

En forma lo más breve posible expondré el *modus operandi* para la aplicación de dicha sustancia, su toxicidad, dosis, modo de eliminación y conclusiones.

El Uroselectán es un derivado de la piridina, con un 42% de yodo en combinación orgánica, correspondiendo a la fórmula de una sal sódica de 2-oxo-5-yodo-piridina-N-acido acético.

Tiene el aspecto de un polvo blanco cristalizado soluble en agua fría y mucho más en caliente (50%) insoluble en alcohol y en éter. La solución en agua es alcalina. Debido a que los autores europeos no daban las reacciones especiales para encontrarlas en la orina, nosotros, ayudados eficazmente por Don Juan de Dios Rojas, pudimos establecer todas sus reacciones y logramos investigarla en la orina tanto directa como indirectamente.

El modo de preparar la solución es sencilla y creo que es conocida por Uds. pues ya se ha hecho en otra ocasión una presentación a esta Sociedad.

En los niños de corta edad, hasta de un año y medio se coloca la inyección en el seno frontal a través de la fontanela anterior o en las yugulares. Después ya es posible colocarla en el pliegue del codo. Es de suma importancia dejar un intervalo de cinco minutos entre la primera y segunda mitad de la inyección, que debe hacerse muy lentamente.

La dosis que usamos varió entre 0.20 y 0.88 por kilo de peso. Esta última cifra fué perfectamente bien tolerada. No tuvimos ningún accidente inmediato ni tardío. En un sólo caso se produjo pequeños calofríos que duraron algunos minutos. Un niño inyectado en tres ocasiones con la sustancia falleció algunos meses después de la última inyección debido a una colitis bacilar.

La eliminación del Uroselectán es la parte más importante para nosotros. En ella está basado el estudio de las vías urinarias debido a que hace opaca la orina siendo posible el estudio radiográfico y radioscópico. Además al ser recogida la orina es posible también estudiar la cantidad que se elimina y el tiempo que dura la eliminación y según esto apreciar el estado funcional del riñón, como lo demuestran los autores europeos.

Hemos observado un gran número de casos inyectados con Uroselectán, desde tres meses hasta diez años de edad. Se ha estudiado la tolerancia, dosis, eliminación, valor radiográfico y funcional de la sustancia. En cuanto a la tolerancia y dosis ya lo he expuesto en algunos párrafos anteriores. Me refiero ahora, según lo observado por nosotros a la eliminación y valor radiográfico.

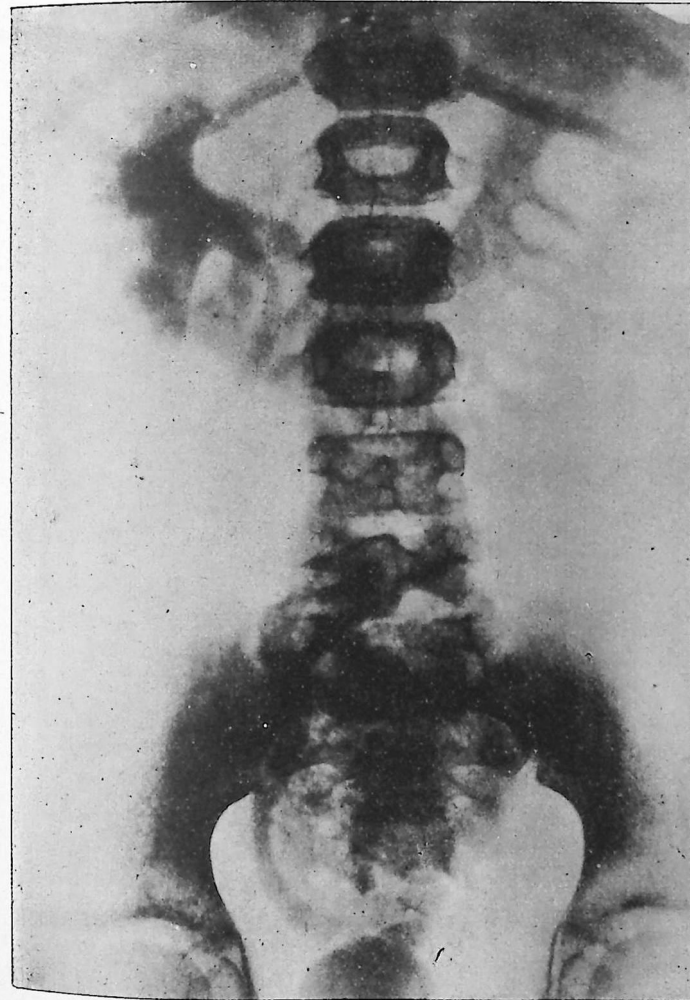
El Uroselectán se elimina como tal, o sea no sufre modificación al pasar por el organismo y ser eliminado por la orina. Por tal calidad es posible medir la cantidad de dicha sustancia eliminada y el tiempo que dura la eliminación.

En los niños la eliminación es sumamente precoz, y tal es así que inmediatamente concluida la inyección ya hay uroselectán a los rayos.

Esta misma precocidad en la eliminación dificulta a veces el examen radiográfico por el hecho de ser el peristaltismo pélvico y ure-

teral muy rápido y eliminarse la mayor parte de la sustancia en los primeros momentos.

El tiempo que dura la eliminación depende según los autores europeos del estado funcional del riñón, hecho que no hemos comprobado nosotros. Por término medio en un riñón sano a las 6 a 8 horas se ha eliminado del 85 al 95% de la sustancia inyectada sin haber sufrido modificación alguna. Los exámenes practicados por algunos autores demuestran que a los 15 minutos de la inyección, ya no existe yodo en la sangre.

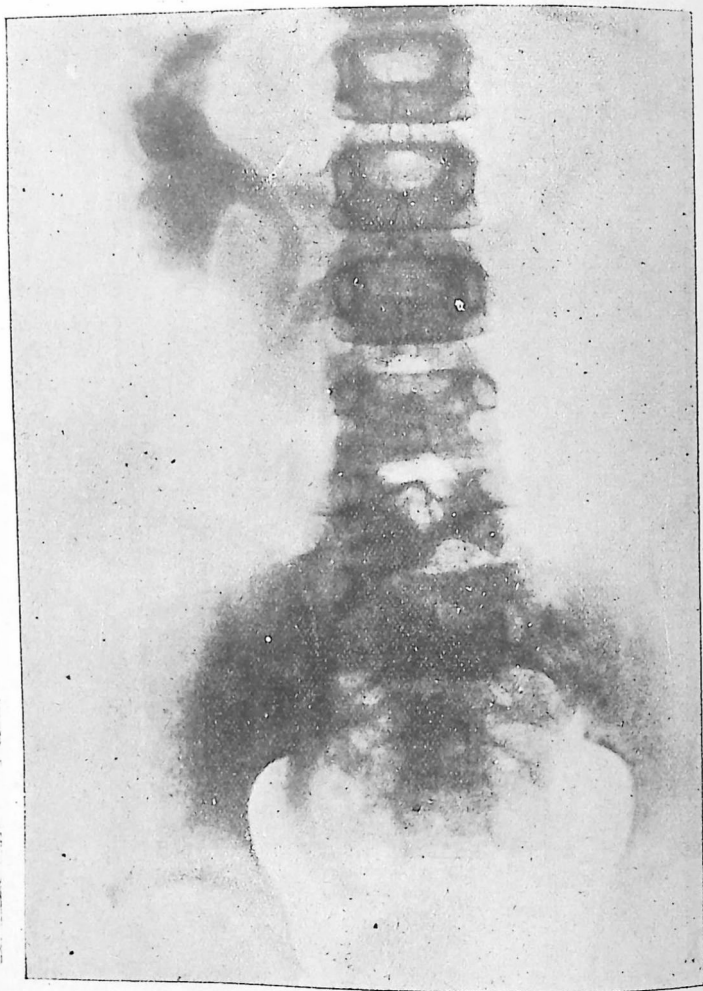


V. Q. A. 8 años. Diagnóstico. Hidronefrosis izquierda. Reflujo vesico-ureteral izquierdo.

Fig. 1. A los 15 minutos de la inyección. Diagnóstico radiográfico. Grau hidroureteronefrosis. Acodadura del ureter izquierdo en su porción abdominal e intrapélvica.

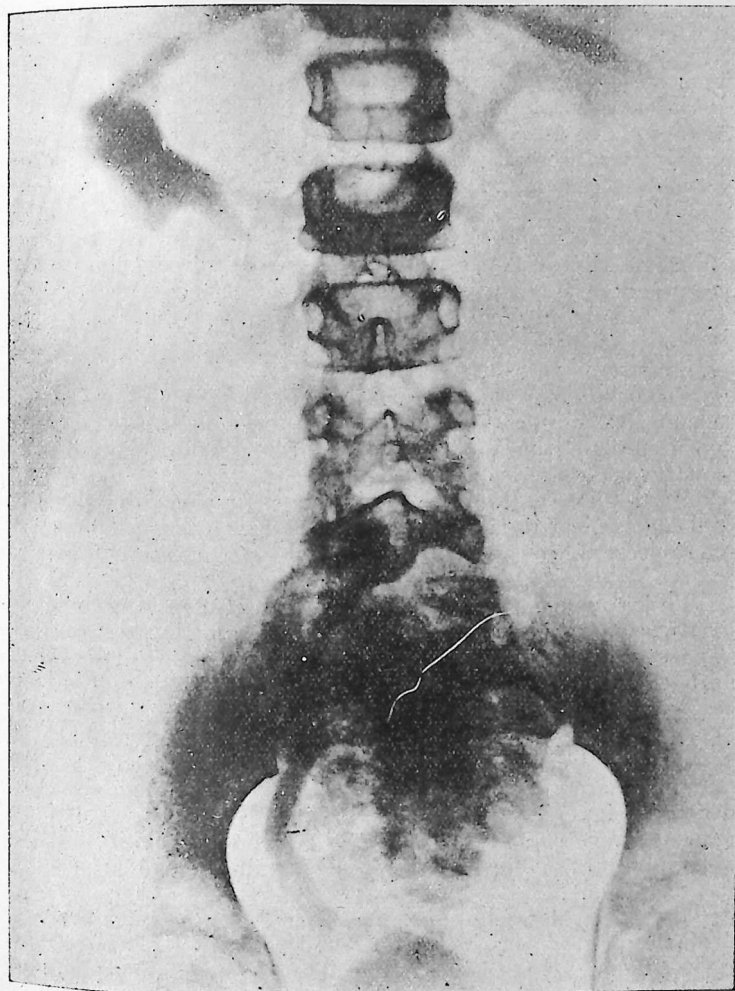
En el parenquima renal mismo parece no reproducir ninguna alteración: no hay albuminuria ni cilindruria.

Nosotros como dije antes, no hemos comprobado paralelismo entre el estado funcional del riñón y la eliminación del Uroselectan: En algunos casos observamos niños con mal estado funcional del riñón medido con la constante de Ambard, siendo el tiempo de eliminación del Uroselectan perfectamente normal, como también el caso contrario, de pacientes con buen estado renal y defectuosa eliminación de la sustancia.



V. Q. A. Fig. 2. A los 40 minutos de la inyección

Estudio Radiográfico.— La interpretación radiográfica en un individuo normal es sumamente variada. Depende de las diferentes formas anatómicas de la pelvis renal y cálices y aún más, del momento de ser tomada la radiografía. Este último punto es de suma importancia por ser imprescindible hacer radiografía previa con el fin de tomar la radiografía en el momento oportuno. En las radiografías que practicamos nos fué posible comprobar que la honda peristáltica partida de la pelvis hacia los ureteres es sumamente rápida y ésto explicaría satisfactoriamente el hecho que, en algunas radiografías,



V. Q. A. Fig. 3. A la hora y 15 minutos de la inyección

no se viera la sombra del Urseelectan, pues han sido tomadas en el momento de la evacuación. En algunos clichés que voy a presentar se podrá apreciar fácilmente lo antes dicho.

Influye grandemente en la buena obtención de la radiografía la cantidad de la sustancia inyectada. Creemos que con menos de 0.40 por kg. de peso no sale una buena plancha.

¿Como interpretar el estado del parenquima renal por medio de la pielografía intravenosa? A este respecto hay dos teorías una de Von Lichtenberg que dice que el riñón que elimina mejor, y por lo tanto la sombra es mas visible y más tardía en desaparecer, es el sano o en mejor estado funcional y otros con Rosseno opinan lo contrario o sea que el que elimina más perfectamente y la eliminación es mayor, es el enfermo. A este respecto voy a presentar un caso observado por nosotros y que creo que servirá para aclarar en algo nuestro criterio al respecto.

Se trata de un niño de dos años que padecía de una lúes congénita y piuria crónica. Se le practicó en tres ocasiones inyecciones de Uroselectán comenzando por 0.20 g. por k. de peso y aumentando hasta 0.50 g.

En todas las radiografías con la sustancia se apreció unicamente la pelvis izquierda. Después de tres meses fallece dicho paciente encontrándose a la autopsia una atrofia del riñón derecho. En el riñón izquierdo un proceso de pielonefritis con perinefritis.

Colon edematoso y congestivo con pequeñas y escasas ulceraciones. Anasarca.

Como ve en el lado que no tuvo inyección el riñón estaba atrofiado, atrofia que según el análisis patológico de la Casa de Huérfanos impedía el funcionamiento de ese lado. Este hecho nos hablaría en favor de la tesis de Von Lichtenberg.

Hasta ahora me he referido al examen funcional del riñón por medio de la pielografía intravenosa. Diré unas pocas palabras en lo que respecta a los casos de anomalías de las vías secretorias de orina.

En las anomalías nos parece que el Uroselectán como medio de investigación radiográfica y radioscópica es donde presta los más grandes servicios. Es así como hemos podido apreciar ptosis renales hidronefrosis, acodaduras y estrecheces; de los ureteres, hidroureteres etc. Todas estas anomalías se podrán apreciar con toda claridad en los diapositivos que voy a presentar. En los casos de retención de orina debido a estrecheces ureterales o reflejos vesicoureterales la sombra radiográfica es bastante nítida como se ve en los clichés del primer caso. (Figs. 1, 2 y 3). En general se puede decir que mientras más obstáculos haya para la evacuación de la orina, la sombra a la pantalla saldrá más nítida y el tiempo de eliminación de la sustancia más retardada.

Las conclusiones que se pueden sacar de este trabajo son los siguientes:

1.º Es una sustancia perfectamente bien tolerada por el organismo a la dosis que la hemos empleado (desde 0.20 g. hasta 0.88 g. por k. de peso).

2.º Es de muy fácil empleo y de técnica sencilla.

3.º Para el estudio Roentgeneriológico de los tractus pielouretero vesical es de suma utilidad ya que puede reemplazar de lleno los métodos directos de exploración.

4.º Como método para medir el funcionalismo renal nos parece que no reemplaza, con éxito a los ya conocidos,

Sobre el uso del Mikulicz.

DR. RAFAEL URZÚA.

RELATOR: DR. JUAN WOOD

Observación.—El 10 de Mayo de 1929, soy llamado de urgencia para asistir en su domicilio a un hombre de 58 años que, después de haber estado en cama algunos días a causa de molestias que él atribuía a su aparato urinario y que no precisa bien (dolor difuso en el bajo vientre, orina escasa y turbia) siente bruscamente un intenso dolor abdominal.

Se constata un vientre en tabla, en un individuo enflaquecido, que aparece angustiado por su dolor, el cual no le permite contestar a las preguntas que se le dirigen. Su respiración es superficial, de tipo costal. Su pulso es débil y frecuente. Su temperatura en la axila es de 36° y de 36.8° en el recto. Los reflejos patelares son normales y las pupilas aparecen ligeramente dilatadas.

Entre las personas que rodean al enfermo, y que no le han prestado en los días anteriores mayores cuidados, se logra obtener los siguientes datos: desde hacía tres días guardaba cama. Decía sentirse afebrado, con cefaleas, sin ánimos para trabajar. Se quejó de dolor abdominal y notó que orinaba muy poco.

El dolor intenso actual apareció bruscamente, después de su almuerzo habitual. Ni antes ni después de su aparición hubo vómitos.

Hacemos el diagnóstico de abdomen agudo por probable perforación de una víscera y se propone a la familia una intervención inmediata.

Sólo es hospitalizado 10 horas después del comienzo del dolor.

Se ha agravado: presenta un pulso inconstante y apenas perceptible, hipotermia, ligera cianosis, facies peritoneal.

Hay inmovilidad de la pared abdominal y timpanismo en el hipocondrio derecho. El dolor se presenta ligeramente más acentuado en la fosa iliaca izquierda y en ambas regiones lumbares, y tiene exacerbaciones paroxísticas. Persiste la defensa muscular generalizada.

Intervenimos con el diagnóstico de «peritonitis por perforación visceral».

Anestesia general con éter (aparato de Ombrédanne).

Laparotomía mediana, supra e infraumbilical, de 10 cms.

Al abrir el peritoneo, aparecen asas intestinales dilatadas, rojas, unidas débilmente por algunas adherencias blandas e incompletas y cubiertas de falsas membranas amarillas, puriformes y bañadas por un líquido turbio.

Al introducir nuestra mano hacia la fosa ilíaca izquierda y fosa renal de ese lado y separar dos asas de intestino delgado, abrimos un gran absceso y obtenemos la salida de unos 200 gramos de pus fétido, espeso, de color verdoso. En el colon descendente e ileopélvico y fosa renal, nada de anormal. Al desprender otras asas de intestino delgado hacia la fosa esplénica se abre otro gran absceso. Bazo y estómago normales. De la región suprahepática sale una gran cantidad de pus, de aspecto más claro, más seroso que el del resto del abdomen y avaluable en 600 a 800 gramos. Hígado liso, de tamaño normal. Vesícula biliar normal. En la fosa ilíaca derecha comprobamos la existencia de una masa del tamaño de un puño, fija a la pared posterior, formada por el ciego, epiplón mayor adherido débilmente y un absceso retrocecal pequeño, comparable al tamaño de un huevo de gallina y abierto en la cavidad peritoneal en su polo superior.

Hacemos una incisión oblicua a este nivel (en parrilla) a través de la cual drenamos este absceso por medio de un tubo de caucho con una mecha de gaza en su interior.

Un segundo tubo es introducido en el fondo de saco rectovesical, de donde vaciamos un último absceso.

En la herida mediana instalamos un gran saco de Mikulicz.

Como tratamiento posoperatorio: posición de Fowler, estimulantes, calor, administración de líquidos por vía subcutánea y rectal y 20 c. c. de suero antigangrenoso de Behring diariamente, durante los 4 primeros días.

El estado general durante las primeras 24 horas después de la intervención, es miserable. Hay hipotermia y pulso incontable.

El 2.º día aparecen vómitos porráceos. El Mikulicz drena abundantemente. Se hace necesario cambiar el apósito con frecuencia.

El tercer día el enfermo amanece mejor. No hay vómitos, la lengua está húmeda, el pulso de 120. Temperatura 37.5°. Comienza a alimentarse.

En los días siguientes, mejora notablemente el estado general.

La primera gaza del Mikulicz es extraída a las 48 horas, la segunda a los 3 días y la tercera a los 4

El sexto día sube la temperatura a 39°.

Esta alza coincide con el hecho de que los tubos dejan de drenar, aún cuando el saco lo hace en buena forma. Se extraen y se vacía una abundante cantidad de pus fétido y espeso por la herida lateral: en la tarde de ese día la temperatura desciende a 36.5°. El saco del Mikulicz sigue drenando bien y es extraído el décimo día.

El duodécimo día, nueva alza térmica y disminución notable de la supuración de la herida mediana. Al explorarla, se vacía una buena cantidad de pus. El día siguiente baja nuevamente la temperatura a 36.4°.

Antes del 20.º día, por dos veces vuelve a subir la temperatura, coincidiendo con retenciones de pus.

El 5 de Junio la supuración ha desaparecido, y se va de alta, con sus heridas cicatrizadas, el 15.

He considerado de interés recoger y detallar esta observación

por dos motivos: el primero es que cometimos un error de diagnóstico y el segundo, que el resultado que se obtuvo fué inesperado.

El estado general, la defensa de los músculos abdominales, el dolor generalizado de la cavidad peritoneal, no nos dejaron dudas de que estábamos frente a una peritonitis.

La anamnesis, cuyos datos eran inciertos e imprecisos por las contradicciones y la vaguedad de las personas que los daban, nada nos proporcionaba en favor de ninguna afección determinada.

No tuvimos en cuenta la posibilidad de un proceso apendicular. Y éste fué nuestro error, ya que estos procesos son la causa más frecuente de peritonitis, y sabido es que, en la duda, se yerra menos pensando en lo que es más frecuente.

Se ha dicho que el abdomen es una caja de sorpresas. El asegurar este aserto, no significa excusar los propios errores de diagnóstico. Es reconocer que el diagnóstico en la cirugía abdominal es difícil y que su mayor precisión está en razón directa de la experiencia de los cirujanos, y séanos permitido decir también, de su clarividencia.

Basándonos en la anatomía patológica de la lesión, interpretamos la evolución de la enfermedad de nuestro paciente de la siguiente manera:

Al comienzo ha habido una irritación difusa, tóxica talvez, del peritoneo; propagación de un proceso circunscrito inflamatorio: una apendicitis. Se ha formado un derrame seroso difundido en toda la cavidad peritoneal. Ha habido una peritonitis que después ha ido disminuyendo de intensidad por zonas, hasta llegar a desaparecer, dando lugar a la formación de abscesos enquistados, independientes del foco primitivo. Este, o sea el proceso apendicular, a su vez ha evolucionado hacia la formación de un absceso que al comienzo se ha localizado, se ha enquistado gracias al concurso del epiplón y de adherencias que no han sido lo suficientemente herméticas, ya que han permitido el vaciamiento de su contenido en la gran cavidad peritoneal. Creemos que éste ha sido el momento en que el enfermo sintió el brusco e intenso dolor abdominal que lo obligó a consultar médico.

La curación obtenida en el caso que relatamos, es un éxito a que no estamos acostumbrados en oportunidades semejantes. Nos sorprende por la edad del enfermo, su mal estado general, lo antiguo del proceso y lo tardío de la intervención. Es un éxito que no dudamos en atribuirlo al drenaje amplio de la cavidad abdominal como sólo puede realizarlo el Mikulicz.

Esta forma de drenaje, tal como la preconizó su autor en 1887 y como ya la había propuesto Dupuytren 70 años antes para la vejiga urinaria, o sea, «un sistema de mechas canalizado, regularizado, sin contacto directo con los tejidos o las asas intestinales, de las que las separa un saco de envoltura», llena todas las condiciones que debe tener un buen drenaje; fácil de colocar y de extraer, tan bien dispuesto para el taponamiento como para el drenaje a causa de su forma de cono de base exterior y no extrangulable por la herida.

Se ha acusado al Mikulicz de ser un método anticuado, poco

elegante, rutinario y peligroso porque provocaría evisceraciones posoperatorias precoces, oclusiones intestinales y peritonitis secundarias, fístulas estercoreáceas, eventraciones tardías con adherencias difusas, etc.

Su uso sistemático constituiría un peligro para las nuevas generaciones de cirujanos, las que podrían ver en él una verdadera panacea. Descuidarían con este recurso la perfección de la técnica operatoria: hemostasis perfecta, peritonización minuciosa, asepsia.

Los cirujanos que formulan estos cargos no emplean este método porque temen esos peligros y por consiguiente, carecen de una experiencia sólida y desconocen su técnica.

J. L. Faure, a quien podríamos llamar el campeón del Mikulicz ha refutado airoosamente en el seno de la Sociedad Nacional de Cirugía de París a los detractores de este procedimiento.

Ha hecho ver que la oclusión intestinal puede existir después de un Mikulicz como después de una laparotomía ordinaria, y se puede evitar teniendo cuidado de extender el epiplón sobre el saco a fin de impedir que las asas intestinales queden en contacto con él. Las fístulas pueden producirse cuando el saco es extraído prematuramente, es decir, antes del 8.º o 10.º día. Las evisceraciones no se producen cuando se cuida de dejar un haz de crines hasta la cicatrización de la herida. En cuanto a las eventraciones, recordamos una frase oída al Profesor Sierra: «prefiero un vivo con hernia que un muerto sin ella».

Oigamos las palabras dichas por el Profesor Faure en su discurso del 27 de Febrero de 1927, en la Sociedad de Cirugía de París, dirigiéndose al más serio de los adversarios en esta memorable discusión: «Constato que Lescène emplea de vez en cuando este método, cuyo nombre solo levantó el anatema, cuando lo pronuncié en este recinto, por primera vez. Es, pues, que le reconoce algún valor y aún un gran valor, puesto que recurre a él cuando teme por la vida de un operado. Lo juzga entonces superior a los métodos comunes cuando se trata de curar o simplemente de prevenir una infección grave. Jamás yo he dicho otra cosa, y diferimos solamente en la apreciación de los casos en los que se puede temer por la vida de los operados. Toda la cuestión se reduce a ésto. Yo digo y sostengo que estos casos son numerosos. Ellos son todos los casos de gran cirugía intestinal, y me parece imposible el negar que en una cirugía como la del intestino grueso, que da por término medio una mortalidad de 30%, toda operación tiene el derecho de inspirar temores. Entonces, por qué rehusar a tomar en una precauciones que se juzga necesarias de tomar en otra, y por qué dejarsin drenaje una operación, aún satisfactoria en apariencias, cuando se ha visto terminar por la muerte operaciones semejantes? En operaciones que de una manera cierta sabemos sépticas, en una medida que es prácticamente imposible de determinar, no sabemos y no podemos saber cuales serán aquellas que terminarán mal Sin duda que por el hecho mismo de esta sistematización, se es obligado, evidentemente, a poner fatalmente demasiados Mikulicz. Cuando yo no lo empleaba para el Wertheim sino en los casos particularmente graves, curaba el

85% de mis operadas en lugar del 95 de hoy día. Coloco 85 Mikulicz de exceso para sanar 10 mujeres más. ¡Son realmente muchas curaciones inútiles en estos 85 operados! Pero abogo humildemente que prefiero, y con mucho, hacer algunas centenares de curaciones que una decena de autopsias».

Contestando a la acusación hecha al Mikulicz de ser un método anticuado, dice: «como si aquellos que llevan la Cirugía hacia atrás no fueron, al contrario, los que emplean su energía en combatir los métodos que la hacen bienhechora. La juventud de la Cirugía no se mide en la elegancia aparente de las maniobras a las cuales recurre, sino en los resultados que obtiene y en el número de enfermos que arranca a la muerte».

Demasiado es conocida la gran talla de cirujano de J. L. Faure para que pudiera pensarse que si adopta y defiende un método antiguo, lo hace porque no se haya podido adoptar a las dificultades de la técnica quirúrgica moderna.

Chassaignac enseñó hace más de 60 años que un absceso profundo debe ser drenado después de abierto ampliamente. Sería sencillamente ridículo desconocer la eficacia de este proceder bajo el pretexto de que es un método antiguo.

Si un método antiguo salva operados que otros procedimientos más modernos no logran mejorar, en buena hora usemos esos procedimientos antiguos.

Se teme que el uso del Mikulicz haga descuidar a los jóvenes cirujanos esos mil detalles que le dan a nuestro arte su sello de perfección.

Es de considerar pueril este temor, ya que, desde que se predica este método se han iniciado varias generaciones de cirujanos, y no se observa sino que cada día se perfecciona más la técnica y que aumentan los buenos cultivadores de nuestro noble arte. Hay el derecho de confiar en el criterio de nuestros colegas y esperar que los múltiples recursos con que cuenta la cirugía, se empleen correctamente y en su debida oportunidad.

Caería en gravísimo error quien pretendiera generalizar éste, como cualesquiera otro método y usarlo sin discernimiento y sin tener presente las indicaciones que deben comandar su empleo.

La interesante observación enviada por el Dr. Urzúa, como se deduce de lo que acabo de leer, se refiere a un caso de peritonitis generalizada cuya causa no fué precisada antes de la intervención y en la que el colega atribuye el éxito al drenaje amplio de la cavidad abdominal por medio del Mikulicz.

Siento estar en desacuerdo sobre este punto, pues creo que este modo de drenar bien poco habría contribuido a la mejoría del paciente si no hubiera mediado el hecho de no existir diagnóstico preciso sobre el origen de esta peritonitis, lo que obligó al cirujano a explorar las diferentes vísceras dándole ocasión de vaciar tres o cuatro colecciones purulentas antes de explorar la fosa iliaca derecha donde residía la lesión causal. Muy diversa habría sido la mar-

cha posoperatoria del paciente si alguno de estos abscesos hubiera pasado desapercibido, aún cuando se hubiera drenado con un Mikulicz, lo que habría dado lugar a nuevas intervenciones si el diagnóstico de su existencia se hubiera hecho ya que sucede con cierta frecuencia que ante la severa sintomatología de un caso como el de la presente observación, la que corresponde a un absceso suele no llamar la atención o pasar inadvertida.

En cuanto a la manera de drenar una peritonitis como la que nos ocupa creo que el Mikulicz de que echó mano el colega es el método que puede dejar más tranquilo al cirujano momentáneamente ya que llevará su objetivo facilitando la eliminación de los líquidos patológicos, al mismo tiempo que acorta la duración de la operación. Lo anterior no quiere decir que si se hubisra recurrido al drenaje tubular los resultados obtenidos no hubieran sido los mismos. Además es justo recordar y reconocerles la ayuda que pueden haber prestado en su éxito al colega a los otros factores que seguramente intervinieron como ser la técnica operatoria, las condiciones del terreno, la virulencia del agente, los cuidados posoperatorios, [etc.

Aprovecharé la ocasión de haber sido nombrado relator de la interesante observación del Dr. Urzúa para hacer indicación en el sentido que la Sociedad de Cirugía dedique algunas sesiones para discutir y fijar en lo posible normas en lo referente al drenaje de la serosa abdominal.

Discusión:

DR. OPAZO.— Propone dejar pendiente la discusión de este tema seguro del interés que tendrán los socios de terciar en ella.

A propósito del Bocio. Estado actual del problema. (1)

DR. LUCAS SIERRA

Grandes hombres están empeñados en el estudio de pequeños órganos que hasta hace pocas décadas se les consideraba de escasa importancia, destinados acaso a dar simplemente la forma de la región en que se les encontraba. Se ignoraba entonces que aún la más pequeña de las células de nuestro organismo representa un laboratorio admirable digno de muy prolijo estudio.

El cuerpo o glándula tiroides salió de aquella situación menguada, gracias a las observaciones y trabajos de Schiff, Reverdin y Kocher; ha alcanzado el estudio de su patología un interés de primordial significación, en particular en muchos de los países montañosos como el nuestro, y no han faltado antropólogos del brillo y talento de Keith (Sir Arthur) que la hagan desempeñar papel preponderante hasta en la formación de las razas.

Dos descubrimientos han venido a dar un impulso enorme y de gran significación a este estudio: el de Kendall y el de Plummer. Marcan ambos una época en la historia del desarrollo de nuestra ciencia. Han contribuido a devolver en parte a la sociedad seres profundamente desgraciados, y dado una seguridad a nuestras intervenciones más delicadas que todos los cirujanos hemos podido comprobar.

Pero, a pesar de todo eso, de cuanto se ha experimentado y observado, habremos de ver que queda todavía mucho terreno que

(1) Los propulsores de los conocimientos de la fisiopatología de la glándula tiroides hicieron nacer también muy pronto un gran interés por el estudio de su terapéutica; en los bocios simples se llegó en pocos años a la perfección. Una tiroidectomía ejecutada por el profesor Kocher de Berna, o por alguno de sus aventajados discípulos, era una obra maestra; la mortalidad prohibitiva de sus antecesores bajó a fracciones de la unidad.

