15 casos de fractura del trapecio; este estudio es únicamente de índole radiológica.

En resumen, personalmente he reunido 12 casos publicados y estudiados desde el punto de vista clínico.

Con anterioridad al prodigioso descubrimiento de Röntgen, las fracturas de los pequeños huesos del carpo eran clínicamente desconocidas y sólo se las encontró en algunas autopsias, de modo que se las confundía con la contusión y la esguince y la radiología ha permitido conocerlas y precisar su estudio clínico.

La mayoría de los autores que han tenido ocasión de observar estas lesiones, atribuyen su mecanismo a una hiperextensión y

flexión externa de la mano, sólo en un caso se invoca la torsión (Richard et Fèvres).

En el caso que presento también actuó la hiperextensión y la abducción forzada del pulgar, que determinó tanto la fractura de Bennet (mecanismo habitual) como la del trapecio.

Respecto del tratamiento, si no hay desplazamiento acentuado de los fragmentos basta la inmovilización por pocos días (dos semanas) y después masaje, movilización y fisioterapia.

En el caso que presento se siguió esta terapéutica con resultado satisfactorio, la función del pulgar se ha restablecido aproximadamente a lo normal y no quedan secuelas dolorosas, ni de otra especie.

Si hay desplazamiento marcado, es preferible la extirpación como la han practicado varios cirujanos con resultados satisfactorios, porque los métodos ortopédicos rara vez logran la reducción y contención, dejando desórdenes funcionales de importancia.

El conocimiento de estas lesiones tiene interés considerable y trascendencia ante las leyes sociales y no es aceptable hoy, confundirlas con la contusión, la esguince, etc. porque tanto clínica como radiológicamente es posible su diagnóstico, porque tiene sintomatología propia que no debemos desconocer.

Radicotomía posterior por dolores intensos en una recidiva de un carcinoma cérvico-uterino operado 3 años antes.

DRS. CAUPOLICAN PARDO CORREA, EDUARDO BUNSTER M. Y HECTOR CRUZ M.

Desde hace algún tiempo se ha proseguido con interés en la Clínica Ginecológica Universitaria el estudio de la cirugía nerviosa en lo que se relaciona con el aparato genital de la mujer, de tal modo que contamos hasta la fecha con un número apreciable de variadas operaciones sobre el sistema nervioso efectuadas por tratar diversas afecciones dolorosas o neurotróficas, lo que nos ha permitido adquirir una experiencia propia sobre el valor de cada una de estas diversas operaciones.

Ahora nos permitimos relatar el resultado por demás satisfactorio que hemos tenido con la radicotomía posterior en un cáncer recidivado después de un WERTHEIM y que le producía intensísimos dolores a la enferma, convirtiéndole el poco tiempo que le queda de vida en un verdadero martirio. ya que las altas dosis de morfina sólo le producían un alivio muy fugaz.

He aquí nuestra observación:

A. V. F., de 38 años, es hospitalizada en la Clínica Ginecológica el 27-III-1930 (obs. 12736) por intensos dolores en el flanco y fosa ilíaca derecha con irradiaciones a la pierna del mismo lado. Estos dolores eran de tal manera intensos que la enferma pasaba el día entero en un grito de dolor, impidiéndole aún conciliar el sueño, se ha enflaquecido considerablemente. Hay leucorrea fétida abundante.

Entre los antecedentes sólo tiene importancia saber que 3 años antes había sido operada de un carcinoma del cuello uterino (operación de WERTHEIM)

Reglas normales hasta esa fecha. Seis partos normales, de los cuales uno prematuro de 8 meses; no ha tenido abortos.

Cuando comenzaron los dolores de la enfermedad actual, 7 meses atrás, se le trató con radioterapia profunda sin resultado alguno.

El examen físico nos revela una enferma muy enflaquecida, anémica.

El abdomen presenta una cicatriz operatoria mediana infra-umbilical con una pequeña hernia en su tercio medio.

Vulva con un antiguo desgarró del perineo. Vagina con prolapso de ambas paredes y en el fondo de la cual hay un anillo fibroso cicatricial que permite la entrada de un dedo.

El fondo de saco lateral derecho y parte del posterior ocupados por un tumor duro, fijo, muy doloroso y que, por el abdomen, sube hasta un través de dedo por debajo de la espina ilíaca antero-superior.

No existe el útero, ni los anexos.

Se trata, pues de una recidiva en el parametrio derecho de un epiteloma cérvico-uterino operado 3 años antes que produce intensos dolores por compresión.

Ya que por el estado avanzado de las lesiones no se podía pensar en tratamiento curativo, hubimos de limitarnos a un tratamiento médico puramente paliativo. Dosis crecientes de morfina hasta alcanzar a 0.05 gr. diarios, a más de otros anti-neurálgicos, sólo le producen un alivio muy fugaz. La vida de esta infeliz enferma es un verdadero suplicio.

Para aliviarla y que pueda terminar sus días sin grandes sufrimientos proponemos un tratamiento quirúrgico paliativo. Por ser una neuralgia extensa, con irradiación al miembro inferior y estrictamente limitada a un lado del cuerpo, la operación más indicada nos pareció la radicotomía posterior,

Antes de intervenir era necesario hacer los exámenes habituales, orina, uremia, reacción, de WASSERMANN, presión arterial corazón, pulmones y radiografía de la columna lumbar, todos los cuales no revelan nada de especial. Por último quedaba una consulta a la Clínica Neurológica y cuya repuesta fué: compromiso del plexo lumbar, aconsejamos la sección de la I, II, III y IV lumbares (raíces sensitivas).

El 30-IV-1930 se procede a la intervención bajo anestesia general etérea: radicotomía posterior, lado derecho.

La intervención fué efectuada sin contratiempos, seccionando todas las raíces sensitivas lumbares y sacras, siguiendo la técnica descrita por ROBINEAU (1). No conservamos las apófisis espinales. La evolución post-operatoria se hizo sin incidentes.

(1) M. ROBINEAU.—«Technique de la radicotomie postérieure», in VICTOR PAUCHET.—La Pratique Chir. III Fasc. III Deuxième édition. Paris, 1925. p. 7.

Desde el día siguiente de la operación la enferma pide expresamente la supresión de la morfina y de todo otro calmante, por no experimentar dolor alguno. Duerme bien. No hay trastornos esfinterianos. Sólo ha experimentado una sensación de escozor con ligero dolor, por lo demás muy tolerable y que desaparece con una pequeña dosis de aspirina.

A los seis días de operada experimenta contracciones espasmódicas dolorosas en distintos segmentos del cuerpo que se producen cuando ejecuta algunos movimientos y que ceden rápidamente a la belladona. No se han vuelto a repetir.

Se levanta a las cuatro semanas de la operación, andando al principio apoyada en una silla.

Continúa sin dolores hasta la fecha.

El tratamiento quirúrgico paliativo de los dolores intensos de los cánceres uterinos ha sido bastante estudiado en los últimos tiempos y se han propuesto numerosas intervenciones: simpaticectomías peri-arteriales, resección del nervio pre-sacro, mielotomías, cordotomías, radicotomías.

Casi todas estas intervenciones las hemos ensayado en la Clínica Ginecológica, siendo la que nos ha dado mejores resultados la triple neurotomía de *Crainicianu* (resección del nervio pre-sacro ligadura y sección de las arterias hipogástricas y resección de las cadenas simpáticas laterales sacras) (2).

En el caso particular que acabamos de relatar no nos pareció—por las razones dadas—que esta triple operación hubiera dado resultados. En efecto, se trataba de una neoplasia localizada, unilateral, condiciones que indican una radicotomía, según la opinión de Sicard (3) y de LERICHE (4).

Hay que agregar que, para que esta radicotomía sea de alguna utilidad requiere la condición de poder seccionar todas las raíces posteriores de inervación del territorio invadido por la neoplasia.

Según SICARD a pesar de cumplirse estas condiciones los resultados son a menudo precarios y la mejoría sólo transitoria.

Prefiere, en estos casos de algias de la mitad inferior del cuerpo, lo mismo que LERICHE la cordotomía lateral anterior ejecutada entre la emergencia de las raíces anteriores y el ligamento dentado a la altura del IV o V segmento dorsal.

Discusión:

DR. GUZMÁN.—Tiene mucha razón el Dr. Pardo cuando dice que es preciso, no sólo educar al público sino al cuerpo médico sobre la frecuencia enorme del cáncer y sobre la necesidad de pensar en él, y proceder a examinar debidamente los enfermos.

(2) AL. CRAINCICIANU.—«Traitement chirurgical des algies pelviennes en gynécologie. Étude anatomo-physiologique» La Presse Méd. 26 Mai 1928. P. 561.

JUAN WOOD.—«Ensayos sobre tratamiento quirúrgico paliativo en el cáncer inoperable del cuello uterino» Bol. de la Soc. de Cir. de Chile. Vol. VI. 1928. p. 220.

(3) J. A. SICARD.—«Indications de la radicotomie», in V. PAUCHET—La Pratique Chir. III. Fasc. III. Deuxième édition. Paris 1925. p. 2.

(4) R. LERICHE.—«Des indications de la radicotomie postérieure» Lyon Chir. Tome XIX. 1922. p. 647.

En mi servicio he visto cerca de cien cánceres del útero durante 1929 y sólo en seis u ocho pude penetrar a la cavidad uterina, mientras que en los demás la lesión estaba tan avanzada que no pude hacerlo, y ello debido en gran parte a que no se examinaron bien las enfermas, porque muchos piensan que todo canceroso debe ser un paciente con mal estado general, olvidándose que se mantienen estos enfermos en buenas condiciones meses y meses llegando a tomarse el estado general sólo después de ulcerado el cáncer, lo que trae hemorragias e infecciones.

Refiriéndome a la observación, es de felicitarse por el resultado obtenido por el Dr. Bunster. Tuve el año pasado un caso en que la resección del pre sacro alivió en tal forma los dolores de una pobre mujer que tenía tomada toda la pequeña pelvis, que se creyó sana y volvió a trabajar.

DR. SIERRA.—Hay casos en que se hace la sección extensa del cordón anterolateral de la médula. Son operaciones graves, que producen gran shock y casos fatales.

Recuerda la discusión de la Sociedad Real de Dublin, sobre Cordotomía. Se refiere a la relación que hacen Carlos Mayo y otros, que ponen de manifiesto, las muchas incógnitas, en lo que respecta al elemento dolor. Así, en algunos operados, en quienes han seccionado todos los nervios sensitivos del estómago en las crisis gástricas dolorosas de la tabes, no han conseguido la cesación del dolor.

Tumores óseos

(Discusión)

EL PRESIDENTE.—Siguiendo el orden de la tabla pone en discusión, el informe de la comisión sobre Tumores Óseos.

EL DR. GUZMÁN.—Anuncia un trabajo sobre esta materia.

EL DR. GREENE.—Presenta nuevas radiografías de la pierna de la enferma que trajo a lo primera sesión, con lesiones óseas de carácter sarcomatoso. Estas radiografías son más claras en el sentido de un sarcoma. En cambio nuevas radiografías del pulmón han sido negativas de metástasis en este órgano.

Se le ha propuesto a la enferma, la amputación que ha rechazado.

Se le volverá nuevamente a hacer radioterapia profunda; pero ahora con dosis mayores.

Quiste hidatídico del pulmón.

DRS. RODOLFO RENCORET D. Y ERNESTO GREENE O.

C. V. de 20 años de edad y de profesión ordeñadora, ingresa a la de Sala de San José del Hospital San Borjael 6 de Marzo de 1930. Nulípara, no presenta pasado patológico de interés.

Dice que su enfermedad actual se inicia, hace más o menos un año, con dolor cansado, de moderada intensidad, en la base derecha del tórax, molestia que la impide dormir recostada de ese lado. Este

dolor ha aumentado progresivamente de intensidad. Contemporáneamente con él aparece tos quintosa seguida de expectoración espumosa, abundante. En seis ocasiones estas crisis de tos se han acompañado de hemoptisis de sangre roja, aerada, en cantidad de 100 a 200 centímetros cúbicos. Además urticaria en dos oportunidades, enflaquecimiento, astenia y deseos de dormir.

El examen clínico del tórax pone de manifiesto: a la inspección una escoliosis dorsal de concavidad derecha; aumento de las vibraciones vocales en el tercio inferior del campo pulmonar derecho, y en el mismo sitio submacidez, que contrasta con la sonoridad exagerada de los dos tercios superiores. La auscultación sólo revela una disminución del murmullo vesicular en la base del pulmón derecho y aumento de él en el resto del órgano.

Hecho clínicamente el diagnóstico de quiste hidatídico del lóbulo inferior del pulmón derecho, se practican los siguientes exámenes de laboratorio que lo confirman. Recuento globular y fórmula leucocitaria: eritrocitos 3.836.000; leucocitos 8.800; linfocitos 32,5%; mononucleares 5%; polinucleares neutrófilos 54,5%; polinucleares eosinófilos 7,5% y formas de pasaje 0,5%; Reacción de Weimberg, positiva. Intradermoreacción de Cassoni, positiva. Radioscopia, imagen de aspecto quístico en la base del pulmón derecho. Radiografía, imagen de quiste hidatídico en la base del pulmón derecho.

El 5 de Abril se practica un neumotórax en el lado derecho inyectándosele 400 cc. de aire, con presión inicial positiva y terminal por debajo de cero. El 7 se repite el neumotórax introduciéndose en la pleura derecha 600 cc. de aire, con presión inicial positiva, pero se termina la insuflación con más 1 menos 1. Inmediatamente después se toma una radiografía del tórax.

Al día siguiente se interviene. Bajo anestesia general etérea se incide la piel en el sexto espacio intercostal derecho, línea axilar posterior y se resecan parcialmente las costillas sexta y séptima, se abre ampliamente la pleura encontrándose el pulmón totalmente colapsado contra la columna vertebral. Se le atrae hacia la herida operatoria y se comprueba la existencia del quiste en el lóbulo inferior derecho, el que es puncionado, extrayéndose más o menos 10 cc. de líquido agua de roca. Se inyecta en seguida en la cavidad formalina; pero al penetrar los primeros centímetros cúbicos de ésta, la enferma tiene accesos de tos, cianosis y dificultad respiratoria que obliga a abrir y vaciar rápidamente el quiste de la formalina; extrayéndose la membrana germinativa y dos vesículas hijas. Se sutura la cavidad dejada por el quiste y como la superficie pulmonar sangra un poco se deja un drenaje en la cavidad pleural, suturándose el resto de la pared en dos planos.

La convalecencia se hizo en muy buenas condiciones, sólo interrumpida en los primeros días por fenómenos bronquiales pasajeros. El drenaje se retiró al tercer día.

Traemos esta observación a la consideración de la Sociedad de Cirugía, no por tratarse de un caso típico de quiste hidatídico pulmonar, sino que para hacer resaltar algunos hechos referentes a su tratamiento quirúrgico. En primer lugar insistiremos sobre el neu-

motórax pre-operatorio, que emplean, desde hace cierto tiempo, Arce y otros cirujanos argentinos. Se determina progresivamente el colapso total del pulmón inyectando en la cavidad pleural, cada dos días, de 300 a 1,000 cc. de aire o de nitrógeno, hasta obtener el colapso total del órgano. Después de la última insuflación es necesario hacer una nueva radiografía para precisar la localización exacta en que ha quedado el quiste. Con el neumotórax previo, puede abrirse ampliamente la cavidad pleural, sin que se presenten fenómenos graves de asfixia y colapso cardíaco, los que son muy frecuentes al hacer la toracotomía por el procedimiento de Duval. Capelli dice que en dos veces que lo ha practicado ha obtenido resultados desastrosos. Con el neumotórax previo la toracotomía adquiere toda la facilidad y benignidad de la laparotomía.

Otro hecho sobre el cual queremos llamar la atención, es la inyección en la cavidad quística, de líquidos parasiticidas después del vaciamiento del líquido del quiste. En dos ocasiones hemos tenido oportunidad de observar, después de esa maniobra, fenómenos graves, como los presentados por nuestra enferma, caracterizados por tos, dificultad respiratoria y cianosis. Creemos, por esto, que la inyección de sustancias parasiticidas en el quiste, no debe emplearse en los quistes hidatídicos del pulmón, y que una vez vaciado el líquido, debe procederse a abrir el quiste, que ha sido o no previamente fijado a la pared, para extraer la membrana germinativa junto con las vesículas hijas. Este es, por lo demás, el procedimiento empleado en Argentina aún para los quistes hidatídicos del hígado, para el vaciamiento de los cuales emplean el trocar de Finnochietto.

No queremos entrar en otros detalles del tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos del pulmón, porque nuestro propósito ha sido exponer solamente lo que tuvimos oportunidad de ver al tratar a la enferma de la observación que presentamos.

Discusión:

DR. TORRES BOONEN.—No cree se pueda sacar conclusión con un solo caso en que se ha obtenido accidentes con la inyección de formalina. Ha empleado esta técnica en varios de sus operados sin accidente alguno.

DR. COVARRUBIAS.—Por regla general sigue el procedimiento preconizado por el Dr. Dévé de no inyectar líquidos parasiticidas en los quistes del pulmón. Le parece muy importante la posición casi sentada del enfermo durante la operación. Los exámenes de Rayos X son indispensables y deben hacerse en posición de pie o acostado.

DR. SIERRA.—Está de acuerdo con lo manifestado por el doctor Covarrubias, y se abstiene de las inyecciones de líquidos parasiticidas.

DR. VARGAS Salcedo.—Prefiere el éter a la formalina. Debe inyectarse en dosis pequeñas y a la temperatura del cuerpo. Así se evita la expansión de los vapores del éter que pueden provocar accidentes.

No considera que el procedimiento de Duval pueda producir fenómenos graves. Por su parte no los ha observado.

La posición semi-sentada, a la que se ha referido el Dr. Covarrubias, es ventajosa.

DR. MUÑOZ PAL.—Recomienda la resección costal extensa, especialmente cuando se trata de grandes quistes o en casos supurados. De esta manera acerca la pared torácica al pulmón colapsado, y acorta la convalecencia. Considera útil hacer la operación en dos tiempos para que se adhieran las pleuras. Los resultados operatorios con este procedimiento son buenos. Tiene ocho operados con un solo caso fatal. Emplea la anestesia local y la posición semi-sentada. Prefiere el éter a otro líquido, en caso de inyectar alguno.

DR. VARGAS SALCEDO.—No ve la necesidad de las grandes resecciones costales; se puede dar todo el campo necesario con un buen separador y basta en la mayoría de las veces la resección de una sola costilla.

DR. OPAZO.—Deseo agregar algunas consideraciones a las que se han hecho sobre el tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón; en efecto, si no he comprendido mal, el Dr. Greene aconseja como tratamiento de elección el colapso pulmonar previo para evitar el neumotórax brusco en el acto operatorio; por mi parte creo que es indispensable distinguir entre los quistes voluminosos y superficiales que pueden operarse directamente sin mayores dificultades, y los quistes pequeños y distantes de la pared torácica, en los cuales está perfectamente justificado el colapso previo pulmonar o la anestesia por hiperpresión de Brauer y no impide el neumotórax y ambos permiten la palpación directa del pulmón a fin de localizar el quiste y facilitar el acto operatorio.

DR. GREENE.—Por lo que respecta a lo dicho por el Dr. Vargas Salcedo, referente al procedimiento de Duval, diremos que si bien es cierto que los accidentes son poco frecuentes no por eso dejan de presentarse. El colapso brusco del pulmón, producido por la abertura de la pleura, es en algunas ocasiones muy mal tolerado,

Esto es, lo que se trata de evitar con el neumotórax repetido que va colapsando el pulmón progresivamente. Nuestra experiencia es escasa con esta técnica. Se refiere sólo a dos operadas, la que acabamos de presentar y otra de una toracotomía exploradora, en la cual ayudamos al doctor Vargas Salcedo. En estas dos enfermas, la operación se hizo en perfectas condiciones y la marcha post-operatoria sin contratiempo alguno. Repetimos que es un procedimiento corriente en la clínica del Dr. Arce, de Buenos Aires y que el Prof. Hartman, en una visita practicada a esa clínica, encontró que el procedimiento era recomendable.

La operación en dos tiempos, en los quistes hidatídicos pulmonares que preconizan algunos cirujanos, evita también el colapso súbito del pulmón.

Hipernefroma del riñón

Consideraciones acerca de un caso clínico

WALDEMAR E. COUTTS

El caso que tenemos el honor de presentar a la Sociedad de Cirugía, no ofrece otro interés que el de referirnos después de su lectura, en forma breve, a dos puntos: la hematuria y la sección del pedículo vascular como primer tiempo operatorio, para facilitar la exteriorización de tumores renales de gran tamaño.

CASO CLÍNICO

M. L. P. de 57 años de edad, casado, carpintero, es trasladado de la Clínica Médica del Prof. Donoso (Sala San Eulogio) a nuestro servicio.

Antecedentes hereditarios: Padres muertos; fueron 4 hermanos, todos vivos y gozan de buena salud en la actualidad. De su matrimonio tuvo 6 hijos, 4 muertos en la primera infancia; los dos restantes viven. Su mujer ha tenido 4 abortos.

Antecedentes personales: Era bebedor y fumador hasta hace tres meses.

Enfermedades y lesiones anteriores: Tifus abdominal a los 13 años, que lo mantuvo en cama durante 3 meses. Desde hace 10 años dolores reumatoideos en las extremidades inferiores, que pasan con salicilato de metilo. En 1920 fractura de la pierna derecha.

Antecedentes venéreos. Chancro único, 40 años atrás; blenorragia hace 30 años.

Enfermedad actual. Empieza tres meses atrás con sensación de peso y distensión en el epigastrio. Posteriormente se instala un dolor vago y pertinaz en el mismo sitio, con ciertas irradiaciones al flanco. Su apetito disminuye y se instala manifiesta repugnancia por las carnes; hay además náuseas y regurgitaciones ácidas. Veinte días antes de su ingreso al Hospital, que fué el 24 de Marzo, tuvo una crisis dolorosa, abdominal, que se presentó en forma brusca. Tuvo vómitos biliosos. Los dolores no se calmaban con el reposo. No ha tenido hematurias. En el último tiempo ha enflaquecido rápidamente, perdiendo 9 kilos.

En la Clínica Médica es sometido a una serie de exámenes y se logra constatar la indemunidad de su aparato digestivo. Se excluye la posibilidad de un quiste hidático en vista que las reacciones de Chauffard y Weinberg fueron negativas.

Es enviado en consulta a la Clínica para comprobar si existe lesión renal.

Examen físico. Enfermo enflaquecido; tinte palido de los tegu-

mentos. Elasticidad de la piel disminuída y pánículo adiposo escaso. Hipertrichosis. Musculatura en regular estado. Deambulación normal. Sensorio despejado, apirético.

Cráneo: nada de especial.

Cara: conjuntivas sucias; pupilas iguales y reaccionan flojamente a la luz. Dentadura en mal estado; lengua sueia y saburrosa.

Tórax de configuración normal; ángulo xifoideo obtuso y fosas supraclaviculares marcadas.

Inspección, palpación y percusión, normales. A la auscultación se encontró respiración soplante en el hilio derecho y apagamiento del murmullo vesicular en la base izquierda.

Corazón: nada de particular, a excepción de un apagamiento de los tonos.

Abdomen: globuloso, de paredes cuya tonicidad muscular está disminuída. Palpación dolorosa en el hipocondrio y flanco izquierdo a cuyo nivel se constata la presencia de una masa dura, redondeada y lisa que se pierde por debajo del reborde costal. Esta masa ocupa toda la fosa renal izquierda y da la sensación de peloteo franco. El borde inferior del hígado no se palpa; su límite superior lo fija la percusión a la altura de la 6.ª costilla. El riñon derecho no se palpa.

En los órganos genitales externos, sólo se aprecia un ligero grado de varicocele izquierdo. Próstata, ligeramente aumentada de tamaño; consistencia blanda, uniforme, indolora, superficie lisa y bien limitada. Las vesículas seminales no se palpan. Buen calibre uretral; vejiga buena capacidad. La orina extraída por cateterismo revela sólo la presencia de indicios de albúmina.

Micropoliadenitis inguinal.

Endoscopia: vejiga se limpia fácilmente. Mucosa de aspecto normal. Gran hipertrofia de la musculatura vesical (vejiga en columnas). Ligero sollevamiento del cuello vesical (hipertrofia prostática incipiente). Orificios ureterales en hendidura e implantados normalmente.

Se cateterizan ambos ureteres; el derecho fácilmente hasta 25 cms. El izquierdo permite el paso de una sonda muy delgada hasta 20 cms. registrándose estrecheces a 3 y 15 cms. de su desembocadura en la uretra.

Orina R. D.

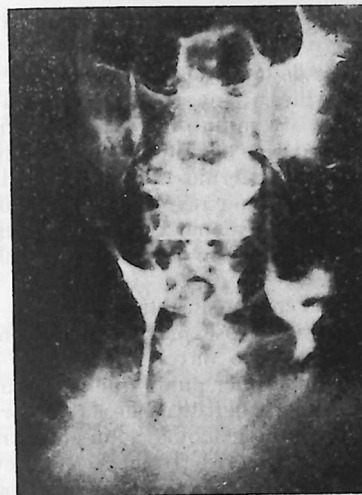
V— 10 c. c.
C— 7.04 por mil
Células descamativas.
No hay gérmenes.

Orina R. Iz.

V— 4 c. c.
C— 2.56 por mil.
Glóbulos rojos en regular cantidad
Glóbulos blancos en relación a éstos.
No hay gérmenes.

El enfermo es trasladado al departamento de Radiodiagnóstico y se toma una pielografía anterior y otra lateral (2-IV-930).

La pielografía doble merece del Dr. Opazo, Jefe de este Departamento, la siguiente opinión: «En la radiografía antero-posterior se observa en el lado derecho una inyección incompleta de la pelvis renal y de los cálices inferiores, porque la sonda ha llegado hasta el cáliz superior. En el lado izquierdo se observa una pelvis renal dilatada y deformada; el bromuro ha pasado al caliz superior como a través de un conducto estrechado. Los otros cálices no se observan inyectados. Pensamos en un tumor renal» (Dr. Opazo).



Sentado el diagnóstico clínico de tumor renal, se estudia la operabilidad del caso.

Una constante reno-secretoria nos proporciona los siguientes datos:

Orinó en 70" — 64 c. c. (10—IV).	
Vol— 1316 c.c.	D25— 7.94
C— 9.73 por mil	Ur— 0,30 ‰
D— 12.80	K— 0,106.

El recuento globular arroja 4160000 de glóbulos rojos y 8000 blancos. La fórmula leucocitaria da el siguiente resultado:

Polinucleares	80%
Linfocitos	17%
Mononucleares grandes	2%
Eosinofilos	1%

Reacción de Wassermann: hemolisis retardada.

El 16 de Abril, bajo anestesia etérea (Ombredanne) procedo a practicar la nefrectomía izquierda (Ayudantes Drs. Correa F. y Vargas Molinare). Hecha la incisión oblicua de Guyon se constata

un edema del subcutáneo y músculos; abierta la cavidad renal se encuentra un tumor de tamaño de una cabeza de feto, con algunas lobulaciones de menor consistencia. Después de algunas maniobras se logra exteriorizarlo. Se secciona el ureter y se liga el pedículo vascular. Durante los movimientos de desprendimiento se rompe el peritoneo en dos partes, dando salida a pequeña cantidad de líquido ascítico. Se sutura en garetta. Sutura por planos y se deja drenaje de gaza.

La marcha post-operatoria fué tranquila y la herida cicatrizó por primera intención.

El examen histológico practicado por el Prof. Croizet dió hipernefrosoma maligno.

Doce días después de operado el enfermo se levanta.

El 8 del presente mes, tiene el enfermo alza de temperatura (38.5) acompañada de tos y signos de una rino-faringitis. Al día siguiente aparece un desgarramiento homoptoico. La temperatura desaparece a los dos días y el enfermo es llevado al Departamento de Rayos. La radioscopia pulmonar revela: «focos nodulares de condensación tenue en el campo pulmonar derecho (región hilar y base) y en la base izquierda. Conclusión: metástasis neoplásicas en ambos pulmones» (Dr. Ricci).

Varias radiografías confirman estas lesiones.

El enfermo, encontrándose más o menos en buenas condiciones, solicita su alta el 16 de Mayo.

En cuanto se refiere al primer punto que nos habíamos propuesto analizar, la hematuria, las estadísticas de la mayor parte de los autores le confieren casi una hegemonía sobre los otros síntomas que acompañan esta clase de tumores (Israel 96%, Chevalier 75%, etc.)

Sin embargo estimamos nosotros que éste no es un síntoma tan constante y cuando se presenta, ya el tumor es perfectamente palpable.

Respecto al otro punto, ligadura y sección de los vasos del pedículo, estimamos que, es una práctica recomendable que no ofrece mayor cuidado y que facilita enormemente la exteriorización del tumor. Ya a este respecto se habían puesto de acuerdo los cirujanos franceses, Iselin, André, Chevassu, Marion, Maingot, etc., en la sesión del lunes 13 de Noviembre de 1922 de la Sociedad Francesa de Urología, en la cual aceptaron este temperamento como de suma utilidad (Rev. d'Urol. Pág. 479-85. T. XIV de 1922).

Discusión:

DR. GANDULFO.—Se va a referir a una observación que corrobora uno de los hechos que señala el Dr. Coutts.

Se trata de la observación de una niña de 7 años, cuyo diagnóstico no se hizo. Se pensó en un quiste hidatídico. En la operación se vió que se trataba de un hipernefrosoma. Nunca tuvo hematurias.

DR. VARGAS SALCEDO.—Ha considerado a la hematuria como un signo precoz y frecuente en los hipernefrosomas. ¿Por qué se pro-

duce la hematuria? Cree haber comprendido que cuando se ha abierto el tumor a la pelvis renal. De todos modos, considera de mucha importancia que se llame la atención en nuestro país a la falta de hematurias en los hipernefrosomas.

Muy útil encuentra la práctica de buscar en primer término el uréter y llegar en seguida al pedículo vascular del riñón. Seccionado éste se comprende que facilita sin peligros las maniobras posteriores de la extirpación del tumor.

No considera de consecuencias funestas posteriores el agrandar la incisión en su extremidad inferior, hacia la pared abdominal. En cambio sería beneficioso en lo posible evitar la resección de costillas.

DR. SIERRA.—No participa de la opinión del Dr. Vargas en lo que respecta al síntoma hematuria en los hipernefrosomas. Considera que todavía se presenta en un porcentaje más bajo que el que han señalado el Dr. Coutts. 54 % según Albarran et Invert.

Por su parte no teme agrandar la incisión hacia arriba y reseccionar cuantas costillas sean necesarias. Al contrario, facilitará la operación, especialmente en los casos de adherencias del polo superior.

DR. NAVARRO.—Señala la utilidad de hacer exámenes completos con ayuda de los Rayos X en los casos avanzados, para poner en evidencia las metástasis y evitar de este modo las intervenciones inútiles.

DR. COUTTS.—En cuanto se refiere a las preguntas formuladas por el Dr. Vargas Salcedo, responderé en primer término a la que se refiere al síntoma hematuria. Si hay o no hematuria en los tumores renales sin comunicación con la pelvis, ello me obligaría a referirme a las diversas causas que rigen el mecanismo de la eliminación por efracción; en consecuencia, le manifestaré que, en términos generales, no podemos aceptar hematuria en los tumores si no hay comunicación con las vías excretoras.

Respecto a la práctica de ligar el pedículo como tiempo previo a la nefrectomía, tal vez no me explicaría en forma clara; pero creo que durante la relación me referí en diversas oportunidades a que ello facilitaba la exteriorización de los tumores de gran tamaño como el que acabo de presentar.

Al Dr. Navarro me permito responderle que este enfermo fué trasladado a nuestro servicio de la clínica médica del Prof. Donoso y venía muy bien estudiado.

Sesión del 11 de Junio de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo

Asistieron: León, Gazitúa, Johow, Gandulfo, Zúñiga, Estévez, Guznán, Castro, de Amesti, Muñoz Pal, Alessandrini, Greene y numerosos médicos y estudiantes de medicina.

Acta

Se lee y aprueba ia de la sesión anterior.

Cuenta

Excusan su inasistencia los socios Drs. Sierra, Vargas Salcedo, Navarro y Díaz Muñoz.

Comunicaciones

Abscesos crónicos piógenos de los huesos.

DR. JUAN GANDULFO G.

Fundamentos.—Para poder diagnosticar una enfermedad hay que pensar en la posibilidad de su existencia, cada vez que se examine un enfermo. Decimos esto que parece una perogrullada, porque estamos acostumbrados a observar que en el examen de las articulaciones enfermas sólo se piensa en la posible existencia de una lesión tuberculosa, sifilítica, reumática, gonocócica y sarcomatosa.

¿Se piensa con la oportunidad debida en la artritis infecciosa crónica de origen focal o en la presencia de un absceso de la metafisis del hueso, originada por el estafilococo o el estreptococo?

¡Y cuantas veces se etiquetará de artritis bacilar, cuya curación ideal es la anquilosis cerrada en buena posición, a un absceso crónico que con una intervención oportuna deja una articulación con todos sus movimientos!

Hemos reunido cuatro observaciones desde Octubre de 1929 a Mayo de 1930, de enfermos cuya primera impresión era la de individuos afectados de una artritis tuberculosa; pero cuyo examen atento pudo establecer, clínica y radiológicamente, la existencia de abscesos

óseos crónicos, en los cuales el laboratorio identificó al estafilococo y al estreptococo como causantes de las lesiones.

La confusión diagnóstica se produce con cuatro afecciones principalmente: el osteo-sarcoma, la sífilis ósea, los quistes óseos y la tuberculosis ósea y osteo-articular.

Dolor intenso y tumefacción ósea. agregados a una radiografía que muestra un nicho óseo bien limitado en medio de un tejido condensado, son elementos que precisan el diagnóstico de absceso crónico del hueso.

En el osteo-sarcoma el dolor es intenso, profundo, espontáneo y nocturno; no se calma con el reposo. La tumefacción ósea es en forma de huso, voluminosa y crece rápida o lentamente en el sentido del eje. La inspección muestra circulación venosa colateral formando una rica red, y la palpación una crepitación apergamizada debida a la fragmentación de las travéculas óseas.

Como en el absceso crónico, en el osteo-sarcoma faltan: la adenitis, la atrofia muscular marcada y el gran compromiso articular (Georges Vidal-Naguet).

Radiológicamente, en el período inicial la confusión es posible. Según Moulouguet et Lifscutz, la imagen más frecuente del sarcoma central es una cavidad clara de límites siempre muy precisos, situada en la extremidad de la diáfisis, cerca del cartilago de conjugación. Siempre que al principio de su evolución, la neoplasia no haya atacado los límites del hueso, uno puede no encontrar signo alguno de reacción perióstica y el diagnóstico radiológico ser difícilísimo en este período.

Más adelante, el compromiso periostal saca de la duda, ya sea porque se ven espinas óseas perpendiculares a la superficie o porque el periostio aparece como taladrado por un sacabocados.

La sífilis da tumefacción dolorosa del hueso, generalmente bilateral. A los Rayos X la diáfisis presenta bandas de engrosamiento en el tejido compacto que estrechan en el canal medular y forman un huso opaco; mientras las epífisis presentan al principio manchas claras diseminadas, que luego las engruesan y las hacen opacas y de contornos articulares irregulares. Agréguese a ésto los antecedentes y estigmas luéticos y la R. W. positiva para aclarar el diagnóstico.

Los quistes óseos del adolescente son yuxta-epifisarios y pueden revelarse por una fractura espontánea, indolora o por dolores reumatoideos con impotencia del miembro afectado.

A la inspección *no hay*: signos de inflamación ni de compromiso articular en la vecindad. Radiológicamente se ve el quiste en la meta-epífisis como inflando esta región del hueso y adelgazando sus paredes sin que se pierda la nitidez de sus contornos.

La tuberculosis ósea y osteo-articular se presenta en enfermos de antecedentes bacilares, a pesar que en el niño es común encontrar pulmones sin signos tuberculosos, aún en el mal de Pott.

La artritis bacilar es menos dolorosa que el absceso óseo; pero los movimientos son más limitados, hay atrofia muscular acentuada y adenitis en la raíz del miembro enfermo. Radiológicamente *hay*:

aproximación de las superficies articulares, rarefacción ósea, borramiento del cartilago de conjugación, irregularidad del cartilago de revestimiento articular, aumento de volumen del punto de osificación y, más tardíamente, zonas de destrucción o ulceración articular.

Con este esquema diagnóstico podremos apreciar el valor de cada uno de los síntomas que presentan los enfermitos cuyas observaciones agregamos.

CASOS CLÍNICOS.

R. S. W.—18 años.

Antecedentes hereditarios.—Padres vivos. El sufre de perivisceritis sub-hepática. Han sido 7 hermanos; viven dos. Ella es la mayor.

Antecedentes personales.—Coqueluche y tifoidea en la 2.^a infancia. Amigdalitis de repetición desde los 10 años. Regló a los 13 años; sus reglas son dolorosas y duran dos días, son regulares.

Enfermedad actual.—El año 1921, mientras venía de Francia y jugaba con otros niños, recibió un golpe con una silla en el tobillo derecho. Sintió gran dolor e impotencia funcional. Le trataron con pincelaciones de yodo y compresas húmedas calientes. Permaneció tres meses en cama porque no podía andar. Le suministraron emulsión de Scott y otros tónicos. Mejoró y pudo caminar durante dos años. Notó atrofia del miembro enfermo. Al levantarse caminaba normalmente; pero en la tarde, después de sus juegos, claudicaba en la marcha a causa de un ligero dolor. En 1923 la examinó un médico de Valparaíso y le recetó baños de mar y masajes eléctricos.

Pasaron tres años con períodos de mejorías y remisiones. En 1926 la ve un profesor de la Facultad de Medicina, quien le ordenó una radiografía en el Sanitas y le prescribió reposo, helioterapia y tónicos.

A principios de 1927, a causa de los ejercicios que empezó a ejecutar, el dolor se hizo intenso y aumentó de volumen el tobillo derecho. Fué a Santiago y consultó a dos profesores de la Facultad, quienes le prescribieron helioterapia, bota de yeso y reposo. En Febrero del mismo año, un médico de Valparaíso le colocó un aparato de yeso (Maissoneuve). Los dolores desaparecieron y a los tres meses cambió el yeso. Con esa bota la vimos en Septiembre de 1927. Había atrofia del miembro superior derecho, adenitis inguinal discreta, pie en equinismo, impotencia para los movimientos activos de la garganta del pie y limitación de los pasivos. Ordenamos una radiografía (Hosp. Arriarán) y se confirmó el diagnóstico de artritis tbc. de la articulación tibio-tarsiana derecha. Colocamos un yeso (3.^o de la serie) y ordenamos tratamiento general. Seguimos renovando el yeso cada tres o cuatro meses, hasta enterar 6 yesos. En Mayo de 1929, toda la sintomatología había desaparecido, quedando limitados los movimientos de la garganta del pie, pero sin anquilosis (Radiografías periódicas), y ordenamos el uso de una bota ortopédica con armadura metálica, que llevó 6 meses. Pocos días después de quitarse ésta y al empezar la marcha, reaparecen los síntomas: dolor, impotencia funcional y tumefacción.

Ordenamos una radiografía estereoscópica (prof. Ducci) y recti-

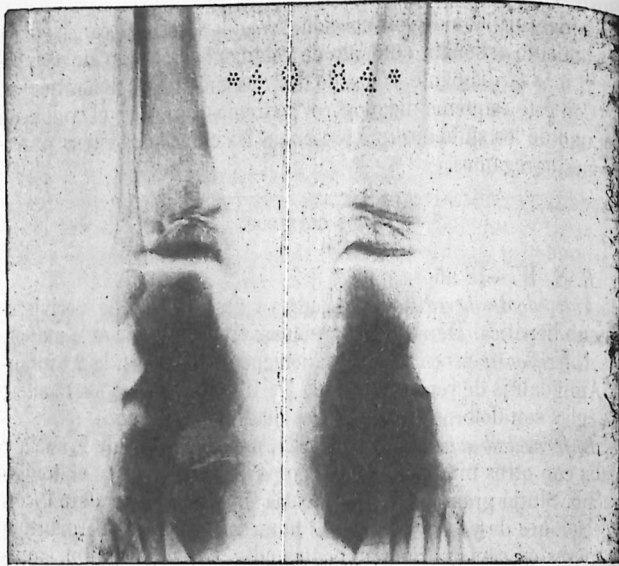


Fig. 5. y 6 L. A. S. antes de operarse de frente

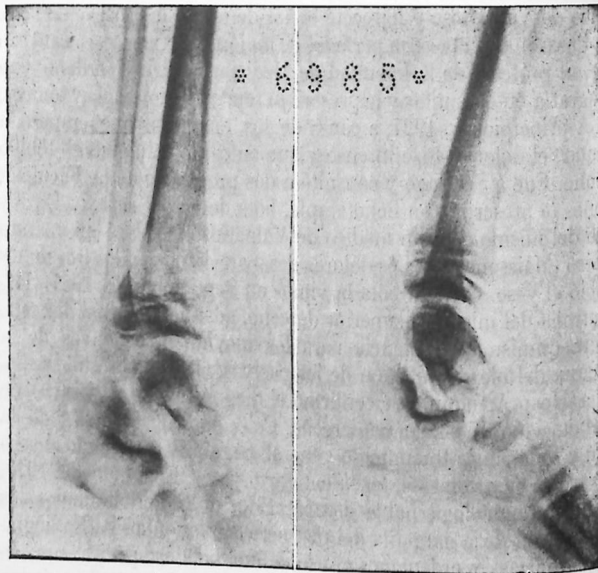


Fig. 7 y 8 L. A. S. antes de operarse de perfil

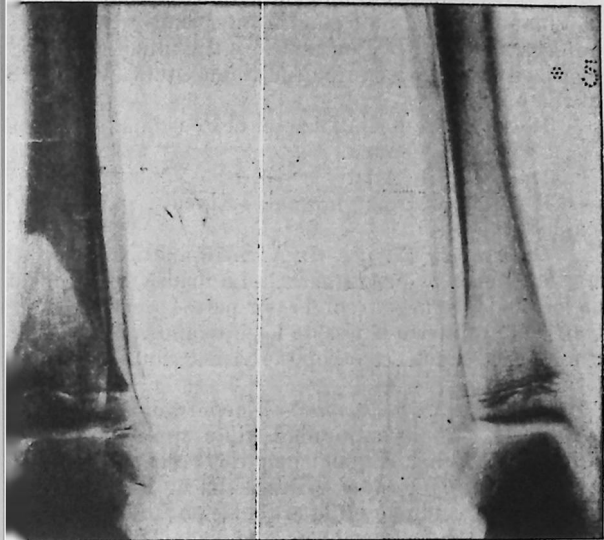
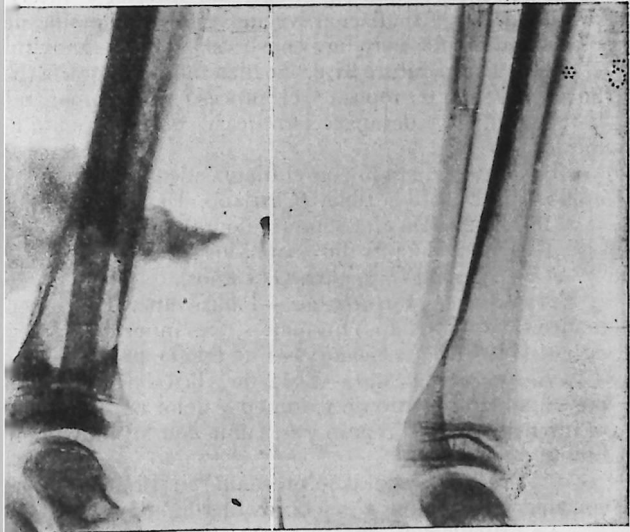


Fig. 9 y 10 L. A. S. después de operarse de frente



11 y 12 L. A. S. después de operarse de perfil

ficamos el diagnóstico que habíamos aceptado hasta entonces, formulando el de absceso piógeno crónico de la extremidad inferior de la tibia derecha. Indicamos la intervención que fué resistida. La enfermedad permaneció en reposo y tratamiento general hasta principios de 1930, fecha en que fué traída nuevamente a Santiago, para que la operáramos.

18-III-30. Se hospitalizó en el Pensionado de Hosp. Arriarán.

28-III-30. Operada.

18-IV-30. De Alta.

19-IV-30. Marcha normal.—El cultivo del pus dió: strepto y staphylococo.

Observación N.º 2.—L. A. S. 10 años.

Antecedentes hereditarios.—La madre ha tenido 16 embarazos, de los cuales uno se resolvió por parto prematuro; de los 15 restantes 10 han muerto antes de los dos años. Sufre ella de constantes cefaleas y dolores osteóscopos. La reacción de Wassermann es positiva.

Antecedentes personales.—Encontramos un buen número de afecciones, algunas supuradas: otitis supurada, bronquitis, enterocolitis, escarlatina, coqueluche y dos bronconeumonías.

Enfermedad actual.—Desde hace doce días nota dolores y aumento de volumen en la articulación tibio-tarsiana izquierda, por lo cual va al policlínico en que se diagnostica: osteo-artritis tuberculosa tibio-tarsiana izquierda.

Al examen general sólo se comprueba mal estado de la dentadura. Localmente se aprecia una induración dolorosa de color rojo vivo con hipertermia en el extremo inferior e interno de la tibia izquierda. La articulación vecina está aumentada de volumen lo mismo que el pie; pero hay conservación de los movimientos y falta el dolor. Temperatura 37,2.º Se hizo una radiografía (N.º 5, 6, 7 y 8) Se dejó el niño en reposo y el proceso se fué apagando; descendió la temperatura y desaparecieron casi completamente los fenómenos locales.

12-X-29. Operado con el diagnóstico de: absceso piógeno de la epífisis inferior de la tibia. (Cirujano, Dr. Agustín Inostroza Pérez).

18-XII-29. De alta sano (radiografía N.º 9, 10; 11 y 12).

El cultivo del pus dió: staphylococo dorado hemolítico

Observación N.º 3.—(G. G. 7 años).

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto de afección cardíaca, madre sana; han sido 5 hermanos, tres muertos.

Antecedentes personales.—Fué criado en una gota de leche.

Enfermedad actual.—El 12 de Abril de 1930 ingresa al hospital porque nota aumento de volumen y dolor en la rodilla derecha, que se intensifica con el reposo y se calma con los movimientos que están limitados.

Al examen general se presenta un niño enflaquecido, pálido, con micropoliadenia cervical izquierda. Presenta caries dentarias.

La articulación enferma está aumentada de volumen; pero sin rubicundez; los movimientos son limitados y dolorosos.

Se hace una radiografía (N.º 13, 14, 15 y 16) y con el diagnós-

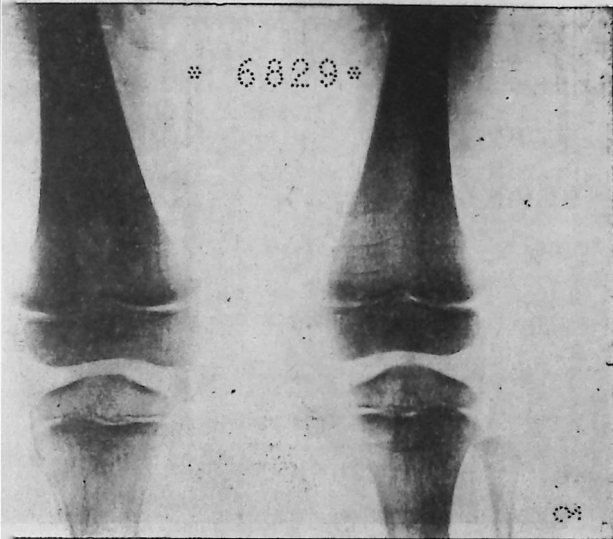


Fig. 13 y 14 G. G. de frente, antes de operarse

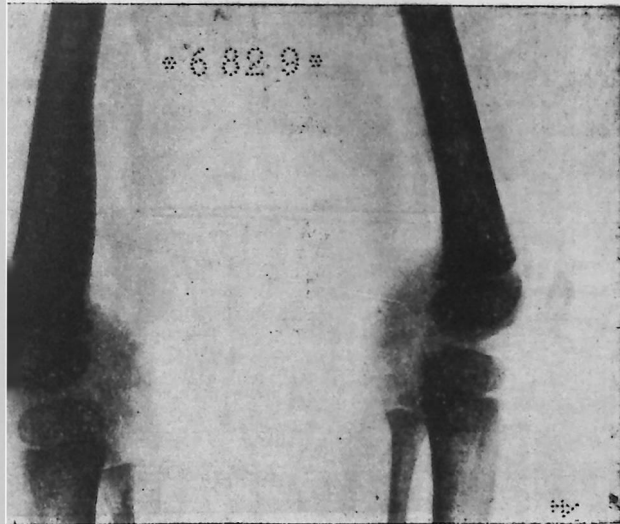


Fig. 15 y 16 G. G. de perfil, antes de operarse

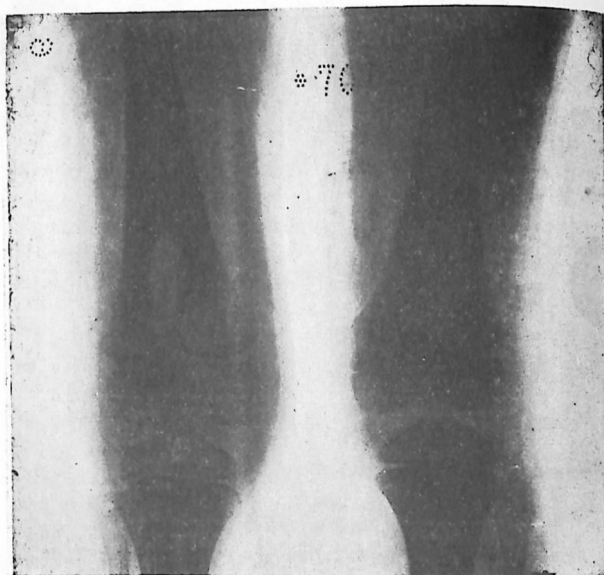


Fig. 17 y 18 G. G. de frente, después de operarse

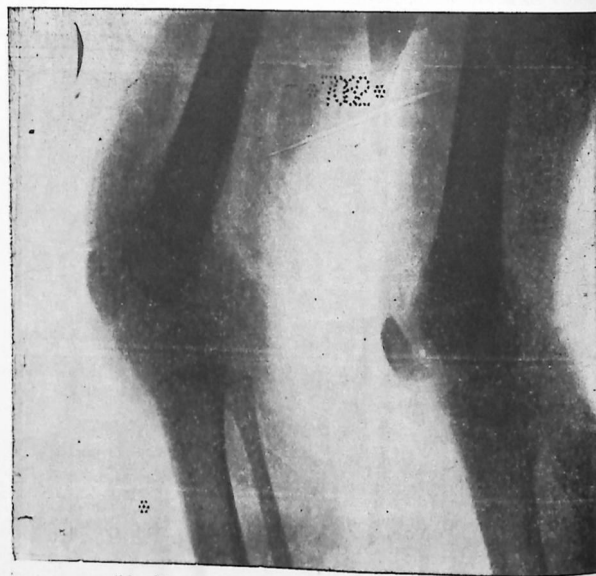


Fig. 19 y 20 G. G. de perfil, después de operarse

o piógeno crónico de la epífisis inferior del fémur dere-

Operado.

Se levanta (Radiografía N.º 17, 18, 19 y 20.
o del pus fué estéril.

ión N.º 4.—J. L. 9 años.

ntes hereditarios.—Hijo de luético. Tiene 8 hermanos
l cuarto; el 5.º es demente.

ntes personales.—Sin importancia.

lad actual.—Se inicia hace tres meses con dolor en la
a al iniciar la marcha y por las noches; luego después
olumen en la articulación.

n físico se ve un niño pálido, enflaquecido con denta-
nas condiciones y amígdalas voluminosas y con criptas

en local hay aumento de volumen en la rodilla derecha,
el fondo de saco superior, la flexión se hace dolorosa
gulo recto. Hay dolor a la palpación profunda en la
inferior del fémur derecho, región posterior. La atrofia
echo marca a un centímetro de diferencia y el aumen-
la dos centímetros.

ón de Wassermann es negativa.

echo radiografías (N.º 21, 22, 23 y 24) y se ha diagnós-
o piógeno crónico de la extremidad inferior del fémur

uelto operarlo porque después de tres semanas de
omatología no ha variado.

TRATAMIENTO Y CONCLUSIONES.

iento del absceso crónico del hueso es la trepanación y
del foco. Generalmente hemos usado la cucharilla
ra abrir y limpiar el foco y el termocauterio para
ejando una trenza de crin como desagüe.

usión:

w.—Celebra que el Dr. Gandulfo haya traído a la So-
asos de una afección que si se quiere no es frecuente.
la observación de su padre que tuvo un absceso óseo
espacio de 40 años, que no fué diagnosticado a pesar
es consultas que hizo a muchos facultativos tanto aquí
pa.

r operado por el Dr. Benavente, en 1906, quien hizo
sin ayuda de los Rayos X.
eración sanó radicalmente.

a algunos enfermos que han tenido la afección de
han sido tratados con otro diagnóstico y que han
s con la operación. Es una afección muy dolorosa y
debe estar al alcance de todo médico con la ayuda

eración los pacientes sanan rápidamente, en el curso
emanas. Personalmente no deja drenaje.

Ruptura traumática del bazo. Esplenectomía.

(Presentación del operado)

DR. RUPERTO VARGAS MOLINARE.

Relator: Dr. Armando León I.

La Cirugía esplénica adquiere día a día mayor importancia; (el estudio de la fisiología de este órgano ha venido a demostrar que desempeña múltiples funciones; pero no vitales); su extirpación, es decir, la esplenectomía ha puesto de manifiesto que otros órganos suplen su función, a tal punto que la mayoría de los esplenectomizados viven en perfectas condiciones.

Al traer a esta Sociedad la observación que resumiremos más adelante, sólo nos guía el propósito de *hacer resaltar algunas características de cierta importancia práctica*; además, nos referiremos en breves palabras *al estado actual de la Cirugía esplénica*.

Observación—Oscar Bau, 15 años de edad, estudiante. Ingresa a la Posta 2. de la Asistencia Pública el 17 de Marzo del presente año a las 23 horas.

Entre sus antecedentes de importancia, anotamos que desde hace algunos días acusa malestar general y decaimiento; en estos 3 últimos días ha tenido diarrea, 2 a 3 deposiciones líquidas al día, acompañadas de dolores abdominales.

Enfermedad actual. Hoy a las 16 horas (es decir, 7 horas antes de su ingreso), en circunstancias que caminaba por la calle, recibe una pedrada en la región dorsal izquierda; puede seguir andando hasta su casa que estaba cerca; pero desde ese momento siente un dolor agudo, continuo, con exacerbaciones en la parte alta del abdomen y que luego se acompaña de vómitos. A las 20 horas tiene una deposición semi-líquida de color café. Consulta 2 médicos, quienes le aconsejan trasladarlo a la Posta 2. a donde llega a las 23 horas.

Examen físico. Enfermo consciente, quejumbroso, febricitante, mucosa labial y conjuntivas pálidas. Temperaturas: axilar 38.2°, rectal 39°. Pulso 128.

Tórax: en la región dorsal izquierda, a nivel de la 10.^a costilla, presenta una ligera equimosis.

Abdomen. Dolor y defensa muscular que se exagera a la palpación, en el epigastrio e hipocondrio izquierdo, movilidad respiratoria muy disminuída; no hay desaparición de la macidez hepática. Bazo, se percute aumentado de tamaño.

Tacto rectal. Fondo de saco peritoneal tenso y al presionarlo con el dedo acusa grandes dolores.

Lo dejamos en observación con hielo al vientre, volviendo a examinarlo 2 horas después; en ese momento constatamos dolor y defensa muscular generalizada, macidez que se desplaza a nivel del flanco izquierdo, facies peritoneal.

Decidimos operarlo con el diagnóstico de ruptura traumática del bazo; pero como los antecedentes hacían suponer la existencia

infeccioso anterior y temiendo encontrarnos con una consecutiva a una perforación intestinal en un tifus amebic, preferimos intervenir, como se verá más adelante, con una mediana izquierda.

m.—3 horas del 18 de Marzo de 1930. (es decir, 11 horas del accidente). Anestesia general, éter. (Ombrédanne). paramediana izquierda supra e infra-umbilical. Abierto sale gran cantidad de sangre líquida (más o menos 1½ litros). Explorado el hipocondrio izquierdo se puede ver gran herida irregular del bazo en su cara externa. Se practica parotomía con una incisión transversal hacia la izquierda, ligadura de los vasos esplénicos; aseo de la cavidad de la pared en planos.

El bazo, de tamaño normal, con una gran herida irregular en su cara interna; pesa 95 grs. (después de colocado en formalina). Se envía un trozo al servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Borja, y al microscopio se aprecia gran hemorragia en la zona; pero no se observan alteraciones de ninguna especie.

n. Después de operado, baja la temperatura a 37° y el paciente se encuentra más o menos bien; al 2.º día tiene vómitos; examinado se encuentra acetona que desaparece rápidamente con el lavado de enemas e hipodermoclisis. 23-III. Sigue muy bien en los ganchos, cicatrización per primam. Dado de alta el 20 de Marzo de 1930.

Se ha tenido oportunidad de verlo varias veces; la última hace 10 días y se encuentra muy bien; pesa 2 kilos más que antes

—IV—1930. Recuento globular:

glóbulos blancos por mm. cúbico.....	18,600
glóbulos rojos por mm. cúbico.....	4,200,000
hemoglobina.....	80
índice hemoglobínico reducido.....	88%

Recuento de leucocitaria:

leucocitos nucleares neutrófilos.....	72.9%
» eosinófilos.....	0.6
» basófilos.....	0.3
leucocitos monocitos.....	16.3
leucocitos nucleares medianos y grandes.....	9.5
leucocitos de transición.....	1.3

100.0

Formas de leucocitos: normoblastos por cada 150 gl. blancos. Placas de Türk muy escasas. Anisocitosis. Policitemia. Leucocitosis.

(Fdo.)—DR. PARGA

En esta observación llama desde luego la atención que un traumatismo relativamente pequeño, ya que la pedrada apenas si dejó una ligerísima equimosis, haya determinado una ruptura del bazo.

Las observaciones de rupturas espontáneas de bazos patológicos no son excepcionales. S. Sumter Rhame (Charleston) cita un caso de esta naturaleza. Si aceptamos en nuestro paciente la existencia de un estado infeccioso anterior, no sería extraño que un bazo friable se desgarrase con un traumatismo de esa naturaleza.

La temperatura tan alta que presentaba este enfermo (39° rec- tal), que podía, unido a los datos que dió la familia, hacernos pensar en la existencia de un estado infeccioso anterior, es un síntoma que para algunos cirujanos hablaría en favor de una ruptura del bazo; la hipotermia que se observa inmediatamente después del accidente es sólo pasajera, siendo luego reemplazada por temperatura de alrededor de 38°.

Otro punto interesante es la falta de dolor irradiado al hombro izquierdo, irradiación que, según algunos autores, es de una importancia enorme para formular el diagnóstico de ruptura de este órgano. Metcalfe y Fletcher han llegado a formular la siguiente ecuación: dolor en el hombro izquierdo + signos de hemorragia interna = ruptura del bazo. Willis ha observado este síntoma 3 veces en 4 casos y J. Quenu sólo en un 10%.

En el VII Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, verificado en Roma en Abril de 1926, se debaten ampliamente las indicaciones de la esplenectomía; poco antes, T. de Verébely de Budapest, basado en 65 observaciones personales, analiza sus indicaciones operatorias y propone la siguiente clasificación de las afecciones esplénicas:

I. HERIDAS DEL BAZO.—a) Contusiones, acompañadas generalmente de rupturas de la cápsula; b) Heridas por armas de fuego o por armas blancas.

Indicaciones operatorias.—Grandes heridas, esplenectomía; rupturas parciales, sutura del bazo con o sin taponamiento. Sin embargo, muchos cirujanos prefieren la esplenectomía a la sutura o taponamiento que tienen un mayor porcentaje de mortalidad (esplenectomía 23.70%, taponamiento 25%, esplenorrafia 33.33% J. Quenu). J. F. Gonnors, de New York, refiere 25 casos de ruptura traumática del bazo con 15 curaciones (40%); la esplenectomía la practicó 24 veces; en un solo caso hizo la esplenorrafia y el herido murió de peritonitis.

II. ANOMALÍAS DE SITUACIÓN.—a) Migración en el tórax o en la pequeña pelvis; b) Torsión, especialmente en bazos palúdicos con pedículo largo; c) Hernia, consecutiva a una herida en la región lumbar.

Indicaciones operatorias.—Esplenopexia, si el bazo está sano, esplenectomía en caso contrario.

III. TUMORES SÓLIDOS.—1.° Los tumores de origen infeccioso: a) de origen piógeno, la esplenectomía está siempre indicada; b) Bazo tuberculoso, esplenectomía si se trata de una localización bacilar primitiva; c) Bazo sífilítico, esplenectomía si fracasa el tratamiento mé-

dico; d) Bazo palúdico, esplenectomía si su volumen no disminuye con el tratamiento médico o si existen complicaciones (torsión, ptosis, herida accidental).

2.° Neoplasmas; la esplenectomía, si es posible, está indicada tanto en los benignos como en los malignos (sarcomas, endotelomas).

IV. TUMORES QUÍSTICOS.—a) Quistes hemáticos, b) abscesos colectados, c) quistes hidatídicos, d) quistes serosos, e) quistes dermoídeos; estas dos últimas variedades son excepcionales.

Indicaciones operatorias.—Simple incisión si el quiste adhiere a la pared, marsupialización si la lesión es localizada y el bazo es movable, esplenectomía si las lesiones son difusas y si las adherencias no la contraindican. Numerosos autores son siempre partidarios de la operación radical. El Dr. Inostroza presentó en 1925 a esta Sociedad la observación de un niño de 10 años con un quiste hidatídico del pulmón y del bazo, y en el cual también practicó la esplenectomía, pronunciándose por la ectomía en casos semejantes.

V. TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO.—1.° Tumores «angiolienales»: esplenomegalias, consecutivas a un obstáculo en la evacuación de la vena esplénica, ya sea de origen cardíaco o tromboflebitico. La esplenectomía sólo está indicada en este último caso y cuando la tromboflebitis no ha comprometido la vena porta.

2.° Tumores «medulolienales».—La fórmula sanguínea permite distinguir los siguientes tipos:

a) Anemia sin ictericia (anemia pálida). A este grupo pertenecen: la anemia perniciosa esencial de Biermer-Ehrlich, la anemia aplásica, la anemia secundaria, la anemia hemolítica sin ictericia, la anemia pseudo-leucémica infantil de Jacksch, algunos casos de anemia esplénica de Banti. En 30 casos tratados por la esplenectomía ha tenido 11 muertes; la esplenectomía en la anemia perniciosa es una operación sintomática que no modifica la fórmula sanguínea; está indicada en caso de gran bazo y cuando ha fracasado el tratamiento médico. La operación sólo se practicará después de la transfusión de sangre.

b) Ictericia hemolítica: 6 intervenciones seguidas de mejoría completa. La esplenectomía está indicada en todos los casos de ictericia hemolítica adquirida. A esta Sociedad se han presentado 2 observaciones de esplenectomías en ictericia hemolítica familiar con resultados satisfactorios, la primera del Dr. Johow en 1923 y la segunda del Dr. Opazo en 1924. L. P. Bell (California), estima que la curación en los casos de ictericia hemolítica congénita o adquirida sólo se obtiene con la esplenectomía.

c) La poliglobulia: 4 enfermos operados, sin que se modificara; la esplenectomía es sólo una operación sintomática.

d) La leucemia, una operación seguida de éxito. Otros autores, como F. Michel, estiman que la esplenectomía debe practicarse sólo cuando el tumor da lugar a perturbaciones mecánicas o cuando hay manifestaciones hemorrágicas y que es preferible usar la radioterapia profunda; en la sala Dolores del Hospital San Borja tuvimos a principios de 1929 una enferma de leucemia mieloide con 403.000 glóbulos blancos que mejoró casi completamente con varias sesiones

de radioterapia profunda que se le hicieron en el Instituto Sanitas. (Ficha 4904). Al ser dada de alta los glóbulos blancos habían disminuido a 28.000.

e) La trombo-penia: una intervención con buen éxito. Con posterioridad al trabajo de Verehely, se han publicado numerosas observaciones; así Allen O. Whipple (New York) ha reunido 81 casos de esplenectomía como tratamiento del púrpura hemorrágico trombo-cito-pénico con 51 resultados satisfactorios. El Dr. Johow ha presentado a esta Sociedad 2 casos de esplenectomía con buen éxito en la enfermedad de Wehrlof o trombo-penia esencial de Frank.

3.º Tumores «hepatolienales».

a) Enfermedad de Banti. b) Cirrosis hepática; 16 casos operados (8 Banti, 2 cirrosis), con curación completa. H. Albertin y Gardère, refieren un caso de esplenectomía por enfermedad de Banti, cuyos buenos resultados han podido apreciar 15 años después de la operación.

4.º Tumores «reticulolienales» (Enfermedad de Gaucher). La esplenectomía es sólo una operación sintomática. F. Michel estima que las observaciones son muy recientes para deducir conclusiones.

Como contra-indicaciones absolutas para la esplenectomía. T. de Verehely menciona el Bazo amiloideo, la esplenomegalia de origen cardíaco y la anemia aplástica.

La mortalidad, en los casos de esplenectomía, varía según las estadísticas; así, W. J. Mayo, en 500 esplenectomías practicadas en la Clínica Mayo de 1904 a 1928, da una mortalidad global de 10%. J. Quenu, en 135 que ha podido reunir de 1912 a 1925 da 23,70%. T. de Verehely en 68 operaciones sobre el bazo tiene 12 muertes (18,46%) de las cuales 65 fueron esplenectomías.

La técnica operatoria es bastante conocida para que nos ocupemos de ella, múltiples son las incisiones que se preconizan; cuando el diagnóstico es más o menos seguro, la mayoría de los cirujanos operan con incisión ya sea transversal, vertical o toraco-abdominal, a nivel de la región esplénica; pero en los casos dudosos o de laparotomía exploradora aconsejan la incisión mediana que puede prolongarse transversalmente hacia la izquierda; cuando se encuentra algún escollo durante la intervención. Este fué el criterio que seguimos al operar a nuestro paciente.

Cuando la esplenectomía se practica en afecciones con gran disminución de los glóbulos rojos, es conveniente ligar primero la arteria esplénica y la vena cuando se haya vaciado el bazo; este pequeño detalle no tiene importancia en las intervenciones por rupturas o heridas de este órgano.

Referencias.

W. J. MAYO. (Rochester) Revisión de 500 esplenectomías con estudio especial de la mortalidad y resultados. (Annals of Surgery vol. LXXXVIII. No. 3. Sept. 1928. p. 409-415).

GRIFFIN Y HOLLOWAY. 28 casos de púrpura hemorrágico tratados por la esplenectomía. (American Journal of the Medical Sciences, vol. CLXX. No. 2. Agosto 1925. p. 186-204).

G. ROSENOW. Enfermedades de la sangre. 1928.

A. W. SPENCER. Los resultados de la esplenectomía por púrpuras hemorrágicas. (The British Journal of Surgery. vol. XV. N.º 5 Enero 1928. p. 466-499).

S. SUMTER RHAME. (Charleston). Ruptura espontánea del bazo con trombosis venosa. (Annals of Surgery. vol. LXXXVIII. N.º 2. Agosto 1928. p. 212-215).

J. F. GONNORS. (New-York). Esplenectomías por traumatismos (Annals of Surgery. vol. LXXXVIII. N.º 3. Sep. 1928. p. 388-403).

M. JEAN QUENU. Diagnóstico y tratamiento de las rupturas traumáticas del bazo con hemorragia en peritoneo libre. (Journal de Chirurgie. T. XXVIII. 1926. p. 393-420).

ALLEN O. WHIPPLE. (New-York). La esplenectomía como tratamiento del púrpura hemorrágico trombo-cito-pénico (Surgery, Gynecology and Obstetrics vol. XLII. N.º 3. Marzo 1926. p. 329-341).

METCALFE Y FLETCHER. Ann. of Surg. 1922. LXXV. p. 186.

D. B. PFEIFFER Y C. M. SMYTH. (Filadelfia). Resultados alejados de la esplenectomía por ruptura traumática del bazo. (Annals of Surgery. vol. LXXX. N.º 4. Oct. 1924. p. 562-568).

F. MICHEL. Indicaciones operatorias en los distintos tipos de esplenomegalias. (II Morgagni an. LXVI. N.º 4. Nov. 1924. p. 1377-1386).

H. ALBERTIN Y GARDERE. Esplenectomía por enfermedad de Banti, resultado 15 años después de la operación. (Lyon médicale. t. CXXXVII. N.º 25 Junio 1926. p. 723-729).

T. DE VEREBELY. (Budapest). Cirugía del Bazo. (Sociedad Húngara de Cirugía. t. X. fasc. 2. Feb. 1924. p. 159).

VII CONGRESO DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. (Roma. 7-10 Abril 1926. (Journal de Chirurgie. t. XXVII. 1926).

P. LECENE Y R. LERICHE. Terapéutica quirúrgica. T. III. 1926.

KEEN. CIRUGIA.

A. BOTTO MICCA. (Turin). Dos casos de ruptura traumática del bazo. (La Clínica Quirúrgica an. VI. Nov. 1928. p. 1224).

H. SCHMIDT. (Hamburgo). Ruptura del bazo en dos tiempos con 6 días de intervalo. (Zentralblatt für Chirurgie. t. LVI. N.º 26. 1929. p. 1605).

BOLETINES DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA CHILE.

LEO P. BELL. (California). Surgery, Gynecology and Obstetrics. 4 Marzo 1930 N.º 3 606-610.

PRESSE MEDICALE.

La lectura de este trabajo del Dr. Vargas Molinare nos dice que la esplenectomía es preferible a la sutura parcial o esplenorrafia, con o sin taponamiento.

Así lo hacen ver muy bien las estadísticas de Quenu y de Gonnors, que nos cita.

Seguramente este hecho se deba a la disposición especial de las arterias intra-esplénicas que, como todos sabemos, son terminales, llamadas también, por comparación, arterias «en pincel», es decir, que no se anastomosan unas a otras y si por algún motivo se interrumpen.

pe la circulación del territorio irrigado por alguna de ellas, esta irrigación no se restablece y viene la necrosis parcial del bazo que tal vez es la que agrava el pronóstico en estas intervenciones. Además, sabemos ya por la experiencia y la fisiología también nos lo enseña (así lo asegura Gouguerot y Leon Bernard en su tratado de Fisiología) que el bazo no es un órgano indispensable para la vida y que la esplenectomía no entraba ni el embarazo ni el desarrollo del feto ni el crecimiento, y el esplenectomizado no presenta ningún trastorno, hecho debido tal vez a que los demás tejidos hematopoyéticos compensan rápidamente el trabajo del bazo.

Ya que recordamos esta disposición especial de las arterias del bazo, en pincel, debo recordar también que las venas intra-esplénicas se anastomosan entre sí hasta juntarse en 8 o 10 pequeñas venas que juntas forman la vena esplénica, que a su vez, se une a la pancreática y formando una sola van a desembocar en la porta llevando al hígado la sangre esplénica cargada de glóbulos (mononucleares y polinucleares y hematíes o glóbulos rojos).

Esta disposición anatómica nos explica la relación que hay entre las afecciones del bazo y del hígado (enfermedad de Banti, cirrosis, etc.)

Queda también muy en evidencia en este trabajo al citar las estadísticas de los Mayo (10%), de Quenu y de Verebely que la mortalidad por esplenectomía varía entre un 10 y un 23%, cifra que naturalmente depende de las afecciones esplénicas por las cuales se haya intervenido.

Este es un nuevo y amplio campo para nuestra Cirugía, ya que tantas enfermedades benefician de la esplenectomía y que hoy por hoy es muy poco practicada entre nosotros.

Quiero enumerar siquiera, resumiendo los datos que nos ofrece en este trabajo el Dr. Vargas Molinare, las afecciones o síndromas o enfermedades que benefician con la esplenectomía y que nos inducirán a practicarla con mayor frecuencia que hasta ahora.

Ellas son: contusiones, heridas, torsión del pedículo, tumores (sarcomas, endoteliomas), bazo luético, escleroso, en que el tratamiento específico no de resultado, bazo palúdico (poco frecuente entre nosotros), abscesos, quistes serosos o hemáticos o dermoídeos o hidatídicos, esplenomegalias en general, la ictericia hemolítica congénita o adquirida, la leucemia, la enfermedad de Werlhof o trombo-penia esencial, el púrpura hemorrágico, la enfermedad de Banti, la cirrosis hepática misma, etc.

Cierro este pequeño comentario dejando constancia que personalmente considero muy completo y de mucho valor para nosotros este trabajo que nos envía el Dr. Vargas Molinare.

Discusión:

Dr. JOHOW.—En 1923 practicó una esplenectomía, en un niño con ictericia hemolítica, que está hoy día en perfecta salud.

Se refiere a otros tres operados de la enfermedad de Werlhof, con resultados si se quiere satisfactorios, ya que le tocó operar algunos con un estado general muy malo. De éstos sólo falleció uno después de algún tiempo, en un servicio de Medicina Interna, por haber continuado la enfermedad.

Además ha practicado la esplenectomía en 10 casos por traumatismos sin ningún caso fatal. Considera que no es una operación grave y que la ausencia del órgano no hace falta para la vida posterior.

Dr. MUÑOZ PAL.—En su servicio hace un mes, se hizo la esplenectomía en un individuo de 30 años, por ruptura traumática del órgano. Practicó la operación el Dr. Maturana.

Ruega, al Presidente se sirva conceder la palabra al Dr. Maturana para que haga la relación completa de la observación.

Dr. MATURANA.—Llegó el enfermo a la Asistencia Pública a las 24 horas de recibir una pedrada, que le fracturó la 9.^a y 10.^a costillas izquierdas. De aquí fué trasladado al servicio del Dr. Muñoz. Llegó en estado grave, con síntomas de hemorragia interna y reacción peritoneal. Se pensó en una ruptura del bazo y también en la posibilidad de lesiones de parte del intestino. Se intervino con una incisión paramediana izquierda.

Había una gran cantidad de coágulos sanguíneos en la cavidad abdominal. El bazo completamente destrozado sangraba en algunos puntos. Esplenectomía, previa ligadura del pedículo vascular. La exploración del estómago e intestino fué negativa. Tuvo una convalecencia rápida. A los 15 días de operado se hizo una fórmula leucocitaria que resultó normal.

Dr. CASTRO.—Llama la atención a la presencia de bazos pequeños, aberrantes, que en algunos individuos entrarían a suplir las funciones del órgano extirpado.

Dr. JOHOW.—Al lado del bazo, como lo manifiesta el Dr. Castro, se suele encontrar estos bazos rudimentarios que también deben extirparse en los casos de ictericia familiar. Esto es lo que ha hecho en uno de sus operados.

Con respecto a la ruptura traumática del bazo llama la atención a la falta de síntomas en algunos casos. Las hemorragias se producirían en dos tiempos. Recién se rompe el órgano hay hemorragia, que se cohibe con un coágulo sanguíneo que sirve de tapón. Más tarde puede disolverse este coágulo y sobrevenir una hemorragia secundaria que puede adquirir caracteres fatales. Por esta razón es preferible hacer la esplenectomía, desde los primeros síntomas.

Dr. CASTRO.—Los bazos aberrantes, podrían desarrollar una función importante en los casos operados por traumatismo y no en los de ictericia familiar.

Dr. LEÓN.—Al atenderse a los resultados obtenidos en experiencias hechas en animales, la extirpación del bazo no traería consecuencia funesta para el organismo. Por otra parte sería una rara coincidencia, que todos los operados por traumatismo contaran con esos bazos rudimentarios.

Dr. OPAZO.—Considera que la sintomatología de las rupturas del bazo, como acontece en las otras vísceras llenas (hígado, riñón) depende de la extensión de las lesiones producidas. Lesiones extensas traen signos graves, grandes hemorragias, que facilitarían el diagnóstico. En cambio los síntomas serán de escasa importancia, cuando las lesiones son pequeñas; pero si estos síntomas, como pequeñas hemorragias se repiten frecuentemente, repercutirán de todos modos en el organismo trayendo la anemia consecutiva.

Sesión del 25 de Junio de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo

Asistieron: Sierra, Johow, Vargas Salcedo, Díaz Muñoz, Covarrubias, Estévez, Matus, Rayo, Guzmán, Greene, numerosos médicos y estudiantes de medicina.

Acta

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

Cuenta

Han presentado sus antecedentes seis candidatos que se oponen para ocupar el puesto vacante de miembro titular de la Sociedad. Ellos son: los doctores Eduardo Bunster, Manuel Martínez, Emilio Aldunate Phillips, Ruperto Vargas Molinare, Jorge Contador y Rodolfo Rencoret.

El Dr. Contador ha entregado un trabajo titulado «Cirugía del Corazón» y el Dr. Rencoret otro titulado «Neumonía intersticial post-operatoria».

Se nombró una comisión compuesta por los Drs. Mönckeberg, Navarro y Torres Boonen, para que estudien estos antecedentes e informen a la Sociedad de los que más méritos tengan para ser elegidos.

Comunicaciones

Sobre tumores óseos

DR. LEONARDO GUZMAN

Ya que el propósito de asociaciones como la nuestra es cambiar ideas, permítome presentar a Uds. algunas cuestiones relativas a los tumores de los huesos que aparecen en el interesante trabajo de los Srs. Drs. Navarro, Johow y Alessandrini observados sólo desde ciertos puntos de vista. Y es perfectamente lógico que así haya ocurrido, dada la abundantísima literatura esparcida en numerosos libros y revistas que existe sobre la materia y que es difícil de ser totalmente dominada.

Empieza la dificultad en la clasificación misma, porque el hueso es un órgano complejo, de manera que decir tumores del hueso es casi tan vago, desde el punto de vista histológico y terapéutico, como hablar de tumores del abdomen: en efecto, una neoplasia en un hueso puede no ser de la armazón sólida que sostiene el organismo, sino que puede resultar de la médula que es en sí otro organismo complejo, por lo cual Letulle los estudia entre los tumores linfóides, y del periostio, que es un tegumento, o de los osteoclastos que tienen su función determinada.

Desde la simple clasificación de Bard, basada en la especificidad celular en que se hablaba de tumores resultantes de células de osificación perióstica, madres de los sarcomas fuso-celulares, y de tumores resultantes de las células de osificación medular, productoras de los sarcomas globo-celulares, teoría que no se aceptó por la incógnita que encierran los tumores de células gigantes multinucleadas; hasta la clasificación ya más compleja de Astley Cooper, y más tarde la de los americanos, publicada por Kolodny y presentada por los colegas informantes de esta sociedad, tienen, como muy bien lo expresan los Drs. Navarro, Johow y Alessandrini, sus defectos.

Ya en Julio de 1928, presentaba Ewing a la Conferencia Internacional del Cáncer de Londres, una clasificación más completa que la del Archivo de los cirujanos americanos. Es la siguiente:

1.º—Sarcoma osteogenético:

- a) Perióstico
- b) Medular y sub-perióstico
- c) Telangectásico
- d) Esclerosante
- e) Fibrosarcoma
- f) Atípico no clasificado

2.º—Tumores de células gigantes:

- a) Típico
- b) Atípico
- c) Maligno

3.º—Mieloma:

- a) Endotelial
- b) Plasmocitario
- c) Mielocitario
- d) Linfocitario
- e) Eritroblástico

4.º—Liposarcoma

Uds. pueden observar que James Ewing, al hablar de tumor de células gigantes, agrega un grupo: *el maligno*.

Y bien: es indudable que hay tumores de células gigantes que toman las características de la malignidad, esto es, polimorfismo de las células, monstruosidades nucleares, hiperromatismo, capacidad

de producir metástasis a distancia y en otros órganos cuya constitución difiere del de origen.

Ya Kolodny, sucesor de Codman en el Archivo del Colegio de Cirujanos Americanos, habla en su informe al Congreso de Lake Mohonk (1926) de un 20% de casos de tumores de células gigantes que recidivan y, en la página 213, cita casos comprobados de muerte por metástasis pulmonares de tales neoplasias.

Esto prueba, dice él, que son verdaderos tumores y no reacciones de otro orden.

M. J. Stewart presentó al Congreso de Londres un caso interesantísimo: se trata de un hombre de 49 años, que en Diciembre de 1917 tiene una fractura del tercio inferior del fémur. Consolidó bien, hasta que en Junio de 1919 tuvo dolor en el sitio de la fractura. En 1920 tumefacción de la extremidad inferior del fémur. Los Rayos X. mostraron la apariencia característica de un tumor a mieloplaxos. Se ofrece amputación y fué rechazada. En Enero de 1925, como se sintió muy mal, permitió la amputación. El tumor estaba destruyendo los músculos.

Histológicamente resultó un tumor de osteoclastos o células gigantes multinucleadas. En Octubre de 1925, vino el enfermo con recidiva en el muñón y con fenómenos pulmonares, que a la pantalla de Rayos X. revelaron ser metástasis.

En 30 de Enero de 1926, muerte; autopsia: se confirman las metástasis pulmonares y se ve que se reproduce la conformación del tumor primitivo y que hay mezcladas con células fusiformes otras a mieloplaxos.

Esto revela, dice Stewart como los casos de Auge et Roux (1922) que el tumor a mieloplaxos es un tumor, y a veces *maligno*.

El tiene otro caso de tumor a células gigantes de la escápula que murió de recidivas tres años después de la amputación y otro, de un niño con un mieloplaxos en el radio, que murió 18 meses después por metástasis.

Ewing relata un caso análogo: un anciano que sufría de osteítis fibrosa, presenta un tumor en la epífisis superior del húmero, tumor que crece rápidamente y mata al enfermo por metástasis pulmonar. La autopsia revela que tanto el tumor de la epífisis como las metástasis pulmonares están formados por células gigantes con núcleos atípicos, hiperromáticos, que cualquier histólogo tomaría como maligno. Y a propósito de estos tumores, quiero presentarles un caso interesantísimo que estoy observando desde Agosto de 1929: *R. G. de E.*; 58 años, 5 hijos. Toda su vida ha tenido tendencia al reumatismo.

En Abril de 1929 aparece ligera tumefacción indolora a nivel de la raíz de los premolares izquierdos superiores. Creyeron se trataba de abscesos apicales y trepanaron los premolares. Pero a fines de Mayo, la tumefacción era ya del tamaño de una nuez. Un especialista en oto-rino-laringología la opera, reseca toda la masa que había invadido ya la cavidad de Higmoro, sin ulcerar la mucosa respectiva. Se envía la pieza al Prof. Croizet, quien diagnosticó *tumor de células gigantes*.

A comienzos de Julio, seis semanas después de operada, dolores en la pierna derecha, acompañados de pequeñas tumefacciones en la espina, una, en el tercio superior otra y en el medio de la cara ántero-interna de la tibia, como puede verse en la radiografía, una tercera.

En vista de la radiosensibilidad manifiesta, de 100 por 100 de los casos, de los tumores de células gigantes, le hago aparatos moldeados con radium y doy 2 milicurias por cm.² a 3 cm. de distancia de la piel del 8 al 14 de Agosto. Hice tres aparatos moldeados. Tres meses después esas lesiones habían desaparecido clínica y radiológicamente, como puede verse por el informe del Dr. Ducci, quien habla de «lesiones tratadas, cicatrizadas».

Pero nuevas metástasis aparecen en la pierna izquierda, y en el calcáneo izquierdo. Las trató también en aquella forma: aparatos moldeados y esta vez sólo 1½ milicurias por cm.² Aparece entonces una flebitis en la pierna izquierda y una nueva metástasis en la extremidad acromial de la clavícula izquierda y en el tercio externo de la derecha. La de la izquierda no tiene ya el aspecto característico de las lagunas ocasionadas por los tumores de células gigantes, y parece más bien la imagen de una osteítis quística.

Se puede, ante este caso, abordar otro de los problemas de los tumores óseos, tratado en el informe de los Drs. Navarro, Alessandrini y Johow, con gran acopio de ideas. Nové-Josserand relata, en su tratado de Tumores Óseos, un caso de épulis concomitante con una osteítis fibrosa; otro tanto hacen Recklinghausen, Monkberg y Werde. El caso de Ewing, a que me acabo de referir, es de la misma índole.

¿Qué afección es, pues, ésta con tantas variedades?

Stewart, profesor de clínica de Leeds, propone un nombre que ya Masson, hoy en Montreal, había indicado para los tumores de células gigantes: el de *osteoclastoma*, porque, según ellos, se derivan de los osteoclastos, células destinadas a reabsorber el tejido óseo cuando se halla el hueso en período embrionario o de regeneración, y que ya, en el hueso adulto, es capaz, según ella también, de producir la célula fibrosa adulta del endostio.

La función del osteoclasto es compleja: Aquel caso del profesor Delbet de una metástasis ósea de un tumor de la mama, en los límites de la cual había células gigantes, que rodeaban las células epiteliales metastásicas, revelan que el osteoclasto se despierta cuando hay lesión de rarefacción del hueso; su presencia en las osteítis fibrosas es, sin duda, un proceso de reacción; y su presencia en metástasis de tumores formados por ellos, indica que hay momentos en que, como cualquier otra célula de nuestro organismo, puede transformarse en maligna.

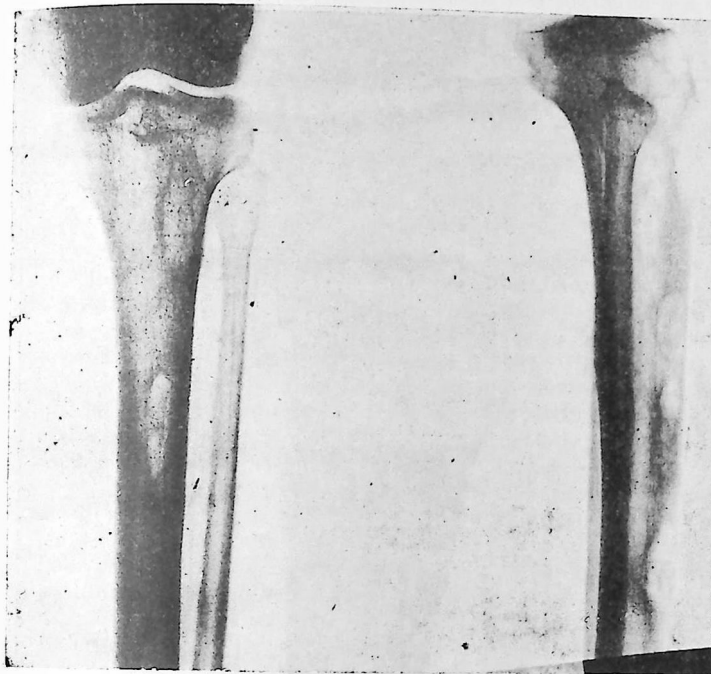
No puede pues decirse que los tumores de células gigantes no tienen relaciones con los tumores malignos.

Existe una democracia de todas nuestras células; ninguna cede a otra el privilegio de hacerse maligna.

Parece que todas, por desgracia, tienen derecho a ello.

¿Cuál debe ser el tratamiento de esta clase de tumores?

Ewing, en su comunicación a Londres, Julio de 1928, llama la



R. E. de G. Tumores mieloplaxos el 2 de Agosto de 1929 antes de tratarse con radium, en tibia derecha

atención al hecho de que los tumores de células gigantes que se han transformado en malignos han sido desviados de su curso por una intervención operatoria, y termina textualmente así: «El presente estado de la cirugía en el tratamiento de esta afección no puede, por lo tanto, ser considerado como satisfactorio.»

Todos los autores que frecuentan esta enfermedad están de acuerdo en considerar que la radio o la curieterapia bien hechas la sanan. H. Lacharité publica en el número de Noviembre de 1928 del «Journal de Radiologie» de París, Págs. 521-535, catorce casos tratados sólo por radioterapia en el Instituto Curie de París de 1916 a 1926, y todos curados, con la ventaja de no alterar el curso de la enfermedad, ni provocar metástasis, ni disminuir la resistencia del esqueleto, ni necesidad de hospitalizar al paciente, ni de esperar una reparación cicatricial larga. Como Uds. ven, en mi caso la restauración es completa, sin disminución funcional. Lo mismo piensa Ewing y aconsejan Kolodny, Holfelder, Försell y Regaud.

Quiero agregar, antes de ocuparme de otros tumores, dos palabras a modo de comentario del caso que les he presentado: ¿Hay seguridad de que las lesiones de la tibia y clavículas y calcáneo sean de mieloplaxos? La biopsia del tumor del maxilar y la apariencia



R. E. de G. Tibia derecha tres meses después de tratada con radium

radioscópica son de lesión de mieloplaxos y la forma en que ha respondido al radium, así también lo hace pensar. Sin embargo, la apariencia de la clavícula izquierda es de una fibrosis de Recklinghausen. Y bien. Ha cedido igualmente al radium, lo que indicaría que este metal podría ser usado con éxito en la enfermedad quística.

Paso a referirme a los que todos los autores califican de tumores malignos de los huesos, y para ser breve, me ocuparé sólo del tratamiento.

En la época actual, en que poseemos Rayos X. perfeccionados y técnicas operatoria e histológica avanzadas, no creo que pueda hacerse ninguna indicación de tratamiento sin fijar primero si el tumor está localizado *sólo a un hueso*, o si ya las metástasis invaden el pulmón u otros órganos; hecho lo cual, es indispensable esforzarse por darse cuenta del sitio de origen de la neoplasia: *¿es la médula? ¿es el periostio? ¿es la armazón ósea misma?*

En el primer caso, cuando la médula es el punto de partida, sea que se trate de un retículo-endotelioma de Ewing o de un mieloma con albuminosis de Bence Jones; o de un plasmocitoma o eritroblastoma es preferible usar las radiaciones.

Los colegas informantes resumen lo que acabo de decir expresando muy bien que «los tumores centrales reaccionan mejor que los periféricos a las radiaciones» y esto se halla de acuerdo con la idea de Bergonié de que las células son tanto más radiosensibles cuanto más lejos se hallan de un estado adulto. Y ocurre que las células de la médula son todas embrionarias. Es tal su sensibilidad que Ewing y Kolodny aconsejan como medio de diferenciación diagnóstica, la radioterapia profunda. Saben Uds. que el llamado sarcoma de Ewing se presenta en la mayoría de los casos con temperatura y tumefacción dolorosa, de modo que puede confundirse con una osteomielitis. En tales casos 1,000 unidades R. Solomon (5 H. Holzknecht) son capaces de sacarnos de duda, pues en el sarcoma de Ewing esa dosis, que es posible dar en una sola sesión, provoca ya una regresión apreciable, mientras que no modifica el curso de la osteomielitis.

¿Qué puede hacer la cirugía en tumores de la médula ósea? Bien poco. Todos los autores lo saben. El hecho de ser tumores de un tejido tan esparcido y tan migratorio como es el sistema hematopoyético, (Letulle, repito, los estudia entre los tumores linfóideos); ese hecho los transforma en bien poco controlables por la cirugía, que actúa en forma local, reducida. Y eso lo enseña la experiencia: no bien se ha sacrificado un miembro, cuando la metástasis visceral hace su aparición, metástasis que probablemente ya estaba en desarrollo cuando se intervino. Pues bien, estas metástasis aún son curables por las radiaciones: Kolodny publica dos fotografías de metástasis pulmonares sanadas por la radioterapia.

Hay casos en que las condiciones en que llegan los enfermos a la consulta son tales que ya el hueso entero se halla tomado, de modo que es imposible descubrir el punto de partida. Mucho ayuda la buena radiografía, por el tipo de imagen que da; pero a veces tampoco puede dirimir la cuestión.

El radium, la roentgenterapia, insisto, puede también ayudarnos en la forma ya dicha. Pero si se quiere ir más ligero al tratamiento, puede practicarse la «osteotomía exploradora» que aún sirve en aquellos enfermos en que no se ha podido saber si se trata de lúes, de tuberculosis, o de enfermedad de Payet o de Recklinghausen, o de actinomicosis.

Lecéne, en la pág. 186 de su tratado de Cirugía de los Huesos, año 1929, dice que es una *intervención inocua*, que bien hecha no provoca metástasis: aconseja una ligadura que comprima totalmente los vasos. Los americanos prefieren una doble ligadura: una cerca del límite proximal de la lesión ósea; otra en el límite distal, para evitar toda siembra en los vasos; y en seguida aplicar un punto de fuego sobre el sitio cincelado.

Si la *biopsia* indica que se trata de un tumor *fuso-celular*, nacido del periostio o de uno nacido en los osteoblastos, que es en realidad el verdadero osteosarcoma, entonces debe intervenir quirúrgicamente si ello fuera posible.

¿Conviene hacerlo en forma económica?

Lecéne dice en la pág. 189 de su tratado ya citado, *que el tratamiento económico por resección segmentaria extensa de los sarcomas del esqueleto de los miembros no da en general ningún resultado verdaderamente durable*. En todo caso, afirma que todos los enfermos tratados así por él, han muerto de metástasis pulmonares al cabo de dos o dos y medio años. Cita en seguida Lecéne la opinión de Eisberg de Viena, quien afirma un 60% de fracasos en las operaciones conservadoras de tumores óseos.

Por éso ellos aconsejan la amputación del miembro inferior sobre todo, y en cuanto al superior, suele proceder a una resección que va de epífisis a epífisis del hueso afectado.

No es pues halagadora la cirugía, aún de los osteosarcomas verdaderos: de allí la tendencia a combinarla con las radiaciones.

Sampson Handley, de Londres, presentó a la International Conference of Cancer, Londres 1926, una serie de casos tratados por combinación de cirugía e implantación de agujas de radium en el tumor mismo. Se refiere en detalle a cuatro casos del hueso ilíaco, de los cuales tres están bien, uno a partir de Marzo de 1924, otro de Junio de 1925 y el tercero de Mayo de 1927. Dió 500 miligramos en cada uno con 1 mm. platino de filtro durante 24 horas.

Handley ha llegado a sistematizar este tratamiento, porque en su trabajo a la Conferencia de Londres declara que *él nunca ha hecho una amputación por sarcoma perióstico, que no haya sido seguida dentro de un año por recidiva*. Afirma que prefiere correr el riesgo de una necrosis que el de una reproducción.

Otros autores han empleado también el radium en tumores óseos inoperables con buen resultado: Roussy publica en su volumen «Le Cancer» 1929 (editores Masson) un condrosarcoma del hemitórax izquierdo que invadía aún la base del pulmón izquierdo, del tamaño de una cabeza de feto. Se le hace radiopuntura, después de haber practicado la biopsia y regresa el tumor completamente a las 12 semanas. Su fotografía se halla en las págs. 706 y 707 del citado volumen.

Habla también de un sarcoma fibroblástico (fuso-celular) recidivado in situ después de dos operaciones, tratado con aparato externo de radium y sanado. Gunsett y Oberling presentaron a la sesión de 20 de Febrero de 1928 de la Asociación Francesa para el Estudio del Cáncer, un caso de fibrosarcoma escapulo-cervical de tamaño considerable: ocupa el hombro, el hueco supraclavicular, parte del dorso. En la fotografía que aparece en el boletín respectivo se puede apreciar la masa (pág. 68, 20 de Febrero de 1928). Se le hace roentgenterapia, 12,000 R. Solomon por dos campos, sin resultados.

Entonces se recurre al radium: aparatos moldeados del 7 al 13 de Octubre de 1926; del 11 al 12 de Febrero del 27 y del 30 de Mayo al 5 de Junio de 1927. Desapareció totalmente el tumor. Recibió 400 milicurias en total, a 4 cms. de distancia.

En Noviembre de 1929, el Dr. Trincado de Los Andes me encargó que viera al enfermo M. R., de Rinconada, 62 años de edad, a quien había operado de un tumor del esternón en Abril. Recidivó en Septiembre, dando lugar a dolores terribles que hacían gritar al pobre hombre. Era imposible tratarlo con roentgenterapia, porque sus dolores no le permitían estar quieto bajo la ampolla Coolidge y lo obligaban a quejarse, alarmando a los pacientes de mi consultorio. Le hice en el Pensionado San Vicente un aparato moldeado, del 22 al 29 de Noviembre, dando sobre una superficie de 65 cm.² a 3 cm. de la piel, 138 milicurias con radium filtrado por 2 mm. de platino. Era una masa de 9 cm. de largo, por 7 de ancho y unos 5 de relieve, que ocupaba la mitad inferior del esternón. El tumor regresó y en Febrero de 1930 me comunican que ha desaparecido. No hubo examen histológico de la pieza que se operó en Los Andes; pero se me dice era duro, cartilaginoso, con algunas zonas reblandecidas de color amarillento. Al tacto el tumor que traté era renitente.

En todo caso la recidiva indicaba que era maligno.

A. F. Tyler publica en The Radiological Review de Chicago, Marzo de 1929, página 130, un caso de sarcoma osteogénico de la mitad superior del húmero izquierdo tratado por radium y rayos X, con regeneración completa del húmero.

A. Vallebona publica en la Radiología Médica de Roma, 1929, N.º 2, página 190 a 213, varios casos de tumores óseos tratados por radium.

Ewing también cita otros ejemplos.

Madame Laborde et Cuel, del Servicio del Hospital de Villejuif del Dr. Roussy, han tratado dos osteo-condrosarcomas con radium (Cita de la página 708 de «Le Cáncer, Roussy»).

Todos estos casos son de tumores considerados hasta hoy como resistentes a las radiaciones.

En cuanto a los medulares, como hemos dicho, no se puede vacilar o radium o rayos X. son de gran utilidad. Tengo aquí un caso de Madame Laborde publicado en el Bulletin du Cáncer de Mayo de 1929: tumor de Ewing tratado y curado con radium.

No quiero citar infinidad de estadísticas que tengo en mis manos de Regaud, de Försell, de Holfelder, de Borak, del Memorial Hospital de New York referentes a la roentgenterapia porque ese

punto ha sido tratado en el informe de los colegas Drs. Navarro, Johow y Alessandrini.

Deseo terminar traduciendo algunas frases del trabajo de Kolodny al Congreso de Lake Mohonk (N. Y., Estados Unidos). En la página 115 de ese informe dice: «la vasta acumulación en los últimos tiempos de conocimiento técnico y de progreso en la aplicación de las radiaciones (rayos X. y radium) en el tratamiento de los tumores malignos en general, exige una revisión de todos los principios aceptados y de las tradiciones respecto del sarcoma de los huesos.. Hay quienes no aceptan en absoluto la irradiación; pero los pobres resultados que la cirugía más radical nos ofrece; el recuerdo que cada uno de los que hemos practicado esta cirugía tenemos de casos de enfermos que aparentemente no tienen lesiones en las víceras; pero que se nos mueren de metástasis pocos meses después de operados, nos obliga a buscar nuevos recursos».

Por fin Kolodny, y en esto se halla de acuerdo con Ewing, ofrece como solución de este complejo problema de tratamiento del tumor óseo de los miembros lo siguiente, que él considera ecléctico, porque evita dogmatismos tan contrarios al espíritu de progreso de nuestra profesión:

«Hecho el diagnóstico, inmovilizar la extremidad enferma en extensión; irradiación eficiente y cuidadosa, seguida de amputación en caso de no regresar el tumor en tiempo prudencial. Después irradiación moderada del torax. Ocasionalmente en casos muy avanzados, amputación inmediata para disminuir los dolores».

Como resumen práctico de esta larga exposición, me atrevería a formular lo siguiente:

1) Dada la compleja constitución de los huesos y la considerable variedad de sarcomas que de tal hecho se derivan, no se puede fijar un método único de tratamiento.

2) Los tumores derivados del osteoblasto y del periostio benefician más de la cirugía y sus metástasis viscerales aprovechan más las radiaciones.

3) Los casos citados en este trabajo de tumores de la naturaleza dicha en la conclusión 2, que han curado con radium, indican que es posible con un mayor perfeccionamiento de la técnica y en un futuro no lejano que sean dominados por una combinación de cirugía y radium.

4) Los tumores nacidos de la médula benefician más de las radiaciones. Es preferible que se operen sólo en caso de dolores que la morfina no pueda dominar.

5) Existen tumores de células gigantes con caracteres de malignidad.

6) El tumor de célula gigante sana en un 100 por 100 de los casos, con las radiaciones.

Discusión:

Dr. Johow.—En realidad el trabajo del Dr. Guzmán viene a ser un complemento del informe que sobre Tumores Óseos, presentó la Comisión a la Sociedad. Se refiere especialmente al tratamiento, por medio del radium, que el Dr. Guzmán aborda en su tra-

bajo y que no fué considerado en el estudio de conjunto que se había presentado.

Luxación total de la interlínea de Lisfranc

DR. LUIS VARGAS SALCEDO

La luxación completa y total de las articulaciones tarso-metatarsianas son raras; lo frecuente es encontrar una luxofractura que afecta generalmente dos o tres metacarpianos. Razones anatómicas de las cuales nos ocuparemos enseguida, explican este fenómeno ya observado por los antiguos clínicos.

Hace más de treinta años que von Bergmann dedicaba a esta modalidad un capítulo especial y citaba la estadística de Panse de 22 casos de luxaciones totales tarso-metatarsianas.

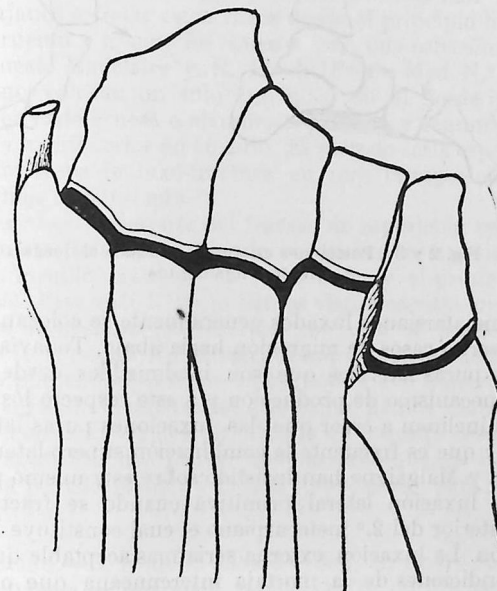


Fig. 1-Interlínea de Lisfranc

El mecanismo de producción de esta luxación no es fácil puntualizarlo en cada caso, sin embargo, se acepta como muy probable que el desgarramiento de los ligamentos plantares, dorsales y el interóseo sólo se produciría cuando una fuerza brusca y poderosa actúa sobre el pie en flexión con apoyo anterior o en extensión forzada, vale decir en posición equina. (Caída en un pie a medio empinar, pisada falsa al tomar un escalón, etc.) (Fig. 2 y 3)

Es de utilidad recordar que las articulaciones tarso-metatarsianas son artrodias con muy poca movilidad unitaria y que en con-

junto sirven para darle al pie, es decir a la bóveda plantar en la línea de Lisfranc, cierta elasticidad limitada a la distensión de los ligamentos. El segundo metacarpiano se encuentra amortajado entre las tres cuñas y reforzada su articulación por el ligamento interóseo (fig. 1) de suerte que la traslación de todas las extremidades posteriores de los metacarpianos hacia arriba o abajo sólo se llegará a producir cuando el pie apoyado en los dos puntos anteriores del triángulo sufra un violento empuje de arriba que sea capaz de entreabrir la interlínea desgarrando los ligamentos (fig. 2 y 3).

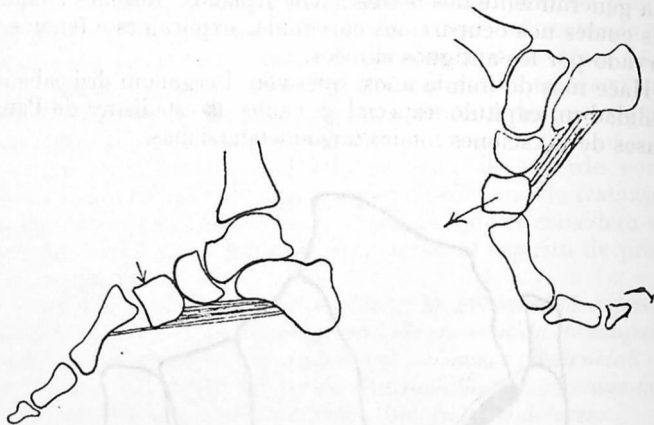


Fig. 2 y 3 Posiciones en que se produce el desgarro de los ligamentos

Los metatarsianos luxados generalmente se colocan arriba; pero se han descrito casos de migración hacia abajo. Todavía se habla de luxaciones puras laterales que son inadmisibles desde el punto de vista del mecanismo de producción y a este respecto los autores y la lógica nos inclinan a creer que las luxaciones puras laterales no se observan y que es frecuente la combinación supero-lateral.

Hoffa y Malgaigne han insistido sobre este mismo punto y sólo aceptan la luxación lateral primitiva cuando se fractura la extremidad posterior del 2.º metacarpiano el cual constituye la llave de la articulación. La luxación externa sería más aceptable que la interna por las condiciones de la mortaja intercuneana que ofrece el lado externo menos profundo que el interno y con una inclinación u oblicuidad favorable al deslizamiento (obsérvese fig. 1)

El mecanismo más probable de producción sería entonces el siguiente: 1.º Distensión y desgarro de los ligamentos de la interlínea. 2.º Traslación de la extremidad posterior de los metacarpianos hacia arriba y atrás. 3.º Deslizamiento de los mismos hacia afuera debido probablemente a la acción y tracción de los peroneos.

La *sintomatología* se caracteriza por la deformación del pie que se nos presenta mas corto y con su bóveda muy marcada, algo así como el pie deformado de las antiguas princesas chinas. A la palpación se comprueba un rodete dorsal muy pronunciado y un hundimiento por detrás; este hundimiento, es más marcado en los bordes del pie.

El *tratamiento* ideal de esta luxación sería la reducción; pero la reposición de los metacarpianos a su sitio normal es sumamente difícil. Debe intertársela bajo anestesia y lo más rápidamente posible después del accidente, porque más tarde, las adherencias y el acortamiento de los músculos hacen imposible esta maniobra.

Es una ilusión pretender dar reglas para la reposición y en general se procurará fijar el tarso para enseguida por tracciones y movimientos sucesivos tratar de hacer recorrer a los metatarsianos el camino inverso. Estas maniobras son poco fructíferas y aún cuando se logre la reposición, el mantenimiento de los huesos en su sitio, después que los ligamentos han sido desgarrados, es a su vez otro escollo que hace fracasar el tratamiento cerrado. En efecto, en muchos casos después de hecha la reposición y colocado un yeso, la radiografía nos demuestra el error. Estos fracasos han decidido a muchos cirujanos a tratar estos casos desde el principio haciendo la reposición cruenta y fijando los huesos con una osteosíntesis como lo han propuesto Mauclair y R. Bloch (Presse Med. N.º 12. 1930). Estos cirujanos colocan un tutor metálico en el borde interno del pie y atan con seda gruesa o alambre el primero y segundo metatarsiano a fin de mantenerlos en su sitio. El método sería especialmente aplicable a los casos de luxofractura en que la reposición y mantenimiento son mas difíciles aún.

En nuestro caso, después del fracaso de reposición cerrada, hubimos de intentar la cruenta, fijando el primer metatarsiano con la ayuda de un tornillo colocado entre la cuña y el primer metatarsiano. (Fig. 5). Este método no lo hemos visto descrito; creemos sin embargo que no obstante las reservas con que se puede acoger la osteosíntesis se la podría simplificar usando en lugar de tornillo un simple clavo pudiéndose agregar un segundo clavo transversalmente para fijar el segundo metatarsiano que como hemos dicho anteriormente, resultados funcionales alcanzados en nuestro caso, sería suficiente la reposición del primer metatarsiano que es la columna interna de la bóveda plantar y la más importante, para lograr una curación.

Observación.—D. F. de 55 años de edad, en Enero del presente año a consecuencia de una mala pisada, sufre un intenso dolor en el pie izquierdo. Vemos a la enferma pocos momentos después del accidente y comprobamos la deformación típica del pie, el cual se nos presenta mas corto y con su dorso muy abombado. A la palpación pudimos comprobar el rodete dorsal. Después de una inyección de morfina intentamos una reducción que fué imposible. Una radiografía del Sanitas reveló una luxación típica dorsal externa de la línea de Lisfranc (Fig. N.º 4).

Bajo anestesia general se intenta una reducción cerrada e inmovilización enyesada; pero una radiografía nos demostró lo que presentamos, es decir, que la reposición había sido nula.



Fig. 4. Radiografía dos horas después del accidente. Luxación de la línea de Lisfranc tipo superior esterno

Se resuelve la reposición cruenta y la osteosíntesis. Incisión longitudinal dorsal arqueada en su extremo inferior en el borde interno del pie. Después de múltiples maniobras de reducción con ayuda de una rúgina se logra colocar en su sitio el primer metatarsiano el cual fijamos con un tornillo, (Fig. N.º 5.) La reposición del resto del metatarso fué imposible y hubimos de conformarnos con la del primero.

Se deja un vendaje simple con una plantilla de cartón. Calman los dolores y a los 40 días se extrae el tornillo bajo anestesia local.



Fig. 5. Radiografía post-operatoria. Osteosíntesis con un tornillo en la articulación cuneo 1.er-metatarsiano

Una serie de masajes combinados con movilización activa y pasiva dan por terminado el tratamiento. La enferma se levanta y principia a caminar a los 50 días con apoyo de un bastón que muy pronto abandona.

La curación funcional magnífica; la estética deja algo que desear porque subsiste un pie con corbatura plantar exagerada.

Sobre el resultado en las operaciones de ptosis renal

DRS. I. DIAZ MUÑOZ Y VICENTE DAGNINO Mc. D.

Hace algún tiempo presentamos a la Sociedad de Urología una exposición sobre los resultados pielográficos y post-operatorios de la pexia renal por el método de Kirschner y consideramos que se hacía divulgación urológica si se traía ese trabajo a la Sociedad de Cirugía, docta corporación cuya crítica fué siempre elevada y por ende útil a los que hacemos cirugía en cualquier especialidad.

Con posterioridad a nuestra exposición de aquella época han aparecido dos tesis que tienen relación con nuestras investigaciones y cuyas partes más atingentes e interesantes extractaremos, con lo cual la pequeña exposición de entonces toma un cuerpo mayor y presenta más facetas para la crítica, que es lo que, en nuestro anhelo de perfección buscamos.

Nuestra disertación, sin carácter de tesis, tiende a exponer los resultados que tenemos con la operación de Kirschner-Papin y apendicectomía en un tiempo que no hacemos por sistema en todos los casos, sino cuando lo estimamos necesario; practicamos en algunos casos pexia y apendicectomía, en otros pexia y enervación, y en otros pexia, enervación y apendicectomía absteniéndonos en algunos casos, en que ejecutamos dos intervenciones, de la enervación, por las razones que damos más adelante.

Los medios de sostén del riñón son: la atmósfera célulo-adiposa y la aponeurosis que la envuelve; el peritoneo, las adherencias con la cápsula suprarenal; el pedículo vascular y la presión intra-abdominal.

Se ve que una vez producida una ptosis, ninguno de estos medios es susceptible de ser suturado, afirmado, puesto en tensión, y provocar por este medio la vuelta a la posición normal de un riñón descendido, salvo los casos de muy pequeño descenso que tienen tendencia a recuperar su posición normal. Es necesario, lisa y llanamente, y es éste un criterio universal y antiguo, buscar otros medios de sostén, prescindiendo de los cinco que han fallado.

Es la elección de este medio es la que puede discutirse, es decir, la calidad. La faja ortopédica produce alivio, y en ciertos casos; la cura de engorda, que reafirma la atmósfera célulo-adiposa perirenal de un riñón colocado en una posición aceptable y no ideal o anatómica por una faja ortopédica, soluciona sin intervención ciertos casos en que, en su mayoría, no ha habido sino una exageración en el criterio de apreciación del descenso de un riñón; se ha palpado un

riñón, se ha diagnosticado ptosis y se ha impuesto una faja y una cura de engorda. El riñón puede afirmarse en el sitio en que estaba al ser examinado, hacerse un poco menos móvil y la engorda hará lo demás, levantando el ánimo de la enferma, por lo general asténico, y haciendo menos palpable el riñón al médico.



A. S. Obs. 217. Antes de operarse

Pero el riñón ptósico, el descenso del riñón desde el rebasamiento del arco costal hasta el riñón flotante, no obedece a ningún tratamiento que no sea operatorio. Con esto no sostenemos que toda ptosis deba operarse ya que hay condiciones generales o locales que hacen variar el criterio u obligan a una intervención más radical; pero si se opera, la calidad de la intervención es la que sometemos al criterio de esta reunión.

La historia de estas intervenciones en nuestro servicio es larga y ha sufrido modificaciones impuestas por la observación.

A nuestro juicio, siendo la ptosis renal un co-fenómeno de una ptosis generalizada, en gran parte de los casos, es inútil pedir a músculos o envolturas alcanzadas de una atonía más o menos marcadas que sirvan de sostén.

Es por eso que se han ideado, en vista del fracaso de los métodos capsulares, los métodos en que se usa un medio de sostén extraño, heterógeno: se comenzó con hilos y se ha seguido con las cintas aponeuróticas.

De estos métodos hay unos extrarenales como los llamamos, o perirenales, que cual más, cual menos, todos son variantes de Kleins-



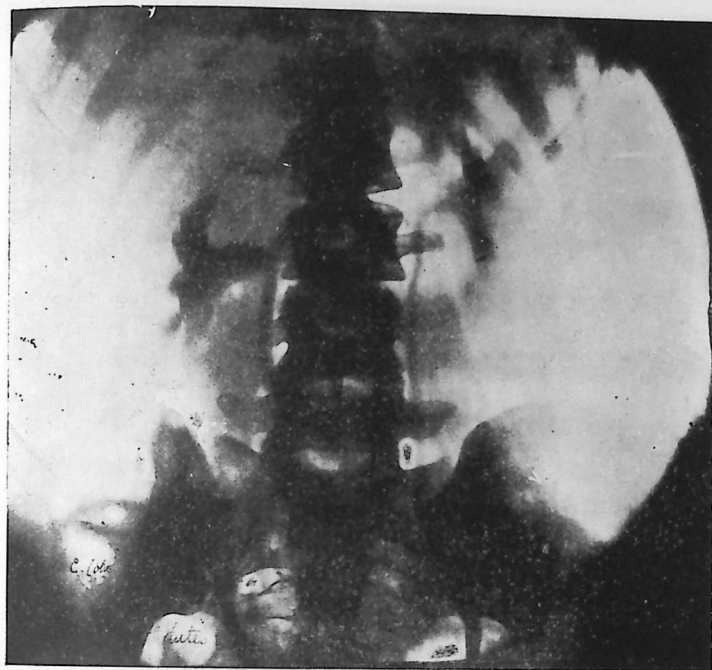
A S. Obs 217 Después de operarse

chinot que consiste en hacer hojales sub capsulares y atravesarlos con cintas aponeuróticas que sirven de cabos de fijación a las costillas; y otros que llamaremos trasrenales en que la cinta aponeurótica atraviesa el propio parenquima del riñón.

A éste le hemos dado preferencia en nuestro servicio, agregándole desde hace cuatro años, con la tesis del Dr. Abud, la enervación y con los estudios del Dr. Lira, la apendicectomía, materia de la tesis del Dr. Chaimovich.

Nosotros lo preferimos por su rapidez, sencillez y seguridad; pero nos faltaba ser demostrativos y esa ocasión se nos presentó con la muerte de una enferma que había sido pexiada cinco meses antes en nuestro servicio y cuya autopsia solicitamos al médico que la atendió y que dió motivo a la comunicación que citamos que dice así:

A fines del mes de Agosto venía a nuestro servicio E. L. que había sido operada hacía 5 meses de una pexia renal derecha en nuestro servicio a consultarnos porque la aquejaba una serie de trastornos digestivos y de orden neurotizante. Seguros de que debía haber participación nula de parte del riñón, procedimos a examinar a la enferma, comprobando un descenso del útero y un dolor apendicular, lo que nos hizo recomendarle su ingreso a Ginecología.



B. C. Obs. 113. Pielografía antes de la intervención

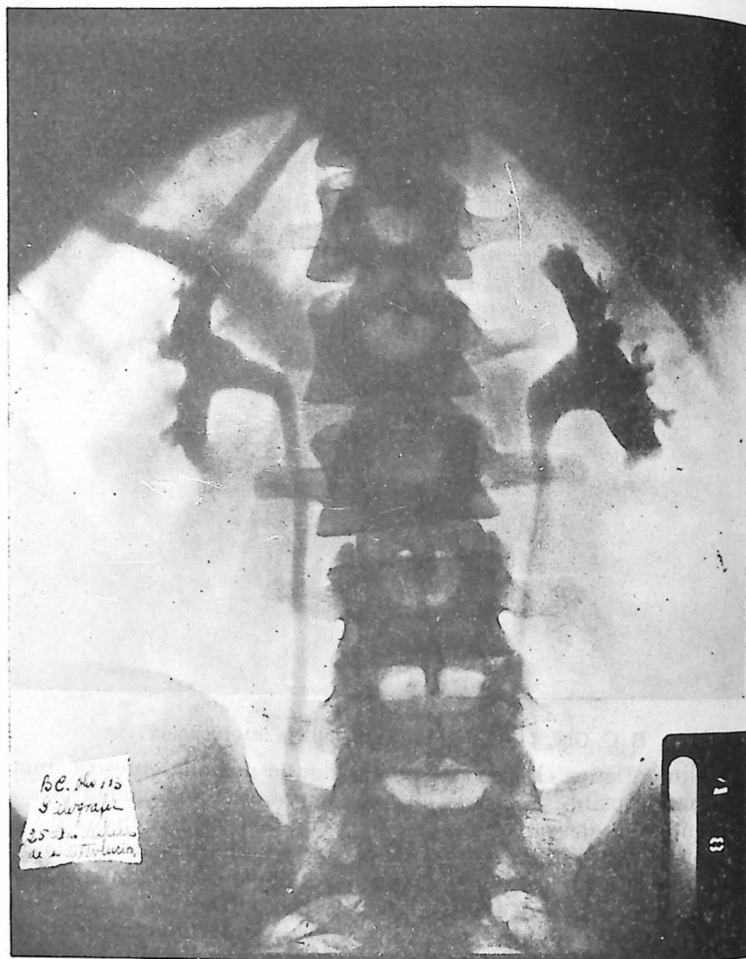
Alimentamos el deseo de que si alguna pexiada nuestra moría nos fuera posible hacer su necropsia, ya que no encuadraba en la Deontología desear que muriese, y, consecuentes, cuando supimos el doloroso fallecimiento de doña E. L., en el servicio citado nos apresuramos a rogar al médico correspondiente nos permitiera hacer su necropsia, a lo que con toda gentileza accedió.

De paso dejamos constancia que la enferma murió por un absceso del muñón apendicular que generó una peritonitis fibrino-purulenta.

Una vez hecha la necropsia en su casi totalidad nos dedicamos a hacer la autopsia especial y cuidadosa de la nefropexia y he aquí detalladamente lo que encontramos, utilizando para ello una insición de nefrectomía y la abertura clásica anatomico-patológica amplia del abdomen.

1.º De dentro hacia afuera: cicatriz de insición de Guyon con su irregularidad por la cicatriz del punto de drenaje.

2.º En el punto en que se abordó la 12ª costilla para pasar la cinta fijadora, foco de periostitis fibro-adhesiva cicatricial, reaccional y celulitis reaccional fibrosa en que es difícil reconocer la individualidad de la cinta aponeurótica que tampoco es fácilmente reconocible en el trayecto en que rodea a la costilla siempre acompañada de la misma reacción fibrosa crónica de los tejidos vecinos.

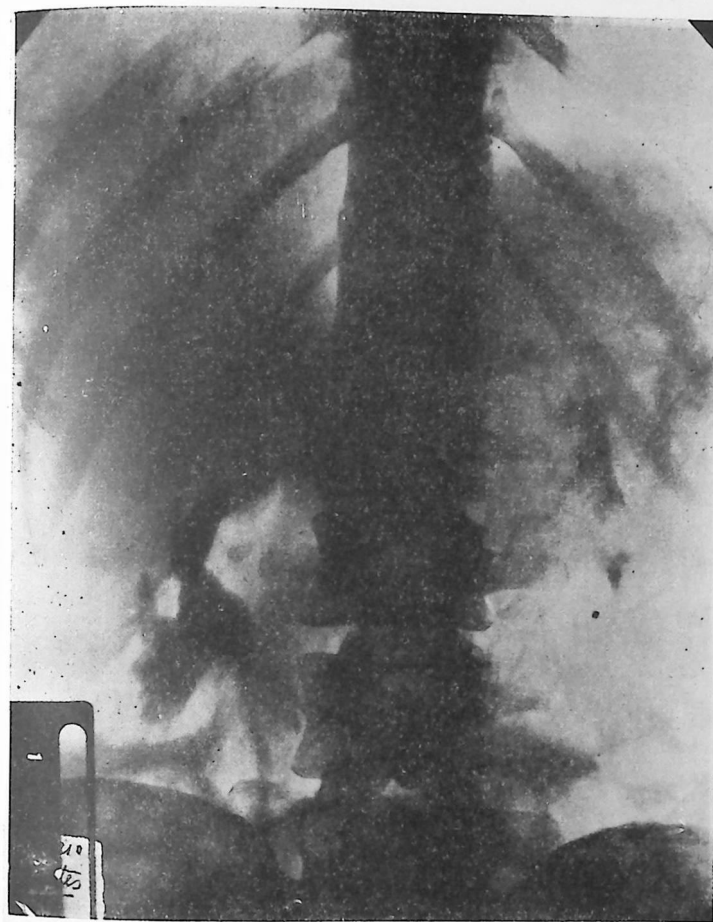


B C. Obs. 113 Pielografía después de la intervención

3.º La cara del riñón que adhiere a la costilla está unida a él por un proceso reaccional de la cápsula que la une intimamente al periostio costal en forma fija y que comprende la altura del conducto costo-cápsulo-renal provocado por la intervención, sin interesar en absoluto el perenquima renal de esta zona, limitándose estrictamente a la revoltura del riñón

4.º La cinta aponeurótica atraviesa la cápsula renal en forma de una individualidad anatómica extraña diferenciada, dentro de la perinefritis capsular.

5.º El riñón conserva en su conjunto una posición estrictamente normal en sus ejes, es decir conserva su polo inferior hacia abajo, afuera y atrás sin haber sufrido movimiento de báscula. Es

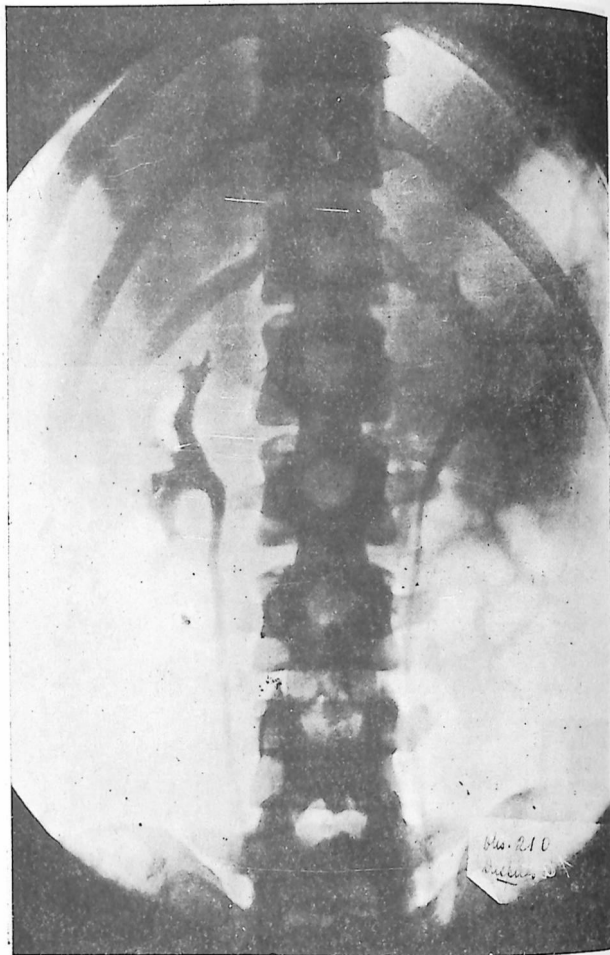


Obs 210. Antes de la operación

decir, se había levantado el riñón conservado exactamente sus ejes normales para hacerlo alcanzar el nivel de la 12ª costilla dejándolo mejor que lo que hace la naturaleza en los seres normales en que sólo la parte media alcanza este nivel, y mucho mejor de lo que lo tenía la enferma.

5.º La cápsula supra renal apoya estrictamente en el polo superior como en el individuo normal.

7.º Abierto el riñón se ve que la cinta aponeurótica constituye un cilindro fibroso intimamente adherido al parenquima renal vecino, fácil de individualizar al ojo desnudo como entidad anatómica extraña. Abarca en extensión todo el trayecto de la cinta en el parenquima renal desde la cara anterior a la posterior: En la zona inme-

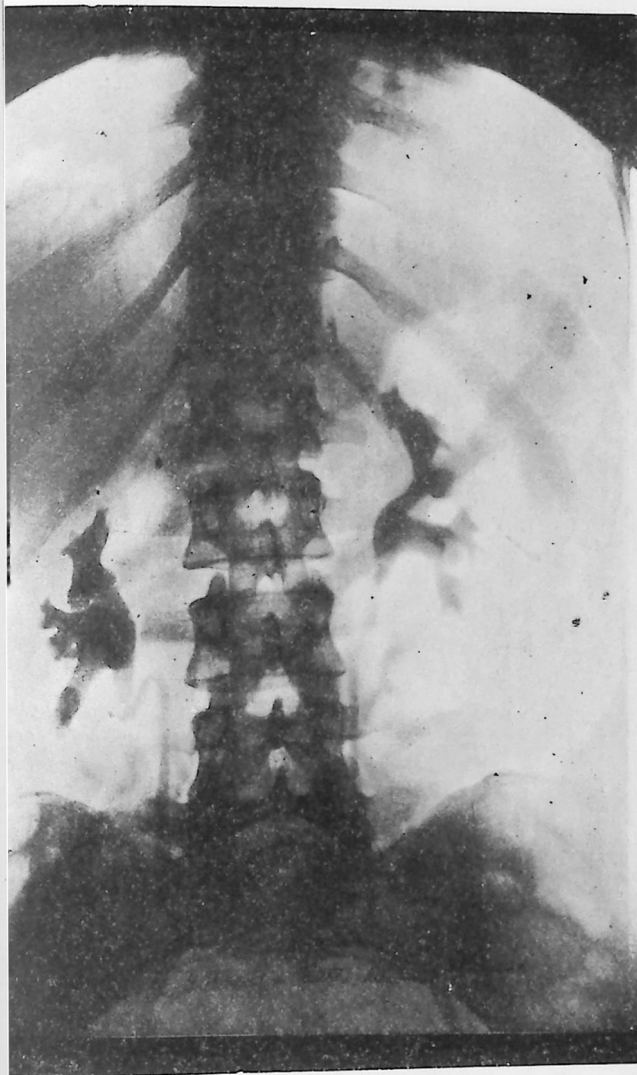


Obs. 210. Después de la operación

diatamente vecina a esta región que en su conjunto abarca la forma, al corte, de un círculo de 5 mm. de diámetro, el parenquima renal presenta todo el aspecto de los riñones en degeneración granular, congestivos, que se observan en las demás necropsias y que se observaba en su congénere izquierdo sin ninguna otra alteración que pudieran hacer que se originase por la pexia. En consecuencia la pexia debía haber provocado la atrofia fibrosa reaccional de una porción cilíndrica insignificante del epitelio renal imposible o muy difícil de reconocer al ojo desnudo.

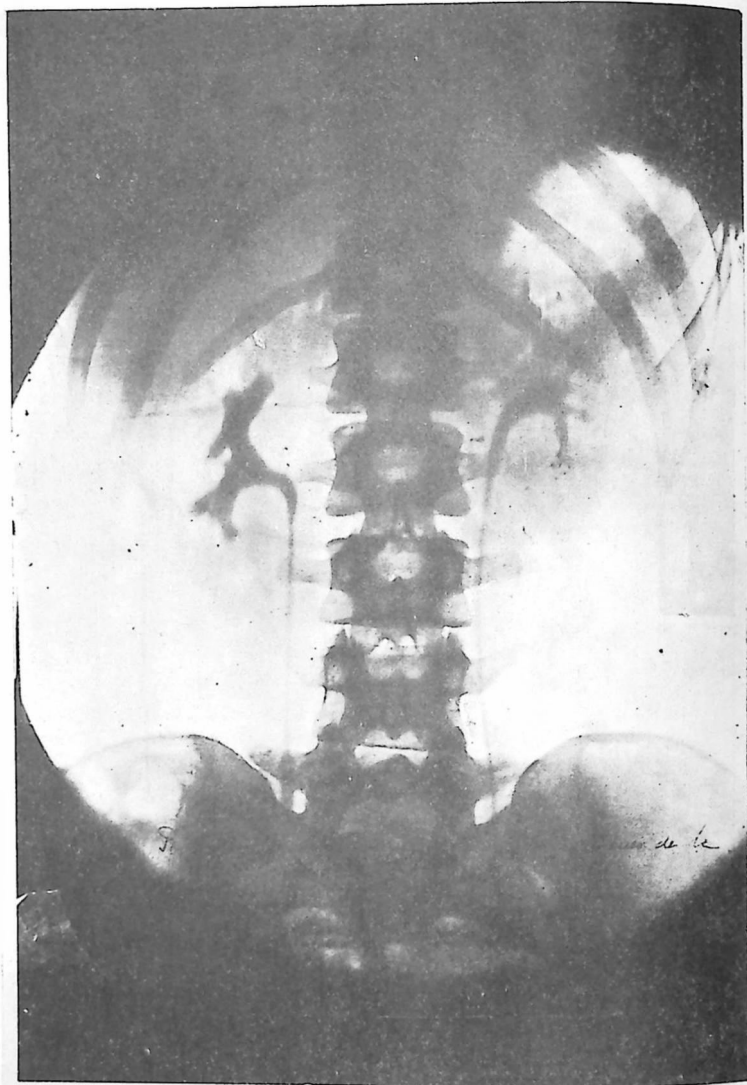
8.º No había ninguna señal de hidronefrosis.

Mandamos a hacer exámenes histopatológicos de trozos sacados



R. S. Pielografía antes de la operación

entidos de la región vecina al trayecto de nuestra cinta y servamos con el Dr. Letelier fue lo siguiente:
 zona que corresponde a tejido conjuntivo fibroso compacto, de una zona delgada de tejido fibroso formado a costa generación de una delgadísima porción del epitelio renal l cuerpo extraño, aponeuosis. A continuación inmediata de



R. S. Pielografía un mes después de la operación

esta lámina se ve el tejido parenquimatoso renal congestivo y con extravasaciones que corresponden al diagnóstico macroscópico de congestión renal que se hizo a la enferma, consecuencia de su peritonitis. Hay degeneración granular y grasosa del órgano y degeneraciones cadavéricas intensas; pero sin ninguna señal histopatológica que haga pensar en su provocación por la presencia de la cinta aponeurótica.



E. Gon. Obs. 256. Antes de operarse

El Dr. Díaz Muñoz nos ordenó estudiáramos y presentáramos el caso y nosotros creímos de algún interés relacionarlo con los injertos e inclusiones muertas conjuntivas y al efecto asociamos a este trabajo la lectura de las tesis de Alessandrini y Puelma.

El malogrado Dr. Puelma basa su memoria en las experiencias de Nageotte sobre cicatrización del tejido conjuntivo, que pueden resumirse así: no es que el tejido vecino a una cicatriz en formación devore como se pensaba antes la fibrina derramada en el intersticio herido, sino es esta fibrina la que sin intervención alguna de las células vecinas prepara su organización, se trasforma en substancia

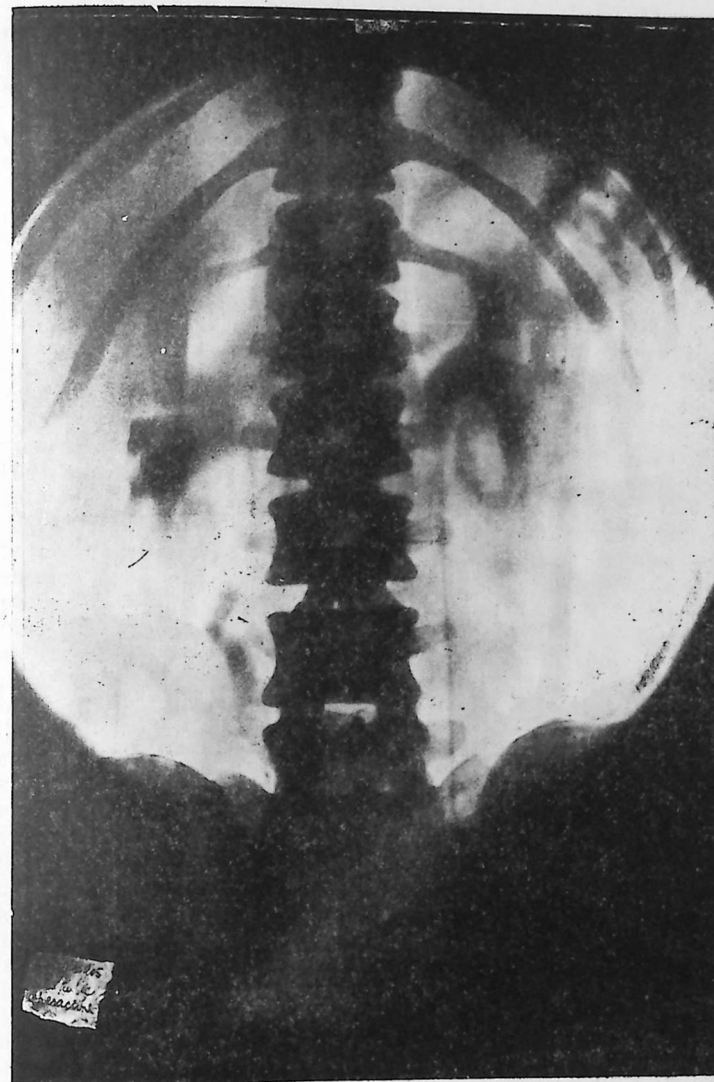


E. Gon. Obs. 256. Después de operarse

colágena intersticial y después sirve de trama a la repoblación celular y fibrosa sin perder su individualidad de trama, así se efectúe precoz o tardíamente la invasión celular.

Y siguen los estudios de Nageotte desde el sencillo punto de partida de la insición y el proceso cicatricial, dándole campo a nuevas divagaciones y comprobaciones que lo llevan a recomendar los injertos muertos conjuntivos, que según él, no tendrían un papel vital sino mecánico, conductor, guía, de una población celular y fibrosa efectuada aprovechando la continuidad establecida por ellos en una prueba accidental natural o quirúrgica.

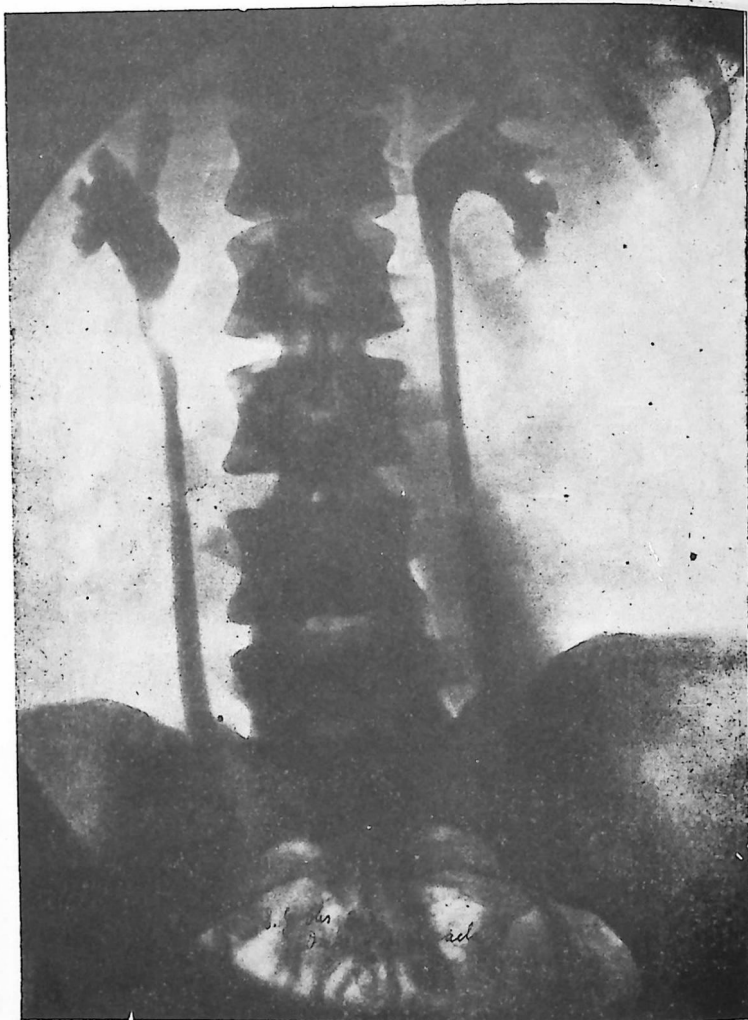
Dice a este propósito, textualmente, citando las ventajas de los injertos muertos sobre los vivos, que existe entre ellos la misma di-



E. G. Obs. 205. Antes de operada

ferencia que entre la ocupación por la fuerza de una trincherera vacía (en el caso de los injertos muertos) y llena de tropas (en el caso de los injertos vivos), pues se evita hasta la destrucción de los fibroblastos del huésped por los del mesonero, ya que los primeros vienen muertos por la fijación en alcohol durante 6 meses.

El Dr. Puelma sigue brillantemente a Nageotte y nosotros segui-



E. G. Obs 205. Después de operada

mos al Dr. Puelma que concluyen en que: los injertos muertos de aponeurosis, tendones, vasos, nervios, cartílagos, y huesos de mamíferos son perfectamente tolerados por los tejidos de los mamíferos con los cuales contraen adherencias, no son eliminados aún cuando haya supuración, no traen reacción inflamatoria ni perturbaciones de ninguna especie. Esos mismos injertos introducidos en los anfibios, no traen tampoco en ellos perturbaciones; pero no se adhieren a sus tejidos, quedando como simples inclusiones de cuerpos extraños asépticos.

2.º El examen microscópico muestra la completa adherencia de 19 injertos muertos con los tejidos vivos vecinos, tanto aquellos en cuya continuidad se han injertado, como de los que están en simple contigüidad anatómica lateralmente.

3.º Los injertos de tejidos muertos introducidos en la continuidad de tejidos análogos desempeñan desde un comienzo y siguen desempeñando definitivamente el rol fisiológico que les corresponde.