El mixedema comenzó con Murray y otros a beneficiar del empleo de los extractos glandulares, y de los extractos; los bocios tóxicos, de los sueros y de la operación. en uno o varios tiempos, hasta precisar el máximo de la glándula que pudiera extraerse compatible con la forma y funciones que les son propias. Se habían realizado al respecto progresos dignos de la cirugía listeriana; pero fué en 1923 solamente cuando Plummer, demostrando científicamente y por medio de la experimentación, todo el valor del yodo conscientemente aplicado, aún en casos de verdadera «tormentas tiroideas», fijó la atención del mundo civilizado. Todos los clínicos quisieron entonces convencerse por sí mismos de lo que en realidad valía el empleo del yodo.

En los últimos diez años, o más exactamente, después de la comunicación de Plummer (Des Moines. Iowa. Oct. Nov. 1923) y la publicación de su libro en colaboración con C. H. Mayo, 1926, ha sido el bocio tóxico uno de los temas más discutidos tanto en congresos anuales como en los internacionales; innumerables sociedades científicas, ya sea aisladamente, o en colaboración con las secciones de terapéutica, radiología han dilucidado también el problema.

Al final de este trabajo insertamos la lista de algunas de las publicaciones que han llegado a nuestro conocimiento, y la de los trabajos que hemos consultado más ampliamente para confeccionarlo; no tiene, de ninguna manera, la pretensión de ser completo. Podrá sí servir de algo a quien quiera ahondar más en el estudio, el más interesante, del bocio tóxico, enfermedad oscura y traicionera.

recorrer antes de descubrir todos los misterios que aún oculta. Trabaja, en efecto la glándula de que nos ocupamos en armónica sincronía con varias otras de las glándulas de secreción interna, bajo el influjo de sus «mensajeros químicos» y de la acción del sistema neurovegetativo; basta éso para que podamos formar idea aproximativa de la dificultad para valorar con precisión qué participación corresponde a una y cuál a otra.

Cassero y Eustaquio, a principios del siglo XVII, fueron los primeros anatomistas que describieron el cuerpo tiroideo como un órgano único y en el que el istmo unía ambos lóbulos. El estudio de trozos relativamente pequeños no había permitido formar concepto microscópico exacto del conjunto del órgano. Son los embriologistas del John Hopkins Hospital, Baltimore, los que con una paciencia y minuciosidad dignas de toda admiración, han penetrado más íntimamente en el secreto de su estructura, y disipado no pocas ilusiones que se mantenían y eliminado errados conceptos que aún subsistían.

Por medio de la maceración, la microdissección y reconstrucciones en cera han avanzado este estudio como nadie lo había hecho, en tan vasta extensión, hasta el día de hoy. (1) Sus estudios les permiten asegurar que no hay ni el menor fundamento para hablar de verdadera lobulación de la glándula; que los restos fetales de que había hablado Wolfler, 1883, no se comprueban ni en el bocio simple ni en el exoftálmico; que las expansiones del saco epitelial del folículo, que se han descrito en el bocio exoftálmico, son pura ilusión: son en realidad folículos independientes.

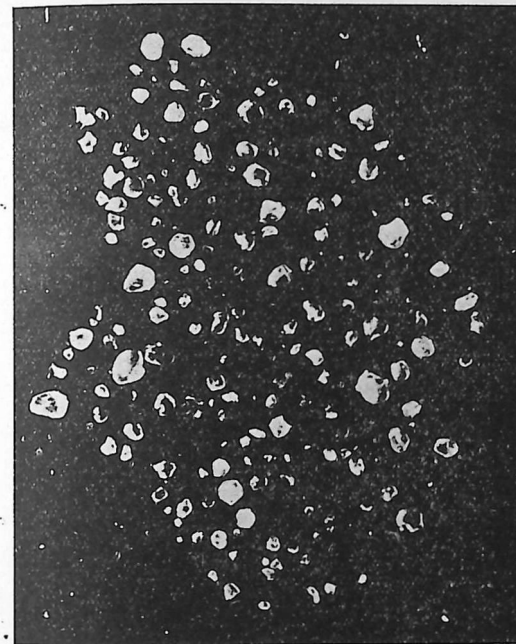
Norris, 1928, ha estudiado el tiroideo en embriones humanos de 7 m. m. Aparecen en esa época en la masa de la glándula un número de cavidades completamente cerradas que se agrietan y dan la impresión de que por ahí se hubieran escapado células para constituir un conglomerado independiente. Aquella masa glandular, sólida al principio; se ahueca y forma cavidades que aumentan de capacidad; cada una de estas cavidades queda rodeada por placas epiteliales que se unen entre sí, dando, en definitiva a la glándula el aspecto de un parenquima fenestrado de estructura «extremadamente compleja». Mas tarde se forman nuevas placas epiteliales por un proceso de mamelonamiento y ensanche de las mismas placas, como hemos visto ya, en el momento en que la masa glandular sólida comienza a organizarse. Se comprende que puedan subsistir divisiones y subdivisiones irregulares en el embrión humano y que suelen persistir hasta la edad adulta.

Bradway, W., 1929, ha podido verificar ampliamente los hechos avanzados por Norris, estudiando la morfogenésis de los folículos tiroideos del pollo.

Los folículos tiroideos son, en general de un tamaño que fluctúa entre 20 micrones y 1 m. m. de diámetro; pero la gran mayoría de ellos se queda, en el estado normal, por debajo de aquel pro-

(1) Rienhoff, Jr. W. F. Gross and Microscopic Structure of the Thyroid Gland in Man. *Arch. of surg* Dec. 1929

medio y, en no pocos de ellos, apenas si es posible reconocerles lumen. El tejido conjuntivo adhiere íntimamente a los folículos, pero sin envolverlos totalmente. Esos folículos pequeños representan la «reserva glandular».



Grupo de folículos disecados de una tiroidea normal. Obsérvese la variación de tamaño y marcada transparencia de los más pequeños; estos son los que constituyen la «reserva glandular».—67 Según Rienhoff

Es sólo el interior del folículo el que varía en su configuración; su exterior mantiene la forma, sea esta cilíndrica, cuadrangular o alargada, con excepción de los folículos de la periferie que, debido a la presión de los órganos de vecindad, se aplican sobre sí mismos como las plumas de las aves.

En el interior del lumen o cavidad del folículos es donde va a acumularse la materia coloidea. La «unidad glandular» que va a efectuar ese trabajo de secreción está representada por el área de unidad de la glándula, asociada al epitelio, vasos capilares, espacios linfáticos que la incitan a la acción. Al saco epitelial en que está contenido el folículo con todos sus anfractuosos canales interfoliculares han dado Williamson y Pearse la denominación de «sinusoide linfático».

Grupos de unidades glandulares se abocan al canal linfático principal en el cual vacía libremente el sinusoides su contenido, a la manera que los granos de uva se unen al pedículo. Cada pelotón de unidades glandulares forma un lobulillo de la glándula y está envuelto por completo en un compartimento especial de los intersticios (Flint, Baltimore).

Esta disposición es análoga a la que se encuentra en el lobulillo hepático. (Williamson, Delepine, Mall, Mc. Nee). En el hígado grupos de senos sanguíneos conteniendo cada uno columnas de epitelio hepático, un plexo de células de Kupffer (1), y sinusoides sanguíneos, se agrupan hacia la vena central, la vena hepática; en esta vena es donde se abren los sinusoides venosos de la porta. La diferencia estructural entre estos dos órganos procede de que en el tiroides es la linfa la que toma el lugar que en hígado corresponde a la sangre venosa de la porta. Colítese de esto que la linfa desempeña en la función de la tiroides un papel de tanta significación como el de la sangre venosa de la porta en las funciones del hígado.

La tiroides es una glándula eminentemente linfática.

Veremos poco más adelante, que, de lo ya expuesto, a la función dual de la glándula no hay más que un paso.

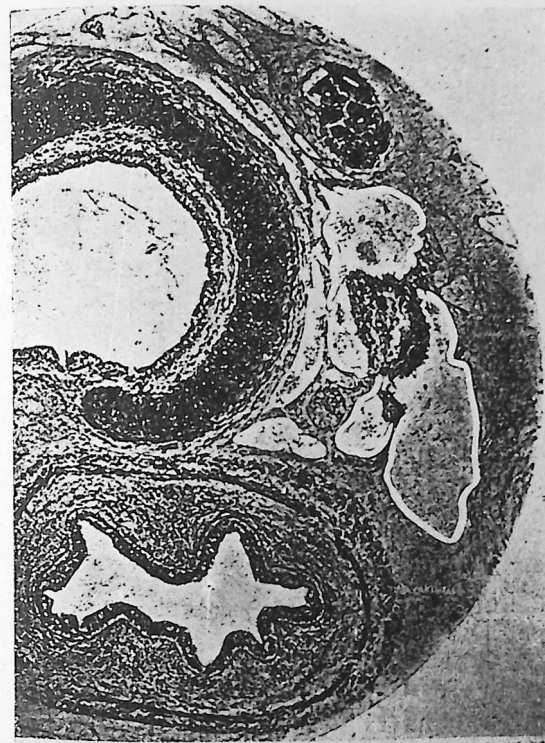
EMBRIOLOGÍA Y ANATOMÍA COMPARADA

Embriología.—Del piso de la bucco-faringe, al nivel del agujero ciego de la lengua, se desprende un pelotón compacto de células formado a la vez de «epiblastos» y de «mesoblastos» rodeado de tejido fibroelástico. Los trabajos de Norris a que ya hicimos referencia, establecen que hasta ese momento los espacios que se forman en aquel conglomerado celular no son todavía los folículos. Estos van a aparecer en una etapa ulterior. Esos espacios que van a segmentar el conglomerado y dar lugar a la formación de las unidades glandulares, son espacios linfáticos. Son ellos los precursores del sistema linfático intratiroideo; se formarían a expensas de células mesoblasticas que arrastró en su descenso el pelotón celular que se desprendió al nivel del agujero ciego. A medida que avanzan en su evolución, esos espacios se extienden hasta la periferie de la masa glandular, allí se fusionan formando un espacio continuo que separa la glándula del tejido fibroelástico que la rodea: la estructura anatómica así constituida viene a ser, en definitiva, un vasto espacio cavernoso en el cual esta suspendida la glándula tiroidea. Berard y Dunet reproducen en su libro un hermoso ejemplar que han obtenido de un embrión humano de 60 m. m. de desarrollo en confirmación de este concepto.

El espacio que rodea a la glándula se extiende hasta el suelo de la boca. Obsérvese particularmente el hecho de que la región embrionaria en que tiene lugar este desarrollo se extiende desde el arco del hioides a toda el área de los arcos branquiales y que, originariamente

[1] Las células de Kupffer del sinusoides hepático son células del retículo endotelial y similares en todo a las células retículo endoteliales del sinusoides tiroideo. (Williams y Pearse Jour. Path. and Bact; 1926).

te, estos desembocan en las superficies laterales del espacio linfático en que está suspendida la glándula.



Contorneado de blanco, se ve un extenso saco linfático que contiene en su interior a la glándula tiroidea. Corte de un embrión humano de 60 mm. de desarrollo, según Bérard y Dunet.

ANATOMÍA COMPARADA.— Ahora bien, en el *Squalus acanthias* el sistema tiroideo llegado a su completo desarrollo, consiste en un vasto saco cavernoso en el cual flota una glándula tiroidea piriforme unido por un pedúnculo al suelo de la bucofaringe, al nivel del agujero ciego. Grande es, pues, la analogía con lo que llevamos descrito del embrión humano.

El saco linfático tiroideo está formado en aquel pez de una cavidad central y dos expansiones laterales donde desaguan las branquias, de tal manera que todo el espacio linfático podría describirse como un sistema *tirolinfobranquial* que recibe subsidios tributarios desde el piso de la boca.

Hagamos notar desde luego el valor patológico que puede adquirir este mismo hecho en el hombre: en los estados tinolinfáticos, que comportan una señal de muerte por la operación se comprueba la existencia de una hipertrofia del tejido linfático del tercio poste-

rior de la lengua (trígono tiroideo): suministra al clínico un buen medio para reconocer el grado que ha adquirido en su desarrollo aquel estado (Williamson).

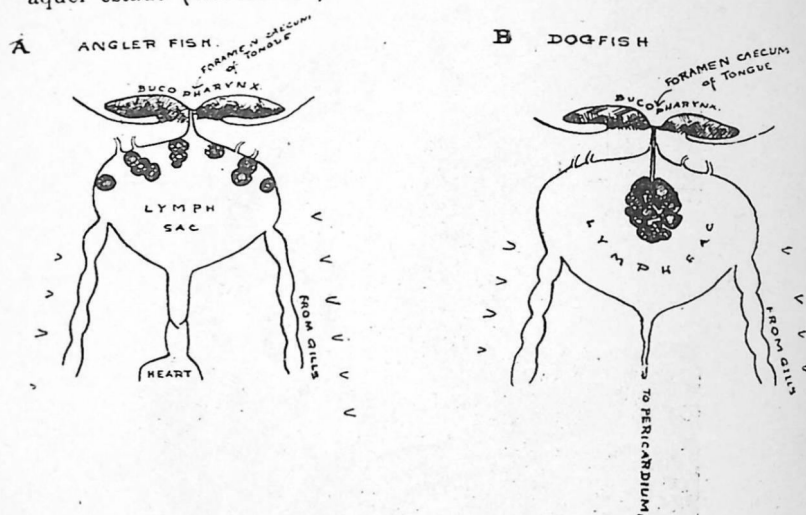


Diagrama que deja ver de dónde viene, en los peces, la linfa que llena el saco linfático en que se encuentra el epitelio tiroideo. En A se ve la relación directa de aquel saco con el corazón. Según Williamson.

En un pez más primitivo aún, *Lopius piscatorius*, el saco linfático cavernoso tiene suspendidas simplemente en su interior unos cuantos pelotones de epitelio tiroideo desnudo: en aquel saco, al igual de lo que acontece en el perro de mar, se vacían los tributarios de las branquias.

Burne, 1926 ha verificado que en estos animales el contenido de aquel saco linfático tiroideo vacía directamente su contenido en el corazón, o por intermedio de la vena yugular inferior.

Puede inferirse, entonces, de estos estudios de anatomía comparada y de embriología que el sistema linfático tiroideo, lo mismo que el del timo, (en realidad estos dos órganos no constituyen más que uno solo) deriva, con ligeras modificaciones, del sistema linfático tiro-branquial de los peces a que nos hemos referido.

«El sistema tirotimolinfático es una parte fundamental del aparato tiroideo que, modificado, observamos en los vertebrados.

El sistema linfático de la tiroides debe desempeñar un papel importante en la fisiología del aparato tiroideo. En los peces está suspendido de un sistema vascular linfático que vierte su contenido en el corazón. Debemos llamar la atención a la analogía entre el epitelio tiroide bañado por la linfa que viene de las branquias en viaje al corazón, y el epitelio del hígado bañado por la sangre que viene del intestino, en viaje también al corazón.

Dijimos que había cierta analogía entre el hígado y la tiroides;

vemos ahora que esa analogía es muy significativa. Tanto las membranas branquiales como las membranas bucofaringeas, de las que deriva el sistema tiroideo de los peces, están en relación directa con el medio acuático ambiente y por lo tanto, con cualquiera sustancia, oxígeno, sal disuelta en él. El epitelio tiroideo está en condiciones de actuar sobre la linfa de las branquias de la misma manera que el epitelio del hígado actúa sobre el material absorbido por el intestino. En el hombre han desaparecido las branquias, pero subsiste el espacio linfático branquial en el sistema linfático tiroideo para desempeñar algunas de las funciones que estuvieron en un tiempo incluídas en las funciones generales de la respiración de los peces. Ahí está tal vez la clave del funcionamiento de todo el aparato tiroideo (Williamson y Pearse).

Hemos considerado del caso reproducir estos hechos, porque los estimamos de verdadero valor.

Tenemos, además, en la tiroides una irrigación sanguínea extraordinariamente abundante; los 30-45 gramos de masa glandular reciben 28 veces más sangre que la cabeza y 34 veces más que el cerebro. Aparte de eso, como ya lo hemos visto, la irrigación linfática no es menos abundante. Tienen sus linfáticos la particularidad de ser la única glándula en que se les encuentra, en condiciones normales, en actividad y distendidos con linfa y linfocitos; no se necesita, pues, ni de inyecciones ni experimentos para demostrar su sistema. Es en realidad una esponja sanguinolinfática.

En el interior de las vesículas e islotes llenos que componen la glándula, se acumula el material colóideo que secreta. Ni esa sustancia iodocoloidea ni el iodo que pasa por ella salen de la glándula por vía linfática. Todos los histólogos sostienen, no obstante, que algún otro producto sale por la corriente linfática.

Ahora bien, los investigadores han puesto en evidencia que este otro producto es biológica y químicamente diferente de la sustancia iodocoloidea,—son entidades absolutamente diversas. Este otro producto iría por vía linfática hacia el timo, su estímulo determinaría la linfocitosis y, en ciertos y determinados estados, también estimularía el endotelio de los sinusoides linfáticos de la tiroides o los canales linfáticos de la glándula, aumentando así la linfocitosis. En buenos términos ese producto puede estimular la producción de linfocitos en todo el aparato linfático tirotimico. Se trata, en efecto, de una sustancia linfogénica, carácter que la sustancia iodocoloidea o tiroxina, no posee.

Se ha llegado de esta manera a aceptar la secreción dual: linfogénica la una, iodocoloidea la otra.

Los trabajos que desde 1910 llevaba a cabo Kendall,—Clínica de los Mayo,—permitieron a ese autor descubrir en 1914 la «hormona tiroidea»,—tirotoxina,—o sustancia activa ácido insoluble, para distinguirla así de la segunda sustancia que aisló el mismo autor, ácido soluble, que contiene también iodo, pero cuyo núcleo

se ignora, lo mismo que se desconoce el valor de este complejo proteico (Roger), de la secreción colóidea de la glándula tiroidea.

Kendall necesitó 3,000 kilos de tiroides fresco para obtener 33 gramos de tiroxina; contiene esta no menos de 65 por ciento de iodo.

Este principio, sumamente activo, ha sido preparado por síntesis por el mismo Kendall y Osterberg, 1915. Está en relación directa con el escatol y el indol, productos ambos de la fermentación de los amino ácidos. Se dice que la tiroxina deriva del triptófano; es, dice Starling, junto con la fenilalanina y el triptófano, uno de los primeros ácidos amínicos que se han obtenido de los productos de desintegración de la molécula de proteína. Resultaría de todo ésto que la secreción tiroidea que activa directamente el funcionamiento del cerebro del hombre, está en relación más o menos estrecha con sus propios productos de fermentaciones intestinales.

Sea de esto lo que se quiera, la tiroxina no representa de ninguna manera y por sí sola, todo el producto de secreción de la glándula tiroides. Así va complicándose también el estudio de la fisiología patológica de esta interesante glándula.

Lo que no se presta a dudas es que cada una de las células de nuestro organismo necesita la acción catalítica y estimulante que encierra el producto de secreción de la tiroides. Por su intermedio se mantiene y regula el metabolismo general: de ahí, como lo hemos hecho notar ya, la importancia a que se ha exaltado el órgano que lo genera. Representa el primer violín en el concierto de las glándulas endocrinas o de secreción interna. Es el regulador del metabolismo. Representa un sistema que *transforma las energías potenciales de las células en energías quinéticas* (Crile). Tal es la base que nos va a permitir interpretar fácilmente la intoxicación de todo el organismo, o sea, la más oscura, interesante y traicionera de las enfermedades de la glándula tiroides (Moebius, 1886) que se denomina bocio exoftálmico.

Medio milígrano de tiroxina por día basta para mejorar a un cretino de 15 kilos de peso; 1/3 de milígrano en un adulto de 68 kilos aumenta el metabolismo basal en uno por ciento; tres miligramos pueden elevar esta cifra a 50 p. c. Así es como se ha estimado que la cantidad total de tiroxina que circula en el organismo alcance a 23-50 miligramos; la glándula misma no contendría más de 14 miligramos; medio a un milígrano entran diariamente a la circulación.

La secreción tiroidea sería tanto más activa cuanto más rica en iodo, el cual obra tal vez *in situ*, acelerando la secreción de la hormona; la tiroides fija, además, el iodo que llega a la sangre para mantenerlo en reserva hasta el momento en que el organismo requiera un mayor consumo de esa sustancia; su metabolismo normal no va más allá de 0,0001 por día.

Si como lo dijo ya en 1850 el profesor Jacobo Moleschotte de Heidelberg «el hombre se compone de los alimentos que come», nos vemos obligados a reconocer que el iodo es un factor, nutritivo o no, esencial para la vida. «No es eficaz sino en combinación con ciertas moléculas orgánicas, tales como la tiroxina. Eso hace pensar en la variedad de las funciones de la tiroides. ¿Cuál es la llave que les es

común? ¿Cómo concebir las relaciones que necesariamente las unen? Son cuestiones hasta hoy día en suspenso». (Aron. *Vie et Reproduction*. 1929, 123).

Habría todavía en la tiroides varias otras sustancias químicamente diferentes: albúminas iodadas, albúminas fosforadas, lipoides, a cada una de las cuales está encomendada seguramente un papel más o menos importante en nuestro organismo (Garnier y Huguenin). El trastorno en su producción daría lugar a buen número de los síntomas que comprobamos en el bocio exoftálmico frustrado.

Importa precisar, además, el hecho de que, a parte de la regularización en el metabolismo basal, la acción de la glándula tiroides se hace también muy acentuada en el desarrollo del esqueleto, la inteligencia, sentimientos afectivos y emocionales, sistema nervioso simpático y musculatura, principalmente del corazón. Su relación con el aparato genital es del dominio general. (1)

De Quervain, 1924, resume de la manera siguiente las funciones generales que se atribuyen a la glándula tiroides:

a) controla y estimula el crecimiento de los tejidos en general. Gracias a ella, desde la vida intrauterina comenzamos a hacer el «inventario» de nuestras adquisiciones orgánicas, en particular, de las hormonas del crecimiento, morfógenas o *harmazonas*, como las llama Gley, para diferenciarlas de las demás;

b) *regula la marcha normal de los diferentes mecanismos fisiológicos* siendo el estimulante más poderoso de los cambios azoados y respiratorios;

c) ejercería una *función neutralizante de ciertos productos tóxicos del metabolismo normal*;

d) se cree que pueda tener papel de alguna importancia en la defensa del organismo contra la invasión bacteriana, pero los autores argentinos Houssaye y Sordelli no han comprobado el hecho en sus animales de experiencia ni para el bacilo de la difteria ni para las toxinas de las serpientes.

Es cierto sí que en las infecciones graves disminuye considerablemente la cantidad de iodo en la glándula. (Cole y Womack).

PATOLOGÍA.

El mixedema, el bocio simple y el bocio tóxico resumen bien los tres grandes síndromas del cuerpo tiroides, prescindimos en este trabajo de los traumatismos, inflamaciones y neoplasmas.

De los dos primeros sólo nos ocuparemos incidentalmente y a la ligera, insistiremos más detalladamente en el bocio tóxico.

Desde 1856, gracias a las experiencias de Schiff, Berna, se sabía que la extirpación de la glándula tiroides en los perros acarrea la muerte de estos animales; de Quervain hace notar que en ocasiones las paratiroides están incluidas en el parenquima mismo de

(1) Gaskell, 1908, demostró que la glándula tiroides en los Ammocetes, y, por lo tanto, en los vertebrados en general, deriva ancestralmente del útero original de los paloestracan (Bayliss, 1920). En el escorpión rey, la glándula tiroides es una glándula de reproducción; en el hombre su función está en íntima relación con la pubertad y el embarazo. (W. J. Mayo, 1920).

la glándula,—hecho que también verificó Halsted en el hombre,—lo cual perturbó durante más de diez años, la valoración exacta de aquellos experimentos.

Schiff y G. R. Murray, Newcastle, demostraron bien pronto que con inertos tiroideos subcutáneos o intraperitoneales, o por la administración de jugo o extracto tiroideo, la *excitación primero y parálisis* en que morían aquellos animales, no se producían.

Cuando Gull en 1874 describió el mixedema ya nadie recordaba las experiencias de Schiff; así fué como pasaron J. y A. Reverdin y T. Kocher a ser los descubridores del mixedema operatorio o caquexia estrumipriva.

El hombre tampoco puede vivir sin glándula tiroídes. Sólo en él también se observa el bocio tóxico.

Probaron aquellos autores que en un 25 y aún 33 p. c. de los casos en que en el hombre se había practicado la extirpación total de la glándula,—particularmente si se trataba de individuos jóvenes,—la caquexia consecutiva a su eliminación, se producía «en mayor o menor grado de una manera infalible» (Kocher).

El mixedema congénito debido a la agenesia de la glándula tiroídes y el mixedema operatorio, consecutivo a la ablación operatoria de la glándula, reconocen fácilmente su causa; la fisiología patológica es segura, su sintomatología bien conocida; se asemeja a la que se observa en los animales a los que se les extrae la glándula: permiten fijar con certeza cuáles son los fenómenos que resultan de la carencia de la tiroídes

El mixedema adquirido del niño y del adulto no difieren por ningún síntoma esencial de las formas procedentes, y el mixedema endémico o cretinismo, puede también no diferenciarse en nada del mixedema habitual cuando aparece en un niño bocioso. La administración de tiroxina produce en ellos una revolución: «cada una de sus células responde. Posiblemente aquellos enfermos suministran el *test* más rígido de que disponemos». (Kendall). La administración de tiroídes desecada produce resultados que se asemejan a la curación en un 100 p. c. de los casos. En el servicio del profesor Apert, Paris, hemos tenido oportunidad de verificar estos hechos.

En todo caso, los síntomas cardinales de aquellos desgraciados enfermos los constituyen las *alteraciones del esqueleto, los defectos mentales y el sordomutismo*.

El cretinismo endémico verdadero es desconocido en la América del Norte (Gordon), aún en ciertas comunidades vecinas a los grandes lagos, en que de 1,783 habitantes hay 1,146 bociosos (Levin. Lahey. Boston, hace notar por su parte, que si en un 92 p. c. de los casos se puede hacer desaparecer el hipertiroidismo, en un 15 p. c. de estos operados aparecen síntomas clínicos evidentes de mixedema; sintetiza su pensamiento diciendo: «Alto porcentaje de curaciones significa a la vez, alto porcentaje de mixedema». Sin embargo, Romanis, W., *Lancet*, 1929, apoyándose en 500 operados de enfermedad de Graves, dice que esa complicación es rara.

BOCIO SIMPLE. (A)

El bocio simple sólo desfigura el cuello y comprime los órganos vecinos; (1) el bocio tóxico incluye todas las formas de bocio que dan lugar a síntomas generales «G. R. Murray Newcastle.

La decepción amarga en extremo con que finalizaba St. Lager, en 1867 sus trabajos, declarando que acerca la etiología del bocio no se sabía «nada, pero de lo que realmente se entiende por absolutamente nada», y que de Quervain, en 1924, no está lejos de aceptar, nos parece demasiado pesimista. Se ha observado y experimentado lo suficiente para poder asegurar que en esta, como en tantas y tantas otras enfermedades, hay pluralidad de factores que intervienen para hacerla estallar.

En países ricos en iodo se ha llegado a asegurar que el bocio es excepcional (Eggenberger).

La glándula tiroídes comienza a desempeñar, por lo menos algunas de las funciones que le están encomendadas, durante la vida intrauterina (2); en la época de la pubertad y cuando comienza la vida genital activa (Tillaux) adquiere un volumen que es evidente aún para los profanos: se trata de una hipertrofia e hiperplasia a la vez, benigna, que hacia los 30 años desaparece. Pero, en concepto de muchos autores quedaría en latencia en buen número de esos sujetos el factor patológico que más tarde, bajo la acción de nuevos estimulantes, va a dar origen a un bocio tóxico.

(A) La gran mayoría de los autores acepta la división de los bocios formulada por Murray. En el tipo simple, no tóxico, habría sólo un grado de actividad tiroídea normal o subnormal; en el tipo tóxico, manifestaciones clínicas claras de una intoxicación [hipertiroidismo o distiroidismo]; pero no existe en realidad una línea divisoria bien neta entre ambas formas y llega a hacerse a menudo imposible establecer con seguridad si se está en presencia de un bocio simple o de uno tóxico. [L. M. Zimmerman. Northwestern University].

Por lo demás, ya en 1863 había insistido Virchow en que las diferentes enfermedades de la glándula tiroídes no eran «más que diferentes modos de desarrollo de una misma forma de bocio».

[1] En 1912 nos refirió el profesor Kocher la historia de uno de nuestros compatriotas, conocido profesor de un gran establecimiento de educación secundaria en la capital, que, admitido de urgencia en su clínica privada, por especial diferencia a quien lo recomendaba, falleció pocas horas de haber ingresado. Un bocio simple voluminoso deformaba y torcía la tráquea que se había aplanado como una cinta. Ni con anestesia local ni por ningún procedimiento habría sido posible hacer algo en provecho de aquel enfermo.

«Como es posible, agregó, que sus colegas aconsejen un viaje tan largo a un enfermo en que la hematosi está tan profundamente reducida y que debería haber sido operado mucho antes».

[2] Puede también entonces perturbarse su funcionamiento: P. W. Sweet, 1928, refiere la observación de un chico que al nacer presentaba ya un bocio del tamaño de 1/3 de su propia cabeza. La madre era bociosa desde el primer alumbramiento, ocho años antes. Lactato de cal yodado a poco de haber dado a luz, curó al niño y la madre al cabo de 9 semanas, la madre amamantaba a su hijo.

El hecho innegable es que, en países montañosos como el nuestro, el déficit de iodo en el agua o aún en las verduras, las condiciones higiénicas defectuosas, las infecciones de la nasofaringe en general y la herencia predisponen fuertemente a la enfermedad.

Las experiencias del coronel Mc. Carrison son para nosotros altamente demostrativas: en nueve aldeas situadas una más abajo que la precedente en las faldas del Himalaya, se comprueba que a medida que se desciende se hace el bocio mucho más frecuente; pero en Kashrote, o sea, en la novena, (donde era de esperar el máximo) el bocio es prácticamente desconocido, porque se abastece de agua potable muy pura captada en medio de montañas igneas.

El agua turbia y fangosa de las otras aldeas, filtra y hervida no daba lugar a bocio; pero si el depósito que quedaba adherido al filtro se daba a beber a personas indemnes de bocio, aparecía éste a las dos o tres semanas. De esa manera se hicieron transitoriamente bociosos el propio experimentador y otros que voluntariamente se prestaron a la prueba. Marine y Gaylord han corroborado esos hechos.

Sugestiva en alto grado es también otra observación publicada por el mismo Mc. Carrison en 1927. El 50 p. c. de los muchachos que entraba a la Escuela Militar de Sanawar, India, tenía bocio; al cabo de ocho años de estada aquella cifra subía a 80 p. c. «Desde que el abastecimiento de agua potable se hizo extensivo también a Sanawar, la desaparición del bocio ha sido casi completa».

Este resultado admirable,—sin paralelo en la historia de la profilaxia del bocio,— se ha alcanzado en el corto espacio de tres años.

Se debe antes que todo a la pureza del agua potable, ésta o no contiene iodo, o existe en proporciones mucho más reducidas que en el agua que abastecía antes a Kausali y Sanawar».

En animales y peces mantenidos en condiciones antihigiénicas, ingiriendo en parte sus propias deyecciones o privándolos de vitaminas D., (Harvey) también produce a voluntad Mc. Carrison el bocio. La administración de arsénico, alguna sal mercurial o un desinfectante intestinal (benzoles) curaba aquellos procesos patológicos.