4.º Los tejidos muertos son invadidos por células que provienen de los tejidos del huésped, desde el vigésimo día de su introducción.

5.º Los injertos muertos sufren un proceso de atrofia en dos casos:

a) Cuando sobreviene una infección de cierta duración, y

b) A veces, sin que se sepa por qué, cuando están colocados en una región que anatómicamente no les corresponde. Hay que notar sin embargo que este mismo fenómeno tiene lugar con los vivos y, además, que no tiene importancia clínica, puesto que la permanencia del injerto en su lugar durante un tiempo más o menos largo ha permitido la formación de tejido nuevo que lo reemplaza anatómicamente y fisiológicamente.

Por fin dice que aunque se demostrara que la teoría de Nageotte fuera falsa, no nos haría abandonar los injertos muertos cuya entrada en clínica operatoria ha agrandado el campo de la ortopedia y de la cirugía reparadora. Entre las aplicaciones clínicas, las habría de trozo ancho y cinta angosta y en esta última encierra la aplicación nefropéxica. Después de describir los métodos de nefropexia desde los irritativos con ácido fénico hasta los modernos con hilos y sedas, parenquimatosos y capsulares, describe con lujo de detalles al procedimiento de Kleinschmied que consiste en formar cuatro puentes capsulares por medios de incisiones practicadas sólo en la capsula del riñón y pasar debajo de ellos, entre la capsula y el parenquima subyacentes, dos cintas de aponeurosis, llevando la superior, que corresponde al polo superior del riñón, a la 12ª costilla y la inferior, que viene del polo inferior, a un ojal hecho en el cuadrado lumbar o bien suturandola al músculo mismo. Dice que en los primeros enfermos sólo se fijó el polo superior; pero que después de ver un caso en que el riñón basculó sobre su polo superior y que la sintomatología dolorosa reapareció, se tomó como norma fijar los dos polos.

Y no es este solo temor el que lo llevó a obrar de esta manera sino el temor de un acodamiento ureteral.

A nuestro juicio no es esta la explicación del fracaso, la verdad debe estar en que la capsula es un órgano sensible a la cual, si se le deja soportar los 150 gramos de peso del riñón con puntos de apoyo tan delgados, se le hace sufrir un estiramiento doloroso y si se le ayuda con la fijación del polo inferior se le arma un canastillo cuyo mayor apoyo no es el ojal capsular sino el borde anterior del polo inferior recostado sobre la cinta.

Cita a continuación las ventajas de los injertos muertos, de orden práctico, facilidad de obtención, asepsia, mayores cantidades a

disposición del cirujano, falta de preocupación de si prenden, o nó; que no son cruentos, etc.

Todas las observaciones anotan éxitos brillantes a corto plazo, ninguna acompaña cliché de pielografía y algunas hablan de shock por operación de dos horas y media y sufrimientos post-operatorios inmediatos de importancia.

Alessandrini describe una técnica de Cordua, una del doctor Kuschel, una del doctor Ibarra y una suya propia que ha aplicado con éxito y cuyas ventajas clínicas demuestra con observaciones, cuyas pielografías ponen de manifiesto el grado de corrección y perfección anatómica alcanzado.

Consiste en ojalar con la misma teoría; pero a lo ancho y no a lo largo del riñón, para pasar las cintas alrededor del riñón de arriba abajo y no alrededor del riñón en sentido transversal; y hacer pasar las cintas por el polo inferior en forma de canastillo.

No queremos negar su mérito al procedimiento; pero nos imaginamos que no es indolora la tensión en el ojal superior que tiene que sufrir la cápsula, fuera de que el canastillo inferior puede no adherirse y perder su forma, propiedades y objeto de canastillo y ya no hay pexia. Sin saber como, hemos llegado a convencernos al escribir este trabajo de las ventajas de nuestro conocido método de Kirschner. Se trata de una pequeña contribución al estudio de las fijaciones en que intervengan aponeurosis o tejidos extraños y por éso no entramos en crítica de los métodos parenquimatosos y capsulares de Legueu, Albarran, Guyon y Marion, por no citar sino los clásicos; pero de los métodos en que intervienen aponeurosis o tejidos extraños, criticamos al primer método, suspensión del polo superior: 1.º que suspende poco el riñón, dejándolo en situación más baja que el riñón llamado normal, que debe hacer corresponder su cáliz superior y no su polo superior a la 12.ª costilla. Que hace sufrir toda la tracción a la cápsula, en el foco de pericapsulitis adhesiva, o, en el caso de no producirse ésta al ojal capsular, que lógicamente cederá.

Al 2.º fijación de ambos polos: ocupan estas operaciones según sus defensores, los más rápidos y capaces, dos horas y media, lo que a nuestro juicio es una anestesia y un shock excesivos para personas predisuestas por disfunción nerviosa y renal.

A todos: que son cosas de artista quirúrgico dibujar con bisturí en la cápsula; que las maniobras descritas requieren condiciones casi ideales: falta de adherencias, falta de polares gran luxabilidad del riñón, condiciones que nunca van juntas y que a menudo faltan.

Con el método de Kirschner tenemos operaciones muy rápidas en que existen como peligros: atravesar un cáliz o una arteria gruesa. El 1.º se evita casi con seguridad porque se hace la transfijación en un punto más o menos bajo, donde difícilmente llegan cálices gruesos y porque se interviene siempre con la pielografía a la vista variándose el sitio de transfijación de acuerdo con la observación pielográfica.

2.º Vasos gruesos son raros en el sitio de elección y aún cuando sucediera su sección, sería de escasa importancia accidental porque quedaría inmediatamente taponado por el paso de la cinta aponeu-

rótica que es ajustadísimo y por lo tanto, compresor, y de escasa importancia funcional, pues sólo provocaría un infarto.

Para que decir nada de que está al alcance de un principiante bien dirigido, que el tiempo que proporciona dentro de los límites de una operación clínica (no de anfiteatro ni de lucimiento) se aprovecha muy bien en explorar, liberar el riñón y estudiar su mejor colocación, además de que no es obstáculo para llevar a cabo una operación de éstas, la presencia de una ptosis del hígado pues se puede llevar el riñón hasta la 11.ª costilla en la mayor parte de los casos sin que importe su basculación, pues es una basculación en inmovilidad por suspensión y por capsulitis adhesiva, absolutamente fija, que aunque deje al riñón en posición horizontal, beneficia más bien que perjudica su funcionamiento escrotor, pues de los estudios recientes sobre la llamada desorientación piélica se desprende que es a veces el único tratamiento de una pelvis cansada, que después de la intervención va a recuperar su tonicidad y su contractibilidad ayudada para su vaciamiento por la gravedad.

Sobre los trastornos que la pexia y la enervación juntas o cada operación por separado traen al funcionalismo secretor renal no somos nosotros los llamados a hablar sino nuestros colegas Donoso, Abud (1) y Gomá (2) quienes, según ha expuesto el Dr. Donoso en comunicaciones anteriores no han comprobado alteración alguna con ninguna de las dos intervenciones aisladas o en conjunto.

Terminaremos diciendo que en nuestro caso: la introducción del cuerpo extraño, cinta aponeurótica en la intimidad del epitelio renal no ha provocado otra reacción que la de adherencia fibrosa a un cuerpo extraño que ha sido perfectamente tolerado, reacción fibrosa hecha en manguito, delgadísima, que sacrifica una porción despreciable de parénquima renal. Que la cinta aponeurótica fuera del riñón no provoca sino la reacción de adherencia sin perder su individualidad aún cuando mantiene estrecho contacto con tejidos conjuntivos de su homogeneidad.

La lectura fué seguida de una interesante discusión en la que nuestro más vivo oponente fué el Dr. Bisquert, quien insistió en la inocuidad del método perirenal del encintamiento. Pero nosotros creemos que basta con la lectura del protocolo inserto para apreciar la poca o ninguna ventaja a este respecto de un procedimiento que en nuestra técnica, nos obligaría a emplear un tiempo mayor para obtener un resultado semejante o igual; ya que con nuestro procedimiento obtenemos mayor seguridad y más fácil ejecutabilidad. El peligro de la atrofia renal es insignificante según se desprende también del mismo protocolo.

Hemos seguido con más entusiasmo este método porque ahora que hemos agregado la apendicectomía a la mayor parte de nuestras pexias, necesitamos acortar en todo lo posible el tiempo operatorio dentro de la seguridad absoluta que exigimos a los métodos. La atrofia renal que trae, sacrifica unos cuantos milímetros cúbicos de parénquima, que en nada influye en el funcionamiento de ese riñón;

(1) E. Abud Tesis de 1929.

(2) H. Gemá Tesis de 1929.

y esta atrofia es sin valor si se compara a la repercusión y shock que produce el mayor tiempo empleado en una operación, shock que repercute también sobre los demás renquimas. Creemos estar en la razón al proceder como lo hacemos, y lamentamos la ausencia del profesor Bisquert para que recordara aquellos valiosos argumentos que hizo valer en pro de la pexia perirenal y contra del abuso de la enervación.

La enervación u operación de Papin fué la tesis del Dr. Eduardo Abud el 1926 y su aprobación con recomendación especial prueba la bondad del trabajo cuyas conclusiones en cuanto a supresión del dolor renal, inocuidad y hasta mejoramiento del funcionamiento del riñón enervado son precisas y probantes.

Creemos que la razón de oposición del Dr. Bisquert a la enervación, o sea supresión del dolor para el futuro y riesgo que corre el enfermo de ver dificultado un diagnóstico de una afección dolorosa de ese lado, o bien de dejarla evolucionar por falta de ese síntoma de alarma es discutible: no sabemos hasta que punto la sensibilidad del riñón esté regida por centros propios, por otra parte la enervación nunca es tan completa como para suprimir en absoluto los filetes aferentes y eferentes pues lo que se pretende es suprimir aquellos que están expuestos a tracciones continuas y que consecutivamente a esta irritación llegan a ser el asiento de una neuritis, verdadera causa del dolor. Aún en las enervadas más prolijamente de nuestras enfermas hemos observado que al hacer la pielografía de comprobación post-operatoria, si se distiende la pelvis con la inyección de contraste empleada, el cólico renal se produce como en las no enervadas. En resumen practicamos la enervación cuando en el momento operatorio encontramos que las adherencias extrarenales no nos bastan a explicar la sintomatología dolorosa; cuando debemos suprimir el dolor espontáneo y no el provocado como parece deducirse de la objeción a que hacíamos referencia. El criterio terapéutico de suprimir una lesión ya producida y reductible y molesta, generadora de gran parte de los síntomas de la ptosis, sin fijarnos el riesgo problemático de un error de diagnóstico o de una evolución atípica de una afección posible, lo creemos confirmado por la experiencia de más de 4 años de práctica.

En todo caso creemos que la solución de estos temores es el uso universal de una ficha de alta hospitalaria detallada, cuyos incansables propagandistas: Navarro, Sierra y Molina no han visto generalizarse hasta donde la colaboración mutua de los servicios la hace como indispensable para bien de los enfermos y mejor juicio de los Cirujanos.

La apendicectomía ha venido a agregarse desde 1928 a nuestras intervenciones por ptosis renal y estamos altamente satisfechos de este criterio. En 12 de nuestras operadas, tomadas al azar encontramos en todas ellas un apendicitis en grado variable de evolución comprobada al examen histopatológico. En 3 casos había sido practicada una apendicectomía previa sin que la enferma consiguiera un alivio franco de sus síntomas. En un caso hubo que hacer apendicectomía después de la pexia porque siguieron las molestias bajas de la enferma, aún cuando suprimieron las de la fosa renal. Y por

último en otros dos casos la apendicectomía fué imposible por adherencias que dificultaron su ejecución por la vía lumbar.

Estos casos perfectamente estudiados y las innumerables comprobaciones solamente clínicas nos autorizan para asegurar que la coexistencia de ambas afecciones es la regla, aún cuando de parte del apéndice los síntomas falten o estén apagados.

En resumen creemos que bien estudiada un enfermo saca gran partido de la combinación de dos o de las tres intervenciones enumeradas, ejecutadas con rapidez para disminuir el shock operatorio y la intoxicación anestésica. Del estudio descarnado de nuestra exposición pielográfica se desprende que si bien no se gana enormemente en cuanto a elevación del órgano ptósico, su acercamiento a la costilla enderesa el trayecto ureteral y restituye a la proximidad de lo normal el tractus escretor. Se disminuye o previene la hidronefrosis.

De las 20 pielografías que hemos mostrado en la sesión, y que son tomadas sin selección de las observaciones de nuestro servicio insertamos 6 que corresponden a 6 enfermas. Una es pre-operatoria y la otra post-operatoria en cada caso.

Esperamos que nuestro anhelo de crítica fundada se vea satisfecho y podamos: o consagrar el método que preconizamos en nuestro servicio o introducirle las modificaciones que él requiera.

Sesión del 9 de Julio de 1930

Presidencia del Dr. Vargas Salcedo

Asistieron: Torres Boonen, Sierra, Covarrubias, Johow, Valenzuela Larrain, Guzmán, de Ramón, Castro y Greene, numerosos médicos y estudiantes de medicina.

Acta

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

Cuenta

De una nota de agradecimiento de la señora viuda del Dr. Petit en contestación a la de condolencia que le fué enviada por la Sociedad.

De que no se ha citado a la comisión nombrada que informará sobre la solicitud de los aspirantes a socios, hasta que la Sociedad conozca los trabajos que han presentado los Drs. Contador y Renoret, para los cuales se han nombrado relatores a los Drs. de Amesti y Valenzuela Larraín, respectivamente.

Presentación de piezas anatómicas

El DR. VARGAS SALCEDO.—Muestra un tumor que corresponde a la enferma, cuya observación dará a conocer luego. Está formado casi exclusivamente por tejido fibroso; pero hace notar que al corte, en la parte central del tumor el tejido fibroso toma un aspecto más laxo.

El DR. DE RAMÓN.—Presenta una pieza extraída recientemente y que corresponde a un útero miomatoso junto con un embarazo de tres a cuatro meses. Traerá a una sesión próxima la observación completa.

Comunicaciones

Sobre la pexia renal.

Discusión:

Dr. SIERRA.—Lamento muy sinceramente que el pequeño retraso en la aparición del Boletín de nuestra Sociedad, me haya impedido estudiar detenidamente la serie de casos de nefropexias tan interesantes que nos dió a conocer nuestro colega Dr. Díaz Muñoz.

Mientras leía él sus observaciones acudían a mi imaginación la serie de enfermas privadas, o de la clientela hospitalaria a quienes yo también he fijado el riñón y en seguida, espontáneamente, fluye el hecho de que desde que practicamos más a menudo la apendicectomía aquella operación de la cual se ha dicho mucho en su favor, muchísimo en contra llegando en no pocos casos hasta soltar nuevamente el riñón fijado, no la practicamos ya. Sería, naturalmente una exageración inmoderada de mi parte sostener que no deba practicársela,—muy lejos de éso. Ni tampoco puedo desconocer los hechos aducidos por nuestro colega.

Pero estoy seriamente impresionado con la crítica que el *British Jour. of Surgery* hace al libro acerca del *Riñón movable* publicado en 1929 por W. Billington, profesor de Cirugía en la Universidad de Birmingham.

Aquel cirujano practicó en las 150 operaciones de fijación del riñón, la apendicectomía. Mientras no nos muestre resultados igualmente satisfactorios, pero sin extraer el apéndice, seguiremos pensando que sus buenos resultados pueden deberse a esta segunda operación.

A mayor abundamiento, Edebohl, uno de los más sólidos pilares de la cirugía renal, extirpaba siempre, también el apéndice. ¿No entrañaría aquella concomitancia de la intervención una cierta desconfianza en la nefropexia pura y simple?

Los cirujanos generales, aún aquellos con marcadas tendencias a la urología fijan cada vez menos riñones y operan más y más apéndices.

¿Valdría la pena, realmente, fijar el riñón suelto?

Las radiografías de la comunicación que comentamos tendrían a contestar afirmativamente.

Debemos, eso sí, con la mayor escrupulosidad precisar las indicaciones de una operación que cada día se practica menos.

Dr. VARGAS SALCEDO.—Tendría algo que decir de acuerdo con lo manifestado por el Dr. Sierra, en relación al trabajo presentado por los Drs. Díaz Muñoz y Dagnino, pero prefiere hacerlo después que aparezca el Boletín.

Queda abierta la discusión sobre esta materia.

Neumonía intersticial post-operatoria

Dr. RODOLFO RENCORET

Relator.—Dr. Pedro Valenzuela Larraín

Dr. VALENZUELA LARRAIN.—Las complicaciones pulmonares inherentes al acto operatorio conocidas y observadas desde tiempo atrás, han sido clasificadas sin poseer el substratum anatómico-patológico que pudiera darnos un punto de partida. La causa de ellas es muy variada, principiando por los métodos anestésicos y finalizando en un origen infeccioso que es a lo que se inclinan hoy la mayoría de los autores.

Se inculpaba al cloroformo, al éter, al cloruro de etilo, etc; pero éstas se producen por anestésias lumbares y aún se producen complicaciones similares sin acto operatorio previo.

Se han comprobado estas mismas complicaciones interviniendo en las diferentes partes del cuerpo, en pacientes con infecciones agudas y en estado de calma: esta variedad de causas hace difícil tomar un punto de partida y ha sido necesario llegar a los efectos para darles un sitio bien definido en el cuadro morboso.

El infarto embólico del pulmón, complicación rara y frecuentemente mortal en breve plazo, sobreviene cuando el equilibrio circulatorio comienza a normalizarse; los enfermos han sobrellevado el shock operatorio; son a veces los movimientos de los pacientes los que desprenden un émbolo, formado en la vecindad de la zona intervenida, que viene a fijarse en un lóbulo pulmonar produciendo el desequilibrio del sistema circulatorio. Sienten los enfermos una puntada de costado, angustia seguida de cianosis, a veces expectoración, pierden el conocimiento y el pulso decae rápidamente, falleciendo los enfermos en pocos momentos.

Otras veces como en las atelectasias pulmonares en que el pulmón toma un estado fetal en lo que se relaciona a su contenido en aire, en que los alvéolos se aplanan vaciándose su contenido por expulsión o reabsorción, el enfermo presenta un ruidoso cuadro sintomático, temperatura alta, facies angustiosa, disnea y dolor: se acompaña de desviación de la punta del corazón hacia el lado enfermo; a la auscultación hay silencio respiratorio en la zona atelectasiada.

Si a ésto agregamos la macicez completa, falta de vibraciones vocales y lo que es más notable una retracción, un achicamiento del hemitorax enfermo, tenemos bosquejado el conjunto de la atelectasia pulmonar.

La pantalla radiográfica da una sombra intensa y un ascenso considerable del diafragma que se encuentra inmóvil.

Este conjunto sintomático bien definido se presenta solamente en enfermos de menos de 30 años, tiene un pronóstico benigno y una evolución rápida; siendo su terminación en muchas ocasiones cuestión de momentos, basta en algunos casos, cambiar de posición a los enfermos, para que éstos sientan un alivio inmediato.

Hay otras complicaciones menos aparatosas en su iniciación, sin que dejen de causar una cierta inquietud: son las neumonías,

que sin tener el cortejo sintomático y la marcha de los cuadros básicos de la neumonía fibrinosa o crupal, tiene algunos caracteres que le asemejan; pero en el fondo hay un subtractun anatómico que la diferencia profundamente.

Se nota en estos casos una elevación de la temperatura, estado congestivo, disnea no muy intensa y al auscultar estos enfermos llama la atención un soplo de carácter tubario más o menos intenso localizado en una o ambas bases pulmonares; en la mayoría de los casos el soplo tubario es el único ruido que se aprecia. La tos, el desgarrar son mínimos, sin tener este último ningún carácter específico; hay también macicez o submacicez y exageración de las vibraciones vocales.

La evolución de estos procesos es relativamente corta, bastan tres o cuatro días en la mayoría de los casos, para que el proceso decline lentamente.

Nos quedan todavía los estados congestivos y bronquiales difusos, que tienen poca importancia. Ninguna de las complicaciones enumeradas excluye que los enfermos puedan tener una neumonía o bronconeumonía franca, las que sobrevienen tardíamente y cuya evolución y pronóstico, son agravados por el estado general del paciente.

Tomando como punto de partida la observación presentada por el Dr. Rencoret, que voy a leer enseguida, voy a entrar en algunas breves consideraciones que me sugere el caso.

La falta de colaboración médico-quirúrgica ha sido la causa de que las complicaciones pulmonares del período post-operatorio, hayan sido hasta ahora casi completamente desconocidas. Los cirujanos que tenían oportunidad de observarlas, considerando los hechos de una manera simplista, hablaban de congestiones pulmonares y bronconeumonías, sin tratar de comprobar si efectivamente los cuadros clínicos que tenían a la vista correspondían a estas afecciones. Solamente en estos últimos años, gracias a trabajos de la escuela norteamericana, cuya característica principal es la estrecha colaboración que existe entre cirujanos, médicos y especialistas, se han ido revisando estos cuadros informes a la luz de los hechos, y se han llegado a precisar entidades clínicas características del período post-operatorio, como la atelectasia pulmonar lobal o total y los infartos y abscesos de origen embólicos.

En colaboración con el Dr. Humberto Valdés hemos estudiado durante un año, desde el punto de vista de las complicaciones pulmonares, 876 enfermas operadas en los diferentes servicios de Cirugía del Hospital San Francisco de Borja. En 59 de ellas, es decir en el 6,7%, vimos aparecer complicaciones pulmonares después de la intervención, a saber: neumonías intersticiales 36 o sea 4,1%, atelectasias totales y parciales 17 o sea 1,8%, bronquitis graves 4 o sea 0,5%, y complicaciones tardías (neumonías y bronconeumonías) 2 o sea 0,3%.

Como se ve por el cuadro anterior, más o menos el 70% de las complicaciones pulmonares post-operatorias está formado por la neumonía intersticial. Se da este nombre a una neumopatía en la que el proceso inflamatorio se localiza en los espacios perialveolares (tejido intersticial del pulmón) sin invadir los alvéolos.

Se presenta más frecuentemente después de intervenciones abdominales, en especial las practicadas sobre el estómago y vías biliares. De igual manera aumenta su frecuencia mientras más largo es el acto operatorio, y mientras más intensas son las lesiones inflamatorias del órgano sobre el cual se interviene. Ninguna clase de anestesia está exenta de ella, pero la etérea la determina con mayor frecuencia. La sífilis juega también un rol preponderante no solo como causa predisponente, sino que además le imprime a la neumonía una marcha subaguda o crónica.

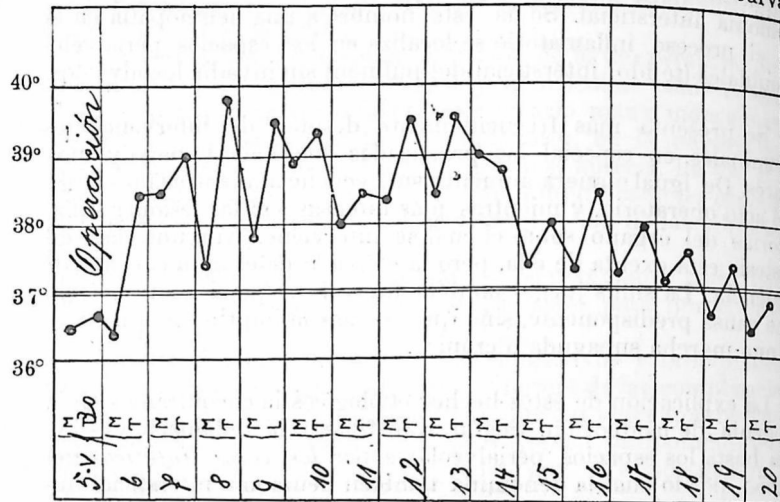
La explicación de estos hechos etiológicos la encontramos en la patogenia de la afección. Según Kauffmann, la inflamación es llevada hasta los espacios perialveolares por los *vasos linfáticos* del pulmón, por lo cual la denomina también neumonía intersticial linfática. Ahora bien, la puerta de entrada por la que los gérmenes llegan a los linfáticos es variable. En ciertos casos son los bronquios; en un primer momento tenemos una bronquitis la que se complica de peribronquitis y linfagitis consiguiente.

En otros puede la pleura ser la puerta de entrada: pequeños émbolos microbianos llegarían hasta ella por vía sanguínea o linfática, provocando una pleuritis desde donde los gérmenes serían absorbidos por los linfáticos del pulmón y llevados al tejido intersticial del órgano. Para Kauffmann es esta la puerta de entrada más frecuente.

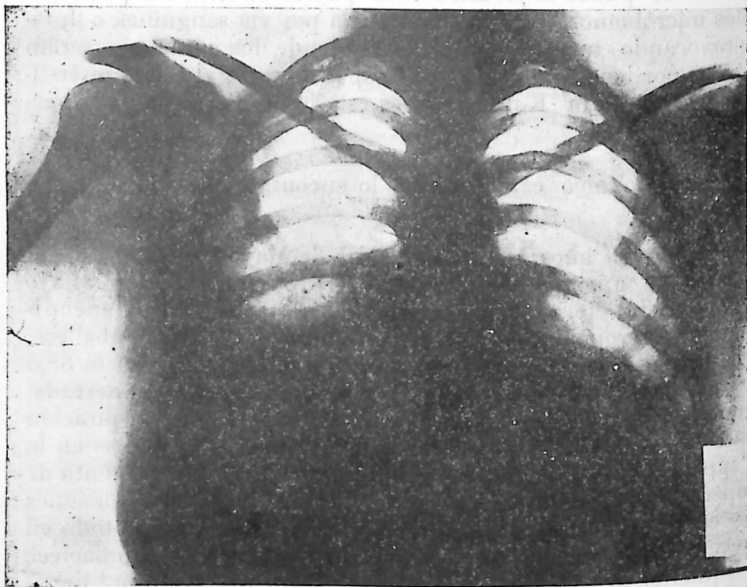
El cuadro clínico característico lo encontramos en la siguiente observación:

G. V., de 19 años, es operada el 5 de Mayo de 1930, con el diagnóstico de apendicitis subaguda y retroversión uterina. Bajo anestesia general etérea, laparotomía media infraumbilical, apendicectomía e histeropexia por el procedimiento de Doleris-Caballero. Al día siguiente en la tarde, alza térmica que alcanza hasta 38,5 grados, taquicardia, disnea y tos con expectoración mucosa aereada; al examen submacicez en la base del pulmón derecho y respiración soplante en ese sitio, gruesos estertores roncantes y sibilantes en la parte superior de ambos campos pulmonares. El 7 hay aumento de la temperatura, de la disnea y de la taquicardia. Las vibraciones vocales están exageradas en ambas bases pulmonares, sobre todo en la derecha; a la percusión macicez en la base derecha y submacicez en la izquierda; al auscultar se oye un soplo tubario de timbre metálico en el lado derecho, el mismo soplo, pero más suave a la izquierda. El 8 la temperatura alcanza a 40 grados, los síntomas pulmonares se acentúan, pero no se presentan estertores alveolares y aún los

bronquiales han disminuido bastante. La temperatura continúa en forma irregular, con alzas y bajas, como se puede ver en la curva



adjunta, hasta el día catorce en que empieza a descender en lisis, alcanzando a la normal el día veinte; junto con ella desaparecen también la taquicardia y la disnea, pero persisten durante algunos días los síntomas pulmonares, soplo tubario y macicez los que

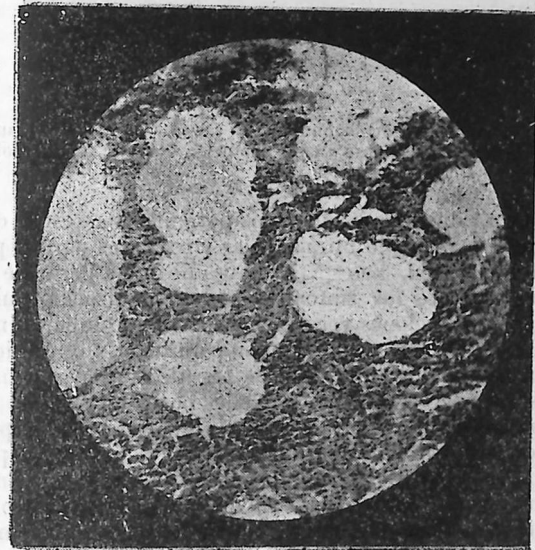


regresan muy lentamente. La radiografía, hecha cuando los síntomas generales habían pasado, muestra según el radiólogo (Dr.

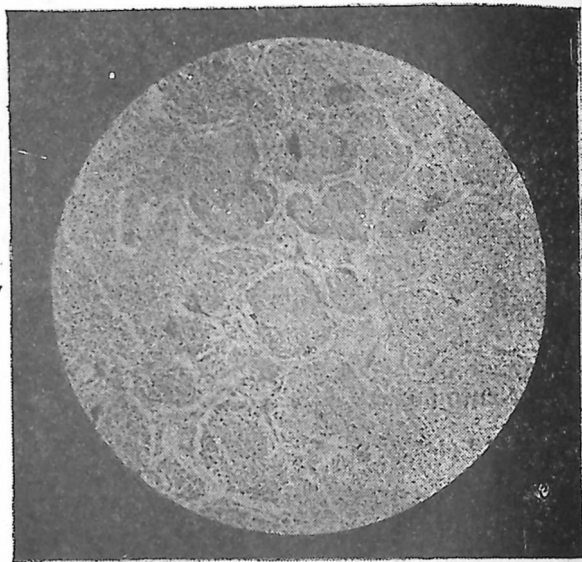
Necochea) una lobitis de la base del pulmón derecho con infiltración hilar conmitante, y ligero velo de la base izquierda, (ver radiografía pg. anterior).

Iniciación poco ruidosa, ausencia de puntada de costado y de escalofrío, escasa tos sin expectoración, o solamente con poca expectoración mucosa y no desgarró herrumbroso, fibrinoso y adherente, falta absoluta de crépitos de iniciación y de vuelta, poco compromiso del estado general, disnea escasa, y por último terminación en lisis y no en crisis, son todos ellos síntomas suficientemente claros que permiten diferenciarla de la neumonía lobar corriente. De las congestiones pulmonares se distingue por la ausencia de estertores subcrepitantes y de expectoración hemoptóica y por su evolución cíclica de neumatía aguda.

En la anatomía patológica encontramos la explicación del cuadro clínico de la enfermedad. Se ve en la microfotografía adjunta,



La figura representa un corte de pulmón afectado de una neumonía intersticial post-operatoria y pueden verse claramente los alvéolos completamente libres. A lrededor de ellos aparece el proceso activo.



Este corte de pulmón corresponde a un caso de neumonía franca que se presentó tardíamente y cuya evolución fué fatal. Los alvéolos aparecen totalmente ocupados.

que los alvéolos pulmonares, dilatados por enfisema, están completamente libres de exudado intraalveolar y rodeados por un proceso inflamatorio intersticial. Es esta la causa de que a pesar de existir en los enfermos todos los síntomas de una hepatización pulmonar (aumento de las vibraciones vocales, macicez, soplo lubario) no existen estertores alveolares. Se puede comparar con la otra microfotografía de una neumonía en período de hepatización gris, y en la que los alvéolos aparecen totalmente ocupados por el exudado.

El resultado del examen completo de los cortes de pulmón, obtenidos de la única enferma que hemos visto fallecer por esta enfermedad, (1) practicado por el Dr. Ismael Mena, dice así: En el preparado coloreado con hemateína-eosina, al aumento menor observamos lo siguiente: el campo microscópico está formado por numerosas cavidades bastante amplias, algunas fusionadas entre sí y formando espacios mayores. Mirando con detenimiento se puede establecer que se trata de cavidades alveolares, cuyos endotelios han disminuído notablemente de proporciones; la capa elástica ha desaparecido. Pero en realidad estas dilataciones alveolares forman como una tercera parte de la preparación, el resto está formado por una masa homogénea en la cual no es posible diferenciar estructura

alguna; esta masa está constituida por numerosas células, cuyos caracteres los observaremos con aumento mayor; existen también corpúsculos de carbón. Este tejido es muy rico en capilares como en un tejido granuloso. Edema en algunas partes.

Con aumento mayor es posible reconocer en los alvéolos enfisematosos un endotelio muy bajo, atrofiado, pudiendo encontrar con dificultad los núcleos aplanados. En otras partes, en cambio, se ve un grau aumento de las células endoteliales, aparecen hipertrofiadas y aún células sueltas en el lumen, como de descamación. La masa interalveolar es constituida principalmente por capilares que cruzan en diferentes direcciones. Entre ellos se encuentran numerosas células fijas, unas al lado de las otras, sin orden ni distribución especial. Tienen un núcleo grande, ovalado, rico en cromatina. El citoplasma es abundante, en general dos a tres veces más que el núcleo, de forma irregular, con prolongaciones en diferentes direcciones. Entre estas células fijas, granulosis, encontramos también células migratorias, leucocitos, que aparecen en forma de coma. En un foco comprobamos la existencia de gran cantidad de leucocitos sin transformación purulenta.

Recorriendo algunos bordes de la preparación, nos encontramos con que en el aumento menor, la pleura aparece engrosada: a una capa de tejido más o menos amorfo, rico en elementos celulares, le sigue una capa basal, en la que hay numerosos leucocitos. Hay partes necrosadas. Con el aumento mayor observamos que la masa aparentemente amorfa tiene una estructura fibrillar, y podemos identificarla con fibrina.

Resumiendo podemos decir que hay una pleuritis aguda fibrinosa, al cual sigue un tejido inflamatorio productivo, sin caracteres específicos (lúes, tuberculosis, actinomicosis) de localización en los septum interalveolares. Fuera de este proceso agudo encontramos uno antiguo de enfisema pulmonar.

En cuanto al punto de partida de esta inflamación intersticial, nos inclinamos a un origen pleurógeno, sin poderlo afirmar por la falta del estudio del órgano en su totalidad. Pero si tomamos en cuenta la frecuencia de este origen como etiología de la neumonía intersticial y que encontramos en la preparación una pleuritis, debemos considerar este origen como causa de partida de esta neumo-patía. Tendríamos entonces: pleuritis, linfangitis e inflamación intersticial del lóbulo.

Respecto al pronóstico y tratamiento de esta afección solo diremos que en la mayoría de los casos tiene una evolución benigna, la cual puede ser favorablemente influenciada por los revulsivos y por las vacunas preparadas con los gérmenes que se encuentran en la expectación. Si la resolución del foco pulmonar demora mucho más que la de los síntomas generales, debemos pensar en la sífilis e iniciar enseguida el tratamiento específico.

[1]. La observación completa de esta enferma está publicada en la Tesis del Dr. Humberto Valdés, «Complicaciones pulmonares post-operatorias», del año 1929.

Clinicamente se trata de una neumonía, comprobada por la pantalla. El radiólogo excluye un derrame por encontrar en la parte inferior franjas oscuras aéreas; excluye también una plenresía enquistada por la falta de límites precisos.

Detallando los preparados histológicos que forman la base de la observación, tenemos en esta neumonía un hecho que contrasta con los preparados de la neumonía fibrinosa: tenemos aquí los alvéolos libres de todo exudado y sólo en algunos puntos una que otra célula endotelial; en las neumonías crupal o catarral, lo característico y específico bajo el microscopio es el exudado alveolar, que se inicia en el período de congestión para sufrir modificaciones según los diferentes estados de hepatización y resolución; pero el exudado no falta y el epitelio alveolar se degenera. En el período de resolución el alvéolo se vacía y reconstituye el epitelio, quedando infiltraciones del tejido conjuntivo perialveolar; en estos casos el retículo fibrinoso se fragmenta, el exudado se llena, hay polinucleares más o menos alterados, mezclados con células del endotelio alveolar y restos de elementos anatómicos mortificados. Nada de esto se encuentra en el preparado histológico que tenemos a la vista.

Podríamos pensar en un proceso específico? Estos se caracterizan por la presencia de elementos mononucleares y abundancia de cilíndricos de neoformación.

Tenemos en resumen un proceso neumónico de evolución diferente de lo clásico, con una histología patológica también distinta: a éste se le llama neumonía intersticial, término que no es aceptado por todos los autores y que sólo los alemanes, especialmente Kauffmann lo tiene descrito.

Por la fina atención con que el caso ha sido estudiado y por la escasez de preparados histológicos que se pueden obtener en esta clase de enfermos, creo que la observación del Dr. Rencoret merece ser publicada en los anales de nuestra Sociedad.

Discusión:

DR. COVARRUBIAS.—Cree haber entendido que la observación presentada corresponde a una enferma curada, en cambio no hemos conocido la historia clínica de la fallecida de la que se obtuvieron los cortes histológicos.

DR. GREENE.—Deben ser observaciones clínicas similares, de ahí las deducciones también semejantes en lo concerniente al examen anatómo-patológico.

DR. VARGAS SALCEDO.—Es un estudio detenido de complicaciones pulmonares en un grupo considerable de operadas, de aquí su importancia para los cirujanos. Estima que el trabajo del Dr. Rencoret merece una aprobación franca de parte de la Sociedad.

DR. GUZMAN.—Desearía saber si el lúes ha existido en el número considerable de enfermas que se han estudiado.

DR. VALENZUELA LARRAIN.—Sólo se ha hecho notar que la lúes desempeña un papel importante como causa predisponente para

que se desarrollen estas complicaciones, así como de las modalidades especiales que la lúes le imprime a estas formas pulmonares, formas que hay que tener presente, para instituir el tratamiento específico oportunamente.

Fibroma perivisceral del carrefour biliar-Diabetes concomitante

DR. LUIS VARGAS SALCEDO

Observación N.º 6086—Sección de Cirugía del Hospital San Borja

C. H. 48 años.

Entre sus antecedentes personales es digno de anotar que su madre murió de un Ca. uterino. La paciente habla de haber tenido Tbc. pulmonar en 1907 y una pleuresía izquierda en 1917. Tendencia a la urticaria con el pescado y mariscos.

Enfermedad actual:—Refiere que desde hace tres años siente crecer en el flanco derecho un tumor que en los últimos tiempos se mueve y le causa dolores punzantes. Desde hace 6 meses sufre de sed intensa y pérdida del apetito, color sub-ictérico y pérdida de peso.

El examen físico nos revela una paciente con un estado general regular, piel elástica, húmeda y un poco delgada de pániculo adiposo. Psiquis normal. Canicie. Lengua saburral, dentadura incompleta en buen estado.

Corazón, tonos apagados; pulso 65, pequeño.

Abdomen:—Abombado. En el hipocondrio derecho se palpa un tumor del tamaño de una cabeza de feto, que se pierde bajo el reborde costal. Este tumor es duro, de superficie lisa y tiene ligeros movimientos en el sentido lateral y aún sigue un poco los movimientos respiratorios. Por dentro de este tumor y en un plano más superficial, se palpa otro tumor alargado, blando y doloroso.

Los exámenes complementarios de Laboratorio comprueban una reacción de Wassermann negativa, uremia de 0,25 grs. ‰, glucosuria de 22 ‰ y glucemia de 3,22 ‰.

Discusión diagnóstica:—La interpretación de un gran tumor profundo del hipocondrio derecho y otro más superficial móvil en una diabética con 22 de glucosa en la orina y 3,22 en la sangre, nos planteó el problema de normalizar estas cifras antes de tomar ninguna resolución, circunstancias que nos permitiría una observación para llegar a un diagnóstico de probabilidad.

Se pensó en un quiste profundo, en un tumor renal o en un tumor perivisceral, sin poder precisar su naturaleza, y se aceptaba como muy probable que el tumor blando móvil piriforme era la vesícula biliar.

Se inició tratamiento dietético de su diabetes con el cual bajó algo la hiperglucemia. En vista que urgía intervenir se agregó trata-

miento insulínico con 10 unidades diarias. A los 10 días se comprobó que la glucemia había bajado sólo a 2,55, en tanto la glucosuria era de 2,56 ‰, entonces se aumenta a 20 unidades dos veces con lo cual sólo se baja la glucemia a 2,29. Se aumenta a 30 unidades dos veces y en seguida a 40 con lo que se consigue 1,97 de glucemia.

Durante su estada en el Servicio se queja además de prurito vulvar que desaparece cuando la glucemia baja.

Las reacciones biológicas de Chauffard-Casoni y Weinberg negativas, nos autorizaban para rechazar el quiste hidatídico, de suerte que nos quedábamos con el diagnóstico de un tumor duro probablemente sólido que por no afectar visiblemente el estado general de la enferma debería ser de naturaleza benigna.

No nos fué posible fijar su ubicación ni con la ayuda de los Rayos X como la paciente estaba aglucosúrica y había bajado su glucemia nos decidimos a operarla.

Operación.—Anestesia etérea, Ombredanne.

Laparatomía Sprengel con prolongación vertical hacia el xifoides.

Extirpación de un tumor ligeramente bilobado del tamaño de una cabeza de feto. Colecistectomía retrógrada; coledocotomía, drenaje del hepático.—Abierto el vientre se encuentra un tumor enorme, duro y liso que emerge de la parte posterior del hipocondrio derecho el cual se encuentra rodeado por el duodeno, píloro, vías biliares y porción derecha del ángulo cólico.—La vesícula se presenta libre muy dilatada, del tamaño de una gran pera y los conductos biliares especialmente el colédoco también muy dilatados y arqueados hacia adelante por el tumor, el cual comprime a su vez la cabeza del páncreas que aparece convexa.

La disección de este tumor fué muy laboriosa especialmente en la parte del colédoco con el cual tenía firmes adherencias que al ser desprendidas rompió su pared dando salida a gran cantidad de bilis, más de 200 grs. La luxación del tumor en la parte posterior fué fácil porque no tenía pedículo.

Post-operatorio.—El drenaje biliar funciona bien y el tubo se salió espontáneamente al 7° día. Queda una fistula biliar que cierra a los 22 días.

El tratamiento insulínico y su régimen alimenticio concomitante se continuó durante el post-operatorio, lográndose una glucosuria de 4, 8% y una glucemia que bajó hasta 1,01 al 5° día después de la operación.—Continuó su tratamiento con 10 unidades dos veces hasta el día de su alta el 16 de Junio, es decir, 22 días después de su operación, aglucosúrica y con glucemia de 1,62‰.

El informe anatómo-patológico del tumor dice:

Tumor de 1250 gramos de peso, de 16 por 10 cms. Al corte aspecto blando elástico de color blanco nacarado. Fibroma.

Comentario.—Nos ha parecido de interés presentar esta observación de un tumor benigno perivisceral de una región compleja que afectaría al riñón, vías biliares, páncreas y píloro duodeno que ha causado fenómenos de comprensión en las vías biliares terminales provocando una dilatación uniforme de todo el árbol biliar y la

vesícula. Al mismo tiempo, nos parecía de muchísimo interés, la relación que podía tener la compresión del páncreas con la porfiada diabetes que sólo ha cedido a las dosis de 40 unidades de insulina dos veces al día. La observación diaria post-operatoria parecía indicar que el tumor era el causante de la insuficiencia endocrina del páncreas, ya que al 5° día bajaba la cifra de la glucemia a 1,01 de 1,97 con que la enferma fué operada. Sin embargo, la enferma después de abandonar el servicio dejó su tratamiento insulínico y el examen del 4 del presente si bien nos revela aglucosuria nos dá en cambio una glucemia de 2,77,

Deseábamos señalar estas oscilaciones de la glucemia en un caso raro de fibroma perivisceral que comprime las vías biliares y el páncreas y cuya observación posterior sólo podrá descifrar este problema.

Discusión.

DR. COVARRUBIAS.—Ha tenido el Dr. Vargas un éxito operatorio franco, en una enferma diabética, practicando una intervención delicada. Pero refiriéndose al tumor mismo que presentó, indicaría la conveniencia de practicar un nuevo examen histológico en la parte central del tumor, que tiene una estructura diferente a la otra, donde se tomaron las muestras de las preparaciones. Cree posible se trate de un hipernefroma, por la semejanza con un enfermo que él operó hace algún tiempo con el diagnóstico de quiste hidatídico y que el examen anatómo-patológico del tumor que era retroperitoneal, dijo tratarse de un hipernefroma. Traerá esta observación completa a la Sociedad.

DR. VARGAS SALCEDO.—En el caso que acaba de presentar considera no se trataría de un hipernefoma, por la estructura francamente fibrosa del tumor y además porque estos tumores se desarrollan a expensas de la cápsula renal y éste no parecía guardar relación alguna con el riñón.

Sesión del 23 de Julio de 1930.

Presidencia del Dr. Fernando Opazo.

Acta

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

Cuenta.

La doctora, señorita Eleanira González, envía un trabajo titulado «Carcinodes del apéndice» y el Dr. Zúñiga Latorre, otro titulado «La operación de bocio desde Lücke a Richter».

Se designaron como relatores a los Drs. Manuel Matus e Italo Alessandrini respectivamente.

Presentación de enfermo.

Dr. INOSTROZA.—Trae a la Sociedad un antiguo operado suyo. Se trata de un joven que hace como ocho años, recibió un traumatismo craneano con pérdida de tejido óseo y destrucción de sustancia cerebral. Queda con una hernia del cráneo, por cuya causa, años más tarde practica una operación reparadora, colocando en la región, un trozo de cartilago costal. Los resultados post-operatorios muy buenos, se mantienen hasta hoy día.

Dr. GANDULFO.—Por su parte ha atendido varios enfermos con esta clase de traumatismos en la Asistencia Pública. Ha recogido los trozos óseos craneanos del paciente, los ha lavado cuidadosamente y los ha colocado nuevamente en el sitio de la pérdida de tejido óseo. Ha obtenido con este procedimiento buenos resultados.

Se refiere enseguida y relacionado con esta materia, a su visita reciente a Lima, donde le tocó ver algunos cráneos pertenecientes a épocas pasadas, que habían sido trepanados y reparadas estas brechas, mediante placas metálicas, muy bien dispuestas.

Comunicaciones.

Cirugía del Corazón.

DR. JORGE CONTADOR.

RELATOR.—DR. FÉLIX DE AMESTI.

La cirugía del corazón es una adquisición relativamente reciente del arte de curar. La primera intervención fué practicada por Farina el año 1896. En 1897 Rehn obtenía el primer éxito practicando la operación de este cirujano. Después de esta fecha los progresos han ido aumentando rápidamente hasta llegar a considerarse hoy día esta operación como una intervención de urgencia que debiera estar al alcance de todo cirujano práctico. «Toda herida del corazón diagnosticada a tiempo, debe operarse inmediatamente», dice H. Constantini, que es talvez, hoy por hoy, la opinión más autorizada en la materia. Sin embargo, se observó en la guerra cierto número de heridos del corazón que curaron espontáneamente; pero este escaso número de enfermos no debe a mi juicio, modificar en nada el principio quirúrgico sentado anteriormente; abogan todavía más en su favor las estadísticas cada vez más halagadoras de las intervenciones practicadas en este órgano.

DIAGNÓSTICO.

Se puede decir que en la cirugía emocionante y difícil de las heridas del corazón, la dificultad estriba más bien en el diagnóstico que en el acto operatorio mismo. Si es posible clínicamente, dice H. Constantini, establecer de antemano el diagnóstico exacto de una herida del corazón y su localización precisa, la operación será poco menos que un juego. Y se comprende fácilmente la importancia de un diagnóstico preciso, puesto que así quedamos en condiciones de abordar el órgano por la vía más adecuada, facilitándose de este modo enormemente la intervención.

Desgraciadamente, no contamos con síntoma patognomónico alguno que nos permita asegurar perentoriamente el diagnóstico de herida del corazón, es solamente la interpretación clínica bien hecha del conjunto de síntomas que presentan estos enfermos los que nos permite llegar, si no a la certidumbre absoluta del diagnóstico, por lo menos a la convicción de la urgencia de una intervención, que es, en realidad, lo que nosotros debemos esforzarnos por perseguir.

«Con diagnóstico de precisión se mueren los enfermos, dice el profesor Sierra. Operemos a tiempo, aunque sea sin diagnóstico preciso, y prestaremos más positivos servicios a nuestros enfermos».

Trataré ahora de pasar en revista los síntomas más importantes, cuyo conjunto, como lo he dicho ya, nos permitirá llegar, o por lo menos, suponer una herida del corazón.

1.º *Herida de la piel.*—Está situada, generalmente, en la región precordial «zona peligrosa de Zeidler», que se extiende lateralmente desde el reborde derecho del esternón a la línea axilar anterior izquierda, y verticalmente desde la segunda costilla a la octava. También puede estarlo a distancia, como suele pasar en las heridas por armas de fuego; por otra parte, no toda herida de esta región compromete fatalmente el miocardio.

En los casos dudosos estamos autorizados a explorar con el estilete, pero sólo superficialmente (1-2 cms.), nunca más allá, porque es peligroso; así podremos formarnos una idea aproximada de la dirección del trayecto, de su profundidad, etc. Y asociando finalmente este estudio atento de la herida cutánea con los detalles del hecho mismo (valor vulnerante del arma empleada, dirección del golpe, etc.) podemos suponer con más o menos certidumbre una herida del corazón.

2.º *Hemorragia externa.*—Tiene solamente cierto valor diagnóstico cuando es muy intensa. La sección de la mamaria interna provoca también gran hemorragia.

3.º *Palidez mortal.*—Es un signo casi constante y de gran valor diagnóstico, pero que lo encontramos también en toda hemorragia más o menos abundante.

4.º *Cianosis.*—La palidez de la cara en estos enfermos contrasta con el tinte cianótico de los labios, orejas, punta de la nariz y extremidades. Este síntoma traduce la extasia sanguínea de las aurículas, extasia que en un principio es poco marcada, pero que se acentúa desde el momento en que el hemopericardio va produciendo poco a poco la compresión auricular y el bloqueo de los ventrículos. El corazón, finalmente, se para.

5.º *Dilatación de las venas del cuello.*—Este, como el síntoma anterior, es una consecuencia de la congestión auricular.

6.º *Pulso.*—Es, por lo general, pequeño y frecuente, como sucede en toda hemorragia abundante, no se altera o se altera poco en casos de heridas secas; tal sucede cuando la herida del corazón es muy pequeña y situada en los ventrículos, especialmente en el izquierdo, un coágulo cualquiera obtura la brecha y no hay hemorragia.

7.º *Presión.*—Como se comprenderá fácilmente, la presión arterial de estos enfermos es sumamente baja o nula, en razón de la hemorragia misma y del estado de shock en que se encuentran.

8.º *Pérdida del conocimiento.*—Es síntoma de anemia cerebral debido a la hemorragia abundante o al bloqueo ventricular producido por el hemopericardio. Tiene valor escaso, pues no siempre existe.

Tischer cita el caso de haber intervenido en estas condiciones sin necesidad de anestesia; pero una vez abierto el pericardio y evacuados los coágulos, es decir, una vez descomprimido el corazón, el enfermo recobró su lucidez y hubo que recurrir a la anestesia para poder continuar la operación.

9.º *Angustia y agitación.*—Este síntoma es parecido al dolor retroexternal de la angina de pecho. El herido lleva instintivamente

te sus manos al corazón, como para arrancárselo. Es poco constante y por ende de poco valor. Estas sensaciones son el resultado del bloqueo del corazón por el hemopericardio y de la anemia aguda.

10.º *Disnea y respiración superficial.*—Traducen la dificultad mecánica de la respiración debido a que generalmente existe neumotórax, derrame pleural, o ambos a la vez. También puede deberse a la anemia misma.

11.º *Desaparición del choque de la punta.*—No siempre tiene valor, porque se encuentra también en el neumotórax izquierdo.

12.º *Desaparición y apagamiento de los tonos.*—Es un síntoma de herida del corazón, pero también lo encontramos en las heridas del tórax izquierdo acompañadas de neumotórax, lo cual le quita gran parte de su valor diagnóstico.

13.º *Ruidos anormales.*—Se han descrito diferentes clases de ruidos.

Los más conocidos son los siguientes:

- 1) Ruido de molino (Morel-Savallé).
- 2) Ruido de thrill, semejante al de los aneurismas.
- 3) Ruido de chapoteo.
- 4) Soplos, etc.

Tienen poco valor y no bastan por sí solos para sentar un diagnóstico.

14.º *Aumento de la macidez cardíaca.*—Cuando se puede comprobar este síntoma tiene gran importancia; desgraciadamente no es siempre fácil hacerlo y en muchos casos no existe, debido al neumotórax concomitante.

15.º *Dolor epigástrico y defensa abdominal.*—Jildelbrand atribuye estos síntomas al compromiso de los nervios intercostales que dan algunas de sus ramas a la pared abdominal concomitante, o bien a una lesión diafragmática que se haya producido bruscamente (hemopericardio-neumotórax).

16.º *Signos radioscópicos.*—Tienen una importancia capital, porque nos permiten a veces precisar y aún afirmar el diagnóstico.

Con ayuda de los Rayos, podemos, por ejemplo, reconocer la situación aproximada de un proyectil. También podemos apreciar el signo llamado de «Vigot» la inmovilidad de la sombra cardiopericárdica; el corazón se ve inmóvil, como si hubiera cesado de latir. Este signo nos revela la existencia del hemopericardio. Su comprobación es fácil cuando no hay hemotórax, en cuyo caso la sombra dada por éste se continúa con la sombra cardiopericárdica.

Estos son, a grandes rasgos, los síntomas que presenta una herida del corazón, pero que queda todavía un punto interesante que hay que tomar muy en cuenta en estos enfermos, y es el referente al momento de aparición de los síntomas. Generalmente, éstos comienzan a aparecer y son progresivos desde el momento mismo del accidente; pero en otras ocasiones, por lo demás no raras, entre la producción del accidente y la aparición de los síntomas transcurre un tiempo más o menos largo. Así, se citan varios ejemplos en la literatura en que este período de latencia o «intervalo libre», ha sido muy largo, 24-48 horas (Westermann Rehn) y aún más todavía, 10 días (Constantini). Son los llamados por Guillemin «heridas secas

del corazón». Este fenómeno se observa principalmente en las heridas ventriculares, debido al espesor mismo de sus paredes, un coágulo puede obturar una herida de pequeñas dimensiones. Estas heridas sangran tardíamente, lo que vendría a explicar la aparición posterior del síndrome hemopericardio bajo tensión con bloqueo consecutivo del corazón.

Las heridas de las aurículas debido al escaso espesor de sus paredes sangran siempre en gran abundancia y desde el principio.

TRATAMIENTO.

Debido a su situación anatómica, el corazón es un órgano difícil de abordar, de ahí que hayan ideado innumerables procedimientos para llegar hasta él. Bien mirados, todos son buenos, según el caso en que se les emplee. Así, por ejemplo, una herida ventricular puede ser abordada fácilmente por la resección unicostal. Una herida del borde derecho del corazón debe ser abordada por un colgajo tallado en el lado derecho del tórax. Una herida auricular profunda no podrá ser suturada fácilmente si no se talla un colgajo que comprenda el esternón y tres de los cartílagos costales izquierdos. Desgraciadamente, la elección del método más adecuado es generalmente difícil, por cuanto el estado actual de nuestros conocimientos no nos permite precisar de antemano la región del corazón herido.

Tres grandes hechos generales dominan la cirugía de las heridas del corazón:

1.º El diagnóstico es dudoso a pesar del estudio detenido del paciente.

En esta incertidumbre es necesario ir procediendo paso a paso, debridar capa por capa hasta llegar al corazón mismo y confirmar de este modo el diagnóstico. Si el órgano no está lesionado, nos detenemos; si lo está y la brecha abierta es insuficiente, abriremos ampliamente para darnos campo.

2.º El diagnóstico de herida del corazón es seguro, sólo tenemos dudas del sitio de la lesión. En estos casos debemos abrir ampliamente desde el primer momento. Las heridas del borde derecho del corazón, y sobre todo las de la aurícula y orejuela derecha son las más difíciles de abordar. En términos generales, podemos decir, que toda lesión del corazón debe ser abordada por el mismo lado en que se encuentra. Así, por ejemplo, si la herida es del borde derecho del esternón, debemos tallar el colgajo en este lado del tórax, etc.

3.º La pleura es talvez, más que el esqueleto, un obstáculo para llegar al corazón. ¿Podemos atravesarla deliberadamente? ¿Podemos siempre evitar su abertura?

Es sin duda de gran importancia el no abrir la pleura durante la intervención, porque si bien es cierto que el neumotórax unilateral no es un peligro inmediato para el enfermo, la infección a que se está expuesto manipulando a través de ella es un inconveniente grave que debemos tratar de evitar a toda costa.

Por otro lado, es ilusorio el proponerse no abrir jamás la pleura durante una intervención de esta especie. Las adherencias de la serosa al triangular del esternón hacen a veces infructuoso todo em-

peño por conservarla intacta, y en la gran mayoría de los casos, como lo demuestran las estadísticas, la pleura es lesionada durante la intervención.

Pasaremos ahora en revista los métodos operatorios más usados, «métodos de elección», que la práctica ha demostrado como los mejores.

Primer Método.—*Descubrimiento progresivo explorador.*

Este procedimiento, preconizado, por Lenormant, consiste en practicar una incisión siguiendo la dirección de la herida y debridar ésta progresivamente; el bisturí, dice Morestin, seguirá milímetro por milímetro el trayecto de la herida. Haremos la resección subcondral del cartilago respectivo, con el objeto de no abrir la pleura. Si es necesario, se resecan los cartilagos supra y subyacentes; esta resección nos permitirá descubrir el pericardio e incidirlo con facilidad. Si la cavidad pericardiaca está vacía de sangre, lo cerraremos, en caso contrario, trataremos de darnos cuenta, rápidamente, si por esta pequeña brecha es posible trabajar: en caso contrario hay que dejar a un lado, cubierto o taponado con compresas, el campo operatorio primitivo e ir a abordar la región por una vía más amplia.

2.º Método.—*Descubrimiento amplio desde el primer momento.*

En estos casos varios son los métodos usados:

- a) Método de De'orme-Mignon Kocher.
- b) Método de Sapangaro.
- c) Método de Duval-Baransby.
- d) Método de Lefort.
- e) Método de Wilms.

a) *Método de Delorme-Mignon*, (a colgajo externo).—Es el método más usado y consiste en tallar un colgajo en U a pedículo externo, cuya rama vertical corre a lo largo de la parte media del esternón desde el tercer cartilago costal hasta el sexto. Las ramas horizontales superior e inferior siguen a lo largo de los cartilagos tercero y sexto, hasta el límite de la articulación condrocostal respectiva. Se practica, además una pequeña incisión horizontal a nivel de la cuarta articulación condrocostal. Se debridan los bordes de la incisión y se seccionan subcondralmente los extremos externos de los cartilagos tercero y quinto, lo mismo se hace con el cuarto, a través de la pequeña incisión horizontal. Los extremos internos de los cartilagos se cortan a raíz del esternón. En seguida se vuelca el colgajo hacia afuera, seccionando el triangular del esternón que está íntimamente adherido a la pleura, se rechaza ésta con ayuda de una compresa y aparece entonces a la vista el pericardio, se agranda la herida que en él existe y se explora el corazón.

Si el campo operatorio se hace todavía insuficiente, se puede seccionar transversalmente el esternón a nivel del tercer espacio intercostal, teniendo cuidado de debridar, previamente, con ayuda de una compresa, la cara posterior de este hueso: de este modo se puede obtener una separación amplia de los dos extremos seccionados, y por ende, un aumento considerable del campo operatorio.

Hay dos variedades de este procedimiento, que en ciertos casos, como los que vamos a describir, tienen gran valor práctico:

1.º La herida es del lado derecho del esternón. En estos casos, sobre todo cuando existe neumotórax derecho, es mucho más práctico tallar el colgajo en el lado derecho del tórax, así nos daremos un campo más adecuado, evitándonos por otro lado abrir la pleura sana. Resecando a gubia un poco del borde derecho del esternón tendremos, con este procedimiento, fácil acceso sobre el lado derecho del corazón y sobre una gran parte de los ventrículos; y

2.º La herida es del lado izquierdo del esternón, pero hay un proyectil situado en el lado derecho. En este caso se supone de autemano que habrá dos heridas que suturar ya que debemos, por lo tanto, darnos amplio campo para ver claro. Tallaremos entonces, un colgajo condroesternal a pedículo externo izquierdo que comprenda los cartilagos tercero, cuarto y quinto y el segmento del esternón correspondiente.

Desgraciadamente, este método que da un campo amplio, es difícil de ejecutar y, además, se corre el riesgo de abrir la pleura derecha. Constantini asegura que con un poco de práctica sobre el cadáver, es fácil evitar este escollo en el vivo.

b) *Método de Spangaro.*—Spangaro practica una gran incisión siguiendo el espacio intercostal donde está la lesión (de preferencia el 4.º), en seguida secciona los cartilagos supra y subyacente (a veces 2) al ras del esternón. Con ayuda de un separador especial de cremallera hace la separación forzada de las costillas. Este método da mucho campo y parece ser el más práctico y rápido de todos. Debe usarse de preferencia en las heridas del corazón que han lesionado la pleura, porque generalmente ésta se rompe al hacer la separación de las costillas.

c) *Método de Duval-Baransby.*—(Toraco-pleuro-laparatomía mediana). Este autor hace una incisión que va, siguiendo la línea media, desde el segundo cartilago costal a un punto equidistante entre el ombligo y el apéndice xifoides. En la parte alta, el esternón es seccionado transversalmente con ayuda de una cizalla o sierra eléctrica, a nivel del tercer cartilago costal y longitudinalmente en toda su extensión. La pared abdominal es abierta a lo largo de la línea media, hasta el punto ya indicado. El diafragma se secciona de adelante atrás hasta el ligamento triangular para hacer así más fácil la separación del esternón. Con auxilio de un separador de cremallera se consigue abrir los labios de la herida como las hojas de un libro, dejándose ver el corazón en el fondo. Este procedimiento da al cirujano un amplio campo para abordar el corazón y los grandes vasos, a la vez que permite también actuar sobre la cavidad abdominal.

La reconstitución de la pared tóracoabdominal es muy fácil y perfecta. Se sutura el diafragma, el esternón no necesita sutura, porque debido a la elasticidad de las costillas, los fragmentos se adosan solos.

La abertura de la pleura, uno de los peligros de esta operación, se puede evitar desprendiendo con el dedo la cara posterior del esternón antes de seccionarlo.

Este método dió muchos éxitos operatorios a los cirujanos franceses durante la pasada guerra.

d) *Método de Lefort*.—Consiste en reseca un gran trozo de costilla, desde el borde del esternón a la línea axilar, en seguida, con ayuda de un separador de cremallera, hace la separación forzada de las costillas supra y subyacentes;

Se le critica a este método el dar poco campo al abrir deliberadamente la pleura.

e) *Método de Wilms*.—(Intercosto-trasesternal). Según este procedimiento, se secciona un espacio intercostal en una extensión de 10 a 15 centímetros y el esternón transversalmente a su nivel;

Como el método anterior, se hace también la separación forzada de las costillas. Es menos práctico que el anterior y adolece de sus mismos defectos.

Personalmente he tenido la ocasión de ensayar en compañía del Dr. de Amesti, en el cadáver y en el vivo la mayoría de estos métodos, llegando a la conclusión que el método de Spangaro es uno de los más prácticos, debido a que da un campo relativamente amplio y a la facilidad de su ejecución.

En las heridas complicadas de lesión visceral, el método de Duval-Baransby es el método que debe preferirse.

CARDIORRAFIA.

Una vez a la vista el corazón, se presenta ahora la dificultad para suturarlo. Dos son los escollos principales con que se tropieza:

1.º—La hemorragia que inunda el campo operatorio y que ciega al operador.

2.º—La movilidad extraordinaria del órgano.

Contra lo primero se han propuesto diversos procedimientos para detenerla provisoriamente, mientras se hace la sutura, a saber:

a) Compresión de la base ventricular entre el índice y el dedo medio.

b) Compresión digital o con ayuda de una pinza acodada del pedículo de la cava. Estos son los medios que podríamos llamar indirectos.

Directamente algunos cirujanos han tratado de tomar los labios de la herida con ayuda de una pinza Kocher, como si se tratara de una arteria.

Todos estos procedimientos son poco recomendables y peligrosos.

El procedimiento de elección para detener la sangre es la obliteración digital de la herida.

La movilidad extraordinaria del corazón es un gran obstáculo para poder pasar los puntos de sutura. Para contrarrestarla es necesario coger el corazón vigorosamente y a mano llena. Esta maniobra hecha con suavidad no entraña peligro ninguno, hay que tener cuidado, sí, de no comprimir las arterias coronarias.

Cuando se trata de una herida de las aurículas, esta maniobra no es necesaria, pues se pueden juntar los bordes de la herida con los dedos haciéndose la sutura con toda facilidad.

La sutura se hará con puntos separados, de preferencia con seda o lino. No debe usarse la aguja de Raverdin, que no siguiendo los movimientos del corazón, desgarrar los bordes de la herida. Lo mejor es la aguja curva montada.

Algunos autores, cuando se trata de una herida auricular, la ligan en masa, porque debido al escaso espesor de sus paredes, si pasan puntos perforantes, la sangre se sigue escurriendo por el orificio que deja la aguja.

Se ha discutido mucho respecto al momento de la revolución cardíaca en que debe pasarse el punto de sutura. A mi juicio esta es una discusión que está demás, pues el corazón late tan rápida y desordenadamente en manos del cirujano, que este se ve obligado a pasar su sutura cuando y como puede.

MODO DE LUCHAR CONTRA LA ANEMIA.

Por regla general más de la mitad de los casos de muerte reconocen como causa la anemia aguda en que se encuentran estos pacientes.

Son dos los medios principales de que disponemos para contrarrestar la falta de sangre:

1.º—Inyecciones de suero.

2.º—Transfusión sanguínea.

El suero se puede administrar por vía subcutánea o intravenosa. Procederemos en la primera forma cuando la hemorragia ha sido poco abundante, y en la segunda en los casos graves.

La cantidad que debe inyectarse de una sola vez por esta última vía, no debe pasar de 500 grs., cantidad que puede repetirse poco tiempo después de la intervención.

El suero de Hayen da excelentes resultados. Otros cirujanos usan el suero glucosado. Ultimamente se ha usado con éxito el suero gomado, que tiene la ventaja sobre los otros, de no difundirse tan rápidamente a los tejidos, manteniendo por esta causa, elevada durante más tiempo la presión sanguínea.

Jaffé, y junto con él otros cirujanos eminentes, como Delbet, Pierre Duval, etc., para obrar rápidamente han preconizado las inyecciones de suero directamente en las cavidades del corazón, desgraciadamente, los resultados han sido siempre funestos.

Cuando la hemorragia ha sido muy abundante no queda otro recurso para salvar al herido que recurrir a la transfusión sanguínea. La cantidad de sangre que deberá inyectarse varía según sea la gravedad de la hemorragia, entre 200 a 1,000 gramos.

La técnica de la transfusión sanguínea citratada con el aparato de Jambreau, es muy fácil de ejecutar, contándose, además, actualmente, otros procedimientos que facilitan más todavía esta operación.

Masaje del corazón.—Cuando el corazón se detiene durante el curso de una intervención, es posible reanimarlo por el simple masaje. La retención del ritmo cardíaco se debe generalmente, a las manipulaciones a que es sometido durante la intervención. En estos casos, el masaje hecho suavemente, 30 a 40 veces por minuto, restablece

el ritmo del órgano. Cuando la detención es debida a un agotamiento general del organismo el masaje del corazón no da resultado.

Herida de la arteria coronaria.—En presencia de una herida de la arteria coronaria debemos proceder a ligarla inmediatamente, como si se tratara de otro vaso cualquiera. Hay que tener cuidado de ligar al mismo tiempo la vena satélite. Varias son las razones que justifican este proceder:

1.º La arteria coronaria, como toda arteria, si no es ligada puede sangrar secundariamente, produciendo un hemopericardio tardío que puede ser mortal.

2.º El escaso calibre del vaso y la movilidad del corazón hacen imposible toda tentativa de sutura vascular.

3.º La ligadura no es fatalmente mortal, salvo cuando se trata de una herida del tronco de la arteria, que son rápidamente mortales, debido a que la mitad del corazón y el haz de His quedan sin sangre. Esta clase de heridas sólo se ha observado experimentalmente en los animales (Urbino 1911).

Conducta que debe seguirse con la pleura y el pericardio.—Hoy día la tendencia dominante es suturar ambas serosas, sin dejar drenaje. En contadas ocasiones se suele dejar un pequeño drenaje en la parte más declive del pericardio. En la pleura, eso sí que hay que tener cuidado de hacer un aseo prolijo de la cavidad antes de cerrar la herméticamente con ayuda de las partes blandas del colgajo, pues la hoja pleural misma es insuficiente y se desgarrar al pasar los puntos.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

Dos casos deben considerarse en el tratamiento post-operatorio de estos enfermos:

1.º—No hay complicaciones.

2.º—Hay complicaciones.

En el primer caso ¿cuál será la conducta que debemos seguir?

a) *Posición del operado.*—Colocaremos el enfermo semi sentado y rodeado de botellas calientes, la pieza estará a 18 grados.

La inmovilidad debe ser absoluta, no hablará ni recibirá visitas antes de los 8 días, se le evitará toda emoción y ruido. En una palabra, se le prodigará en todo sentido el reposo más absoluto.

b) *Alimentación.*—No tiene nada de especial, salvo que el enfermo será alimentado por el enfermo mismo, para evitarle así todo esfuerzo o movimiento intempestivo. Los alimentos líquidos en un principio se sustituirán por alimentación más sustancial y sólida.

c) *Curación.*—Debe ser seca y lo más reducida posible, para no dificultar los movimientos respiratorios. Puede sustituirse con venda la venda por una contensión con tela inglesa.

d) *Abandono del lecho.*—Debe ser tardío, en ningún caso antes de 20 o 30 días.