Harris y Moore dicen que la deficiencia en vitaminas D. acarrea también la del fósforo y del calcio. Harvey ha llegado a curar cabras tirotóxicas administrándoles bacalao.

«Ningún desorden metabólico de la naturaleza del bocio se debe a una causa única, múltiples factores intervienen» (Mc. Carrison). En la mezcla juiciosa de la teoría de la deficiencia del iodo y la de la infección (probablemente un virus, un ultramicrobio, estreptococos (Cantero Rosenow-Mayo) debe encontrarse la verdad. Hay que agregar la deficiencia en vitaminas. (Rabinowitch).

La extensión en que el bocio simple contribuye a la suma de sufrimientos humanos y a la degeneración de la raza no es generalmente reconocida ni por los profesionales ni por el público en general.

Cinco por ciento de todas las madres bociosas es probable que engendren cretinos, imbéciles o niños con otros defectos.

12,277 hombres no pudieron hacer su servicio militar en Suiza en el espacio de cinco años; en Italia la proporción es prácticamente la misma (D. Balfour).

Sólo en un 6.4 p. c. de 445 escolares de St. Gallen, Suiza no se palpaba la tiroides; en 31.7 era palpable, pero sin bocio, mientras que muy cerca del 40 p. c. presentaban un bocio blando palpable (a comparar con las observaciones de la Escuela Militar de Sanawar) y más de un 22 p. c. era portador de bocio nodular (*Brit. M. Jour.* 1923. 1-1037).

En 937 embarazadas observó Mac Carrison 60 p. c. bociosas; es exactamente lo que se observa también en el Estado de Michigan. Si a esas enfermas no se les administra iodo, la incidencia del bocio en la prole es también de 60 p. c.; pero la administración de 10 m. m. de iodo por semana (dosis excesiva según los autores europeos) se reduce en algunas regiones de 35 a 4 p. c.

Ioumaus, 1929, encontró en 500 enfermos de policlínica examinados al acaso, entre 15 y 82 años de edad en el Estado de Tennessee, Nashville, un 17 p. c. de bociosos.

Nuestro compatriota el Dr. J. Alvarez Andrews. *Medicina Moderna*, Setiembre 1930, ha observado en un año en una pequeña aldea (Teno) vecina a Curicó, 111 bocios, 10 cretinos y 12 enanos. Son cifras abrumadoras y elocuentes en alto grado; por sí solas imponen de una manera imperiosa la necesidad de que todos prestemos a este problema la importancia que realmente tiene: la prevención es bien conocida.

Lahey, 1929, dice que el bocio tóxico mismo no es raro en los niños. (Prácticamente los opera todos en dos tiempos, mediando seis semanas entre la operación de un lóbulo y la del otro). Los autores suizos llaman la atención al hecho de que existe una relación incuestionable entre la prevalencia del bocio en los niños y la mortalidad por del cancer, lo mismo en Suiza, Inglaterra y Gales que en N. América (P. Stocks y Mary N. Karn).

En Finlandia comprobó Kaartinen en los escolares de 13 años de edad un 18 p. c. de bociosos.

Marañón dió a conocer en un luminoso informe presentado a la Conferencia Internacional del Bocio. Berna, (Julio, 1927) la epidemia bociosa de España. Hay regiones (Las Hurdes) donde constituye «el más terrible foco de bocio y cretinismo endémico, y, por las circunstancias de su excepcional soledad y pobreza, uno de los más trágicos del mundo».

Ahora bien, si aceptamos con el profesor Costales Latatú, La Habana, que en un 75 p. c. de los casos el adenoma tiroideo se desarrolla en un bocio colóideo preexistente, se comprende inmediatamente el valor enorme que adquiere el tratamiento preventivo, la profilaxis del bocio.

A mayor abundamiento, Graham, el brillante colaborador de Chile, nos dice que el 20 p. c. de los cánceres de la glándula tiroidea se genera también en un adenoma preexistente. «El bocio constituye una lesión precancerosa, y es el adenoma simple nodular el

que da más fuerte contingente de tumores cancerígenos. (Berard de Lyon. *Le Cancer Thyroïdien*, citado según Latatú).

Lahey, 1929, por su parte, basándose en 6,700 operaciones de bocio, dice que *gran número de bocios malignos se originan en un adenoma benigno*, (opéreselos, por lo tanto, *a tiempo*), y agrega, como la toxicidad moderada puede convertirse en grave y probablemente fatal por cualquiera infección, es recomendable también la operación oportuno. Opérese además, los bocios que afean el cuello (antiestéticos), los que amenazan la traquea, los profundamente situados, los quistes (toman su origen en adenomas fetales y no son benignos).

Ante la evidencia de los hechos que nos han revelado Kline Northwestern Univ. y Rienhoff, Baltimore. es lógico aceptar que todo bocio no tóxico forman parte del mismo proceso patológico, parenquimatoso, coloideo o degenerativo, según el área que se examina y si ésta se encuentra en la etapa de actividad, de reposo o de agotamiento. El bocio será difuso o nodular, según el grado de cronicidad que haya alcanzado, grado de hiperplasia y número de veces que haya incurrido en las exacerbaciones con que evoluciona. En su esencia, el cambio es netamente compensatorio.

Marine ha insistido desde hace ya largo tiempo en que la tiroidea no es capaz de responder a sus variados grados de actividad funcional sino por un solo ciclo morfológico de cambio. Siempre que se requiera una secreción excesiva, va a producirse una hipertrofia y una hiperplasia compensadora. Halsted, Loeb y Breiter (Austria) han corroborado el hecho experimentalmente.

Esa hiperplasia compensadora se previene hasta cierto punto con la administración de pequeñas dosis de yodo.

El tratamiento preventivo del bocio, higiénico ante todo y yodado debe hacerse antes de los 20 años; pasada esa edad no produce efecto o expone al hipertiroidismo iódico. Diez miligramos por año se considera como dosis suficiente en Europa; en N. América se usan dosis mucho más elevadas.

Consideramos estos hechos de alta significación para nosotros. Nuestro país sin tener ni con mucho, tantos enfermos como Suiza o, proporcionalmente, como los E. E. U. U. o la India, ofrece regiones en que es sumamente abundante, habiendo habido épocas en que la gran mayoría de las damas de Santiago presentaba esa enfermedad, aseveración que nos ha repetido en más de una ocasión nuestro amigo don V. Blanco Viel. En esta misma zona del país es donde el yodo se encuentra en los vacunos, en menor cantidad (Blanco Mery).

Esta base de predisposición, unida a la tremenda excitación de la vida moderna, nos parece la razón: de ser del aumento que se nota entre nosotros, como en muchos otros países, del

BOCIO TÓXICO

«La sinergia más o menos íntima de todas las partes, la correlación de todas las funciones nos hacen pensar en que, además de los estigmas especiales de degeneración accesibles a la investigación clínica, hay ocultas, habitualmente, anomalías de reacción de las cuales nos damos cuenta solamente *a posteriori*, ésto es, cuando entran en acción estímulos apropiados: *psíquicos, infecciosos, tóxicos, traumáticos*». J. Bauer.

Comenzamos por citar este concepto general de uno de los grandes propulsores modernos del estudio de la constitución del enfermo, porque ahí justamente reside la clave del bocio tóxico: se trata de una enfermedad general, originada, sin duda alguna en la glándula tiroidea, Moebius, 1886; pero en que se comprometen en grado más o menos evidente la mayor parte si no todas las funciones que normalmente está encargada de desempeñar. No se concibe, en efecto, que una glándula de la importancia de la tiroidea se enferme sin que todo el metabolismo general sufra, sin que las células más sensibles-cerebrales o cardíacas, afectivas o volitivas, sufran también por falta de aquel estímulo catalítico que les es indispensable para su correcto funcionamiento.

Para nosotros, y de acuerdo con mucho de los clínicos de la escuela de Chicago, se les puede dividir en dos grandes categorías:

- a).— *Bocio tóxico agudo* (enfermedad de Graves o de Basedow).
Hipertiroidismo agudo; y
- b).— *Bocio tóxico crónico* (adenoma hiperplástico con hipertiroidismo como dice la Escuela de Plummer y los Mayo).

El bocio exoftálmico tendría por caracteres predominantes:

- Protusión ocular: la cara es exactamente la del «presentimiento del miedo», mirada trágica, inquieta.
- Pronunciados síntomas nerviosos (neurasténicos);
- Ritmo cardíaco rápido, pero regular;
- Se observa en adultos jóvenes.
- Corresponde al *hipertiroidismo* de la mayor parte de los autores.

En el adenoma tóxico:

- Hay rara vez fenómenos oculares;
- Los síntomas nerviosos son relativamente pocos;
- El ritmo cardíaco es irregular;
- Se observa en personas de veinte años más de edad que aquellas en que aparece la enfermedad de Basedow.
- Sería esta la forma que mas a menudo encuadra en el *distiroidismo*.

La una, no sería más que un grado más avanzado de la otra (Dunhill).

En ambas el corazón y el sistema nervioso están inundados por una secreción tóxica, a veces desde años atrás, antes de llegar al cirujano.

Ginsburg concuerda con Aschoff y Marine en considerar el bocio nodular como idéntico al bocio adenomatoso y no reconoce dife-

rencia fundamental clínica ni patológica entre adenoma tóxico y bocio exoftálmico. Sin embargo, Boothby dice que entre adenoma tiroideo con hipertiroidismo y bocio exoftálmico hay tanta diferencia como la que existe entre la fiebre tifoidea y el tifo.

Es discutible si el adenoma es un verdadero tumor o simplemente una hiperplasia parenquimatosa. Lo que no es discutible es que un nódulo adenomatoso hiperplásico muy pequeño es capaz de dar lugar a una intoxicación grave.

Por lo demás, Guthrie, 1925, insiste en que *bocios adenomatosos tranquilos se hacen tóxicos* (basedowfican) por el empleo del yodo; pero que en el bocio adenomatoso activo los beneficios de su administración son todavía materia de mucha discusión.

Naturalmente, como en tantas otras enfermedades, hay tipos intermedios en los cuales aún los síntomas característicos son tan poco acentuados que su verdadera interpretación se presta a grandes dudas. Suele faltar hasta el aumento de la tiroides: son estos enfermos los que durante años enteros son tratados como *cardiacos*. Si se les opera de cualquiera enfermedad intercurrente, apendicitis, úlcera perforada del estómago, por ejemplo, estallan al segundo o tercer día síntomas nerviosos alarmantes y graves que no siempre se imputan a la tiroides hipertrofiada y crónicamente tóxica. Hay que recordar que existe esa clase de enfermos.

Moll, H., encontró en 69 casos de hipertiroidismo que la dispepsia fué frecuentemente un síntoma del período inicial; la aquilia gástrica y la hipoclorhidria fueron también casi constantes. Suelen tomar los síntomas gástricos tal importancia que dominan por completo el cuadro patológico; entran esos enfermos en el 5 p. c. de los sujetos que normalmente presentan aquilia gástrica (Hurst) y encuadran en la constitución hipertiroidea que nos describe Nicola Pende. Un traumatismo psíquico, un gran pesar, una irritación continuada, perturbaban el funcionamiento cardíaco o nervioso hasta acarrear la muerte, o bien, trastornos mentales más o menos graves.

Trousseau, 1863, cita en sus clínicas la observación de una mujer que se dió gran trabajo en cuidar a su padre en la enfermedad que lo llevó a la muerte. Bruscamente despertó una noche con síntomas violentos de sofocación y la sensación de que sus ojos crecían desmesuradamente, taquicardia intensa y el aumento de la tiroides completaron aquel cuadro ultra agudo en su instalación.

Dunhill refiere la historia de una muchacha de 18 años de edad que vivió con un tío de carácter muy difícil; aquella niña no tenía más reposo (!) que el que podía procurarse después de las exacerbaciones de su enfermedad, que la obligaban a entrar al hospital; falleció en uno de esos accesos.

A Juan Benjamín Murphy le oímos hace años la relación de casos idénticos en que la pérdida inesperada de gruesas sumas de dinero, accidentes graves de ferrocarril, o decepciones amorosas habían desencadenado exacerbaciones violentísimas, o la instalación de la enfermedad.

Nosotros atendemos en la actualidad a una señora de la sociedad que vió estallar un bocio tóxico agudo después de haber perma-

necido en San José de Maipo menos de un mes, donde, como es bien sabido, abunda el bocio. Ella misma es hija de madre bociosa.

LA CONSTITUCIÓN HIPERTIROIDEA.

«Desde el punto de vista morfológico, aparece el individuo en los casos puros como un tipo ligeramente microesplácnico, de diferenciación morfológica prematura y pronunciada, con diámetros verticales predominantes sobre los horizontales, y con dolicomorfismo constante y pronunciado, especialmente del tronco. Hay elegancia y juventud en las formas del cuerpo, con tendencia a permanecer en ese estado; acentuación frecuente de la lordosis lumbar, cintura delgada, delgadez habitual que es difícil corregir por la sobrealimentación: pérdida frecuente de peso, especialmente por influencias psíquicas; músculos largos, delgados, algunas veces hipotónicos, según el sujeto esté o no sometido a entrenamiento físico; características sexuales bien desarrolladas, pero el elemento psíquico más que el somático con tendencia a la disociación uno del otro; abundante desarrollo del sistema piloso, especialmente en la frente, pero también en las cejas, tronco y extremidades; tendencia a la hiperpigmentación de la piel; excelente formación y rápido crecimiento de los dientes y uñas; ojos grandes, vivaces y brillantes, en algunos casos más bien prominentes; piel bien irrigada y caliente con tendencia a la hiperhidrosis; contornos bien acentuados, pero con líneas elegantes y dolicomorfias; generalmente, pero no siempre, tiroides un poco engrosadas. El corazón y sistema arterial están bien desarrollados, con el ventrículo izquierdo y la aorta relativamente preponderantes sobre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar; hay una tendencia a la hipertrofia y a la dilatación neurotonógenas del corazón y gruesos vasos arteriales. Solamente en algunos casos—no siempre como cree Brugsh—cuando el temperamento hipertiroideo está coordinado con el estado linfático, encontramos un corazón pequeño, arterias estrechas y linfocitosis hemática.

La presión sanguínea del sístole es normal o está ligeramente aumentada, mientras que la diástole está más o menos disminuida, de ahí que se produzca una marcada aspereza en las arterias. Hay tendencia a la taquicardia y a la hiperexcitabilidad vasomotora con predominio de los fenómenos vasodilatadores, especialmente de la cabeza y manos (desde ese punto de vista, de acuerdo con T. Kocher, el temperamento corresponde a lo que antes se denominó *temperamento sanguíneo*).

El estómago es micropráxico (actividad funcional disminuida) y más bien pequeño con tendencia a la dilatación hipotonógena. El intestino tiene un peristaltismo exagerado con tendencia a deposiciones fáciles. La masa fecal es grande.

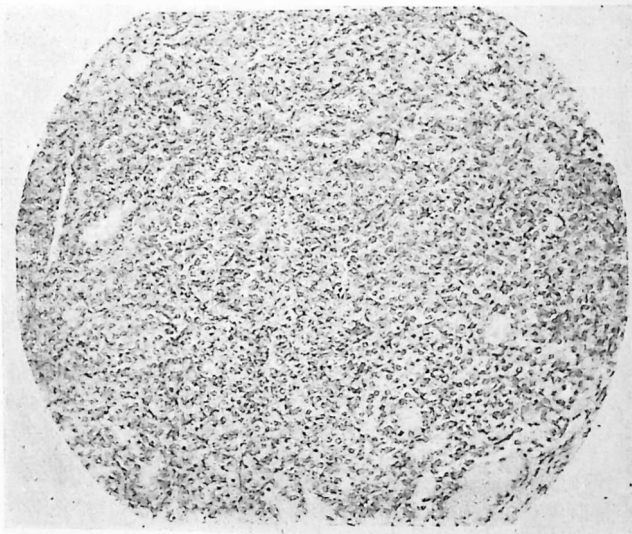
Los elementos sanguíneos están ordinariamente bien desarrollados. Existe cierta tendencia a la hiperglicemia, una tolerancia disminuida por los hidrocarburos y tendencia a congestiones hepatobiliares (*temperamento bilioso* de los antiguos). El metabolismo basal está acelerado y hay amenudo una asimilación pobre de proteínas y exagerada combustión de las grasas; se está apto también para

una eliminación renal aumentada de los cloruros, eliminación exagerada del fósforo y del calcio por la orina e intestinos e hipertermias por causas psíquicas o nerviosas. Desde el aspecto funcional existe taquipragia o suavidad característica de todas las reacciones funcionales: una juvenilidad de las funciones que corresponde a la misma juvenilidad morfológica, y que se explica bien por la acción de la hormona tiroidea sobre todas las células a las que sirve de multiplicador para aumentar la rapidez de formación del *quantum* de energía potencial que existe en las células mismas (Plummer).

Hay un dominio especial en el temperamento hipertiroideo de una marcada irritabilidad del sistema nervioso vegetativo, especialmente de la subdivisión del simpático, hay también tendencia a una gran irritabilidad psíquica, hiperemotividad, inestabilidad cerebral y un proceso psíquico rápido e inestable en general. Son de inteligencia temprana y amenado de gran desarrollo. Tienen poca tolerancia por la tiroidina, adrenalina o preparaciones yódicas». (Nicola Pende. *Constitutional Inadequacies 1928*. Trad de Sante Naccarati, p. 228).

Es característico, además, en los hipertiroideos que su pensamiento corra velozmente, sin frenos, sobre las alas de la imaginación, como si los centros de la vida emotiva estuvieran en un estado de inquietud continua; como las aguas de un mar en que es raro un estado de calma.

Una de las razones de la unidad constitucional de la enfermedad de Graves (bocio exoftálmico) y del llamado adenoma tóxico, se encuentra en la constante presencia de folículos linfáticos hiperplá-



Aspecto típico del bocio exoftálmico, con hipertrofia y desaparición de la sustancia colóide del interior de los acini. [x176] Según Rienhoff.

sicos en el tejido glandular tiroideo de esos pacientes, hiperplasia análoga que se comprueban en el bazo, placas de Peyer y folículos solitarios del intestino, a la vez que hipoplasia de las suprarrenales e hipoplasia cardiovascular: manifestaciones todas de la constitución timolinfática.

Esta es la última concepción que sobre este asunto ha sido dada a conocer al mundo científico de hoy (Latatú).

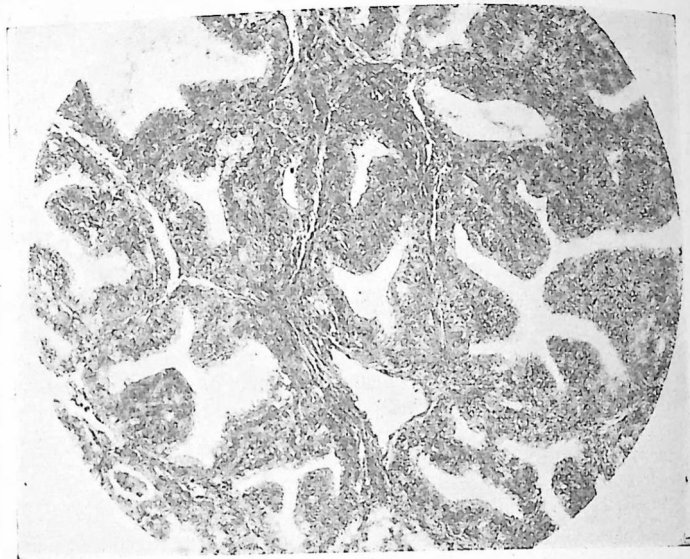
Que el bocio tóxico pueda desarrollarse aun durante la vida intrauterina lo demuestra bien, entre otros casos, el feto que se conserva en el Hospital de la Universidad, Londres. Era de una madre bociosa; presenta la glándula tiroidea y los ojos muy voluminosos (Mc Nee). Capon, 1925, menciona tres casos de bocio tóxico congénito, dos de esos chicos padecieron de disnea grave. Spolverini, citado según Roger, refiere la observación de dos chicos que, amamantados por una nodriza aparentemente sana, pero en realidad bociosa, los puso mixomatosis sucesivamente; estaban perfectamente constituidos al nacer.

Por lo demás, Milligan, Heiman, Dinsmore, Mc Graw y otros nos enseñan que el bocio tóxico en los niños es más frecuente de lo que hasta aquí se creía. El profesor Covarrubias, entre nosotros, ha presentado hace muy poco a la Sociedad de Cirugía dos casos de esta especie, uno de ellos operado. Refuerzan nuestro concepto acerca de la predisposición congénita o constitucional con que se nace, para llegar a tener más tarde o más temprano, un bocio tóxico. Se caracterizan por ataques bruscos y generalmente de corta evolución clínica y su tratamiento requiere cuidados especiales. A pesar de la más meticulosa preparación, mínimo de anestesia, se debe estar preparado para interrumpir la operación en cualquier momento. Jamás tonsilectomía en un niño con hipertiroidismo; éste debe ser operado primero. (Crile-Dinsmore, 1926).

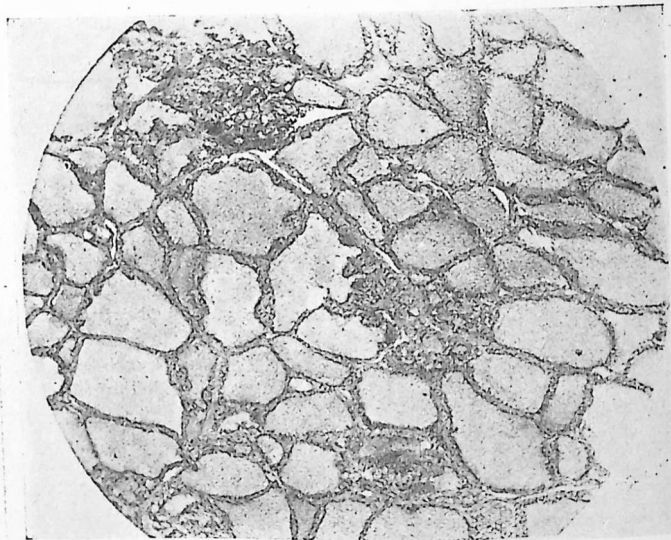
De los 36 bocios que analizó nuestro amigo y ex-jefe de clínica, profesor Covarrubias, 1923, tesis de profesor extraordinario, operados casi todos en nuestro servicio, 21 eran exoftálmicos o tóxicos crónicos. No nos parece, sin embargo, que esa sea la proporción corriente en que se presentan en comparación con el bocio simple. En los cinco años siguientes hemos tenido 29 bocios, sólo 7 eran de la categoría de los bocios tóxicos (Dra. E. González). Esta es la proporción que nos parece acercarse más a la verdad entre nosotros». Haremos notar, escribe de Quervain, que el bocio exoftálmico no representa, en la población indígena, sino el 4 a 5% aproximativamente de los bocios.

Mientras tanto, en los Estados Unidos, con frecuencia en las grandes clínicas, la diferencia a favor de los bocios simples es muy poco acentuada. Latatú dice que en La Habana aumenta el bocio de «modo alarmante». No nos extrañaría que entre nosotros vaya a suceder lo mismo.

En el examen anátomo-patológico, nos escribe el profesor Croizet en 1.º de Setiembre del presente año, he comprobado como lesión



Aspecto frecuente del bocio exoftálmico, con hipertrofia, hiperplasia, gran disminución de la sustancia colóide y disposición papilomatosa del epitelio que deforma y estrecha el lumen de los acini. (x 176) Según Rienhoff.

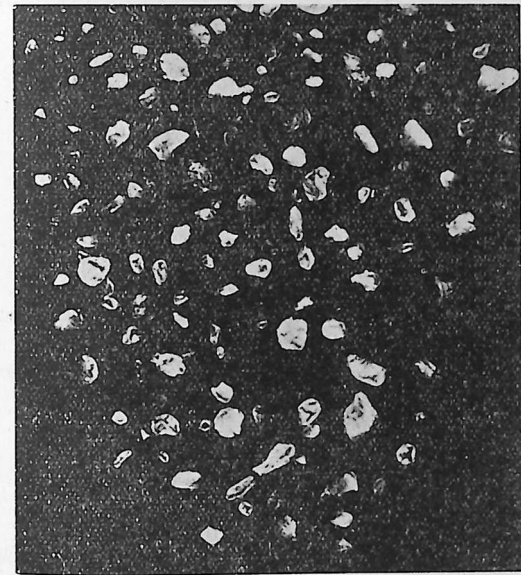


El mismo bocio después del tratamiento con yodo. Los acini han recuperado la sustancia colóide y vuelto a tomar su forma normal. De acuerdo con Rienhoff corresponde a una involución media típica. [x 40]

constante: «el aspecto de liquefacción y escasa acidofilia de la sustancia colóide, y, como lesión muy frecuente aunque no tan constante, la proliferación a veces papiliforme del estrato epitelial de la vesícula, el cual conserva su aspecto de células cúbicas. En cuanto a la infiltración linfóide del tejido conjuntivo, así como la esclerosis de este último, sólo en unos poquísimos casos lo he notado. Helwig, 1928 y A. Kocher comprueban también esa licuación de la sustancia colóide. o sea, el aspecto más característico del bocio exoftálmico, imputable tal vez al empleo de la solución de Lugol; pero, en definitiva, es ese un proceso mucho más complicado.

«Puesto que los cambios que se producen en el bocio exoftálmico no son de ninguna manera específicos, ya que son exactamente los mismos que se notan en una glándula en aumento de actividad y, desde que el cuadro clínico puede no guardar paralelismo alguno con el cambio morfológico (Marine, Cattell) se hace difícil concebir que el hipertiroidismo sea una enfermedad primaria de la glándula tiroides.

El bocio simple resulta de la actividad excesiva de naturaleza compensadora. El bocio tóxico resulta de una actividad excesiva en respuesta a un estímulo cuya naturaleza no conocemos. EN AMBOS LA RESPUESTA ES IDÉNTICA. Marine ha expresado muy atinadamente estas ideas, diciendo: «La perturbación fisiológica funcional



Grupo de folículos disecados de la tiroides de un enfermo que padecía de bocio exoftálmico. Nótese la variedad de forma y tamaño de los folículos, así como su densidad debida a la proporción en que ha aumentado el epitelio en relación con la sustancia colóide. x 67 Según Rienhoff.

esencial en el bocio exoftálmico es insuficiencia, su reacción, compensadora y su significación, sintomática» (Citado, según Zimmerman).

Capelle comprueba la hipertrofia del timo en el 95 p. c. de las autopsias de los operados por bocio exoftálmico; en el 82 p. c. cuando la muerte es la resaltante directa de la enfermedad misma, y en 44 p. c. cuando se debe a infecciones intercurrentes. Además, se producen uniformemente en un 90-95 p. c. de los casos, marcados cambios patológicos en los ganglios del simpático cervical, corteza cerebral; músculos del esqueleto y del corazón, fáciles de reconocer para cualquier buen patologista.

DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DEL BOCIO TÓXICO.

La sintomatología de las dos formas en que ordinariamente se presenta, es en general suficientemente clara para que clínicamente no ofrezca dudas su diagnóstico; son los casos intermediarios, de manifestaciones imprecisas y, particularmente, aquellas en que la glándula no está hipertrofiada, los que ponen a prueba la sagacidad del profesional que se consulta.

Felizmente en el metabolismo basal, en la forma de los cambios leucocitarios, según A. Kocher, cuenta la ciencia con el más valioso medio de corroborar el diagnóstico y seguir su evolución. Cuando Bevan declara que para él el metabolismo basal no tiene más mérito que el de la verificación de la leucocitosis para el diagnóstico de una apendicitis aguda, parécenos que se refiere en particular a los casos típicos. Pero, aún así, sostiene la Escuela de Cleveland que la observación clínica le basta.

Sea de éste lo que se quiera, el hecho más generalmente aceptado en todas partes, es que la producción mínima de calor producida por el organismo en completo reposo muscular, y medida 12-18 horas después de la ingestión de alimentos, constituye el factor de mayor importancia para el diagnóstico y, a la vez, el mejor medio de verificar la curación. El exoftalmismo puede persistir, lo mismo que las lesiones del miocardio: son las secuelas de la enfermedad, no la enfermedad misma: el metabolismo basal permitiera asegurar que el aumento del metabolismo en un 30-50 p. c. sobre la normal demuestra que la toxicidad comienza ya a hacerse grave.

Las formas ultra-agudas se asemejan a las septicemias peritoneales de origen apendicular: fulminan al enfermo a pesar de todo lo que se haga; ambas son felizmente raras.

¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO DE LOS ENFERMOS QUE REHUSAN LA OPERACIÓN?

Tal es la cuestión que promueve Whitford en el *Lancet*, 28 Dic. 1928. Dunhill la contesta basándose en más de un mil de operados. Hay, incuestionablemente, enfermos que mejoran sin operación, otros que, con síntomas atenuados, llevan una vida tolerable durante muchos años; pero otros tienen ulceraciones graves de la cornea, 10 enfermos (dos de ellos perdieron un ojo; 25 han tenido glicosuria; 9 muy grave; 17 padecieron de manía, 5 de manía aguda

y muerte sin operación, otros tuvieron manía crónica de tal naturaleza que contraindicaban toda operación; 131 enfermos tuvieron fibrilación auricular. fueron operados. Veremos más adelante cuántos de éstos pueden salvarse.

Las estadísticas de Sir William Hale-White, Guys, Hospital comprenden 161 enfermos de bocio tóxico (de 1888-1907, de los cuales murieron 18 en el hospital: de nueve a once por ciento es la expectativa de muerte de estos enfermos.

Dieulafoy, en la última edición de su bien reputado *Tratado de Patología*, 1911, escribe: «Es una enfermedad terrible, muere un 20 p. c. de caquexia, accidentes intercurrentes, paroxismo, hemorragia pulmonar, intestinal o cerebral, gangrenas múltiples, enagación mental, angina de pecho, tuberculosis».

La duración media de la enfermedad no es conocida; no hay la menor duda de que muchos enfermos mejoran espontáneamente; que hay una suma apreciable de «mortalidad médica» es igualmente cierto», agrega C. H. Mayo, 1923.

TRATAMIENTO — PRE Y POST OPERATORIO

Desde 1850, gracias a los trabajos de Prevost, Chatin y más tarde de Baumann, se conocía el papel importante que desempeña el yodo en el funcionamiento fisiológico de la glándula tiroidea; su ausencia en el recién nacido, hace notar de Quervain, no puede invocarse como un argumento en contra de «quel valor.

Si hay más de 0.1 p. c. de yodo no hay ni hiperplasia funcional ni bocio, llegó a ser un principio inamovible para Marine.

Marine y Lenhart, 1909, comprobaron que en la enfermedad de Graves había menos yodo que en la glándula normal. Neisser y otros comenzaron tímidamente entonces a administrar pequeñas cantidades de yodo a aquellos enfermos. Al gran clínico francés Trousseau debemos aquel «feliz error terapéutico», Oct., 1863, en que preocupado del papel que el yodo desempeña en la tiroidea, y, deseando, prescribir tintura de digital a una enferma gravemente afectada de hipertiroidismo, le ordenó tintura de yodo: quince días después la enferma estaba notablemente mejor; corrigió entonces Trousseau su «error» y la enferma empeoró visiblemente.

Se asegura clínicamente que todo Cristo tiene predecesores: todos esos autores no hicieron más que preparar la venida del impulsor de su empleo,—de H. S. Plummer, Clínica de los hermanos Mayo. Todas las escuelas de los Estados Unidos le imitaron; su empleo se esparció pronto en el resto del mundo civilizado. Desde 1923 puede decirse que se inicia una era nueva en la historia del tratamiento preventivo y post operatorio del bocio tóxico.

Hubo una época, habían escrito los Mayo pocos años antes, en que la mortalidad era tan elevada en nuestra Clínica que resolvimos averiguar qué podríamos hacer («see what we could do»). Hoy día aquella mortalidad no es sino de 1 a 2 p. c.

Y el famoso cirujano A. Poncet de Lyon había declarado desde la alta tribuna de la Sociedad de Cirugía de París, sesión del 3 de Marzo de 1896: «Pour ma part je ne toucherai plus au corps thy-

roide en cas de maladie de Basedow». Eran los tiempos en que otro gran cirujano de la misma escuela, el profesor Jaboulay, preconizaba la simpatectomía cervical (que se empeñan todavía algunos en propiciar y defender), con la cual había obtenido algunos resultados dignos de tener presente.

Veamos cómo se administra el iodo, ya que es un misterio aún precisar de que manera actúa.

No es fácil indicar la dosis exacta de solución de Lugol que conviene a cada enfermo; existe sí una dosis óptima que tiene desde el punto de vista terapéutico el mismo valor que el *test* que nos legó Wassermann para diagnosticar la sífilis. Esa dosis, diez, veinte, treinta o más gotas al día, produce en la gran mayoría de los casos, al cabo de tres a cinco días, resultados sencillamente prodigiosos.

El iodo es para estos enfermos que se van a operar, lo que la insulina para los diabéticos.

En los casos graves se va en la Clínica de los Mayo hasta 60 y aún 100 gotas al día; el profesor Troell, Estocolmo, insiste en que el tratamiento debe ser tanto más prolongado cuanto más tóxico ha sido el comienzo de la enfermedad. El mismo autor resume así los méritos del Lugol. «Acorta el tratamiento, reduce los peligros de la operación, hace operables muchos casos que sin él no lo serían y, con muy pocas excepciones—, hace innecesarias las operaciones en más de un tiempo».

Podrá, pues, según la intensidad de los síntomas, prolongarse el tiempo de tratamiento por el iodo, pero, en la vasta mayoría de los casos, al cabo de *doce días* se ha llegado ya a la época más oportuna para practicar la operación (Dinsmore-Crile, Pemberton-Mayo).

Bocios que no ceden al iodo ceden muchas veces al cloruro de calcio, al bromo o ácido salicílico (Henschen).

Jamás insistiremos lo suficiente en que el empleo del iodo no es con fines terapéuticos (1) propiamente tales y de carácter definitivo, es simplemente un agente *muy poderoso* que permite al enfermo, con un minimum de riesgo, soportar una operación delicada y que, antes de su empleo, era grave aún en manos de los mejores cirujanos.

Si por cualquier circunstancia se ha pospuesto la intervención quirúrgica, es preciso dejar pasar largo tiempo,—varios meses,— para que el iodo vuelva nuevamente a dar los mismos buenos resultados que la primera vez.

«El promedio de mortalidad en los últimos cinco años, 1918-22 había sido de 15; en los últimos nueve y medio meses de 1923, gracias al empleo del Lugol, ese promedio sólo alcanzó a 4». (Pemberton-Mayo). Esa mortalidad en la clínica en que se promovió el empleo del iodo como tratamiento preoperatorio, ha ido disminuyendo cada vez más hasta llegar a 1 p. c. y, a veces, menos.

Desgraciadamente en la segunda forma del bocio tóxico, esto

(1) Sin embargo, Don, C, 1929, se ha obstinado en aplicarlo como tal y dice haber obtenido curaciones en un 85 p. c. de los casos.

Recordemos que hay remisiones espontáneas y hasta curaciones de la misma naturaleza, antes de atribuir a un medicamento como el iodo éxitos que tantos otros le niegan.

es, en el adenoma tóxico, el iodo, lejos de producir los brillantes resultados que aseguran su empleo en el tratamiento de las intoxicaciones agudas, no se comporta lo mismo; mas que eso, en concepto de muchos, lo agrava.

Existe una discrepancia parecida con respecto al empleo de la *digital*. Pummer es bien categórico en declarar que los hermosos resultados que se tienen en la Clínica de los Mayo en el tratamiento de los adenomas tóxicos han sido bien acentuados después que se suprimió en ellos el uso de la digital. Sin embargo, su empleo encontrará siempre justificación en los casos en que existe una lesión cardíaca (Struthers).

Hemos hecho ya alusión a otra de las grandes ventajas del empleo del iodo, la de acabar en la gran mayoría de los casos con las operaciones en tiempos sucesivos.

¿CUANDO Y COMO OPERAR?

Por la fé en la fisiología y la filosofía, decía Mc. Carrison, 1924, al hacer el análisis bibliográfico de la obra de Quervain acerca del bocio, en la cual declara que «la cirugía constituye el método más seguro del tratamiento del bocio exoftálmico»,—y por el estudio mas intensivo de la ciencia de la vida y las causas o leyes de sus fenómenos es por donde podemos esperar que se disipe nuestra ignorancia acerca de la enfermedad de Graves, y llegar a un método de curación menos drástico que el sacrificio de un órgano *tan íntimamente relacionado con la regulación del metabolismo* (las itálicas son nuestras).

Sabia advertencia que debería tener siempre presente el cirujano que resuelve operar un bocio tóxico de la naturaleza de los que venimos estudiando.

Es bien sabido que el bocio tóxico agudo evoluciona por accesos; la operación en el curso de una de esas crisis está *absolutamente proserita*; es de la más alta gravedad, por no decir mortal.

Estamos lejos de pensar que la operación quirúrgica sea el mejor y único tratamiento del bocio tóxico en todas y cada una de sus etapas. La eliminación de uno o varios de los factores que sobre exitan (amígdalas, pólipos nasales, adenoides, apendicitis, lesiones pelvianas en general) y perturban el funcionamiento de la glándula, permite que esta efectúe un trabajo perfectamente suficiente y compatible con la vida de trabajo activo y útil. El tratamiento psicoterápico moderno al cual ha llamado la atención la escuela de Jefferson, Filadelfia (I. Bram) desde 1921, ofrece también una colaboración brillante.

Hay, además, enfermos de Basedow en que la intoxicación ha sido suave desde el principio, abortada podríamos decir, y en los cuales la operación no está justificada. Conocemos una señora, entre nuestras relaciones sociales que ha hecho desde largos años una vida perfectamente normal, podría decirse, pero sin hijos. La enfermedad es apreciable aún para el profano, en particular el exoftalmismo y temblor. Tiene razón, pues, D. Guthrie, cuando dice que se practican en la tiroides muchas intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Los rayos X, y el radium reclaman también para sí un buen número de estos enfermos.

De 32 bocios tóxicos primarios que tuvo en cinco años el profesor Fraser, *Unidad clínica*, Hospital de San Bartolomé, Londres, 14 necesitaron operación: 1 por intoxicación general persistente, 3 por fibrilación auricular (1) y 10 por razones de orden económico.

Kessel y otros autores, 1923, declaran que la tendencia a detenciones espontáneas es clara en la vasta mayoría de los casos de bocios tóxicos agudos; pero no es menos efectivo que la interpretación más correcta de la enfermedad, el empleo del iodo en el tratamiento preoperatorio y la técnica impecable, en particular, (puesto que le había permitido obtener al padre de la cirugía del bocio,-- el profesor T. Kocher de Berna,-- resultados tan brillantes como los que se obtienen en la era postiódica), hacen de la operación un método elegante rápido y expedito de alcanzar la curación.

Ninguna enfermedad conocemos en que sea de mayor utilidad la colaboración estrecha del cirujano con el médico y el laboratorista. El metabolismo basal y el compromiso que experimente el corazón u otros órganos de importancia, correctamente interpretados por ellos, son los que van a decidir de la oportunidad del empleo del bisturí. En la generalidad de los casos un tiempo prudencial de espera es el de seis meses.

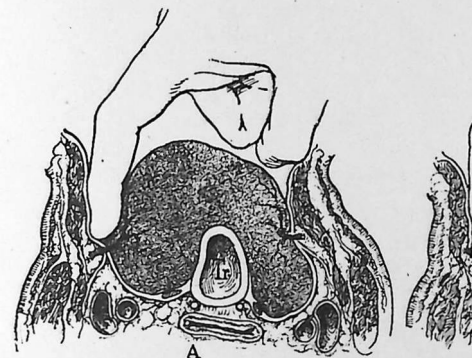
Sostienen algunos que el empleo de los rayos X, determina la organización, esclerosis y vascularización de la tiroides, vascularizada ya en exceso a consecuencia de la enfermedad misma; pero no faltan quienes hayan verificado la existencia de esa misma vascularización y esclerosis en enfermos a quienes jamás se les había hecho ni una sola aplicación de rayos, y otros, tales como Porter, Grier, Guthrie, que propician su empleo cuando el enfermo lo desea, o se retarda la operación por otros motivos. Es, pues un asunto no resuelto aún.

La operación consiste en extirpar la casi totalidad de la glándula dejando solamente en la cápsula posterior y adherida a ella, la quinta, la sexta y aun la octava parte de la glándula, además de las paratiroides, que en ocasiones, como ya hemos tenido oportunidad de hacerlo notar, están en el espesor mismo de la glándula tiroides.

Los detalles de la técnica que seguimos en nuestra clínica han sido expuestos ya en esta misma Sociedad por nuestro ayudante, Dr. Zúñiga Latorre. Nosotros queremos insistir solamente en que, siguiendo cuidadosamente el método de Richter o el de Hertzler, y levantando hacia adelante el bocio (Bartlett, St. Louis) disminuye considerablemente la hemorragia venosa, puede hacerse la intervención con un mínimum de pérdida de sangre y con muchas menos pinzas que las que vimos emplear repetidas veces al profesor Kocher. El desprendimiento cuidadoso del borde externo de los lóbulos, siguiendo la técnica de Hertzler, previene hemorragias que en mas de una ocasión dificultan seriamente el resto de la intervención. Las figuras

(1) La fibrilación auricular [el delirio de la aurícula], escribe Jenner Hoskin, 1930, es más frecuente en el bocio tóxico secundario que en el bocio tóxico agudo; se la observa aproximadamente en un 10 p. c. de los casos; en 356 casos hubo 20 muertes. Es la más común de las irregularidades cardíacas observadas en la enfermedad de Graves.

que insertamos permiten formarse idea exacta del sitio en que hay que ligar aquellos vasos y seguir en seguida el buen plano de desprendimiento del cuerpo tiroides.



Detalle de técnica en la tirvidectomía. La vena lateral cerca de la extremidad del dedo. Se aprecia como se divide la fascia; una hoja se dirige hacia la vaina carotídea, la otra pasa sobre la superficie posterior de la glándula. Hertzler.

Disminuída a un mínimum la intoxicación que produce el bocio tóxico, nos parece exagerada la práctica que durante algún tiempo patrocinó Crile, de dejar abierta unas 24-48 horas toda la herida a fin de que el apósito absorbiera toda la secreción que daba, y sólo después de ese tiempo suturar.

La precaución de hacer toser repetidas veces al enfermo antes de comenzar la sutura cuidadosa de los tejidos en planos sucesivos hará ver hasta las más pequeñas venas que sangran; basta dejar durante unas cuantas horas un tubo en cigarrillo (otros prefieren simplemente gasa, cuidando que una vez seca, no vaya a servir de tapón en vez de facilitar la excreción) que desde el punto de vista de la estética será preferible dejar a la derecha o izquierda de la línea media.

Tanto la colocación de las pinzas, como la sección de la porción de la glándula que se va a extirpar, hay ventaja en hacerla siempre en la dirección del eje mayor del cuerpo tiroides; si se pincha o incluye en las suturas uno o los dos recurrentes su compromiso puede que no sea definitivo.

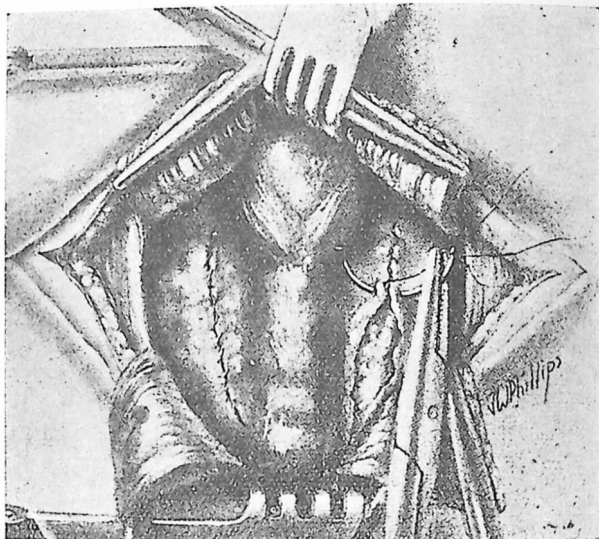
Es igualmente interesante desde ese punto de vista asegurarse, antes de la operación si existe ya o no una paresia de una o las dos cuerdas vocales, lo que no es raro.

Hemos dicho ya, que, aún antes del empleo del iodo, Kocher había bajado la mortalidad de sus operados por bocio tóxico al 1 p. c. y que C. H. Mayo' que ha tomado el cetro de su sucesión en la materia, ha ido todavía más lejos.

Esa no es la regla general. Parécenos que no habría exageración en asegurar que el promedio flactúa al rededor de un 5 p. c., talvez un poco menos. Desde el punto de vista operatorio pueden, pues,

compararse esos resultados con los que se obtienen en la apendicitis aguda en que las estadísticas de los mejores hospitales, a pesar de todo, dan también una mortalidad que no es inferior al 5 p. c.

Crile, 1929, publica su estadística que comprende 18.331 operaciones en la tiroides, tiroidectomías subtotales (de las cuales 9,463 fueron por hipertiroidismo) 13,090; ligaduras 5.241. Serie no interrumpida desde Julio de 1928; 520 que se descomponen en 426 tiroidectomías subtotales y lobectomías, 94 ligaduras. Ha practicado también 10 adrenalectomías por hipertiroidismo.



Detalle de técnica en la tiroidectomía. Sutura de la cápsula. Cuando es posible aproximar los bordes de la capsula, se obtiene un elegante efecto estético y se disminuye la tendencia a la hemorragia. [Cortesía de Jackson].

Urban, K., 1923, da a conocer los resultados que ha obtenido en 22 años de cirugía de la tiroides; 2,500 intervenciones; 0,8 p. c. de mortalidad; 80 p. c. de curaciones.

Hueck de la clínica de Rostock insiste en que los mejores resultados se obtienen operando lo más pronto posible aquellos casos agudos en que el metabolismo va más allá de 50 p. c.; sus estadísticas dan 5-7 p. c. de mortalidad; el tratamiento médico da también una elevada mortalidad. Cita para corroborar algunas de sus aseveraciones, a Kasper de la clínica de Hochenegg, Viena, que exhibe 150 operados sin mortalidad.

Stoss, 1923, reúne estadísticas de los últimos seis años 4,379 operaciones; en 28,8 de los hombres hubo tirotoxicosis evidente, llegó a 41,1 esa proporción en las mujeres. Los fenómenos de compresión serían más acentuados en el hombre que en la mujer; la transiluminación y el examen por los rayos permiten precisarlos.

La incidencia y gravedad del bocio han aumentado después de la guerra europea. (Breitner). Tanto este autor como Stess insisten en que el factor geográfico desempeña gran papel para explicar la diferencia de los resultados curativos que se obtienen: la residencia en una región en que el bocio es endémico sería beneficioso para un tirotóxico agudo; su agente causal influiría favorablemente el hiperfuncionamiento de la glándula.

El profesor Troell presentó al Congreso Internacional de Cirugía, Varsovia, Julio 1929, sus resultados obtenidos en 378 bocios tóxicos operados hasta esa época en su servicio: representan el 57 p. c. de todos los operados. La mortalidad ha bajado de 6,3 p. c. (1912-1919) a 2,2 p. c. en 1927-28.

TRATAMIENTO POR LA IRRADIACIÓN.

No tenemos experiencia personal al respecto; pero, dada la tendencia general a emplear estos tratamientos físicos en tantas otras enfermedades, conviene que recordemos los que dicen haber obtenido en otras clínicas.

Como en tantos otros procesos patológicos, el éxito depende, en primer término, de la oportunidad en que se comienza su aplicación y luego, de la técnica del operador.

Los rayos no deberían emplearse sino por personas realmente especializadas en la materia.

Ya en 1923 decía Porter, los rayos X, probablemente disminuyen los peligros de la operación y, en ciertas ocasiones, curan la enfermedad de Graves. Otras veces, aún prolongando su empleo durante dos años, no producen efecto; este no debería esperarse más de seis meses; la cirugía cura a esos enfermos en muy pocos días.

Barclay, 1926, asegura que ha obtenido éxito con los rayos X en el 90 p. c. de los casos; Webster, el mismo año, en el 82 p. c. de los casos.

Soiland, Costolow y Meland obtuvieron informaciones precisas al respecto de 300 radiologistas prominentes de los Estados Unidos y de Europa: reconocen en la radiación un método valioso en la curación del bocio tóxico. De 3,125 enfermos tratados por ese agente, sanó el 73 p. c.; 16 p. c. beneficiaron y sólo 11 p. c. no obtuvieron beneficios. Estos resultados son comparables con los que exhibe la cirugía. La irradiación es preferible porque es menos costosa y no tiene mortalidad en manos expertas. Se pueden mejorar los resultados mejorando la técnica. (*Strahlentherapie*, 1929).

No se ha comprobado que el yodo contribuya a aumentar o favorecer la acción de los rayos. Estarían estos indicados cuando el enfermo rehúsa la operación.

La Radiumhemmet de Estocolmo, 1927, ha publicado los resultados siguientes:

	libres de síntomas	Beneficiaron	No beneficios
Hipertiroidismo 35:	26	16	2
Enf. de Basedow 51:	29	19	2

LOS TIROCARDÍACOS.

Siendo la taquicardia un síntoma de tal manera valioso que, aún con metabolismo basal normal (Zondeck, Eldh) y sin aumento de la tiroides, nos hace pensar, no obstante, en un bocio tóxico, era lógico y natural que fijara la atención de los clínicos desde el principio.

El corazón más o menos fatigado por la edad, por la predisposición constitucional, la neurastenia y sobre todo, por el estado tirotimolinfático, va a ser el primero en sufrir e incapacitarse para compensar su deficiencia. Si agregamos a aquel estado una infección amigdaliana, vesiculohepática, un tumor pelviano, fácilmente comprenderemos también que disminuya de una manera apreciable la reserva cardíaca de que dispone normalmente cada uno de nosotros.

El corazón inundado crónicamente por las toxinas de un bocio tóxico está más o menos fatalmente expuesto a sucumbir (hemos anotado la fibrilación auricular en un 10 p. c. de los casos). Son naturalmente, los bocios tóxicos crónicos (ademonas tiroídeos) los más expuestos a esa complicación; pero, sin la menor duda, tampoco se excluyen las formas agudas de dicha intoxicación. No es que el hipertiroidismo mismo sea por sí solo el que ejerza acción destructiva sobre el corazón, observa Richter, Chicago,—uno de los grandes propulsores de la cirugía del bocio,—sino que el hipertiroidismo se asocia a menudo a corazones descompensados: es lo que resulta de las observaciones de sus 7,500 operaciones en el cuerpo tiroídes.

Pero, al lado de la forma común y corriente,—forma activa,—que observamos todos, hay una segunda forma de toxicardíacos más fácil de despistar aún a clínicos muy expertos. Queremos llamar la atención a la *forma apática*, en la cual apenas si hay base para pensar en una enfermedad del cuerpo tiroídes.

Es justamente en estos enfermos donde la lesión cardíaca va a continuar su nefasta acción. Si el enfermo ha sufrido de reumatismo u otra infección de las que con frecuencia repercuten en el corazón, el especialista va a encontrar plenamente justificado su diagnóstico de enfermedad del corazón, pero en su tratamiento va a faltar a la más elemental y preciosa regla de terapéutica que nos legara Sir James Mckenzie:—«aparte, *elimine el veneno* que inunda el corazón», en el caso, las toxinas que vierte en el torrente circulatorio el adenoma tiroideo. Lahey escribía en unión de Hamilton, 1926: «Suprimiendo una carga quirúrgica (bocio tóxico, tumores pelvianos, vesículas biliares infectadas (1) se obtienen resultados notablemente valiosos en inválidos que habían perdido toda esperanza, con una mortalidad relativamente baja».

La curación intensiva de esos enfermos con iodo adquiere en

(1) El profesor Wilkie, *Brit. M. Jour.* Julio, 13, 1929, ha publicado varios casos sumamente interesantes que corroboran esa aserción, a saber un caso de *miocarditis tóxica*, otro de nefritis tóxica, cirrosis hepática tóxica también, perturbaciones mentales de la misma naturaleza y uno de artritis crónica en todos los cuales se tuvo una curación en un espacio de tiempo relativamente corto una vez eliminado el foco séptico que en todos ellos ocupaba la vesícula biliar.

ellos el valor de un *test* terapéutico de la importancia de la reacción de Wassermann para la sífilis: es el *gran medio* de evitar una cirugía intempestiva y a veces mortífera.

Todos estos enfermos, aún con anarsaca, conservan una *reserva cardíaca suficiente* para que, debidamente preparados, beneficien ampliamente de la cirugía. 142 tirocardíacos representan todos los tirotóxicos (menos cuatro, demasiado graves para soportar una tirolectomía subtotal) que llegaron a nuestro servicio (Lahey), todos fueron operados; dieron 3,6 de mortalidad, 95 volvieron a sus ocupaciones de antes del hipertiroidismo. «Es una operación particularmente satisfactoria en los tirocardíacos no compensados—con fallas cardíacas». (Hurxthal-Lahey)

Richter en los últimos 1,000 enfermos del cuerpo tiroídes tuvo 55 con lesiones cardíacas avanzadas, en 43 desapareció la fibrilación auricular antes aún de abandonar el hospital. Las lesiones cardíacas más graves estaban asociadas a un hipertiroidismo más antiguo, pero desconocido.

Naudeau sintetizó, admirablemente en nuestro concepto, todos aquellos trabajos en las tres sentencias siguientes:

1) Las cardiopatías imputadas al bocio son prevenibles en gran parte (eduque al público a fin de que beneficie en momento oportuno del tratamiento adecuado);

2) El bocio como agente causal de cardiopatías no ha recibido suficiente atención ni aún en las zonas geográficas donde abunda,

3) Aunque ignoramos hasta ahora las causas del bocio, parecería que el bocio exoftálmico no es más que la fase aguda y el adenoma tóxico la fase crónica de una misma enfermedad.

CONCLUSIONES.

El bocio en general, enfermedad muy frecuente entre nosotros, no ha merecido de nuestros médicos toda la importancia que merece, ni de las autoridades sanitarias la asistencia preventiva que puede dársele.

Contribuye poderosamente a aumentar la dosis de miseria humana y padecimientos que nos corresponde por la situación geográfica de nuestro país.

Las diversas circunstancias en que se comprueba el aumento de la glándula tiroídes muy probablemente no corresponde sino a una sola modalidad de aquel órgano para responder a los numerosos factores que estimulan o perturban su funcionamiento fisiológico.

Existiría un estado constitucional que predispone a ciertos individuos más que a otros para padecer de esta enfermedad.

La modalidad llamada tóxica, esencialmente quirúrgica en su tratamiento hasta hace poco, tiende a ser considerada por muchos como una enfermedad situada en las fronteras de la cirugía y la medicina.

Precisar el momento más oportuno para la intervención quirúrgica no es siempre una tarea fácil.

El agente tóxico de la glándula enferma repercute de un modo funesto sobre el corazón.

La operación quirúrgica en que se extraen las 9/10 partes de la glándula constituye un medio rápido, elegante y seguro de obtener la curación.

El promedio de mortalidad es alrededor de un cinco por ciento, pero en muchas de las grandes clínicas del extranjero es sólo de fracciones de la unidad.

OBRAS RECIENTES

- De Quervain. Le Goitre. 1924. Ginebra.
 Launois. Thyroïde, Parathyroïde et Thymus. 1914. Paris.
 Berard et Dunet. Cancer Thyroïdien. Paris, 1924.
 Souques. Pathologie de la glande thyroïde. Traité de Médec. Roger et Vidal, 1923.
 Hugenin et Garnier. Glande thyroïde. Traité de Physiologie. Roger. T. IV. Paris.
 Mc. Carrison. The thyroid Gland. 1925. Londres.
 Crotti. Thyroid and Thymus, 1922.
 Covarrubias. El Tiroides y sus enfermedades. Santiago de Chile, 1923. Tesis de prof. extraord.
 Mayo y Plummer. The Thyroid Gland, 1926.
 Kondall. The Thyroid Secretion. Thyroxin, 1929-541 referencias.
 Crile. The Thyroid Gland.
 Jackson. Goiter and ther Diseseases of the Thyroid Gland. 1926.
 Eason. Exophthalmic Goitre. Edimburgo y Londres. 1927.
 CONFERENCIA INTERNACIONAL DE BERNA acerca del Bocio, 1927, Agosto.
 Mc. Carrison. The Simple Goiter. Londres. 1928. Ampliación del informe presentado a la Conferencia de Berna.
 Hertzler. Disease of the Thyroid Gland. 1929.
 Eberts. Surg. Dis. of the Thyroid Gland. Montreal, 1929.
 Bram. Goitre, Non Surgical Types, 1924.

TRABAJOS A QUE SE HACE REFERENCIA

- H. S. Plummer y Boothby. *Mayo Clinic*, 1923, 565. Valor del iodo en el bocio exoft.
 W. M. Boothby. *Mayo Clinic*, 1924, 421-435. Iodo en el bocio exoftálmico. Prevención.
 R. Mc. Carrison. Some Problems of Thyroid Dis: *Brit M. Jour.* 1925, I, 1065.
 R. Mc. Carrison Un experimento en la prevención del bocio. *Brit M. Jour.* 1925, 1927, I.
 R. Mc. Carrison. Goitre. *Brit M. Jour.* 1924, I, 989. Del bocio tóxico.
Brit Med. Ass. Congreso VC. Edimburgo, 1922. Lugar de la cirugía en el tratamiento del bocio.

- Brit Med Ass.* Congreso. *Brid M. Jour.* 1927, II, 771. Dunhill y Murray.
 P. Mc. Ewen. *Brit Med Ass.* Bocio Tóxico. Diciembre 22 1929.
 F. R. Fraser. *Brit Med Ass.* Congreso. 1926, I, 555 Soc. Med. Londres, sesión de conjunto Medicina, Cirugía, Terapéutica, Farmacología y Electroterapia. Tratamiento del bocio exof. Cuidados generales con estos enfermos. Dunhill: Tratamiento quirúrgico del bocio exoftálmico.
 L. Rogers. *Brit Med Ass.* 561. Tratamiento de la enfermedad de Graves por ligaduras.
 G. S. Williamson y Pearse. El sistema linf. de la tiroides. *Brit Jour of Surg.* 1928-30.
 G. S. Williamson y Pearse. El sistema linf. de la tiroides. *Brit. Jour of Surg.* 1925-26, 424. El aparato tiroideo.
 T. P. Dnnhill. Bocio tóxico. *Brit. Jour of Surg.* 1929-30 424.
 A. J. Walton. Tratamiento del bocio exoftálmico. *Brit M. Jour.* 1928, 83.
 A. Troell. Tratamiento de la enf. de Basedow. *Cong internac. Chir. Varsovia.* Julio, 1929.
 G. W. Crile, Hyperthyroidism and Peptic Ulcer. Analogía. *Sury. Gyn. Obst.* 1925, I, 818.
 G. W. Crile, The Adrenal Factor in Hyperthyroidism. *Surg. Gyn. Obst.* 1929, I, 371.
 Í. P. Dunhill. *Brit. Med. Ass.* Congreso de 1927. TRATAMIENTO DEL BOCIO TÓXICO. Indicaciones para el tratamiento quirúrgico del bocio tóxico.
 A. S. Williamson. Anat. y Fisiolog. del Aparato tiroideo. *Brit. Jour. of Surg.* 1925, 466.
 A. S. Jackson. Jackson Clinic. Thyroidectomy. *Surg Gyn Obst.* 1928, I, 547.
 W. H. Bowen, Surgical Clinics-Mayo y Crile. *Brit. Jour. of Surg.* 1922, 23, 357.
 S. Ginsburg. Adenoma tóxico de la Tiroides. *Arch. Int. Med.* 1929, XLIV, 73.
 J. L. Miller; *Am. J. M. Sc.* 1929, 98. Thyrototoxicosis from Internist Standpoint.
 Eldh. A. Contrib. to the Study of the Basal Metab. in Goiter at Puberty. *Acta Med. Scad.* 1928.
 Soiland, Costolow y Melan. A Critical Review of the Results of Irrad. Therapy in Exofthalmic Goiter an Toxic Goiter. *Strahlentherapie*, 1829.
 C. Don. The Treat. of Exofthalmic Goiter. *Brit. M. Jour.* 1929, I, 1108.
 Douglas Webster. Radiation in Exofthalmic Goiter. *Brit, M. Jour.* 1928, I, 985.
 F. S. Langmead. Etiology of Graves Disease, *Brit M. Jour.* 1929, I, 715.
 J. H. Hannan Early Graves Disease. *Brit M. Jour.* 1929, I, 848.
 R. C. Shaw, The Cervical Sympathetic and Exofthalmic Goiter *it M. Your.* 1929, I, 495.

- J. Berry, Disc. on Exoft. Goitre, *Brit M. Jour*, 1922, 911.
 Royal Acad. of Irland. Toxic Goitre, *Brit M. Jour*, 1930, I, Marzo 29, 1045.
 A. J. Walton, El efecto del calor en las operaciones de bocio exoftálmico, *Brit M. Jour*, 1923, I.
 H. Eggenberger. The Prevent. of Goiter and Its Recurrence. *Schweiz. med. Woch*, 1923.
 K. Urban. *Zent f. Chir.* 1923, I, 86. Veintidos años de Cirugía del bocio. 2.500 casos. Richter. Thyroidectomy: *Surg Gyn. Obst.* 1929, II, 67,
 F. H. Lahey. Hypert. and Cardiac Disorders. *Surg Gyn. Obst.* 1930, I, 143. Disc. Richter y Nadeau.
 F. H. Lahey y Hamilton. The Rehabilitation of the Cardiovascular Patient. *Surg. Gyn. Obst.* 1926, I, 179.
 F. H. Lahey, The Managment of Post-Thyroidectomy complications. *Surg. Clin. N. Am.*, 1928.
 F. H. Lahey. Deductions from 6,700 Goiter Operations: *N. England J. Med.* 1929.
 R. S. Dinsmore. The Care of the Handicapped Goiter Patients *Surg. Gyn. Obst.* 1926, I, 177.
 G. D. Guthrie, Editorial del *Surg. Gyn. Obst.* 1925, II, 521.
 L. F. Sise, Aids in predicting of the Degree of Postop, Thyrect, Reaction. Lahey, *Clinic. Surg. Gyn. Obst.* 1926, II, 57.
 A. Cantero, Mayo Clinic, Bact. of the Thyroid Gland in Goiter, *Surg. Gyn. Obst.* 1926, I, 61.
 H. Hueck. Resultados del Tratamiento Operatorio de la enfermedad de Basedow. *Deutsc Zeit f. Chir.* 1929.
 M. C. Latatú. Cirugía del Bocio. *An. de Cirug Ha'ana*, Octubre 2929.
 H. H. Searls. Partial Thyroidectomy, *Surg Gyn. Obst.* 1926, II, 191.
 W. R. Mosser. The Effect of iodine and Thyroid feeding on the Thyroid Gland. *Surg. Gyn. Obsi.* 1928, 168.
 L. Sierra. Pat. del cuerpo tiroides en especial de la hipertiroisis. 1913.
 A. E. Hertzler. Tecniqe for Thyroidectomy. *Surg. Gyn. Obst.* 1928, II, 225 Agosto.
 A. Helwig. Lugol, Solutionin Exof. Goiter. *Surg. Gyn. Obst.* 1928, II, 225, 173.
 C. A. Porter. End-Results in Thyredectomy *Surg. Gyn. Obst.* 1923, I, 621. Discusión.
 J. Hoskin. The Effect of Auricular Fibrilation on the Operative Risk in Hyperthyroidism. *Brit. Med Jour*, II, 138.
 F. H. Lahey. End Results in Thyrocardiacs. *Anu Surg*, 1929, XC, 750.
 B. Blanco Mery. Contenido de iodo en la glándula tiroides de los vacunos de Chile. Tesis de Químico-Farmacéutico. 1930.
 J. Alvarez-Andrews. El Problema del Bocio en la región de Teno. *Med. Moderna* Setiembre 1930.