2.º *Caso. Hay complicaciones.*—Dos son las grandes complicaciones post-operatorias de estos pacientes.

1.º—La infección.

2.º—La embolia.

Otra menos frecuente e importante es la hemorragia secundaria.

1.ª *Infección.*—Es la gran causa de muerte de los operados del corazón. Se trata, por lo general, de una infección pleuro-pericardíaca, de una bronconeumonía o de ambas a la vez.

El derrame pericardíaco se manifiesta por la continuación o agravación de la disnea, la pequeñez del pulso, el apagamiento de los tonos y el aumento de la macidez precordial. Cuando es escaso se reabsorbe inmediatamente; cuando es abundante la punción se impone.

La angustia respiratoria se calmará con morfina o heroína a dosis fraccionadas, si descuidar, al mismo tiempo, de estimular el corazón con esparteína o digitalina a pequeñas dosis.

El derrame pleural se hace sentir ordinariamente del segundo al tercer día. Se tratará por punciones poco abundantes, pero repetidas. Si el hemotórax tiene tendencias a la supuración, lo que podemos saber de antemano por el examen citológico del líquido de punción, practicaremos inmediatamente la resección costal posterior con drenaje de la pleura sin esperar que la supuración sea franca.

La bronconeumonía la reconoceremos por sus síntomas objetivos y subjetivos habituales. Respecto a su tratamiento es del resorte médico y no entrará a comentarlo.

2.º *Embolia.*—Puede ser causada por la movilización de un cuerpo extraño intrapericardíaco (proyectil) hacia el sistema vascular, o bien por la movilización de un émbolo.

En el primer caso pueden ocurrir accidentes embólicos graves en el dominio de la arteria pulmonar, arteria axilar, venas ilíacas, etc. Estos proyectiles libres en las cavidades del corazón constituyen por este motivo un verdadero peligro; de ahí que debemos esforzarnos por reconocerlos a tiempo e instituir el tratamiento correspondiente.

El criterio terapéutico que domina en estos casos es el siguiente:

a) El proyectil está enquistado; abstención de todo tratamiento.

b) El proyectil está libre y amenaza movilizarse; intervenir apenas se haga el diagnóstico.

Respecto a la manera de reconocerlos y localizarlos, podemos decir que no existen síntomas clínicos que nos permitan llegar a una conclusión absoluta, solamente el examen con los Rayos nos dará resultados más positivos y precisos. Desgraciadamente, en ocasiones es sumamente difícil este examen, debido a que la sombra dada por el derrame o las adherencias pleuro-pericardíacas enmascaran el cuerpo extraño. Las dificultades aumentan más todavía en caso de proyectiles pequeños (fragmentos de obús, etc.).

La situación del proyectil respecto a las paredes del corazón es siempre difícil de precisar. Cuando es extracardíaco, es en general posible disociar su sombra de la del corazón. Cuando sus sombras son indisolubles en todas las posiciones, el proyectil puede considerarse como paracardíaco, parietocardíaco o intrapericardíaco.

En el segundo caso, es decir, cuando se moviliza un émbolo (coágulo), el pronóstico es mucho más serio, puesto que los cuerpos extraños, reconocidos a tiempo son susceptibles de tratamiento quirúrgico eficaz.

El émbolo parte del endocardio y está constituido, ya sea por un coágulo reciente, en tal caso los accidentes se producen por lo general, inmediatamente después de la intervención y son casi siempre mortales, o bien, por un émbolo organizado, en cuyo caso, como se comprenderá, los accidentes son más tardíos y de pronóstico variables, según sea el mayor o menor tamaño del émbolo y el lugar donde se localice.

Para combatir esta complicación no disponemos de otra cosa que prodigar al enfermo el reposo más absoluto.

Hemorragia secundaria.—La hemorragia post-operatoria es excepcional y cuando se produce su punto de partida es, generalmente, un vaso de la pared, la arteria intercostal o más comúnmente la mamaria interna. Cuando estas hemorragias son persistentes y no ceden al taponamiento, es necesario inspeccionar directamente el colgajo y hacer la hemostasia directa.

Secuelas.—En los enfermos que han curado de una herida del corazón persisten a menudo secuelas de importancia variable.

Entre las más frecuentes tenemos:

- I. La pericarditis adhesiva.
- II. Los dolores precordiales.
- III. La disnea de esfuerzo.
- IV. Las palpitaciones.

Anatómicamente casi todos los operados del corazón presentan una sínfisis pericardiaca más o menos limitada que, por lo general, no les ocasiona trastornos de importancia; pero cuando esta sínfisis es extensa trae alteraciones en el trabajo del corazón y puede conducir progresivamente a su insuficiencia.

Pero sin duda la disnea de esfuerzo, los dolores y las palpitaciones, son los trastornos más frecuentes con que quedan estos enfermos.

Su causa son las adherencias pleuro-pericardiacas. Sin embargo, es de notar que en la inmensa mayoría de los casos, las secuelas son insignificantes y casi todos estos heridos pueden volver después de un tiempo variable a sus ocupaciones habituales.

Pronóstico.—El pronóstico de las heridas del corazón es, sin lugar a dudas, de entre las heridas penetrantes, el que reviste mayor gravedad; pero los progresos de los métodos operatorios le han ido quitando poco a poco las sombras que lo empañaban hasta llegar a dejarlo hoy día casi a la altura de las demás heridas del tórax. Así, Constantini, que es talvez una de las opiniones más autorizadas en la materia, asigna como término medio a las heridas del corazón, operadas, un 50% de mortalidad.

He aquí una estadística suya:

- Heridas de las aurículas, 53% de mortalidad.
 Heridas del ventrículo izquierdo, 55% de mortalidad.
 Heridas del ventrículo derecho, 52% de mortalidad.

Del estudio comparativo de estas cifras podemos deducir que las heridas de las aurículas son menos graves que las de los ventrículos, y de éstas, las del ventrículo izquierdo son un poco más graves que las del ventrículo derecho.

Por otro lado, el pronóstico también varía según el arma empleada. Así las heridas por proyectil son menos graves que las causadas por instrumentos cortantes. Constantini da para las primeras un 47% de mortalidad y para las segundas un 57%.

El compromiso de las vísceras vecinas agrava considerablemente el pronóstico.

Observaciones.

Observación 1.^a—Herida cortante penetrante del tercer espacio intercostal izquierdo, un poco por dentro de la línea mamilar. Este paciente llegó a la Asistencia Pública dos horas después de recibir la puñalada, con la siguiente sintomatología: dolor precordial intenso, angustia, palidez de la cara y mucosas, sudores profusos. La herida sangra poco, la macicez cardíaca se confunde con la del hemotórax existente en ese lado. A la auscultación, los tonos se sienten apagados. Se interviene tallando un colgajo a charnela externa que comprende las costillas tercera, cuarta y quinta; encontramos una herida de más o menos un centímetro del ventrículo derecho que suturamos con puntos perforantes de catgut. Aseo de las cavidades pericardiacas y pleural y reposición del colgajo. Muerte al noveno día de infección pleuro-pericardiaca. A la autopsia se constató, además, una miocarditis crónica.

Observación 2.^a—Herido que ingresa a la Asistencia Pública 5 horas después de recibir 5 heridas cortantes profundas en diversas partes del tórax, dos de ellas penetrantes. La que comprometió el corazón estaba situada en el quinto espacio intercostal, línea externa derecha. El enfermo está casi agónico, pulso imperceptible, macicez cardíaca aumentada, tonos apagados, ruido de chapoteo. Intervengo con una resección costal exploradora del cuarto cartilago derecho y como encontrara una herida del corazón, tallo un colgajo que comprende las costillas supra y subyacentes. Abierto el pericardio y haciéndose la sutura imposible por el poco campo, me veo obligado a seccionar transversalmente el esternón a nivel del cuarto espacio, lo que me permite suturar una herida existente en la aurícula derecha que sangra a chorros. Aseo de las cavidades y reposición del colgajo. Muerte por anemia aguda, tres horas después de operado.

Comentarios.

Las heridas del corazón pueden ser de todos tamaños, desde la pequeña erosión superficial hasta la enorme perforación que llega a abarcar ambas paredes y una o varias cavidades; a nivel de las aurículas casi siempre las heridas penetran hasta la cavidad debido al poco espesor de su pared. Podemos decir que, en general, la gravedad de las heridas del corazón dependen de su tamaño; así, la he-

rida provocada por una aguja es menos grave que la de una bala o arma blanca. Sin embargo, cierto tipo de heridas pequeñas son mortales, cuando afectan lo que se ha dado en denominar «zona peligrosa» del miocardio; v. gr. cuando más alcanzan la pared de la arteria coronaria cerca de su origen o el manojito de His a través del séptum interauricular que causan rápidamente la muerte del sujeto. Otras zonas peligrosas son las paredes aurículoventriculares, su herida detiene en diástole al ventrículo izquierdo. En el seno longitudinal anterior en la unión del tercio medio con el superior, existe un punto cuya irritación paraliza la contracción cardíaca. Las heridas de la base de la aurícula derecha, cerca de la entrada de las venas es rápidamente mortal.

Estos datos deben tomarse en cuenta cuando se habla de mortalidad operatoria de las heridas del corazón.

Es un hecho comprobado que no siempre las heridas del corazón son necesariamente mortales. Hay ejemplos de esta clase en que los individuos han vivido largo tiempo después, apesar de no haber sido operados. Autopsias ocasionales han revelado estos hechos (Ballance, etc.) Esto no autoriza la contemplación ante una herida cardíaca o simplemente ante la sospecha de ella.

Las comprobaciones clínicas y la cirugía experimental nos demuestran que el corazón herido puede reaccionar de dos maneras diferentes: o bien la herida misma provoca una alteración del ritmo cardíaco pudiendo llegarse hasta la suspensión definitiva del funcionamiento del miocardio sin que exista una hemorragia considerable o bien, existe hemorragia que es la causa más frecuente de muerte: 1.º por la abundancia de ella provocando un estado de anemia aguda; la sangre en general se derrama hacia la cavidad pleural que ha sido herida al mismo tiempo, o hacia el exterior, lo que es menos frecuente. 2.º por la efusión, dentro del pericardio de una cantidad relativamente pequeña de sangre, de 200 a 300 grs. solamente que distendiendo esa serosa provoca la compresión del corazón, hasta su paralización completa. A este respecto vale la pena recordar que por este mecanismo la herida de un vaso del pericardio puede provocar la muerte sin que exista herida en la víscera misma.

Las heridas del corazón, decíamos, pueden curar espontáneamente, ya sea porque se constituye un coágulo que finalmente se transforma en tejido cicatricial o bien, porque se forman a ese nivel adherencias con el pericardio. En ocasiones resulta la constitución de un aneurisma debido a que el sitio de la cicatrización es más débil que el resto de la pared cardíaca. En los pacientes en ningún caso quedan exentos de graves acontecimientos posteriores. La bien señalada muerte súbita días y meses después de la lesión inicial por ruptura de la cicatriz. Iguales consideraciones deben merecernos los cuerpos extraños alojados en la pared o en las cavidades del corazón, los cuales pueden en un comienzo dar síntomas poco alarmantes; pero que también pueden ser el origen de trombosis. En estos casos es preferible, a la menor señal de intolerancia, tentar la extracción de él. Después de la gran guerra se vieron ejemplos numerosos de esta naturaleza, en muchos de ellos se obtuvieron resultados halagadoros.

Los resultados de la cardiografía son satisfactorios. Sin embargo, en un 50%, más o menos, se forman adherencias entre el epi y el pericardio, resultado, casi siempre de la infección. Si esta pericarditis adhesiva provocare alteraciones manifiestas del funcionamiento cardíaco está indicado practicar la «cardiolisis», o sea el desprendimiento de las adherencias, como lo aconsejaba Kocher o bien la lisis del pericardio por movilización de la pared torácica sobre las si-nequias, según el procedimiento de Haver.

En nuestra experiencia personal de 8 intervenciones por heridas del corazón, tenemos 3 casos de curación: de ellos, 2 hemos podido examinarlos largo tiempo después de la intervención. En el 1.º los resultados fueron absolutamente satisfactorios, tan sólo existía una pequeña hipertrofia del miocardio que permitía al sujeto efectuar labores pesadas. Un año y medio después de operado trabajaba acarreado ladrillos sin que se manifestaran signos de intolerancia de la menor especie. El 2.º, que tuvo como complicación inmediata una larga supuración pleural y del pericardio, quedó como secuela de la infección un adherencia considerable del pericardio a la pared torácica pero fué capaz de resistir algunos meses después de operado, un tífus exantemático. En este individuo existían signos de intolerancia: hipertrofia manifiesta del miocardio y fatiga para el esfuerzo exagerado. Le propusimos la liberación de las adherencias, pero no aceptó nuestro temperamento, por no impedirle sus molestias continuar haciendo el trabajo moderado que le era suficiente para vivir.

El Dr. Contador se refiere en su trabajo a la cirugía de las heridas del corazón, la única, puede decirse que se hace en la actualidad sobre este órgano. Algun día, seguramente, el cirujano operará en algunas lesiones valvulares como ser estenosis aórticas, mitrales y de la arteria pulmonar. La valvulotomía, valiéndose del cardioscopio de Allen, se ha hecho en animales con relativo éxito y Cutter y Levine, de Boston, el año 1927, efectuaron esta intervención en una niña de 12 años de edad que sufría de estenosis mitral. El resultado tardío, 10 meses después de la operación, era francamente satisfactorio. El porvenir dirá el sitio que le está reservada a la cirugía en esta clase de lesiones.

Para terminar propongo agradecer al Dr. Contador el envío de su interesante comunicación y darle publicidad en nuestros boletines.

Osteitis fibro-quística de forma localizada.

DR. ALFREDO JÜNEMANN.

RELATOR.— DR. ARNULFO JOHOW.

F. E. Alferez de la Escuela Militar, 19 años. Mide 1.76 mts. Pesa 69½ kgs.

A. H. Abuelo diabético. Padre diabético y reumático; falleció trágicamente a los 48 años. Abuela nefrítica. Cinco hermanos. Uno falleció a consecuencia de una intervención quirúrgica por tu-

mor renal a los tres años. (Dr. Münich). Una hermana operada de nefrectomía por pielonefrosis. Los restantes son sanos.

A. P. En la infancia amigdalitis aguda, sarampión. Fué operado de las amígdalas (amigdalectomía) En 1917, apendicitis aguda, operado; peritonitis serosa.

E. A. El 9 de Setiembre, mientras ejecutaba ejercicios de equitación, sufrió una caída del caballo, recibiendo un fuerte golpe en el hombro izquierdo. Al examen, pocos momentos después, constaté dolor difuso a la presión de las partes blandas del hombro, sin deformación manifiesta ni lesiones en la piel. Articulaciones libres a los movimientos; impotencia funcional por la contusión muscular. Dolor más acentuado en el tercio externo de la clavícula, sin deformación en la continuidad del hueso. Resto del cuerpo, sano. Organismo vigoroso. Tipo atlético.

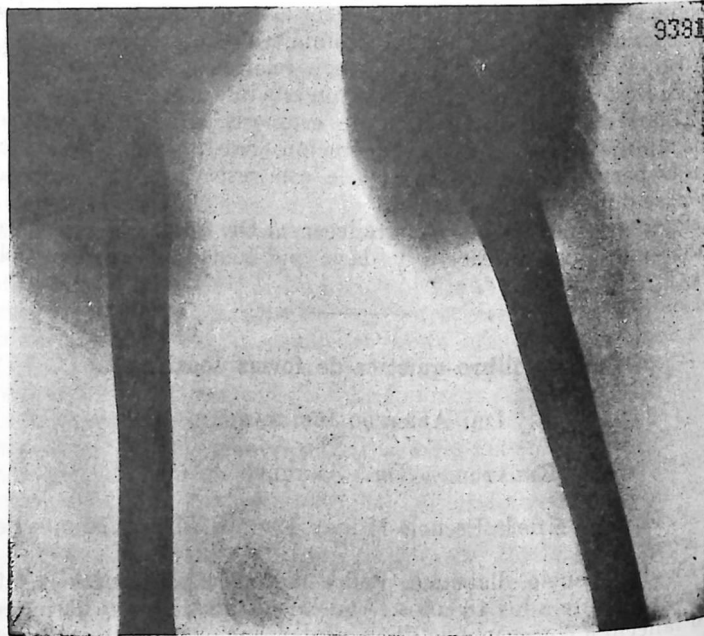
Con el fin de precisar la probable existencia de un rasgo de fractura en la clavícula se pide una radiografía de la región contundida.

Con muy justificada sorpresa, el radiólogo envía el siguiente informe radiográfico tres días después del accidente:

«12 de Setiembre de 1929». «Radiografía del hombro izquierdo». En el tercio superior del hombro izquierdo, proceso óseo, con zonas de condensación y reabsorción. Reacción perióstica e invasión de la médula ósea.

Conclusión: «osteomielitis».

En conocimiento de los antecedentes y del examen clínico, rechacé este diagnóstico; pero la existencia de las lesiones óseas descritas eran indudables, (radiografía No. 1.) Aunque, la imagen



(Fig. No. 1)

radiográfica en las osteomielitis agudas y crónicas pueden tener las características de esta radiografía, es decir, zonas de condensación y rarefacción con alteración de la imagen del canal medular, los antecedentes y síntomas clínicos, absolutamente negativos, anulaban a etiología inflamatoria de esta lesión ósea.

El traumatismo sufrido anteriormente, tampoco explicaba nada y sólo ocasionalmente sirvió para descubrir el proceso patológico oculto.

Aunque, en el primer examen, sólo se apreció un dolor más agudo en el tercio externo de la clavícula, en los efectuados en los días posteriores, se constató que el punto doloroso máximo, se localizaba en el tercio superior del húmero, en la unión con el tercio medio y en la cara interna del brazo, apreciándose además, un ligero aumento de volumen fusiforme a ese nivel y correspondiendo al sitio de la lesión revelado por la radiografía. Se tomó una segunda, con mejor técnica y más localizada al punto doloroso.

Se manifestó al radiólogo la impresión de tratarse de un proceso de osteítis fibro-quística; se tomaron dos placas en sentido anteroposterior y lateral. El informe del radiólogo fué el siguiente: «¿quiste óseo?».

La contusión bastaba para explicar la localización dolorosa en el proceso latente. Una inflexión, seguramente, habría producido fractura, puesto que los procesos de osificación de un atleta de 19 años se encuentran terminados y la elasticidad de los huesos infantiles, ya no existe.

El diagnóstico de «quiste óseo» era incompleto, considerando los progresos de la patología ósea que clasifica hoy las lesiones quísticas de los huesos de la siguiente manera:

1.º Enfermedad ósea fibro-quística de Recklinghausen con sus dos modalidades:

a) Forma generalizada.

b) Forma localizada.

2.º Quiste solitario de los huesos, Enfermedad de Mikulicz.

3.º Quiste de los huesos actinomicóticos.

4.º Quiste hidático de los huesos.

Y el diagnóstico diferencial era necesario, aún con otras enfermedades de los huesos, que pueden dar imagen radiográfica parecida como son:

1.º Tumores de los huesos.

2.º Osteítis sifilítica.

a) Goma.

b) Osteoperiostitis.

Fué necesario pedir más luces a los rayos X. y ayuda al laboratorio para conseguir un diagnóstico etiológico más preciso.

Se hizo tomar radiografías del esqueleto: fémures, huesos de la pierna, húmero derecho, tórax, etc. y con ésto se comprobó la constitución normal del resto del sistema óseo.

Se eliminaba así la «enfermedad ósea fibro-quística generalizada».

La reacción serológica de Weinberg y la intradermoreacción de Chauffard-Casoni negativas, así como la imagen radiográfica de los

quistes es característica: quistes redondos de contornos nítidos y múltiples, con cierta semejanza a la proyección de un racimo de uva sin proceso de neoformación ósea, eliminaban la etiología hidatídica.

La integridad de la piel y la ausencia de todo proceso inflamatorio descartaba la actinómices.

La reacción de Wassermann y de Hecht-Debains negativas y la falta de antecedentes personales, así como el cuadro clínico, no concordaban con la lesión luética.

Entre los tumores consideraremos en primer término, al Mieloma cuyos caracteres diferenciales son los siguientes:

Se manifiesta después de los 40 años, en forma de tumores múltiples y de preferencia en los huesos planos y radiográficamente da la impresión de quistes múltiples.

Descartadas estas modalidades debemos considerar las restantes:

1.º Sarcoma osteogénico benigno y maligno.

2.º Tumores benignos con células gigantes.

3.º Endotelioma o tumor de Ewing.

¿Cómo llegar a precisar el diagnóstico diferencial entre estas diversas formas histológicas de tumores óseos y los osteítis fibro-quística localizada o el quiste solitario de Mikulicz, en este proceso patológico sorprendido en su iniciación, puede decirse?

Todas estas enfermedades se caracterizan por su evolución lenta e indolora. El diagnóstico de esta última enfermedad se hace comúnmente en un período avanzado, cuando el enfermo le llama la atención la deformación local y cuando una fractura se produce espontáneamente a consecuencia de un leve traumatismo. Por esta razón en la literatura no he encontrado casos como el presentado. Pero el estudio radiográfico, principalmente, nos ha dado luces para disipar nuestras dudas.

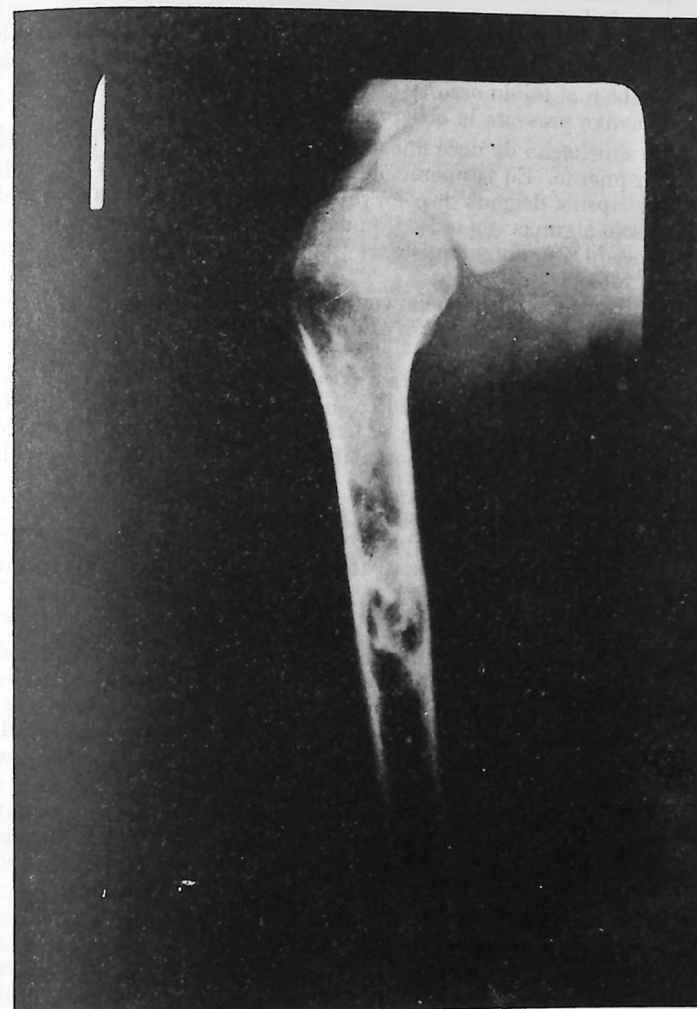
La radioterapia indicada anteriormente, como necesaria para el diagnóstico diferencial, nos pareció contraindicada por el tiempo que duraría la modificación de la estructura del hueso (aproximadamente 3 meses) para hacerse mafiesta a la pantalla y porque la indicación operatoria urgía debido a los dolores localizados que se acentuaban día a día.

La existencia de quistes de contornos muy nítidos con zona periférica de tejido óseo más denso como se observa muy bien en la radiografía N.º 2, tomada un mes después de la primera y que corresponde a las imágenes radiográficas reproducidas en los textos de consulta, hace inclinar nuestro diagnóstico en favor de una enfermedad fibro-quística de forma localizada. En ella se aprecia claramente la existencia de seis pequeños quistes agrupados y cuyo conjunto semeja la estructura anular que da al corte el tomate (repetiendo lo ya descrito).

Dice Leri: «las formas localizadas en la enfermedad ósea fibro-quística descrita por Recklinghausen serían particularmente interesantes por la confusión con los tumores».

Mikulicz, Lecéne, Lenormant consideran estos quistes solitarios no parasitarios como forma localizada de osteítis fibro-quística.

Permitásenos algunas palabras sobre las características de esta rara enfermedad:



(Fig. N.º 2)

Se inicia en la infancia o adolescencia. Su etiología es ignorada. Se presenta en dos formas: generalizada y localizada.

La primera, tiene evolución lenta e indolora. Una fractura espontánea o un dolor reumatoideo persistente, llama la atención.

Las fracturas son poco dolorosas, con poco desplazamiento.

En las radiografías se manifiesta la existencia de un quiste o de varios quistes juntos, cuya imagen se compara al aspecto areolar que presenta al corte, un tomate,

Las fracturas consolidan bien y con callos naturales.

Es además, una enfermedad compatible con una salud perfecta

La forma localizada se sitúa de preferencia en los huesos del cráneo y de la cara.

La formación quística se origina por la fusión localizada de la médula fibrosa. La transformación fibrosa afecta no sólo a la médula sino también al tejido óseo.

Thiemke presenta la observación siguiente:

Un muchacho de doce años sufre de un quiste del cuello del fémur izquierdo. En la operación se encuentra un quiste formado por una cápsula delgada de color rojo; la pared ósea es lisa y el contenido, sólo algunas gotas de líquido amarillo. Un fragmento de hueso sacado próximo al quiste, revela al examen rarefacción lacunar con osteoblastos gigantes.

El diagnóstico diferencial con el tumor de Ewing o endotelioma de forma solitaria y difuso es imposible sin practicar una biopsia.

Evolución lenta e indolora o poco dolorosa en jóvenes de 14 a 19 años. Tumor único y situado a nivel de un hueso largo; metástasis muy tardías. La evolución se hace con crisis agudas a intervalos variables, semejante a la osteomielitis crónica y la duración media, es de dos años.

Un medio importante para precisar el diagnóstico y que no se ha hecho aún es la radioterapia, como dijimos; pues estos tumores, obedecen con una sensibilidad particular, reduciéndose con reconstitución del tejido óseo.

Ives Delagnières publica las observaciones siguientes:

Campesino de 17 años es operado con el diagnóstico clínico de «osteomielitis crónica» de la tibia derecha. El aspecto microscópico anormal del hueso y que no corresponde a las lesiones de osteítis condensante y la ausencia de pus, llaman la atención y en la duda, se examina un trozo extirpado. El histólogo, Dr. Beaucher diagnóstica «myeloma». El curso post-operatorio confirma el diagnóstico de tumor maligno y se hace necesaria la amputación. En un nuevo examen histológico se rechaza el diagnóstico de «myeloma», porque las lesiones corresponden al «endotelioma». Cito esta observación porque viene a confirmar las enormes dificultades diagnósticas que ni aún con el examen histológico del hueso pueden precisarse.

El examen comparativo de las dos radiografías tomadas con espacio de un mes, demuestra una evolución de las lesiones: el quiste se ha hecho más nítido y las alteraciones en la constitución del hueso vecino alcanzan mayor desarrollo; todo lo cual indica un proceso en evolución.

Hasta hoy existen dos tratamientos para esta afección; la intervención en el foco, con técnica operatoria similar a la indicada en las osteomielitis, de elección en las formas localizadas de esta enfermedad y la extirpación de una glándula paratiroidea en las formas generalizadas con trastornos en el metabolismo del calcio. Hoffkins, en una estadística de 45 casos de enfermos que presentaban aumento de volumen apreciable de las paratiroides, constató en 25, alteraciones del esqueleto y en 17, la existencia de osteítis fibrosa; y Beck ha comprobado que, con la extirpación de las glándulas paratiroides

en enfermos de osteítis, se normaliza el total de calcio en la orina y en la sangre y establece la osificación normal.

Como en nuestro caso, no se apreciaban las paratiroides aumentadas y se trataba de una localización del proceso mórbido en el húmero izquierdo, se optó por la intervención local.

Técnica operatoria:

Anestesia general: eter, con Ombredanne. Incisión de 12 cms. longitudinal en la cara posterior del brazo, tomando el punto de mayor dolor como centro. Incisión de la aponeurosis y músculos hasta el periostio. Denudación del húmero a nivel de la herida. Con cincel y martillo se labra un surco de dos cms. de ancho por ocho ó diez de longitud que comprende todo el espesor del hueso hasta el canal medular. Al perforar con un golpe de cincel la mitad superior de este canal y junto con levantar la lámina cortical, aparece abierto un primer quiste del tamaño de una avellana, formado por paredes lisas y tapizadas por una delgada membranita que fué posible desprender con facilidad. El tejido óseo periquístico tenía consistencia abúrnea. Sobre esta primera cavidad se encontraron 4 o 5 más pequeñas, de igual formación. En ciertos puntos aparecieron grupos amarillentos pequeñitos con las apariencias de caseum. Se tomaron muestras de estos diferentes tejidos y se enviaron para el examen histopatológico. Se destruyeron todos estos quistes y se abrió un canal de paredes regulares.

Se termina la operación con una sutura invaginante de los músculos y sutura total de la piel.

El Doctor Croizet da el siguiente informe histopatológico del examen de los trozos de huesos enviados:

«Después de decalcificado el hueso, he encontrado las siguientes lesiones: proceso de rarefacción del hueso, con formación de canaliculos dilatados y en su confluencia de cavidades más extensas dentro de las cuales hay abundantes vascularizaciones sanguíneas y *tejido conjuntivo laxo.*»

«No he hallado ningún caracter histológico que permita precisar la etiología de este proceso. Tampoco he encontrado lesiones de neoformación maligna.»

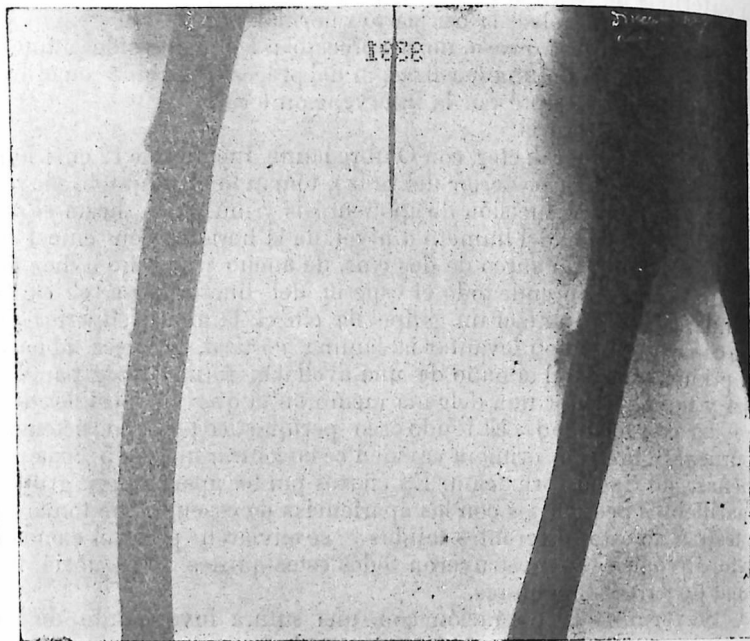
La existencia de tejido conjuntivo laxo en el espesor del húmero y en correspondencia de las cavidades encontradas en los trozos de huesos periquísticos, que se examinaron, nos confirman el diagnóstico de: «osteítis fibro-quística de forma localizada».

Posteriormente se tomaron las radiografías N^{os}. 3 y 4 al cuarto y al sexto mes después de la operación.

Discusión:

Dr. TORRES BOONEN.—De la interesante observación presentada por el Doctor Jünemann, desea referirse a una cuestión de orden Médico-Legal. Se trata de la solicitud elevada por el paciente al Ministro de Guerra, invocando el traumatismo sufrido en el brazo, en acto de servicio, como causal de cierto grado de invalidez.

Enviado en informe al Tribunal Médico Militar, del cual forma parte, hubo de profundizar el estudio que ya había hecho del caso (debía también acompañar al Dr. Jünemann en la operación) y



(Fig No. 3)

fundar su opinión que fué aceptada por el Tribunal, en el sentido de declarar:

1.º Que en este caso, no podía ser invocado el traumatismo, como causa precisa y necesaria de la afección; y

2.º Que el traumatismo en sí, le fué beneficioso al enfermo, ya que por este motivo fué necesario practicar un estudio detenido, tanto clínico como radiológico, lo que permitió descubrir una enfermedad quística del húmero, que por ser generalmente indolora había pasado desapercibida para el paciente.

El diagnóstico indicó el tratamiento operatorio, que le trajo la curación.

Queda pues, en claro, la importancia que reviste en estos casos, la etiología de esta afección, para los médicos que forman parte de las Instituciones Armadas o que estén llamados a aplicar las leyes del Seguro por Accidentes en el Trabajo.

Dr. JOHN.—Generalmente estas osteítis quísticas no son dolorosas, salvo cuando se agrega a ellas un rasgo de fractura u otra lesión. En el caso del Dr. Torres, la simulación del dolor tiene su explicación.

Dr. TORRES BOONEN.—Rechazada la solicitud del paciente, lo ha visto sin dolores y trabajando en buena forma.



(Fig No. 4)

Tumores renales en el niño

DR. AGUSTÍN INOSTROZA.

La circunstancia de haber tenido que intervenir en uno de nuestros enfermos por un tumor renal, nos ha movido a traer al seno de la Sociedad de Cirugía la observación correspondiente como también las de otros dos casos que hemos visto en estos últimos años en nuestro servicio de Cirugía Infantil del Hospital Manuel Arriarán.

Dado el alto porcentaje que dan estas lesiones entre los tumores que evolucionan en los niños como también su extraordinaria malignidad es de gran importancia el conocimiento de esta afección a fin de proceder cuanto antes al único tratamiento que puede darnos alguna esperanza de curación o sea la intervención quirúrgica.

Estimo que la descripción clínica de esta afección sale del marco de nuestra comunicación por ser demasiado conocida. Sin embargo, creemos que en ningún caso se debe perder tiempo en espera de que aparezcan las hematurias o dolores propios de los tumores renales del adulto, puesto que en los niños son síntomas muy inseguros y que a menudo no aparecen sino en forma caprichosa. Basta la presencia del tumor y eliminada la posibilidad de otra lesión para que la intervención sea decidida.

Observación N.º 1.—Marta S., de 6 años de edad ingresa al servicio de Cirugía del Hospital Manuel Arriarán el 6 de Diciembre de 1928.

Antecedentes hereditarios.—Padres aparentemente sanos. Madre seis embarazos de término con niños vivos, sanos. No hay abortos.

Antecedentes personales.—Embarazo a término. Parto normal. Alimentación materna exclusiva hasta un año seis meses y después mamaderas de harinas. Primeros pasos al año de edad.

Enfermedad actual.—Desde hace dos meses nota la familia aumento de volumen en la región superior del abdomen al mismo tiempo que un enflaquecimiento progresivo. Al examen se presenta una niña muy enflaquecida, en posición semi pasiva con su sensorio despejado. Musculatura atrofiada, panículo adiposo muy escaso, tejidos sueltos y algo deshidratados. Micropoliadenitis. Disnea (40 respiraciones por minuto).

Cabeza, cara y cuello nada de especial. Tórax estrecho, algo ensanchado en la base. Rosario raquíptico. Pulmones nada de especial. Corazón, taquicardia (160').

Abdomen, abultado y deformado. Circulación venosa colateral. Se percute y se palpa un gran tumor que ocupa el flanco izquierdo, la parte izquierda del epigastrio, región umbilical, fosa ilíaca izquierda, parte del flanco derecho y fosa ilíaca del mismo lado. Entre la macidez de este tumor y la hepática hay un espacio sonoro. Se confunde con la macidez esplénica y se pierde en la fosa renal izquierda.

El tumor es de superficie dura, indoloro, más o menos regular,

presenta un abultamiento cilíndrico en su parte media. En el flanco derecho presenta también otro abultamiento esférico.

Diagnóstico: ¿quiste hidatídico? ¿sarcoma renal?

La radioscopia sólo muestra algunos nódulos a nivel del hilio pulmonar derecho como también un rechazo considerable del diafragma.

Examen de orina: densidad 1017, reacción ácida, albúmina indicios, urea 20 gr. ‰, cloruros 5 ‰. Examen microscópico: glóbulos blancos degenerados, células poligonales fusadas en regular cantidad.

Reacción Wassermann en la sangre, negativa.

Reacción de Weinberg, negativa.

La fórmula leucocitaria da el siguiente resultado: eosinófilos 2,5, segmentados medianos 65,5, linfocitos mononucleares 32.

Durante los días que permanece en el servicio ligeras alzas de temperaturas que alcanzan de 37,2° a 37,8°. Se instituye un tratamiento pre-operatorio con hipodermocclisis, cloruro de calcio, extracto suprarenal, etc. Se interviene el 14 de Diciembre con el diagnóstico de «sarcoma renal».

Anestesia, cloroformo-éter, al 1x2. Laparotomía media que alcanza a tres traveses de dedos por encima y debajo del ombligo. Abierto el peritoneo se puede ver el estómago y colon fuertemente desplazados a la derecha por un tumor que está alojado en la profundidad. Incindido el peritoneo parietal posterior se da comienzo a la liberación del tumor, maniobra extremadamente laboriosa debida a las adherencias que existen. Este desprendimiento sólo se puede hacer en la parte media e inferior. En la parte alta forma un block único con el bazo, en forma que se hace indispensable practicar junto con la nefrectomía, la esplenectomía. Suturas por planos, drenaje de la cavidad que queda en el sitio donde estaba alojado el tumor.

Desgraciadamente nuestra enfermita no sobrevive a la intervención, falleciendo en la noche que sigue al día de la operación. La autopsia no reveló lesiones de importancia en el resto de sus órganos. El examen anátomo-patológico de la pieza reveló la existencia de un sarcoma.

Observación N.º 2—Graciela P., de 6 años de edad, ingresó al servicio el 16 de Diciembre de 1929.

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos. Madre ha tenido 9 embarazos, de los cuales seis han sido de término. Tres abortos de dos y tres meses.

Antecedentes personales.—Embarazo a término, parto normal.

Alimentación materna durante el primer mes, después mamadera de leche condensada hasta los cuatro meses, época en que se reemplaza por mamaderas de leche de vaca. Al año sopas y purées. Alimentación mixta a los dos años. Primeros pasos a los siete meses. Gripe en varias ocasiones. Escarlatina antes de su ingreso al servicio.

Enfermedad actual.—Hace un año, hematurias que se repetían

cada semana durante un período de dos meses. Esta hemorragia no iba acompañada de ningún otro trastorno. cesaban con el reposo en cama. No han vuelto a repetirse desde hace diez meses. La familia ha notado un decaimiento al mismo tiempo que apetito caprichoso y temperaturas en las tardes.

Al examen se presenta una niña bien constituida. Tumor redondeado, liso, tenso e indoloro que ocupa el hipocondrio y flanco derecho. Fosa renal ocupada. Peloteo renal. El tumor se puede desplazar con relativa facilidad en forma que llega a pasar la línea media abdominal. En el resto del organismo nada de especial.

Diagnóstico.—Tumor renal.

Examen de orina: albúmina no hay, urea 15 gr. ‰, cloruros 11 gr. ‰, glóbulos de pus abundantes, cristales de fosfato amonio magnesiano en regular cantidad.

Reacción de Chauffard, dudosa.

Reacción de Weinberg negativa.

Eosinofilia. 2%.

El examen radioscópico no revela lesión pulmonar.

Previa anestesia general, se procede el 25 de Octubre a practicar una laparatomía (Operador Dr. Gandulfo) pararectal derecha. Una vez desprendido y rechazado el colon ascendente se efectúa la nefrectomía que es relativamente sencilla debida al largo pedículo que existe a nivel del hilo renal. Sutura de la herida operatoria sin dejar drenaje. El periodo post-operatorio no tuvo nada de especial. Abandona el hospital el 8 de Diciembre.

El diagnóstico anátomo-patológico (Prof Dr. Croizet) fué el de «adenoma quístico» con zonas de evolución de adenoma endocrino de células claras (Masson) o sea hipernefroma de Grawitz. Hay además zonas necróticas y hemorrágicas e infiltración de sales calcáreas.

Debido a la gentileza del Dr. Leonardo Guzmán se completó el tratamiento con aplicaciones de radioterapia. Posteriormente hemos tenido ocasión de ver a la enfermita quien se encuentra en muy buenas condiciones.

Observación N.º 3.—Juan Luis A., 3 años de edad, ingresa al servicio el 24 de Junio de 1930.

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos. Cuatro hermanos vivos, sanos.

Antecedentes personales.—Nacido a término, parto normal, alimentado a pecho hasta los dos años, a los diez meses maderas de leche de vaca. Primeros dientes a los seis meses. Primeros pasos a los diez meses.

Enfermedad actual.—Data según datos suministrados por la madre desde hace un mes con anorexia, astenia, alzas de temperaturas y estitiquez durante ocho días, seguidos de períodos de diarrea. Desde hace dos días vuelve a tener alzas térmicas, estado nauseoso y estitiquez.

Al examen se presenta un niño bien constituido, de 11 kilos de peso, algo enflaquecido, con elasticidad de la piel conservada, tinte amarillento pálido. En el tórax y miembros inferiores nada de anormal.

A la inspección abdominal llama la atención un aumento de

volumen del flanco izquierdo, como también una red venosa algo marcada. La palpación muestra un tumor duro de superficie lisa, alargado en el sentido longitudinal, que ocupa parte del hipocondrio izquierdo y flanco del mismo lado, indoloro, ligeramente movable. La percusión profunda macicez absoluta. La superficial da sonoridad en su parte anterior e interna. Tacto rectal muestra la ampolla rectal desocupada:

Diagnóstico.—Sarcoma del riñón.

A fin de eliminar otras posibilidades diagnósticas se practican las siguientes investigaciones de laboratorio:

Reacción de Weinberg, negativa.

Reacción de Chauffard, negativa.

Reacción de Wassermann, negativa.

Recuento globular: glóbulos rojos 3.800.000 por m³, glóbulos blancos 8.000. Valor globular 0,5.

Fórmula leucocitaria: eosinófilos 4%, linfocitos 40%, polinucleares 50%, mononucleares 6%.

Examen de orina: densidad 1010, reacción alcalina, albúmina indicios, urea 11,7 gr. ‰, cloruros 3‰, glóbulos blancos y células poligonales en regular cantidad.

Urea en la sangre 0,30 gr.

El 11 de Julio previa anestesia etérea se practica una laparatomía lateral izquierda. Incisión de 20 cms. Rechazo hacia adentro del colon descendente, desprendimiento atmósfera perirenal, ligaduras del uréter y pedículo vascular. Extirpación del tumor y cápsula suprarrenal. Tubo drenaje en cigarrillo. Sutura en planos.

18 de Julio se retira el drenaje. Alza de temperatura hasta 37,8° en los días que siguen a la intervención para después hacerse normal.

La diuresis que en un comienzo llega a 100. c. c. aumenta en los días siguientes a 315, 380 en las 24 horas.

El examen de orina del 19 de Julio no revela nada de especial. Trece días después de operado se encuentra en perfectas condiciones. El resultado anátomopatológico de la pieza aún no lo tenemos.

Discusión:

Dr. DÍAZ MUÑOZ.—Se refiere a la dificultad que existe para hacer el diagnóstico de tumores renales en el niño. Las exploraciones directas se hacen imposibles. Pero hoy día se recurre al Uroselectán (cuya inyección puede hacerse en el seno frontal) que facilita estos exámenes y que no tiene peligros en manos expertas.

Dr. JOHNS.—Ha observado en este último tiempo algunos tumores renales en el niño. Ha empleado en un caso de hidronefrosis congénita el Uroselectán; pero la radiografía no le permitió ver nada. Pidió al respecto, la opinión a un distinguido radiólogo, quien le manifestó que con esa técnica era difícil en el niño obtener buenos resultados. La sustancia empleada se eliminaba en forma intermitente y de una manera rápida que imposibilitaba tener imágenes radiográficas buenas. Habría necesidad de recurrir al mismo tiempo al examen radioscópico que no es siempre fácil en el niño. Por otra parte

ha tenido conocimiento que la inyección de Uroselectán no está exenta de peligros y se han relatado casos fatales.

Pero como en el niño la presencia de estos tumores son fácilmente apreciables y si existen algunas dudas diagnósticas, quedaría siempre en pie la indicación operatoria, bien podría pasarse sin el empleo del Uroselectán.

Dr. DÍAZ MUNOZ.—Es bien sabido que el Uroselectán en los niños, se elimina rápidamente, en forma espasmódica y que llega pronto a la vejiga, por cuyo motivo el radiólogo debe actuar con rapidez; pero conocida la forma como debe eliminarse el Uroselectán, el estudio radiográfico, sería de todos modos de utilidad, porque podría relacionarse con el funcionamiento renal mismo. Y esto sería una ventaja para precisar las indicaciones operatorias. Los casos desgraciados bien podrían relacionarse con lesiones renales anteriores.

Dr. INOSTROZA.—Si bien es cierto que la técnica de las radiografías con el empleo del Uroselectán es difícil en el niño y que a menudo es necesario tomar muchas radiografías, esto no quiere decir que se deba abandonar este medio diagnóstico, sino más bien tratar de perfeccionarlo. En la última observación que presenta en su trabajo, el empleo del Uroselectán le permitió reconocer una hidro nefrosis. Ha visto por su parte espléndidas radiografías obtenidas en el niño con la inyección de Uroselectán.

Dr. GANDULFO.—En la segunda observación que presenta el Dr. Inostroza, se hizo radioterapia profunda después de la intervención y cree se deba a este medio terapéutico el buen resultado post-operatorio obtenido.

Sesión del 13 de Agosto de 1930.

Presidencia del Dr. Fernando Opazo.

Acta.

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

Cuenta.

El Dr. Rafael Urzúa, de Los Andes, envía sus antecedentes y solicita su designación como «miembro corresponsal» de la Sociedad. Para pronunciarse sobre los méritos del candidato la Mesa Directiva espera que el colega envíe un trabajo original.

PRIMERA HORA.

Presentación de enfermos.

Epiteliomas cilíndricos de la mama tratados por radiaciones.

Dr. LEONARDO GUZMAN.

Quiero aprovechar la oportunidad de encontrarse en Santiago la enferma I. N. tratada por radium en mi servicio del Hospital de San Borja hace ya un año y medio y presentada a esta Sociedad el 12 de Junio del año pasado, para resumirles 11 observaciones de otros tantos epiteliomas de la mama que por circunstancias especiales he debido tratar exclusivamente por radium.

En todos estos casos, excepto en el de la Sra. aquí sentada, se hizo biopsia, y se comprobó que se trataba de adenocarcinoma. En el caso de esta enferma la lesión misma, dura, leñosa, adherida a los planos profundos, con retracción del mamelón y con ganglios supraclaviculares y axilares, además del enflaquecimiento, de la inapetencia, permitían hacer un diagnóstico clínico indudable. Así lo estimaron los colegas Vargas Salcedo y Alessandrini que me la enviaron para su tratamiento.

Observación 1.^a—Del 26 de Agosto de 1928 al 5 de Setiembre de 1928, la enferma T. N. de M., 36 años, porque se negó rotundamente a aceptar la intervención.

Hecha una pequeña biopsia en Los Angeles, creció inmediata-

mente la masa neoplásica y llegó a mis manos del tamaño de una manzana. Le hice un aparato moldeado de 10 x 8 cms. y recibió 131.25 milicurias a 3 cms. de la piel, con 2 mms. platino como filtro en nueve días de irradiación.

Está sana.

Observación 2.ª—La señora C. de M., viuda de un médico; 78 años. Me llama para tratarla el Dr. Alessandrini: gran ulceración del tamaño de una moneda de dos pesos sobre base indurada, retraída, tan grande como una mano abierta.

Inoperable:—Aparato moldeado, con focos a 4 cms. de la piel 2 mms. platino como filtro; 140 cms² de superficie, del 24 de Octubre al 17 de Noviembre 1928; 300 milicurias. Ocho meses después pesaba 7 kilos más y se sentía muy bien, con su ulceración cicatrizada.

En Diciembre de 1929, la ulceración central empieza a reabrirse y le hago un nuevo aparato dando sólo 1 milicurias por cm. Cicatrizó nuevamente.

El 12 de Abril de 1930 bronconeumonía aguda. Murió en tres días de enfermedad. Hasta antes de caer a la cama, estaba mejor de lo que se había sentido en los últimos 10 años.

Observación 3.ª—L. M., 38 años. Se le hace una biopsia, y una pequeña masa que tenía en la mama derecha crece enormemente, con gran rapidez. Se niega a la amputación. Implanto entonces el 9 de Julio de 1928, 7 agujas de 2.66 mgs. de radium, y de 2 de 1.33, lo que da hasta el 19 de Julio, 34.56 milicurias; enseguida, aparato moldeado, en que doy 1 milicurias más por cm². Desaparece la masa y está sana hasta hoy, según me lo comunica el Dr. Infante, que fué quien me envió la enferma.

Observación 4.ª—L. de B. 40 años, enviada por el Dr. Jaramillo, de Valdivia.

Epitelioma mama izquierda; metástasis ganglios axilares izquierdos.

Tiene uremia consecutiva a litiasis renal doble. Imposible una intervención amplia.

Del 10 al 25 de Setiembre de 1929, en aparato de 145 cms². de superficie; 4 cms. de la piel, 2 mms. platino filtro, le doy 297 milicurias.

En Noviembre desaparecida ya la masa de la mama, extirpo con anestesia local los ganglios axilares y hago radioterapia preventiva sobre la axila y hueco supraclavicular. Ganó 6 kilos y se siente muy bien.

Volvió en Julio del presente año. Metástasis papulosas del dermis.

Pequeños aparatos moldeados en radium, a 1 cm. de distancia, 1/2 mm. platino de filtro; 1 1/2 mc. por cm². Desaparecen los nódulos.

Regresó a Valdivia.

Observación 5.ª—E. K. 53 años, Marzo de 1930.—Epitelioma cilíndrico En el curso de la intervención se produce gran hematoma. Esta intervención fué hecha sólo con el propósito de extirpar una

masa que se presumía ser un adenoma. Resultó a la biopsia epitelioma. Se palpan ganglios. axilares.

Rechaza la intervención radical propuesta por el cirujano, y éste me llama a colaborar en el tratamiento.

Le hago radioterapia sobre la mama: 10 000 U. R. (50 M. H.), en 12 sesiones; filtro 1 mm. Cu. 2 Al. 10 de cera, distancia 50 cms., int. 180 K.V.; M. A. 4; duración 50 minutos cada sesión. Desaparecen los ganglios, desaparece la masa dura de la mama en sus tres cuartas partes.

Como aún así no quiere operarse, le hago radium solo sobre la parte central no reducida, 91 milicurias sobre superficie de 10 x 9, en 10 días. Filtro: 2 mms. platino, distancia 4 cms. Hoy sana.

Observación 6.ª—I. N. de G., 47 años. Es el caso que tienen en su presencia y que traté con radium del 4 al 13 de Enero de 1929 in. cluyendo en la masa 17 agujas que dieron 45.36 milicurias en total. Uds. ven el espléndido resultado: su pecho duro, leñoso, adherido a los planos profundos se ha transformado en este otro elástico, sin cicatrices, y esta señora decaída, de peso de 58 kilos cuando se trató, la tienen con uno de 73 kilos, espléndida.

Los ganglios axilares y supraclaviculares se tratan con rayos X profundos.

Observación 7.ª—Sra. P. v. de P.—73 años, masa del tamaño de una manzana, dura, pesada, en la mama izquierda. Se le ofrece una operación y no la acepta, porque dice que sufrió demasiado con la amputación de la pierna izquierda, que se le hizo por arteritis varios años atrás.

Le hago tratamiento con radium del 24 de Octubre al 4 de Noviembre de 1929; 168 milicurias a 4 cms; con 2 mms. platino de filtro sobre una superficie de 8 x 10 cms².

Hasta Diciembre la masa disminuye sólo en 2/3, y sólo a fines de Mayo, es decir, 7 meses después de terminado el tratamiento desaparece totalmente. Es el único caso en que ha mediado un período tan largo entre el fin de la aplicación del radium y la desaparición del tumor, pues de ordinario bastan 14 semanas.

Observación 8.ª—J. R. de D., 38 años. Del servicio del Dr. Covarrubias, que Uds. tienen en su presencia, La mama izquierda estaba transformada en un tumor del tamaño de una cabeza de feto con dos cavernas en que cabía un puño cerrado y de las que manaba una secreción pútrida en gran abundancia.

Imposible fentar nada ni por bisturí ni diatermia. Hice un tratamiento concebido sólo por las condiciones de este tumor: mezcla de radiopuntura con ubicación de radium en cavidad. Implanté en una corona situada en los límites del tumor con la piel sana 28 agujas de 2,66 mgs. de radium, con 1/2 mm. de platino de filtro de 40 mms. de longitud focal; 6 agujas de 1,33 mgs. de Ra.; 1/2 mm. de de Pt. de filtro; y 20 mms. de longitud focal; en la cavidad mayor ubiqué 4 tubos de 10 mgs., con 2 mms. Pt., más 3 mms. de caucho ametálico, en la cavidad mayor y 2 en la menor, separados de la pared costal por 1 cm. de gasa. Total 25,64 milicurias por día.

Se mantuvo el Ra. del 5 al 10 de Julio, ésto es, se gastaron 128,20 milicurias en total.

Uds. ven que no podía hacerse un aparato moldeado, porque habría sido necesario removerlo a cada instante para cambiar el apósito, debido a la secreción tan abundante.

Del 16 al 29 de Julio para tratar los ganglios supraclaviculares adapté un aparato moldeado con 15 focos de 5 mgs. cada uno con 2 mms. platino de filtro, a 4 cms. de la piel, sobre una superficie de 100 cms.² suministrándose 175 milicurias.

A pesar de que el tratamiento ha terminado hace apenas cuatro semanas, las modificaciones que se observan son substanciales: de aquellas grandes cavidades que se ven en esta fotografía, sólo queda ésta que es apenas del tamaño de una nuez. Es de esperar que la modificación favorable continúe.

Al lado de esta serie tan favorable, tengo otra que no lo es.

Observación 1.^a—El primer caso de tumor de la mama que traté en Santiago, fué el de la Sra. C. C. de L., 36 años, recomendada por los doctores Zúñiga y Aguilar. Como los anteriores era inoperable y como ellos la biopsia era de adenocarcinoma.

La traté del 28 de Marzo al 13 de Abril de 1928: 309 milicurias sobre 160 cms., a 4 cms. de la piel, 2 mms. de platino como filtro.

Desaparecieron la masa y los ganglios axilares. De 65 kilos subió la enferma en 6 meses a 74. Estuvo bien hasta Enero de 1929, época en que presentó metástasis pulmonares. Murió de ésto en Abril de 1929.

Observación 2.^a—Sra. B. A., recomendada por el Dr. Aguilar; 72 años.

Masa que ocupaba la mitad derecha de la mama izquierda.

Por la edad, por una arterioesclerosis avanzada el Dr. Aguilar le propone radium. La traté por radiopuntura, dándole 49,20 milicurias en 18 agujas, filtradas por 1/2 mm. de Pt., en el curso de 10 días consecutivos: 10 a 20 de Julio de 1929. La afección local desaparece; pero tiene en Diciembre vivos dolores ciáticos debidos a metástasis en la columna inferior.

Observación 3.^a—La Sra. C. C., 77 años.—Adenocarcinoma del tamaño de una naranja, fijo a los planos profundos de la mama izquierda. Hay metástasis comprobada en la parte posterior del octavo arco costal.

Tratamiento con un fin paliativo.

Del 9 al 21 de Abril 1930, aparato moldeado, con focos a 4 cms. de la piel, 2 mms. Pt. filtro, 152 milicurias sobre una superficie de 72 cms.². Además 6000 U. R. de roentgenterapia sobre el arco costal. El 30 de Mayo el tumor había desaparecido; los dolores en la costilla enferma habían aminorado; pero tiene fenómenos de uremia que se prolongan un mes y medio, hasta que la paciente muere en Julio.

En resumen he tratado nueve enfermas con radium; solamente dos con radium y Rayos X. profundos.

De esas once, seis eran clínicamente del grado 3 y una del grado 4 Steintal.

Las cuatro restantes eran operables; pero tres no aceptaban la operación por ningún motivo, y la otra no se operó por afección renal.

De las 10 han muerto tres, una por metástasis pulmonar después de haber estado sana localmente durante 7 meses y la otra de

bronconeumonía gripal, estando sana del cáncer, y la tercera por uremia y caquexia cancerosa. De las 8 restantes hay una con metástasis en la columna; otra en tratamiento y seis en estado de aparente curación. Ha trascurrido muy poco tiempo, para pretender deducir algo. Por otra parte, he tratado estas enfermas sólo con radiaciones por fuerza mayor, pues creo que la cirugía guarda sus fueros en los tumores de la mama. Eso sí que, como lo creen Handley, Gernough, Gunsett y otros, con la colaboración de las radiaciones.

Y a este propósito, para terminar, quiero citarles la estadística del Radiumhemmet de Estocolmo, que acaba de llegarme (N.º de 30 de Abril de 1930. Acta Radiológica, Westermarck).

Enumera las estadísticas de los cirujanos suecos:

Dahlgreen tiene sólo 15% de casos libres de metástasis al fin de 5 años.

Nearder	»	»	16,8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Brattström	»	»	23,	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Nyström	»	»	20-23	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Son más de mil casos tratados sólo quirúrgicamente.

Estudia enseguida, 255 casos en el Radiumhemmet desde 1921 hasta 1923, de modo que tienen un espacio de 6 años completos de observación.

La tabla IX de su estadística da el siguiente resumen total:

Porcentaje de curaciones por diversos métodos de más de 5 años

Sólo operación	Operación y radiación post operat.	Operaciones y radiac. pre y post-oper.	Electro endoterapia y radiación
—	—	—	—
20-25%	29.3%	40%	28,6%
—	—	—	—
—	—	—	—

La diferencia es considerable entre las irradiadas antes y después de la operación y los otros grupos, lo que está de acuerdo con lo expresado por Greenough y La Bérard (Le Strassbourg Médical, Abril 1927)

Discusión:

DR. SIERRA.— Las estadísticas que se refieren a los resultados obtenidos por las operaciones, difieren de las que nos ha traído el Dr. Guzmán. En los carcinomas de la mama, que se operan sin que se hayan presentado metástasis ganglionares, ni ulceraciones de la piel, los resultados son muy favorables, un 85% más ó menos de curaciones duraderas. Naturalmente que estos resultados cambian considerablemente, cuando las enfermas se operan tardíamente, con compromiso de los ganglios, o lesiones destructivas de los tegumentos, entonces las curaciones que duran algún tiempo no pasan de un 35%.

DR. GUZMÁN.— Las estadísticas que he leído son el término

medio de las alcanzadas por los cirujanos suecos en el total de sus casos operados, de tal manera que incluyen seguramente tumores que han invadido ya los ganglios.

En cuanto a las cifras que cita el Dr. Sierra, las conocía ya en tal forma que en el año pasado las cité en un trabajo de conjunto que tuve el honor de presentar a esta Sociedad en la sesión del 29 de Junio.

Pienso, pues, como el Dr. Sierra, que en los casos del grado 1 Steintal la cirugía alcanza resultados hasta de un 80 % de curaciones, de modo que sólo en casos fortuitos deberán emplearse las radiaciones en los cánceres del pecho que no han salido de la glándula.

Bocio exoftálmico.

DR. ALVARO COVARRUBIAS.

Trae a la Sociedad una niña de seis años, con todos los síntomas clínicos de la enfermedad de Basedow. Son formas que raramente se presentan en la niñez. Ingresó a su servicio con un metabolismo basal muy alto; pero que bajó casi a la normal con la solución de Lugol, dada a pequeñas dosis. Se extenderá más sobre la materia cuando pueda completar la observación, con los resultados que obtenga con la intervención. Entonces agregará el caso de otra niña de 14 años, que tiene actualmente operada y que presentaba un cuadro clínico semejante.

Comunicaciones.

Quiste hemático del ovario con inundación peritoneal.

DR. F. RAYO RIQUELME.

El 8 de Junio del presente año fui llamado de urgencia a ver la enferma H. A. U., de 36 años, empleada, cuya historia clínica es la siguiente: sarampión y coqueluche en la infancia. Primera menstruación a los 16 años, de tres días de duración; abundantes, dolorosas, regulares; hace notar que cuando trabajaba mucho o hacía fuerzas, independientemente de sus reglas perdía sangre por la vagina. Última menstruación el 18 de Mayo, de modo que en el momento de nuestro examen la esperaba para diez días más tarde.

Enfermedad actual.— Desde hace un año viene sufriendo de ligeras dispepsias, dolores cambiantes en el hipogastrio, ambas fosas ilíacas y a la micción, especialmente cuando viajaba en automóvil.

A las 3 de la mañana del día 8 de Junio, habiéndose acostado en condiciones normales, «al inclinarse en la cama para to-

mar un objeto», le sobreviene un violento dolor al hipogastrio, más marcado hacia la derecha, con cefaleas, vértigos, fatiga y estado nauseoso; a la media hora nota la aparición de un poco de sangre por la vagina.

Se llama a esas horas a un médico, el que después de examinarla da cuenta a la familia de que la paciente exageraba un tanto sus dolores y que no había base para alarma, retirándose de consiguiente sin dejar ninguna prescripción, «mientras tanto la enferma se quejaba desesperadamente».

A las 8 de la mañana del mismo día se llama un nuevo facultativo, quien no pudiendo hacer diagnóstico, a causa de la defensa generalizada del abdomen, recetó un *un calmante*, (poción laudanizada que la enferma tomó por cucharadas de hora en hora), advirtiendo que volvería después del medio día para formular diagnóstico y determinar lo que se debía hacer.

En estas circunstancias examinamos la enferma que presentaba los siguientes síntomas: facie angustiosa, lengua húmeda, pulso 90, temperatura axilar 37.2, rectal 37.8, dolor generalizado a todo el abdomen, especialmente en la fosa ilíaca derecha; pierde sangre escasa por la vagina. Como pensáramos, en vista del adelanto de su regla y la forma de aparición de los síntomas, en embarazo extrauterino, llevamos nuestro interrogatorio en este sentido. La enferma destruye esta suposición diagnóstica inmediatamente afirmándonos en forma categórica y sincera que nunca había tenido relaciones sexuales. Con estos antecedentes formulamos el diagnóstico de abdomen agudo, probable apendicitis y aconsejamos su hospitalización inmediata en nuestro servicio y la consiguiente recomendación al personal de guardia, el que intervino esa misma tarde.

Incisión de Mac-Burney.— Abierto el peritoneo notan la aparición de sangre abundante, que consideran purulenta y que emerge de la pelvis derecha. Proceden a extirpar el apéndice que se encuentra relativamente sano y terminan dejando drenaje de gasas hacia la pelvis derecha.

Al día siguiente, 9 de Junio, impuestos de los datos que preceden, practicamos un examen rectal, por haber himen completo, notando una masa muy dolorosa que ocupa el Douglas y parte de la zona anexial izquierda por lo que decidimos intervención inmediata.

Laparatomía media infraumbilical. Abierto el peritoneo se observa sangre achocolatada que inunda todos los órganos visibles y que proviene especialmente de la zona anexial izquierda. En efecto, al explorar, se encuentra el ovario de ese lado transformado en un quiste del tamaño de un puño, adherido al Douglas y fosa ilíaca izquierda, que por su polo interno libre expulsa sangre espesa de color chocolate. Se procede a su extirpación, como así mismo a la de la trompa correspondiente, peritonizando el muñón mediante el ligamento redondo de ese lado con lo que se trae a posición normal al útero que estaba en retroflexión. Se hace también el acortamiento del ligamento redondo derecho y se termina retirando las gasas de la operación anterior, haciendo una toilette prolija del abdomen y por último se cierra dejando un tubo en cigarrillo de drenaje.

El estado post-operatorio es muy satisfactorio.

El examen anatomopatológico de la pieza extraída no se hizo por estar acéfalo el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital.

Macroscópicamente el ovario aparecía enteramente transformado en un quiste de paredes fibrosas, de medio centímetro de espesor; en uno de los polos existe el orificio correspondiente a la perforación cuyos bordes desgarrados presentan focos necróticos; en su cara interna hay un depósito espeso de color chocolate sobre una membrana retráctil que se desprende en parte de las paredes del quiste.

Comentarios.

Revisando la literatura nos ha llamado la atención de que los tratados clásicos no consignen estos casos, por lo demás relativamente raros, en el capítulo de *la patogenia de las inundaciones peritoneales*. Por cierto, que este hecho lejos de justificar la no intervención radical en casos de inundación sanguínea comprobada de la cavidad abdominal, hace lo contrario, por cuanto quien ignore que un quiste hemático roto da lugar a sangre libre en el peritoneo, no ignora o no debe ignorar que la causa más frecuente es el aborto tubario cuyo tratamiento no puede ser otro que el de llegar hasta la trompa cuanto antes y ligar el vaso sangrante...

En el caso presente creímos ser objeto de un engaño de parte de la enferma y operamos casi en la convicción de que se trataba de un embarazo extrauterino roto.

En la actualidad podemos considerar cuatro procesos ováricos capaces de generar un hematoma y de consiguiente, inundación peritoneal consecutiva:

- 1.º El hematoma del folículo de Graaf.
- 2.º El hematoma del cuerpo amarillo.
- 3.º El hematoma del embarazo ovárico; y
- 4.º El quiste hemático de origen endometríctico.

Para J. Prescott Hedley (2) la sintomatología del hematoma ovárico es tan ambigua, que se confunde con la salpingitis crónica, con el embarazo tubario, fibroides uterino y apendicitis. Frecuentemente son la causa de dolores pélvicos de localización indefinida. La tumefacción puede ser tan pequeña que sin un examen muy detenido, los desórdenes que producen pueden ser atribuidos a una neurosis. La afección se produce en el período sexual o reproductivo. En 18 casos observados por P. H. la paciente más joven tenía 24 años y la de más edad 53; el término medio era de 38.2 años. La mayoría eran casadas entre los 20 y 25 años y 8 de esta lista eran solteras y solamente en una existían probabilidades de infección vaginal previa. De 10 mujeres casadas, 4 no habían estado nunca embarazadas. Una tenía 3 hijos, otra 2 y 3 habían tenido un hijo cada una y un aborto; la otra paciente tenía un hijo; ninguna de las solteras había estado embarazada. El término medio de embarazos entre las mujeres casadas fué de 1.2, de suerte que

las condiciones que producen el hematoma del ovario tienden a reducir la fecundidad.

Los desórdenes menstruales son frecuentes. En 9 enfermas había menorragias y en otras flujo profuso; 5 de ellas tenían fibroides uterinos que pueden haber sido la causa del mal. Las hemorragias intermenstruales se observaron en 1 caso y en éste, el dolor sobre el ovario y la hemorragia eran simultáneos. Dos pacientes estaban amenorreicas cuando fueron hospitalizadas, una desde dos y otra desde tres meses. El dolor durante las reglas era muy frecuente. En 5, nunca había habido dolor menstrual, en 1 el dolor que existía habitualmente se aliviaba siempre con el flujo. En 4 casos había habido dismenorrea bien marcada desde la pubertad. En 4, la dismenorrea era adquirida. Una había llegado a la menopausa y había sufrido de dismenorrea durante tres años. El dolor fué el síntoma prominente en todos los casos, excepto en 2 que fueron operadas por fibroides. El carácter del dolor variaba. Como primer síntoma había habido comunmente un ataque repentino de dolor en el bajo vientre con vómitos violentos y fiebre. Los signos físicos varían con el tamaño del hematoma, grosor de la pared envolvente y extensión de la peritonitis y celulitis concomitante. Al examen directo las tumefacciones varían desde el tamaño de un nispero al de un huevo de gallina. En 4, los tumores podían moverse en una ligera extensión, mientras que en 9, estaban fijos. Pueden estar afectados uno o ambos ovarios. En 9 casos la afección era unilateral y en 6 bilateral. Las paredes del saco varían de grosor, algunas veces son de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ pulgada y en otros casos de la delgadez del papel.

Smallwood Savage, los divide en dos variedades: 1.º hematoma del folículo de Graaf y 2.º hematoma del cuerpo lúteo. En el 1.º las paredes del hematoma están tapizadas de una sola capa de epitelio, situada sobre una membrana basal en cuya parte externa se hallan dos capas que corresponden a la theca interna y a la theca externa del folículo. En el 2.º tipo hay una capa de tejido ovárico, cuya pared interna presenta un tejido fibroso de nueva formación, escaso en células.

En la mayoría de los casos las trompas de Falopio no están afectadas. Se ha dado como explicación del hematoma el embarazo ovárico, pero Griffiths y Williamson, que son los autores de esa doctrina, no pudieron presentar ningún dato demostrativo en su favor. Está contra ella, el hecho de que numerosas solteras padezcan el hematoma.

Los quistes hemáticos perforantes del ovario con sus manifestaciones peritoneales secundarias constituyen para J. L. Sampson (1) una utilidad mórbida tan bien definida como el papiloma o el cáncer ovárico y se presentan clínicamente en condiciones tales, que el diagnóstico no puede verificarse antes de la operación en la gran mayoría de los casos. Sobrevienen casi siempre entre los 30 años y la menopausa; en 23 casos observados por el mismo autor no encontró más que uno antes de los 30 años y la enferma de más edad contaba con 47. Serían lo bastante frecuente para encontrarlos más o menos en un 10%, en las mujeres de esta edad que su fren una intervención por afecciones pelvianas. Su diámetro oscila

en general entre 2 y 4 centímetros y rara vez van más allá de estos límites.

Casi siempre adherentes a un órgano vecino, cuando se les libera, su contenido chocolate se escurre por la perforación que las adherencias habían obliterado. Las adherencias son originadas por la acción irritante del contenido de los quistes; son casi constantes, pero muy variables en cuanto a su localización, intensidad y extensión. Se las encuentra al nivel de todos los repliegues o depresiones de la pelvis, pero particularmente al nivel del Douglas. Son laxas, como las que caracterizan la pelviperitonitis de origen tubario; o al contrario, lo bastante pronunciadas para llegar a pensar en un tumor maligno. Los caracteres histológicos varían con los diversos quistes y según los diferentes puntos de un mismo quiste.

Esto es debido a que hay numerosas variedades de quistes.

«Parece muy probable que estas diferentes formas de lesiones representen las diferentes etapas del desarrollo y regresión de un mismo tipo de quiste en las diferentes fases de su ciclo menstrual.»

En cuanto a la naturaleza de estos quistes, Sampson piensa que los quistes hemáticos perforantes del ovario son hematomas del tipo «endométrico». Según su teoría las formaciones glandulares del ovario se originan en implantes de la mucosa uterina desprendidos y trasportados por la menstruación y que todos los quistes sanguíneos del ovario procederían de glándulas uterinas.

En apoyo de su opinión da las siguientes razones:

1.º Como la mucosa uterina, los quistes manifiestan su actividad durante la vida menstrual.

2.º Histológicamente la pared epitelial de los quistes hemáticos del ovario tiene gran semejanza con la de los hematomas uterinos, debido a la retención de sangre menstrual que encontramos muy frecuentemente en el adenomioma del útero.

3.º En estos quistes se producen hemorragias periódicas, muy parecidas por su aspecto macro y microscópico a las del endometrio durante las reglas. (7)

4.º El contenido chocolate de los quistes hemáticos se parece a la sangre menstrual.

5.º En dos enfermas operadas en el momento de las reglas, una en el primer día y la otra en el último las modificaciones histológicas del tejido endométrico del ovario correspondían a la fase del ciclo menstrual de la enferma; y

6.º El hecho de que el líquido que se escapa del quiste hemático, en el momento de su ruptura, pueda dar lugar al desarrollo de un adenoma de tipo endométrico al nivel de los tejidos con los cuales ha estado en contacto, es una prueba más de que estos quistes contienen tejido endométrico.

O. O. Fellner (4) mediante una serie de experiencias ha discutido la teoría de Sampson estudiando unos 3 000 ovarios de conejas, cobayas, y ratonas o sea, animales que no menstruan. Sólo en un caso encontró típicas glándulas uterinas. Inyectando grandes cantidades de lipoides evocó una menstruación artificial, lo cual transformó folículos y glándulas en quistes sanguíneos, los primeros más frecuentemente. En el tumor de las glándulas se encontraron hemorra-

gias que se originaban en el epitelio ovárico de la red, lo cual demuestra que no constituyen por sí mismas prueba del origen uterino. En la marrana, en que la menstruación es semejante a la de la mujer, se estudiaron los hematomas espontáneos del ovario. De 74 hematomas, 61 presentaban una pared compuesta de múltiples capas de células luteínicas degeneradas; del resto, la mitad se había originado de los folículos. El origen de una parte es desconocido. No se encontraron hematomas que pudieran originarse en las glándulas uterinas. En la marrana se observaron glándulas que surgieron tanto del epitelio como de la red cuyo aspecto parecía ser intermedio entre las glándulas jóvenes y las maduras. Ese fenómeno procede de la acción de las hormonas, probablemente más poderosas en los animales que menstruan. En la especie humana esa actividad hormonal dura más.

Esta investigación confirma la teoría de Robert Mayer de que las glándulas ováricas, que se parecen a las uterinas, se originan en el epitelio ovárico bajo el influjo de las hormonas, extendiendo esa teoría a las glándulas que surgen de la red.

Manzi (8) nos dice que diferentes experiencias han demostrado la posibilidad de que injertos de mucosa uterina en la cavidad peritoneal o en diversos órganos, como los ovarios, puedan vivir y formar quistes que presentan los caracteres del tejido uterino y todavía se ha podido ver formarse de esta manera verdaderos tumores epiteliales, análogos a los endometriomas. Pero jamás se ha podido explicar el origen de los endometriomas extraperitoneales, como por ejemplo el caso publicado por Schmitz (7) «Ectopia de la mucosa uterina en el ovario y conducto inguinal». Manzi ha hecho experiencias en 4 perras, a las cuales, después de haber resecado entre dos ligaduras un trozo de cuerno uterino, hizo en un lado un injerto intravascular, en un segmento de la vena femoral limitado por dos ligaduras y al otro lado inyectó en la arteria femoral 1 c. c. de emulsión en suero finilógico, de raspado de mucosa uterina. Los animales fueron sacrificados a los tres meses. Se le encontró en el segmento donde fué practicado el injerto un nódulo fibroso, en el centro del cual estaba el vaso transformado en un cordón macizo con restos del hilo de seda en que se fijó el injerto uterino; no se encontró ni restos del injerto mismo. El examen de los vasos, en las últimas ramificaciones del miembro inyectado no mostró ninguna alteración de las paredes vasculares ni ninguna producción de tejido uterino.

El resultado de estas experiencias fué entonces negativo; pero el autor cree, sin embargo, que no se puede llegar a la conclusión de la imposibilidad de la fijación, sobre una pared vascular preparada, de un embolo partido de la zona uterina.

De los datos que hemos podido obtener, revisando la literatura y de la presente observación se desprenden los siguientes hechos prácticos:

1.º Se pueden producir grandes hemorragias peritoneales de origen genital, en ausencia de embarazo ectópico, provenientes de un hematoma folicular, de un cuerpo amarillo o de un quiste endometrial.

2.º Consideramos *elemental*, la necesidad de intervenir radicalmente siempre que encontremos sangre libre y abundante en el peritoneo.

3.º Los caracteres de la sangre que inunda el abdomen varían según que provenga de quistes de reciente o de antigua formación.

En el primer caso encontraremos quistes que contienen sangre fresca, en un ovario libre o con adherencias recientes, de tamaño que raras veces duplica el normal del órgano, que no aparece tomado el resto de su estructura, y por último, la sangre derramada es en todo semejante a la del aborto tubario.

En el segundo caso los quistes pueden oscilar desde el tamaño de un hueso de nispero al de un puño, como el caso de nuestra observación; adherencias antiguas y recientes de preferencia al Douglas; con compromiso más o menos intenso del parénquima ovárico restante que puede llegar hasta su desaparición; con contenido de sangre espesa achocolatada que al derramarse da este color inconfundible, característico a los órganos que cubre.

4.º Las hemorragias de origen ovárico se producen en la gran mayoría de los casos, en el periodo premenstrual; y

5.º En cuanto al mecanismo de ruptura en nuestro caso, cuyo examen anatómopatológico, por desgracia, no se pudo hacer y que presenta los caracteres de los quistes endometriales, lo explicaremos de la siguiente manera:

Se acepta y se ha observado, cuando estos quistes son extraperitoneales, (en el ligamento redondo por ejemplo), (7) que dentro de ellos se producen hemorragias periódicas, que corresponden al periodo premenstrual, en general de poca importancia; pero estas hemorragias, cuando el desarrollo de los vasos es considerable y con mayor razón si están alterados, pueden producir, por su abundancia, la ruptura del quiste y su derrame en el peritoneo.

En el caso de nuestra observación se habría sumado a las circunstancias anteriores el esfuerzo que hizo la enferma al tomar un objeto desde su cama y la falta de adherencias protectoras en el punto del quiste en que se produjo la ruptura.

6.º El diagnóstico clínico es casi imposible y nos ha llamado la atención que, en muchas observaciones publicadas, como en el caso nuestro, se ha intervenido con el diagnóstico de apendicitis.

BIBLIOGRAFIA.

1) *J. L. Sampson* (New York).—Quistes hemáticos perforantes del ovario; su importancia y sus relaciones con los adenomas pelvianos del tipo endométrico. (Archives of Surgery, 1921, tomo III, N.º 2. P. 245-324—74 figuras).

2) *J. Prescott Hedley*.—*W. W. Keen*.—Cirugía, vol. VI. P. 871. Ovarios. (hematomas del ovario).

3) *H. Zacheol* (Graz).—Hemorragia interna consecutiva a la ruptura de un cuerpo amarillo. (Archiv für Gynaekologie, T. CXIX, fasc. 1, 1904, P. 18-28-3 figs.)

4) *O. O. Fellner*.—*Génesis de los hematomas ováricos*.—Archiv für Gynaekologie.—Berlin 129, 227-458.—Setiembre de 1926.

5) *Aumont*.—Quiste hemático del ovario con inundación peritoneal. (Boletines y memorias de la Sociedad Anatómica de París). Sesión del 23 de XII-1922.—T. XCII. N.º 10, P. 507-508.

6) *Santy*.—Hemorragia intraperitoneal de origen ovárico en un hemofílico. (Comunicación a la Sociedad de Cirugía de Lyon. Sesión del 15 de XI-1923, en Lyon Chirurgical, tomo XXI.—N.º 1.—Enero a Febrero de 1924. P. 84).

7) *E. P. Schmitz* (Saint-Louis) Ectopia de la mucosa uterina en el ovario y el canal inguinal (American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. XIII. N.º VI.—Junio de 1927. P. 705-710, 10 figs.)

8) *Manzi*.—Tentativas de injertos vasculares de fragmentos de mucosa uterina para contribuir al estudio del mecanismo de los endometriomas (La Reforma Médica, T. XLIV, 6 de Agosto 1928. N.º 32. P. 1016-1018).

Tumores del ovario rotos en el peritoneo.—(4 observaciones clínicas).

DR. ROBERTO ESTEVEZ.

A propósito de cuatro casos de tumores del ovario perforados en el peritoneo, he creído de interés presentar estas observaciones acompañadas de breves consideraciones.

Las dos primeras observaciones se refieren a quistes mucoides del ovario, complicados de ascitis gelatinosa.

Observación 1.ª.—*Delia S.*, 28 años, ingresa al Hospital de San Borja el 30 de Julio de 1929, quejándose de molestias que se deben principalmente al gran aumento de volumen del abdomen. La enferma dice que desde hace dos meses ha comenzado a hincharse el vientre, causándole dolores abdominales, dificultad en la marcha, enflaquecimiento, cansancio y últimamente pérdidas sanguinolentas por la vagina, motivo por el cual decide ingresar al hospital.

Al examen de la enferma comprobamos que se trata de una paciente enflaquecida, con su abdomen muy distendido, brillante, con circulación colateral y que a la palpación da signos evidentes de líquido y de un tumor duro, móvil, tenso, irregular, localizado preferentemente al lado izquierdo y superior del abdomen. Al examen genital en posición de Trendelenburg, notamos que el útero es pequeño e independiente del tumor, en realidad no sigue los movimientos de desplazamiento que por el abdomen se le imprimen a éste; el resto del examen genital no se aprecia nada digno de especial mención.

En resumen: enferma desnutrida, con ascitis y un voluminoso quiste del ovario situado al lado izquierdo, pediculado y móvil.

Con este diagnóstico se decidió operar a la enferma, previo tratamiento preoperatorio, tónico cardíaco y coagulante.

En los exámenes de laboratorio que se efectuaron se encontró lo siguiente: orina, indicios de albúmina y glucosa. Urea en la sangre 0.26. Recuento globular, eritrocitos 3.840.000, leucocitos 15.000.

Operación.—4 de Agosto de 1929. Bajo anestesia etérea, se hace una laparotomía infraumbilical media. Apenas abierto el peritoneo, se escurre lentamente una sustancia gelatinosa, espesa, amarilla verdosa que se extrae con ambas manos juntas; esta sustancia llena todos los intersticios del abdomen y es extraída con facilidad debido a su consistencia; hay también algo de líquido citrino. Después de evacuada esta sustancia se confirma la existencia del quiste del ovario palpado por el abdomen; se trata de un gran quiste que por el lado izquierdo llega hasta las falsas costillas, llenando por abajo toda la pelvis y teniendo en su parte superior una perforación del tamaño de una moneda de 20 centavos que deja salir sustancia gelatinosa. La implantación es al lado izquierdo por un delgado pedículo fácil de ligar (en ocho); no tiene adherencias en su periferia con ningún órgano, siendo su pared gruesa, fibrosa y surcada por grandes venas en su periferia. Gracias a su estructura multilocular se mantiene tenso y con líquido citrino (en otras cavidades) siendo necesario puncionarlo para su extirpación. En el resto del abdomen hay una reacción peritoneal serosa.

Extirpado el quiste se procede a sacar cuidadosamente el resto de sustancia gelatinosa, cerrando la pared abdominal por planos sin drenaje. Evolución post-operatoria sin incidentes; alta sana 18 días después.

El examen macroscópico nos muestra un quiste mucóideo multilocular, probablemente degenerado. El examen histológico confirma estas sospechas, pues se hizo el diagnóstico de epiteloma cilíndrico del ovario.

El examen de la sustancia gelatinosa fué el siguiente: aspecto trasparente, color amarillo citrino, coagulada; albúmina 18%, cloruros 6,8%, Rivalta negativo; examen microscópico, escasos elementos celulares.

Observación 2.ª—L. O., 30 años, ingresa al H. de S. Borja el 18 de Octubre de 1928 con dolores abdominales, aumento de volumen del vientre, disnea y molestias en la marcha. La enferma dice que hace 2 años notó por primera vez un tumor en el vientre del tamaño de un puño localizado al lado derecho por debajo del ombligo; desde entonces se alteran sus períodos menstruales y tiene metrorragias dos veces al mes. Este tumor progresivamente aumenta y ella comienza a enflaquecer, un año más tarde es ya del tamaño de la cabeza de un niño apareciendo una nueva tumefacción del tamaño de un puño hacia el lado izquierdo; desde entonces es muy rápido el crecimiento del vientre llegando a los seis meses a presentar un abdomen enorme, motivo por el cual decide ingresar al Hospital. Allí fué puncionada dando salida a una sustancia gelatinosa que obtura el trocar varias veces y a líquido citrino; después de algunos días fué dada de alta algo más descansada.

Reingresa nuevamente con las mismas molestias después de cinco meses, llegando a nuestro servicio el 18 de Mayo de 1929. Al examinarla comprobamos en ella los siguientes síntomas: enferma enflaquecida, pálida, con disnea y dificultad al andar, el abdomen está bastante distendido y surcado por circulación venosa complementaria notándose signos inequívocos de líquido en la ca-

vida peritoneal y un tumor que llega más arriba del ombligo, móvil, no doloroso, renitente e irregular.

Al examen ginecológico se palpa en el Douglas una masa redondeada independiente del útero y dependiente del anexo derecho; el resto del examen es normal.

Con el diagnóstico de ascitis y ruptura de un quiste del ovario derecho consecutiva a antigua punción, se procedió a operar a la enferma el 1.º de Junio de 1929 con anestesia etérea. Incisión infraumbilical media. Apenas abierto el peritoneo se escurre gran cantidad de sustancia gelatinosa que es extraída con ambas manos; limpia la cavidad peritoneal de dicha sustancia, se pudo comprobar la existencia de un quiste de gran tamaño roto en su parte media y anterior por cuyo orificio se escapa. al querer exteriorizarlo, la misma sustancia gelatinosa ya descrita. Ligadura del pedículo que tenía su implantación al lado derecho y ligadura en igual forma de otro pequeño quiste al lado izquierdo; sutura de la pared, por planos, sin drenaje.

Al examen macroscópico de la pieza nos encontramos con un gran quiste mucóideo multilocular del ovario, perforado y surcado en su periferia por grandes venas. La cápsula de envoltura es fibrosa, resistente en algunos puntos y débil en otros, en su interior contiene fuera de esta sustancia gelatinosa descrita, una masa de aspecto encefaloídeo. Al examen microscópico se comprueba que se trata de un epiteloma cilíndrico del ovario.

Evolución post-operatoria sin incidentes.

Alta sana un mes después.

Antes de ocuparme de las otras dos observaciones voy a referirme rápidamente a la etiología de esta complicación debida a la ruptura de los quistes ováricos y que se ha descrito generalmente con el nombre de peritonitis gelatinosa (o ascitis gelatinosa).

Esta enfermedad fué descrita por primera vez por Pean en 1871 con el nombre de «enfermedad gelatinosa del peritoneo» sin que este gran cirujano lograra aclarar su etiología (como lo estima Sebilleau al ocuparse en su tesis sobre los Tumores del aparato genital de la mujer que producen derrame en el peritoneo). Werth, 20 años mas tarde en Alemania describió esta misma enfermedad con el nombre de «seudomixoma del peritoneo». Posteriormente varios trabajos sobre esta materia han aclarado bastante su etiología, siendo de gran importancia los estudios de Fränkel en 1901 quien describió esta enfermedad como complicación de la perforación de los quistes mucosos de la extremidad distal del apéndice (mucocelos del apéndice). (1) Lejars, Lecène y Bierry entre otros, se han ocupado también de este punto.

Dos causas principales producen estos derrames gelatinosos en el peritoneo siendo en la mujer la enfermedad más frecuente y debida casi siempre a la ruptura de quistes mucóideos de ovario multiloculares; en el hombre juega el principal papel etiológico el apéndice, en los casos de mucocelos o quistes de la extremidad distal de

(1) Lejars. *Semana Médica*. 11 de XII de 1912.

este órgano, que al romperse producen una invasión de células cilíndricas que siguen secretando diseminadas en la gran serosa y constituyen otros tantos focos de secreción mucóidea gelatinosa.

Aparentemente parece difícil explicarse como estos dos órganos tan diferentes producen una misma entidad mórbida, pero los conocimientos anatómicos y embriológicos nos dan la explicación. Si recordamos que en el ovario se distinguen dos variedades de quistes, los dermoides de origen ectodérmico y los mucoides de origen entodérmico, siendo actualmente considerados por casi todos los autores como verdaderos quistes anteroides. Estos hechos han sido confirmados por Lecène y Bierry (1), al demostrar en los quistes mucoides del ovario la presencia de un fermento igual a la invertina que sólo se encuentra como producto de secreción de las células de revestimiento del epitelio intestinal.

Tenemos entonces quistes mucoides del ovario y mucocelos del apéndice como los grandes causantes de esta complicación peritoneal al producirse en ellos la ruptura de sus paredes.

Ultimamente Nelken (2) ha descrito un caso en un hombre en el cual el apéndice se encontraba normal, siendo el causante de la ascitis gelatinosa un tumor del epiplón denominado, linfangioendotelioma.

Después de estas breves consideraciones de orden patogénico, terminaré refiriendo dos observaciones más de tumores de ovario también abiertos en el peritoneo dando complicaciones de otra índole.

Observación 3.^a—E. V., 28 años, ingresa el 21 de Julio del presente año enviada por la Asistencia Pública con el diagnóstico de: «peritonitis apendicular».

Examinada en nuestro Servicio de Urgencia, comprobamos los siguientes síntomas: pulso 100, lengua seca, temperatura axilar 37,8 y rectal 39, abdomen distendido, doloroso, especialmente en la fosa ilíaca derecha donde la defensa muscular es más intensa; hacia la línea media se palpa un tumor redondeado algo irregular que hace la impresión de vegiga distendida por su tensión, pero que permanece más o menos igual en tamaño al extraerse la orina (a la enferma). Al examen ginecológico, nos encontramos con un útero algo aumentado, cuello blando, órgano en auteflexión, movable; anexo izquierdo aumentado, no doloroso, pero dependiente de él un tumor que se puede desplazar con facilidad, del tamaño de dos puños.

Estos exámenes y algunos datos del interrogatorio de la enferma especialmente el hecho de tener una amenorrea de dos meses, nos hizo pensar en un embarazo acompañado de un proceso apendicular agudo, siendo el tumor del lado izquierdo un quiste o fibromioma pediculado.

En resumen: abdomen agudo que se inicia 8 días antes, después de una comida copiosa, con dolores fuertes al punto apendicular en una enferma embarazada recientemente y portadora de un quiste o tumor del anexo izquierdo.

(1) Lecène y Bierry. Academia de Ciencias. Julio de 1923.

(2) Nelken. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 15 de II, de 1924.

Operación.— Julio 21 de 1930. Bajo anestesia etérea, incisión infraumbilical media. Inmediatamente después de abrir el peritoneo notamos que se escurre gran cantidad de pus cremoso espeso y gotas de grasa. Al agrandar la incisión e introducir la mano en el vientre pudimos notar la presencia de pelos y sustancia cebácea. Previo aseo de la cavidad y del campo operatorio se procede a extraer un quiste dermoideo de regular tamaño implantado en el lado izquierdo y roto en su parte superior y anterior. Se hace la ligadura de su pedículo y la resección fácilmente, cerrando la pared en varios planos y dejando drenaje en cigarrillo.

El útero se comprobó aumentado de volumen, blando y el apéndice estaba normal.

Evolución post-operatoria sin incidente; se retiran los ganchos al séptimo día y se levanta la enferma a los doce con su herida cicatrizada.

Observación. 4.a—C. S., 38 años, ingresa el 6 de Diciembre de 1926.

La enferma refiere que bruscamente después de malestar en los días anteriores, siente un gran dolor con aumento de volumen del vientre localizado por debajo del ombligo, los dolores se irradian a la espalda y al hombro izquierdo acompañándose de vómitos, cefalea, fiebre y retención de orina. Con este cuadro clínico fué enviada por la A. P. e internada en el Hospital de San Borja, en nuestro servicio, donde se pudo comprobar lo siguiente: aumento de volumen del abdomen por debajo del ombligo, doloroso a la presión, sin gran defensa muscular, siendo especialmente los dolores a la palpación de ambas fosas ilíacas; a la percusión se comprueba timpanismo supraumbilical y macicez horizontal sobre el pubis hasta cuatro traveses de dedo por sobre la sínfisis. En esta región se palpa una masa dura, tensa, del tamaño de un puño.

Pulso 80, temperatura axilar 37. Examen ginecológico: pequeño pólipo meato urinario, leucorrea, útero móvil en retroflexión, fondos de saco libres, cuello cerrado de multipara; hacia el anexo izquierdo se palpa un tumor libre que se moviliza especialmente hacia el fondo de Douglas, de forma regular y del tamaño de una naranja. Este tumor parece hacer cuerpo con el útero.

Con estos síntomas y lo comprobado en el examen clínico se decide la intervención de urgencia con el diagnóstico de «hematocele post aborto tubario».

Operación.— 6 de Dic. de 1929. Anestesia etérea, laparatomía media infraumbilical. Abierto el peritoneo se escurre en gran abundancia líquido hemorrágico en cantidad de 2 a 3 litros, que inunda todo el campo operatorio; se explora la cavidad abdominal enjugando el líquido hemorrágico que da la impresión de haber abierto un gran vaso venoso; juntamente con este líquido se nota la presencia de restos de tejido necrosado y degenerado como en los tumores malignos, encontrándose hacia el lado izquierdo un tumor roto resblandecido del tamaño de un puño, implantado por un pedículo delgado en el lado izquierdo.

Exteriorizado este tumor se procede a su resección, previa ligadura del pedículo sin dificultad; la intervención se completa con un

prolijo ascó de la cavidad peritoneal y exploración del resto de los órganos pelvianos; sutura de la pared por planos, sin drenaje.

La evolución post-operatoria fué sin incidente, siendo dada de alta 15 días después con su herida cicatrizada.

El examen histopatológico de este tumor demostró la presencia de células sarcomatosas fusiformes de tipo pequeño.

Hace pocos días he tenido ocasión de examinarla nuevamente después de cuatro años, casi en perfectas condiciones, viniendo a consultar por las molestias que le origina el pólipo uretral que no fué extirpado en esa ocasión.

BIBLIOGRAFIA.

SOUPAULT. — Un cas de maladie gelatineuse du peritoine dû à la rupture d'un kiste de l'ovaire. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1928. pg. 830.

HERZT. — Kyste mucoide de l'ovaire. Ascite gelatineuse consecutive. Lecène (Relator) Id. pg.

CHAVANNAZ. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1909. pg. 459.

CHIRAY ET J. LALOURDY. — A propos d'un cas d'ascite gelatineuse chez l'homme. Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hopitaux. pg. 8. 1930.

M. M. FERRARI. C. VERGOS. } Bull. et Mém. de la Soc. de
A. RIVES. } Chir. 1929. pg. 1218.

M. D. VILLECHAISE. }

M. GUIMBELLOT. Id. pg. 1362.

ARNAUD. — Société de Chir. de Marseille 17. XII. 1929.

AHLSTRÖM. — Nordisches medizinisches Archiv. XII. 1909.

A. NEUMAN. — Pseudo mixoma du peritoine 1908 pg. 611.

G. WORM L. — Tesis U. de Chile. Tumores del ovario. Derrames gelatinosos en el peritoneo. 1930.

SEGUNDA HORA.

Elección de un miembro titular.

Entre 18 asistentes, la votación dió el siguiente resultado:

Dr. Eduardo Bunster.	11	votos
» Rodolfo Rencoret.	3	»
» Emilio Aldunate Ph.	2	»
» Manuel Martínez.	1	»
» Ruperto Vargas.	1	»
» Jorge Contador.	—	—

Quedó elegido el Dr. Eduardo Bunster

Sesión del 27 de Agosto de 1930.

Acta.

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

Acuerdos.

De enviar una nota a los socios, recomendándoles la asistencia a las sesiones.

De poner en práctica un acuerdo anterior, de que el plazo de exposición de cada trabajo científico sea de un cuarto de hora, prorrogable por otro período igual de tiempo.

Comunicaciones.

Carcinoides del apéndice.

DRA. ELEANIRA GONZALEZ DONOSO.

Relator. — DR. MANUEL MATUS.

A esta Sociedad, se ha presentado en otras ocasiones casos clínicos referentes a carcinoides del apéndice. Recordamos los casos presentados por los Drs. Greene, Aguilar y muy especialmente, los del Dr. Matus, referente a dos enfermas operadas en el Hospital del Salvador en el año 1924, una de las cuales conocemos y se encuentra en perfectas condiciones de salud hasta la fecha.

El Dr. Zegers presentó a la Sociedad Médica el 18 de Noviembre de 1910, un caso de carcinoma del apéndice.

Se trataba de una enferma operada de un pólipo uterino, posteriormente de un fibromioma del mismo órgano y de un tumor del apéndice del tamaño de un huevo de gallina que resultó ser un carcinoma.

No recordamos que entre nosotros se hayan publicado otros casos.

En el British Journal of Surgery de Abril de 1929, Mac. Queen y Geoffrey Shera publicaron dos casos, uno de 14½ años y el otro de 22.

En los Anales de Anatomía Patológica Médico-Quirúrgico de Estrasburgo de 1928, Maurice Peraire publica un caso de una enferma de 30 años con un carcinoma del apéndice.

El año pasado, ingresaron a nuestro servicio dos enfermos, uno de 22 años de edad con sintomatología gastrointestinal vaga, que consistía principalmente en dolores del hueco epigástrico después de la ingestión de alimentos, irradiados a la fosa ilíaca derecha, ligera constipación, flatulencia y a veces acideces.

Se hizo largo tiempo tratamiento médico sin conseguir hacer desaparecer sus molestias. Al examen clínico revelaba un dolor bien franco en la fosa ilíaca derecha y todos los demás síntomas de una apendicitis crónica.

Se intervino en Agosto del año pasado y se encontró en la extremidad distal del apéndice un tumor del tamaño de un garbanzo, de color amarillo que parecía no tomar la serosa.

El período post-operatorio fué sin complicaciones y desde entonces sus molestias gastrointestinales han desaparecido y se encuentra perfectamente bien.

El segundo caso se trata de una niña de 14 años que ingresa a la clínica con síntomas de una apendicitis crónica reagudizada.

Se intervino el 5 de Diciembre del año pasado y se encontró un apéndice posterior ascendente con su serosa muy vascularizada especialmente en su extremidad distal. Al abrir la mucosa, ésta se presenta intensamente hemorrágica y en la extremidad distal existe una zona engrosada y fibrosa de color amarillo pálido. Curó sin complicaciones. Ambos apéndices fueron examinados histopatológicamente por el Prof. Croizet y diagnosticó en los dos, *carcinoides*.

Estos tumores han sido estudiados detenidamente por Pierre Masson quien los llama *carcinoides* y publica un interesante trabajo en los Anales de Anatomía Patológica Médico-Quirúrgica de Estrasburgo en 1924. Lusecka los ha llamado pequeños carcinomas. Lecène y Lérique los consideran como naevi.

Se cree que estos tumores se desarrollan en el fondo de las glándulas de Luberkühn.

Masson ha estudiado con todo cuidado ciertas células que se encuentran en las paredes del intestino, muy especialmente en la base de las glándulas secretoras, las cuales son de forma prismática y con base alargada. Estas se conocen con el nombre de células de Kultschilsky y tienen la peculiaridad de contener gránulos que tienen una marcada afinidad por el nitrato de plata, por lo que se les llama células argentofilas. Estas son las células, dice, que se encuentran siempre en los carcinoides del apéndice. Letulle, por su parte, dice que estas células pierden rápidamente su tipo cilíndrico, forman cavidades pseudoglandulares que se van extendiendo en profundidad, atravesando la submucosa, la capa muscular muy bi-

pertrófiada en estos casos y llegan hasta por debajo de la capa peritoneal, también engrosada; se agrupan casi siempre en columnas.

Kultschitzky y Cordier dicen que estas células tienen un rol digestivo. Masson que tienen una influencia trófica sobre el plexo de Meissner.

Danish, por su parte, las considera como paraganglionares. El poder fijador del nitrato de plata no es sólo propio de las células del intestino sino que se encuentra también en otros órganos como las glándulas suprarrenales.

Sprafke, por su parte, duda que sean estas células las que se transforman en carcinoides y cita dos casos de carcinoides donde no encontró células argentofilas.

E. Shaw, ha estudiado también las células descritas y él cree que sean células de tipo fetal primitivo, con tendencia a la formación de células esferoidales agrupadas en columna.

Respecto a la sintomatología, estos tumores no tienen síntomas propios sino los de una apendicitis corriente. Wilkie da las siguientes características como típicas del carcinoides del apéndice: edad temprana, tipo de crecimiento de células esferoidales, ausencia de metástasis.

Peraire está de acuerdo con Wilkie en estos caracteres. Shaw, por su parte, describe un caso de carcinoma del hígado que tenía una estructura celular igual a la de un pequeño tumor de color amarillento que había en el apéndice. De ésto se desprende que muy posiblemente muchos de estos casos de cánceres primitivos del hígado pueden tener su punto de partida en un pequeño tumor del apéndice que pase desapercibido. Todos los autores que han descrito carcinoides del apéndice están de acuerdo en considerarlos como histológicamente malignos, pero clínicamente benignos. Creemos que parte de esta benignidad se debe a que hoy día la extracción del apéndice es una operación que se hace con mucha frecuencia y en edad temprana, por lo que el tumor no ha dado aún metástasis. La mayoría de los casos descritos pertenecen a enfermas entre los 14 y los 30 años.

Son tumores poco frecuentes, pues en los 3 últimos años se ha hecho en nuestro Servicio alrededor de 313 apendicectomías y sólo hemos encontrado dos carcinoides del apéndice.

Comentarios.

En realidad nada de nuevo puedo agregar al trabajo presentado por la señorita Gonzalez, sin salirme del límite que corresponde a nuestra especialidad, pues el estudio más importante de estos tumores, pertenece a la histopatología.

Sin embargo, de lo que ya hemos dicho en otra ocasión, a propósito de dos observaciones que presentamos a esta Sociedad el año 25 y de la lectura del trabajo de la señorita Gonzalez, podemos resumir algunos hechos importantes:

- 1.º La gran rareza de los carcinoides y entre una larga lista de apéndices extirpados sólo hemos encontrado dos casos.
- 2.º Carecen de sintomatología propia, pues los pacientes en los

cuales se ha encontrado estos tumorcitos presentan sólo los síntomas de una apendicitis crónica.

Las molestias de la fosa ilíaca derecha pueden presentarse aunque no exista inflamación, coexistiendo con el neoplasma, y ésto se podría atribuir a un peristaltismo interrumpido e irregular producido por el tumor mismo.

La inflamación suele acompañar muy a menudo al tumor.

3.º El diagnóstico, debido a esta misma falta de sintomatología propia es imposible hacerlo y por consiguiente hasta ahora han sido hallazgos quirúrgicos o hallazgos de autopsias.

4.º Acuerdo definitivo sobre su origen parece no haber todavía entre los autores, a juzgar por las distintas opiniones por ellos emitidas, y así algunos los consideran de origen epitelial con caracteres histológicos de un tumor maligno, y le denominan, *carcinoides*. (Lubarsch, Oberndorfer, Masson, etc).

Saltykow, impresionado por su estructura trabecular, semejante a los islotes de Langerhans, cree que su punto de partida esté a nivel de islotes pancreáticos aberrantes.

Rogg, los considera como naevi de la mucosa intestinal, susceptible como los cutáneos, de transformarse en malignos.

La idea más dominante, sin embargo, es que su punto de partida sea mucoso y en relación con las glándulas de Lieberkühn, pero con la característica singular de que rara vez sus células guardan la forma cilíndrica, como los cánceres de origen intestinal y son poligonales, o más bien redondeadas y agrupándose en cordones o columnas como las glándulas endocrinas. Estas células, que son argentofílas, son idénticas a las células de Kultschitzky del epitelio intestinal y que tienen caracteres endocríneos, por cuya razón Masson llama a los carcinoides adenomas endocríneos.

5.º Son tumores pequeños, rara vez sobrepasan el tamaño de una nuez y sus células tienen la disposición general y el carácter infiltrante de los carcinomas, y sin embargo la marcha clínica, en la casi totalidad de los casos es benigna.

Las metástasis sólo se producen excepcionalmente, en un 6%, según Sidney Schochet.

6.º Se pueden desarrollar también en el intestino delgado, rara vez en el grueso, siendo el sitio de predilección, el apéndice y en este órgano se sitúan, especialmente en la extremidad distal.

Discusión:

Dr. GUZMÁN.—Se refiere a casos de Ozinsky, quien habla de haberse encontrado carcinomas apendiculares en 1% de las autopsias.

Llama la atención a que muchos de estos tumores se desarrollan en cicatrices de viejas apendicitis.

Dr. GANDULFO.—Relata el caso de un operado con sintomatología de obstrucción intestinal. Encontró una linitis plástica del estómago con metástasis múltiples del recto y de varias porciones del intestino grueso. El apéndice que extrajo tenía dos tumorcitos: uno en su parte media y el otro en su extremidad distal. El examen

anatómopatológico del órgano practicado por el Dr. Croizet dijo «carcinoides».

Dado el significado que se da a la linitis plástica de ser un cáncer, bien podría juzgarse (como lo corroboraría este caso) el carcinoides del apéndice como un cáncer, tal como lo sería la linitis.

Dr. VALENZUELA LARRAÍN.—Aporta otra observación de degeneración maligna del apéndice en un enfermo que ayudó a operar al Dr. Donoso, con los síntomas de una inflamación aguda. El apéndice extraído presentaba un tumorcito en su extremidad distal. El examen histológico practicado por el Dr. Croizet dijo «cáncer del apéndice».

Contribución al estudio del tratamiento de la degeneración microquística de los ovarios (1)

Dr. EDUARDO BUNSTER M.

De entre los procedimientos propuestos para tratar quirúrgicamente la degeneración microquística de los ovarios (ooforitis esclerótica) hay algunos que sólo tienden a extirpar las lesiones groseramente aparente de los ovarios (igneopuntura, ooforectomías parciales o totales) o a corregir desplazamientos uterinos (histeropexias) *sin considerar la etiología y patogenia de esta afección.*

Otros, más modernos, se han orientado hacia un rumbo más racional y basándose en conceptos etiológicos o en comprobaciones histopatológicas tienden a tratar no sólo el efecto, sino también la causa misma de la afección.

Es, pues, desde todo punto de vista interesante el recordar brevemente cuales han sido las causas a que se ha atribuido esta afección tan rebelde y tan frecuente.

Ante todo, hay que confesar que nada se sabe de seguro respecto a la verdadera etiología de esta enfermedad. La mayoría de los autores está de acuerdo en rechazar la teoría que atribuye su producción a *procesos infecciosos crónicos*. La presencia de esta afección en jóvenes vírgenes libres de toda otra alteración mórbida adquirida o hereditaria hace difícilmente aceptable semejante suposición.

El *neuroartrismo*, concepto mal definido y peor limitado, ha sido incriminado por algunos autores franceses (2) como causa capaz de determinar, o cuando menos, favorecer la producción de esta enfermedad.

Las *intoxicaciones crónicas*, especialmente las de origen intestinal y la *hipercolesterinemia*, han sido señaladas, sin mayores fundamentos, como posibles causas de la degeneración microquística de los ovarios.

Las congestiones activas y pasivas de los ovarios parecen jugar un papel más efectivo en la producción de esta afección.

(1) La parte referente a la casuística misma será considerada sólo incidentalmente. Ella ha sido ya tratada en la Mem. de Prueba de M. Jury publicada en Agosto de 1929.

(2) Faure et Siderey.—Gynécologie Médico-Chirurgicale. 1923. Pág. 323.

Los defensores de la teoría de la congestión invocan en su favor los siguientes hechos:

1.º Coexistencia frecuente de la degeneración escleroquistica con el varicocele pelviano.

2.º Mayor frecuencia de la afección al lado izquierdo donde la congestión pasiva es facilitada por la desembocadura en ángulo recto de las venas ováricas en la vena renal a diferencia del lado derecho donde desembocan oblicuamente en la cava inferior.

3.º Concomitancia de la degeneración escleroquistica con un desarrollo arteriovenoso exagerado en el hilio del ovario.

4.º Aparición de las algias pelvianas en los períodos premensuales en que la congestión genital es más intensa.

5.º Coexistencia frecuente de la sintomatología dolorosa con poli e hipermenorreas.

Investigaciones histopatológicas modernas han venido a demostrar la existencia de alteraciones en los filetes y terminaciones nerviosas mismas, especialmente relacionadas con las fibras amielínicas del simpático.

En 1925, Lhermitte et Dupont (1) describen a nivel del hilio, y sobre todo en el espesor del estroma ovárico, la existencia de neuritis, caracterizadas por segmentación anormal de las fibras y por esclerosis peri e intrafascicular. Se trataría de alteraciones semejantes a los neuromas de las cicatrices, situados especialmente en la terminación de las fibras nerviosas y equivalentes a las lesiones similares que Masson ha descrito en ciertas apendicitis crónicas.

Un año más tarde, Roux de la clínica de Forgue en Montpellier (2) usando un método de coloración distinto del usado por los anteriores, demuestra la presencia de neuromas en los filetes nerviosos simpáticos juxtaováricos.

Queda ahora por averiguar cual es la causa productora de esas neuritis y de esos neuromas, y al decir ésto, hemos vuelto al punto de partida: ¿es un proceso infeccioso, diatésico, congestivo o tóxico? ¿Existe una causa endocrina?

Pero si ignoramos el punto de partida de la afección, la observación clínica, la anatomía patológica y la histopatología, nos permiten aceptar por el momento esta conclusión provisoria:

«En la producción de la degeneración microquistica de los ovarios interviene una causa predisponente, constitucional o humoral a la cual se agrega un factor congestivo que provoca alteraciones del sistema nervioso del ovario que histológicamente se manifiesta por neuromas y neuritis desarrolladas alrededor de las fibras nerviosas y por lesiones intraováricas de naturaleza microquistica con esclerosis intersticial».

Veremos más adelante como esta concepción etiológica y patológica permite explicarse los fracasos de los antiguos tratamientos quirúrgicos y los éxitos, cada vez más numerosos y duraderos de los procedimientos operatorios modernos.

(1) Lhermitte et Dupont. Etude des fibres nerveuses dans l'ovarite sclerokystique. Societé Anatomique. Junio 1925. Página 116.

(2) G. Roux Les nevromes sympathiques de l'ovaire dans l'ovarite sclerokystique. Mem. d'agrégation 1926. Academia de Medicina N.º 11 (Marzo 1926). Página 295.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Para ser metódicos, resumiremos en un cuadro las distintas operaciones que ya sean aisladas o combinadas se han propuesto y realizado para tratar la degeneración poliquistica del ovario rebelde al tratamiento médico.

De las técnicas propuestas sólo describiremos con detalle la que creemos recomendable: la que consiste en hacer una doble sección nerviosa en la vía nerviosa simpática genital.

De ese procedimiento haremos en seguida un somero estudio encaminado a demostrar sus fundamentos y a analizar las objeciones que el método puede sugerir, objeciones que hemos tratado de desvirtuar desde los puntos de vista clínico y experimental.

Los procedimientos operatorios hasta ahora más comunmente usados son:

1.º Igneo puntura de los ovarios.

2.º Ooforectomía parcial o total (uni o bilateral).

3.º Castración uteroovárica.

4.º Histeropexia y corrección ortopédica de desviaciones uterinas.

5.º Secciones nerviosas { a) Simpatectomías periarteriales
b) Sección del nervio presacro
c) Enervación del ovario.

6.º Secciones neurovasculares.

La *igneo puntura del ovario* consiste en abrir con termo o galvanocauterío los pequeños quistes del ovario. Operación todavía realizada por algunos escasos cirujanos, es repudiada por la mayoría por ser ineficaz y por provocar lesiones cicatriciales que con el tiempo irán a intensificar la esclerosis, agravando, por lo tanto, la enfermedad.

En la *ooforectomía parcial* resecamos la porción más aparentemente enferma del ovario, sacando un trozo en rebanada de melón y suturando el resto con catgut fino. (Op. de Walter).

Muy a menudo esta operación resulta ineficaz y los síntomas dolorosos continúan como antes.

Mocquot y De Rouville en su relación al 35º Congreso de Cirugía de París, insisten de que a menudo las resecciones parciales del ovario en esta afección van seguidas de recidiva.

Por lo demás, es lógico suponer que la cicatriz que debe necesariamente dejar la sutura de la sección ovárica, aumentará la esclerosis en forma de una banda fibrosa en el espesor del ovario.

La resección ovárica parcial es, no obstante, de utilidad en los casos en que la sintomatología de la enfermedad comprenda menorragias o polimenorreas que cesan al extirpar el quiste, generalmente luteínico, que provoca la hemorragia y la irregularidad menstrual.

La *ooforectomía total bilateral*, operación mutilante, además de traer consigo los trastornos inherentes a la supresión de la ovulación y de la secreción interna del ovario, no consigue, en ciertos casos, hacer cesar los dolores neurálgicos pelvianos, ligados, probablemente

te, como ya lo vimos, a alteraciones más o menos profundas del simpático pelviano o a lesiones concomitantes que se escapan al examen clínico primero y al examen intraabdominal después.

Forgue y Massabuan proponen un temperamento aún más radical y preconizan la *castración uteroovárica* como la única salvaguardia contra la recidiva (1).

En realidad, esta operación sólo estaría indicada cuando se trate de una mujer que esté próxima a la menopausa o que presente otras lesiones concomitantes que hagan justificable tan vasta exeresis.

Por el contrario, creemos que en una mujer indemne de toda contaminación séptica debe el cirujano esforzarse por emplear otros procedimientos que siendo menos radicales, le den con igual garantía de mejoría, la posibilidad de un desempeño correcto en sus funciones sexuales, oportunidad de gestación y la continuidad en las funciones incretorias del ovario.

La *corrección quirúrgica de las posiciones viciosas de la matriz* (histeropexias), el empleo de medios ortopédicos tales como los pesarios o un método mixto quirúrgico y ortopédico a la vez—como lo es el tubo Iribarne—pueden aliviar a estas enfermas de las molestias dependientes de la desviación uterina o de la estrechez del cuello, pero no son medios suficientes para curarlas definitivamente de los síntomas inherentes a la afección ovárica misma, ya constituida y a las causas que la han determinado.

La *simpatectomía periarterial* hipogástrica y ovárica realizada principalmente por Lérique (2) en afecciones variadas del aparato genital, y por Cotte (3) especialmente en la ooforitis esclerótica ha suministrado resultados inconstantes y sobre todo, poco duraderos. Su técnica, sobre todo en cuanto a la simpatectomía periarterial ovárica se refiere, es difícil, dado el reducido calibre del vaso.

Lérique insiste, además, en la amplitud que hay que darle a la deudación arterial para que los resultados sean completos y duraderos.

Fueron los inconvenientes señalados los que indujeron a Cotte a abandonar la técnica de Lérique para adoptar la resección del nervio presacro (plexo hipogástrico superior) a nivel del promontorio (4).

No insistiremos en la descripción de la técnica de esta sencilla y conocida operación (5).

En los casos en que la lesión predominante es ovárica, la sec-

(1) Forgue et Massabuan.— Gynécologie. Paris.- 1927.- Página 632.

(2) Lérique - Résultats de la Sympathectomie faite sur les artères hypogastriques et ovariennes en gynécologie. Presse Méd. Abril 1925.- Página 465.

(3) Cotte. A propos des intervention sur le sympathique pelvien. Press. Méd. 15-Dic. 1926.

(4) Férey.- De la résection du plexus hypogastriques supérieur dans les affections douloureuses du petit bassin.

(5) Cotte.- Technique de la résection du nerf présacre. Lyon Chirurgical 1927.

ción del presacro no es suficiente para conseguir los resultados buscados.

Por este motivo y basados en trabajos histopatológicos personales, Lhermithe y Dupont (1) idearon la *enervación del ovario* a nivel del hilio del órgano.

Esta operación se fundamenta en el hecho de que los filetes nerviosos penetran a este órgano especialmente por la parte media de su hilio. Es pues en esa parte media del hilio donde se seccionan los nervios junto con los vasos vecinos.

La circulación se continúa efectuando por los vasos de las porciones más internas y externas del hilio que se dejan intactos.

A partir del año 1927 efectuamos la enervación del ovario tal como la describen sus autores, obteniendo resultados mediocres o no duraderos, por lo que la abandonamos para volver a ensayar la *sección completa del paquete vasculonervioso ovárico* hecha a nivel del ligamento suspensor del ovario. Esta operación había sido efectuada ya por Ruggi, cirujano de Módena, Italia, en 1899 y después por Cotte en 1925. En Diciembre de 1929 L. A. Castaño y A. Introzzi de Buenos Aires (2) que parecen desconocer estos hechos, describen la técnica operatoria que han ensayado en 6 casos y se atribuyen la prioridad del método quirúrgico.

Durante el año 1928 ensayamos en numerosas enfermas la sección uni o bilateral del paquete neurovascular ovárico (3).

Posteriormente, y ante los resultados no siempre satisfactorios obtenidos con estas intervenciones, hemos agregado a ese procedimiento la sección del plexo hipogástrico superior, nervio presacro de Latarjet, efectuando así una doble sección de la vía nerviosa centripeta.

Consideramos que esta doble sección nerviosa debe ser la operación de elección en la degeneración esclerótica del ovario y que a ella deberá agregarse le resección parcial o total del ovario sólo en caso de existir lesiones degenerativas muy desarrolladas o en caso de haber en la sintomatología polimenorreas o hipermenorreas cuyo origen uterino haya sido del todo eliminado con la histerografía y con los resultados negativos de la insulino terapia.

Lógicamente deberá agregarse a la doble sección nerviosa, la corrección de las desviaciones uterinas y la extirpación de las demás lesiones concomitantes.

TÉCNICA OPERATORIA DEL PROCEDIMIENTO DEL LA DOBLE SECCIÓN NERVIOSA.

Preparación operatoria.— La habitual para una laparotomía ginecológica.

[3] Lhermithe et Dupont. De l'enervation de l'ovaire. Ggn. et. Obst. 1927. Tomo XV. Página 170.

(2) C. A. Castaño y A. Introzzi, Nuevo procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la ovaritis esclerótica. Bol. d. l. Clín. Quir. del Prof. Arce. 1929 - 42.

(3) M. Jury. Tesis de Doctorado. Simpatectomías pelvianas. Agosto 1929.-Santiago de Chile.

Anestesia.— Raquídea o general etérea.

Posición.— Trendelenburg de 45°.

Incisión.— Media infra umbilical, o de preferencia, Pfannenstiel baja.

Operación.

1.º— *Exploración.*— Abierto el peritoneo, protegido el campo por compresas y colocada la valva de Doyen, se procede a rechazar el intestino con una compresa. El colon ileopelviano se desvía hacia la izquierda y se va en busca de los órganos genitales que se exploran, dándose cuenta el cirujano de las lesiones existentes.

2.º— *Sección del presacro.*— Comprobado que sólo se trata de una degeneración polimicroquística de los ovarios se va en busca del promontorio donde se incide longitudinalmente el perineo en la línea media y se aísla y secciona el plexo hipogástrico superior (nervio presacro), hecho lo cual se vuelve a suturar esta sección peritoneal.

3.º— *Sección y ligadura de los paquetes neuro vasculares ováricos.* se va en busca de un ovario, se le coge y junto con la trompa se le tracciona hacia la línea media.

Al hacer ésto se pone tenso el ligamento ileoovárico llamado también lumboovárico, infundíbuloovárico, apendículoovárico, ligamento propio del ovario, ligamento suspensor del ovario que no es, en buenas cuentas, sino la porción más externa del borde superior del ligamento ancho que contiene en su espesor el paquete neuro vascular del ovario.

Se toma este ligamento con dos pinzas de Kocher orientadas perpendicularmente a su borde libre y paralelas entre sí, de tal modo que el extremo de ellas alcance hasta un centímetro del ligamento redondo correspondiente. Se secciona entre las dos pinzas y se liga cada porción del ligamento suspensor pasando el catgut con aguja montada junto al extremo de cada pinza.

Se reconstituye enseguida el ligamento anudando entre sí una hebra de catgut de cada nudo, y se peritoniza y resfuerza la sutura recubriéndola con el ligamento redondo vecino.

Se procede en igual forma con el otro lado, si es que está también enfermo.

El procedimiento que usamos en un principio, de incidir longitudinalmente el borde del ligamento lumboovárico e ir a ligar y seccionar el paquete sin comprometer el peritoneo que lo recubre, es más largo de realizar, no reconstituye la parte fundamental del ligamento suspensor, provoca durante el desprendimiento del paquete pequeñas hemorragias y no da la seguridad absoluta de comprender en la sección todos los nervios y vasos propios del ovario.

La destrucción de los nervios del ovario haciendo tocaciones locales del paquete con fenol concentrado no es recomendable por cuanto conserva la integridad de los vasos, cuya sección es, por razones múltiples que analizaremos en la segunda parte de este trabajo, del todo conveniente.

4.º— *Tratamiento de las lesiones concomitantes:* se extirpará

parcialmente el ovario cuando presente lesiones quísticas bien desarrolladas o cuando haya en la sintomatología polimenorreas e hipermenorreas.

Se hará la corrección de las desviaciones uterinas, la apendicectomía profiláctica y se tratarán las demás lesiones que se encuentren.

5.º— *Sutura en planos.*

PERIODO POST-OPERATORIO

El periodo post-operatorio no ofrece particularidades especiales.

La retención de la orina se presenta en la misma proporción que en las demás operaciones pelvianas.

Discusión:

DR. GREENE.—Se refiere principalmente a algunos conceptos del tratamiento de la ooforitis escleroquística. El Dr. Bunster en su comunicación preconiza como tratamiento de elección la sección del nervio presacro y del paquete vasculonervioso uteroovárico. Considera además, que la ooforetomía parcial es una operación que trae fracasos frecuentes.

Por nuestra parte considerando que la ooforitis microquística obedece a factores etiológicos diversos, (que en otra ocasión trataremos de analizar) el tratamiento no será eficaz, mientras tanto no se dirija a tratar en primer término la causa productora.

Con respecto a la resección parcial del ovario, operación que habitualmente empleamos en nuestro servicio, nos ha dado generalmente resultados satisfactorios, éso sí, que nosotros seguimos las recomendaciones que hacen especialmente los cirujanos norteamericanos de resecar toda la parte enferma de la glándula. No importa dejar pocotejido ovárico (principalmente de la corteza) a condición de que la porción que se deje, esté sana. Por otra parte casi nunca hemos dejado de corregir conjuntamente una posición defectuosa del útero y ligar o resecar las venas varicosas del ligamento ancho, factores que por sí solos (o agregados a otros) pueden producir la alteración escleroquística del ovario. Procediendo de este modo, hemos tenido un buen número de curaciones, más todavía, hemos logrado obtener que algunas de nuestras pacientes, estériles durante algunos años de matrimonio, hayan tenido sus embarazos a término, después de uno, dos o más años de la intervención.

DR. VARGAS SALCEDO.— El tema tratado por el Dr. Bunster es una de las cuestiones que más interesa al cirujano de la cavidad abdominal. Es sensible que no podamos apreciar los resultados de la operación que se nos ha descrito en tanto no analicemos las observaciones que nuestro colega nos ha prometido traer en una sesión próxima. Sin embargo, podemos adelantar algunas reflexiones.

No nos explicamos porque la enervación y la ligadura del paquete arteriovenoso uteroovárico detienen la degeneración escleroquística. Parecería lógico que la enervación tuviera influencia

sobre los dolores pero no debemos olvidarnos que no siempre estas pacientes sufren de dolores. Por otra parte, la supresión de la irrigación ovárica tendría una influencia más decisiva para la esclerosis en vez de detenerla. Puntos son éstos aún oscuros que sólo una larga y bien documentada experimentación en animales y su comprobación en la mujer vendrían a fundamentar el concepto definitivo.

No obstante las citas que se ha hecho de alteraciones de los nervios en la degeneración que nos ocupa, creemos que la causa neurovegetativa no es la única y que el desequilibrio hormonal juega un gran papel.

En nuestra práctica nos contentamos con la resección cuneiforme, extirpando la mayor porción degenerada del ovario y conservando el hilus.

Aguardaremos con interés el complemento demostrativo que se nos ha prometido tanto de las experiencias en los animales como las observaciones clínicas, antes de formarnos un criterio definitivo sobre esta interesante materia.

Dr. BUNSTER. Ya he manifestado que este trabajo consta de dos partes, la primera es la que Uds. han escuchado; en la segunda, que presentaré en una sesión próxima, consideraré los fundamentos y objeciones que se pueden hacer a este método. No obstante, me permito desde luego contestar al Dr. Vargas Salcedo que el procedimiento propuesto no persigue la curación de las lesiones, la regresión de la esclerosis, ni la desaparición de los quistes, sino que trata únicamente de evitar que el proceso mórbido siga adelante y que la enferma no experimente dolores. Lo primero se conseguiría haciendo la sección y ligadura de la arteria y de las venas ováricas, con lo cual se disminuye las congestiones activas y se suprimen las pasivas, causas estas aceptadas como de importancia por la mayoría de los autores que se han ocupado de esta enfermedad. Lo segundo se trata de conseguir interrumpiendo la vía nerviosa sensitiva.

Respecto a ésto los anatomistas que han investigado la forma en que se hace la inervación del ovario no han podido comprobar la existencia de nervios que viniendo del plexo hipogástrico, del lado del útero, vayan a inervar al ovario.

La persistencia de los síntomas dolorosos en enfermas a las cuales se le seccionó únicamente los paquetes ováricos, y otros hechos que analizaré posteriormente, me hacen suponer dudosa una afirmación tan categórica a este respecto.

En cuanto al peligro de esclerosis de que habla el Dr. Vargas, constituye, sin duda, la objeción más seria a este procedimiento.

Pero aunque la esclerosis se produjese, sería en todo caso preferible a la Ectomía de los ovarios o a la castración úteroovárica que como tratamiento propone Forgue en su texto de Ginecología del año 1927, ya que en aquel caso se produciría una menopausa lenta fisiológica, en vez de una brusca, consecutiva a la extirpación de los ovarios.

Nosotros hemos tratado de establecer experimentalmente en conejas, si es efectivo que se produce la esclerosis después de la ligadura del paquete vascular del ovario en ese animal. Al cabo de un año de hecha las ligaduras no hemos comprobado lesiones histológicas

en los ovarios en que se dejó un pequeño aporte circulatorio visible microscópicamente. Cuando las secciones vasculares fueron completas el ovario degeneró en un quiste.

La mujer operada de sección neurovascular ovárica debe asimilarse al primer caso, pues en ella el aporte circulatorio del lado del útero es siempre más considerable que el propio del ovario.

En cuanto a la casuística clínica ella fué ya parcialmente considerada hace un año, en la tesis de Licenciatura de M. Jury. Trataré, en todo caso, de presentar para la próxima sesión algunas enfermas que no pude traer a ésta por haberse solicitado este trabajo sólo ayer en la mañana.

Sesión del 10 de Setiembre de 1930.

Presidencia del Dr. Fernando Opazo.

Acta.

Se lee y aprueba ía de la sesión anterior.

Cuenta.

De haber recibido algunos trabajos científicos, por colegas que no pertenecen a la Sociedad.

Se les nombrará relator.

Dr. Rafael Urzúa (de Los Andes).— Sobre el uso del Mikulicz.
Relator: Dr. Juan Wood.

Dr. Alfonso Asenjo.— Enfermedad de Kummel-Verneuil.—
Relator: Dr. Luis Aguilar.

Dr. Alfredo Jünemann.— Genu-recurvatum. Tratamiento quirúrgico y ortopédico.— Relator: Dr. Alberto Rahausen.

Comunicaciones.

La nueva operación de catarata.

DR. CARLOS CHARLIN C.

Con el asentimiento unanime de la Sala se concede la palabra al Dr. Charlin.

DR. CHARLIN. — Expone los tiempos de la antigua operación de catarate *extracapsular* y sus inconvenientes. La operación *extracapsular*, es decir con ruptura del saco cristalóideo y vaciamente de su contenido, es una intervención incompleta ya que al dejar la cristaloides subsiste el peligro de una nueva disminución de la visión por opacificación de esta membrana (catarata secundaria). La persistencia de masas cristalinas, lentas en reabsorverse,

prolonga por semanas a veces el período post-operatorio que suele complicarse de iritis.

La inflamación del iris por los exudados inflamatorios puede también ser causa de una permanente disminución de la visión.

A estos inconvenientes agréguese el peligro grave del vaciamiento del cuerpo vítreo (vulgarmente vaciamiento del ojo) facilitado por las contracciones del músculo palpebral orbicular y de los músculos rectos oculares.

También la presión de la cámara posterior vítrea mayor que la de la cámara anterior después de la pérdida del humor acuoso por la incisión corneal operatoria es una nueva causa tendente a provocar la temida complicación del vaciamiento del cuerpo vítreo.

Pues todos estos inconvenientes han sido subsanados con el nuevo método operatorio de la catarata, método *no* unipersonal, sino fruto de la colaboración de muchos autores durante muchos años.

El profesor von Sindt, belga, suprime las contracciones peligrosas del orbicular con la inyección facial de novocaína, que da lugar a una parálisis del músculo esfínter del párpado.

Duverger, francés con la inyección retroocular de novocaína obtiene la parálisis de los músculos rectos, cuya contracción aplastaba el globo ocular y tendía a expulsar su contenido.

Luego se agrega adrenalina a la solución de novocaína retroocular, que por el espasmo de los vasos intraoculares trae una hipotensión vítrea marcada.

Ya era posible la extracción *in toto* del cristalino, es decir dentro de la membrana cristalóidea, método ideal preferido desde hace un siglo.

Los profesores Stancullans, rumano, y Toröck, dinamarqués, hacen la extracción *in toto* tomando la cristaloides con una pinza especial y con ligeros movimientos desgarran la zónula de Ziner, ligamento suspensor.

Elschnig, alemán, añade nuevas modificaciones que facilitan aún más la nueva operación, que permite sacar el cristalino totalmente cual una uva.

Por fin el profesor Barrequer, español, modifica la incisión corneal dejando a uno de sus labios adherido un colgajo de conjuntiva que permite hacer una sutura, la cual deja cerrado el globo ocular.

Esta nueva significa el mayor progreso quirúrgico de la especialidad en esta generación.

Termina el Dr. Charlin presentando varios operados con este nuevo método, en los que no tuvo accidente alguno y que están actualmente muy bien.

Comunicaciones.

LA OPERACIÓN DE BOCIO DESDE LUCKE A RICHTER.

- I.—Desarrollo de la Cirugía del Tiroides en Europa.
- II.—Su desarrollo en Chile.
- III.—Técnica operatoria de Richter.
- IV.—Observaciones.

DR. RICARDO ZÚÑIGA LATORRE

Relator.—DR. ITALO ALESSANDRINI.

Debo comenzar por felicitar al autor del trabajo cuya relación me ha sido confiada.

Considero que supera el término habitual de los trabajos que se presentan para su relación. El Dr. Zúñiga nos presenta una monografía que pudiéramos llamar completa.

Se podría tal vez criticar el hecho de que no presente sino algunas estadísticas nacionales, pero creemos que otra cosa sería imposible dado lo rudimentario de nuestras estadísticas que como todos sabemos son cosa relativamente nueva en la mayor parte de nuestros servicios.

La parte principal del trabajo del Dr. Zúñiga es sin duda la que se refiere a la técnica quirúrgica que él emplea desde que su autor Richter de Chicago la publicó en Julio del año pasado en *Surgery, Gynecology and Obstetrics* y que, como todas las cosas verdaderamente importantes, son aplastantes por su sencillez.

Después de estudiar la técnica de Richter se llega a decir como en tantos otros casos que es increíble que no se nos hubiera ocurrido antes.

La poca solemnidad que le iba quedando a la operación del bocio desde que se la practica bajo anestesia regional se reduce aún con la técnica que pregona.

Los peligros inmediatos de sección del recurrente y lesión de los grandes vasos y los lejanos de mixedema, parálisis de las cuerdas vocales y tetania quedan prácticamente excluidos con la técnica de Richter.

Más aún, la preciosa operación anatómica que ideó Kocher, con la disección y ligadura de los pedículos vasculares se simplifica enormemente quedando reducida a la ligadura de los pedículos superiores, que no ofrece ni riesgo ni dificultades.

Los diapositivos que proyectaremos dan una idea bastante exacta de la operación de Richter.

LA OPERACIÓN DE BOCIO DESDE LUCKE A RICHTER.

I.—Su desarrollo en Europa.

Al tratar de recordar los hechos principales de la Cirugía del Bocio es indispensable y obligado referirse a los trabajos de Teodoro Kocher que, si bien es cierto no es el creador de esta cirugía,

bien podría merecer el título de tal por sobradas razones pues su nombre sólo, representa toda la Patología y tratamiento de esta afección desde 1872 hasta 1917 y a él se debe casi todo lo que sabemos hoy día de Cirugía del tiroides porque después de él mucho se ha avanzado, pero ésto representa poco al lado de su obra magna, base de todo lo que se ha dicho después.

Teodoro Kocher fué ayudante del profesor Lucke en Berna desde 1866 hasta 1872. En esa época Lucke operó diez casos de bocio de los cuales fueron casos fatales nueve. Esa es la primera estadística que conocemos de la mortalidad operatoria de esta afección y nos da una idea clara sobre la forma como se inició la Cirugía del tiroides, sus escasas expectativas de éxito y la impresión terrorífica que infundió en los que presenciaron esas operaciones.

Del tiroides se sabía tan poco y la importancia que se le atribuía era de tal manera insignificante que el año 1883, en la cuarta edición del famoso «Textbook of Physiology», que hace época en la historia del desenvolvimiento de nuestra ciencia, Michael Foster ni siquiera hace referencias a la glándula tiroides no figurando aún este capítulo en el índice de la obra. Ese mismo año empezó a llamar la atención hacia fisiología del tiroides el hecho de haber aparecido en Suiza numerosos casos de mixedema post-operatorio en operados de Teodoro Kocher que había sucedido al profesor Lucke en su cátedra el año 1872. El mixedema fué descrito como enfermedad en 1874 por Gull, pero no supo a qué atribuirlo. Cuatro años más tarde Ord lo relacionó con la glándula tiroides y por fin quedó a firme su origen postoperatorio de 1882 a 1884 por los trabajos de Reverdin, Kocher y Schiff.

Sir Jhon Lynn-Thomas, célebre cirujano de Cardiff dice que él nunca se atrevió en esos años a operar un bocio. Su temor venía de la lectura de las siete páginas dedicadas por Holmes, en 1883 a la Cirugía del tiroides en «*A System of Surgery*», el mejor tratado de Cirugía escrito hasta aquella época, temor que dice él se convirtió en repulsión al ver operar a un famoso cirujano de la época un bocio o Broncocele, como era el nombre impropio que se le daba en ese tiempo y bajo el cual se confundían varias afecciones: «Con muchas compresas y esponjas enrojecidas que cubrían el campo operatorio, baldes y una palangana especial que se colocaba debajo de la mesa para recibir la sangre y en medio de ese cuadro se oía el silbido del aire aspirado por las gruesas venas seccionadas!..» Esto provocó una considerable reacción en contra del tratamiento operatorio tanto en los cirujanos como, con mayor razón, en el público en general que miraba estas operaciones como verdaderos atentados contra el género humano.

Períodos como éste registra la Historia de la Cirugía en casi todos sus capítulos y poco a poco el terror esparcido por las primeras operaciones ha cedido el campo a la reacción contraria y fué así como Lynn-Thomas se convirtió poco después en ardiente partidario de la operación al ver al maestro en Berna operando con cuidado y esmero, sin derrame de sangre, con su tradicional «lentitud Kocheriana», con una limpieza quirúrgica incomparable y, una novedad

genial en ese tiempo, un dispositivo que aislaba el campo operatorio de la boca del enfermo y del anestesista.

En 1874 publicó Kocher sus primeras ideas sobre la Patología y tratamiento del bocio y comunicó el resultado de sus primeras trece operaciones con sólo dos muertes. Decía en esa publicación: La tiroidectomía total es un procedimiento más fácil que la parcial, pero tiene una influencia indudable en el estado mental del paciente.

Llamaba pues la atención al estado mental postoperatorio de los primeros operados. Es de notar también que ya había logrado invertir completamente la estadística de Lucke obteniendo once curaciones en trece casos.

El año 1883 ya pudo dar a la publicidad los resultados de sus primeras 101 operaciones de bocio. En ese año, incluyendo sus 101 casos se habían realizado en total 240 operaciones según las estadísticas que pudo recoger de otros países. Comenzó entonces a fijar normas de técnica operatoria, ligaba primero los pedículos vasculares y comenzó también a tratar el mixedema postoperatorio con injertos libres de tejido tiroideo que colocaba en situaciones muy variadas en la piel, músculos, arterias, peritoneo, etc. y pudo constatar un efecto temporal en todos estos casos. Pudo llevar sus observaciones más léjos observando que todos los que sufrieron la tiroidectomía total y absoluta morían antes de seis años y los que sobrepasaron ese tiempo revelaban a la autopsia tejido tiroideo que había quedado sin ser notado por el cirujano que creía haberlo extirpado en totalidad.

1883 marca, con la publicación a que nos referimos, una etapa brillante en la historia de la Cirugía del bocio.

Posteriormente, de 1880 a 1890 hizo sus estudios sobre la etiología del bocio y es muy conocida su teoría sobre la falta de iodo de las aguas y como consecuencia lógica de ésto, su tratamiento etiológico de administrar pequeñas cantidades de iodo en el agua o en la sal de cocina y su demostración se basó en miles de casos empezando por sus tres hijos que exhibía como tiroides absolutamente normales.

Su técnica operatoria descrita en 1889 con su incisión trasversal y su método de «enucleación resección» como lo llamó, se ha transmitido por muchos años en la misma forma genial como lo concibió el maestro, se ha modificado en una u otra forma, pero, justo es reconocerlo, ha seguido siendo la base firme de la operación del bocio. Basaba su método en otras 250 operaciones que publicó ese año, ejecutadas todas con su técnica ya establecida y bien observada. Insistió además en la prevención del cretinismo postoperatorio, pregonaba la absoluta necesidad de dejar tejido tiroideo junto a la cápsula posterior, defendía así las paratiroides aún cuando todavía no las conocía.

La prevención del bocio con el iodo la basaba en su afirmación de que la glándula normal desecada contenía iodo y sostuvo su idea aún cuando el Profesor de Química de la Universidad de Berna no lo encontró en sus análisis y negó su existencia. A pesar de este hecho desgraciado para su teoría siguió Kocher manteniéndola y su

afirmación fué confirmada ampliamente un año después por Baumann en Freiburg.

Volvió Kocher en 1908 a experimentar en el tratamiento del mixedema postoperatorio efectuando 79 operaciones de ingerto de tejido tiroideo de un Bassetow aprovechando el hecho de tratarse de glándula en hiperactividad y no tóxica. Obtuvo entonces resultados halagadores.

En 1911 publicó las conclusiones emanadas de 1200 operaciones por enfermedad de Bassetow con 80% de curaciones completas. Abogó por el diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoces de la enfermedad y describió un síntoma nuevo bastante constante: la contracción del elevador del párpado superior cuando se hace mirar al enfermo alternativamente hacia arriba y hacia abajo.

Sus experimentaciones sobre el cambio de la fórmula leucocitaria y tiempo de coagulación que se observa con el funcionamiento alterado de la glándula y los cambios que experimenta al administrar extractos de glándulas normales han constituido un gran paso en el estudio de la Endocrinología. Alberto Kocher, en la actualidad, llega a conceder mayor importancia a estos cambios en la fórmula leucocitaria, por su exactitud y seguridad que al control del metabolismo basal para pronunciarse sobre la evolución de la enfermedad.