- R. Zúñiga-Latorre. La operación del bocio desde Lucke a Richter. *Bol. Soc. de Cir. de Chile*. 1930, p. 205.
 M. P. Weil et M. Iselin. Conception recente de 1, adenome toxique thyroïdien et des ses relations avec le goitre exophtalmique. Consequences pratiques: *Presse Méd Paris*, N.º 11, 5 Febrero 1930.
 L. M. Zimmerman. A simple Conception of the Pahtology of the Thyroid Gland based on the more recent literature. Collective Review. *Int. Abs. of Surg.* Diciembre 1928, 497.
 L. Cheatle. The Primary Tumour in Breact Carcinoma. *British M. Jour.* Ag. 30-1930. *Suplemento canadiense*. p. 13.

Sesión de 29 de Octubre de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo.

Acta.

Se lee el acta de la sesión anterior.

Se aprueba una indicación del Dr. Constant para que al final de cada trabajo que se publique en el Boletín, se haga un resumen en diferentes idiomas extranjeros, con el fin de que lo puedan leer en otros países.

El Dr. Greene, pregunta al Dr. Bunster si ya ha dado término a su trabajo sobre degeneración microquística de los ovarios. Ante una contestación afirmativa, el Dr. Greene solicita se le permita postergar para la sesión próxima, algunas observaciones que le merece dicho trabajo.

Se aprueba el acta.

Presentación de enfermos:

Dr. Greene.— Presenta un caso de fibromioma uterino con degeneración sarcomatosa, tratado por cirugía y radioterapia profiláctica.

La operación se efectuó hace cuatro meses y el estado general de la enferma, como lo pueden ver ustedes, es francamente satisfactorio.

Comunicaciones

SOBRE EL USO DEL MIKULICZ

Dr. Opazo.— Pone en discusión el trabajo del Dr. Urzúa relatado por el Dr. Wood en la sesión anterior.

Dr. Bunster.— No es mi ánimo referirme a las estadísticas de Jean L. Faure, no me siento autorizado para hacerlo. Pero creo, ya que se ha tocado este punto, deber dejar bien en claro las ventajas y los inconvenientes de este método.

El drenaje del tubo de goma que se usa habitualmente, como lo ha dicho con precisión el Dr. Sierra, sólo desagüa una parte limitada de la serosa, que en el curso de las horas se hace aún más reducida, debido al tabicamiento natural del peritoneo que por proceso de defensa, trata de enquistar el cuerpo extraño.

El drenaje de Mikulicz, por el contrario, abarca una porción mucho más considerable de la serosa y ésto sumando al poder absorbente de la gasa, moviliza al exterior, sin duda alguna, una cantidad de fluidos relativamente mucho más considerable. Hay que reconocer pues, que en cuanto al papel de drenar líquido al exterior, el Mikulicz presenta ventajas, sobre cualquier otro medio de drenaje.

La segunda ventaja del Mikulicz la constituye su poder hemostático que permite cohibir hemorragias profundas inaccesibles a otro medio quirúrgico.

Un tercer factor favorable al uso del Mikulicz es el permitir un tabicamiento de la cavidad abdominal en dos porciones, una pelviana y otra superior, limitadas las dos por la parte alta del Mikulicz, al cual se han adherido y soldado, las asas intestinales y el epiplón por intermedio de la fibrina.

Los inconvenientes que se pueden señalar al uso del Mikulicz son:

1.º Cuando es usado, aún en cavidades no infectadas, trae casi con seguridad la infección de la herida operatoria al cabo de 48 horas.

2.º Cuando es retirado antes del 8.º y 10.º día, por cirujanos poco familiarizados con su uso, favorece la producción de fístulas intestinales.

3.º Favorece la producción de eventraciones, o cuando menos de hernias operatorias.

4.º A larga la curación de la herida y por consiguiente, la permanencia del paciente en el lecho.

Ante estas ventajas e inconvenientes creo que el cirujano debe limitar su empleo a los casos, en los cuales no ha podido hacer una hemostasis cuidadosa y completa del campo operatorio y en los casos que tema una infección de carácter grave o en que existiendo ésta ya, desee hacer drenaje amplio de la cavidad abdominal.

Dr. Constant.— El Prof. Faure ha traído nuevamente a la práctica del Mikulicz, preferentemente en el Wertheim y en los casos que teme una propagación de la infección. Considera que debe emplearse en los casos de peritonitis difusas, donde tabica y localiza el proceso infeccioso. Además trae una peresía intes-

tinal impidiendo de este modo se extienda la infección. Es hemostático. En cuanto a drenar sus funciones son escasas, porque después de 24 a 48 horas ya no drena.

Dr. Greene.— Ha tenido ocasión de referirse a este método de drenaje abdominal en el seno de esta Sociedad en años anteriores, al tratarse de los resultados operatorios en el cáncer del cuello uterino por vía abdominal. Se ha referido a las estadísticas del Prof. J. L. Faure y ha analizado las ventajas de este método para combatir la infección (celulitis). En esas ocasiones también se ha hecho eco de los inconvenientes y peligros que hoy señala el Dr. Bunster y que pueden subsanarse, manejando el Mikulicz, tal como lo recomiendan los que tienen costumbre de usarlo; esto es, no concluir de retirar el drenaje, antes del 10.º o 12.º día, en estas condiciones, el saco, sale fácilmente, sin destruir los tejidos, ni producir fístulas del intestino. Las eventraciones se disminuyen al máximo, estrechando en lo posible la salida del Mikulicz, tal como lo aconsejan algunos autores, que consideran no es indispensable para su buen funcionamiento, se le deje una abertura amplia de salida. La infección que traería el Mikulicz en las paredes de la incisión y prolongación de la enfermedad, considera no debe ser tomado en consideración, puesto que todo drenaje, aunque sea de un simple tubo de caucho, la trae, cuando ha drenado una cavidad séptica. Por su parte, en algunos de sus operadas en que ha empleado el Mikulicz, ha visto que la curación, no se ha prolongado mucho más, que cuando se ha dejado otra clase de drenaje.

Además de su empleo en la operación amplia del cáncer del cuello uterino por vía abdominal, cree, como el Dr. Constant, que su empleo, está, por demás justificado, en los casos de infección difusa de la cavidad abdominal o cuando no se ha podido hacer una hemostasis perfecta.

Dr. Covarrubias.— En general es poco partidario de los drenajes. Considera que el Mikulicz no debe generalizarse aunque está convencido de su utilidad en las operaciones de cáncer del cuello uterino, donde lo ha empleado sistemáticamente. El Dr. Ramón Zegers, operaba brillantemente los cánceres del cuello uterino, con la legítima técnica del Wertheim y a pesar de esto, algunos de sus operados morían por la infección, (celulitis). Reconoce los inconvenientes de este método de drenaje, pero concuerda con Faure, en el sentido que algunas vidas salvadas, se deben a su empleo.

No está de acuerdo con lo manifestado por el Dr. Greene, que para evitar eventraciones se deba estrechar el orificio de

salida, en estas condiciones el drenaje más bien sirve de tapón y no drena lo suficiente.

Es ideal cuando no puede peritonizarse, ni hacer hemostasis perfecta.

No cree que en la parte alta, tenga los inconvenientes que en la baja, y por eso puede usarse con menos consecuencias, en las infecciones biliares, por ejemplo.

Dr. Bunster.— Después de todo lo dicho, creo que han quedado bien en claro, las ventajas e inconvenientes de este método.

Nuestra práctica se refiere al uso del Mikulicz en la Clínica Ginecológica y en la Asistencia Pública. En ambas partes disponemos de Mikulicz, siempre listos, esterilizados y dispuestos en la forma que preconiza su uso J. L. Faure, con compresas numeradas y de tamaño reglamentario, etc.

Respecto al uso del peróxido de Zn., agregado al Mikulicz no lo estimo conveniente, ya que vendría a constituir un cuerpo extraño de problemática eliminación.

Creo que el Mikulicz, que es un recurso, al que hay que recurrir en casos inesperados debe estar siempre listo en todo centro quirúrgico, sobre todo si es para tratar casos de urgencia, en que el Mikulicz puede ser salvador, ya que permite cohibir hemorragias profundas incoercibles con ligaduras o pinzas a permanencia.

Yo no me he manifestado enemigo del Mikulicz como lo ha creído el Dr. Greene, sino que estimo que su uso que entraña, como lo dije antes la casi segura supuración de las heridas y los demás peligros que he señalado, debe ser bien considerado por el cirujano y sólo empleado en los casos en que está verdaderamente indicado, como son la hemorragia "en nappe" y la infección de la serosa no controlable por otros métodos.

Dr. Opazo.— Queda pendiente la discusión para la próxima sesión.

Artrodesis extra-articular de la cadera

DR. ITALO ALESSANDRINI

La observación que presentamos se refiere a una enferma de 15 años de edad.

Sus antecedentes personales y hereditarios no tienen ninguna importancia.

Ingresó en Marzo del presente año a un servicio de medicina del Hospital San Borja, por dolores localizados a su cadera izquierda que le dificultaban la deambulacion. Estudiada en este



servicio se llegó al diagnóstico de una Osteoartritis tuberculosa de la cadera izquierda, y fué pasada a nuestro servicio para su tratamiento.

La enferma es de Curacaví, y pensando ponerla en mejores condiciones, se le inmovilizó su articulación después de un reposo en cama con extensión continua, y de un tratamiento con antígeno metílico y morruato de etilo, que dió por resultado la cesación de los dolores, y una notable mejoría del estado general.

Un mes después nos es traída nuevamente al servicio porque, debido a un aumento exagerado de su buen estado general, no cabía en el yeso, y fué necesario sacarlo.

Sacado su aparato creímos que el buen estado general estaría en relación con un mejoramiento local; desgraciadamente aparecieron nuevamente los dolores, aún en reposo.

Nos vimos en la necesidad de colocarle nuevamente extensión continua, y reanudados el tratamiento de antígeno metílico, vigantol y baños de luz ultravioleta. Los dolores cesaron rápidamente, pero aparecían inmediatamente que se pretendía quitar la extensión continua.

Este estado de cosas fué el que nos resolvió a fijar en forma efectiva la situación de la articulación.

El 5 de Agosto, bajo anestesia general etérea, practicamos una incisión a colgajo de convexidad posterior sobre la región iliotrocantérica izquierda. Descubrimos la cara externa del trocánter mayor y de la extremidad superior de la diáfisis femoral. Descubrimos, así mismo una pequeña porción de la fosa ilíaca externa por encima de la cavidad cotiloidea y fraguamos en ella una muesca a cincel, procedimos en seguida a tallar con las sierras paralelas un vástago en la cara externa del trocánter mayor, de una longitud tal, que fuera del trocánter a la muesca de la fosa ilíaca, situación en que lo fijamos con puntos periósticos de catgut, procediendo en seguida a suturar la herida operatoria.

Dejamos nuestra enferma en cama, con extensión continua, durante 10 días, continuando el tratamiento médico preoperatorio, y después de este tiempo seguimos con baños de luz ultravioleta.

La marcha posoperatoria no presentó nada de especial.

A los 45 días de operada, y después de hacerla amasar varios días en su cama, la autorizamos para levantarse.

No ha habido ningún dolor, y sólo hemos tenido que luchar con la natural timidez de una enferma habituada a sus dolores y a una inmovilización prolongada.

La artrodesis extra-articular de la cadera es una operación sencilla que debemos tener presente y practicar.

1.º En las caderas dolorosas insistentes, que a pesar de reposo prolongado, con o sin extensión, vuelven los dolores tan pronto como reciben carga.

2.º En las caderas subluxadas progresivas, caderas que, a pesar de estar en anquilosis se comprueba que aumenta el grado de subluxación.

3.º En las caderas que Choper llama "pseudo resecaos", o sea en aquellos en que el proceso de destrucción de la cabeza femoral nos lleva a una enorme desproporción articular, con gran movilidad que hace la articulación mecánicamente inestable.

Discusión:

Dr. Constant.— Hace presente las ventajas de no abrir la articulación, por lo tanto de no tocar el foco tuberculoso, de acuerdo con las prácticas de algunos cirujanos que le tocó visitar: a J. Iuclan en la Habana, a Meyer en la Clínica de los Mayo, a Chutro en Buenos Aires, etc.

Dr. Gandulfo.— Fuera de la ventaja mecánica que trae la colocación del injerto, señala otra más importante, cual es el

estímulo de la calcificación que provoca la colocación de este cuerpo extraño. Este proceso defensivo del organismo contra este elemento extraño favorece la curación. Waldestrom (de Stocolmo) ha estudiado este hecho desde hace ya 15 años, aprovechando accidentes o autopsias de sus operados para cerciorarse de lo que pasa en la espiga. Después de un primer tiempo, la espiga se decalcifica (de tres a seis meses) y es esta una época peligrosa, para levantar los operados; pero más tarde la calcificación del injerto se completa y adquiere su resistencia definitiva. Leriche refiriéndose al mecanismo de calcificación, observa que en todo sitio en que el esqueleto sufre una fractura o lesión, se produce un proceso de decalcificación, pero esta cal se deposita en la vecindad y el organismo la vuelve a tomar en la nueva faz de recalcificación.

Concretándose a la enferma que presenta el Dr. Alessandrini, recomienda reposo y un aparato ortopédico por un tiempo largo para evitar se fracture la espiga en el período de decalcificación. Estos cuidados deben prolongarse hasta por espacio de un año.

Dr. Vargas Saucedo.— En radiografías sucesivas de la cadera, en las artritis gonocócicas, ha podido observar muy bien, estos procesos de decalcificación y calcificación que ha señalado el Dr. Gandulfo. Pregunta en seguida si bastaría con la artrodesis externa simple en aquellos casos de gran deformación o destrucción de la cabeza femoral.

Dr. Alessandrini.— Muy de acuerdo con las observaciones que ha hecho el Dr. Gandulfo, y está también convencido de la utilidad de un reposo prolongado o de aparatos ortopédicos en esta clase de operados.

En cuanto al juego de la articulación en los casos de destrucción de la cabeza femoral, considera que desaparece todo movimiento por el vástago colocado que lo afirma.

Complemento a una observación de Genu-recurvatum

DR. ALFREDO JÜNEMANN

RELATOR: DR. ALBERTO RAHAUSEN

A propósito de la observación de genu-recurvatum presentada en la última sesión de la Sociedad de Cirugía y que mereció observaciones de la Sociedad, en cuanto al tratamiento instituido, debemos agregar algunas líneas para responder a las objeciones formuladas durante la sesión y que no pudieron ser contestadas por el aludido, porque no tiene el honor de pertenecer aún a esta Sociedad.

En la revisión que hemos hecho en la Biblioteca de la Escuela, buscando en libros y revistas de ortopedia y de cirugía, muy poco hemos encontrado para ilustrarnos más sobre esta deformidad y transcribo todo lo que puede tener interés.

El tratado de "Chirurgie Reparatrice et Orthopédique de Jeubrau, Novecourt, Jesserand, Ombredanne" y en el tratado de "Ortopedia de A. Schanz", sólo se menciona esta deformación en ortopedia infantil, y, como consecuencia a otros procesos (poliomielitis) indican como tratamiento ortopédico, la corrección con aparatos apropiados.

Keen en el segundo tomo de su Tratado de Cirugía, menciona también esta afección en la ortopedia infantil y hace la siguiente clasificación etiológica: 1.º como afección secundaria a ciertos traumatismos; 2.º como deformidad congénita; 3.º consecutiva de una poliomielitis anterior. En los adultos como consecuencia de una tabes y en muy raros casos, consecutivos a inflamaciones de la articulación de la rodilla.

En cuanto a tratamiento, sólo menciona el ortopédico, en los niños. Transcribimos dos observaciones de interés.

Wilhelm von Bulow (Heidelberg). A propósito de la Mecanopatología del genu-recurvatum.

(Zeitschrift-für orthopadische chirurgie, - 18 Mayo 1920 - pág. 409-413). Publica la observación con cinco fotografías de un caso de genu-recurvatum muy acentuado. El muslo con la pierna formaban un ángulo de 122°. Esta deformación era consecutiva a la resección de la rodilla practicada a los 4 años y que había interesado el cartílago de conjugación de la extremidad inferior y así, a pesar de este defecto y del apartamiento de 12 cms., podía marchar.

De Gaetano.— Sobre un caso de genu-recurvatum adquirido después de infección piógena posterior traumático con anqui-

losis ósea femorotibial. (La chir. d. org. di. mov. vol. X. fas. 4 y 5. p. 373-400).

Joven de diez y ocho años: a consecuencia de una herida por golpe de hacha, artritis supurada grave y ocho meses después genu-recurvatum progresivo.

Cinco años después, hiperextensión de 100° de la pierna sobre el muslo con atrofia muscular. Rodilla en anquilosis ósea. Resección cuneiforme de la rodilla. Supuración pasajera. Curación.

Distingue tres categorías en la afección: genu-recurvatum congénito; genu-recurvatum adquirido por lesión puramente articular; y genu-recurvatum adquirido por infección ósea.

Las mismas causas articulares pueden producir el genu-recurvatum adquirido (traumatismo infectivo, blenorragia, sífilis, osteomielitis, tuberculosis y después de artrectomía o resección de la rodilla. Sin embargo, la anquilosis ósea se observa después de proceso agudo de origen piógeno.

Experiencias en animales han demostrado que las inyecciones de toxinas piógenas en los focos de fractura activan la formación del callo. Los casos de genu-recurvatum por infección piógena traumático son poco numerosos. **El presente es el sexto conocido.**

Mecanismo de la deformación: además de los factores de destrucción de los ligamentos articulares y de los cartílagos de revestimiento, el efecto de la acción muscular, no solamente del cuádriceps, sino de los músculos posteriores (que actúan, desde el momento que se produce, en cierto grado, la hiperextensión de la rodilla, y el eje articular se dirige hacia atrás de sus inserciones. La acción de éstos, invertida llega a ser sinérgica con la del cuádriceps.

De la colección A. Le Dentu et Delbet, tomo 33, pág. 396, edición 1913, copiamos lo siguiente relacionado con el tratamiento:

"El tratamiento varía según la causa, así, en casos de artritis inflamatoria se debe hacer una resección ortopédica de la rodilla (caso de Jérad-Marchand). Esto ha dado buenos resultados.

¿No sucederá lo mismo en caso de luxación del fémur hacia adelante, es decir, anquilosis en flexión, anomalía tan frecuente en caso de curación espontánea del tumor blanco de la rodilla?

En caso de genu-recurvatum por retracción del triceps a consecuencia de una osteomielitis de la extremidad inferior del fémur, Jérad-Marchand hizo la tenotomía del cuádriceps. La

pierna estaba desviada en genu-varum y existía un acortamiento de 6 cms; la curación fué perfecta.

Kirmisson ha hecho una osteotomía cuneiforme de base posterior en un caso y una simple osteotomía en otro. En el genu-recurvatum paralítico se ha hecho la artrodésis total o fémororotuliana (Korenzke) o la osteotomía supracondilea, (Deutschlander).

De las citas anteriores podemos resumir las siguientes conclusiones:

1.º Que el genu-recurvatum en un adulto, secundario a una infección piógena, es una deformación rara del aparato locomotor, por cuanto sería la observación presentada la 7.ª aparecida en la literatura mundial.

2.º Que el caso presentado difiere de los anteriores conocidos por la asociación del genu-valgum al genu-recurvatum.

3.º Que si consideramos esta rareza, muy poca práctica existe en cirugía ortopédica sobre el tratamiento de esta afección.

4.º Que no se puede impugnar un tratamiento realizado con éxito y ya experimentado (Kirmisson) con tratamientos teóricos, no consagrados en la práctica, aunque sea de ortopedia elemental.

Enfermedad de Kummel-Verneuil

DR. ALFONSO ASENJO

RELATOR: DR. LUIS AGUILAR

La interesante observación que nos envía, sobre Enfermedad de Kummel-Verneuil, nuestro colega, el Dr. Asenjo, se la debemos agradecer, no sólo como aporte al material de la Sociedad de Cirugía, y como de importancia médico-legal indiscutible, sino también como una contribución al estudio de esas afecciones traumáticas, que han dado tema de discusión a todos los centros quirúrgicos, y por cuya patogenia aún estamos en el terreno de las hipótesis.

Es cierto que para nosotros adquiere en esta época de aplicación de leyes sociales, accidentes de trabajo, una importancia todavía mayor.

Leamos primero la observación sobre esta enfermedad y el comentario que hace con mucho criterio el Dr. Asenjo, sobre el diagnóstico diferencial, agregando nosotros solamente algu-

nas palabras, y algunas radiografías como complemento a esa observación:

El 7 de Mayo del presente año ingresó a la Sala Mercedes del Hospital del Salvador, la enferma L. F. M., que había sido tratada por un médico en su casa y que la enviaba con el diagnóstico de espondilitis aguda.

La enferma llegó quejándose de intensísimos dolores en la región dorsolumbar, dolores que le impedían hacer el menor movimiento. Llamaba la atención, el buen estado general que se adivinaba bajo la faz quejumbrosa. Con el objeto de examinarla se colocó un centígramo de morfina y sulfato de magnesina, que alivió un poco sus molestias. Después de media hora, y con las precauciones del caso, se logró colocar a la paciente en decúbito lateral derecho y se comprobó lo siguiente: gran rigidez de la columna dorsolumbar con contractura de los músculos de la región, dolor durante la palpación de las apófisis espinosas de las últimas dorsales que se hacía mucho más manifiesto a nivel de la tercera y cuarta lumbar. Escoliosis discreta de la columna lumbar de convexidad derecha y ligera xifosis de las apófisis espinosas más sensibles.

Como los dolores eran casi insoportables, y, mientras se hacían los exámenes respectivos, se dejó con el siguiente tratamiento: reposo en decúbito dorsal en cama plana, sedol un entímetro cúbico cada doce horas, analgésicos por vía oral. En las primeras 24 horas hubo que colocarle sedol cada 6 horas

Al tomar los antecedentes, expuso la enferma que tenía 42 años, se dedicaba a las labores de su casa, el padre murió trágicamente; la madre a consecuencia de una infección intestinal. Fueron cinco hermanos, de los cuales dos han muerto; uno en un accidente, el otro a raíz de una intervención quirúrgica por colecistitis. Es nulipara y no ha tenido abortos. Entre los antecedentes mórbidos, los únicos que merecen mencionarse son: piorrea alveolar, que la hizo perder toda la dentadura hace trece años, doce años atrás cuadro de dispepsia biliar que pasó con tratamiento médico. En 1924 estado gripal, además, a veces, ha sufrido de cefaleas intensas.

Menstruó a los doce años, las reglas son actualmente normales. Leucorrea discreta desde hace mucho tiempo.

Dijo la enferma que hacía más o menos, cinco meses se había caído desde un metro veinte centímetros al suelo, golpeándose fuertemente en el lado izquierdo de la columna lumbar. Quedó con fuerte dolor tendida en el suelo, por cuanto no podía moverse, por espacio de dos o tres horas. Al cabo de este

tiempo se levantó, anduvo con mucha dificultad, por lo cual tuvo que guardar cama.

Al día siguiente se levantó; pero a menudo recurría a la cama para aliviar de los dolores que le causaba el estar mucho rato en pie. Pasó así por espacio de unos pocos días hasta que logró nuevamente incorporarse a su vida habitual, a pesar de haber quedado con un dolor cansado en la columna lumbar, a veces, más intenso y otros días menor; pero que no le impedía el trabajo diario. Durante los cinco meses que estuvo en este estado consultó a varios médicos que la trataron por reumatismo, lumbago, etc.

El 27 de Abril, o sea, hace diez días aparecieron bruscamente grandes dolores en la región lumbar, que le impedían todo movimiento, se exacerbaban de rato en rato en forma de crisis que duraban diez a doce minutos, aumentaban con la más mínima desviación. Según la enferma, le hacían la impresión de estar quebrada.

Desde entonces ha pasado rígida, de espaldas, evitando moverse, quejándose y calmando los dolores con morfina.

Sintetizando la relación, se puede decir que esta enferma tuvo: primero, un fuerte golpe en la región lumbar, hace cinco meses; segundo, que después de estar 3 a 4 días muy adolorida, pasan estos síntomas agudos hasta lograr hacer una vida de trabajo habitual, y tercero, que, al cabo de cinco meses aparecen, sin causa aparente, crisis dolorosas insuportables en la columna lumbar que la dejan postrada en cama a merced de grandes dosis de analgésicos.

A los tres días de ingresar a la Sección se hizo un examen más prolijo y se anotó: estado general bueno, facies quejumbrosa, ausencia de dentadura, amígdalas normales. La auscultación del corazón y pulmón fué perfectamente normal. La presión era de doce y medio y ocho con el Pachón-Gallavardín. Oscilación 5. Abdomen abombado de paredes gruesas, palpación normal. En el examen de la columna no se pudo adelantar más de lo que se había comprobado en el examen de llegada. Sensibilidad térmica, táctil y dolorosa de los tegumentos normales. Reflejos rotulianos y aquilianos vivos. Osteoperiosticos y tendinosos de los brazos lo mismo. Babinsky, Mendell-Bechterew y Oppenheim negativos.

Reflejos pupilares a la luz y a la acomodación normales.

Examen ginecológico: nada de especial.

Orina: normal.

Wassermann: negativo.

Gonoreacción: negativa.

Besredka: negativo.

Líqu. Céf. Raq. leucocitos 1 p. mm³.

Pandy: negativo.

Wassermann: negativo. El líquido salió con presión normal.

Se tomaron radiografías en diferentes épocas durante el transcurso de la enfermedad. El informe de los radiólogos del Hospital, doctores Quevedo y Guzmán expedido previo estudio (por la novedad de la lesión), decía lo siguiente: "en los bordes del cuerpo de la tercera y cuarta lumbar hay verdaderos osteofitos que forman un puente óseo entre ambas vértebras, lo que debe traer anquilosis de las pequeñas articulaciones y también de la gran articulación. Además hay deformación de los cuerpos vertebrales mencionados. No hay signos de tuberculosis. Es raro que sean metástasis por la simetría de las lesiones. La clínica tiene la palabra. ¿Artritis anquilogenética?"

Un informe ulterior afirmó estas aseveraciones, diciendo: "en el lado izquierdo del cuerpo de la tercera vértebra lumbar falta un pequeño trozo óseo. La vértebra está ligeramente desviada. Entre la tercera y cuarta lumbar hay una neoformación (callo óseo)".

Hecho el primer examen de la enferma se pensó en una afección de la columna lumbar. Afección que la enferma ponía en íntima relación con el traumatismo acaecido meses atrás.

Revisando cuáles podían ser las enfermedades de la columna que dieran esa sintomatología, se llegó a la conclusión que el diagnóstico debía estar entre los que a continuación se enumeran:

1.º.— Espondilitis infecciosas (Osteomielitis tífica, tífus exantemático, gripal, gonocócica, reumática, etc.).

2.º.— Lúes.

3.º.— Metástasis cancerosas.

4.º.— Pseudo Mal de Pott histérico.

5.º.— Mal de Pott.

6.º.— Enfermedad de Kümmel Verneuil.

Revisando la Patología de la columna, se vió que la historia clínica encuadraba exactamente con la última afección. Pero el diagnóstico preciso sólo se lograba obtener previa la eliminación de las otras premisas, para lo cual era indispensable el apoyo del Laboratorio y de los Rayos X. Sin embargo, las espondilitis infecciosas quedaron descartadas desde el primer

casos de esta afección en su libro de diagnóstico de las afecciones de la columna.

Esta enfermedad tiene la misma etiología que la fractura vertebral, eso sí que el traumatismo causante de ella es menos intenso de tal modo que produce una lesión vertebral menor.

El más apreciable de los síntomas es el dolor en el momento del traumatismo, dolor que puede durar desde algunas horas hasta días, para desaparecer lentamente. Tiempo después, dos, cuatro, seis meses, sin causa aparente que lo justifique, aparecen nuevamente fuertes dolores en la región vertebral correspondiente; a veces, acompañado de trastornos esfinterianos, motores, de la sensibilidad, etc. Los síntomas medulares que generalmente están en relación con la magnitud mayor o menor de la lesión, no sólo se presentan en esta época de la enfermedad, sino que también precozmente poco después del golpe causante de ella.

El dolor localizado es intenso, continuo, produce defensa muscular que se manifiesta claramente durante el examen. De rato en rato los dolores se agudizan en forma de crisis neurálgicas que duran de 12 a 15 minutos.

Los enfermos mantienen completamente rígidas las vértebras supra e infrayacentes a la enferma, buscando además, actitudes de descanso, en las que el dolor es menos intenso, permanecen casi estáticos en ella y protestan cada vez que se les hace ejecutar el menor movimiento.

La patogenia que concibió Kümmel hace tantos años es la que se acepta hoy día como real. Es difícil determinar la forma en que evolucionan estas pequeñas fracturas del raquis. El creía en la existencia de pequeñas fracturas enclavadas que al consolidar, como sucede en todo callo de tejido esponjoso, demoraría en llegar a ser callo definitivo (este fenómeno tal vez, se agravaría con los movimientos prematuros). La absorción de elementos de consolidación que haría el callo, absorción que se llevaría a efecto sacando material de los cuerpos vertebrales vecinos, produciría a la larga un debilitamiento de ellos. Por este mecanismo la parte anterior de la vértebra se achataría, quedando el arco, apófisis transversas, articulares y espinosas indemnes en forma de una cuña.

Mikulicz (9) atribuye la patogenia de esta enfermedad a un trastorno trófico de naturaleza nerviosa como la tabes, que produciría una hiperhemia en esa región con la respectiva calcificación.

La explicación del Mikulicz es poco aceptable, tanto más cuanto que la primitiva teoría de Kümmel está basada en los fe-

nómenos que se presentan en cualquier otro hueso fracturado del organismo (Leriche 8). Además, Balthazard (1) en su famosa observación, ya citada confirmó el aserto del célebre autor alemán.

Crouzon (2) en una presentación hecha hace 15 años a la Sociedad Médica de los Hospitales de París, afirmó que la sintomatología que presentaban estos enfermos era debida a una osteítis traumática rareificante.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento no hay nada que agregar a lo dicho en la historia clínica de la enferma.

Esta observación ha sido traída a la Sociedad de Cirugía de Chile, porque, si bien es cierto, no presenta mucho interés científico, desde el punto de vista de la acción del médico en el tratamiento, que es por demás simple; lo tiene en relación con los traumatismo provocados por accidentes del trabajo por las dificultades con que se tropieza para llegar a un diagnóstico cierto.