Pocos meses antes de su muerte súbita, en 1917, Kocher dió a conocer la estadística total de sus operaciones de bocio. Alcanzó a la cifra de 6.000. Dió a conocer también su mortalidad, resultado de su paciente trabajo de 45 años, trabajo que resumía toda la Cirugía del tiroides desde su iniciación hasta dejarla en un grado de perfección superado sólo en estos últimos años. Mortalidad de dos por mil en los bocios simples y dos por ciento en la enfermedad de Graves o Bassetow.

Sus ideas han seguido siendo la base de la Escuela Suiza con su hijo Alberto Kocher en Berna y sobretudo con F. de Quervain en Basilea primero y después en Berna como sucesor del Maestro en la cátedra oficial. La técnica de Kocher domina en esta Escuela; se ha perfeccionado un poco más en lo que a ligaduras previas se refiere y es ésta la idea dominante esparcida en Europa por F. de Quervain y seguida por el mayor número de cirujanos del Viejo Mundo. En América tiene también muchos admiradores y fervientes partidarios.

La Escuela Suiza ha sido superada en los últimos tiempos en América donde la experiencia ha sido enorme llegando el número de operados a cifras verdaderamente fantásticas.

A este trabajo material admirablemente catalogado y analizado desde diversos puntos de información científica vino a agregarse en 1922 y 1923 el memorable trabajo de H. S. Plummer y W. M. Boothby acerca del *Valor del yodo en el bocio exoftálmico*.

El empleo razonado, metódico y científicamente dosificado de este poderoso agente permite atenuar de una manera sorprendente la toxicidad de muchos bocios que parecían o demasiado graves o francamente inoperables.

Esta enseñanza de Plummer constituye, en concepto de cele-

bridades en la materia, el más grande y trascendental progreso que se haya llevado a cabo en el tratamiento del bocio tóxico.

No está demás talvez recordar que jamás por jamás los autores recomendaron el yodo como agente curativo del bocio tóxico, una y mil veces no; es simplemente un agente muy poderoso y eficaz para preparar el enfermo intoxicado a la operación quirúrgica.

«En conformidad a mi experiencia, escribe el Profesor A. Troell de Estocolmo *«acorta el tiempo del tratamiento, aminora los peligros de la operación, hace operables muchos casos que sin su empleo se consideraban inoperables y, con poquisimas excepciones, hace innecesario operar en varias sesiones»*. (Acta Chir. Scand. Mayo/1930, p.142).

Puntualizando, podemos decir que la operación del bocio ha pasado a ser una operación sencilla, de técnica operatoria corriente, de mortalidad baja que algunos comparan con la apendicitis basándose en estadísticas numerosas de los grandes centros quirúrgicos como la Clínica Mayo que da una cifra inferior a uno por mil y la de Richter en Chicago que es aún mejor. Nosotros haremos hincapié en estos datos aceptándolos para los bocios simples y aceptando cifras más altas para los tóxicos.

II.—La Cirugía del bocio en Chile.

En nuestro país, según informaciones personales que hemos podido recoger, dificultadas grandemente en su ampliación por la falta de estadísticas hospitalarias completas, la Cirugía del bocio remonta a fines del siglo pasado.

Si pensamos en su iniciación en Europa, las dificultades del comienzo, el porvenir oscuro que se veía después de los primeros fracasos, extraña en realidad que este capítulo quirúrgico haya comenzado en nuestro país hace tantos años y se haya desarrollado hasta el grado en que está en la actualidad, paralelamente con el desarrollo que ha alcanzado en Europa o Norte América, naturalmente, en la debida proporción, en relación con el número de enfermos y la población global del país. La explicación más plausible es, talvez, que en Santiago por lo menos, fué la enfermedad de una extraordinaria frecuencia.

El primer caso operado en Chile, según las informaciones que hemos podido obtener data de 1889 o 90. Una niña de la sociedad de Santiago era portadora de un bocio simple, pequeño, adherido a la tráquea y comprimiéndola no por su crecimiento sino por la compresión permanente a que lo sometía ella para disimularlo. La vanidosa pretensión propia de su edad la llevó a pedir con insistencia un tratamiento quirúrgico. Su madre era portadora de un bocio idéntico y nunca había pensado en tratarse por una operación. Se consultó al Profesor Barros Borgoño. Su opinión fué contraria a la operación. Pero la insistencia de esa niña obtuvo lo que pedía. El Doctor Raymundo Charlin, ayudado por los doctores Alejandro del Río, Agustín Gana Urzúa, Adolfo Hirth y Lucas Sierra, procedió a efectuar la operación, como era la usanza de la época, en clínica improvisada en la casa habitación. La intervención duró cerca de cuatro horas y sangró abundantemente. Se explicó el caso diciendo que

las arterias estaban todas calcáreas y se cortaban al ligarlas. Pero es de advertir que la enferma no era mayor de 25 a 26 años. La supervivencia fué de sólo horas quedando de esta operación en los parientes de la enferma y en toda la sociedad de Santiago una idea de verdadero horror.

Esta fué la iniciación de la Cirugía del bocio en Chile.

Por esos mismos años llegó al país el anatomista francés J. A. Fort. Se dijo que había practicado varias operaciones de bocio. Pero se difundió, *sotto voce*, que había demostrado poquísima habilidad quirúrgica dando la impresión de no haber operado jamás; que sus operados sangraron horriblemente y murieron a causa de las hemorragias.

El año 1892 el Profesor Carvallo, ayudado por los Doctores La-torre y Alejandro Murillo operó en su casa habitación a una niña de 23 a 24 años que era portadora de un bocio pequeño, talvez quístico. Al tratar de enuclearlo sobrevino una hemorragia formidable que impidió en absoluto seguir operando y hubo necesidad de taponar y dejar la herida con una compresión. Parece que la hemorragia cesó pero el tapón no se retiró, la herida se infectó y la enferma pasó a descansar perpetuamente de su dolencia al octavo día.

Pasaron después algunos años en que se abandonó el tratamiento quirúrgico del bocio porque el temor que dominaba al público aún no se calmaba.

A fines de Marzo de 1893 (1) el Dr. Sierra visitó la Clínica del Profesor Kocher y le vió operar; hizo una relación sucinta de lo que había observado y fué publicada en nuestra Revista Médica del mismo año.

En 1897 se operaron en la Clínica del Profesor Barros Borgoño dos casos de Tiroiditis por simples incisiones evacuadoras.

En 1898 se operó en la misma clínica un bocio quístico. Se practicó una extirpación parcial y curó en muy buenas condiciones.

El año siguiente, 1899, fué un año fecundo, si así podemos decir en la cirugía del tiroides. En la Clínica del Profesor Barros se operaron dos bocios quísticos y un adenoma. En dos casos se hizo tiroidectomía total y parcial en el otro. Uno de los tiroidectomizados en totalidad tuvo fenómenos de tetania y falleció a los 27 días de operado.

El Dr. Sierra en su servicio del Hospital San Borja operó tres casos de los cuales uno falleció por afección cardíaca a los tres días.

Uno de ellos marca un gran paso en la cirugía del bocio en Chile: es el primero que se ha operado con anestesia local. Se usó para ello solución de cocaína.

En el año 1900 no se registra ningún caso de operación.

En 1901 se operó en la Clínica del Profesor Barros un caso de bocio simple. Se dejó sólo una parte del lóbulo izquierdo. Al quinto día empezaron manifestaciones de tetania y falleció al sexto. A la autopsia se encontró una degeneración del miocardio. Se registra también otro caso anotado como tiroiditis supurada que se incidió únicamente.

(1).—Rev. Méd. de Chile.—p. 283 Año 1893.

El Dr. Sierra en San Borja operó con todo éxito, con anestesia local, otro caso.

En la clínica del Profesor Carvallo se operó otro. Se hizo resección parcial subcapsular.

El año 1902 se operaron en la Clínica del Profesor Barros dos casos de los cuales uno presentaba un desarrollo vascular extraordinario y falleció a poco de ser operado. El Dr. Sierra operó dos enfermas más en su servicio de San Borja usando siempre anestesia local.

En 1903 se operó una mujer en el servicio del Dr. Pardo en San Borja, otra en la Clínica del Profesor Barros que tuvo un fatal desenlace y dos en el servicio del Dr. Sierra, una de las cuales hubo de ser operada en dos tiempos y falleció a los 17 días después de la última intervención con accidentes de tetania.

En 1904 el Profesor Sierra, que ya era el sucesor del Profesor Barros en la Clínica universitaria, operó un caso de bocio quístico en que enucleó el quiste.

Ese año no se registran otras operaciones de la misma especie en las estadísticas hospitalarias pero se operaron en clientela particular dos de gran importancia pues fueron dos bocios exoftálmicos, talvez los primeros operados en el país. Son del Profesor Benavente. Uno de ellos fué un caballero operado en un buen período de su enfermedad, es decir, en un período de atenuación de los síntomas. El resultado fué feliz y cree el Profesor que vive en la actualidad. El otro fué fatal.

Otro caso era el de una niña que padecía de un bocio exoftálmico con síntomas acentuadísimos y sumamente graves. Por su neurosis grave y psiquis delirante la familia insistió en hacerla operar. Se consultó al Profesor Sierra pidiéndole insistentemente que la operara. El Profesor proscribió terminantemente la operación en ese período de ataque agudo, como lo designó Juan Benjamin Murphy. Indicó un tratamiento para atenuar estos síntomas: relegación al campo o a la montaña, aislamiento en el mayor reposo corporal e intelectual, sedantes, etc. y si después de dos o tres meses los síntomas se atenuaban era del caso operar. La familia no aceptó este temperamento, fué donde otro cirujano, insistió y obtuvo por fin que otro Profesor de la Facultad la operara. Hubo gran hemorragia durante el acto operatorio, anemia aguda y muerte de la enferma a los dos días.

Nuevamente se exparció el terror por la cirugía del bocio. Vino un segundo período de desprestigio y no hubo personas que se atrevieran a sacrificarse, como se pensaba entonces, sino en la clientela hospitalaria más dócil y menos conocedora de los casos desgraciados acacidos en personas de figuración social y vastamente vinculadas.

En 1905 se operó un sólo caso. Correspondió al Profesor Sierra en San Borja.

En 1906 operó dos bocios el Profesor Sierra, uno el Profesor Carvallo y otro el Dr. Marcos Donoso. Todos con muy buen resultado.

En 1907 el Profesor Sierra operó dos, de los cuales uno mu-

rió por neumonía postoperatoria. En los otros servicios no se operó ninguno.

De los tres casos que se presentaron en 1908 dos corresponden al Dr. Marcos Donoso y uno al Profesor Sierra.

En el año 1909 en la Clínica del Profesor Carvallo se operaron dos bocios simples, uno de los cuales fué operado por el Profesor Navarro con infiltración local de solución de cocaína. El Dr. Marcos Donoso operó uno. El Profesor Sierra operó dos y aparece aquí un segundo hecho notable: Son los dos primeros casos operados con anestesia local con novocaína. Hasta aquí las anestésias locales eran únicamente con cocaína. Al margen de estas observaciones anotó el Profesor: anestesia mediocre, talvez por deficiencia de técnica, se terminó con cloroformo.

Las operaciones que siguieron a estas en los servicios del Profesor Sierra ya fueron todas con anestesia local con novocaína cambiándose pocos años después la anestesia local por la traqueal del plexo cervical superficial con infiltración preferente de la rama cervical trasversa.

El año 1910 hubo sólo dos casos, uno operado por el Profesor Sierra y el otro por el Profesor Navarro en la Clínica del Profesor Carvallo.

Desde este año en adelante se nota un marcado aumento en las operaciones de bocio. Los hipertiroideos y exoftálmicos se hicieron un poco más frecuentes.

El Profesor Sierra operó en los años 1913, 14 y 15 seis casos de Basedow y tres quísticos en sus diferentes servicios. Hasta aquí sólo se habían operado los dos casos del Profesor Benavente y tres o cuatro más del Profesor Sierra tratados principalmente por ligaduras, inyecciones de agua caliente y resecciones en varios tiempos.

En 1917 y 1918 aumentó el número de operaciones en el tiroideos llegando en el servicio del Profesor Sierra en el Salvador a diez por año, número que antes no era alcanzado por todos los servicios de Santiago en conjunto.

Posteriormente en todos los servicios se ha llegado a un adelanto considerable reduciéndose la mortalidad bastante en los casos de Basedow y llegando los simples a una cifra muy cercana a la de Kocher. Naturalmente el escaso número impide establecer cifras de tanto por ciento de mortalidad y en todo caso esta cifra tiene que ser elevada por el escaso número de operaciones.

El Doctor Alessandrini operó en seis años una serie de diez casos de Basedow. Tuvo dos muertes, pero una de las cuales no debe imputarse sino al mal servicio del personal inferior de nuestros hospitales pues se trataba de una enferma que tenía plegadura de la tráquea y necesitaba atención constante para respirar satisfactoriamente. Fué abandonada en la noche por la veladora y se asfixió. El otro caso era un Basedow muy grave, rebelde al tratamiento, que mejoró un poco y fué operada siempre con pulso un poco por encima de 100 y la sintomatología no bien atenuada.

El bocio simple da en nuestro país, como decíamos más atrás, una mortalidad reducida, muy satisfactoria ya y los casos mortales son algunos con grandes prolongaciones retro esternales o vascula-

rización exuberantísima que originan hemorragias graves y anemia aguda mortal.

El número de casos que se presentan ha experimentado un ligero aumento desde 1927, año que batió un record. En el servicio de Cirugía, de mujeres del Hospital del Salvador se operaron 23 casos de los cuales 8 eran síndrome de Basedow y de estos fueron fatales dos.

En los bocios simples y adenomas tóxicos no hubo ningún caso fatal.

De esta rápida ojeada estadística de la Cirugía del bocio en Chile, incompleta y con exclusión de las operaciones de clientela particular podemos decir que este capítulo se ha puesto en práctica desde antiguo y se ha iniciado, tal como en Europa, teniendo que salvar los obstáculos que formó el desprestigio e impresión macabra de los primeros casos fatales.

Hasta 1900 las operaciones fueron muy contadas, en los primeros años de este siglo fueron menos escasas; aumentan a partir de 1910 y en los últimos cuatro o cinco años se ha alcanzado ya resultados bastante satisfactorios considerando nuestra población y morbilidad.

Las publicaciones que se han hecho sobre el tema han sido escasísimas. La primera que podemos citar aparece en la Revista Médica el año 1893. Es la comunicación que ya hemos citado, enviada desde Europa por el Dr. Sierra describiendo la operación de Kocher.

En 1907 se publica en la misma Revista un caso presentado por el Dr. Croizet. Bocio y úlcera del duodeno.

Al año siguiente la misma revista publica un resumen del trabajo de Berry, cirujano londinense que presenta 274 operaciones.

En 1912 el Profesor Sierra hace en la Sociedad Médica una larga disertación sobre la Patología del cuerpo tiroides refiriéndose especialmente a los fenómenos de hipertiroidismo. Resume todo lo que se sabía hasta la época sobre este tema.

En 1915 el Dr. Rodríguez Barros presenta a la Sociedad Médica un caso de bocio e infantilismo.

En 1916 el Dr. Julio Bustos presenta a la misma Sociedad un trabajo sobre Patogenia del síndrome de Basedow.

Posteriormente se han publicado en la Revista Médica otros artículos, la mayor parte comentando casos presentados

De todo lo que se ha publicado sin duda que el de más mérito es el presentado por el Dr. Covarrubias al optar al grado de Profesor Extraordinario de Clínica Quirúrgica. Es de gran valor por estar basado en experiencia personal extensa, tan extensa como lo permiten nuestros medios.

La técnica operatoria se ha modificado desde extirpaciones pequeñas de nódulos, simples ligaduras, extirpaciones totales de un lóbulo hasta la tiroidectomía parcial bilateral de Kocher que ha sido la operación que se ha efectuado hasta la fecha y que sigue practicándose todavía en muchos servicios. En los últimos años se ha adoptado la técnica de ligaduras previas de F. De Quervain y Escuela Suiza, la usada en la Clínica Mayo de Rochester con ligadura previa del pedículo superior y por fin, la Clínica del Profesor Sierra ha adop-

tado la de H. M. Richter, de Chicago, que nos parece la mejor y más racional pues está basada especialmente en evitar toda lesión inmediata o tardía de los recurrentes.

La Cirugía del tiroides en Chile ha progresado y se ha desarrollado en la forma actual gracias al trabajo tesonero de muchos cirujanos eminentes que han sabido vencer los innumerables escollos que se han presentado en los comienzos de todos los capítulos de la Cirugía pero debemos citar especialmente a dos: Al Profesor Sierra, el Maestro, y al Profesor Covarrubias, su discípulo y actual Profesor de Clínica Quirúrgica. Dijimos que el Profesor Sierra ya operaba con la técnica de Kocher en los últimos años del siglo pasado, empezó a usar la anestesia local con cocaína también en esa época, empezó a tratar los bocios exoftálmicos según las ideas nuevas que llegaban de Norte América, en 1909 introdujo la anestesia local con novocaína, luego la troncular y su técnica operatoria ha estado siempre a la altura de los últimos adelantos que nos vienen del extranjero. Demás está que nos extendamos en la actuación de nuestro Maestro en la Cirugía del tiroides pues bien sabemos todas cuantas iniciativas de la Cirugía en Chile se deben a él.

El Profesor Covarrubias ha estudiado este capítulo con tal dedicación que puede presentarnos actualmente la mayor experiencia operatoria de nuestro país y cuyos trabajos marcan un gran paso hacia adelante en cuanto al tratamiento del bocio en general y de la enfermedad de Graves, Basedow en especial, basada en el método científico de la comprobación del metabolismo basal.

III.—Técnica Operatoria

A principios de este año escribe el Dr. Constant desde los Estados Unidos de Norte América refiriéndose a la Cirugía del cuerpo tiroides: «En la Clínica Mayo, Rochester, ví muchas operaciones de bocio, pero en realidad la técnica operatoria es exactamente igual a la que usamos nosotros en Chile y no tan irreprochable como imaginaba yo fuera la cirujanos que operan 1500 casos al año. Pero en Chicago encontré algo verdaderamente extraordinario, viendo operar a Richter con técnica irreprochable, con elegancia y perfección que realmente llaman la atención, justificando así el renombre de que goza en los Estados Unidos. Es sin duda, el mejor operador de bocio que hay en América».

Nosotros conocíamos la técnica a que alude el Jefe de Clínica pues fué publicada por su autor en Julio de 1929; la pusimos en práctica y llegamos inmediatamente al convencimiento de que era esta la mejor técnica operatoria que conocíamos en la Cirugía del tiroides. Pasó a ser así el método oficial en la Clínica del Profesor Sierra.

La antigua técnica de Kocher fué superada por otras de ligaduras previas de los pedículos que daban así una operación más exangüe, pero todas ellas se han preocupado más del peligro de hemorragias que del peligro de lesiones de los recurrentes o laríngeos inferiores. No se refiere esto, a las lesiones groseras de sección o de atrición con una pinza hemostática sino a lesiones más finas, no

muy frecuentes, pero que conviene tener presentes para evitar consecuencias desgraciadas que son imputables únicamente al cirujano aunque en apariencia no sean de su incumbencia. Dice Crile: «Es muy cómodo y afortunado para un cirujano que la parálisis de los abductores laríngeos se establezca lentamente después de muchos días de la operación, pero para el paciente no es así. La parálisis unilateral es una desgracia, la bilateral una tragedia!»

El recurrente es de los nervios más sensibles del organismo a los agentes traumatizantes. Se le coloca en el mismo plano de vulnerabilidad del cerebro, médula espinal, óptico, auditivo y esplancnicos. Cuando se trata de liberar el polo inferior con el dedo para buscar el pedículo inferior se produce una disección de los planos inmediatamente contiguos al nervio y la reparación viene, como es de rigor en todo el organismo, con tejido conjuntivo. Pues bien, este tejido conjuntivo cicatricial firme y retráctil determina en gran número de casos una compresión del recurrente siendo esta causa suficiente para producir un cambio en la voz como lesión incipiente, o como caso grave, parálisis completa de la cuerda vocal por lesión definitiva e irreparable del nervio. Crile asegura que estas lesiones por compresión del tejido conjuntivo cicatricial son muchísimo más graves que las lesiones directas por atrición con una pinza que son reparables casi siempre en un plazo de cuatro a seis semanas; en cambio la parálisis a que nos hemos referido por tejido cicatricial es, lo repetimos, definitiva e irreparable.

Estas ideas de Crile son argumento poderoso para afianzar los cimientos de una técnica operatoria que trate de evitar hasta las lesiones más mínimas de los laríngeos inferiores. Su método operatorio es parecido al de Richter y sigue el mismo principio general.

La técnica que usamos es pues, la siguiente:

Incisión transversal como en el método de Kocher, ligeramente incurvada hacia arriba en sus extremos siguiendo alguno de los pliegues naturales y a un nivel en que sea fácil abordar el bocio. Sección del músculo cutáneo juntamente con la piel y disección de los bordes de la herida llevando como plano de clivaje la cara profunda del músculo cutáneo. Si las venas yugulares externas no pueden rechazarse hacia afuera se seccionan y ligan. Hemostasia cuidadosa y protección de los bordes con dos paños o compresas.

Exposición del tiroides. Se separan los músculos pretiroides en la línea media, en toda la extensión en que son visibles, del hioides al esternón. Desprendiéndolos del tiroides se rechazan fuertemente hacia afuera. Cuando se trata de bocios grandes se seccionan transversalmente. Aparece así descubierta la cara anterior del tiroides. Se liberan los contornos de la glándula con tórulas o el mango del bisturi para estar seguros de tener a la vista el plano de clivaje. Fig. 1. Esta maniobra era considerada muy importante por Kocher. Se hace esta liberación alrededor de toda la glándula ligando las venas aberrantes que puedan salir de ella en el borde. No se alcanza pues, a ningún punto de la cara posterior.

Se procede enseguida a liberar el polo superior siguiendo el plano de clivaje normal y se pasa una pinza por detrás del pedículo vascular dejándolo disecado y bien visible. Fig. 2. Richter, como me-

didada de seguridad, coloca en este pedículo dos pinzas juntas y una tercera rasando el polo glandular. (1) Fig. 2. Se secciona entre las dos inferiores y se liga el cabo proximal del pedículo cuidadosamente. Para facilitar la maniobra de descubrir el polo superior traccionándolo hacia abajo y adentro se usa un separador de Volckmann pequeño, maniobra que fué sugerida a Richter por el Dr. Nelson Percy. Al otro lado se procede de idéntica manera y tendremos así ambos polos libres y fáciles de esteriorizar.

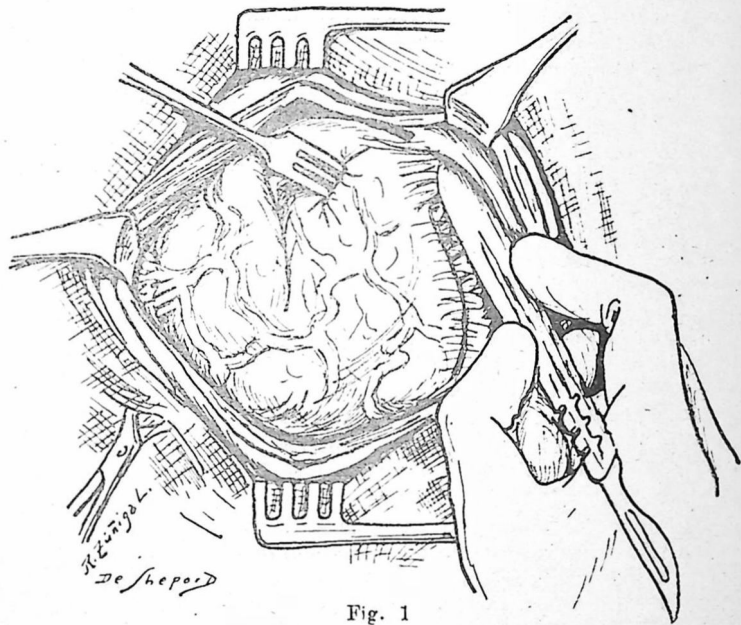


Fig. 1

En la parte media e inferior del istmo se palpa la tráquea y se introduce una pinza ligeramente curva entre ámbos órganos separándolos. Fig. 3. Se secciona entonces el istmo entre dos pinzas o sin ayuda de ellas. Generalmente sangra poco y con dos o tres pinzas colocadas a tiempo de cortar basta. Rechazando en este momento el lóbulo hacia afuera se incinde la cápsula su su parte más interna y se comienza a seccionar el parénquima glandular de dentro afuera dejando sólo una pequeña parte adherido a la cápsula posterior. (2) Figs. 4 y 5. Se van colocando pinzas en los vasos que san-

(1) Algunos autores insisten, y nos parece que con toda razón, que la ligadura se haga lo más cerca y aún en el interior mismo de la glándula a fin de conservar la arteria laríngea superior que tiene una gruesa anastómosis con la arteria laríngea inferior. (A. Troell. Estocolmo),

(2) Tanto como una almendra o una nuez pequeña, dicen algunos autores, a cada lado.

Richter insiste que esta cantidad sea muy pequeña, tanto más cuanto más tóxico es el bocio y cree que la mortalidad postoperatoria es debida a que se deja una mayor cantidad de sustancia tóxica hipertiroidea que es la que provoca las crisis mortales.

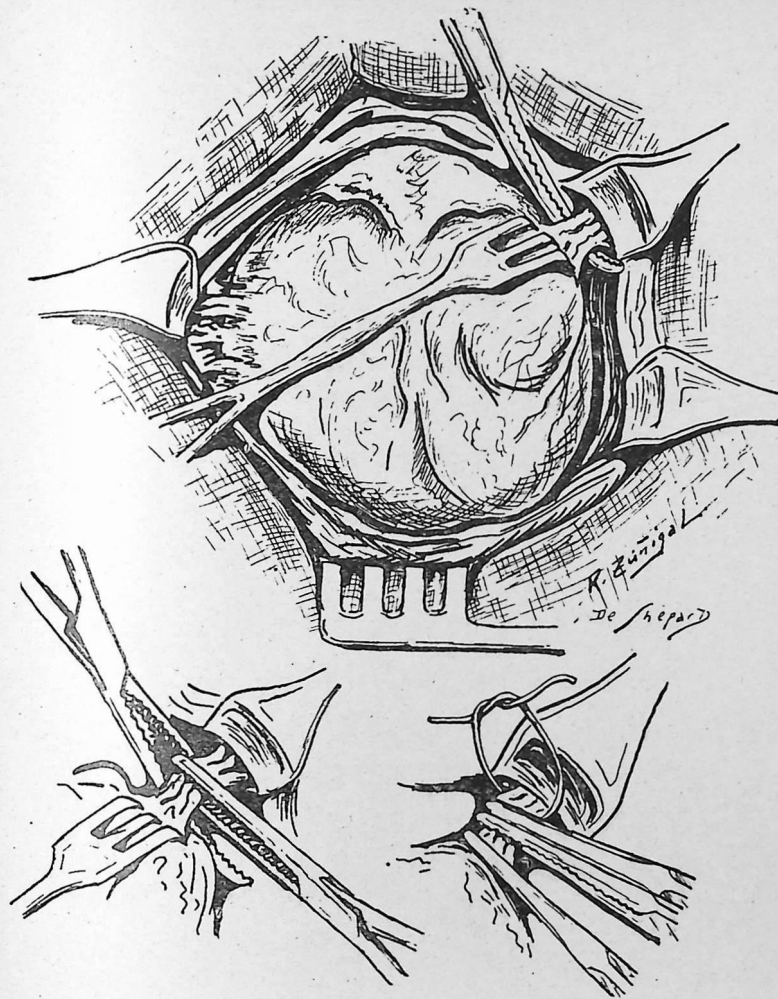


Fig. 2

gran, que comunmente no son más de tres o cuatro a cada lado y terminamos nuestra sección incindiendo la cápsula en un punto que corresponde a la cara anterior. Obtenemos así una cápsula de un ancho suficiente para cubrir toda la superficie cruenta impidiéndole adherirse a los planos vecinos. Fig. 6. En esta forma el peligro de lesión de los recurrentes o extirpación de las paratiroides es remoto. Como el lóbulo se tracciona de dentro afuera el nervio permanece en su situación anatómica mientras que en los otros métodos al traccionar el lóbulo hacia adentro para seccionar la cápsula en la parte

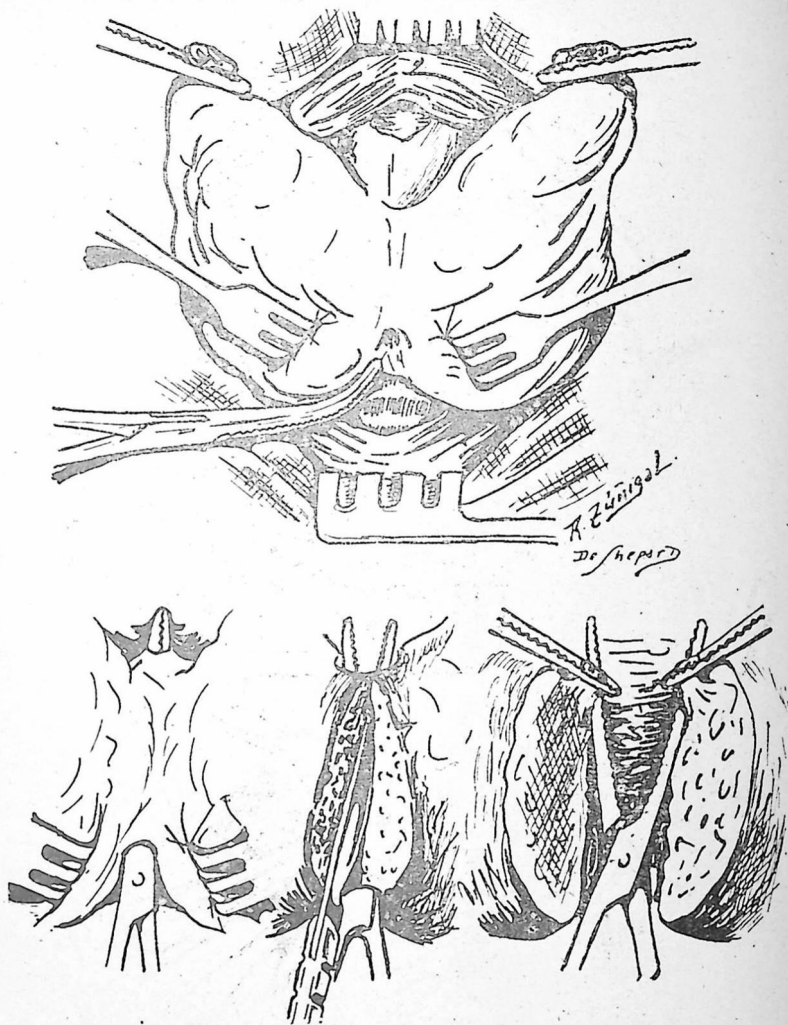


Fig. 3

externa el nervio era arrastrado tomando una posición muchísimo más anterior que la que tenía lo que facilita enormemente sus lesiones. Fig. 7.

Una vez hecha la hemostasia cuidadosa se sutura la cápsula adosando la hoja anterior con la posterior y, si se ha dejado bastante ancha, se sutura con la del lado opuesto y queda así la tráquea protegida y la anatomía de la región restaurada con bastante perfección. Se prueba la hemostasia haciendo toser fuerte al enfermo. Se produce así un aumento de presión en los vasos del cuello que puede advertir una hemostasia incompleta. Esto es muy importante,

tanto como hacerlo hablar para comprobar la absoluta integridad de los recurrentes. En nuestra ante penúltima operada, después de una hemostasia satisfactoria, hicimos esta prueba de las ligaduras y se produjo hemorragia en varios puntos obligándonos a ser más minuciosos en ella.

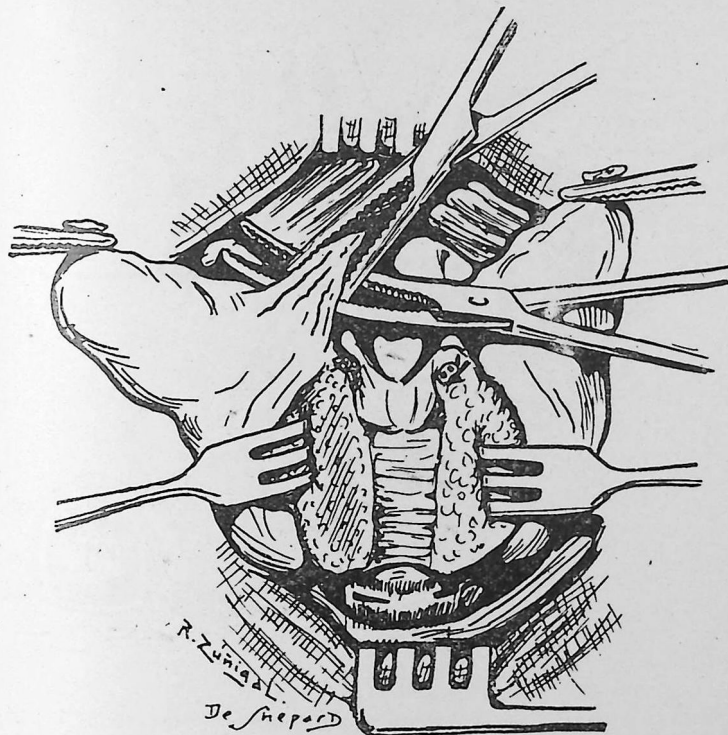


Fig. 4

El cierre de la herida se hace, como en todos los métodos operatorios, suturando los músculos pretiroideos si han sido seccionados, uniéndolos después en la línea media y suturando enseguida el celular conjuntamente con el músculo cutáneo. La piel la afrontamos con ganchos de Michel colocados a corta distancia uno de otro sin presión exagerada para no perjudicar la nutrición de los bordes de la herida. Un pequeño tubo de drenaje se deja en la parte media penetrando hasta el punto más declive. Este tubo se retira invariablemente a las 24 horas pues si se ha hecho la hemostasia cuidadosa y bien probada por un esfuerzo de toser violento no puede haber líquido que drenar después de ese tiempo. Los ganchos los retiramos por mitad a las 24 y 48 horas y la cicatrices que obtenemos son absolutamente satisfactorias en la mayoría de los casos, llegando a ser prácticamente invisibles en algunos. Naturalmente este resultado no

se puede obtener en caso de terreno predispuesto a los queloides y esas, como todas las cicatrices en esos individuos seguirán con la misma tendencia a formar queloides de tamaño variable según los casos. Creemos que esta sutura da los mismos resultados que la intradérmica propuesta por W. S. Halsted y Charles Mayo y no tiene los inconvenientes de ella.

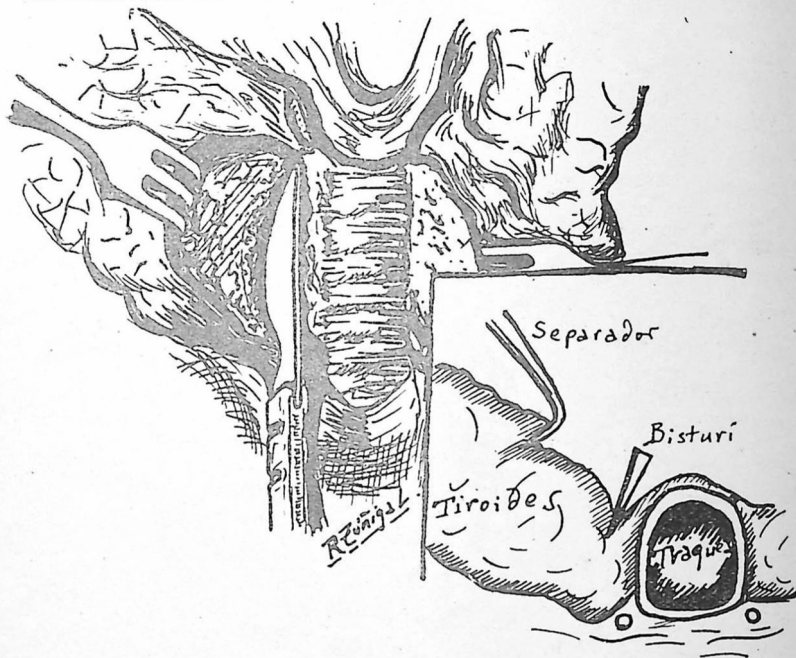


Fig. 5

Con esta técnica operatoria se aleja hasta el más remoto peligro de lesionar las recurrentes, especialmente como lo hemos dicho y repetido mas atrás, por lesiones lentas y progresivas por el tejido cicatricial. El polo no se descubre sino en su cara anterior y borde. No se liga ni descubre el pedículo vascular inferior. Quedan contempladas así aún las anomalías anatómicas de esta región que son bastante frecuentes. (1).

(1) NOTA.-

Según C. H. Haynes Fowler y William A. Hanson, del Departamento de Anatomía de la Universidad de Minnessota en Minneapolis la disposición anatómica del recurrente con respecto a los vasos del pedículo inferior es sumamente variable y ellos han podido comprobarlo en 200 disecciones del cuello practicadas especialmente para estudiar las relaciones de la glándula tiroidea. David H. Berlin y Franck H. Lahey, de Boston, Massachusets, estudiando el mismo punto han efectuado 22 disecciones prolijas del pedículo inferior. En lado derecho encontraron en 18 de ellas que el nervio ocupaba una situación anterior con respecto a la arteria y en 6 casos de estos 18 había otra arteria por detrás del nervio. Es decir, la disposición mas fácil para lesionar el nervio era la más común. En el lado izquierdo los mismos autores encontraron



Fig. 6

esta disposición en sólo 5 casos de lo que resultaría que la lesión del nervio es mas fácil en el lado derecho que en el izquierdo.

Tenemos así pues, que esta situación anómala es frecuente y debemos tomarla muy en cuenta pues difiere bastante de la clasica que conocemos descrita por los anatomistas franceses y por Gray, Jackson, Davis, Cunningham, Dillworth y otros.

La situación profunda del nervio con respecto a la tráquea y cápsula posterior también puede variar como anomalía anatómica, pero más comunmente varía momentáneamente por la tracción del lóbulo hacia adelante y adentro y es por ésto que Richter ha desechado en absoluto la maniobra que hizo célebres a Perthes y Classen, de Boston, la pasada de aguja en el parénquima de la glándula para tener un asa de catgut con que ejercer tracción.

La técnica operatoria de Richter contempla así, en sus más mínimos detalles, contando aún con los casos anómalos, la facilidad de producir lesiones en los nervios laríngeos inferiores. La hemostasia está también muy bien tratada y es así como hemos podido operar en la mayoría de los casos en forma casi absolutamente exangüe, como se opera corrientemente en el abdomen.

ANESTESIA

La anestesia que usamos para operar bocio es la paravertebral bilateral por vía lateral directa. Procedemos del modo siguiente:

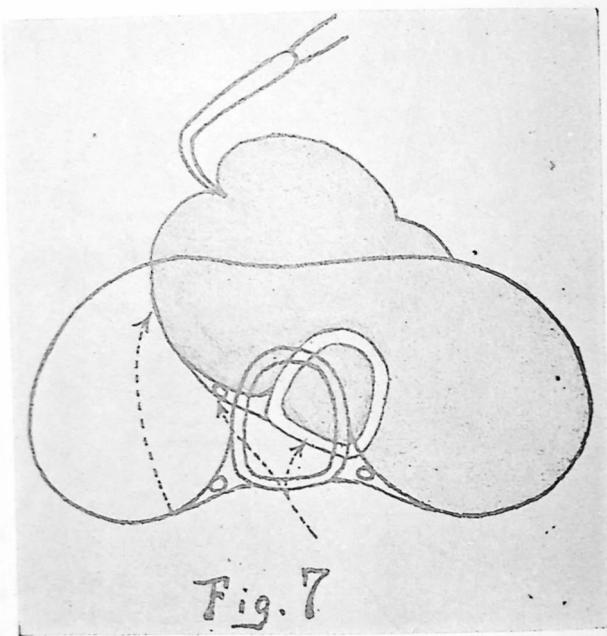


Fig. 7

Trazando una línea horizontal que pase por el borde superior del cartilago tiroideo palpamos la saliente formada por las apófisis trasversas. Esta saliente es palpable en casi la totalidad de los casos y en aquellos en que no lo sea bastará trazar una línea del vértice de la mastoidea al tubérculo de Chassaignac. En la intersección de estas dos líneas tendremos la apófisis transversa de la cuarta cervical. A dos centímetros por arriba podemos palpar la apófisis de la tercera. En este punto introducimos una aguja de 5 cms. de longitud, de calibre fino, que es la que se debe usar, perpendicularmente a la columna hasta tomar contacto con la apófisis transversa. Desviando un poco la aguja hacia adelante en un espacio de medio centímetro e introduciéndola otro tanto aspiramos con la jeringa para estar seguros de no haber lesionado la arteria vertebral y enseguida inyectamos 6

u 8 centímetros cúbicos de solución de novocaína al 1% con adrenalina en dosis que hacemos variar de una gota por cada 5 c. c. a una por cada diez.

Más adelante veremos las razones que tenemos para esta variación. Retirando la aguja en seguida hasta el tejido celular se orienta hacia arriba para hacer la misma operación a nivel de la segunda apófisis transversa y después lo mismo a nivel de la cuarta. Procedemos de idéntica manera al otro lado.

No tocamos la primera raíz cervical porque, si bien es cierto que también forma el plexo braquial es completamente anastomótica con la segunda y las escasas ramas que da son para la región mastoidea y parte superior de la nuca.

Hacemos así sólo dos perforaciones de la piel, una a cada lado.

La anestesia que se obtiene en esta forma es perfecta en toda la región anterior del cuello desde la piel hasta el mismo plano óseo y permite cualquiera operación en esta región. Para bocio es ideal porque no hay dolor en ningún momento y la sensación penosa al trabajar en contacto con la tráquea, traccionándola es casi nula. Si se trata de un bocio retroesternal se puede operar en forma absolutamente indolora. Uno de nuestros casos tenía prolongación que se observaba en radioscopia hasta el cayado aórtico.

Richter usa anestesia local y general combinadas. Inyecta todo el tejido celular subcutáneo de la región anterior del cuello entre los dos músculos esternocleidomastoideos. Produce así un adema artificial de la región que dice que le permite disecar los planos cutáneos con toda facilidad. Después sigue con protóxido de azoe en pequeña dosis en tal forma que cuando quiere que el enfermo haga un esfuerzo de tos o hable puede hacerlo despertar a voluntad.

Como nosotros no manejamos el protóxido de azoe no podemos pronunciarnos sobre las bondades de esta forma de anestesia combinada.

En la Clínica del Profesor Sierra se usaba antes la anestesia del plexo cervical superficial inyectando una cantidad de novocaína superficialmente en la parte media del borde posterior del esternocleidomastoideo tratando de inyectar de preferencia la rama cervical transversa y haciendo además una infiltración subcutánea en el sitio de la incisión. Es esta la técnica más comúnmente usada. Da una anestesia suficiente en la mayor parte de los casos, pero en ninguno perfecta. La liberación de los polos es dolorosa y la tracción de la tráquea es penosísima.

La infiltración subcutánea seguida de otras hacia la profundidad en la periferie del bocio fuera de ser deficiente en la mayoría de los casos la consideramos peligrosa porque muchas veces se clava la aguja en la región de los grandes vasos y nervios importantes como el frénico y neumogástrico.

Nosotros empezamos a usar sistemáticamente la anestesia para vertebral bilateral en la forma descrita desentendiéndonos de la recomendación de F. De Quervain que dice que nunca esta infiltración debe ser bilateral. Dice que debe combinarse, un lado para vertebral, el lado en que el tumor es mas grande, y el otro con infiltra-

ción superficial. Esto tendría por objeto prevenir el bloqueo doble de los neumogástricos.

Pero nosotros pensamos que este bloqueo puede evitarse procediendo con bastante precisión por la razón siguiente: la aponeurosis prevertebral, aponeurosis profunda o tercera aponeurosis del cuello, separa completamente el paquete vasculonervioso de la región en que las raíces nerviosas emergen de la columna. Colocamos pues la solución de novocaína inmediatamente en contacto con la apófisis trasversa y queda así la solución separada del neumogástrico por una aponeurosis y un espesor de tejido celular laxo de dos y medio centímetros mas o menos, tabique suficiente para no dejarse atravesar por la difusión de la solución. Creemos que este mecanismo es exacto porque en nuestra experiencia, aunque pequeña, de un poco mas de 50 casos bilaterales o sea un poco mas de un centenar si se consideran los dos lados separados, nunca hemos observado el bloqueo de los neumogástricos.

Otro punto que conviene precisar es el relativo al uso de la adrenalina. Es indudable que en los casos de hipertiroidismo su uso provoca la reacción de Goetsch manifestada principalmente por taquicardia, angustia, dolor precordial, sensación de ahogo, gran excitación, que puede variar en intensidad hasta hacer imposible la operación. Esto por un lado, pero por otro es también absolutamente comprobado que la anestesia con novocaína sin adrenalina es insegura y de muchísimo menor duración y son innumerables los casos en que desde que se comienza a operar hasta que se termina el enfermo se queja y hay necesidad de inyectar nuevas dosis en el punto doloroso obligando a operar con menos prolijidad por tratarse de un paciente angustiado que sufre constantemente. Hay otros casos en que el fracaso es mas completo y debe seguirse con anestesia general. Es indudable también que en muchos casos la anestesia sin adrenalina resulta bien, pero éstos son los menos. Los más son los mediocres en que, como decíamos, hay que agregar nuevas dosis a medida que se opera.

Este punto lo resolvemos nosotros variando la cantidad de adrenalina según el caso, tratando siempre de usarla aunque sea en dosis muy pequeña; su acción reforzadora del poder anestésico de la novocaína por la isquemia es efectivo aún con dosis pequeñísimas. En todos nuestros casos hemos usado pues, dosis variables, llegando a un mínimo de una gota por 10 c.c. de solución, es decir, dos gotas a cada lado del cuello. La reacción de Goetsch se ha producido, a pesar de todo, en casos de bocios exoftálmicos o de gran hipertiroidismo, pero con tan poca intensidad que no ha valido la pena preocuparse de ella. Ha sido taquicardia y angustia ligera que ha pasado en menos de diez minutos y que en ningún caso ha perturbado la operación.

Como tratamiento sedante y estupefaciente preoperatorio hacemos dormir al enfermo la noche anterior con un hipnótico, el día de la operación temprano morfina o sedol y a tiempo de ser pedido al Pabellón le colocamos en su cama de 2 a 4 c.c. de Somniféne Roche intravenoso. Esta cantidad la variamos también según el grado de hipertiroidismo. En esa dosis no hace dormir al paciente pero lo de-

ja en un estado de sedación y embotamiento de sus facultades que alejan momentáneamente los síntomas hipertiroideos y creemos que a ello debemos el anular casi por completo la reacción de Goetsch pudiendo así usar siempre adrenalina en dosis pequeña y obtener anestésias perfectas.

IV.—Observaciones

Observación 1.^a

Mujer de 34 años portadora de un aumento de volumen pequeño del cuello desde hace doce años que no le dió molestias has-



S. V.—Antes de la operación.
(Observación N.º 1)



S. V.—Después de la operación
(Observación N.º 1.)

ta hace cinco años, molestias que se manifestaron por un ataque de nerviosidad extrema, gritos, llanto, sensación de ahogo, se desgarró las ropas, temblor generalizado y traspiraciones copiosas. Siguió a esto un estado confusional y desorientación profunda que duró algunos minutos para continuar después con otro período de agitación extrema. Siguió bien un mes con tratamiento médico y nuevamente tuvo otra crisis aunque un poco menos intensa que la anterior. Ha seguido después con períodos críticos alternados con otros en que notaba molestias cardíacas, disnea, palpitaciones y dolor precordial, temblor y traspiraciones profusas. Después vinieron crisis de diarreas pasajeras y desde hace ya cuatro años nota el exoftalmo.

El tumor ha aumentado de volumen, el exoftalmo se ha hecho muy notable, el temblor, molestias visuales y astenia profunda la han excluido de su trabajo y decide hospitalizarse.

En el Servicio se comprueba un bocio del tamaño de un puño y se hace diagnóstico de bocio parenquimatoso basedowificado. Hay lesión cardíaca revelada principalmente por un soplo presistólico.

El pulso y presión arterial son casi normales.

El examen radioscópico revela una enfermedad mitral.

Exámenes de Laboratorio:

Orina normal. Uremia 0.38.

Tiempo de coagulación in vitro 6 minutos.

Tiempo de sangría 2 minutos.

Examen hematológico.

Glóbulos rojos 3 900 000. Glóbulos blancos 9 000.

Neutrófilos 61. Eosinófilos 2. Linfocitos 32.

Mononucleares 3. Formas de transición 2.

Reacciones de Wassermann y Kahn negativas.

Metabolismo basal no se hizo por una dificultad en el Laboratorio que lo hacía.

Operación.—Después de preparar la enferma convenientemente llegó al Pabellón en estado de nerviosidad y agitación por lo que la operación fué suspendida dos veces. A la tercera se preparó con Somnífero Roche y se hizo la anestesia paravertebral bilateral con adrenalina en dosis pequeña. Resultó espléndida y no produjo ninguna molestia.

Se operó siguiendo la técnica que hemos descrito, con toda exactitud. La hemorragia fué prácticamente nula. La tráquea estaba desviada hacia el lado izquierdo.

El tratamiento preoperatorio se hizo con lugol en dosis de cinco gotas diarias y sedantes.

El post operatorio no tuvo nada de extraordinario, la convalecencia fué corta y la enferma abandonó el Servicio a los diez días.

Examen histopatológico: Bocio parenquimatoso vesiculoso. Aparte de una sustancia colóidea algo diluída, no he hallado las demás lesiones descritas en el bocio basedowificado. Dr. Croizet.

Observación 2.^a

Hombre de 45 años. Llegó al Servicio por una herida a puñal que había perforado los huesos nasales produciéndole epistaxis repetidas y abundantes que lo tenían en un estado de anemia aguda.

Presentaba al mismo tiempo un gran bocio duro, de 11 años de evolución que no le producía sino molestias de compresión. Por la consistencia dura del tumor en un sujeto de 45 años resolvimos operar una vez restablecido de la lesión primera que lo llevó al Hospital.

Adelantaremos aquí que la satisfacción del enfermo después lo llevó a solicitar que se le operara también de una hernia ingui-

nal reproducida y salió del Hospital sano de tres afecciones en pocos días.

Examen laringeo: no hay alteraciones funcionales en la laringe.

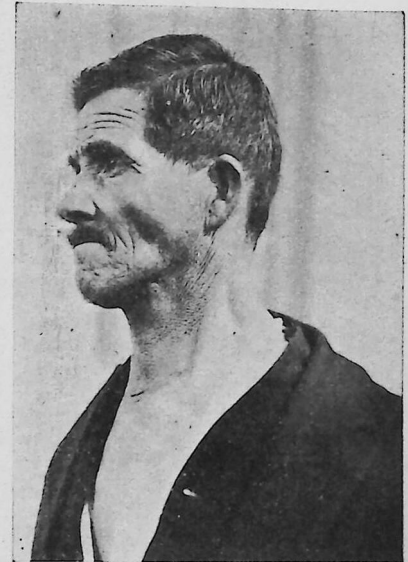
Radioscopia: bocio con prolongación retroesternal hasta el cayado aórtico. Dr. Ricci.

Metabolismo basal: 37,07. Considerado normal para el enfermo, por el Dr. Besoin.

Examen de orina y uremia normales, Wassermann positivo intenso.



C. M.—Antes de ser operado.
(Observación N.o 2.)

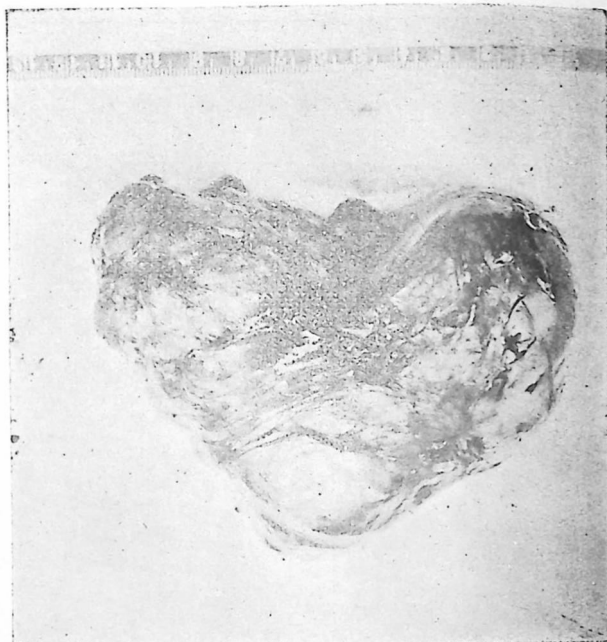


C. M.—Después de operado.
(Observación N.o 2.)

Después de unos días de tratamiento específico se interviene como de costumbre con anestesia paravertebral bilateral.

Se pudo eliminar el tumor con facilidad dejando adherida a la cápsula posterior sólo una pequeñísima cantidad de sustancia que también se notaba alterada. La técnica descrita hubo de ser variada en cuanto a que la sección del istmo era imposible por ser este el punto de mayor aumento del tumor. La hemorragia fué absolutamente nula, y la anestesia perfecta bajo todo punto de vista, en cuanto al cuello y en cuanto a la parte del mediastino en que se prolongaba el tumor.

La convalecencia no tuvo ninguna particularidad y a los cinco días se sometía a la operación de su hernia con anestesia regional.



C. M.—Observación N.º 2. Bocio extirpado

Observación 3.^a

Corresponde a una enferma de la clientela particular. Una señora de 53 años, bastante enflaquecida.

Presenta un ligero aumento de volumen de la región anterior del cuello que nota desde hace doce años, pero que cree que ha crecido un poco sólo desde hace 2. Ha notado en los últimos dos años temblores de las manos que le impiden trabajar, ahogos, molestias visuales, palpitations, traspiraciones profusas, crisis de diarreas, ligero exoftalmo y lo que ha sido más notable, emotividad y un estado psiconervioso que la ha hecho verdaderamente intolerable a su familia llegando al extremo de haberla aislado en una casa sola con una cuidadora. Sufría de ataques nerviosos muy frecuentes y la sensación penosa de opresión localizada al cuello y región precordial se hizo casi permanente.

Al examen se notaba una enferma muy enflaquecida, con un estado general verdaderamente pobre, que presentaba un aumento de volumen del cuello un poco mayor que una nuez localizado ligeramente hacia el lado derecho.

El examen de orina fué normal. Uremia 0,20.

El examen radioscópico revela ligera dilatación del ventrículo izquierdo.

El examen laríngeo practicado por el Dr. Alcaño dice que la laringe está normal aunque hay voz con ligera bitonalidad.

Wassermann negativo. Coagulabilidad sanguínea normal.

El metabolismo basal fué estimado normal por el Dr. Corona a pesar de que ha habido enflaquecimiento bien acentuado.

La presión arterial era de 9,5 y 6,5 al Vaquez y el pulso de 100 a 112.

Preparamos la enferma algunos días con solución de Lugol en dosis creciente de cinco a diez gotas diarias, digitalina e hidratación y cuando mejoró un poco su estado general decidimos operar.

Anestesia paravertebral bilateral con novocaina y pequeña dosis de adrenalina previa inyección de 2 c.c. de Somniféne Roche. No hubo reacción de Goetsch apreciable. Hicimos una lobectomía sub total derecha por la técnica de Richter. No tuvimos necesidad de seccionar los músculos pretiroideos y pudimos rechazarlos únicamente. El lóbulo izquierdo se presentaba absolutamente normal.

Se comprobó después al examen histopatológico que se trataba de una combinación de quiste y adenoma tóxico.

La convalecencia fué ideal y pudimos levantar a la enferma al cuarto día.

Observación 4.^a

Una mujer de 35 años que recuerda tener un aumento de volumen pequeño en la región anterior del cuello desde la infancia sin que este aumento haya progresado después. Desde hace doce años empieza a sufrir de un estado de nerviosidad, temblores en las manos, bochornos con sensación brusca de calor alternando con sensación de frío y a veces sensación de calor en una región y frío en otra. Sintió también palpitations, angustia precordial, crisis de ahogos nocturnos, traspiraciones profusas. Estas molestias le venían por temporadas pasando largos períodos en buena salud.

Desde hace dos años estas crisis aumentaron mucho en intensidad acortando enormemente los periodos de intervalo hasta llegar casi a hacerse continuas. Se hizo de carácter muy irritable, el temblor le impidió trabajar, igualmente las molestias visuales no pudiendo fijar la visión en un objeto determinado. Sufrió también de ruidos de oídos, insomnio, astenia profunda, malestar general, pérdida de la memoria, ligera dificultad para la deglución y a veces para la palabra. Ha tenido también algunas crisis diarreicas, alteraciones en sus períodos menstruales y en el último año su enflaquecimiento se acentuó llegando a una pérdida de siete kilos.

Nos fué enviada por un médico de provincia que nos rogaba hiciéramos todo lo que nos fuera posible por cambiar el curso de una existencia miserable y ya casi insoportable. Nos agregaba que él había agotado todos los medios terapéuticos de que disponía.

Era una enferma pálida, muy enflaquecida, con un pequeño aumento de volumen uniforme de todo el tiroides que ocupaba hasta el hueco supra esternal. Se palpaban en él latidos arteriales.

El corazón dejaba oír un soplo sistólico. El pulso de 118 y presión arterial 13 y 7, 5 al Vaquez.

Examen radioscópico: corazón y aorta normales. Dr. Ricci.

Laringoscopia practicada por el Dr. Parada fué negativa.

El metabolismo basal fué encontrado aumentado (7,2%) por el Dr. Diaz Ulloa.

Examen de orina normal. Uremia 0, 452 grs.

Reacciones de Wassermann y Kahn negativas.

Coagulación in vitro 8 minutos; tiempo de sangría 5 minutos.

Examen citológico de la sangre: Polinucleares 62%; mononucleares grandes 11; eosinófilos 2; linfocitos 25.

Preparamos la enferma con Lugol en dosis progresivas de 5 a 10 gotas diarias, tónicos cardíacos e hidratación y cuando se atenúan las síntomas decidimos la intervención.

Anestesia paravertebral bilateral con novocaína al 1% (40 c. c.) y 6 gotas de adrenalina. Una inyección de 2 c. c. de Somnifene Roche fué previa. El resultado de la anestesia fué ideal bajo todo punto de vista.

Practicamos una tiroidectomía parcial bilateral dejando muy pequeña cantidad de sustancia adherida a la cápsula posterior. La operación se efectuó sin el menor inconveniente y en forma casi completamente exangüe.

La convalecencia no tuvo ningún contratiempo. Antes de que la paciente abandonara el Hospital se le repitió el control del metabolismo basal y se vió que permanecía aumentado.

Examen histopatológico: Sólo he hallado en la pieza enviada lesiones de hiperplasia tiroidea. Dr. Croizet.

Observación 5.

Mujer de 45 años, padece de cretinismo avanzado desde su infancia, retardo mental muy acentuado, sordera y disartria. No se pueden obtener datos precisos de su historia clínica. Pero se ha comprobado que el aumento de volumen del cuello parece datar de los 8 años de edad y que las molestias han aparecido solo en los últimos años en que el aumento de volumen ha sido también mayor. Han consistido principalmente en fenómenos de compresión, dificultad para respirar, ahogos, sobretodo en la noche con insomnio consecutivo, palpitaciones, bochornos, temblor en las manos, transpiraciones, nerviosidad permanente y enflaquecimiento.

Al examen aparece el tiroides bastante aumentado de volumen y se palpan principalmente dos nódulos, uno grande a la derecha y el otro un poco menor al centro.

Examen radioscópico: No hay nada de patológico en la laringe. La disartria se debe a dificultad en los movimientos de la lengua. Es nuestra opinión que la sensación de ahogos y dificultad respiratoria son síntomas nerviosos consecutivos al hipertiroidismo pues no hay causas mecánicas de compresión. Dr. Parada.

Reacciones de Wassermann y Kahn positivas (†).

Orina normal salvo gran cantidad de glóbulos blancos debida a una uretritis purulenta.

Uremia 0,50 grs.

Coagulación in vitro 9 minutos; tiempo de sangría 4 minutos.

Examen citológico de la sangre:

Polinucleares 54. Linfocitos 34. Eosinófilos 3. Mononucleares 9. Secreción uretral: micrococcus catharralis y flora secundaria abundante. No se encuentran gonococcus.

Examen renal por cateterismo ureteral: normal en ambos riñones. Cistitis a nivel del triángulo. Dr. Oscar Correa F.

Operación:

Anestesia paravertebral bilateral con pequeña dosis de adrenalina.

Se comprueban dos grandes núcleos muy adheridos a la tráquea que la mantiene en forma de hoja de sable plegada lateralmente y como el derecho es muy superior en tamaño hay una fuerte desviación de ella hacia la izquierda. Después de ligar los pedículos superiores y desprender los bordes del tumor la enferma empezó a asfixiarse porque la plegadura de la tráquea la ocluía completamente. En vista de esto procedimos rápidamente seccionando el istmo entre ambos nódulos y procediendo a separarlos rápidamente. Comenzamos a seccionarlos de dentro afuera como de costumbre.

Esta maniobra que hubo de ser precipitada nos dió una hemorragia de alguna consideración que al fin se cohibió bien. Al hacer toser fuerte a la enferma sangraron de nuevo otras venas y por fin la hemostasia fué perfecta. Es de advertir que se trataba de un bocio extraordinariamente vascularizado. Por delante del lóbulo izquierdo había dos venas de un calibre igual a la yugular interna. Pero, en general la pérdida de sangre fué escasa como es la característica en la técnica de Richter.

Examen histopatológico: adenoma vesicular. Dr. Croizet.

Observación 6.

O. B. Z. Enferma de 35 años. Ha tenido seis hijos. Sus menstruaciones normales y de regular cantidad se han hecho irregulares en los últimos años. Fué operada de apendicitis y colecistitis en 1924.

La aparición de síntomas de parte del tiroides data de cuatro años. Molestias generales vagas y dificultad para la deglución fueron las primeras manifestaciones que notó. Desde hace seis meses le empezó el aumento de volumen del cuello, progresaron también las molestias que sentía al deglutir, se agregaron síntomas nerviosos, agitación, temblores en las manos y diversas regiones del cuerpo especialmente en los párpados. Su carácter se hizo muy irritable, emotivo, cualquiera contrariedad le dejaba en un estado angustioso de aflicción; la memoria se hizo muy mala. Vinieron también períodos de diarreas, deposiciones líquidas sin sangre, tenesmo ni mucosidades, crisis que duraban dos o tres días y eran seguidas de estitíquez pertinaz. Las molestias cardíacas eran sensación de ahogo, palpitaciones, angustia y opresión precordial, disnea a cualquier esfuerzo.

Por las noches despertaba con gran sensación de ahogo que la obligaba a sentarse y pasar así largos momentos. Ha notado tam-

bién que el timbre de su voz ha bajado. En Febrero del presente año, sin causa aparente, estuvo una semana completamente ronca. Esto le apareció en forma brusca y pasó del mismo modo. Ha perdido diez kilos de peso durante el desarrollo de esta sintomatología.

Es una enferma intranquila, de psiquis lúcida.

Las pupilas reaccionan flojamente a la luz y hay temblor palpebral al ocluirlos.

El tiroides se palpa ligeramente aumentado de volumen al lado izquierdo, de consistencia blanda. Un nódulo un poco mayor que una nuez se palpa al lado derecho y la consistencia de todo el lóbulo es mas firme.

El corazón y pulmones se aprecian normales y en el abdomen no hay sino una cicatriz de Bevan.

En las manos hay temblor bien apreciable.

La presión arterial al Vaquez es 12 y 9.

El examen de orina no revela nada de patológico. Uremia 0,352.

Constante urosecretoria de Ambard 0.052.

Reacción de Wassermann, negativa. Coagulabilidad in vitro a los 9 minutos y 4 minutos como tiempo de sangría.

Recuento globular y fórmula leucocitaria:

Glóbulos rojos 4.600.000. Blancos 8 600.

Polinucleares neutrófilos 43 % y eosinófilos 4.

Monoculares grandes 15, linfocitos 35 y formas de transición 3.

El metabolismo basal fué apreciado como aumentado en un 22,63% por el Dr. Besoain.

Se preparó la enferma como de costumbre con sedantes, reposo etc. y se le dió Lugol dos días en dosis de 5 gotas.

Operación:

Anestesia troncular con solución de novocaína al 2% y medio centímetro cúbico de solución de adrenalina (Dr. Latorre). Se produjo una reacción de Goetsch intensa que obligó a esperar un momento. Se practicó una tiroidectomía subtotal por el método de Richter. No hubo necesidad de seccionar los músculos pretiroideos que únicamente son separados. En el lado derecho había un quiste un poco mayor que una nuez, de contenido color oscuro. Después de liberar la cara anterior del tiroides se ligaron los pedículos superiores, se seccionó después el istmo y se continuó como de costumbre. Se tuvo cuidado también de seccionar siempre en sentido vertical y colocar todas las pinzas en este mismo sentido (Ideas de Crile).

Reconstitución como de costumbre con tubo de drenaje hacia el lóbulo derecho. Prueba de las ligaduras en el momento oportuno para comprobar una hemostasia perfecta.

Convalecencia sin ninguna novedad y sale de alta a los siete días.

Observación 7.

E. C. C. Enferma de 40 años, madre de tres hijos. A los veinticinco años de edad fué operada de un mioma uterino (Histerectomía subtotal).

La enfermedad actual la nota sólo desde Julio del presente año. Empezó con aumento de volumen en la parte inferior y lateral izquierda del cuello cuyo crecimiento ha sido bastante rápido pues a los tres meses alcanzó el tamaño de una mandarina o naranja pequeña. Este le producía disfgia penosa y dificultad para la respiración. Se agregaron síntomas de angustia, ahogos, palpitations y dolor precordial.

Es una enferma en buen estado general y psiquis tranquilo.

En el ojo izquierdo hay una catarata.

El tiroides se palpa muy poco aumentado de volumen, blando en el lado derecho. En el izquierdo hay un nódulo del tamaño de una mandarina de consistencia firme, redondeado, poco movable y ligeramente doloroso.

En el tórax no hay nada de especial y en el abdomen sólo la cicatriz mediana infraumbilical. El examen genital denuncia la histerectomía subtotal de hace quince años.

La presión arterial al Vaquez es de 12 y 8.

El examen de la orina es normal y la Constante de Ambard es de 0,216.

El Wassermann da hemolisis retardada.

Recuento globular y fórmula:

Glóbulos rojos 3.950.000. Blancos 7.650.

Polinucleares 59%. Eosinófilos 3. Monoculares grandes 12, mediano 6, linfocitos 19 y formas de transición 1.

Tiempo de coagulación in vitro 7 minutos y de sangría 3 minutos.

Operación:

Se operó sin una preparación especial salvo el reposo.

Anestesia paravertebral bilateral con quince gotas de adrenalina. No hubo ninguna reacción y la anestesia fué perfecta.

Tiroidectomía parcial bilateral por el método de Richter. No se seccionaron los músculos pretiroideos. El lóbulo derecho estaba ligeramente aumentado de volumen y el izquierdo ocupado completamente por un quiste que se extirpó dejando un trozo de su pared posterior que estaba muy adherido a la cápsula posterior del tiroides. El resto de la operación como de costumbre dejando un tubo de drenaje. La hemorragia fue prácticamente nula.

Convalecencia sin nada de especial.

Por el quiste este caso tiene gran similitud con el anterior diferenciándose en que el anterior era un hipertiroideo tóxico franco mientras que éste no daba ninguna molestia. En cambio en este había serias presunciones a favor de un diagnóstico de bocio neoplásico por su crecimiento en extremo rápido y ligera adherencia a los planos profundos.

Discusión:

DR. GANDULFO.—A propósito del trabajo del Dr. Zúñiga Latorre y a indicación del Dr. Sierra, hace observaciones sobre Bocio Infantil en relación con el caso operado por el Dr. Covarrubias

y cuya mejoría pudo comprobar como todos los miembros de la Sociedad.

Cita un trabajo de Robert S. Dinsmore de Cleveland Clinic (Surgery, Gynecology and Obstetrics, Febrero 1926) y otro publicado en Julio de 1928 en la misma revista) de Arthur B. Mc Graw de Detroit-Michigan.

El primero cita 48 casos de bocio infantil, de los cuales 11 no fueron operados. Además del rol familiar en la etiología, menciona 3 casos de Klein en que el bocio siguió a la extirpación de las tonsilas. Se da poca importancia a las infecciones como antecedente: coqueluche, escarlatina, amigdalitis.

No excluye de la etiología el shock nervioso: extracción de un diente seguido de crisis nerviosa interna y bocio exoftálmico en un niño de ocho años.

Por último establece que el yodo dado como tratamiento preventivo en las esencias puede determinar la enfermedad; sin embargo de Quervain aleja este peligro dando dosis que no pasen de tres miligramos en forma discontinua.

Graw se refiere a los casos de Dinsmore y agrega treinta casos de Helmholtz y cuarenta y ocho casos estudiados en otros países en 75 años, siendo el primero el de Præel (1857) y el segundo el de Labarraque (1860). Incluye la estadística de Klein que entre 3477 bocios encontró 184 de bocio infantil.