Resumiendo la historia: tenemos que se trata de una enferma que a raíz de un fuerte traumatismo de la región lumbar, sufre de grandes dolores por espacio de dos o tres horas que no le permiten ni el menor movimiento, pero que, a pesar de sus molestias en los primeros días, ceden paulatinamente poco a poco, hasta permitirle hacer su vida normal.

Más o menos cuatro meses más tarde, le aparecen bruscamente en forma de crisis, neurálgicas, dolores insoportables en la región lumbar, es decir, en la misma zona correspondiente al traumatismo inicial.

Ahora teniendo presente este ligero resumen, comparémosle con lo que se pasa en la enfermedad descrita por Kümmel: que comprende tres períodos en su evolución:

El 1.º corresponde a un traumatismo, no siempre violento, muchas veces una ligera contusión en las vecindades de la columna (casi siempre lumbar), síntomas dolorosos durante algunos días que desaparecen después con el reposo.

El 2.º sería el "período de mejoría" o reposo de síntomas— que es muy variable en cuanto a su duración — desde semanas, meses y aún años — período durante el cual, el paciente hace su vida normal — a éste también se le ha dado el nombre de período libre, período de salud aparente, frei interval, etc.

Y el período 3.º que pudiera llamarse de recaída o de agravación de síntomas y lesiones, nuevas molestias, nuevos do-

en que ni aún la mejor radiografía muestra una lesión, y en que lesiones del cuerpo vertebral son debidos a osteítis post-traumáticas" insignificantes que permiten como lo dice Kümmel hacer su vida normal hasta el momento de la aparición de los grandes síntomas.

La patogenia de esta enfermedad que se ha llamado de Kümmel-Verneuil, es hasta hoy obscura.

"Kümmel y Verneuil", tienen concepciones "distintas". Verneuil, cree en la fractura de un cuerpo vertebral, grande o pequeña, que siempre existe.

"Para Kümmel", que negó la fractura en un comienzo, y que más tarde debió convencerse de su existencia; no es a ella la que atribuye sus lesiones tardías, gibosidad, dolores, etc., sino a su consecuencia, a la alteración por compresión de la sustancia esponjosa de ese cuerpo vertebral que sufrió una alteración en su nutrición (lo que él llama osteítis rarefacción), que trae más tarde una atrofia y como consecuencia un aplastamiento, (lesiones tróficas). con su cortejo de síntomas ya tantas veces dichos.

Verneuil, que no se trata en estos casos de fractura común y corriente en desviación de fragmentos, etc., sino solamente, atrinición o aplastamiento del tejido esponjoso de un cuerpo vertebral, dejando al tallo raquídeo su dirección y forma normales, además se sabe que ese tejido es el sitio de una osteítis condensante y que tiende sin tratamiento a desaparecer para dar lugar a la gibosidad que no sería, sino la consecuencia.

Los dolores serían atribuidos a osteítis vertebrales o a compresión de raíces al pasar por los agujeros de conjugación estrechados por este mismo proceso.

"Mouchet en 1928", dice que sucede en el cuerpo vertebral, lo mismo que en los huesos del carpo, donde el aplastamiento viene después de un período de alteraciones tróficas.

Lariche. No acepta lesiones tróficas que poco explican, sino que se trata en estos casos, de alteraciones vasomotoras, por efecto de un traumatismo y que repetido, muchas veces, sobre una región cuya estática ha sido alterada por el gran traumatismo anterior, "como sería el caso de esas observaciones de enfermedad de Kümmel", consecuencia de fracturas que pasaron desapercibidas.

Compara esta lesión, a la que sucede en los huesos de la mano; en los huesos del pie, la osteofinosis traumática, producto de alteraciones vaso motoras que traen una alteración de la "nutrición", y como consecuencia la rarefacción y oseficación.

El intervalo entre la rarefacción y el período anquilosante

o sea, la espondilitis anquilosante la explica por la pobreza circulatoria que rodea al raquis.

En resumen podríamos decir que la explicación de estos procesos que pasan en el hueso o en el cuerpo vertebral, permanecen con su patogenia todavía en el terreno de las hipótesis.

Podríamos agregar todavía, que como dice Vivos, la enfermedad de Kümmel; no es sino la consecuencia de una fractura desconocida y que el día que los radiólogos y clínicos hagan el diagnóstico precoz y el tratamiento también precoz, desaparecería de la patología.

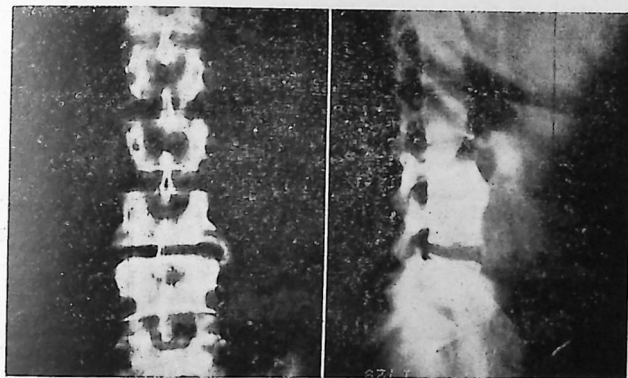


Fig. 1 (de frente),

fig. 2 (de perfil)

El examen de las "radiografías" últimas tomadas por el Dr. Daza, me dan el siguiente informe: (fig 1 y 2).

Aplastamiento vertebral de la 3.ª y 4.ª vértebra lumbares con un proceso de recalcificación de las extremidades distal y proximal, respectivamente. Superficies articulares no bien nítidas e irregulares. Disco intervertebral aplanado, permite observar puntos de calcificación que lo invaden, su diámetro está disminuido a la mitad, más o menos. Se observa, además: dos puentes óseos, que unen el cuerpo de estas vértebras por sus partes laterales; más o menos cilíndrico el izquierdo, laminar el derecho que parece continuar la lámina.

En la radiografía del perfil, se confirma lo anterior; se nota además que la 4.ª v. l. toma una forma "cuneiforme" (más alta hacia atrás), observada en su conjunto. Debido a que su reborde (punto de implantación de los puentes óseos) aparecen como comprimidos.

Conclusión: Aspecto radiológico de "lesión traumática antigua en la 3.ª y 4.ª lumbares".

BIBLIOGRAFIA

1.— Balthazard.— Un cas de spondylite traumatique avec au-

- topsie. Revue de Chirurgie. 10-III-1914, pág. 276.
- 2.— CROUZON M. O.— Les pseudo-maux de Pott au conseil de révision. La spondylite traumatique. Bulletins et Memoire de la Soc. Med. des Hospitaux. S. 12-II-1925. Pág. 111.
- 3.— IMBERT L. et VIAL F.— La Spondylitis traumatique (Maladie de Kümmel-Verneuil). La Presse Médicale 5-VII-1911, pág. 561.
- 4.— JONES.— Fracturas por compresión del raquis que da lugar a síntomas tardíos. The Journal of. t, A. M. A. N.º 22. 1-XII-1923., pág. 1860-66.
- 5.— KEEN. Cirugía. Tomo II, pág. 925.
- 6.— LECENE P. LERICHE R.— Thérapeutique Chirurgicale.

Bocio Exoftálmico y Adenoma Tóxico

DR. ALFONSO CONSTANT

Al tomar parte en la discusión sobre el bocio y su tratamiento quirúrgico, no lo hago a base de una gran experiencia sobre esta materia, ni con el propósito de exponer teorías que puedan ser más o menos halagadoras por estar en boga, para rechazar otras no menos plausibles.

Mi única intención es la de exponer en el seno de la Sociedad algunas impresiones que he recogido en mi reciente viaje por el extranjero sobre estas afecciones, y que a mi entender simplifican en gran parte la cuestión de la clasificación de las diferentes formas de bocio, y que por otra parte, una técnica quirúrgica sencilla y bien reglada, ha transformado la cirugía de esta región, haciendo desaparecer casi por completo los grandes escollos que presentaba en otra época.

Es de todos conocida la frecuente variación de criterio en cuestiones médicas o quirúrgicas, aún en materias muy simples. A veces un mismo cirujano en dos o tres años de intervalo no duda en afirmar exactamente lo contrario de lo que había dicho anteriormente; y es así como colecistostomía o colecistectomía, gastroanastomosis o gastrectomía, ligadura de las arterias tiroideas o tiroidectomía subtotal han sido usados sucesivamente con vehemencia, empleando los cirujanos tantos argumentos decisivos para defender su primera opinión, como para adoptar la segunda. Estos son los errores que cometemos a menudo los médicos, entusiasmándonos en exponer conceptos, muchas veces prematuros, sin una maduración previa para dejar bien sentados los principios científicos, sobre los cuales debemos siempre apoyarnos.

Es por esta razón, que por muy halagadoras que parezcan muchas nociones que podamos emitir, sobre este tema, no las tomemos con un fervor dogmático y sepamos analizar fríamente lo que hay de realmente útil en ellas.

Hemos escuchado con interés a los cirujanos que nos han precedido en la discusión y principalmente al doctor Sierra, quien ha hecho una exposición detallada con gran acopio de datos, y cometería una redundancia al querer seguirlo en todas las modalidades clínicas, en que el bocio se presenta, y las teorías sobre su patogenia. Sólo deseo referirme someramente y de una manera muy sucinta a un solo punto: la relación que existe entre "el bocio exoftálmico y el llamado "adenoma tóxico", para terminar con algunos detalles de técnica de cierta importancia.

Se ha observado, desde hace muchos años, la aparición del síndrome de Basedow; más o menos, típico en la evolución del adenoma simple y en Francia, particularmente, en todos los tratados clásicos de Patología aparecía la descripción de Bocio Basedowiano Primitivo y Bocio Basedowificado Secundario.

Algunos autores aprecian el "bocio exoftálmico" y el "adenoma tóxico" como dos entidades completamente diferentes: el primero sería una distiroidía, el segundo, una hiperactividad de la glándula; por consiguiente, una hipertiroidía: el uno sería grave y el otro relativamente benigno. Otro grupo de investigadores creen que el "adenoma tóxico" (denominación de Plummer) no es sino una forma de bocio exoftálmico, y los dos no serían sino la manifestación de la misma enfermedad, cual es el "hipertiroidismo": el adenoma tóxico es un "bocio nodular", en lugar de ser difuso como el exoftálmico y se acompaña de un menor grado de hipertiroidismo, por consiguiente, menos grave.

Esta última teoría parece ganar terreno y algunos trabajos americanos desde Marine, cuyas primeras comunicaciones datan desde 1907 hasta Rienhoff de Baltimore (del Johns Hopkins Hospital), quien por sus trabajos minuciosos y concienzudos sobre este tema parece darnos al respecto la prueba definitiva.

Marine ha demostrado la existencia de modificaciones histológicas en el "bocio exoftálmico" después de la ingestión de yodo, y Rienhoff ha confirmado estas experiencias anotando que después de las remisiones artificiales así obtenidas, la glándula primitivamente lisa e hipertrofiada en su conjunto, presenta secundariamente nódulos, imposible de distinguir de los adenomas.

De esta manera aparentemente teórica se desprenden consecuencias prácticas de gran importancia. Como corolario de es-

tas ideas de Marine y Rienhoff la terapéutica del yodo estaría indicada en el "adenoma tóxico" y en el "bocio exoftálmico", en oposición a lo que había pretendido Plummer y la terapéutica quirúrgica será la misma en las dos afecciones. Un adenoma tóxico debe ser tratado como el bocio exoftálmico, por la extirpación quirúrgica de las nueve décimas partes de la glándula.

Los dos signos esenciales que ha encontrado Rienhoff en la anatomía patológica del bocio exoftálmico en actividad son: la desaparición de la "substancia colóidea" y la "hipertrofia e hiperplasia" del epitelio glandular. El mismo bocio examinado después de la remisión producida por el tratamiento yodado presenta un aspecto absolutamente diferente: la substancia colóidea ha desaparecido.

Es a este aspecto al que ha llamado el autor la "involución", pues representa un retorno de la glándula a su aspecto normal, caracterizado esencialmente por la presencia de substancia colóidea en los acinis, además de una disminución de la vascularización, aumento de dimensión y de regularidad de los acinis, etc. Existiría además para este autor hiper e hipoinvolución en zonas localizadas de la misma glándula: esta última explicaría la yodoresistencia de ciertos casos al tratamiento.

Los autores Lioneses, entre ellos, Bernard y Paycelon, examinando numerosas series de bocios exoftálmicos y de adenomas tóxicos, declaran en un buen número de casos la imposibilidad de separar los unos de los otros. Existen adenomas tóxicos con signos oculares, bocios exoftálmicos típicos con nódulos perceptibles al corte, lo que confirma en gran parte los trabajos de Rienhoff. Además, la reacción al yodo no es constante, pues muchos adenomas tóxicos reaccionan perfectamente.

Los hechos que acabamos de exponer dirigen las indicaciones terapéuticas a la administración del yodo y a la operación; y dicho sea de paso, es el Dr. Covarrubias quien ha difundido entre nosotros las ideas modernas sobre yodoterapia y, además, ha hecho notar la importancia del metabolismo basal en el pronóstico de estos casos.

Hemos visto que en el curso de la remisión provocada por el yodo, se forman a menudo zonas resistentes, conservando el tipo inicial de hipertrofia e hiperplasia que Rienhoff llama zonas de hipoinvolución. Es necesario saber detener la medicación yodada, porque es impotente contra estas zonas de resistencia.

Por los trabajos de este autor se llega a la conclusión de que el bocio tóxico y el exoftálmico son una misma afección y que el término de adenoma tóxico debe ser abandonado, porque

representa un estado de bocio exoftálmico; la diferencia de pronóstico dependería de la gravedad de la toxicidad y no de la presencia o de la ausencia de nódulos.

Cualquiera que sea el porvenir de esta teoría basada en experiencias muy bien controladas y que simplifica considerablemente la clasificación de bocio, que de ninguna manera como dice Boothby sea definitiva, venga ésta de Plummer o de Rienhoff, no podemos negar el gran efecto del yodo en el tratamiento preparatorio para la intervención quirúrgica; y como casi todos los tratamientos en medicina, se abandonan por un tiempo y se vuelven a tomar, es a Plummer a quien debemos la reglamentación sistemática del yodo en la preparación de estos enfermos; pero ya Basedow lo empleó en 1840 y después de él, numerosos autores lo ensayaron y lo rechazaron sucesivamente.

El XXI Congreso de Medicina Francesa se reunió en Bruselas, del 23 al 25 de Septiembre del presente año, y uno de los temas oficiales del Congreso fueron las hipertiroidias. Asistieron representantes de 21 naciones, Marcel, Labbé, Azerad y Dreyfus, a propósito del estudio clínico de la hipertiroidia dicen lo siguiente: es difícil dar actualmente una definición completa, exacta y breve de la hipertiroidia. El conjunto de manifestaciones patológicas que se agrupa comúnmente bajo el nombre de Enfermedad de Basedow, se debe por una parte al mal funcionamiento glandular y por otra, a veces, más ruidosa, a un trastorno neurovegetativo manifestado principalmente por una excitación del simpático cervical; pero en la práctica se pueden encontrar disociadas estas dos categorías de trastornos y es así como cuando se asocian, dan lugar entonces al sindroma de Basedow clásico; sea éste una hipertiroidia simple con un mínimo de trastorno nervioso o bien una hipersimpaticotomía casi pura.

El Dr. Leopoldo Levi se refiere a la pequeña patología hipertiroidia, muestra la importancia de los pequeños signos, particularmente en la insuficiencia hipotiroidia, no mixedematosa y en la "inestabilidad tiroidiana", basada en las variaciones del metabolismo. M. R. Lautier de Niza crítica la teoría de la carencia yodada como causa del bocio y piensa que la infección juega un papel preponderante. Esta opinión parece confirmarse por las investigaciones sobre la yodemia expuestas por el Dr. Cruz Coke y Cabello, de Santiago de Chile.

He tomado estas dos o tres opiniones en un Congreso muy reciente para probar una vez más la diversidad de ideas que hay todavía sobre la materia.

En cuanto a la técnica operatoria podríamos sintetizarla

en pocas palabras. El tratamiento preoperatorio por medio del yodo da, en la gran mayoría de los casos, el mismo resultado que las ligaduras previas en las arterias tiroideas que antes se efectuaban en un 70 por ciento de los casos, (Mayo, Clinic en el año 1921).

Las operaciones practicadas en la glándula tiroides (Clínica Mayo) desde el 1.º de Enero de 1927 al 1.º de Enero de 1928 fueron las siguientes:

Para el bocio exoftálmico	Operados	Fallecidos	%
Tiroidectomía sub-total.....	1509	9	—
„ en dos tiempos.....	8	2	—
Ligaduras polares.....	9	0	—
Total de operados.....	1520	11	0.72
Tiroidectomía sub-total por adenoma sin hipertiroidismo	502	1	0.19
„ „ „ „ con „	615	5	0.81
Carcinoma.....	37	—	—
TOTAL.....	2674	17	0.63

Cuando el bocio es muy grande y el grado de hipertiroidismo es muy alto, la operación por tiempos sucesivos está indicada. En el año 1927 se operaron en la Mayo Clinic 1.520 enfermos de bocio exoftálmico. Las ligaduras polares se practicaron en sólo 9 casos y en 8 casos solamente se practicó la tiroidectomía en dos tiempos. Fallecieron 11 enfermos, lo que da una mortalidad de 0,72 por ciento. Dos fallecieron en el primer tiempo de lobectomía.

Mi amigo, el Dr. Pumberton de la Mayo Clinic, que es el cirujano de mayor experiencia en la materia, dice lo siguiente: "es imposible establecer reglas inamovibles para seleccionar los tipos de enfermos en los cuales debe practicarse la operación en dos o más tiempos. Cada enfermo debe ser juzgado separadamente como un caso individual y es la experiencia del cirujano la que debe interpretar el riesgo operatorio".

En nuestra estadía en los Estados Unidos, dos cirujanos nos llamaron la atención en materia de técnica quirúrgica: el Profesor Richther de Chicago, el Dr. Pumberton de la Mayo Cli-

nic. El primero hace la sección de la glándula en la línea media después de ligar ambas arterias tiroideas fraccionando los lóbulos de dentro hacia afuera, dejando los recurrentes sin cambio de posición anatómica, debido a las tracciones sobre los lóbulos que con este procedimiento se evitan. El Dr. Pumberton practica la lobectomía de un lado para terminar con el lado opuesto.

Me parece que ambos métodos tienen sus ventajas, y dependerá del cirujano el elegir la técnica operatoria que más le convenga en cada caso en particular.

Ambos practican la anestesia local con novocaína, simple infiltración, sobre todo de los polos superiores. Una vez hecha la incisión a la piel y tejido celular y al comenzar la separación de los músculos esternos tiroideos se administra al enfermo anestesia general con protoxido, de azóe, etileno y anhídrido carbónico; esta anestesia tiene la ventaja de no producir período de excitación y se elimina muy rápidamente, además de ser poco tóxica. Una vez hecha la extirpación del bocio y practicadas las suturas en los restos de glándula y cápsula posterior a ambos lados de la traquea, se suspende la anestesia y el enfermo despierta casi instantáneamente; se le hace toser y tragar para estar seguros de la hemostasis.

En París ví un caso de bocio exoftálmico grave, operado por Pauchet, en el cual no sólo el metabolismo era elevado, sino que el exoftalmo era muy pronunciado. Este cirujano se limitó a practicar la lobectomía de un lado y la extirpación de los ganglios simpáticos del mismo lado.

Tuvimos oportunidad de observar el enfermo quince días después de operado y de comprobar que el exoftalmo del lado operado había disminuido considerablemente.

He querido exponer algunas nociones sobre las nuevas orientaciones en materia de bocio exoftálmico y tóxico y algunos detalles de técnica que pueden ser de interés general. No pretendo haber sido completo, muy lejos de eso, pero al no prolongar demasiado mi relación, creo estar perdonado por los miembros de la Sociedad aquí presente.

VACUNAS



Vacuna Inava «B»	Infecciones bucales y piorrea alveolar
Vacuna Inava «D»	Infecciones de estafilococos, Furúnculos, anthrax, acné, etc.
Vacuna Inava «R»	Ozena
Vacuna Inava «G»	Infecciones de gonococos: Blenorragia y sus complicaciones, prostatitis, epididimitis, artritis.
Vacuna Inava «U»	Infecciones de las vías urinarias. Pielitis, Pielonefritis, cistitis, etc.
Vacuna Inava «P»	Infecciones causadas por el bacilo piógeno común.
Vacuna Inava «A»	Infecciones de las vías respiratorias. Asma Bronquitis crónica.
Vacuna Inava «M»	Metritis.
Ovulos Vacuna «O»	Metritis. Salpingitis. Leucorrea.

Instituto Nacional de Vacunoterapia

26, Rue Pagés, Suresnes (Seine)

Depositarios para Chile:

DROGUERIA FRANCESA. - Huérfanos 840
Santiago

REVISTA MÉDICA LATINO-AMERICANA

(Se edita en Buenos Aires y aparece el último día de cada mes)

PRECIO DE LA SUSCRIPCIÓN
ANUAL, PARA TODO CHILE \$ 40.— m/c.

Agente de Suscripciones
para Santiago y provincias:

FRANK BANREL

Editor del «Boletín de la Sociedad de Cirugía de Chile»

y Agente Exclusivo de la Revista de «Ganadería, Agricultura y Veterinaria»

Atiendo personalmente a domicilio, llamando por teléfono al N.º 85943 ó avisándome por carta a mi domicilio: Pasaje Canales 880-2.º Piso-Dep. 7 - Santiago.

Sesión de 12 de Noviembre de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo.

Acta.

Se lee el acta de la sesión anterior.

Cuenta

De una comunicación del Dr. Juan Marín R. "Historia del Bocio en Chile". Se nombra relator al Dr. Italo Alessandrini.

De un trabajo de la Dra. Eleanira González Donoso "Quistes de los ovarios". Se nombra relator al Dr. Eduardo de Ramón.

Comunicaciones

SOBRE EL USO DEL MIKULICZ

Discusión:

Dr. Sierra.— Tuve el honor en la sesión pasada de exponer algunas ideas generales a cerca de esta materia; querría, ahora, ampliarlas satisfaciendo de ese modo el deseo del señor Presidente de que discutamos bajo todos sus aspectos este interesante problema. Sólo así, podremos llegar a obtener mejores resultados en este asunto de vital importancia.

La crítica constructiva de nuestros propios errores, tratando de explicárnoslos es la que nos irá capacitando más y más para evitarlos; la interpretación correcta de los éxitos tan brillantes como los que aduce el trabajo del colega Urzúa, que ha abierto la discusión arrojando benéfica luz en este campo.

Todos hemos tenido enfermos en cuyo peritonéo había a veces cantidades enormes de franca materia purulenta o simplemente "purulóidea" (sero- pus); algunos de esos enfermos sanaron con sorprendente rapidez, una vez que se la evacuaba; otros, con o sin desagüe a la Mikulicz, sucumbieron. En los primeros la curación se habría efectuado a pesar de la colocación del saco del mencionado cirujano: pensábamos que se trataba de infecciones atenuadas, a base de neumococos o de estafilococos; la verdad es que aquellas infecciones no habían provocado la obstrucción intestinal; la peritonitis puede ser universal sin que

por eso sea fatal: el enfermo de peritonitis muere por obstrucción intestinal y por toxemia.

Evidentemente, el desagüe propuesto por el cirujano de Breslau no es una panacea; ni podría serlo tampoco puesto que no siempre valoramos con precisión todos los factores que acumulan sus nefastas influencias para acabar con la vida del enfermo: el saco de Mikulicz no es de ninguna manera un imán que los atraiga y fije, y elimine, en seguida, la materia fecante. Esta viene al exterior, una vez abierto el peritonéo más o menos fácilmente; un simple tubo, tal como lo preconizaba Murphy, puede bastar. Según la tendencia que tenga la exudación, podrá enquistarse y dar lugar a la formación de uno o muchos abscesos circunscritos. Podríamos aducir, particularmente en niños, más de un ejemplo en corroboración de nuestro aserto.

Lo más habitual es el que el pus, aun cuando venga la infección de la parte alta del abdomen, úlceras perforadas, por ejemplo, se acumule en el peritonéo pelviano: allí va la peritonitis a aglutinar las asas intestinales, perturbando su funcionamiento hasta producir la obstrucción. He ahí lo que vió, con admirable claridad el "supermaestro de la cirugía contemporánea", el profesor Juan Benjamín Murphy, de Chicago.

Su método robó a la peritonitis la mitad por lo menos de la tradicional gravedad de que venía revestida desde los tiempos más remotos. Sólo 2 muertos en 49 operados fué real y positivamente un "record" que nadie hasta entonces había alcanzado.

Queda, no obstante, no menos de un 14 p. c., según Gerster, de enfermos de peritonitis que mueren a consecuencia de esa infección. En ese tanto por ciento es donde los sucesores de Mikulicz y Murphy han desplegado sus mejores actividades. No se trata, dice Deaver, en un trabajo muy reciente, de un problema de laboratorio, sino de que haga cada uno de nosotros una investigación en el laboratorio de su inteligencia, a fin de libertarla de las manchas oscuras que pesen sobre nuestra conciencia.

Una señora de la sociedad de Santiago, se sintió en 1912, acometida mientras andaba de compras de intensos dolores abdominales; en la tarde de ese día un profesor de la Facultad le aconsejó tomar un purgante ligero, un vaso de agua Hunyadi-Janos. Operada al comenzar del cuarto día de la enfermedad el meteorismo que se había ido acentuando después de la ingestión del purgante, se hizo invencible; sucumbió de la obstrucción o parálisis intestinal e intoxicación consecutivas a una apendicitis mal tratada.

Un colega del Hospital del Salvador fué operado hace años por uno de mis mejores ayudantes de una simple apendicitis; sobrevino una parésia intestinal invencible; llamado a colaborar, nuestra segunda intervención nos permitió reconocer que se habían formado alrededor del apéndice adherencias que perturbaron la función intestinal, obstruyéndolo. Falleció poco después.

Mi asistente el doctor Gandulfo ha traído a esta misma Sociedad una historia clínica muy interesante desde otro punto de vista. Había en ella una septicemia peritoneal de origen gonocócico que había dado lugar a muy poco pus en la superficie de diversos órganos; la septicemia acabó con la vida de la enferma; el meteorismo no fué nunca un síntoma dominante. Representa una de las formas más graves de peritonitis, pero a la vez, de las más raras. Sonenburg las había ya descrito con gran precisión.

Ninguna experiencia me ha sido más útil en mi práctica que las que recogí en los primeros días de Julio de 1901. Rosa N., mujer de unos treinta años de edad llegó a mi servicio del Hospital de San Borja, declarando que hasta hacía tres días estaba en perfecta salud. Bajo el diagnóstico de peritonitis generalizada, de origen probablemente apendicular, procedí a abrir el vientre; habría no menos de litro y medio de pus procedente de una ovarosalpingitis izquierda.

Imbuído en la práctica de Murphy, me contenté con un minimum: evacuación del pus, un tubo de desagüe, suero subcutáneo. Pronóstico: absolutamente fatal. La enferma salió de alta en muy buenas condiciones en el curso de la primera quincena de Octubre y se mantiene en perfecta salud hasta el día de hoy. La he vuelto a ver hace muy pocos días.

Las "series clínicas" se comprueban en todos los hospitales. Bien poco tiempo después, recibí una muchacha de 24 años de edad que, padeciendo de violentos dolores abdominales, no pudo ser trasladada a Santiago, sino al octavo o décimo día tal vez de su enfermedad. Como la anterior, tenía gran cantidad de pus en el peritoneo. Un simple tubo de desagüe y la formación espontánea de una fistula estercoracea salvaron a aquella desgraciada de una muerte que también nos pareció inminente.

Gradualmente mi terror por la peritonitis purulenta ha ido disminuyendo y, envalentonado con las hermosas lecciones de mi amigo el profesor Arthur E. Barker, 1913, (Londres), no he vacilado, en buen número de casos, en cerrar totalmente la cavidad peritoneal, una vez extraído el foco donde se ha ori-

ginado la infección. Creo que en esas condiciones se defiende mejor el peritoneo que el tejido celular subcutáneo.

Se requiere para seguir esta práctica gran experiencia y claro discernimiento acerca de la resistencia general del enfermo. Hace poco, un colega norteamericano al cual, seguramente, le había chocado aquella práctica, me decía "es Ud. demasiado audaz para cerrar el vientre" No tuvo la operada la menor incidencia.

Veamos, ahora, lo que se aconseja hacer en los casos en que hay obstrucción intestinal, o los casos en que existe ya un absceso en la región ileocecal.

Para S. Handley la obstrucción es ordinariamente doble (**Ileus duplex**): afecta a las asas de intestino delgado metidas en la pequeña pelvis al mismo tiempo que al colón ileopélvico: no basta de ninguna manera ir en ayuda de una sola de las porciones afectadas.

"Hay otro grupo de casos, escribe, afortunadamente poco comunes, que progresan más lentamente a una terminación fatal, a pesar de los tratamientos clásicos más enérgicamente aplicados. A ellos exclusivamente quiero referirme, porque muy a menudo son abandonados a una suerte que parece inevitable, pero que en realidad de verdad, puede evitarse. **El cirujano se cruza de brazos en vez de abrir una vez más el estante de sus instrumentos y reabrir el vientre** (las itálicas son mías). Está deprimido y resignado, debiendo estar listo y activo para resolver.

El sello característico de estos casos es el fracaso de toda tentativa para provocar el movimiento del intestino; los enfermos se están muriendo por obstrucción intestinal. La pasividad del cirujano en tales casos se fundamenta a menudo en la creencia de que la parálisis afecta todo el largo del intestino. **No es ese el caso.** La parálisis afecta solamente ciertas regiones, y puede ser tratada de la misma manera que se trata una obstrucción mecánica. En efecto, G. Wright ha insistido en ello; la obstrucción puede ser puramente mecánica, esto es, ser debida a acodamientos múltiples de asas intensamente inflamadas y aglutinadas por linfa plástica. Tal vez, más a menudo, hay una miositis de las asas intestinales inflamadas". (Brit. J. of Surg. 1924-1925)

Una anastomosis de la asa yeyunal menos inflamadas con el colon trasverso, seguida de una cecostomía previenen que la parálisis y obstrucción sigan en aumento y libran la vida de los enfermos afectados en la forma ya mencionada. Las cuatro observaciones que publica el autor recordado vienen a en-

contrar amplia justificación en lo que Deaver propone para los casos en que hay ya un absceso en el ángulo ileocecal. "En tales circunstancias yo evacuo el pus, extirpo el apéndice y desagüo, practicando, además, una ileocolostomía o una ileocecostomía a fin de prevenir la obstrucción posoperatoria y asegurar una franca convalecencia. Procedo así muy frecuentemente y jamás he tenido que arrepentirme de ello. El proceder de otra manera me ha acarreado mucha ansiedad antes de ver la curación de mis enfermos. Sin embargo, este procedimiento es para los verdaderos cirujanos y no para los que tienen todavía poca experiencia en cirugía abdominal".

He aquí hechos y observaciones que podrán permitirnos salvar a más de un enfermo en que muchos se habrían limitado a dejar un desagüe a la Mikulicz.

BIBLIOGRAFÍA

- Arthur E. Barker. Algunos puntos concernientes al desagüe del abdomen en diversos procesos inflamatorios: *Brit. M. J.* 1911-I-104.
- J. B. Deaver. Una opinión acerca de la elevada mortalidad en la apendicitis aguda: *Surg. Gyn. Obs.* Oct. 1930.
- R. St. Leger Brockman. El Problema del desagüe en la apendicitis aguda: *The Brit. J. of Surg.* 1923-24, 690.
- A. L. Lockwood: *Mayo Clinic*, 1921, 872. Abscesos subdiafragmáticos.
- S. Handley. *The Brit. J. of Surg.* Vol. XII, p. 417. Peritonitis aguda "generalizada:" su tratamiento.
- S. Handley. "Ileus Duplex". *Brit. Jour Surg.* 1915-II-16.