Mientras Dinsmore no cita casos antes de los cinco años y medio, Graw da la siguiente estadística:

Menores de 1 año	3 casos	4,5%
De 1 a 5 años	14 »	22%
De 6 a 10 años	25 »	39%
De 11 a 15 años	22 »	34,5%

Este último autor hace desempeñar un rol etiológico fundamental a las infecciones del niño y da la siguiente estadística:

Herencia	29%	Reumatismo	} 3% c/u
Tonsilitis	13%	Pneumonia	
Sarampión	13%	Difteria	
Coqueluche	9,5%	Malaria	
Escarlatina	6,5%	Pubertad inicial	
		Shock emotivo	
		Shock traumático	
		Antiguo traumatismo	

Dinsmore dice que el estudio del metabolismo basal es incierto en el niño porque no hay acuerdo respecto de lo que sería normal en él. Graw habla de metabolismo aumentado del más del 12 al más del 80 en cinco casos de los cincuenta por él estudiados.

A pesar de declarar Dinsmore que el tratamiento del bocio infantil es el mismo que para los adultos hace notar que se deben tener especiales cuidados dada la alta susceptibilidad del niño a los

estímulos e insiste en que estos enfermitos pueden quedar en condiciones muy delicadas después de la operación. Es partidario de la extirpación parcial de la glándula en los casos crónicos y cree que los casos de hipertiroidismo agudo son raros en el niño.

Graw es más eclético y declara que a pesar de que el hipertiroidismo del niño es un problema quirúrgico, debe tratarse primero médicamente (reposo y yodo en forma intermitente); si se fracasa se debe hacer la ligadura de las tiroideas superiores, aún exponiéndose a una segunda intervención si ésto no da resultados. De modo que la extirpación parcial glandular debe ser un recurso postrero y que sólo se justifica cuando los otros métodos han fracasado como tratamiento. Y esta conducta tendrá que seguirse *mientras no se tenga la seguridad que el tejido tiroideo no hace falta para el crecimiento, desarrollo y florecimiento normal de la pubertad del niño*; punto difícil de establecer y que se aclarará mediante el estudio del metabolismo basal, los cardiogramas, etc.

Finaliza sus observaciones el Dr. Gandulfo, diciendo que él no ha visto otro caso de bocio infantil que el operado con tanto éxito inmediato por el Dr. Covarrubias, a pesar de trabajar desde hace diez años en un hospital de niños. Lamenta la ausencia del distinguido profesor de clínica en la presente sesión ya que sería interesante seguir observando el caso en su evolución post-operatoria y tener presente las apreciaciones de los cirujanos norteamericanos si se presenta a su servicio otro bocio infantil.

Contribución al estudio del tratamiento de la degeneración microquistica de los ovarios.

DR. EDUARDO BUNSTER M.

(Continuación)

FUNDAMENTOS Y OBJECIONES AL MÉTODO DE LA DOBLE SECCIÓN NERVIOSA.

Al proponer una intervención como la descrita: *sección del paquete vasculonervioso ovárico y sección del plexo hipogástrico superior*, hay que estudiar por adelantado cuales serían los fundamentos anatómicos, fisiológicos, embriológicos y clínicos que permitan prever la inocuidad del procedimiento y sus posibles ventajas e inconvenientes.

Las nutridas estadísticas presentadas por diversos cirujanos europeos especialmente por Cotte Lérique y de Grisogono nos permite ahorrarnos consideraciones acerca del carácter inofensivo y de los posibles beneficios que se pueden conseguir con la sección del plexo hipogástrico superior o nervio presacro.

Nosotros trataremos pues, de establecer la importancia que pudiera tener la otra parte de la operación propuesta, es decir, la sección del paquete neurovascular ovárico en cuanto se refiere a la

conservación de las funciones de ese órgano y las expectativas de mejoría que en ella pueden cifrarse.

En efecto se trata de despojar al ovario de sus nervios y vasos originarios.

Esta sección neurovascular ¿es inofensiva o traerá trastornos en las funciones ovogenéticas y endosecretoria del ovario?

La menstruación, la fecundación, la gestación y el parto ¿serán perturbados?

Son esas las principales incógnitas cuya resolución definitiva quedará en parte en suspenso, sometida a la prueba del tiempo. Mientras tanto, y a título provisorio sólo haremos algunas consideraciones, que por estar apoyadas en los hechos observados pueden servir como base para futuras investigaciones.

Ante todo, es del caso considerar que papel desempeña el sistema nervioso en la función ovulatoria e incretoria del ovario.

A este respecto hay que volver la vista a la anatomía comparada. Ella nos enseña que en ciertos animales se nota desde las primeras segmentaciones del huevo fecundado, una cierta independencia en las células que contienen el protoplasma somático que pertenece estrictamente al individuo y las que integran el primer esbozo de la glándula sexual,—la gonada—que es patrimonio, más que del individuo mismo, de la especie a que éste pertenece.

Debemos a la amabilidad del Profesor Juan Noé, catedrático de Zoología e Histología en nuestra Universidad la siguiente exposición que aclara y precisa nuestra opinión:

«Las células germinales aparecen en muchos casos con gran precocidad, y a veces son filiación directa del cigote, es decir, del óvulo fecundado. Tal sucede p. ej. en el díptero *Mastor*, cuyo cigoto por efecto de la primera segmentación, da lugar a dos blastómeros, uno grande y otro pequeño, el primero con las segmentaciones y divisiones sucesivas formará los diferentes tejidos y órganos; el segundo, la gonada, es decir la glándula sexual.»

Igualmente el *Ascaris Megalocephala* diferencia, desde la primera segmentación dos blastómeros de carácter distinto; somático uno, genitalesomático el otro. Este último, al dividirse dará lugar a una célula somática y a otra genitalesomática. El proceso continúa así por algunas divisiones, hasta que queda aislada la célula genital definitiva, de la cual nacerá, al término del desarrollo embrionario, la gonada.

«En los vertebrados, la diferenciación definitiva de las células germinales es más tardía, apareciendo la gonada en el seno del epitelio del celoma (precisamente, del peritoneo primordial).»

Parecería pues, que existiera discontinuidad entre el plasma germinal de los descendientes y de los ascendientes. Sin embargo, es muy probable que tal discontinuidad sea sólo aparente, y que al revés, sea el mismo celoma una diferenciación de la gonada primitiva. Lang sostiene esta teoría, apoyándola en un rico material de pruebas, de las que recordaré solamente la que se refiere a los *Nemertinos* (platelmintos) En éstos se ve claramente, que la gonada primitivamente maciza se transforma en una vesícula, en un, como él lo llama, *gonocelio* (es decir, *vesícula de la gonada*). Sólo una parte

del epitelio de esta vesícula conserva su carácter primitivo germinal, dando lugar a los óvulos y a los espermios. Algo semejante sucedería en los vertebrados, cuyo celoma debería interpretarse como un gonocelio, éso sí, de gran desarrollo, formando las grandes cerezas. Por esto sería, por lo que el epitelio germinal aparece en los vertebrados como parte integrante del celoma y precisamente del peritoneo primitivo».

La fisiología por otra parte nos enseña que el óvulo y el espermatozoide, antes de fusionarse, poseen una acentuada independencia funcional.

Es absurdo concebir directivas de movimiento, nutrición y desarrollo que tuviesen su origen en el sistema nervioso del individuo que ha dado origen a los mencionados elementos.

El espermatozoide, desde el instante en que abandona al individuo donde se ha originado, queda completamente independizado de él, y atenido tan solo a estímulos quimiotrópicos bien demostrados en ciertas especies vegetales, y talvez a la influencia de radiaciones de origen celular—mitogénicas—cuyo estudio recién se ha comenzado (1).

Algo semejante ocurre al óvulo, el cual desde antes de la maduración folicular está seguramente desprovisto de toda influencia directiva nerviosa.

En efecto, el estímulo que determina su crecimiento, la maduración folicular y la ruptura del folículo en la especie humana, así como la transformación del cuerpo folicular en cuerpo lúteo, sabemos hoy día que no es sino una hormona originada en el lóbulo anterior de la hipófisis y a la cual sus descubridores, Zondek y Aschheim han llamado prolan A. (2).

Ahora bien, si el folículo en estado de actividad, es decir, en vías de maduración, no reconoce estímulos nerviosos que le sirvan de directivas, sino que obedece a influencias simplemente hormonales, es lógico suponer que los folículos atrésicos derivados de aquellos tampoco deben requerir para su desarrollo y posible función, un regulador o exitante de carácter nervioso.

Por otra parte, y ántes de que Zondek y Aschheim hubieran realizado sus clásicas investigaciones de los años 1924 y 1925, se conocía el hecho de que ovarios injertados y desprovistos por lo tanto de toda conexión nerviosa, siguen en muchos casos ovulando, como lo demuestran los cortes histológicos que ocasionalmente en la mujer—o experimentalmente en los animales—se han realizado varios años después de injertados.

La presencia de reglas en esos casos, es una prueba más a este respecto.

La literatura señala aún casos, en que el homoinjerto, es dé-

(1) A. Guzwitsch. Methodik der mitogenetischen strahlenforschung: Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. 1929. Pág. 1401.

(2) Aschheim & Zondek. Hypophysenvorderlappenhormon und ovarialhormon im Harm von Schwangeren. Klinische Wochenschrift. N.º 28. 1927.

B. Zondek. «Weitere Untersuchungen zur Darstellung, Biologie und Klinik des Hypophysenvorderlappenhormons (Prolan). Zent. Gyn. N.º 14. 1929. Página 834.

cir, aquel en que el trozo a injertarse es tomado en una mujer distinta de la receptora, ha continuado ovulando durante un tiempo más o menos largo (1).

Nosotros mismos hemos podido observar un caso en que las reglas que estaban suspendidas por 4 años, reaparecieron durante un año después de un homoingerto.

Morris (2) relata el caso de una mujer que 4 años después de una operación en la cual se extirparon ambos ovarios, conservándosele las trompas e injertándosele ovarios de otra mujer en los ligamentos anchos, tuvo un parto de término con niño vivo.

Estes (3) cita el caso de Bainbridge en el cual se relata la observación de una enferma operada en el año 1905, a la cual se le extirparon ambas trompas y ovarios, excepto un pequeño trozo de este órgano, que enteramente libre, fué injertado en el muñón de la trompa en el cuerpo uterino y cubierto con un trozo de epiplon; 4 meses después la enferma menstruaba y al cabo de año y medio tuvo un parto normal con niño vivo. Esta enferma que a la fecha de la operación tenía 39 años, continuó menstruando hasta los 51 años, época en que se produjo una menopausa normal.

Este caso es el de más alto interés, por cuanto muestra como un ovario enteramente desconectado de sus nervios y vasos originarios, puede conservar sus funciones durante 12 años sin sufrir la temida esclerosis que ahogue su tejido noble y entorpece su normal funcionamiento.

Por nuestra parte, la sección del paquete neurovascular de ambos ovarios en una de nuestras operadas, aquí presente, que era hasta entonces estéril, permitió la fecundación, la gestación a término y el parto normal. En otra en que se realizó la misma operación estando ya ella embarazada de 2 meses, no impidió que continuara la gestación llegando ésta normalmente a término. Ambos niños están vivos y se conservan sanos, con desarrollo normal.

Una tercera enferma, operada en la misma forma se encuentra embarazada de 9 meses.

Iguales o parecidos casos citan Lhermithe y Dupont, Cotte y Castaño.

[1] Vittorio Pettinari. «La Greffe ovarienne et ses application a la Therapie humaine». Gyn et Obst. Tomo XIII. 1926. pág. 19.

Vittorio Pettinari. «Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire» Paris 1928.

Serdukoff. «La transplantation des ovaires, ses indications, les particularités de la méthode, l'appréciation des résultats». «La Gynecologie. 1929. pág. 22».

The Tuffier et D. Bour. «Creffes d'ovaires, Résultats expérimentaux et cliniques concernant la menstruation, la fécondation et la grossesse». «Presse Med. N.º 64. Agosto 12-1925. p. 1073».

G. Gamborow. «Sur la question de la greffe homoplastique ovarienne». «Gyn. et Obst.» Tmo. XX, 1929. pág. 743.

(2) Robert Morris. «New York Med. Record. T. LXIX. 1906. pág. 697».

(3) Estes. «Ovarian implantation» Surg. Gyn. and Obst. 1914. p. 394.

Por lo demás, en todas nuestras operadas, la menstruación se ha conservado en iguales o mejores condiciones, haciéndose menos dolorosas o indoloras y normalizándose en cantidad y duración como es el caso de la N.º 2, que también presento en esta ocasión a la Sociedad de Cirugía. Podemos pues aceptar, que la ovulación y su consecuencia, la menstruación, son especialmente influenciadas por factores hormonales originados principalmente en el lóbulo anterior de la hipófisis y en el ovario mismo, mostrando esas funciones marcada independencia de la acción del tejido nervioso.

El sistema nervioso central y sobre todo el vegetativo, deben tener no obstante, alguna influencia sobre la menstruación. El desconocimiento de esa afirmación no permitiría explicarse las menorragias, detenciones bruscas de la menstruación y hasta amenorreas transitorias o definitivas que han seguido a un shock psíquico o moral.

La mayoría de los autores acepta para tales casos una influencia a través del sistema vascular, sin que sea dable precisar por el momento, si esa influencia se ejerce a nivel del sistema vascular uterino u ovárico.

Si se acepta que la función secretoria externa del ovario la constituye la ovulación, función cuya relativa independencia de la acción nerviosa está tan fuertemente fundamentada, será muy fácil aceptar la mínima o nula influencia que al sistema nervioso extrínseco del ovario debe tener en lo referente a la función endosecretoria de este órgano. En efecto, hoy día hay acuerdo entre los investigadores que se han ocupado de las secreciones internas de las glándulas sexuales aceptar que la secreción interna del ovario tiene su origen en el folículo y sus derivados (1).

Al decir derivados foliculares comprendemos en primer término al folículo mismo en vías de maduración, a su sucesor el cuerpo amarillo y a los folículos atrésicos cuyo conjunto va a constituir según la opinión más generalmente aceptada, la tan discutida glándula intersticial del ovario.

Respecto a la secreción de la foliculina misma está ella principal, pero no únicamente subordinada a la maduración folicular, a la ovulación, y obedece, por lo tanto, a las mismas directivas hormonales de origen pituitario que ya hemos señalado.

Asimismo, el producto legítimo de la acción del hormón antepituitario, el cuerpo amarillo, en su múltiple función endocrina encaminada: 1.º a estimular y mantener la evolución pregrávida (o premenstrual) de la mucosa uterina; 2.º a condicionar el trofismo del óvulo fecundado; 3.º a estimular la formación placentaria; 4.º inhibir el desarrollo folicular y el celo; 5.º a excitar el crecimiento de las mamas, tampoco reconoce, en estas variadas y concordantes acciones, una directiva nerviosa que la influyente, ya que los injertos de ovario desprovistos de conexiones nerviosas han demostrado la formación habitual de cuerpos lúteos funcionalmente activos.

Podemos pues, resumir este punto diciendo que las secreciones internas que hasta este momento se han demostrado claramente en el

(1) A. Lipschutz - La foliculina. Rev. Méd. de Chile. Julio 1929. (No. 7)

ovario no parecen ser, normalmente, influenciadas en forma directa en su génesis y calidad por el sistema nervioso.

El sistema nervioso extrínseco del aparato genital tampoco desempeña un papel de importancia en los procesos fisiológicos de la preñez, parto o período puerperal. Basta recordar a este respecto las experiencias de Rein (1), quien en una perra aisló cuidadosamente el útero de sus conexiones nerviosas simpáticas y parasimpáticas sin impedir posteriormente en ese animal la concepción, la gestación y el parto, todo lo cual se efectuó normalmente.

Kraul (2), que ha investigado la acción recíproca entre el sistema nervioso y el ovario, ha logrado establecer que la secreción del cuerpo amarillo es simpaticotropa, provoca un aumento de la presión sanguínea y que la foliculina tiene una acción vagotrópica, produce hipotensión, con lo que se explicaría las metropatías hemorrágicas en los casos de hipertrofia folicular, ya que el vago actuaría produciendo una vasodilatación por antagonismo sobre la acción simpática vasoconstrictora. La excitación del vago, como puede realizarse con inyecciones repetidas de la policarpina se traducen en la producción de ovarios poliquísticos por maduración incompleta de los folículos. La excitación del simpático con la adrenalina trae consigo un aumento del crecimiento folicular y de la glándula intersticial.

Sin desconocer la efectividad de tales hechos, hay que aceptar sin embargo, que esta acción recíproca debe ser, sin duda, de poca importancia para regular el funcionamiento armónico entre el ovario y el útero. Prueba de ello son los hechos antes citados y la circunstancia de que úteros aislados injertados en animales reaccionan ante los excitantes hormonales del ovario como si no hubiesen perdido sus conexiones nerviosas vasculares (3).

Este solo hecho demuestra pues, que el ovario al actuar sobre el útero no utiliza intermediarios nerviosos o vasculares, como lo ha supuesto Lérèche, sino que se trata de una acción directa del hormón sobre el tejido uterino mismo.

INERVAÇÃO DEL APARATO GENITAL INTERNO DE LA MUJER.

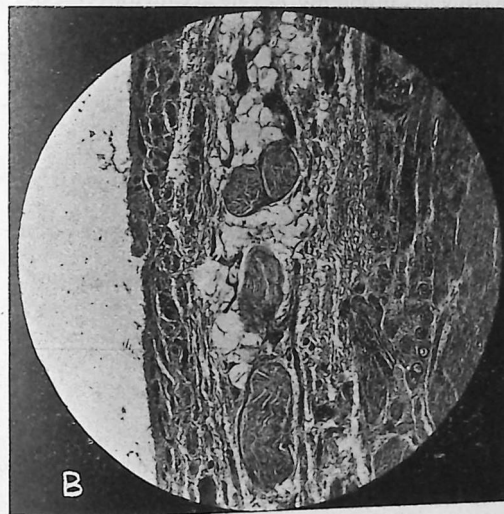
La inervación del aparato genital interno de la mujer no está del todo bien esclarecida: (4) quedan aún puntos oscuros por aclarar, como ser la relación entre los órganos y los elementos celulares nerviosos intra o paraorgánicos y las conexiones nerviosas que pueden existir entre el útero y el ovario a través del plexo hipogástrico.

(1) Citado por H. Vignes. *Physologie Gynecologique*. 1929. pág. 244.

(2) Ludwig Kraul.- «Der Einfluss der Innervation auf den Eierstock». *Archiv f. Gyn.* Vol. CXXXI. N.o. 3. 1928.

(3) Fettinan op. cit.

(4)- Ver a este respecto: Latarjet et Rochet «Le plexus hypogastrique chez la Femme-Gynec. et Obst. 1922.



A. B.—Cortes sagitales de ligamento uteroovárico de mujer. Muestran la riqueza en manjcos nerviosos. La sección de este ligamento y la investigación consecutiva de la degeneración waleriana en el ovario indicaría con seguridad si existe o no una inervación ovárica secundaria, en relación con el plexo hipogástrico.

Winiwarter y Berger (1) han señalado la presencia de células nerviosas abundantes en el hilio del ovario y en el ligamento ancho. Winterhalter (2) las ha encontrado en el espesor del ovario mismo.

La presencia de células nerviosas intrauterinas está plenamente demostrada desde 1894-95 por las investigaciones de Gawrovsky, de Chaskoff y las más modernas de Keiffer (3).

En la inervación de las vísceras pelvianas intervienen fibras nerviosas provenientes del sistema nervioso cerebroespinal (para simpáticos) y elementos nerviosos pertenecientes al sistema neurovegetativo (simpático).

Ambos sistemas en su parte terminal aparecen íntimamente asociados.

Las fibras nerviosas provenientes del sistema nervioso central (parasimpático) se condensan en tres filetes nerviosos que se originan en las raíces 2.ª, 3.ª y 4.ª del plexo sacro para formar en su conjunto el *nervio erector de Eckard o de Maret*, que por su extremo va a constituir asociándose a los elementos simpáticos que señalaremos a continuación el plexo o ganglio hipogástrico de Lee-Frankenhauser.

Las fibras provenientes del sistema nervioso vegetativo (simpático) penetran a la pelvis por 3 vías principales:

1) *Nervio presacro de Latarjet* llamado también plexo hipogástrico superior o plexo uterino mayor. Es la continuación del plexo simpático preaórtico que después de la bifurcación de este vaso se sitúa por delante del promontorio y de la cara anterior del sacro para decidirse luego en dos conjuntos nerviosos, derecho e izquierdo, que se llaman plexos hipogástricos inferiores o laterales, los cuales van a terminar en el plexo hipogástrico de Lee-Frankenhauser. Este es un conjunto de fibras nerviosas confusamente entremezcladas y salpicadas de pequeños conglomerados de células nerviosas que se encuentra situado junto a la cara lateral del recto y del cuello uterino, formando parte de la porción más posterior de los ligamentos uterosacros.

2) *La cadena lateral del simpático sacro* envía también fibras al ganglio hipogástrico.

3) *El plexo ovárico* nace del plexo renal e intermesentérico en cuyo origen, existe según algunos autores un ganglio nervioso, desciende junto con los vasos ováricos hasta el hilio de este órgano para penetrar ahí en el espesor del parenquima ovárico. Algunas fibras continúan por el espesor del ligamento uteroovárico y van a rematar en la trompa y en el útero.

Las microfotografías A y B muestran la existencia de gruesos filetes nerviosos existentes en el espesor del ligamento uteroovárico.

[1] a)-Al. Crainicianu *Trat. chirurgical des algies pelviennes en gynecologie. Etude Anatomo-physiologique.* Presse Méd. 1928, pág. 661

b)-R. Segond. *Inervation des organes genitaux de la Femme.* Paris 1926 O. Oertel. *Anatomie, Histologie und Topographie des weiblichen urogenital apparatus.* Biologie und Pathologie des Weibes-Halbanu. Seitz 1923. página 291.

[2] Citados por Vignes-Physiologie gynecologique 1929 Página 242.

[3] Citado por Testut. *Anatomía humana.* Sexta edición. Tomo IV. pág. 818

No se sabe con certidumbre si existen fibras nerviosas que provenientes del ganglio hipogástrico o directamente de la cadena lateral del simpático van a inervar el ovario.

El estudio de la degeneración valeriana que debe ocurrir en las fibras nerviosas intraorgánicas a continuación de la sección del ligamento uteroovárico, vendría a demostrar la existencia de esa disposición anatómica hasta ahora negada por la mayoría de los autores.

La existencia de tales fibras es de gran importancia clínica, pues vendría a demostrar la causa de la persistencia o reaparición de fenómenos dolorosos inmediatamente o al cabo de un plazo más o menos largo después de hacer la sección del paquete neurovascular ovárico en los casos de degeneración polimicroquística de este órgano.

La observación clínica de tales hechos nos ha hecho pensar en la posibilidad de la existencia de tales fibras y constituye una de las razones que nos ha movido a agregar a la sección del paquete neurovascular ovárico la sección del nervio presacro en el tratamiento de la enfermedad de que nos ocupamos.

La mayor parte de las fibras nerviosas que llegan al plexo hipogástrico no hacen sino atravesar este conglomerado nervioso que vendría a ser así una especie de «carrefour» pelviano.

Otras fibras, en menor número, tendrían su origen o terminación en relación con las células nerviosas ganglionares del plexo hipogástrico.

¿Serían fibras nerviosas originadas en estas células ganglionares pararectouterinas las que irían a sumarse a la inervación propia del ovario? ¿Serían fibras provenientes del nervio presacro, las cuales pasarían solamente por el ganglio hipogástrico para seguir un trayecto recurrente hacia el ovario a través de la parte interna del ligamento ancho?

La importancia relativa que en la inervación ovárica pudiera tener esta hipotética vía nerviosa inferior nos la señala la embriología.

El ovario se desarrolla en un bosquejo embrionario llamado cresta genital que ocupa la superficie medioventral del riñón primordial.

Después de diferenciarse desciende paulatinamente desde su situación yuxtarenal hasta la cavidad pelviana. Esto nos explica porque los nervios y los vasos propios del ovario se originan en una región relativamente alta de la cavidad abdominal y muestra también la razón de los dolores lumbares y renales en las dismenorreas ováricas.

Una inervación secundaria del ovario proveniente del plexo hipogástrico parauterino (G. de Lee o Frankenhauser) sería en todo semejante a lo que sucede con la circulación del ovario. En efecto el ovario en los primeros estados de su evolución sólo recibe aporte sanguíneo de la arteria ovárica, rama de la aorta abdominal. El descenso del ovario y su aproximación al útero órgano que desde el primer momento ha tenido una situación pelviana, es completado por la anastomosis por inosculación entre los vasos uterinos y ováricos. El ovario llega a recibir posteriormente esa inervación se-

cundaria partida desde la región yuxtauterina, ella será sin duda de menor importancia que aquella otra que le es embriológicamente propia y originaria.

Al no existir una conexión nerviosa directa (pelviana) o indirecta (a través del plexo renal o intermesentérico) entre el ovario y el plexo hipogástrico que explique tales hechos, es posible aún, suponer otra patogenia que podría llamarse *neurohormonal*.

Se trataría de una acción primaria, de naturaleza hormonal que provocaría el ovario sobre el útero; éste afectado patológicamente por esta acción sería el punto de partida de sensaciones dolorosas que por el nervio presacro y tal vez por otras vías, sería transmitida al sistema nervioso central, (acción secundaria nerviosa).

Esta concepción patogénica o la existencia de la conexión nerviosa ovaricalhipogástrica hace explicables algunos hechos que de lo contrario sería de difícil interpretación. Así por ejemplo Gregoire (1) ha empleado con éxito la histerectomía simple con conservación de los anexos en casos de dolores por degeneración poliquística de los ovarios.

Cotte (2), por su parte, dice haber obtenido siempre éxito con la simple sección del nervio presacro (plexo hipogástrico superior) en casos de dismenorrea uterina y algunas veces de la misma índole.

Parecidos resultados ha obtenido Grisogono (3) en Italia en 30 casos operados por el método de Cotte.

De no existir una conexión nerviosa como la hemos supuesto no se comprende como hacer concordar los hechos establecidos por Roux, Lhermithe y Dupont, que señalan como punto de partida de los dolores de la degeneración microquística de los ovarios neuromas y neuritis intra y yuxtaováricas y los resultados clínicos obtenidos con la sección del nervio presacro, que según los hechos anatómicos hasta ahora establecidos, no debería contener fibras nerviosas cuya terminación sensorial estuviera en el ovario.

Nosotros, que desde 1928 venimos haciendo la sección y ligadura del paquete vasculonervioso ovárico a nivel del ligamento suspensor del ovario hemos obtenido una buena proporción de fracasos, la mayor parte relativos, es decir, casos en que sólo hemos conseguido una atenuación más o menos considerable de los dolores sin obtener su completa desaparición. Pero en casos reoperados en que había fracasado la sección del nervio presacro el éxito ha sido casi siempre completo.

Con frecuencia los dolores que provoca la degeneración microquística de los ovarios pueden coexistir con otras lesiones pelvianas, ya del útero o de sus ligamentos también provocadores de sensaciones dolorosas. Un ejemplo de esto lo constituyen las lesiones inflamatorias crónicas de los ligamentos úterosacros que con tanta

(1) Segond. Soc. cit. Página 52.

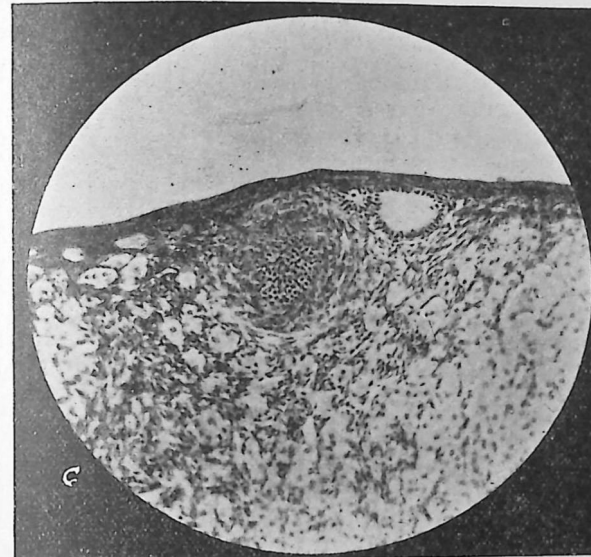
(2) Cotte. Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. 1928. Cotte et Dechaume. Journal de Chirurgie. 1925-página 476.

(3) Grisogono. «La resezione del nervo simpatico presacrale nella ginecologia operativa». Anni di Ostetricia e Ginecologia. LI. N.º 5. Mayo 1929. página 567.

insistencia ha señalado Condamin denominándola Douglassitis (1).

La existencia de esas posibles conexiones nerviosas uteroováricas y lesiones pelvianas extraováricas coexistentes en una degeneración microquística de los ovarios es lo que puede hacer fracasar la sección del nervio presacro (operación de Cotte) o la sección del paquete neurovascular del ovario (operación de Ruggi) efectuadas la una o la otra como operaciones aisladas.

De todo esto se deduce que el método que preconizamos, al ser más completo, al comprometer la vía nerviosa ovárica en dos puntos topográficamente distintos y bien separados, y al seccionar ner-



C—Ovario normal de coneja adulta antes de hacer la ligadura del paquete vascular principal del ovario.

vics provenientes de otros tejidos dolorosos, debe dar necesariamente, resultados más seguros y duraderos.

Después de todo lo dicho, en que hemos tratado de apoyar el concepto de que la función ovárica se desenvuelve con marcada independencia del sistema nervioso, ha llegado el momento de preguntarse cual es la función que le está encomendada a los nervios de ese órgano.

Sin entrar en mayores detalles, que nos llevarían fuera de la órbita de este trabajo, diremos que se admiten las siguientes funciones:

(1) Condamin. Introduction à l'étude de la douglassite. Douglas et para-douglas chez la femme. Lyon Médical. 1927. N.º 45. pág. 481.

Condamin. Le Douglas, cerveau pelvien de la femme. Lyon Médica. 6. V. 1928 etc.

- a).—Acción sobre la motividad vascular.
 b).—Acción trófica sobre los tejidos.
 c).—Trasmisión de la sensibilidad orgánica.

La excitación de las fibras simpáticas traería la vasoconstricción; su sección, por el contrario, haría predominar el parasimpático (nervio pelviano, nervio erector de Eckard) con vasodilatación consecutiva.

Por éso, al hacer la sección del plexo hipogástrico superior (nervio presacro) en que predominan en forma considerable las formas amielínicas del simpático, se produce una vasodilatación pelviana temporal, que dura algunas semanas.

En cambio, la sección del paquete neurovascular ovárico no traerá un fenómeno semejante en ese órgano, porque sus vasos originarios mismos han sido seccionados y ligados.

Respecto a la acción trófica de los nervios ováricos sobre esta glándula, es indudable que no puede ser negada, ya que esa acción del sistema nervioso es general para todos los tejidos del organismo.

Pero si hemos de aceptar como efectivas las afirmaciones de Roux, Lhermitte y Dupont, referentes a la existencia de neuromas y neuritis intra y paraováricos en la degeneración microesclerótica de este órgano, habría también que considerar que esa función debe estar en tales casos, necesariamente perturbada o abolida, y por lo tanto, al estar desviada patológicamente, su supresión no acarrearía un daño efectivo al órgano mismo.

Aschner (1) habría probado una atrofia de la glándula intersticial después de la sección de los nervios del ovario.

En realidad, la importancia de la glándula intersticial en la mujer ha pasado a segundo término; su existencia es negada por varios autores (2) y es por lo menos, dudosa.

El descubrimiento de las propiedades del líquido folicular hecho por Frank, de Estados Unidos; por Courier, Champy y Seaborn, en Francia; confirmado y precisado con el método del frotis vaginal, unido a la demostración de las propiedades del hormón antehipofisario descubiertas por Zondeck y Aschheim (3) en 1925, han venido a restarle todo su interés a la tan debatida cuestión de la glándula intersticial en la mujer.

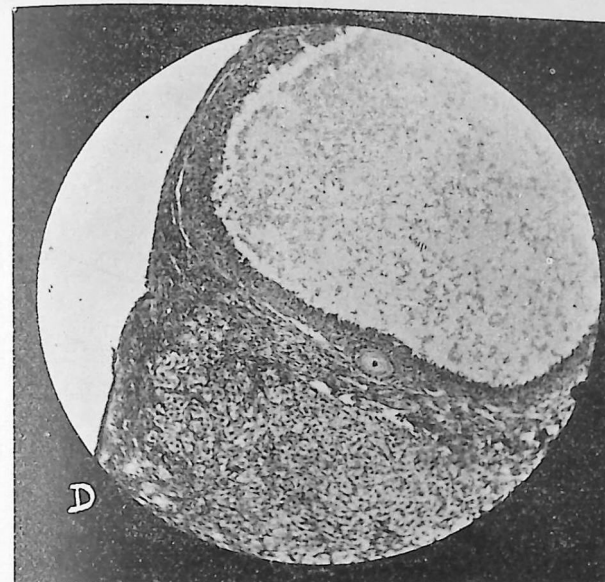
No obstante y con el fin de señalar hasta qué punto puede ser nocivo el privar de sus vasos y nervios anexos al ovario hicimos algunas experiencias en la coneja, animal cuyo ovario posee un tejido epitelial intersticial especialmente desarrollado y cuyos resultados, que serán presentados en detalle en un próximo trabajo, podemos resumir así:

En las conejas operadas a las cuales se les seccionó y ligó el pedículo nervioso ovárico principal, no presentaron al cabo de un

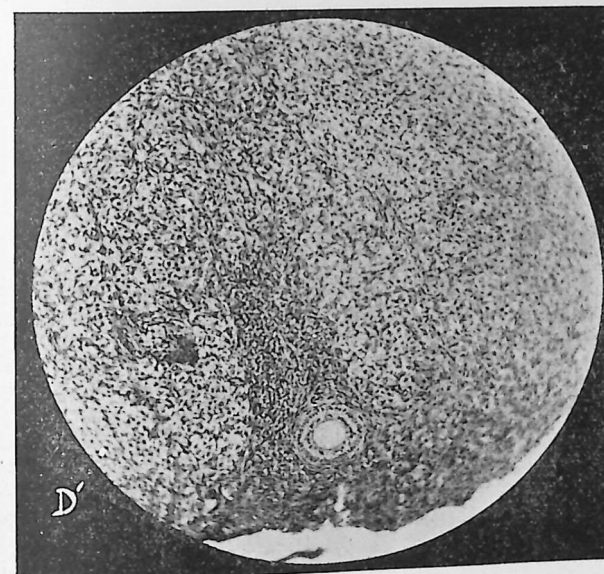
(1).—Citado por Cotte. Op. cit.

(2).—Fraenkel (1905. pág. 508); Schaefer (1911. pág. 531); R. Meyer (1921). Citados por A. Lipsschutz en su libro «Secreciones internas de las glándulas sexuales», 1928. Pág. 215.

(3).—Zondeck y Aschheim. Loc. cit.



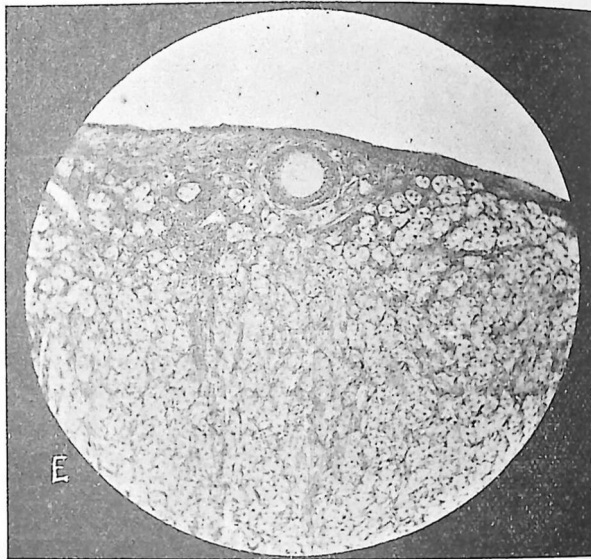
D.—Ovario de coneja adulta un año después de la ligadura y sección del paquete vascular principal. Nótese en la parte inferior del folículo maduro al óvulo, de aspecto normal. Por debajo se observa el tejido epitelial intersticial bien desarrollado.



D'.—Otro aspecto, a menor aumento, del mismo ovario de la microfotografía D que demuestra que no existe tendencia a degeneración quística. Se ve un folículo en vías de crecimiento rodeado de tejido intersticial epitelial.

año, manifestaciones de esclerosis en la parenquima del ovario. (véase microfotografías C-D-D').

En una coneja a la cual se le seccionó y ligó todos los vasos macroscópicamente visibles que se dirigían al ovario, se presentó al cabo de un año, una degeneración quística del ovario. Este presentaba el tamaño de una arveja y estaba transformado en un quiste de contenido líquido, color rojo vinoso. (microfotografías E y F).



E.—Ovario normal de coneja, antes de hacerle la ligadura de todos los vasos aferentes o eferentes claramente visibles.

En todo caso, si fuera efectivo lo aseverado por Aschner de que el ovario privado de sus nervios va a sufrir una esclerosis rápida, sería siempre preferible una esclerosis ovárica, al cabo de algunos años, con menopausa lenta y natural a una castración total.

«Quand les douleurs sont devenues continues, intolérables, que le traitement médical a échoué, une intervention est légitime. Mais, quelle intervention choisir? En principe, nous préférons l'intervention radicale, la castration totale. L'hystérectomie d'emblée, il est vrai, n'est point elle-même une garantie contre le retour des névralgies pelviennes.....» (1) dicen Forgue y Massabuan. Ante este dilema, es bien preferible aceptar la posibilidad de una esclerosis ovárica a dejar a la enferma sin útero, ni ovarios, ni garantía segura de mejoría.

Al hacer la sección del paquete neurovascular del ovario se secciona la arteria y las venas propias de este órgano.

Debemos pues, preguntarnos si esta doble sección vascular es

[1].—Forgue et Massabuan.—Gynecologie - 1927 - Página 624.

inofensiva, o si de ella pueden derivarse trastornos circulatorios que comprometan la vitalidad del órgano.

Todos los anatomistas están de acuerdo en considerar que la anastomosis, que por inosculación se hace entre la arteria ovárica y la uterina es constante.

Con el objeto de verificar esta aseveración hemos hecho 20 disecciones en cadáveres y piezas operatorias consiguiendo no sólo confirmar esta aseveración sino que hemos podido darnos cuenta de



F. Quiste ovárico observado un año después de la ligadura de los vasos ováricos claramente apreciables.

que el calibre de la porción yuxtaterina del arco anastomótico es siempre superior al calibre de la arteria ovárica misma.

De esto se deduce que *en cuando a masa sanguínea se refiere, la parte principal de la circulación ovárica se hace a expensas de la arteria uterina.*

Además, hemos comprobado en todos los casos, conexiones vasculares íntimas entre los vasos del ovario y los de la trompa, ligamento redondo y ligamento ancho.

Las anastomosis son múltiples; la arteria ovárica se divide, antes de penetrar al hilio del ovario en la ovárica propiamente dicha que se anastomosa con la gruesa colateral uterina que ya mencionamos, y la tubaria externa, la cual va a fusionarse con la tubaria interna, rama terminal de la uterina.

En esta forma queda constituido, alrededor del ovario un verdadero círculo vascular, que a mayor abundamiento se envía anas-

tomosis pequeñas y muy tenues que se pueden observar muy bien mirando por transparencia el ligamento ancho y sus dependencias, el mesosalpinx y el mesoovario.

Las angiografiías obtenidas inyectando lipiodol por la arteria uterina muestran, en parte, la intimidad de las relaciones vasculares de que hablamos. Muestran además, la disposición especial de los vasos uterinos, sin duda relacionada con la función tan especial de los órganos genitales. En efecto, tanto los vasos uterinos como los ováricos son flexuosos, siguen un trayecto espiralado, en resorte. En ausencia de embarazo tienen un calibre que corresponde al volumen de los órganos irrigados.

Apenas iniciada la gestación aumentan de longitud, se estiran las espiras y aumenta el diámetro de todos los vasos. Se trata pues, de vasos potencialmente más desarrollados de lo que aparentan ser, *especialmente capacitados para suplirse unos a otros* y para crecer a medida de lo que corresponda a las funciones que estén desarrollando los órganos en que se distribuyen.

Esta característica tan especial de los casos genitales, llamados a experimentar cambios bruscos de volumen, de posición y esta solidaridad tan completa y múltiple de este sistema hacen perfectamente lógica la hipótesis que supone que la ligadura de los vasos ováricos no puede traer trastornos en el funcionamiento de este órgano.

Aún más, si hemos de atenernos a la teoría que supone la existencia de un factor congestivo, activo o pasivo en la génesis de la ooforitis esclerocística, llegaremos a la conclusión que la sección vascular debe ser altamente beneficiosa ya que terminará con la congestión pasiva y disminuirá la congestión activa al suprimir la arteria ovárica.

CONCLUSIONES.

- 1). La existencia de una conexión nerviosa más o menos directa entre el ovario y el plexo hipogástrico de Le-Frankenhauser no está demostrada, pero existen fundamentos de orden quirúrgico que permiten sospecharla.
- 2). Hasta el momento no se ha probado que los nervios del ovario desempeñen un papel de importancia en la ovulación ni en la función endosecretoria de los ovarios, estando su papel limitado a acciones tróficas, vasomotoras, y relacionadas con la sensibilidad.
- 3). En 20 disecciones anatómicas que hemos realizado, hemos comprobado en todas ellas la existencia de una solidaridad circulatoria muy completa entre las distintas porciones del aparato genital femenino interno.
- 4). La circulación de los ovarios y sus anexos es potencialmente más desarrollada que lo que aparenta ser.
- 5). La sección de los paquetes neurovasculares del ovario no impide ni trae alteración ninguna apreciable en la ovulación, fecundación, gestación, parto y regresión puerperal.
- 6). En la degeneración microquística de los ovarios, la sección

del nervio presacro (plexohipogástrico superior) y la sección del paquete neurovascular de los ovarios, efectuadas la una o la otra como operaciones aisladas, dan con frecuencia mejorías incompletas o no definidas; realizadas simultáneamente en conjunto, dan una mejor garantía de alivio completo y persistente.

Estimamos que el tratamiento racional de la degeneración microquística de los ovarios debe consistir en:

- a) La sección del paquete neurovascular del ovario enfermo que suprime la congestión activa y pasiva (causa inmediata o coadyudante de la enfermedad) y el dolor (efecto, al seccionar la vía sensitiva del ovario).
- b) La sección del nervio presacro que aumenta el coeficiente circulatorio pelviano, excepto el del ovario mismo, suprime los dolores, que nacidos de cualquier punto del aparato genital puedan ascender por esa vía y disminuye por lo tanto la posibilidad de transmisión dolorosa originada en lesiones extraováricas: (douglassitis, parametritis, dolores de origen uterino, etc.)
- c) La extirpación de los quistes ováricos de cierto volumen.
- d) La resección parcial del ovario en caso de existir en la sintomatología, menorragias o polimenorreas.
- e) El tratamiento de las demás lesiones concomitantes.
- 7). La sección del paquete neurovascular principal del ovario de la coneja no trae, al cabo de un año lesiones histológicas aparentes en el órgano. La sección de todos los vasos macroscópicamente visibles que dirigen o salen del ovario de la coneja fué seguida, de degeneración quística del ovario.

Concluye sometiéndolo a la consideración de la Sociedad cuatro operadas en la Clínica Ginecológica por afecciones que tendrían relación con el trabajo que leyó en la sesión anterior y con el que acaba de presentar. Analiza los síntomas principales que tenían estas pacientes, el tratamiento operatorio empleado, (asociando otros actos operatorios a la doble sección nerviosa) y los resultados obtenidos hasta la fecha.

Como tiene que presentar otras operadas más de esta serie, pide se deje mientras tanto en suspenso la publicación completa de estas observaciones.

Sesión del 24 de Septiembre de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo

Acta

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

Comunicaciones

Tres operaciones craneanas y las trepanaciones incásicas del Perú.

DR. JUAN GANDULFO.

He creído de interés traer al seno de la Sociedad de Cirugía de Chile tres observaciones de enfermos operados en la Asistencia Pública entre la Pascua de 1928 y la de 1929 y en los cuales ensayé una técnica que aspira a descomprimir el cerebro, dejando el cráneo casi íntegro.

Todos los cirujanos sabemos que aquellos enfermos sometidos a trepanaciones a raíz de accidentes traumatizantes o exigidas para la curación de enfermedades encefálicas, están expuestos a complicaciones cerebrales inmediatas o tardías, cuya causa es el engrosamiento de la meninge frente al sitio de trepanación o adherencias de la corteza a sus envolturas o aún al cuero cabelludo. Numerosos son los enfermos atacados de epilepsia jacksoniana, de parálisis (monoplejías, hemiplejías), de trastornos psíquicos y de otras complicaciones a raíz de tales intervenciones.

Con el objeto de disminuir su número hemos intentado en tres accidentados, la técnica reparadora que pasamos a describir.

Ampliada la herida del cuero cabelludo, o practicada una incisión en omega que nos permita poner al descubierto toda la superficie hundida y sus contornos, extraemos cuidadosamente todas las esquirlas y trozos de hueso hundido que depositamos en un lavatorio con suero fisiológico caliente, donde se someten a un lavado prolijo resecaando, si hay necesidad, las partes sucias y las partes salientes. Mientras un ayudante se encarga de esta tarea, exploramos las meninges. Si laten y están íntegras, regularizamos un poco los bordes del hundimiento tratando de ajustar en ellos, los trozos de hueso que ha lavado el ayudante. Si la meninge está rota y hay

hemorragia de ella o de la corteza, la cohibimos con compresas de suero tibio y ligaduras finas.

Si la meninge descubierta no late, la incindimos y una vez descomprimido el cerebro y que se registran latidos nuevamente, hacemos una sutura cuidadosa de sus envolturas.

Cuando la corteza está destrozada, eliminamos las partes destruidas de masa cerebral y después de cohibir la hemorragia, suturamos las meninges. En todos estos casos hemos obturado la brecha del hundimiento con los trozos de hueso resultantes de la fractura. El mayor peligro radica en la posibilidad de que ellos se hundan nuevamente en las meninges o en la corteza cerebral. Por eso hay que cuidar mucho de su ajuste y buena posición.

Hecho ésto, dejamos un desagüe de media caña de caucho o con una trenza de crín cuya extremidad profunda esté frente a un intersticio de la fractura y que corre entre el hueso y el colgajo de las partes blandas y cuyo extremo superficial asoma al exterior por uno de los ángulos de la herida. Luego cerramos con puntos de crín separados. El drenado o desagüe lo retiramos generalmente, a las 48 horas. Durante toda la intervención hacemos una irrigación permanente del campo quirúrgico exprimiendo en él, compresas empapadas en suero fisiológico tibio.

De nuestros tres operados en estas condiciones, dos sanaron en una semana y el tercero falleció bruscamente a las 48 horas, posiblemente a causa de una embolía. Practicamos personalmente la autopsia de la región operada y pudimos comprobar la buena situación de las placas óseas y la ausencia de sangre o de otro elemento compresor de la corteza.

Observación N.º 1.

A. A. B., de 45 años de edad. Sexo femenino. Fecha de llegada: 24 y media horas del 25 de Noviembre de 1928.

Antecedentes personales y hereditarios: no da.

Enfermedad actual: hace algunas horas recibe un fuerte golpe con una pata de un catre de fierro en la cabeza que la deja sin conocimiento durante algunos minutos. En estas condiciones es traída a la Asistencia Pública, sangrando abundantemente por la herida.

Examen físico.—Enferma inconsciente que presenta una herida contusa frontoparietal izquierda desnuda con hundimiento de la bóveda craneana de 5 cms. de diámetro. Además impotencia funcional del brazo derecho por una luxofractura acromioclavicular de ese lado. 95 pulsaciones por minuto. Temperatura: 36,6.º

Intervención:

Ampliación de la herida traumática por incisión cruciforme. Hemostasia del cuero cabelludo. Levantamiento cuidadoso de las esquirlas de un hundimiento cuneiforme. Después de lavar cuidadosamente los trozos óseos y regularizar los bordes de la brecha ósea, se reponen aquellos obturando ésta; previa comprobación de la integridad de las meninges y de que éstas registran latidos cerebrales.

Se finaliza afrontando el cuero cabelludo con puntos separados y se deja un drenado de crín.

Evolución:

En las 48 horas siguientes la enferma se siente muy bien. La temperatura y el pulso son normales.

El tercer día se cambia el apósito que está limpio. Se quita el drenado de crín. No supura ni sangra.

Al quinto día se quitan los puntos. Cicatrización per primam. De alta a su casa.

Observada meses después la enferma no presenta nada de anormal.

Observación N.º 2.

C. P. P., profesión, empleado. Edad 20 años. Sexo masculino. Fecha de llegada, 19,35 horas del 12 de Enero de 1929.

Antecedentes personales y hereditarios: no los da.

Enfermedad actual: refiere que hace una hora y media fué atropellado por una góndola para pasajeros. Sintió un fuerte golpe en la cabeza y perdió el conocimiento, recuperándolo minutos después mientras venía la Ambulancia de la Asistencia Pública. Momentos después de esta relación el enfermo entra en un estado de somnolencia y torpeza intelectual; grita pidiendo defecar y orinar; tiene una deposición, pero no orina apesar de los esfuerzos que hace.

Examen físico.—Enfermo muy pálido, semiinconciente; pulso lento: 52 pulsaciones al minuto; temperatura, 36, 8.º. Presenta en la región frontotemporal izquierda una herida profunda, que deja salir sangre en abundancia. A la exploración instrumental se nota un borde óseo dentellado; a la exploración digital se comprueba un hundimiento óseo de 5 cms. de diámetro, del cual se palpan los bordes. En la región ciliar izquierda hay una pequeña herida contusa.

Practicada una punción lumbar se comprueba: líquido céfalorraquídeo hemorrágico a gran presión.

Intervención:

Incisión en omega del cuero cabelludo en contorno de la oreja izquierda, comprendiendo la herida traumática. Se retiran dos trozos de huesos y dos esquirlas que estaban hundidas en las meninges. El cerebro no late. Se incinde la duramadre: sale sangre en abundancia y papilla cerebral. Se cohibe la hemorragia y a continuación se sutura la duramadre. Después de ésto, se ve latir el cerebro.

Se regularizan los bordes de la brecha derecha ósea, comprobando en su parte anterior una abertura en el lado izquierdo del seno frontal. Se colocan dos placas óseas que obturan la brecha y se cierra el plano musculoponeurótico con puntos separados. En igual forma se sutura el cuero cabelludo, dejando un haz de crín que va de un extremo a otro de la incisión, desaguando los distintos planos de afrontamiento. Se cubre con un apósito plano y un vendaje en capelina.

Evolución:

El día siguiente pasa exitado: se queja de calor al cráneo y se saca el vendaje. En la tarde se tranquiliza y se da cuenta de su estado. El pulso se hace más frecuente (62 pulsaciones al minuto).

Al cambiar la curación, el apósito se encuentra humedecido en un líquido serosanguinolento.

Al día subsiguiente no presenta trastornos psíquicos ni de la motilidad. El enfermo empieza a alimentarse y el pulso asciende a 84 pulsaciones por minuto.

Al tercer día de operado no acusa otra molestia que una sensación de «latido» en la zona operatoria.

Al cuarto día se quita el crin de desagüe porque el apósito estaba limpio.

Al sexto día se retiran los puntos y se comprueba cicatrización per primam. El enfermo es enviado a su casa vigilado por la visitadora social.



[1] Vista panorámica de la Gran Necrópolis de Cerro Colorado en la que se ve los fardos de las momias tal como fueron halladas. [Según el modelo del Museo de Arqueología Peruana].

Posteriormente se hizo una radiografía estereoscópica, la cual demostró la buena posición de las placas óseas que obturan la brecha de trepanación.

Examinado un año después el enfermo no presenta nada de anormal.

Observación N.º 3.

S. G. D., profesión, agricultor. Edad, 26 años. Sexo masculino. Fecha de llegada: 19 horas del día 22 de Julio de 1929.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

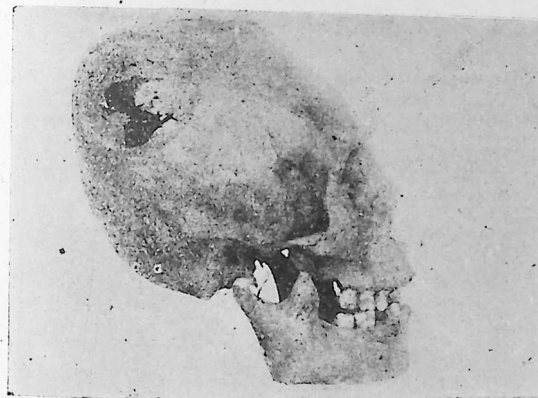
Enfermedad actual: hace tres horas sufrió una caída de un caballo. Desde ese momento está sin conocimiento,

Examen físico.—Enfermo en estado de shock traumático que presenta las siguientes lesiones: fractura del tercio inferior del fémur derecho y tercio medio del antebrazo izquierdo. Erosiones de ambas piernas. Herida contusa y fractura expuesta con hundimiento y salida de masa encefálica de la región frontal izquierda. Pulso: 70 pulsaciones al minuto. Temperatura: 37.º.

Después de colocar suero antianaerobio, estimular al enfermo e inmovilizar los miembros fracturados, se interviene.

Intervención:

Regularización y resección parcial de los bordes de la herida del cuero cabelludo. Limpieza cuidadosa de ella por irrigación abundante de suero fisiológico tibio: se extraen pequeños coágulos y esquirlas mezcladas con pequeños trozos de masa encefálica. Se prolonga la herida 4 cms. hacia atrás y hacia adelante hasta la cabeza de la ceja izquierda, aparecen cuatro grandes fragmentos óseos incrustados en las meninges por cuyas roturas sale sangre y corteza cerebral mezcladas. Se levantan los trozos óseos hundidos y se lavan 5 veces en suero caliente. Se suturan las meninges y se obstruye la



[2] Cráneo trepanado N.º 12/7508. La trepanación se ha operado mediante el raspado con cuchillos de obsidiana. La operación ha comprometido la tabla externa y el diploe en considerable extensión, dejando a salvo la lámina vítrea. Caverna II de Cerro Colorado. Paracas.

ventana ósea frontal (que tenía 8 cms. de diámetro trasversal y 6 cms de diámetro longitudinal) con 3 placas óseas, cuidando que queden bien ajustadas unas contra otras, exagerando la convexidad frontal sobretodo en su parte inferior. Se tienden dos medias cañas de cautchux de desagüe bajo los colgajos blandos y se suturan éstos con puntos de crin separados. Vendaje, capelina.

Evolución:

Al día siguiente despierta muy exitado. El pulso asciende a 140 pulsaciones al minuto y la temperatura a 37,½.º. Tiene un ata-



[3] Cráneo trepanado. N.º IV de C. Colorado. Paracas.



[4] Cráneo trepanado N.º 12/6628. La operación ha sido hecha en la frente y la herida cubierta con una lámina de oro. Gran Necrópolis de Cerro Colorado. Paracas.

que convulsivo. Parado éste, se arranca la curación y el tubo de desagüe de la parte anterior. Por esto se le inmoviliza el miembro superior derecho en extensión. Al curar la herida, ésta presenta ligera secreción trasparente amarillenta en los bordes, se toca con tintura de yodo. Bajo el cuero cabelludo se palpan las placas óseas inmóviles y en buena posición.

Al día siguiente se tranquiliza. A las tres de la tarde, hora de visitas, muere bruscamente.

La autopsia de la región operada demuestra que las placas óseas estaban en buena posición. No se encontró líquidos, ni coágulos que comprimiran la corteza en la región frontal izquierda.



[5] El cráneo de la fig. 4, después de separada la lámina de oro que protegía la parte trepanada del frontal



[6] Cráneo trepanado N.º 12 7507. Se ven los hilos que sirvieron para suturar el cuero cabelludo después de la operación.

Antes de morir tenía 120 pulsaciones al minuto y 37 $\frac{1}{2}$.º de temperatura.

A propósito de la técnica empleada en las tres intervenciones anteriores y para quitarle toda pretensión de novedad, he creído de interés referir algunos hechos observados en Lima en un viaje realizado al Perú a propósito del 6.º Congreso Panamericano del Niño realizado en Julio de 1930.

En el Museo incásico se exhibe una maravillosa colección de vasos escultóricos llamados «huacos» y que se encuentran con las momias sepultadas en las tumbas (huacas) de las épocas incásica y preincásica. Aparte de las esculturas en terracota de valor artístico indiscutible desde el punto de vista escultórico y pictórico, hay colecciones privadas que muestran el grado de refinamiento y depravación de las costumbres en el orden sexual o erótico en épocas anteriores en más de cinco mil años a nuestros días. Sodoma, Gomorra, Pompeya, Roma y Grecia no superaban en la escala de los placeres al imperio de los incas.

Paralelo a este grado de desarrollo artístico y sexual marchaban las ciencias, principalmente la arquitectura y la medicina. Pudimos ver huacos de amputados con muñones ideales y en los sitios de elección; otros en que una comadrona extrae un feto por una hendidura suprapúbica. ¿Conocían ellos acaso la operación cesárea? Nada tendría de extraordinario ya que existen en el mismo Museo cráneos con trepanaciones tan perfectas como las realizadas hoy día.

En los cadáveres encontrados en la Gran Necrópolis del Cerro Colorado (Paracas) (fig. 1) el 40 % de los cráneos habrían sufrido trepanaciones debidas a afecciones que no se ha podido precisar. Para esta operación se valían de cuchillos de obsidiana (vidrio natural) y cucharillas de diente de cachalote, procediendo por raspado y desgaste. En algunas ocasiones gastaban la lámina externa y el díploe (fig. 2) conservando la vítrea; en otros casos destruían también la vítrea en una superficie menor que la lámina externa y el díploe (fig. 3) para dejar un surco de engaste y poder afirmar una placa de oro como prótesis. (fig. 4 y 5).

Las partes blandas las afrontaban suturando con hilo (fig. 6) o bien, atando dos mechones de cabello conservado a cierta distancia de la incisión la cual cubrían con algodón o con paños impregnados en una pasta roja cuya composición no se ha podido establecer. En el último cráneo puede verse el respeto que se tenía a la circulación, observando el puente óseo conservado para protección del seno longitudinal.

Todo el arsenal quirúrgico se ha encontrado al lado de las momias trepanadas. En los cráneos se puede ver el proceso de cicatrización ósea y de las partes blandas superficiales, lo que demuestra que los operados han sobrevivido a la intervención.

Se supone que en Cerro Colorado existía algún santuario o santuario en el cual residían los especialistas que practicaban tan delicadas operaciones. Seguramente que la coca jugó en aquella época un rol anestésico tan importante como la cocaína en nuestros días.

Por lo expuesto he creído demostrar que nuestras novedades quirúrgicas, a veces, datan de 5 a 10 mil años y que nuestra antigua civilización sudamericana superó en muchos aspectos a la antigua civilización egipcia tan admirada hoy en el mundo entero.

Discusión:

Dr. CONSTANT.—La técnica empleada por el Dr. Gandulfo es bastante buena, ya puesta en práctica desde algún tiempo por los cirujanos ingleses. Personalmente recomienda incisión amplia, tratar en lo posible de conservar los trozos óseos y no hacerles perder su contacto con el periostio. La operación debe ser precoz.

Dr. OPazo.—Considera la técnica original e interesante. En los tratados clásicos, sólo se ha aconsejado el levantamiento del hundimiento, y no se habla de la prótesis con los mismos trozos óseos. Es de suma importancia la precocidad en la intervención para evitar y alejar las complicaciones sépticas.

Dr. GANDULFO.—Ha operado siempre lo más pronto posible, la operación más tardía la practicó a las tres horas del accidente. Se considera que los gérmenes patógenos no invaden los tejidos contiguos antes de seis horas. Más seguridad de evitar la infección se conseguiría extrayendo los trozos de tejidos mortificados alrededor de la herida, como lo han preconizado los cirujanos franceses.

Tumor de la Hipófisis.

Dr. ALFREDO ALCAÍNO.

Observación clínica.—J. C. Sala Santa Ana. Edad: 35 años.

Antecedentes.—En su primera infancia fué sana. Regló por primera vez a los 13 años; sus reglas han sido regulares, indoloras y de 3 días de duración. Casada dos veces tuvo de su segundo matrimonio un hijo que murió al año de nacer.

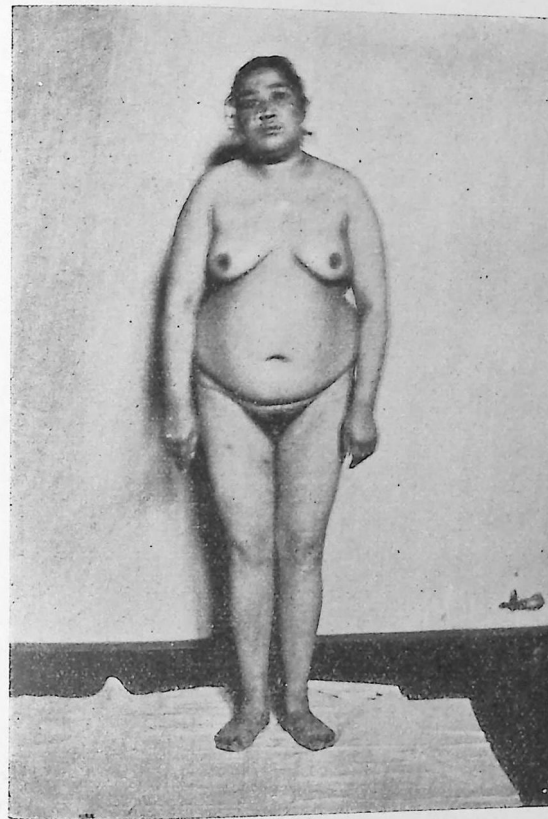


Fig. 1.

Desde el año 1916, a la edad de 20 años, época en que tuvo su parto, no ha vuelto a presentar menstruaciones. Junta a esta amenorrea, apareció una cefalea vaga de poca intensidad, pero persistente.

Enfermedad actual.—Hasta el mes de Noviembre de 1929 per-

maneció más o menos sana. Cierta día de dicho mes, recién levantada, sufrió casi repentinamente de vómitos y de cefalea intensa, localizada ésta en las regiones frontal y retrooculares, al mismo tiempo que la visión del ojo derecho disminuía considerablemente. Dos meses después advirtió que la visión del ojo izquierdo empezaba igualmente a disminuir, lo que motivó su hospitalización en San

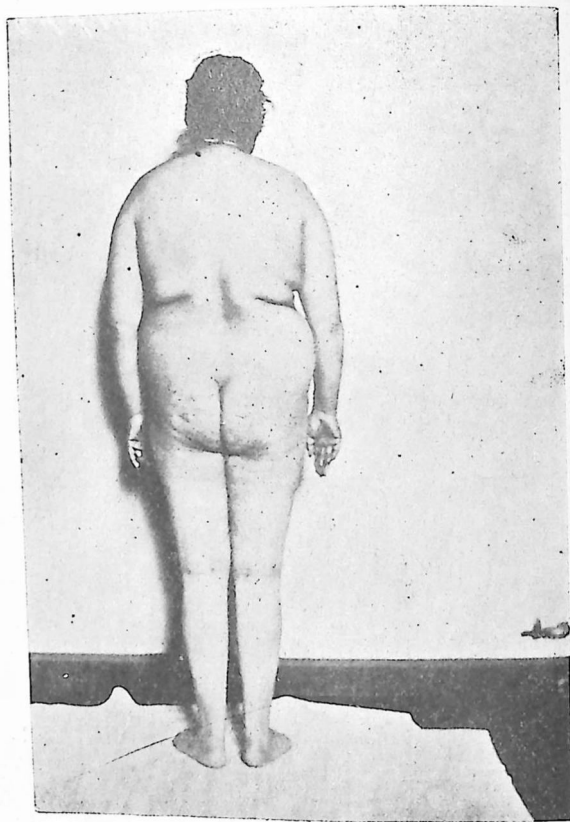


Fig. 2.

Borja, donde se le diagnosticó una Neuritis Retroocular y fué operada de una Etmoidectomía derecha. Pasó más o menos en iguales condiciones durante un mes y como su visión no mejoraba nada, decidió acudir al servicio del Prof. Charlin de este hospital (Salvador), desde donde fué trasladada a esta clínica después de haber sido sometida a varios exámenes.

Exámen físico]

Estatura: 1,56 ms.

Peso: 83 kilos.

Sistema piloso: normal.

Tejido adiposo: abundante, especialmente en las regiones lumbares y abdomen. (figs. 1 y 2).

Miembros.— *Superior derecho:* muñeca: 17 cms.

Antebrazo: longitud; 24 cms., circunferencia parte media 24 cms.

Brazo: longitud; 31 cms., circunferencia parte media 32 cms.

Longitud total: 71 cms.; dedo medio 9 cms.

Superior Izquierdo: igual al derecho. Dedo meñique desviado hacia afuera, el anular hacia adentro.

Inferior Derecho: muslo parte alta, circunferencia 59 cms. longitud 38 cms.

Pantorrilla: circunferencia 34 cms. Longitud 38 cms. (desde el centro de la rótula hasta la garganta del pie).

Inferior izquierdo: igual al derecho.

Cuello: 38 cms.

Tórax: 108 cms.

Abdomen: 110 cms.

Nalgas: 111 cms.

Examen ginecológico: lipoplasia genital.

Metabolismo basal: edad 33 años. *Estatura* 1,56 ms.; *peso* 83 kls.; *superficie corporal* 1,84 cm². *Pulso* 60; *respiración* 18; *ventilación* 6 × (77 × 13°) *cuociente respiratorio* 0,85; *CO² exhalado* 3; *O² absorbido* 35.

Número de calorías producido en descanso y en ayunas por hora y por m² de superficie = 31; *normal:* 36,5; *en consecuencia:* *metabolismo disminuído en* 18%.

R. Wassermann: negativa. *Glicemia* 0,7840 × 1000.

<i>Líquido cefaloraquídeo.</i> —	Albúmina.....	0,50 × 1000
	Cloruros.....	7,60 × 1000
	N. Appelt.....	Negativa
	Glóbulos blancos.....	4,8 × mm ³
	Linfocitos... ..	88%
	Mononucleares.....	9%
	Polinucleares.....	3%
	R. Wassermann.....	Negativa

Exámenes oftalmológicos. 2 de Enero de 1930.

O. D.: pupila y fondo. = O. Microscopio corneal negativo. Escotoma central absoluto para blanco y colores.

O. Y. Escotoma relativo para verde y azul.

V. O. D. 1/30—V. O. I. 5/20—Tensión, normal.

Tratamiento específico por 4 meses a base de Neo, Bi, y yoduros.

Examen nasal: negativo. Tocaciones con cocaína-adrenalina sin resultado.

Diagnóstico: *neuritis retrobulbar* O. D.

24 de Mayo de 1930.

V. O. D. m/m. a 10 cms. V. O. I. 1/40.—Pupilas de bordes nítidos; en O. D. más pálida que en O. I. Vasos de aspecto normal

1.º de Junio de 1930.

V. O. D. m/m a 10 cms. Tn. =1.

V. O. I. 1/30. Tn. =1.

Pupilas reaccionan flojamente a la luz y mejor a la convergencia.

Fondo: O. D., papila ligeramente pálida.

O. I., » rosada de bordes nítidos.



Fig. 3.

27 de Julio de 1930.

Disminución progresiva de la visión, más acentuada en O. D. O. D. atrofia papilar incipiente. O. I. negativo. Escotoma central en O. I., absoluto para blanco y coloros.

V. O. D. 1/50. V. O. I. 3/40. Examen neurológico negativo.

18 de Agosto de 1930.

V. O. D. nula. V. O. I. 3/40.

En la Clínica de Oto-Rino-Laringología del Dr. A. Alcaíno (Hospital Salvador) se diagnóstico: tumor de la Hipófisis. (fig. 3).

20 de Agosto de 1930.

Intervención —Cirujano, Dr. A. Alcaíno. Ayudante, Dr. B. K plan.

Se empieza la intervención en presencia de los médicos del servicio Drs. Marcos Chaimovich, Ernesto García V. y José M. Montero. Anestesia local: novocaína-adrenalina, 1%.

Previamente se ha colocado 1 cc. de sedol y se la ha administrado una oblea de bromuro de sodio en vista de su hiperexcitabilidad.

Se empieza la operación extirpando el cornete medio izquierdo con el objeto de agrandar el campo quirúrgico, usando para ello instrumental y material esterilizados aparte, continuando a renglón seguido con la intervención en la hipófisis, transeptal según el método clásico de Hirsch-Segura.

En el seno esfenoidal no se encuentra septum de separación entre ambas cavidades; cavidad del esfenoides; grande, roja; se notan latidos en toda su extensión y hay derrame serosanguinolento, lo que prueba que el tumor ha desgastado el piso de la silla turca. Se procede a la hemostasis con gasa empapada en cocaína-adrenalina de toda la región y se comprueba una perforación del piso de la silla turca en gran extensión, existiendo solamente la celdilla hipofisiaria, roja, semidesgarrada en el centro, transmitiendo fuertes pulsaciones que van acompañadas de salida de secreción serosanguinolenta, condición ésta que obliga a trabajar con mucha precaución, mayor aún, dada la excesiva excitación de la enferma.

Antes de entrar en la cavidad misma de la silla turca, los instrumentos que van a servir para entrar en la cavidad hipofisiaria se esterilizan a fuego. Se incinde entonces la pared meníngea de separación y se penetra en plena cavidad. Se extraen dos trozos de tumor del tamaño de una arveja y se vacían al mismo tiempo más o menos 20 grms. de una masa serosanguinolenta mezclada a trozos pequeños de tumor. Todo este material es enviado al Prof. Westenhoeffer para hacer un examen histopatológico. Se colocan 30 cms. de gasa yodoformada dentro de la cavidad hipofisiaria misma y se taponan la fosa nasal como en una operación corriente de tabique, dejando eso sí, una separación franca entre el compartimento nasal y el hipofisiario.