Discusión:

Dr. Johow.— Es de mucha importancia combatir oportunamente la parálisis intestinal que acompaña a la peritonitis. Kirschner ha ideado colocar un tubo de regular calibre en el lumen intestinal. Practica la enterostomía y después de introducido el tubo, comunica a éste con un aparato de aspiración, que le permite vaciar el contenido intestinal de líquidos y gases que son los que realmente agravan el estado del paciente. Después de ésto se cierra la abertura del asa intestinal y termina la operación con su técnica habitual.

Dr. Constant.— En la peritonitis, se presentan casos graves de verdadera toxemia producida por la absorción, en los cuales no hay gran cosa que hacer. Pero está de acuerdo que cuando existen parálisis intestinales, asas del intestino que se dilatan, es de utilidad vaciar su contenido por medio de enterostomías, múltiples a veces, como las practican Lardenois y Leriche, que emplean sondas de Nelaton, que dejan como drenaje al exterior de la cavidad abdominal. Por cierto que estos procedimientos no logran siempre traer resultados satisfactorios.

Sobre la degeneración microquística de los ovarios

Discusión:

Dr. Greene.— No pretende seguir in-extenso, el trabajo que tan completo nos han presentado el Dr. Bunster, sobre esta materia. Su intención es sólo referirse someramente a algunos conceptos etiológicos y al diagnóstico y tratamiento de las observaciones que ha agregado.

Desde luego debe reconocer que el factor congestivo, juega un papel de gran importancia en la génesis de esta afección, pero debe agregar que si hay entidades morfológicas que producen estas alteraciones vasculares, no sería razonable, que se desconociera en ellas la causa primordial, productora de esta alteración. Y en este sentido, no está de acuerdo con lo que a la ligera dice en su trabajo el Dr. Bunster de que la mayoría de los autores rechazan la teoría que atribuye su producción a procesos infecciosos crónicos y a intoxicaciones crónicas. La lúes, la tuberculosis, las apendicitis (proceso infeccioso de vejez) etc., entre los primeros y la constipación crónica entre los segundos, son factores etiológicos que lo corroboran un sinnúmero de trabajos del extranjero (Emile Forgue, Georges Massabuan, Pauchet, etc.) y entre nosotros, la memoria de Prueba del Dr. Ernesto Sosa W. "sobre ooforitis escleroquística" publicada en 1922. En este trabajo se analizan 16 observaciones, entre las cuales 8 reconocían a la lúes como causa productora (estudio clínico y cortes histológicos con lesiones vasculares, típicas de lúes) Personalmente tiene innumerables observaciones clínicas de tuberculosis genital, apendicitis, lúes hereditaria, constipación (muchas vírgenes) con ooforitis escleroquísticas (corroboradas con exámenes histológicos). Y sería ir demasiado lejos, si se pasara por alto, no dándole la importancia del caso a cada una de estas infecciones en la producción de la ooforitis microquística.

Con respecto a las observaciones clínicas que presenta el Dr. Bunster, como el mismo lo manifiesta al final de su trabajo, dejan algunas dudas, y no se pueden sacar, desde luego, deducciones. Los síntomas de ooforitis escleroquísticas en algunas enfermas, no son precisos o aparecen de menor importancia, al lado de los que producen otras afecciones concomitantes (salpingitis, varicocele pelviano, apendicitis, adherencias posoperatorias, retroflexiones uterinas, etc.). Las operaciones mismas en que casi siempre, junto con la doble sección nerviosa, ha practicado otros tiempos operatorios (salpingectomía, fijación del útero, apendicectomía, desprendimientos de adherencias, etc.),

no le dan todo el valor, (por lo que a las observaciones que presenta, se refiere), al procedimiento que él preconiza.

Dr. Bunster.— No me ocupare de rebatir las objeciones que el Dr. Greene ha hecho a la parte clínica de mi presentación, pues, como él lo manifestó, están de anticipado contestadas en el trabajo mismo que ya he publicado.

En cuanto a la etiología de la degeneración escleroquística de los ovarios, hay que reconocer que nada de seguro se sabe a este respecto y que entrar en el análisis minucioso de esta cuestión equivale a ir a estudiar la causa de los tumores que, preciso es confesarlo, nos es aún desconocida.

Las múltiples causas que se acaban de invocar como de ser los productores de la degeneración escleroquística ovárica, no traducen, al fin de cuentas, sino la certeza del desconocimiento en que aún estamos de la causa, íntima y verdadera de esta afección.

No obstante, no sería aventurado suponer que las causas fuesen múltiples y distintas para cada caso. El ovario reaccionaría, ante las causas mórbidas, según su idiosincrasia orgánica particular, produciendo siempre quistes y tejido escleroso, en la misma forma en que un núcleo reacciona ante diversos excitantes, contrayéndose, no importando que el estímulo sea mecánico, eléctrico, térmico o químico.

Por mi parte, creo que debe existir una constitución orgánica especial, una predisposición particular que sirva de base adecuada, de terreno apto, para que obre con resultado el factor secundario, agregado, sea éste tóxico, infeccioso o de otra naturaleza. Estimo, como lo hicieron ya otros hace 40 años, que las congestiones ováricas, especialmente las pasivas, pueden ser una causa determinante inmediata, que obrando sobre un terreno predispuesto, puede determinar la aparición de esta enfermedad.

El mecanismo sería, en estos casos, parecido al que determina en los portadores de várices la producción de úlceras en las piernas. En otras palabras, la mala circulación provoca una mala nutrición crónica del tejido ovárico, una intoxicación crónica con producción de lesiones quísticas, de esclerosis y alteraciones neurovasculares.

La sección del paquete neurovascular del ovario no trata de hacer regresar las lesiones ya constituidas, no hará desaparecer los pequeños quistes ni disolverá la esclerosis, sino que trata de conseguir la curación subjetiva de la enferma, seccionando la vía nerviosa y de impedir, mejorando la circulación, que sigan adelante los procesos de neoformación quística y esclerosis intersticial.

A propósito del cáncer de la mama

DR. LUIS VARGAS SALCEDO

La síntesis de la siguiente observación de nuestro Servicio del Hospital San Borja, nos servirá de motivo para las reflexiones que sugiere la revisión de esta materia.

OBSERVACION:

Señora de 55 años, que ve aparecer un tumorcito del tamaño de una nuez, en la mama izquierda y en la cual no se palpaba ganglios axilares. Operada en Enero de 1930 con electrodo de diatermia, se amputa la mama y se vacía la axila, en la cual no se encuentran ganglios apreciables microscópicamente. Cicatrización por primera intención. En Junio de 1930, es decir, a los cinco meses después de su operación, la enferma nos viene a ver por unos dolores persistentes al hombro izquierdo. Una radiografía nos demuestra que hay metástasis carcinomatosa en el húmero.

Ante una observación semejante, podríamos decir que no hemos avanzado gran cosa en los recursos para combatir el cáncer de la mama. ¿En dónde quedan, entonces, las curaciones lejanas en un más del 80% de los casos en que no hay compromiso de la piel, ni metástasis ganglionares y aún más, todavía, el nuevo cuchillo diatérmico que nos promete el sellamiento de los linfáticos para evitar la siembra de las células cancerosas? El caso que comentamos, es típico de aquellos que llegan oportunamente a mano del cirujano, sin adherencia cutánea, sin metástasis ganglionares demostrables y que ha sido operado con el electrodo diatérmico sin economía de piel y amplio vaciamiento axilar.

Es necesario, entonces, analizar los múltiples factores que rodean a cada caso para explicarnos estas sorpresas del destino.

La revisión de la literatura cancerológica nos demuestra que, no obstante los variados métodos quirúrgicos y los aportes de los rayos X, radium y diatermo-cirugía, que los resultados alejados que se obtienen en el cáncer de la mama son contradictorios y que cada cirujano tiene una experiencia distinta de la cual es difícil poder sacar conclusiones definitivas.

En la sesión del 26 de 1929, el Dr. Leonardo Guzmán (1), nos presentó un trabajo sobre el cáncer de la mama, a propósito de la presentación de una enferma tratada exclusivamente

con radium y que nos ha sido traída nuevamente a la sesión del 13 de Agosto del presente año en magníficas condiciones de salud. El trabajo del Dr. Guzmán ha sido documentado con numerosas citas de autores respetables, como Krönig, Burton Lee, Herendeen, Handley, Berard, Gunsett, Westermark y Richard, que en síntesis creen que la alianza de la cirugía con las radiaciones abre horizontes nuevos. Posteriormente se nos ha traído la última estadística de Westermark (acta radiológica de 30 de Abril de 1930), en que se dan las cifras de 20 a 25% de curaciones para enfermas tratadas exclusivamente con la operación; 29,3% con operación y radiación posoperatoria; 40% con operación y radiación pre y posoperatoria; y 28,6% con electro endoterapia y radiación. En la discusión habida con motivo de la presentación de estas cifras estadísticas, el Profesor Sierra hizo un alcance para agregar que los resultados obtenidos por la operación en el cáncer de la mama diferían de los traídos por el Dr. Guzmán y que cuando se opera sin metástasis ganglionares ni ulceraciones de la piel, los resultados son muy favorables, un 85% más o menos de curaciones duraderas.

Cifras tan extremas dadas por una persona de autoridad indiscutible como Westermark, y la de uno de nuestros profesores más estudiosos, nos indican que el problema está muy lejos de la solución, y que es precisamente de aquellos que más nos deben interesar para debatirlo en nuestra Sociedad.

Para apreciar la anarquía de opiniones, me voy a permitir citar sucintamente algunos autores: Genth y Guedes B. (2), hablan de 88% de curaciones sobre una estadística de 138 casos operados en combinación con irradiaciones. Hintze (3), sobre 900 casos, asegura que beneficia el tratamiento operatorio con irradiación posoperatoria. Roux y Berger (4) creen que el agregado de los rayos X no disminuye las recidivas, y aconsejan la operación precoz. H. Schmitz (5) ha obtenido resultados superiores con cirugía combinada con rayos X. A. Béclere (6) prefiere las irradiaciones repetidas con dosis medianas y, agrega, que un cáncer de la mama bien operado, no necesita ser irradiado. E. Stan Judd (7) sostiene que la asociación de rayos no le ha dado mejores resultados que la cirugía sola. Lee Burton y R. Herendeen (8) en 83 casos de cirugía y rayos X pre y posoperatorio, han obtenido mejores resultados. Sailand (9) estiman el quirúrgico, el método de elección. Pfahler G. y Widmann (10) en 412 casos observan mejores resultados con las irradiaciones pre y posoperatorias. Luhmann (11) del estudio de 79 casos, deduce mejores resultados con la operación e irra-

diación posterior. Neumann y Corin (12) hacen esterilización celular pre-operatoria con radiotindalización, operación y radioterapia posoperatoria, y aseguran buenos resultados. Hufnagel y Mme. de Navias (13) tratan con radium y abordan el tumor por la periferia y los territorios linfáticos. F. Kolischer (14) ha obtenido buenos resultados con el tratamiento combinado de electrocoagulación y radioterapia. Keyser (15) trata los inoperables con electrocoagulación. DeFourmestreaux (16) dice que la diatermo-cirugía es una promesa para el tratamiento del cáncer de la mama. Lo mismo que el anterior, asegura Simons (17) y, por último, Stevens (18) cree que ningún tratamiento conocido hasta ahora da resultados seguros. Nuestra experiencia en una estadística de 76 casos, en los cuales se ha empleado casi exclusivamente la cirugía, sólo tenemos noticias de 10 enfermas que viven en perfecto estado de salud.

Como puede verse, la experiencia de los diferentes cirujanos nos indica que, no obstante los diferentes métodos y combinaciones, hay varias maneras para apreciar la elección de lo que se debe hacer y cuándo debemos considerar curado un cáncer de la mama.

La enorme bibliografía cancerológica acredita la creciente actividad experimental que se desarrolla alrededor de este problema del cáncer; sin embargo, a pesar de las muchísimas adquisiciones relacionadas con la formación y naturaleza de las neoplasias, no tenemos aún métodos seguros para el diagnóstico y pronóstico de la malignidad, para asegurarnos de las metástasis invisibles, para dominar el cáncer con una quimioterapia adecuada, y sólo podemos contentarnos con las ideas dominantes que corren en los tratados clásicos desde hace más de 50 años: **operar lo antes posible**, a lo cual se agrega hoy día la ayuda con irradiaciones y la sistemática campaña de divulgación de la enfermedad por el libro, el folleto, el volante, conferencias con gráficos, películas, etc. El cirujano ha llegado generalmente tarde, a extirpar un tumor que ya tiene arraigo y avanzadas en otros puntos.

El anatomopatologista puede generalmente, por el examen de una partícula del tumor, decirnos si hay o no neoplasia, de qué tejidos procede el blastoma y aún si es maligno o benigno. Pero, aisladas las células, es difícil aún para experimentados patólogos, determinar por los caracteres morfológicos, si se trata de células características cancerosas. Scherber (19) cree que es muy discutible el valor patognomónico de ciertas alteraciones de la célula cancerosa descritas entre otros, por Lipschütz y Borrel, de suerte que hoy casi nos encontramos en el punto de par-

tida de lo que formuló Virchow: "que por el examen microscópico de algunas células cancerosas, no es posible apreciar su naturaleza maligna."

Desde el punto de vista práctico hay algunas adquisiciones que es útil recordar: el injerto de neoplasia maligna procedente de un animal canceroso a otro normal de la misma especie; la influencia general de la alimentación, las irritaciones mecánicas con ciertas substancias, como la brea y sus afines, y por último, la conservación del poder maligno durante años de la célula cancerosa.

La última asamblea, reunida en Octubre en Montevideo, para el estudio del cáncer ha revisado una serie de estudios y trabajos, y la autorizada palabra de su Presidente ha cristalizado el estado actual de nuestros conocimientos en la siguiente frase: la dirección de los estudios se concentra en la actualidad a la biología experimental, y su finalidad es no sólo el poder reducir el tumor con todos sus caracteres de malignidad, sino lo que importa más aún, el poder modificar el medio biológico para modificar y anular el terreno canceroso, con una acción local, que es, hoy por hoy, una utopía, de acuerdo con las adquisiciones actuales que tenemos sobre el proceso.

Desde el punto de vista clínico, en el cáncer de la mama tenemos varios puntos oscuros, y uno de ellos es lo que debemos entender por metástasis ganglionar. Generalmente se lee en las observaciones que no se palpan ganglios axilares, y con ello, naturalmente, sólo afirmamos que nuestros dedos no los han sentido, porque corrientemente en esos mismos casos los encontramos. Además, no es sólo la axila la que nos debe preocupar, porque los linfáticos eferentes de la mama y pared torácica, tienen caminos variados que Mornard ha descrito en cinco tipos diferentes. En efecto, fuera de los linfáticos perforantes que comunican con la pleura, en un 45% de los casos, los linfáticos del borde súpero externo de la glándula se vacían en el grupo ganglionar central de la axila, situado sobre la vena axilar; en un segundo grupo siguen el borde inferior del pectoral mayor y terminan en el ganglio humeral; en un tercer grupo, que es aproximadamente el 35%, hay dos pedículos clásicos: uno axilar y otro interno, que se dirige por debajo del pectoral menor y se va a vaciar directamente en los ganglios subclaviculares; en un cuarto tipo igual al anterior, el pedículo interno camina entre los dos pectorales y en un quinto tipo, que es más o menos en el 3% de los casos, hay un pedículo súpero interno que pasa entre el músculo subclavio y la vena, para vaciarse en los ganglios supraclaviculares. De estos hechos anatómicos

se deduce que las vías de desagüe linfático de la mama pueden llevar las metástasis a diversos puntos que no podemos espiar, de suerte que la no existencia de ganglios axilares no excluye que por las otras vías se haga la difusión. En el caso de la observación que encabeza estos comentarios, la paciente no tenía ganglios palpables axilares, ni tampoco se le encontró en la operación; sin embargo, a los cinco meses tenía metástasis óseas y moría a los ocho. Por otra parte, ¿qué método clínico o reacción biológica puede darnos con seguridad la realidad de la metástasis microscópica, ni cómo podemos darnos cuenta de la malignidad latente y del tiempo que ella tardará en aparecer, cuando en cada caso que operamos siempre nos queda la duda de la migración de una etapa linfática más allá de donde hemos llegado?

Otro punto obscuro es el que se refiere al tiempo de sobrevivencia de una operada de cáncer de la mama, para considerarla curada. Mientras unos hablan de tres años, otros más exigentes piden cinco años; por nuestra parte, tenemos la observación de una enferma operada en 1920, a los 60 años de edad, de un cáncer de la mama y que considerábamos curada y que en Junio del presente año, es decir, a los nueve años, tiene una recidiva en la extremidad inferior de la cicatriz operatoria y un cáncer en la mama del otro lado y que acaba de sucumbir a los 4 meses después de su segunda operación.

Cuando se habla de curación del cáncer de la mama, es necesario ser precavido y desconfiar de las estadísticas que se publican porque los resultados lejanos son difíciles de comprobar, salvo que se trate de regiones o pueblos de cultura avanzada y en donde se haya establecido la lucha sistemática contra el cáncer con un buen servicio de visitación social. Entre nosotros, desgraciadamente, los factores de incultura y abandono hacen difícil, por no decir imposible, sacar conclusiones o presentar honradamente una estadística que refleje pálidamente los resultados lejanos. Hemos hecho un ensayo al revisar las observaciones de nuestras 76 operadas en los últimos 10 años y nos hemos encontrado con el siguiente resultado:

En 35 casos la obs. no tiene datos precisos de dirección.

En 25 casos no han contestado la encuesta.

En 3 casos se sabe que han fallecido.

En 3 casos se sabe que tienen recidivas y viven en grave estado.

En 10 casos viven en perfecto estado de salud.

Esta estadística, bastante imperfecta, nos daría una sobrevivencia lejana un poco menor que la de Westermarck, que segura-

mente se acerca más a la realidad que las cifras hipotéticas de otros.

Con respecto a la ayuda que nos pueden prestar los rayos X y el radium, debemos confesar con toda sinceridad, que acogemos la opinión más o menos uniforme de los autores que dicen lograr mejores resultados con las irradiaciones pre y posoperatoria. Desgraciadamente, en nuestro Hospital no disponemos aún de una instalación de roentgenterapia, y semejante medida de precaución sólo se la hemos recomendado a nuestras enfermas particulares y a una que otra de nuestro servicio, atendida generosamente por el Instituto Sanitas.

El electrodo activo de diatermia lo empleamos desde hace casi un año y con él hemos operado una serie de casos aún de esos inoperables, alentados por las promesas que ofrece la electrocoagulación de los tejidos por donde pasa, y porque al sellar los linfáticos, se alejarían las probabilidades de las metástasis. Sin embargo, el caso que hemos comentado nos revela que de nada valen los medios eficaces que podamos emplear contra el cáncer en un punto dado, si ya hay células que van caminando o que se han detenido transitoriamente en un grupo ganglionar.

Por consiguiente, llegamos al mismo punto que la clínica ha proclamado, operar cuanto antes sea posible, para lo cual hoy la sociedad y la ciencia organizan los Institutos Experimentales para el estudio del cáncer y en donde se agrupan todas las actividades relacionadas con este problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Leonardo Guzmán. — El Cáncer de la mama y su tratamiento. Boletín de la Soc. de Cirugía. Junio 1929. f
2. Genth y Guedes. — Sobre roentgenterapia del Cáncer de la mama. Archivo de Patología. Lisboa, 1928, fasc I-T-II, pág. 122.
3. Hintze- K. L. Wocher y D. Med. Woch. 1929, N.º 17, pág. 721.
4. Roux y Berger. — Press Med. I-1925.
5. H. Schmittz. — Resultados finales del tratamiento de carcinoma del pecho con cirugía, radium y rayos X.
6. A. Béclere. — La terapia preventiva post. op. del Cáncer de la mama. Strahlentherapie T. XIX, pág. 92-1925.
7. E. Stan Judd. — El tratamiento quirúrgico del Cáncer del pecho. The Amer. Journal of Roent. N.º 5. T. XIII, pág. 411.
8. Lee Burton y R. Herendeen. — Evaluación de irradiaciones pre y post op. en el tratamiento del carcinoma de la mama. American Surgery. 1925, pág. 404, y Amer. Jour. of Roentg. N.º 6, pág. 587,

9. A. Sailand. — El problema del Cáncer mamario. Acta radiológica. Versículo 4, pág. 391. Journal de Radiologie et d'electrologie, N.º 2, pág. 92.
10. Pfahler G. y Widmann. — Estadística y análisis del trat. por radiación del Cáncer del seno. The Amer. Jour. of Roentg and Radium, 1929, N.º 6, pág. 546.
11. Luhmann. — Radioterapia post op. del Cáncer de la mama. The Cancer Review, 1929, N.º 8 y 9, pág. 561.
12. Neumann y Corin. — Tratamiento del Cáncer de la mama. Le Cancer, N.º 9, 1924.
13. Hufnagel y Mme. De Navias. — El tratamiento del Cáncer del seno por el radium. Le Cancer. T. II, pág. 3, 1925.
14. F. Kolischer. — Trat. combinado de los tumores malignos con diatermia, cirugía y radioterapia. Journal of Radiologie. T. IX, pág. 255, 1925.
15. Keyser. — Trat. de tumores inoperables por electrocoagulación e nec. de extractos tumorales. Arch. f. Kl. Chirug y en The Cancer Review 1929, N.º 8 y 8, pág. 454.
16. De Fourmestreaux. — Diatermocoagulación en el trat. del Cáncer. Bruxelles Medical. 1929, N.º 44, pág. 1219.
17. Simons. — La diatermoterapia de las neoplasias malignas. Zeit. f. Krebs y en Tumori. 1929, fasc. IV. T. III, pág. 529.
18. Stevens. — Hechos y teorías en la terapia del Cáncer. Radiology N.º 3 y 4, pág. 286, 1925.
19. O. Teutschlaender (Heidelberg). — Sobre el estado actual de la investigación del Cáncer. Rev. Med. Germ. Iber. Amer., 1930, N.º 10, pág. 625.
20. Domagk (Elberfeld). — De la tumorología experimental. Rev. Med. Germ. Iber. Amer., 1930, pág. 611.
21. Cooper Alfaro. — Diatermo cirugía en los tumores. Tesis, Santiago de Chile, 1930.

Discusión:

Dr. Guzmán.— Aunque es difícil referirse en totalidad a las interesantes ideas expuestas por el Dr. Vargas Salcedo, trataré de referirme a las más sobresalientes.

Cree el Dr. Vargas Salcedo que nos encontramos en una época en que no se puede aún fijar el pronóstico de los tumores de la mama, de modo que los cirujanos sufren muchas desilusiones, pues casos hay en que, bien localizada, movable sin ganglios, una lesión del pecho, y operada en buenas condiciones recidiva sin embargo. Y bien. Creo que los estudios de P-of- Delbet, confirmados por Greendugh, de Boston. Dustin. de Bruselas, Heraux, de París, y otros, nos permiten vislum-

brar el pronóstico desde el momento mismo de la operación. Ellos han podido ver que los cánceres de la mama en mujeres jóvenes son más malignos que los de ancianas y han controlado infinidad de casos que demuestran que los neoplasmas compuestos de células de diversos tamaños al mismo tiempo, esto es, altas al lado de bajas y de células que no se tiñen al mucicarmina, es decir, no secretantes, y con núcleos con hiperchromatismo son más malignos que los compuestos por células de tamaño homogéneo, con poca cromatina y secretantes.

En mi concepto, hay fuera de los factores recién citados, otros que más tarde podrán aclararse: seguramente confundimos bajo el epígrafe de cáncer del pecho algunas afecciones de diversa naturaleza, así como antes se llamaba tumores a toda hiperplasia o aumento de volumen: la tuberculosis ósea, la sífilis ósea, la actinomicosis, eran rubricadas como tumores. El microscopio, la observación más cuidadosa nos han permitido separarlas. Así ocurrirá con los tumores del pecho: cuando uno ve el curso de un esquirro, que no aumenta de volumen la mama, y que la destruye lentamente, muchas veces sin tomar ganglios, y ello en el curso de largos años, se convence de que es una enfermedad distinta del tipo que Delbet llama hemófilos, y distinta de esos otros tumores que nadie detiene, y que se propagan por el dermis, además de tomar los ganglios axilares, supraclaviculares y de penetrar a esa otra vía linfática importantísima, que el Dr. Vargas Salcedo no citó: la cadena mamaria interna.

Y a propósito: Sampson Handley cree que el 50% de los tumores del pecho ya son intratorácicos cuando llegan a nuestra consulta. De allí que él coloque radium al operar frente a 'a cadena de la mamaria interna, con lo que, según él, ha aumentado de 48 a 58% las sobrevividas mayores de 5 años.

En estas condiciones de diversidad de tumores, de facilidad de propagación por una red linfática que el bisturí no puede alcanzar a extirpar, se impone la necesidad de usar radiaciones como colaborador de la cirugía. Ya parece ésta una idea bastante difundida entre cirujanos prestigiosos.

Así se satisfará la exclamación de Handley en el último congreso de Londres: al cáncer, enemigo tan implacable, hay que golpearlo rudamente. No usar sino cirugía o sólo radiaciones es atarse una mano. Usemos ambos recursos.

Fibromioma uterino con degeneración sarcomatosa

DRS. ERNESTO GREENE O. Y RODOLFO RENCORET D.

T. V. de 45 años de edad, ingresa a la Sala San José del Hospital San Borja, el 3 de Marzo de 1930.

Antecedentes personales.— Primera menstruación a los 13 años, indolora, abundante y de 6 días de duración. Las siguientes han sido irregulares en el tiempo de su aparición, teniendo períodos de amenorrea de 3 a 5 meses, indoloras, en regular cantidad y de 4 a 8 días de duración. Última menstruación el 4 de Febrero, la que persiste hasta hoy. Ha tenido 4 hijos, de los cuales 2 murieron en la primera infancia; los que viven son sanos. Acusa, además 2 abortos de 2 y 3 meses, respectivamente. Como enfermedades anteriores, sólo ha tenido coqueluche a los 6 años y sarampión a los 10 años.

Periódicamente leucorrea de color amarillo y de mal olor.

Enfermedad actual.— Se inicia hace 8 meses, notando que sus menstruaciones se hacen más abundantes que de ordinario, durándole al principio 8 días, para ir progresivamente aumentando en duración y cantidad hasta hoy día, en que su regla se ha prolongado durante todo el mes, con un período de sólo 6 días de amenorrea. A estos síntomas se han unido dolores cansados al bajo vientre irradiados a la región lumbosacra, y últimamente sensación de falta de aire, cansancio con los esfuerzos y palpitaciones.

Examen físico.— Enferma en posición activa, buen estado general, de aspecto anémico y de psiquis despejado. Pániculo adiposo abundante, musculatura conservada.

Piel: pálida, húmeda y con elasticidad conservada.

Cabeza: facies anémica; conjuntivas pálidas.

Tórax: de conformación enfisematosa; tonos cardíacos apagados. Exageración de la sonoridad pulmonar a la percusión. Radiografía pulmonar, negativa.

Abdomen: de paredes gruesas con estrías de antiguas distensiones. En la parte baja se palpa un tumor que llega a dos traveses de dedo por encima del púbis.

Genitales: vulva abierta, vagina amplia. Utero: cuello retraído, casi borrado, de consistencia dura. Cuerpo aumentado de tamaño, corresponde al tumor que se palpa en la parte baja del abdomen, duro, de superficie irregular, de movilidad algo limitada. Anexos no se palpan.

Presión arterial 14 1/2 y 7 1/2.

Examen de orina: reacción ácida, densidad 1015, cloruros

6,2, úrea 11,52, células descamativas y glóbulos blancos escasos. Reacción de Wassermann negativa. Uremia 0,49 grs. por mil.

Recuento globular y fórmula leucocitaria: glóbulos rojos 2,760.000, leucocitos 7.400, linfocitos 26,5 por ciento, mononucleares 11 por ciento, polinucleares neutrófilos 58,5 por ciento, eosinófilos 3,5 por ciento, formas de pasaje 0,5 por ciento.

El 9 de Marzo se le practica una transfusión sanguínea de 300 cc. con la jeringa de Jubbé.

El 14 el examen hematológico es el siguiente: glóbulos rojos 3.180.000, hemoglobina 48 por ciento, valor hemoglobínico reducido 60 por ciento, valor globular 0,85.

El 26 se le hace una nueva transfusión, esta vez de 350 cc.

Al día siguiente se le practica un raspaje uterino, cuyo examen microscópico es el siguiente: proceso de endometritis crónica hipertrófica, hiperplástica y hemorrágica; no hay elementos de neoformación maligna.

Con el diagnóstico de fibromioma uterino y posib'e degeneración maligna del endometrio se le propone a la enferma la operación, pero ella la rehusa y pide el alta.

Vuelve al Servicio el 5 de Mayo por una abundante metrorragia. Se le practica una transfusión de 400 cc., con la cual disminuye un poco la hemorragia. Pero el 7 en la noche recrudece en forma alarmante la pérdida sanguínea, lo que obliga al médico de guardia a practicar un raspaje uterino de urgencia. El examen histológico de los trozos obtenidos con este raspado, practicado por el Dr. Mena, demuestra que se trata de un sarcoma miocelular.

Operación.— 3-VII-30.— Anestesia general, etérea (aparato de Ombredanne). Histerectomía total, por vía vaginal. El útero por su aumento de volumen y movilidad escasa, no descendió lo suficiente al traccionarlo. Se pudo hacer su extirpación con algunas dificultades y hubo necesidad de dejar ambos anexos. La hemostásis se hace por ligaduras, siendo indispensable dejar tomado algunos pedículos vasculares tomados por pinzas, que se retiran al tercer día.

Drenaje de gasa vaginal, que se retira al 5.º día.

Marcha posoperatoria: solamente algunas crisis de asma, de mediana intensidad.

Se levanta al comienzo de la tercera semana.

El 24-VII-30, va al estudio del Dr. Leonardo Guzmán, quien con la amabilidad, que todos le reconocemos, se hizo cargo del tratamiento radioterápico profiláctico.

Terminado este tratamiento, el Dr. Guzmán, nos envió las siguientes líneas:

"Recibió 10600 U. R. Sañomón (53 H. Holzkrecht) por dos campos en diez sesiones (diez horas de irradiación)".

El examen anatomopatológico del útero extirpado practicado por el Dr. Ismael Mena (con consulta al Prof. Westenhofer) fué el siguiente:

Aspecto macroscópico.— Se encuentra aumentado de volumen, de consistencia dura.

La superficie es rugosa, tanto en su cara anterior como en la posterior, correspondiendo a depósitos de fibrina.

Llaman, desde luego, la atención dos nódulos; uno del tamaño de un poroto y otro de una arveja, que se encuentran en la cara anterior y posterior del útero, respectivamente.

Podemos decir que corresponden a dos fibromiomas intramurales que hacen eminencia en el perimetrio.

En un corte sagital, aparecen numerosos tumorcitos (fibromiomas) del tamaño de granos de trigo, repartidos en la musculatura. Pero, sobre todo, es interesante un tumor del tamaño de un globo ocular que ocupa casi todo el miometrio y que hace eminencia en la cavidad uterina. Se halla situado en el cuerpo del útero.