Evolución clínica. 20 de Agosto.— 6½ P. M. Pulso 130. Temperatura 37½°. Ha vomitado más o menos 400 grs. de sangre en parte coagulada, en parte líquida. Intensa cefalea; por las gasas del drenaje sale bastante sangre; se deja suero gelatinado; 20 cms. de Clauden endovenoso en dos inyecciones; alcanfor.

10½ P. M. pulso 110. Temperatura 37°; los vómitos han disminuido y la enferma está tranquila; 1 cm.³ de sedol.

21 de Agosto —Pulso 112. Temperatura 37°. Ha pasado una noche regular. Estado general bueno; se extraen los tapones.

22 de Agosto.—Se retiran las gasas; sangra regularmente. Pulso 76. Temperatura 36,6°.

24 de Agosto.—Sigue mejor.

25 de Agosto.—Han disminuído sus cefaleas y la visión ha mejorado bastante, especialmente en el ojo derecho con el que cuenta dedos a 30 cms. Ligera hemorragia, Clauden. Pulso 76. Temperatura 36,9°.

26 de Agosto.—Temperatura 36,8°. Pulso 72. Sale regular cantidad de serosidad que empapa los algodones. Examinada en la Clínica por el Dr. A. Alcaíno, se notan nuevas masas de tumor que ocupan la cavidad sinusal, las que se procederán a extraer en una ocasión próxima.

Examen histopatológico.—Ademona maligno.

Examen Oftalmológico: V. O. D. 1/50. (Antes Amaurosis).
V. O. I. 7/7½. (Antes 3/40).

La enferma se fuga.

Vuelve al servicio varios días después.

24 de Setiembre.—(35 días después de operada).

V. O. I. 5/5

V. O. D. 1/6

Discusión:

DR. CONSTANT.—Llama la atención que las intervenciones sobre la hipofisis son difíciles, cualesquiera que sea la vía que se haya seguido.

En su reciente viaje por Estados Unidos y Europa ha visto practicar esta clase de operaciones a los cirujanos Cushing y de Martel. Seguían preferentemente la vía craneana. Después de la trepanación y antes de levantar el lóbulo frontal, puncionaban el ventrículo lateral. El Dr. Alcaíno recomienda la vía transeptal y es de felicitarlo por el resultado obtenido.

DR. VARGAS SALCEDO.—He oído con el mayor interés el relato de la observación de hipofisectomía que con todo éxito ha ejecutado el Dr. Alcaíno. Aún cuando hoy día esta operación está entregada al dominio del especialista siempre me ha interesado su técnica.

He tenido la oportunidad de ver operar en Alemania a un compatriota por uno de los más valientes especialistas en cirugía craneocerebral siguiendo naturalmente una técnica no tan acabada y perfecta como la que nos ha descrito el Dr. Alcaíno y desgraciadamente el paciente falleció en la mesa de operación por lesión del seno cavernoso y hemorragia. Posteriormente en Francia y Argentina he tenido oportunidad de asistir a sesiones quirúrgicas, en que se ha empleado la vía del tabique con algunas modificaciones del Profesor Segura, de B. Aires y he podido apreciar los grandes progresos que se ha logrado en el dominio de esta operación desde hace 20 años. La vía frontal a la cual se ha hecho referencia la he ensayado en el cadáver y parece más fácil, pero no podemos olvidarnos que tiene el riesgo de la infección y el cuidado del seno coronario de la tienda de la hipofisis que puede darnos hemorragias graves.

El caso del Dr. Alcaíno es excepcionalmente afortunado no sólo por la operación misma sino principalmente por los resultados de

mejoría visual que es uno de los síntomas más difíciles de recuperar.

DR. ALCAÍNO.—Insiste que el mejor camino es el transeptal. La extracción de la glándula se hace por una pequeña cucharilla sin bordes cortantes. Es útil guiarse por medio de punciones para evitar los senos. Reconoce que el gran peligro es la hemorragia.

GENU-RECURVATUM.

Tratamiento quirúrgico y ortopédico.

DR. ALFREDO JÜNEMANN.

Relator: DR. ALBERTO RAHAUSEN.

Considerando, que pueda interesar el conocimiento de esta observación de Clínica Quirúrgica, tanto por la rareza del caso como por el tratamiento instituido, me permito darla a conocer, anticipando que el resultado anatómico y funcional no fué tan perfecto como hubiera deseado.

C. V.—Muchacho de 20 años, sin vicios. Antecedentes mórbidos familiares y personales, sin importancia, en cuanto se relaciona con su afección actual.

Ingresa al servicio de Clínica Quirúrgica del doctor Covarrubias, en Marzo del presente año, para tratarse la deformidad de su miembro inferior derecho que le dificulta realizar las actividades ordinarias de la vida.

Esta alteración de su aparato locomotor, se inició hace 5 años, con una herida cortante de 0,05 ms. situada transversalmente en la cara anterior del muslo, sobre la rótula. Esta herida se infectó y la infección piógena invadió la rodilla, la cual se puso tumefacta y dolorosa; por cuyo motivo, tuvo que hospitalizarse en la ciudad de San Felipe. Se le hizo allí, una artrotomía con una incisión por fuera del borde externo de la rótula y se drenó la cavidad articular por esta abertura y por la herida cortante situada en la base de la rótula. Fué dado de alta en ese hospital con sus heridas cicatrizadas, pero con anquilosis en extensión de la rodilla.

Después nota, que poco a poco con los ejercicios de la marcha el miembro inferior derecho se va incurvando hasta llegar a adquirir el aspecto que se aprecia al ingresar al servicio.

Examen físico:

Buena constitución general. Tejido muscular bien desarrollado. Dentadura en mal estado. Pterigion en ambos ojos. Tronco normal.

Miembros: superiores, normales. Inferiores, la pierna derecha forma con el muslo un ángulo aproximado a 100 grados, abierto hacia adelante y afuera (genu-recurvatum y valgum).

El vértice de este ángulo corresponde, más o menos, a la unión de la diáfisis con la epífisis superior de la tibia. Existe una cicatriz

de 7 cms. en relación con el borde externo de la rótula y otra de 4 cms. sobre la base del mismo hueso. El pie del mismo lado se encuentra deforme por un equinismo debido a rigidez en la articulación tibiotarsiana y consecutivo, según el enfermo, al defectuoso modo de pisar por la deformidad de la rodilla (véase fotografías números 1 y 2).

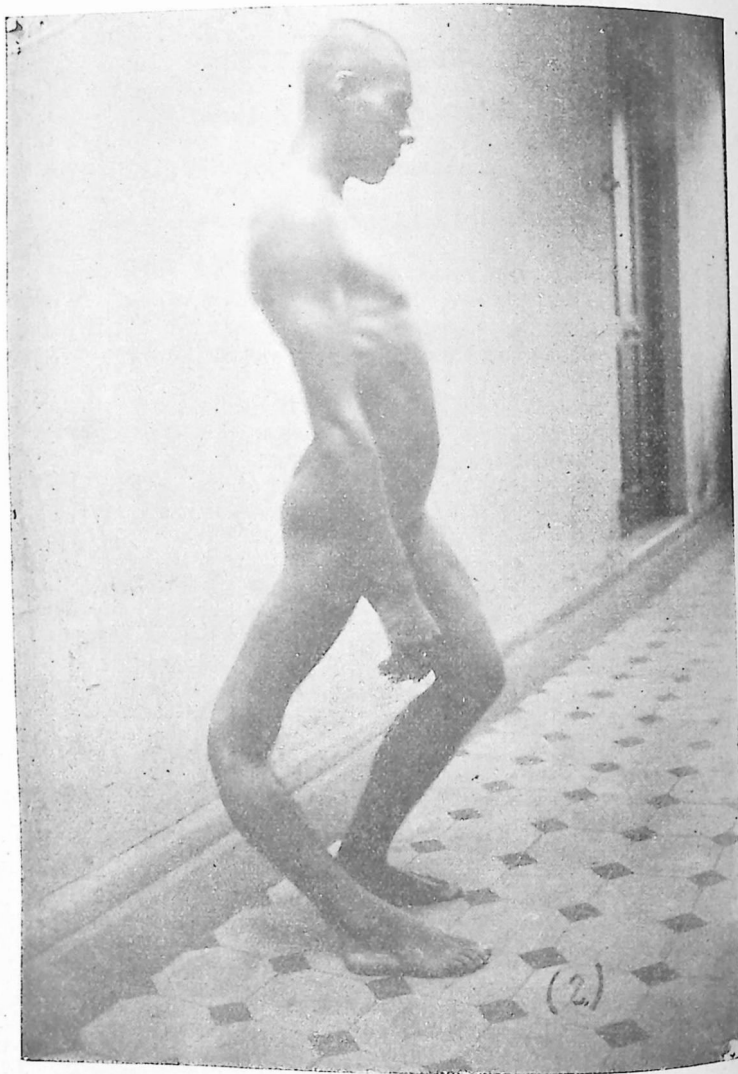


Fig. 1.

El genu-recurvatum no se podía corregir con el esfuerzo manual debido a la anquilosis ósea de la rodilla, puesta de manifiesto en el examen radiográfico N.º 2359.

El examen neurológico, practicado por el doctor Brinck, dió el siguiente informe: «Sistema nervioso normal. Sólo se aprecia trastornos de sensibilidad cutánea por sección de ramas del ciático popliteo externo».

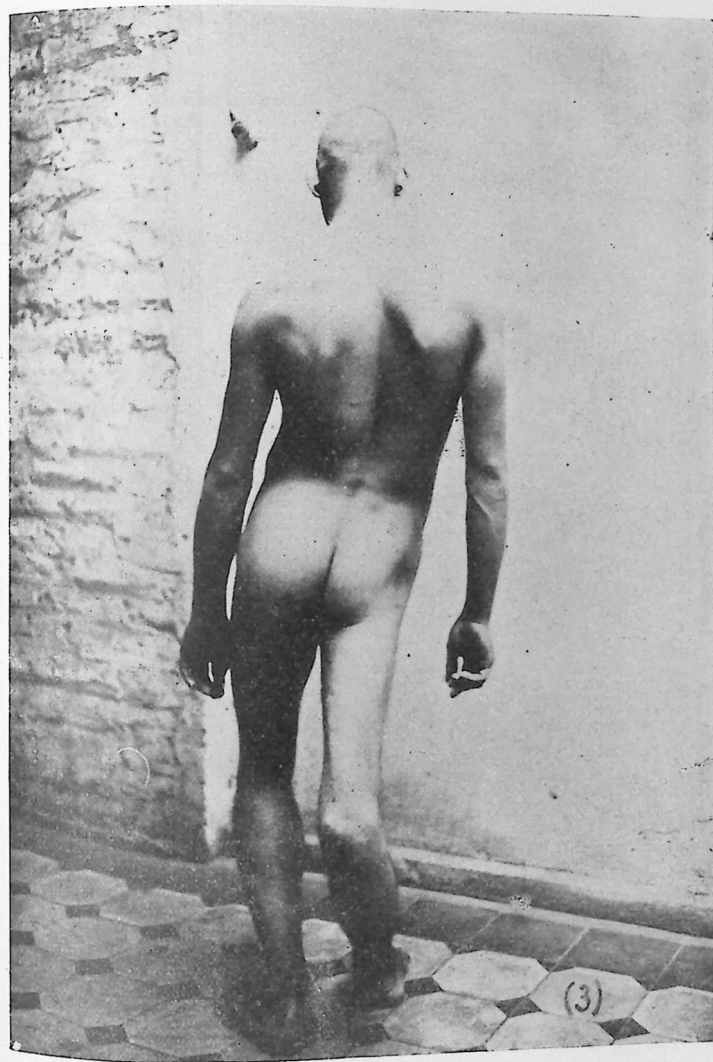


Fig. 2.

Reacciones serológicas: Wassermann, Meiniche y Kahn, negativas.

El 24 de Marzo se opera con anestesia etérea (Ombredanne).

Técnica operatoria.—Incisión de Textor (en U. abierta hacia arriba corneando a tres cms. de distancia los bordes de la rótula). Se secciona y levanta el tendón rotuliano, el cual se presenta adherido por su cara posterior. Se levanta un colgajo de las partes blandas incluyendo la rótula y se pone al descubierto la epífisis tibial la cual se continúa sin interrupción ósea con los cóndilos femorales debido a la desaparición de la cavidad articular por la anquilosis ósea. Se practica una osteotomía lineal, trasversal y anteroposterior comprendiendo todo el ancho de la articulación y en un sitio correspondien-



Radiografía N.º 2359.

te a la línea articular desaparecida. Después de seccionar con el osteótomo y martillo los dos tercios anteriores del espesor del hueso y haciendo ligera presión sobre la pierna se fractura el puente óseo restante y se corrige la angulación dejando el miembro en línea recta sobre el plano anteroposterior. Al conseguir esta corrección, las superficies óseas seccionadas, quedaron separadas por un espacio libre de forma cuneiforme de base anterior de modo que estando en contacto en la parte posterior, hacia adelante quedaban separadas por una distancia de 5 cms. (Rad. 1665). El contacto era suficiente, sin embargo, y no se produjo desviación ni luxación en los extremos, por lo cual el paquete vasculonervioso poplíteo permaneció in-

demne. Se deja un pequeño drenaje en la cara interna y otro, en la externa.

La coaptación de los bordes de sección de las partes blandas, fué dificultosa debido a la gran separación que se produjo, con la corrección; pero se logró afrontarla en toda su extensión. Se termina el acto quirúrgico, dejando inmobilizado el miembro en extensión



Radiografía N.º 1665.

con un aparato enyesado y fenestrado en la rodilla para permitir las curaciones.

Si bien se logró obtener una corrección del genu-recurvatum, con esta primera intervención, quedó, persistente y más pronunciada, la desviación de la pierna en genu-valgum. La distancia entre el maléolo tibial y la prolongación de la recta que pasaba por la parte media del muslo, era de 26 cms.

Veinte días después, cuando la herida operatoria hubo cicatrizado y aprovechando la elasticidad del callo blando se trató de corregir la desviación lateral de la pierna, en genu-valgum, para lo cual se construyó un enyesado formado de dos piezas cilíndricas, una envolviendo el muslo y la otra, la pierna, hasta los maléolos. En la cara interna del enyesado del muslo se fijó con vueltas de venda enyesada, una tablilla de madera flexible que se extendía desde el

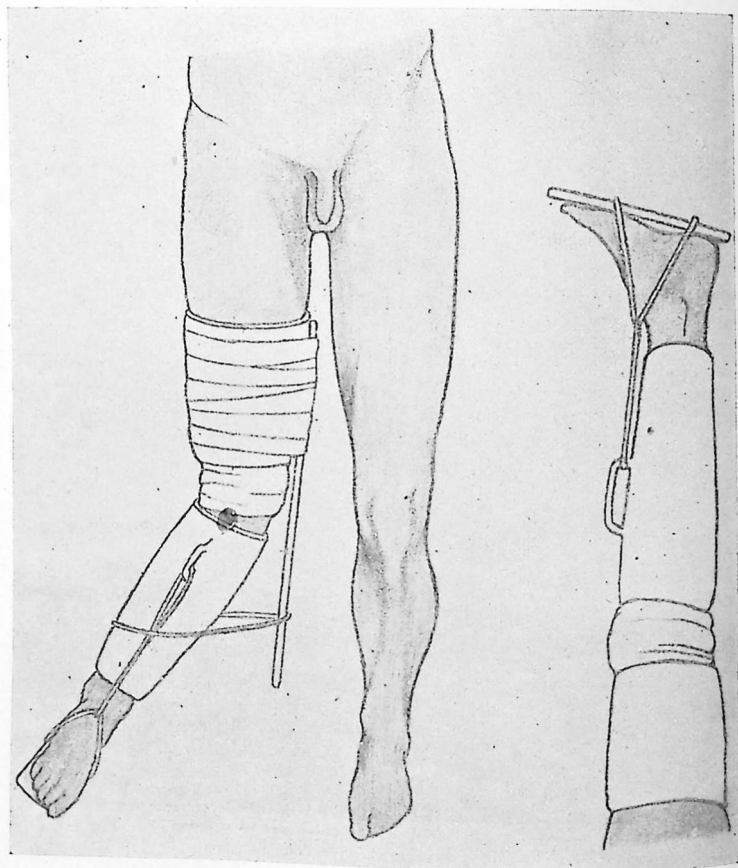
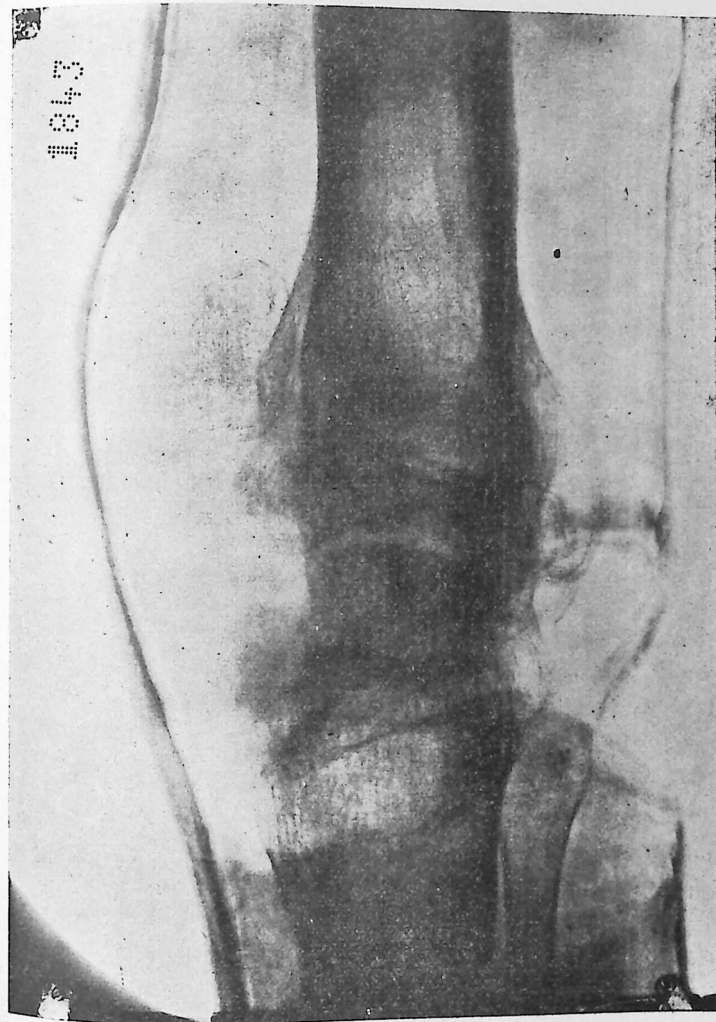


Fig. 3.

pliegue inguinal hasta la planta del pie. Con tubo de caucho que da vuelta por fuera de la pierna y envuelve la tablilla, se instaló una extensión continua, sobre los maléolos. Esta extensión no provocó ninguna molestia de compresión.

En la pieza de yeso que envolvía la pierna, se construyó una asa en la cara anterior y en la extremidad superior, con el objeto de fijar allí otro tubo de caucho cuyo otro extremo se anudó a un estribo que pasaba por la planta del pie. En esta forma, procuramos



Radiografía N.º 1843.

corregir el equinismo y vencer la rigidez de la articulación tibiotarsiana. (Véase para más claridad el esquema adjunto, fig. N.º 3).

Se dejó instalado este aparato durante 26 días, corrigiéndolo diariamente y acortando los tubos a medida que la pierna se aproximaba a la tablilla o sea a la línea recta. Se consiguió corregir de este modo el genu-valgum, pero el equinismo no cedió sino en cierto grado debido a las deformaciones de los huesos del tarso y a la probable retracción del tendón de Aquiles.

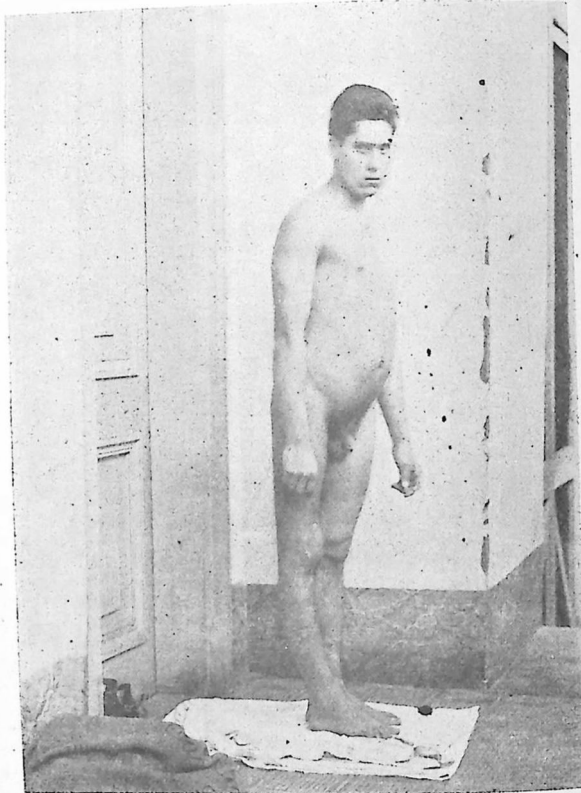


Fig. 4.

Cuando se consiguió la corrección del genu-valgum se solidarizaron el yeso del muslo y de la pierna con vendas enseyadas que los unieron a nivel de la rodilla. Se le dejó con esta inmovilización durante tres meses hasta obtener un callo óseo definitivo. (Véase radiografía N.º 1843).

El 28 de Junio se le quitó el enyesado y pensando que el equinismo del pie podría corregirse haciendo la elongación del tendón de Aquiles se procedió a una tenotomía.

Técnica.—Incisión de 12 cms. sobre el relieve del tendón. Se le pone al descubierto en toda su longitud y se le divide por transfixión en la mitad del espesor, en dos hojas, una anterior que se secciona por arriba a nivel de la inserción muscular y otra posterior que se corta junto a la inserción en el calcáneo. Se logra, con ésto, alargar el tendón en cuatro centímetros con lo cual el pie queda en ángulo recto. Se suturan las dos hojas con puntos de seda en U y se reconstituye la vaina con puntos de catgut separados y se inmoviliza con un enyesado, el cual se deja durante treinta días.



Fig. 5.

El resultado de este tratamiento puede verse en las fotografías adjuntas. (figs. 4 y 5)

Si se me pide un juicio crítico sobre la interesante observación que presenta el Dr. Jünemann, comenzaría por solicitarle que nos la completara con algunos datos que permitan juzgar con más conocimiento de causa, sobre los resultados obtenidos.

¿Qué puede decirnos sobre la patogenia de esta deformación enorme, que aparece como consecutiva simplemente a una artritis supurada?

Se puede suponer como probable la destrucción de los ligamentos cruzados, de los cuales el posterior sobre todo, limita la extensión de la pierna; si a ésto se agrega que la acción de los músculos flexores se ha resentido a consecuencia de su atrofia, tendríamos las condiciones mecánicas favorables para que bajo la acción de la fuerza y peso del cuerpo por la estación de pie prolongada o por la marcha, hayan llevado paulatinamente hasta la producción del genu-recurvatum. Esta lesión ha sido generalmente descrita como una deformidad paralítica consecutiva a una poliomielitis anterior; pero en este caso se ha hecho notar que no existe ningún trastorno de orden nervioso.

Podría todavía emitirse la hipótesis de que la artritis complicada de una osteitis rarefaciente de la extremidad superior de la tibia, haya dado a ésta una elasticidad tal, que bajo la acción del peso del cuerpo, se haya producido el genu recurvatum siempre acompañado de cierto grado de valgus; tendría un apoyo en el hecho anotado por el Dr. Jünemann de que el vértice del ángulo se encuentra no a nivel de la interlínea articular, sino en la unión de la diáfisis con la epífisis tibial.

En cuanto al tratamiento efectuado podemos considerar aparte las distintas correcciones hechas.

1.º *Corrección del genu-recurvatum.* Para ello se procedió a hacer una osteotomía lineal trasversal anteroposterior. En estas condiciones, además de las dificultades operatorias para afrontar las partes blandas, se ha corrido el riesgo de no obtener una consolidación, ya que las superficies óseas sólo han quedado en contacto lineal en la parte más posterior, mientras que en la anterior había una separación de 5 cms. La consolidación se ha efectuado y esta misma separación les permitió corregir el valgus por el ingenioso dispositivo de extensión continua adoptado, muy semejante al descrito por Mikulicz con el mismo objeto.

Sin el menor ánimo de criticar el procedimiento seguido, me pregunto si no habría sido mejor una osteotomía cuneiforme, que le habría asegurado una consolidación y corrección simultánea del recurvatum y valgus, éso si que a costa de un acortamiento; pero en un plazo mucho menor.

Sobre el tratamiento del equinismo por la elongación del tendón de Aquiles nada hay que decir.

Por muy claras que sean las fotografías, no permiten juzgar de los resultados funcionales obtenidos; si bien es cierto que la corrección alcanzada permite deducir que de un inválido se ha hecho un hombre apto para el trabajo, devolviendo a la Sociedad un miembro útil.

Discusión:

DR. GANDULFO.—Estima que con una sola intervención pudo haber corregido el genu-recurvatum, haciendo una cuña de base posterior e invirtiéndola para rellenar el hueco. Se habría evitado

en estas condiciones una inmovilización tan prolongada, que acentúa las atrofas musculares.

Con respecto del equinismo, manifiesta que no es posible corregir siempre este defecto, ya que la corrección puede traer un acortamiento del miembro que perturbe su funcionamiento posterior, compensado antes por el equinismo.

Sesión del 8 de Octubre de 1930.

Presidencia del Dr. Fernando Opazo.

Acta.

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

Cuenta.

De un complemento a su trabajo «genu-recurbatum», que envía el Dr. Alfredo Jünemann.

Relator se designa nuevamente al Dr. Alberto Rahausen.

Presentación de enfermo:

(Ectopía testicular.)

DR. JUAN GANDULFO.

F. V. J., 16 años. Empleado.

Fecha de entrada: 3 de Octubre 1930.

Antecedentes hereditarios: padres vivos y sanos. Han sido dos hermanos. Ambos están vivos.

Antecedentes personales: fumador modificado, no bebe.

Antecedentes venéreos: no acusa.

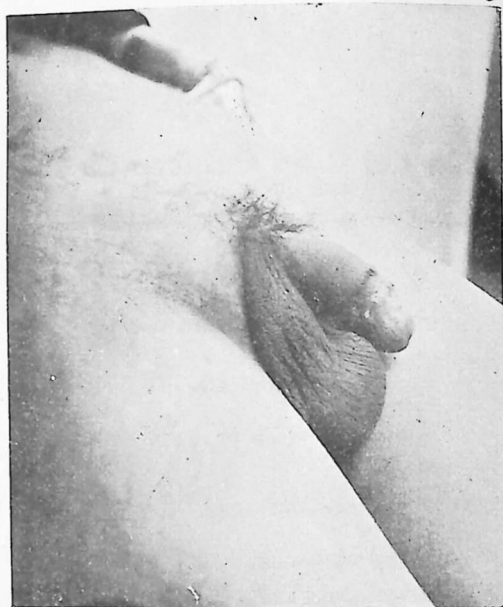
Enfermedades y lesiones anteriores: coqueluche y sarampión en la infancia.

Operaciones anteriores: hace dos años (1928), fué tratado en el Hospital de San Juan de Dios por una fimosis. Se le practicó una circuncisión.

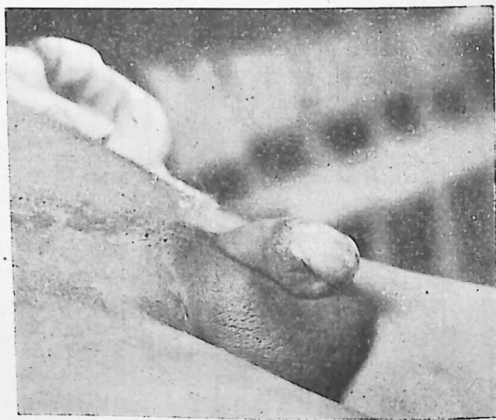
En el año 1929 fué operado de urgencia en la A. P. por una hernia inguinal derecha que se extranguló. El 29 de Julio del año 1929 ingresa, por consejo médico en este servicio. No presentaba molestias y su examen físico no daba nada de especial, excepto la ausencia en su sitio habitual del testículo derecho. Después de insistirle bastante se consiguió que el enfermo se operase de su ectopía inguinal testicular. Se le practicó una operación de Bevan, etc. Es dado de alta en buenas condiciones el 15 de Agosto de 1929.

Enfermedad actual: desde hace dos meses, sin ningún antece-

dente venéreo que lo explique, empieza a aparecerle una pequeña secreción uretral purulenta. Pus de color amarillo ligeramente verdoso, espeso. En los 4 o 5 primeros días dolor no muy intenso al orinar, el que luego desapareció. Al mismo tiempo sensación de pe-



F. V. J. Antes de operarse.



F. V. J. Después de operado.

santez y ligero dolor en la fosa ilíaca izquierda y región renal del mismo lado. La diuresis dice el enfermo, que se mantenía normal. La secreción uretral ha continuado desde entonces y el enfermo empieza a notar un aumento de volumen del testículo no operado (izquierdo).

Examen físico:

Cráneo: nada de especial.

Cara: ojos, pupilas reaccionan bien.

Boca: dentadura en regular estado.

Cuello: nada de especial.

Torax: Pulmones, campo pulmonar derecho, parte media, masicéz y abolición del murmullo vesicular de las vibraciones vocales.

Corazón: nada de especial.

Abdomen: paredes de tonicidad normal. Cicatriz operatoria en la región inguinal derecha. Ganglios ilíacos profundos palpables al lado izquierdo.

Genitales: ausencia del prepucio. Cicatrices operatorias en la región vecinal surco balanoprepucial.

Meato uretral ligeramente entreabierto, no edematoso y que deja escurrir un pus espeso y grumos de color amarillento, ligeramente verdoso.

Testículos: el izquierdo se presenta aumentado de volumen y de consistencia aumentada.

Miembros: nada de especial.

Exámenes especiales:

El examen bacteriológico de la secreción uretral da abundantes diplococos gram. negativo, extracelulares. El cultivo a las 48 horas dió: gonococos de Neisser. No se encuentran bacilos de Koch.

Comentarios.—Creemos de interés mostrar este enfermo antes de resolver sobre el tratamiento del testículo izquierdo, cuyas funciones creadoras de espermatozoides, deben estar abolidas, para traerlo en un tiempo más a la Sociedad de Cirugía con los exámenes histológicos del testículo no infectado o sea el derecho, el cual tendrá que cumplir la función bicaviante del otro lado. Y será de interés saber si este pequeño testículo que fué ectópico hasta los 15 años es capaz—a pesar de su tamaño reducido y equivalente a una avellana—de producir espermatozoides, ya que el izquierdo está anulado por la epididimitis gonocócica.

Discusión:

Dr. GÚZMÁN.—Se refiere a cuatro niños operados de ectopía testicular doble. En uno de esos niños en que supuró un testículo y el otro no descendió bien, la mentalidad se ha mantenido escasa.

Comunicaciones.

Sobre bocio infantil.

Discusión:

DR. COVARRUBIAS.—Mi inasistencia a la sesión del 10 de Septiembre y que excusé oportunamente, y la publicación atrasada del Boletín me impidieron rectificar en la sesión pasada algunas apreciaciones del Dr. Gandulfo, respecto al caso de la enferma de Basedow infantil y no de bocio infantil como él dice, enfermedades muy distintas.

Termina el Dr. Gandulfo diciendo que lamenta mi ausencia y que sería interesante seguir observando el caso en su evolución posoperatoria y tener presente las apreciaciones de los cirujanos norteamericanos si se presenta a su servicio otro bocio infantil.

Muy de acuerdo con él por lo que respecta a la observación continuada de la enferma, y a esto se debe que aún no haya presentado a la Sociedad la relación completa del caso. Si presenté antes y después de la operación a la chica fué más bien a título documentario para que fuese vista en los diferentes períodos de su enfermedad y en ese entonces lo dije claramente que presentaría la relación junto con otro caso después que hubiese trascurrido el tiempo necesario para formarse una opinión sobre el resultado obtenido.

Pero en lo que estoy en desacuerdo con el Dr. Gandulfo es en la segunda parte, pues he procedido en absoluto acuerdo con lo que él pide y recomienda, como lo probaré leyendo algunos párrafos y conclusiones de los trabajos a que él se refiere. Conclusiones que a mi juicio tienen el mérito de ser exactas y de no ajustarse al proverbio tan conocido.

Dice Dinsmore: (1) «El tratamiento del hipertiroidismo es el mismo sea el paciente niño o adulto, excepto que siempre debe tenerse presente que se necesitan especiales cuidados en los niños, ya que son muy susceptibles a cualquier forma de estímulo y pueden quedar muy mal después de la operación. Aunque pueden presentarse casos de hipertiroidismo agudo creo que son muy raros. En casi todos nuestros casos indudablemente, el estado era crónico y creo que estos casos no habían curado nunca, a menos que la glándula fuese removida».

Por su parte Mc. Graw (2) llega al siguiente:

«SUMARIO Y CONCLUSIONES»

En cualquiera relación de un caso o de un grupo de casos, los resultados finales tienen un interés fundamental y son de gran importancia. Seguir los pacientes y convencerlos de la necesidad de exámenes periódicos, no sólo durante meses, sino años, es lento y parece un trabajo sin necesidad, sin embargo, que cantidad de da-

(1) Dinsmore R. S.—Hyperthyroidism in children-Surg. Gyn and Obst. XLII, 1926, 172.

(2) Mc. Graw A. B.—Juvenile exophthalmic goiter. Surg. Gyn and Obst. XLV, 1928, 25.

tos de inapreciable valor tendríamos si pudiésemos conocer la historia ulterior de cada uno de estos niños y los efectos de tan temprano hipertiroidismo! ¿Cuántos de los pacientes que no fueron operados, y tuvieron remisiones espontáneas han tenido recidivas más tarde y cuántas de estas recidivas fueron en forma de bocios adenomatosos o parenquimatosos? ¿La tiroidectomía ha tenido algún efecto adverso sobre el crecimiento, desarrollo, fecundidad etc. de los pacientes? En uno de nuestros casos hemos obtenido la cooperación de los padres y del paciente y haremos cualquier esfuerzo para continuar nuestra observación para poder presentarla después de algunos años.

Además de hacer resaltar la importancia de confirmar y relatar los resultados lejanos, deseamos pedir una cierta uniformidad al relatar casos tan poco frecuentes como éste y sugerimos el esquema de Steiner para que sirva de modelo. Ciertos detalles, metabolismo basal, detalles del procedimiento operatorio, estudios electrocardiográficos etc. naturalmente deben añadirse. Sólo juntando nuestras observaciones de casos tan raros, podemos obtener estadísticas dignas de confianzas que nos ayuden a formar conclusiones más que opiniones.

¿Cuáles, finalmente, son las opiniones que hemos alcanzado, de la observación de nuestros casos y de los recogidos en la literatura? Primero, el hipertiroidismo juvenil es aparentemente idéntico en sus síntomas, curso y respuesta al tratamiento, al síndrome adulto conocido como bocio exoftálmico. Segundo, los casos de hipertiroidismo juvenil son en el presente estado de nuestros conocimientos, un problema quirúrgico primariamente, y el orden en su cuidado debe ser, reposo, administración de yodo, operación, reposo y observación bajo vigilancia quirúrgica. Tercero, mientras dudamos que la ligadura polar de la tiroidea superior sea un procedimiento quirúrgico radical, para asegurar una detención permanente de los síntomas, opinamos que se debe ser más conservador en la cantidad relativa de tejido tiroideo que se conserva en la operación comparado con el que se deja en los casos de bocio exoftálmico adulto, aún arriesgando la necesidad de una nueva reoperación, hasta que tengamos datos precisos sobre el efecto de la tiroidectomía subtotal sobre el crecimiento y desarrollo humano.»

Cuan distinto de lo dicho y subrayado por el Dr. Gandulfo.

DR. GANDULFO.—Acepto que la redacción que dí a mis observaciones sobre el caso operado por el Dr. Covarrubias, puede presentarse a confusión de las apreciaciones de Mac. Graw con mis opiniones sobre bocio infantil. Por eso incluyo la traducción de la parte pertinente del trabajo de Mac. Graw: (1)

TRATAMIENTO Y SUS RESULTADOS.

Excluyendo la consideración de las series de Dinsmore y Helmholtz, sólo en 29 casos se han dado datos definidos del tratamiento; y de sus resultados en 38 de los 50 casos. Se acudió a la cirugía

(1) Mac Graw. *Juvenile exophthalmic goiter*. Surgery, Gynecology and Obstetrics. (N.º 1-Vol. XLVII-Julio 1928)

tiroidea en 9 casos, que consistió en la ligadura de las arterias tiroideas superiores solamente, en 8 casos; una sencilla lobectomía precedida de ligadura en 1 caso; doble lobectomía, precedida de ligadura, en 1 caso; una simple lobectomía primaria en 2 casos; una doble lobectomía primaria, en 3 casos. Ninguno de estos 9 casos empeoró con la cirugía, 1 caso no demostró cambios después de la ligadura, y los otros 8, mejoraron parcial o totalmente.

Volviendo a los métodos de tratamiento no quirúrgicos, se encuentra una lista variada e interesante. Ocho casos fueron tratados con cierta forma de corriente eléctrica, todos antes de 1887. La droga empleada más frecuentemente fué la digital y fué usada en casos relatados allá por el 70. El yodo, cosa curiosa, fué usado sólo en 4, del grupo de 50 casos, incluyendo el nuestro, pero sin duda fué usado en muchos o en todos los de Dinsmore y Helmholtz. El reposo, así mismo, fué específicamente citado sólo en 1 caso, pero aquí es nuevamente permitido suponer que en casi todos los 50 casos, el reposo fué empleado en cierto grado, sin que se haya estimado debidamente el gran papel que estaba jugando probablemente en la mejoría del paciente. Es interesante que en 2 casos en los cuales se intentó la tonsilectomía como medida paliativa y en pleno conocimiento del hipertiroidismo coexistente, los resultados posteriores fueron más bien malos que buenos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Cuales son, finalmente, las opiniones que hemos obtenido de la observación de nuestro propio caso y de la de los que hemos coleccionado en la literatura? Primero, el hipertiroidismo juvenil es aparentemente idéntico en sus síntomas, curso y respuesta al tratamiento al síndrome del adulto conocido con el nombre de bocio exoftálmico. Segundo, los casos de hipertiroidismo juvenil, en el estado actual de nuestros conocimientos, son principalmente problemas quirúrgicos y la sucesión de los eventos en su cuidado deben ser: reposo, administración de yodo, operación, reposo y observación bajo inspección quirúrgica. Tercero, aunque nosotros dudamos que la ligadura polar de las arterias tiroideas superiores, es un procedimiento suficientemente radical para asegurar un receso permanente de los síntomas, sentimos que se debe ser un poquito más conservador en relación a la cantidad de tejido tiroideo dejado en la operación, comparado con el que se deja en los casos de bocio exoftálmico adulto, aún arriesgando la necesidad de una reoperación posterior, hasta que tengamos datos exactos sobre el efecto de la tiroidectomía subtotal sobre el crecimiento y el desarrollo humanos.

Lo dicho por el Dr. Covarrubias no quita valor ni destruye lo que he expuesto con sano espíritu de colaboración, sobre el complejo problema del bocio infantil en Chile.

De los datos que di en la sesión antepasada, sacados de los trabajos norteamericanos de Dinsmore, Helmholtz y Mac. Graw, se desprende que el hipertiroidismo infantil ha aparecido a raíz de una enfermedad infecciosa en muchas ocasiones. No creo que en estos casos se esté autorizado para extirpar cuatro quintas partes del tiroides como lo hizo el Dr. Covarrubias (según propia declaración en esta sociedad), aunque el enfermito presente un bocio exoftálmico. Dice Mac. Graw: «sentimos que se debe ser un poquito más conservador en relación a la cantidad de tejido tiroideo dejado en la operación comparado con el que se deja en los casos de bocio exoftálmico adulto, aún arriesgando la necesidad de una reoperación posterior, hasta que tengamos datos exactos sobre el efecto de la tiroidectomía subtotal sobre el crecimiento y el desarrollo humanos».

Creo que nadie saca un riñón porque aparece una nefritis o una nefrosis en la convalecencia de una escarlatina.

Las estadísticas de los trabajos a que me he referido, citan algunos casos de hipertiroidismo aparecido a raíz de la extirpación de las amígdalas en los niños. Si la tonsilectomía produce un síndrome tan grave ¿no es lógico suponer que la ablación de cuatro quintas partes del tiroides puede producir alteraciones mayores que la tonsilectomía?

¿Y si hay niños que empeoran su estado sacándole las amígdalas, no los habrá que se empeoran más extirpándoles tan extensamente una glándula que tiene influencia tan capital sobre todo el sistema endocrino como lo es el tiroides?

Respecto a la intervención, creo que la ligadura polar de las tiroideas superiores produce mejor resultado que extirpar pequeños trozos de glándula, ya que sin atacar directamente a ésta deja una extensa zona sin irrigar, evitando el niño los trastornos a que lo expone su exquisita susceptibilidad al ser operados, atacando directamente la glándula misma.

Por último me quiero referir al hipertiroidismo tratado como problema regional. El jefe de la clínica pediátrica, Dr. Julio Schwarzenberg, ha seguido durante 4 a 6 años tres casos de hipertiroidismo infantil, entre los cuales dos tienen el diagnóstico de bocio exoftálmico, corroborado por el conocido y experto cirujano Dr. Kuschel; el cual se ha resistido durante todo este tiempo a operar dichos enfermitos que observa y trata con el Dr. Schwarzenberg desde antes de los 10 años hasta los 14 años en el caso más antiguo. Los 3 enfermitos han pasado sin grandes molestias con tratamiento médico y el síndrome bocio exoftálmico está cada vez menos esbozado.

Si el problema del bocio debe tratarse con criterio local o regional (opinión que comparte el Dr. Covarrubias), creo que ya tenemos con estos tres casos observados durante más de un lustro una base de opinión que no podemos alterar con el único caso conocido por nuestra sociedad que ha sido operado y cuyo éxito inmediato (algunas semanas de operado) no es prenda suficiente para garantizarnos que la intervención no comprometerá el desarrollo normal de la niña y el florecimiento normal de su pubertad.

Y para terminar, volvemos a insistir en que la extirpación pequeña o mayúscula del tiroides en el bocio exoftálmico infantil, debe relegarse como tratamiento extremo mientras no se establezca que esta glándula no juega un rol fundamental que influenciará al resto del sistema endocrino para que los niños se desarrollen normalmente.

Dr. COVARRUBIAS.—Cree que el Dr. Gandulfo confunde bocio con bocio exoftálmico. Frente al primero (bocio simple) no opera hasta la edad de 23 a 25 años; pero el bocio exoftálmico es una afección que necesita una intervención por la gravedad de los síntomas. Basado en estos conceptos, fué que operó a la enfermita que presentó a la Sociedad y después de estudiarla y tenerla en observación durante cinco meses. Por otra parte, otros autores aceptan como él la operación en los niños (Clínica de los Mayo).

Instituto Nacional del Radio.

Dr C. PARDO CORREA.

Creo cumplir con un deber para mis colegas y amigos y de la Sociedad de Cirugía exponiendo aquí, en primer lugar, que el deseo de todos, de tener un centro que se ocupe de la lucha contra las enfermedades cancerosas, está realizado.

Es muy grato para el que habla poder decir que, gracias a los armónicos esfuerzos del Ministerio de Higiene, de la Cruz Roja, de la Dirección General de Asistencia Pública y de la Facultad de Medicina, se ha logrado edificar, y está ya funcionando en su propio local, un Instituto para diagnosticar y combatir las enfermedades cancerosas.

Situado dentro de los terrenos del Hospital de San Vicente de Paul, espero tendremos, como hasta ahora, la cooperación del cuerpo de Profesores de la Facultad de Medicina, lo que dará una mayor seguridad para los diagnósticos y la mejor aplicación del tratamiento.

Se ha podido, gracias a la cooperación de entidades como las ya citadas, establecer desde su comienzo, con los medios físicos adecuados, con el personal técnico suficiente y de una preparación la más perfecta posible, adquirida en los principales centros anticancerosos del viejo mundo, para poder llevar a cabo todos los trabajos que se necesitan en una institución que se ocupará por ahora sólo del diagnóstico y del tratamiento de los enfermos.

Tenemos laboratorios para toda clase de exámenes químicos, biológicos, serológicos, microscópicos y fotográficos, que nos permitirá emplear todos los procedimientos conocidos para hacer diagnósticos y calcular el estado de resistencia del enfermo para su mejor tratamiento.

Contamos con un Laboratorio para biopsias y autopsias que nos dará las seguridades más completas sobre cada pieza de biopsia y comprobará los resultados con las autopsias de los fallecidos obtenidos, demostrándose así su útil aplicación o la inoportunidad de ella.

Tenemos también un pequeño Hospital independiente, de 40 camas, para hombres y mujeres, con sus salas y departamentos anexos, con su personal completo, lo que facilitará enormemente el estudio de los enfermos que se hospitalizarán.

Al poner en conocimiento de la Sociedad los datos que he dado, ruego a los colegas tengan la bondad de cooperar al mejor funcionamiento del Instituto Nacional del Radio, enviando sus enfermos, citándose a las indicaciones ya dichas por la Dirección, lo que facilitará el trabajo y se hará más eficaz.

Al mismo tiempo, ruego a las personas que deseen visitarlo, que tendremos mucho gusto en atenderlos diariamente de 8 a 12.

Dr. CONSTANT.—Se refiere al Instituto establecido en la Habana, para la lucha del cáncer. En él, existen todas las facilidades para la atención de estos enfermos, con toda clase de especialistas y laboratorios anexos. La atención médica es gratuita.

Contribución al estudio, del tratamiento de la degeneración escleroquistica de los ovarios. Presentación de observaciones

(Continuación)

Dr. EDUARDO BUNSTER M.

Los resultados beneficiosos o nocivos que pudieran derivarse de la operación que en sesiones pasadas hemos propuesto a la consideración de la Sociedad de Cirugía sólo podrán apreciarse al cabo de un tiempo aproximadamente no inferior a un año transcurrido desde la fecha de la intervención.

Por esta causa, sólo presentamos a la Sociedad las observaciones de aquellas enfermas que operadas en los años 1928 y 1929 han podido ser controladas con examen anamnésico y físico durante el año 1930.

Por esta misma razón sólo figuran en las observaciones enfermas a las cuales se trató con la sección de los paquetes neurovasculares de los ovarios o con la resección del nervio presacro, hechas cualquiera de ellas, como operación aislada.

Las operadas posteriormente, con el método combinado de la doble sección nerviosa, serán presentadas una vez que haya transcurrido el tiempo suficiente desde su operación para poder deducir de

su estado posoperatorio alejado, conclusiones que permitan justipreciar el valor de este procedimiento.

B. N. Observación 1.— Enferma de 24 años, soltera. A los 13 años tuvo sus primeras reglas, de 4 días, abundante, algo dolorosas, irregulares en la fecha de su aparición, hasta que a los 19 años se hacen escasas y muy dolorosas. Su enfermedad actual comienza a los 18 años y se manifiesta por dolores intensos al bajo vientre, especialmente marcados en la fosa ilíaca izquierda, región lumbar y pierna del mismo lado. Simultáneamente tiene molestias a la micción, poliquiuria, leucorrea y estitiquéz pronunciada.

El *examen físico* demuestra vulva abierta, vagina estrecha; el cuello corto, cónico, presenta una estrechez a nivel del orificio interno; cuerpo pequeño en anteflexión. Anexos engrosados especialmente el izquierdo.

Reacción Wass. negativa. El examen radioscópico pulmonar y el examen de orina, no revelaron nada de patológico. La salpingohisterografía demostró una retracción de la cavidad uterina a la izquierda y permeabilidad tubaria bilateral.

Diagnóstico: «anteflexión. Estrechez del cuello. Ooforitis esclerquistica».

Operación. 23 de Marzo de 1928. Anestesia eter.

Laparotomía media infraumbilical. Ooforectomía izquierda. Apendicectomía. Ligadura de un paquete varicoso del ligamento ancho izquierdo.

Esta enferma regresa al servicio en Noviembre de 1928, porque después de operada ha continuado con iguales molestias, con dolores continuos a la fosa ilíaca izquierda e intermitentes a la fosa ilíaca derecha irradiados a la región sacrolumbar. Persisten igualmente sus molestias urinarias.

El *examen físico* reveló el cuerpo en buena posición y ningún aumento de volumen a nivel de los anexos. La cistoscopia demostró un estado inflamatorio del trigono vesical.

Diagnóstico: «neuralgia pelviana.»

Operación. 5 Diciembre de 1928. Anestesia raquídea.

Laparotomía media infraumbilical. Ooforectomía parcial derecha. Salpingectomía izquierda. Doble ligadura y sección de ambos paquetes vasculonerviosos ováricos.

Examinada el 12 de Noviembre del año 29 o sea casi un año después de su segunda operación manifiesta no sentir molestias de parte de su aparato genitourinario.

Citada al servicio, concurre el 23 de Septiembre del año 30, a donde no había vuelto por sentirse mejor. Sus reglas son regulares, de 3 días, indoloras, excepto la última en que tuvo dolores, cefaleas y que la echaron a la cama; la leucorrea ha disminuido.

Después de la segunda operación subió 5½ kilos de peso y se sintió sin ninguna molestia durante un año. Después de ese tiempo reaparecieron sus dolores, pero con intensidad muy disminuida y siguiendo la misma distribución de antes de la operación.

Comentario.—Esta enferma representa un ejemplo típico de de-

generación microquistica de los ovarios y de neuralgia pelviana rebelde en la cual la ectomía del ovario enfermo no fué suficiente para hacer cesar los dolores. La simple ligadura de la venas varicosas tampoco dió resultado.

En la segunda operación, la doble sección de los paquetes vasculonerviosos ováricos trae la desaparición de las molestias por un año, reapareciendo estas muy atenuadas al cabo de ese tiempo por lo cual no concurre al servicio hasta que es llamada expresamente a él.

M. V. Observación 2. Enferma de 24 años. Tiene un hijo vivo de 8 años, sano. Las reglas comenzaron a los 12 años, muy abundantes en su comienzo. Desde hace 3 años se hicieron dolorosas, escasas, y descoloridas, duraban 4 días.

Su *enfermedad actual* se inicia hace tres años, con dolor a la fosa ilíaca izquierda, cansado, intermitente en su aparición, desde hace 3 meses se ha hecho punzante, más agudo y permanente, con exacerbaciones periódicas y con irradiaciones a la región renal derecha. Desde hace un año leucorrea de color amarillento, de aspecto purulento.

El *examen físico* demostró una vulva normal; cuello con hendidura transversal, erosionado cuerpo normal; anexos ligeramente aumentados de volumen palpándose los ovarios especialmente el izquierdo.

La histerografía muestra permeabilidad franca de la trompa izquierda, la derecha inyectada hasta el pabellón.

Reacción de Wass. negativa.

Se hizo el *diagnóstico* de «degeneración poliquística de los ovarios».

Operación. 16 de Julio de 1928. Anestesia raquídea.

Laparotomía Pfannenstiel baja. Sección y ligadura del paquete neurovascular ovárico izquierdo y ligadura de paquetes varicosos al lado derecho. Apendicectomía. El útero estaba algo aumentado de volumen, congestionado, las venas uteroováricas varicosas, los ovarios poliquísticos. El curso posoperatorio no presentó incidentes.

El 12 de Marzo de 1929, es citada al servicio, donde manifiesta estar en excelentes condiciones. Sus dolores permanentes han desaparecido, los dolores premenstruales están reducidos a un pequeño dolor a la cintura que le viene un día antes de aparecer el flujo sanguíneo y que no le impide trabajar. La leucorrea ha desaparecido, las reglas duran 3 días siendo ahora abundantes.

Examinada nuevamente el 9 de Septiembre de 1930, no revela de patológico sino un ligero aumento en la secreción servical que para la enferma pasa del todo desapercibido. El ovario izquierdo apenas se palpa; dice no haber tenido relaciones sexuales desde la fecha de su operación. Los períodos menstruales se han sucedido con toda regularidad cada 30 días, de 3 días de duración, abundantes, pero sin coágulos sin dolores ni malestar general.

En una palabra, esta enferma, después de de un plazo de 2 años y dos meses, después de una operación, no acusa molestia alguna subjetiva.

Resumen.—Enferma con dolor permanente a la fosa ilíaca izquierda y región renal derecha con exacerbaciones menstruales y en la cual se comprueba en el acto operatorio una degeneración poliquística doble de los ovarios y un varicocele pelviano bilateral, ve desaparecer totalmente sus molestias con la sección del paquete neurovascular ovárico izquierdo y ligadura de venas varicosas al lado derecho. La mejoría subjetiva que persiste desde hace dos años y meses coincide con el examen ginecológico negativo en cuanto a lesiones de importancia se refiere.

R. L. Observación 3.—Enferma de 35 años, ha tenido un hijo que murió a los 8 años. Primera regla a los 18 años, regulares de 3 días de duración, dolorosas, posteriormente se hicieron irregulares en la fecha de su aparición. Laparotomía media en 1927, se le hizo una apendicectomía.

Ingresa al servicio el 19 de Agosto de 1928 porque desde hace dos meses siente dolor agudo y punzante en la región anexial derecha que se irradia hasta la región lumbar e hipocóndrio del mismo lado. Leucorrea desde hace 5 años.

El *examen físico* genital demostró un cuello uterino con un doble desgarradura lateral, el cuerpo en anteversión, fijo, ambos anexos aumentados de volumen, La reacción de Wassermann fíx positiva (†).

Diagnóstico: «ooforitis escleroquistica doble.»

Operación. 30 Agosto 1928. Laparotomía media infraumbilical. Resección de la cicatriz, desprendimiento de adherencias del epiplón y de la pared abdominal al fondo uterino. Resección de un quiste del ovario derecho del tamaño de un huevo de paloma. Sección y ligadura de ambos paquetes vasculonerviosos ováricos. Se le indica tratamiento específico.

Examinada la enferma dos años después de la operación, manifiesta que sus reglas son regulares, de 4 días, abundantes, dolorosas desde una semana antes del escurrimiento con dolores localizados a la cintura y a las dos regiones anexiales. Cuando aparece el escurrimiento cesan los dolores persistiendo sólo el de la fosa ilíaca derecha. Este dolor es intermitente, en forma de punzadas y aparece con el ejercicio. Considera que sus molestias han disminuido a la mitad de las que tenía antes de operarse.

El *examen físico* demuestra un cuello con secreción mucosa turbia, abundante. Anexos no se palpan. Ligamento uterosacro derecho endurecido y doloroso al tacto.

Diagnóstico actual: «parametritis posterior derecha» (Douglasitis).

Comentario.—La existencia de una parametritis crónica en esta enferma nos hace suponer que si en ella hubiésemos efectuado la doble sección nerviosa (presacro y paquetes angionerviosos ováricos) habríamos obtenido resultados más satisfactorios.

L. L. R. Observación 4.—Es una enferma de 17 años, soltera, sus primeras reglas comenzaron a los 12 años, abundantes, de 5 días de duración, muy dolorosas, siguen regulares hasta la fecha, con los mismos caracteres. No ha tenido partos ni abortos. Operada de sal-

pingooforectomía bilateral, en 1925 en el Hospital San Borja haciéndose entonces un ingerto subperitoneal de un trozo de ovario. Ha sido operada además, de apendicectomía.

Se queja de un fuerte dolor que data desde antes de su operación en San Borja en la fosa ilíaca izquierda que se irradia hacia arriba hasta el epigastrio y que se exagera con las menstruaciones. También tiene irradiaciones a la pierna del mismo lado y leucorrea desde un mes atrás.

Examen físico: abdomen de paredes gruesas, flácidas, presenta una cicatriz de laparotomía media infraumbilical y otra de apendicectomía. Vagina estrecha. Cuello de nulípara, da salida de secreción mucopurulenta y desviado hacia la derecha, cuerpo pequeño, movable, en lateroversión izquierda, la mucosa sangra al contacto del histerómetro. Orina normal. Wassermann: suero autofijador.

Diagnóstico: «adherencias posoperatorias. Neuralgia pelviana.»

Operación. El 5 de Octubre de 1928. Anestesia raquídea. Resección de la cicatriz operatoria. Desprendimiento de adherencias. Resección del nervio presacro. Sección del ligamento ancho izquierdo.

Examinada nuevamente el 10 de Septiembre de 1930, acusa dolores premenstruales 3 días antes de su regla en la pared abdominal y dolor menos intenso en las caderas. Las reglas duran 10 días, son muy abundantes, a veces con coágulos, no hay bochornos, Pesa 50 kilos. Las molestias que motivaron su operación han desaparecido.

Comentario.—Muestra la persistencia de dolores después de la salpingooforectomía doble y la desaparición de éstos después de reseccionar el presacro y seccionar el ligamento ancho izquierdo en cuya parte externa y superior han quedado los cabos de los nervios ováricos.

Por otra parte, demuestra la persistencia del funcionamiento regular de un autoingerto ovárico durante 5 años.

A. S. Observación 5.—Enferma de 19 años. A la edad de 13 años tuvo una hemorragia genital única de un día de duración. Un año después aparecieron sus reglas en forma periódica y profusa con una duración de 18 días para luego disminuir a 10, desde un parto prematuro de 6 meses. Aborto, uno de 4 meses.

Ingresa al servicio el 10 de Octubre de 1928 porque desde el 24 de Junio, fecha de su aborto ha quedado con flujos amarillentos espesos y abundantes y con dolores continuos al hipogastrio que se exageran con ocasión de los movimientos violentos. Acusa estreñimiento; la evacuación intestinal se efectúa de 6 a 9 días.

El *examen físico* demostró un cuello corto, un cuerpo en retroflexión, anexo izquierdo engrosado. Se hizo el *diagnóstico* de «endometritis. Varicocele pelviano. Retroflexión uterina».

Operación. 15 de Octubre de 1928. Anestesia raquídea, con tutocaina. Se hizo una resección parcial de ambos ovarios, una histeropexia pélvica de Pestalozza. Apendicectomía y ligadura de ambos paquetes vasculonerviosos ováricos. En la operación se comprobó la existencia de una ooforitis escleroquistica doble. Examinada

el 25 de Marzo de 1929, manifiesta la enferma no sentir molestia alguna por parte de su aparato genital. En la actualidad esta enferma se encuentra próxima al término de un embarazo normal habiendo persistido, hasta la fecha, su estado satisfactorio.

Comentario.—Esta enferma es un ejemplo que demuestra que la sección de los dos paquetes neurovasculares ováricos no perturba la función de gestación. No demuestra la eficacia de esas secciones en la curación del síntoma dolor puesto que la mejoría podría atribuirse a las ooforectomías parciales o a la histeropexia.

R. J. de B. Observación 6.—Es una enferma de 24 años. Comenzó a menstruar a los 12 años siendo entonces sus reglas escasas, de dos días de duración y acompañadas de dolores premenstruales. Después de casada se hacen más abundantes y duran hasta 8 días. Los dolores premenstruales se hacen más manifiestos y se prolongan también durante el escurrimiento. Ha tenido 2 partos. Ningún aborto. Concorre al Servicio por dismenorrea, dolores lumbares, leucorrea y dispareunia. Acusa además molestias gástricas después de las comidas, con meteorismo, eructos y pirosis.

El examen ginecológico muestra de anormal el cuello uterino, de multipara que da salida a secreción escasa, el cuerpo en anteflexión, los anexos sensibles, a su nivel se palpan tumefacciones blandas y sensibles que dan la sensación de várices.

Diagnóstico: «varicocele pelviano. Degeneración poliquística de los ovarios y apendicitis crónica».

Operación. 20 de Marzo de 1929. Anestesia raquídea. Laparotomía de Pfannenstiel baja. Doble sección paquetes neurovasculares ováricos. Resección quiste hemático ovario derecho. Apendicectomía.

Dos meses después entra en gestación dando más tarde a luz un niño sano que conserva vivo.

Actualmente no acusa molestias, salvo sus reglas que son siempre muy abundantes. Esta enferma es además lúetica antigua, habiéndose tratado con cierta regularidad. Después de su parto tuvo también anexitis gonocócica doble de la cual ha mejorado.

Comentario.—Es interesante este caso porque, lo mismo que el anterior demuestra las posibilidades de embarazo después de la doble sección de los paquetes ováricos, fenómeno que sabemos ha ocurrido en dos más de nuestras operadas.

C. D. Observación 7.—Enferma de 17 años. Tiene regla desde la edad de 14 años, de 4 días, abundancia normal, regulares en su aparición, dolorosas durante el escurrimiento, especialmente en el primer día. Concorre al servicio el 28 de Diciembre de 1928, por dolores al bajo vientre y por metrorragia que dura 17 días. Es una enferma estílica y desde hace dos años sufre de regurgitaciones ácidas y dolores vagos a los rebordes costales. No ha tenido partos ni abortos.

El examen pulmonar, cardíaco y la presión arterial no demuestran nada de especial. La Reacción de Wass. es negativa. Examen

genital: vulva abierta, vagina amplia, cuello de nuplpara, cuerpo en anteflexión, ambos ovarios se palpan aumentados de volumen.

Diagnóstico: «anteflexión, degeneración poliquística de ambos ovarios y varicocele pelviano».

Operación. 26 de Diciembre de 1928. Anestesia general, etérea. Se hizo una laparotomía media infraumbilical. Doble ligadura y sección de ambos paquetes vasculonerviosos ováricos, Ooforectomía parcial derecha. Apendicectomía. No hubo complicaciones posoperatorias.

Examinada el 23 de Setiembre de 1930 manifiesta que sus reglas son regulares, de 4 días de duración, abundantes, dolorosas el primer día del escurrimiento aunque en intensidad menor que antes de su operación. Ha notado que cuando se levanta y hace ejercicio disminuyen los dolores, tiene además dolores muy espaciados a la fosa ilíaca izquierda. Las relaciones sexuales son normales, no se ha embarazado. La metrorragia no se ha vuelto a repetir. El examen genital demuestra un útero pequeño, en retroposición con ligera anteflexión, el ovario izquierdo se palpa de tamaño normal, sensible al tacto, derecho no se palpa.

Comentario.—De los resultados del tratamiento se deduce que este fué incompleto, debiendo haberse también tratado la anteflexión a la cual se debe lógicamente atribuir el dolor del primer día de la menstruación. La sensibilidad del ovario izquierdo es un hecho interesante por cuanto habiendo sido seccionados los nervios propios del ovario de este lado, demostraría la probable vía nerviosa ovárica en relación con el plexo hipogástrico.

R. Q. Observación 8.—Enferma de 23 años. Regló a los 14 años, de 15 días de duración, abundante y dolorosa, después han seguido de 10 días, siempre dolorosas, especialmente al comenzar el flujo. No ha tenido ni partos ni abortos. Relaciones sexuales desde hace 12 años, o sea, desde la edad de 11 años. Líbido y orgasmos ausentes. Dispareunia. Se queja desde hace 6 meses de un dolor continuo y causado a la fosa ilíaca izquierda.

Examen físico.—Enferma bien constituida, dentadura en buen estado. Abdomen de paredes delgadas flácidas, sin estrías; el monte de venus se prolonga hasta el ombligo. Cuello de nuplpara, pequeño. Cuerpo en anteflexión pequeño, movable, indoloro; cavidad 4 cms. *Ovarios:* el izquierdo del tamaño de un huevo de paloma, el derecho del tamaño de una nuez.

Diagnóstico: «anteflexión e hipoplasia uterina. Degeneración escleroquistica de ambos ovarios. ¿Varicocele pelviano? Insuficiencia ovárica disociada».

Operación. 27 de Noviembre de 1929. Anestesia raquídea con tutocaína. Laparotomía de Pfannenstiel baja. Sección y ligadura del paquete neurovascular ovárico izquierdo. Homoiingerto en ambos ovarios, autoingerto en el fondo de saco vesicouterino, junto al ligamento redondo del lado derecho. Para hacer los ingertos, se buscó una dadora del mismo grupo sanguíneo que la enferma y cuyas funciones ováricas eran estrictamente normales.

Dos meses después de la operación, la enferma manifiesta que los dolores premenstruales han desaparecido, pero no los dolores que aparecen durante el escurrimiento sanguíneo que son de la misma intensidad que antes. Se le aconseja el Tubo Iribarne. Líbido y orgasmos ausentes.

El día 26 de Abril de 1930, se le coloca un tubo de Iribarne que es retirado 20 días después.

Vuelta a examinarse el 27 de Junio de este año, manifiesta que sus reglas son normales así como sus relaciones sexuales.

Examinada nuevamente el 10 de Septiembre de 1930 dice sólo tener un dolor muy ligero a nivel de la fosa iliaca izquierda que aparece con el ejercicio. Sus funciones sexuales persisten normales.

Las reglas duran actualmente tres días siendo indoloras.

Comentario.—Este caso es triplemente interesante. Muestra los efectos beneficiosos que la sección del paquete neurovascular ovárico izquierdo ha determinado en el síntoma dolor premenstrual, de origen ovárico.

Por otra parte, el dolor menstrual ligado a la ante flexión uterina desaparece con la ortopedia uterina.

La aparición del líbido y orgasmo venéreo al cabo de 5 meses después del ingerto ovárico permite eliminar la posibilidad de una autosugestión en la génesis de ese resultado, ya que de haber sido así habría aparecido a continuación de la operación, y nos permite afirmar la eficacia del homingerto ovárico intraovárico.

Para terminar con la presentación de este grupo de observaciones debemos decir que nuestro ánimo, no era traerlas todavía a la consideración de la Sociedad, sino el dar a conocer la parte teórica, de nuestro trabajo, con el fin de obtener una crítica que nos orientara mejor en la investigación perseguida.

No obstante, habiéndose aquí solicitado el conocer algunos resultados, he traído aquí el de las primeras enfermas operadas, resultado que sólo permite formarse un juicio respecto a la inocuidad del método de la sección del paquete neurovascular del ovario.

La complejidad de las lesiones, y la multiplicidad de los actos operatorios realizados en algunas operadas en cada intervención, no permitirá, por otra parte, formarse un criterio cabal respecto a las ventajas de la operación propuesta, sino después de compararse sus resultados alejados con los similares conseguidos en un número parecido de operados con los métodos usuales.

Con ese fin, y a medida de que podamos hacer el control de las enfermas operadas en una época suficientemente alejada, iremos presentando otros casos en que la operación aparece ampliada, en la forma en que se ha explicado en la parte expositiva.

La frecuencia de esta afección y la falta de uniformidad en los métodos operatorios corrientes, así como la pobreza de los resultados que con ellos se obtienen, creo constituyen el mejor justificativo para el que ha ocupado la atención de la sociedad durante tres sesiones.

Sobre el empleo del Uroselectán en el diagnóstico radiográfico de las afecciones del árbol urinario en el niño.

DRS. I. DIAZ MUÑOZ Y LUIS DONOSO CASTRO

Debido a la gentileza del Dr. Aníbal Ariztía que puso a nuestra disposición los enfermos de la Casa del Niño, empezamos hace algunos meses, con el Dr. Ricardo Rojas un trabajo sobre el Uroselectán como medio de estudio radiológico y funcional del aparato urinario en la infancia. Nos movió a hacer dicho tema el hecho, sabido por todos los pediatras, de existir un síndrome, que a veces es de muy difícil tratamiento y cuya etiología es también oscura; me refiero a la piuria crónica. Este síndrome en innumerables ocasiones es debido a trastornos ya generales o locales de fácil diagnóstico; pero también son innumerables los casos en que descartado todo factor general o local no se puede precisar su etiología, al mismo tiempo que explicar su cronicidad.

Gracias a los estudios anatómicos, principalmente de los norteamericanos, se ha aclarado este caos en la medicina infantil esclareciéndose las causas de este síndrome que significaba hasta hace algún tiempo un rompecabezas para los pediatras.

Es así como se ha llegado a establecer, según algunos estadísticos que un 11% de los niños que sufren piurias crónicas, tienen anomalías de sus vías secretorias de la orina.

¿Cómo han llegado a esta conclusión? Fuera de los estudios de autopsia, han adaptado aparatos de cateterismo para aplicarlos a los niños con los que es posible hacer pielografías directas con sustancias opacas. Un autor norteamericano ha tenido, digamos, la osadía, de practicar dicho examen en niños de pocos días de vida. Lo practican bajo anestesia general y su técnica es igual a la de un adulto.

En nuestro país este examen no se ha hecho sino hasta con niños de 6 años. En el lactante no ha sido posible por las siguientes razones: en primer lugar por la poca o ninguna relación que había entre los pediatras y urólogos que con este estudio se ve que debe existir. Enseguida por no existir los aparatos adecuados, y por último a nuestro juicio, por considerar que es un examen que significa un intenso traumatismo para los órganos urinarios de un niño, pudiéndose predecir las consecuencias que acarreará posteriormente.

Felizmente recién se introducía en nuestro país una sustancia química, el Uroselectán, sustancia que tiene como cualidad que al ser inyectada por vía intravenosa es eliminada por la orina haciendo a ésta opaca para los rayos X. Inmediatamente pensamos con el Dr. Ariztía y el Dr. Ricardo Rojas, a quien sirvió de tema de memoria, aprovechar dicha sustancia para esclarecer el diagnóstico en algunos casos de piuria crónica que había entre los niños de la Casa de Huérfanos.

Iniciamos el estudio con el entusiasmo que el tema requería y creemos haber podido llegar a conclusiones que puedan servir de norma para continuar su aplicación.