El tumor se encuentra casi en toda su extensión muy bien delimitado de los tejidos vecinos, salvo en polo superior, en el cual se ve, que el tumor, invade los tejidos vecinos y da a un segundo tumor más pequeño que el primero pero que invade los tejidos, sin una demarcación visible, pero sin llegar al perimetrio.

En cuanto a la consistencia, comprobamos que el primitivo es de consistencia dura, salvo en su polo superior, que es más blando. La consistencia del segundo es como el de esta región.

El aspecto de la superficie de corte da bandas de color nacarado, transparente, alternando con zonas de color más blanco y turbio. Llaman la atención pequeños puntos del tamaño de mijo y diferente a los tejidos anteriores. Son muy abundantes en la zona, de consistencia blanda.

Aspecto microscópico.— En las proporciones tomadas de la parte dura del tumor, aparece con el aumento menor (2 obj. — 2 oc. Zeiss), tejido muscular liso en fibras de dirección longitudinal como transversales, entre los cuales el tejido conjuntivo aparece teñido de rojo por la fucsina en forma de fibras.

Mirado con aumento mayor aparece mejor esta estructura.

Entre el tejido fibroso y muscular liso, aparecen núcleos de células muy bien encapsuladas y que corresponden a los granos de mijo que hemos descrito en el aspecto macroscópico.

Estos núcleos celulares podemos describirlos mejor en los preparados obtenidos de las masas blandas.

Aquí en el aumento menor, aparecen estas masas fusionadas entre sí, separadas solas por escasos tejidos fibrosos en comparación con las partes anteriores, entre el cual tejido fibroso aparecen células aisladas, de la misma naturaleza que el de los grupos celulares en forma de masas.

Examinadas éstas con aumento mayor. Así anotamos:

Numerosas células dispuestas unas al lado de las otras, sin estructura alguna. Vasos muy escasos. Las células son de forma irregular, sin poder diferenciar células musculares lisas.

En ellas llama la atención el núcleo que es muy voluminoso, muy rico en cromatina. Mitosis abundante. No se han observado kariokinesis atípicas.

Resumen.— Tumor formado por tejido conjuntivo fibroso y muscular liso, en el cual se observan núcleos en unas partes encapsulados; masas nucleares en otras fusionadas e invadiendo tejido, ambos formados por células en activa mitosis, sin estructura.

Diagnóstico.— Fibromiosarcoma.

Consideraciones.— ¿Cuál ha sido el punto de origen del sarcoma?

Con el cuadro de la preparación, podríamos creer que se trataría de una transformación maligna de las células musculares lisas, que como sabemos derivadas del mesenquima, pueden dar lugar a transformación sarcomatosa.

Así por lo menos lo han admitido Williams, Pick, Schottländer.

No obstante, no podemos olvidar la opinión tan autorizada de Mayer y Frankl, que suponen la existencia de elementos primitivos, embrionarios, que serían el verdadero punto de partida de esta neoplasia sarcomatosa. Redhazan el origen del sarcoma de elementos ya maduros.

La metaplasia juega en la formación del sarcoma ningún rol. La célula sarcomatosa se origina de elementos no maduros, que se pueden diferenciar por una parte en elementos, más o menos perfectos, ya sea en el sentido de fibras musculares o de células de tejido conjuntivo, o que pueden quedar en los grados más bajos, ya sea como células redondas o células fusadas.

Hoy día esta enferma está en perfectas condiciones. Ha engordado algunos kilos. Tiene buen color.

La radioscopia pulmonar efectuada últimamente en el Hosp. San Borja, es perfectamente normal.

Esta es la segunda observación de degeneración sarcomatosa de fibromiomas uterinos que nos toca observar. La primera fué presentada a esta Sociedad en la sesión del 27-X-26.

No nos mueve otro interés que el llamar la atención de los socios, con respecto a algunos conceptos sobre el examen histopatológico que nos envía el Dr. Ismael Mena y sobre el tratamiento seguido, que sin estar de acuerdo con las tendencias generales seguidas especialmente por los radioterapeutas, no por eso dejamos estar conformes con nuestro proceder, en este caso especial.

Nuestra conducta, por otra parte, está apoyada por los siguientes conceptos que encontramos en Le Siecle Medical del 15-VI-30; poco después de haber tratado nuestra enferma.

iguientes conceptos que encontramos en "Le Siecle Medical" del 15-VI-30, poco después de haber tratado nuestra enferma con el siguiente título:

La Cirugía y la Cancerología en Berlín

(Las impresiones del Prof. J. Ducuing).

"En el servicio Bier, gran sorpresa, pues, Hintze debe presentar a la Sociedad de Cirugía más de 1,000 casos de sarcomas tratados en la clínica entre 1914 y 1929.

"Nos interesaba particularmente la cuestión, pues, Lacassagne acaba de hacer en el centro anticanceroso de Tolosa una conferencia sobre el tratamiento de los sarcomas. El punto de vista de Lacassagne es igualmente el de Regaud un poco diferentes, del punto de vista alemán. En el Instituto del radio de París se considera que los sarcomas se dividen en dos grandes grupos: los sarcomas radiosensibles (limfoideos y mieloides) y los sarcomas radioresistentes (fibroblásticos, osteoides u osificantes. Los primeros deben ser tratados, sin discusión por el radio o los rayos X; los segundos pueden ser tratados en último caso por la cirugía, sobretodo si no exigen grandes mutilaciones; pero como los resultados quirúrgicos son malos, más vale irradiarlos inmediatamente y operarlos sólo después del fracaso de la irradiación.

"Hintze vé las cosas de otra manera. Fuera de algunos sarcomas como los de la amígdala, que deben ser siempre irradiados exclusivamente y para los cuales bastan los rayos X, fuera de algunos otros que como los de la pelvis, jamás deben ser operados, porque son de extirpación difícil, Hintze estima que casi todos los sarcomas operables deben ser extirpados e inmediatamente después, irradiados. Hintze no se resuelve aún para los casos en que se puede vacilar entre el tra-

"tamiento quirúrgico y el tratamiento por la irradiación por su igual valor a practicar separadamente uno u otro, asocia siempre las dos "terapéuticas".

No pretendemos señalar normas con respecto al tratamiento que se ha de seguir en estas degeneraciones. Estos son casos muy raros y todavía hace muy poco tiempo del tratamiento de la enferma para asegurar un resultado definitivo.

El antiguo radiólogo, Prof. Beclère, en 1929, sostenía que existía una contraindicación seria para el tratamiento de las fibromiomas uterinos con radiaciones, cuando existían sospechas de degeneraciones malignas. Hoy día estos conceptos han cambiado y se discute como en todo orden de tumores malignos, cuál es el tratamiento que deba preferirse, si el quirúrgico, si las radiaciones o todavía si asociando a ambos.

Para algunos las metástasis a distancia las favorecería el tratamiento quirúrgico, para otros, serían las radiaciones, las que preferentemente producirían tales propagaciones. La verdad es que algunas de estas metástasis, existen en el organismo antes de tratar estos enfermos y que es de importancia, por lo tanto, estudiar muy bien estos pacientes antes de someterlos a cualesquier intervención.

2.a HORA

Elección de un miembro corresponsal.

Puesta en votación, la Sala aprobó por unanimidad, la elección del Dr. Rafael Urzúa (de Los Andes) como socio corresponsal de la Sociedad de Cirugía de Chile.

A. propos du cancer mammaire

DR. L. VARGAS SALCEDO

(Résumé)

L'auteur étudie dans son travail, une série statistique de 76 cas de cancer mammaire, opérés dans son Service pendant les dix dernières années. Dix ont survécu. Pour compléter son étude, il a fait une révision de la littérature du cancer, se renseignant sur les progrès accomplis dans le traitement de ces tumeurs.

En général, les résultats donnés par les chirurgiens ne s'accordent point entre eux. Les meilleurs effets s'observent lorsqu'on fait suivre le traitement chirurgical de la radium-thérapie. Encore, croit-on obtenir quelque succès de l'emploi de la diathermie.

On doit toujours tenir compte d'un fait anatomique essentiel: c'est que les lymphatiques efferents de la mamelle aboutissent, dans une proportion de 38 pour cent des cas, à des troncs lymphatiques, situés dans la partie interne, qui conduisent la lymphe directement aux ganglions sus-et sous-claviers. C'est la par conséquent, un chemin qui pourrait être suivi par des métastases tout à fait ignorées du chirurgien. Il en est même des lymphatiques perforants. On s'expliquerait ainsi ces récurrences violentes qui suivent parfois à une intervention de cette espèce, même quand on a fait le videment de l'axille.

Il faudra se méfier des statistiques signalant de longues survies, à moins qu'elles n'appartiennent à des pays possédant tous les moyens nécessaires pour la lutte contre le cancer (instituts, services hospitaliers, visite sociale, etc.).

L'intervention précoce continue à être le seul critère valable, le chirurgien n'étant point en état de garantir contre les récurrences.

On cancer of the breast

DR. LUIS VARGAS SALCEDO

(Summary)

Seventy-six cases of cancer of the breast, operated upon during the last ten years, are presented in this work, a definite cure being^u only observed in ten patients.

Consultation of the current literature concerning this subject, shows the recent acquisitions on the treatment of this kind of growths.

Although the lack of agreement as to estimate the results by the different operators, an improvement of conditions of cure has been noticed when surgery is followed by radium. Dia-

termia is also pointed out like a means liable to furnish some aid.

A highly important anatomical fact should be kept in mind by the surgeon, namely, that the lymphatic vessels of the breast meet together in 38 per cent of cases, in internal greater lymphatic channels; the latter empty into the supra-clavicular and sub-clavicular glands. This way could be followed by metastases and this will account for recurrences even though the operations have been skilfully performed including the entire removal of the axillary glands.

Suspicion must be carried on statistics showing a great number of cures, unless they be done in countries provided with all the necessary means for controlling cancer.

The early operation remains the only reliable procedure; but in no case will the surgeon be able to give any guarantee against recurrences.

Utérus fibromateux avec dégénération sarcomateuse

DRS. ERNESTO GREENE O., ET RODOLFO RENCORET D.

(Résumé)

Les auteurs présentent le cas d'une malade atteinte de métrorragies intenses survenant à une époque toute proche de la cessation des règles.

À l'examen on constata un utérus fibromateux, laissant soupçonner une dégénération maligne. L'examen histologique des morceaux de muqueuse, décollés par un curetage, confirma ce soupçon. Il s'agissait en effet, d'un sarcome myo-cellulaire.

En présentant leur observation, les auteurs attirent l'attention sur les faits suivants:

1.— La rareté de la dégénération sarcomateuse dans les fibromyomes. (2 pour cent).

2.— Le point de départ de cette dégénération dans le cas de leur malade était strictement limité, d'après les examens histologiques, au tissu musculaire.

3.— On a associé au traitement chirurgical (hystérectomie vaginale) la radiothérapie profonde (10.600 unités R. Salomon appliquées sur deux champs, en dix séances); le résultat a été tout à fait satisfaisant.

Fibroyoma of the uterus with sarcomatous degeneration

DRS. ERNESTO GREENE O. AND RODOLFO RENCORET D.

(Summary)

A case of violent metrorrhagia occurring at a short distance from menopause, is reported.

The examination pointed out a fibromyoma of the uterus and suspicion was carried towards a malignant degeneration, which was confirmed by the microscope showing a myosarcoma.

In presenting this case, the authors call attention to the following facts:

1.— The rareness of sarcomatous degeneration in the fibromyoma of the uterus (2 per cent.).

2.— According to the pathologist, the degeneration originated from the muscular cells.

3.— A good result has been obtained by the association of surgery and deep radiotherapy, (10,600 Salomon units, ten sessions, in two fields).

nic. El primero hace la sección de la glándula en la línea media después de ligar ambas arterias tiroideas fraccionando los lóbulos de dentro hacia afuera, dejando los recurrentes sin cambio de posición anatómica, debido a las tracciones sobre los lóbulos que con este procedimiento se evitan. El Dr. Pumberton practica la lobectomía de un lado para terminar con el lado opuesto.

Me parece que ambos métodos tiene sus ventajas, y dependerá del cirujano el elegir la técnica operatoria que más le convenga en cada caso en particular.

Ambos practican la anestesia local con novocaína, simple infiltración, sobre todo de los polos superiores. Una vez hecha la incisión a la piel y tejido celular y al comenzar la separación de los músculos esterno hioideos se administra al enfermo anestesia general con protoxido, de ázoe, etileno y anhídrido carbónico; esta anestesia tiene la ventaja de no producir período de excitación y se elimina muy rápidamente, además de ser poco tóxica. Una vez hecha la extirpación del bocio y practicadas las suturas en los restos de glándula y cápsula posterior a ambos lados de la traquea, se suspende la anestesia y el enfermo despierta casi instantáneamente; se le hace toser y tragar para estar seguros de la hemostasis.

En París ví un caso de bocio exoftálmico grave, operado por Pauchet, en el cual no sólo el mentabolismo era elevado, sino que el exoftalmo era muy pronunciado. Este cirujano se limitó a practicar la lobectomía de un lado y la extirpación de los ganglios simpáticos del mismo lado.

Tuvimos oportunidad de observar el enfermo quince días después de operado y de comprobar que el exoftalmo del lado operado había disminuído considerablemente.

He querido exponer algunas nociones sobre las nuevas orientaciones en materia de bocio exoftálmico y tóxico y algunos detalles de técnica que pueden ser de interés general. No pretendo haber sido completo, muy lejos de eso, pero al no prolongar demasiado mi relación, creo estar perdonado por los miembros de la Sociedad aquí presente.

Sesión de 26 de Noviembre de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo.

Acta.

Se lee el acta de la sesión anterior.

A petición de varios socios, se acuerda tratar en la próxima sesión de la traducción de resúmenes de los trabajos presentados a la Sociedad, para publicarlos en el Boletín de Cirugía, en francés e inglés.

Se aprueba el acta.

Presentación de Enfermos

Hipertrofia papilar elefantiasica del pie

DR. JORGE CASTRO G.

J. Q. V., 32 años, jornalero. Sala San Eugenio, del Hospital del Salvador. Ingresó el 2-X-930.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: ha gozado siempre de muy buena salud. No hay antecedentes venéreos. Es fumador y bebedor moderado.

Enfermedad actual: refiere que hace más o menos un año nota la aparición de pequeñas verrugas en los ortijos y dorso del pie izquierdo y que él cauterizó con ácido nítrico sin conseguir hacerlas desaparecer. Poco a poco estas verrugas aumentan de tamaño, de número y en extensión, llegando a abarcar el pie en su totalidad, ocultando los ortijos y formando proliferaciones múltiples, indoloras, separadas algunas por surcos. Estas lesiones no le han impedido el trabajo. Sólo últimamente, debido al enorme desarrollo y volumen que ha tomado el pie, ha decidido recurrir al hospital.

Examen objetivo: individuo muy bien constituido, de musculatura muy desarrollada. Panículo adiposo, desarrollado. Aparato circulatorio, respiratorio, nervioso y urinario, normales.

Miembro inferior izquierdo: ganglios infartados e indoloros al nivel del triángulo de Scarpa. Pie izquierdo enormemente aumentado de volumen: mide 40 cms. en su diámetro anteroposterior y unos 19 cms. en su diámetro transversal



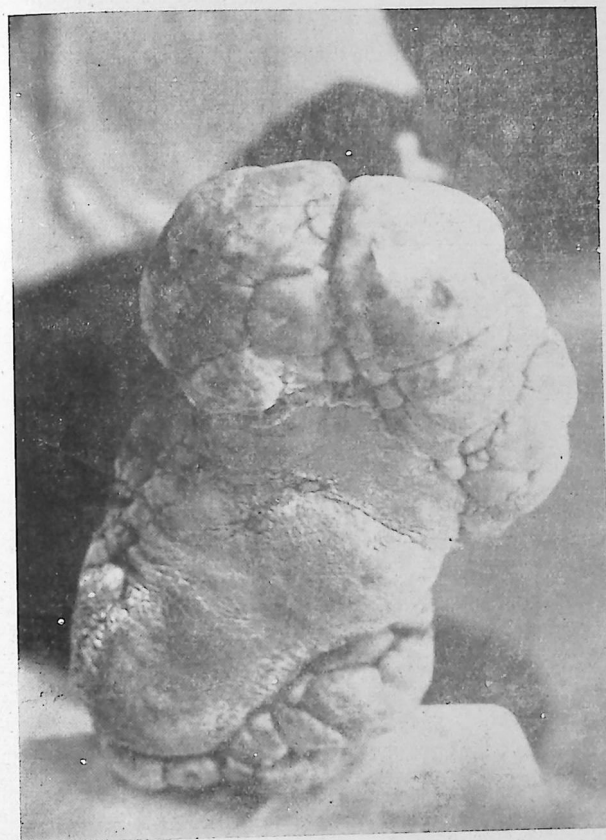
Vista lateral externa



Vista lateral interna

Superficie irregular, cubierto de abundantes proliferaciones papilomatosas en el dorso, bordes, ortijos y talón de diversos tamaños (algunas del tamaño de una naranja) y separadas unas de otras por surcos, en los cuales la piel se presenta macerada. Algunas de estas proliferaciones se encuentran abundantemente queratinizadas en su superficie y son indoloras. Las que se si-

túan en los ortijos, son de tal manera desarrolladas, que ocultan a éstos en su parte dorsal y sólo se hacen visibles, separándolas por su parte plantar. La planta del pie está libre de proliferaciones y se presenta engrosada. La piel de la pierna izquierda



Planta del pie

y en las escasas partes libres de proliferaciones del pie, la piel está engrosada e infiltrada con aspecto elefantiásico (edema duro). En el tercio inferior de ella se observan algunas verrugas. Una idea más clara de las lesiones se obtiene observando al enfermo y las fotografías adjuntas.

Examen de laboratorio:

Examen de orina: normal.

Reacción Wasserman: negativa.

Examen radiográfico del esqueleto del pie: normal.

Examen histopatológico de algunos trozos de las lesiones del pie:

31|X. — El informe dice: verrugas con ligera inflamación. (Fdo.): Prof. Westenhoeffer.

14|X.—Otro trozo de papiloma, extraído con tejido celular y examinado demuestra lo siguiente:

Gran dilatación de los espacios linfáticos, abundante desarrollo de tejido conjuntivo. (Elefantiasis). — (Fdo.): Prof. Westenhoeffer.

He creído interesante presentar este enfermo a la Sociedad de Cirugía por tratarse de un caso muy raro, por la etiología obscura de las lesiones y por las dudas que ofrece el tratamiento a seguir con él.

Es este un caso cuyo diagnóstico debemos hacerlo, basándonos en la Anatomía Patológica de las lesiones que presenta. Hay en el pie izquierdo de este enfermo dos lesiones bien manifiestas: una hipertrofia e hiperplasia papilar acentuada con generación córnea y un estado elefantiásico del pie y de la pierna. De acuerdo con estas lesiones hemos creído que el rótulo de **Hipertrofia papilar elefantiásica** del pie le cuadra bien.

La etiología de estas lesiones es obscura. No se han encontrado hongos u otro parásito. Probablemente han desempeñado un rol en la producción de estas lesiones fenómenos circulatorios (la elefantiasis así lo demuestra) y fenómenos irritativos locales. En un comienzo se pensó pudiera tratarse de una tuberculosis verrucosa de la piel, pero los exámenes histopatológicos efectuados no han demostrado la presencia del elemento específico de la tuberculosis.

Tratamiento. — Consultadas algunas opiniones respecto al tratamiento a seguir han aconsejado hacer un desollamiento total del pie en varias sesiones y practicar en seguida injertos. Es-timo dudoso el éxito de esta manera de proceder, considerando que ya existe en el enfermo un trastorno circulatorio marcado del pie y, por lo tanto, un terreno poco apto para los injertos. Además, tratándose del pie (órgano de locomoción), que está en continuos roces, presiones y contusiones, los injertos llegarían fácilmente a ulcerarse.

Debemos pensar, además, que estas lesiones han seguido un marcha progresiva y no sería raro que en el transcurso del

tiempo avanzaran hacia la pierna. Se ha aconsejado también en este caso la radioterapia.

Como último tratamiento quedaría la amputación del miembro. Del tratamiento que se siga y del resultado que se obtenga se dará oportuna cuenta a la Sociedad de Cirugía.

Luxación recidivante del hombro

DR. ARNULFO JOHNSON

Señorita E. G., de 24 años de edad. La enferma ha tenido su primera luxación del hombro en el colegio, al hacer ejercicios en la barra. Desde entonces ha seguido con luxaciones más o menos repetidas, que ella misma ha podido reducir con más o menos dificultad; pero, ya en el año anterior, es decir, en 1929, se presentaron cuatro luxaciones del hombro que la han hecho recurrir a la Asistencia Pública.

Estas luxaciones se producían al hacer movimientos bruscos con su hombro; por ejemplo, subida rápida al tranvía.

En Noviembre del año pasado la sometí a la siguiente operación, cuyo autor no recuerdo, y, que por su relativa sencillez y el resultado tan perfecto obtenido, que no es frecuente en esta lesión tan molesta, quiero describir y recomendar a los señores socios.

La base de la intervención consiste en aprovechar el tendón largo del biceps como ligamento suspensor del húmero. Con este objeto se hace un canal por el centro del húmero que parte de la corredera bicipital y asoma en el centro de la cabeza humeral. El biceps seccionado en el brazo (su tendón largo) un poco por debajo de su corredera, es llevado a través de ese túnel óseo, penetrando por la cabeza humeral y saliendo a nivel de la corredera. Hecho esto, se sutura este tendón nuevamente en su extremo muscular. Queda así cabalgando el húmero sobre el tendón largo del biceps. En la cápsula articular no se hace nada, fuera de la artrotomía que se necesita, naturalmente, para esta intervención.

Los señores socios pueden ver el resultado excelente en esta enferma. No ha vuelto a tener su luxación y ha recuperado el valor para con los movimientos de su hombro. Hace un año que fué operada.

Comunicaciones:

Úlceras Gástricas

DRS. LUIS AGUILAR Y MANUEL MARTINEZ

En cirugía gástrica como en toda la cirugía abdominal, sus éxitos y fracasos dependen de la oportunidad de la intervención y de la ejecución de una serie de pequeños detalles que deben ser bien consultados.

No es indiferente el período de la intervención de una úlcera gástrica, ni tampoco la vía o procedimiento que se elija. Como bien dice Pauchet no debe irse con ánimo preconcebido, sino que bien preparado para resolver el problema que se presente que, por lo general, nunca es el mismo.

El número de úlceras gástricas diagnosticadas con precisión aumenta a parejas con la mayor práctica y preparación del radiólogo. Muchas son sospechadas por el clínico, pero otro número no menos crecido son diagnosticadas y localizadas exclusivamente por el radiólogo. Conforme los servicios de radiología de un núcleo hospitalario se perfeccionan, aumentan la cantidad de úlceras diagnosticadas en sus Servicios.

Queremos aprovechar algunas observaciones acumuladas últimamente en la Sala San Benjamín del Hospital Clínico para meditar y hacer algunos comentarios a lo que hemos realizado y los resultados obtenidos.

Comenzaremos por decir que todas ellas fueron radioscópica y radiológicamente localizadas con precisión matemática. En algunos casos, cuya ubicación era muy alta, las abordamos con incisiones oblicuas izquierdas sólo por la confianza que nos merecía la localización hecha por el radiólogo.

Las observaciones resumidas son las siguientes:

Observación N.º 1. — M. A. Sufré desde hace varios de trastornos gástricos. Se diagnosticó úlcera de la región pilórica. En la intervención se confirmó este diagnóstico y se hizo una resección gástrica según el procedimiento de Polya.

Evolución posterior buena. Dado de alta sin ninguna perturbación gástrica.

Examen anatomopatológico: no hay degeneración maligna.

Observación N.º 2. — A. C. Sufré perturbaciones gástricas desde hace 12 años, sometido en varias ocasiones a tratamientos médicos que lo mejoran temporalmente. Se diagnostica una obstrucción pilórica total. Estómago enormemente aumentado de tamaño. Se practica una resección gástrica según el procedimien-

to de Krönlein-Mikulicz. Evolución posterior buena sin trastornos gástricos. (Este enfermo posteriormente ha tenido un estado febril cuyo diagnóstico aún no se ha precisado).

Observación N.º 3. — L. G. La enfermedad comienza hace 4 años. Se diagnostica una úlcera de la pequeña curvatura, más o menos en su parte media. En la intervención se confirma el diagnóstico. Se practica la resección de la úlcera en forma de cuña. Examen anatomopatológico: se confirma la úlcera sin degeneración. La evolución en buenas condiciones.

Posteriormente tiene de nuevo perturbaciones gástricas y se confirma a Rayos un mal vaciamiento del estómago, la onda contráctil se encuentra interrumpida al nivel del punto de la resección.

Observación N.º 4. — L. F. Desde hace 7 años trastornos gástricos cuyo diagnóstico fué desde su comienzo de una úlcera gástrica. Hospitalizado varias veces es sometido a tratamiento médico, mejorando cada vez de sus molestias dolorosas.

Se diagnostica una úlcera en el tercio medio de la pequeña curvatura. La operación confirma el diagnóstico encontrándose una úlcera más o menos a 4 centímetros del cardias. Por la altura de la localización se intervino por una incisión oblicua izquierda. Resección en cuña. Evolución posterior, buena en un principio; al poco tiempo reaparecen las molestias y se confirma radiológicamente un mal vaciamiento gástrico y perturbación en la onda contráctil.

Observación N.º 5. — Comunes durante 5 años, sufre repetidas crisis dolorosas que lo obligan a hospitalizarse. Se le diagnostica úlcera gástrica. La radioscopia indica la sospecha de una lesión orgánica en la pequeña curvatura. La operación confirma una úlcera en la parte media de la curvatura menor con adherencias a la cara anterior del páncreas. Desprendimiento y resección de la curvatura menor casi en su completa extensión. Examen anatomopatológico: úlcera con bordes y fondo engrosados por tejido fibroso; no hay neoformación maligna.

Observación N.º 6. — M. Z. Comienzan sus trastornos gástricos hace 2 años en forma intermitente con tres períodos de calma. Diagnóstico radiológico indica en el tercio superior de la pequeña curvatura una superficie irregular sospechosa de úlcera. En la operación se confirma hacia la cara posterior y en plena curvatura menor una adherencia a los tejidos vecinos. Resecada la curvatura, se confirma la úlcera cuyo examen anatomopatológico no indica neoformación maligna. Evolución posterior: buena con ligero retardo en el vaciamiento gástrico.

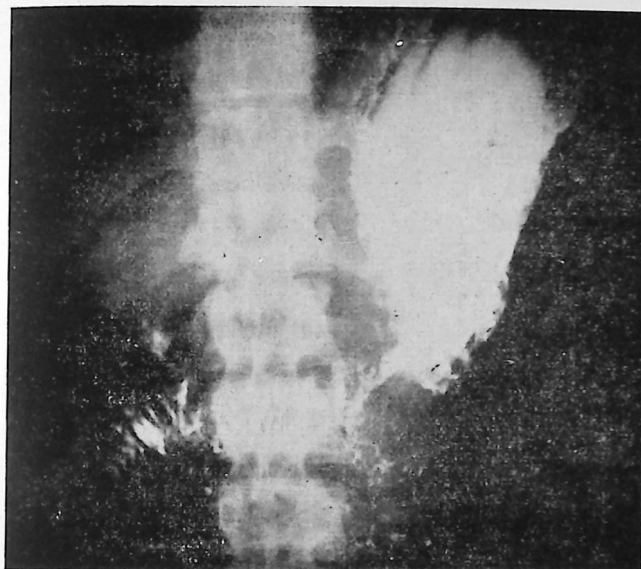
Observación N.º 7. — G. B. Desde varios años trastornos

gástricos que aumentan últimamente, acompañados de gran enflaquecimiento. Se diagnostica radiológicamente úlcera a la pequeña curvadura. Incisión oblicua izquierda. Se confirma la úlcera. Se reseca gran extensión de la curvadura menor y se hace una gastroenterostomía posterior de asa corta. Evolución posterior muy buena. La boca funciona y mantiene un buen vaciamiento gástrico.



Obs. 2.—A. C. Antes de operarse

Observación N.º 8. — S. G. Desde muchos años es sometido a tratamientos médicos por sus perturbaciones gástricas atribuidas a una úlcera. Radiológicamente se confirma un gran nicho en la curvadura menor, parte media. En la operación se encuentra una gran superficie de induración de la curvadura menor con adherencias firmes a la cara inferior del hígado. Desprendida se hace la resección extensa de la curvadura menor, una gastroenterostomía posterior de asa corta en pleno antro pilórico. La evolución posterior muy buena y se comprueba radiológicamente el buen funcionamiento de la boca que mantiene la evacuación gástrica en buenas condiciones. Han desaparecido los grandes síntomas dolorosos.

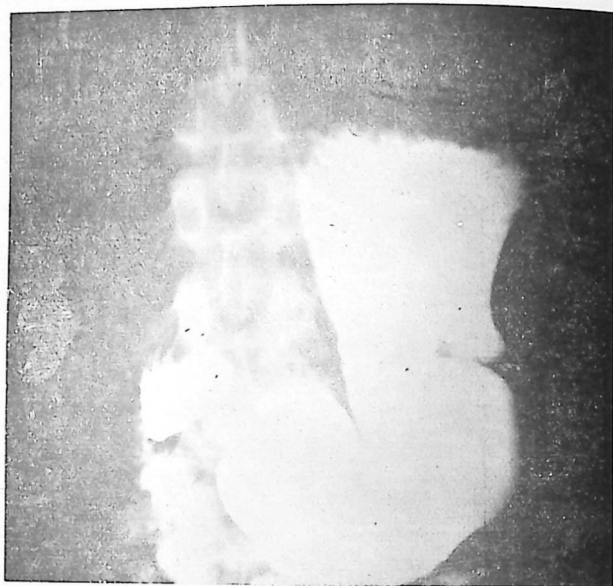


Obs. 2.—A. C. Después de operarse

En las 8 observaciones anteriores la localización de la úlcera es en dos casos de la región pilórica, las otras 6 de la curvadura menor y de éstas, dos cercanas al cardias.

Todos los enfermos han tenido un pasado gástrico de varios años con períodos más o menos largos de calma. Han sido hospitalizados varias veces, sometidos a regímenes y tratamientos médicos que han aliviado sus molestias; dados de alta, figurarán en las estadísticas entre aquellos enfermos que han curado, pero, en realidad, no han hecho más que cambiar de Hospital unos y de ciudad otros.

En todos hemos encontrado grandes lesiones, úlceras palpables y visibles, con zonas de infiltración más o menos extensas, algunas con nichos profundos y en la mayor parte con reacción de la superficie peritoneal y adherencias a los órganos vecinos. Sin ser excépticos en absoluto en cuanto al tratamiento médico, creemos que en aquellos enfermos que después de un período que no debe ser muy largo, no mejoran en totalidad sus síntomas; debe abandonarse, porque en nada puede beneficiar tal o cual régimen cuando las lesiones están ya en la vecindad y no sólo en la mucosa, hay tracciones por cicatriz, adherencias a los órganos vecinos, es decir, lo que podríamos llamar una alteración en la situación arquitectónica del estómago, desviaciones que, por su posición o reflejos, tienen que producir perturbaciones en su vaciamiento y motilidad,



Obs. 4.—L. F. Antes de la operación

Aún más, suponiendo que las lesiones ulcerosas de la mucosa sea suprimida por un régimen o tratamiento médico las secuelas dejadas por la infiltración, cicatrización del tejido adyacente o las adherencias a los órganos vecinos, mantienen las perturbaciones gástricas que son en su base perturbaciones mecánicas.

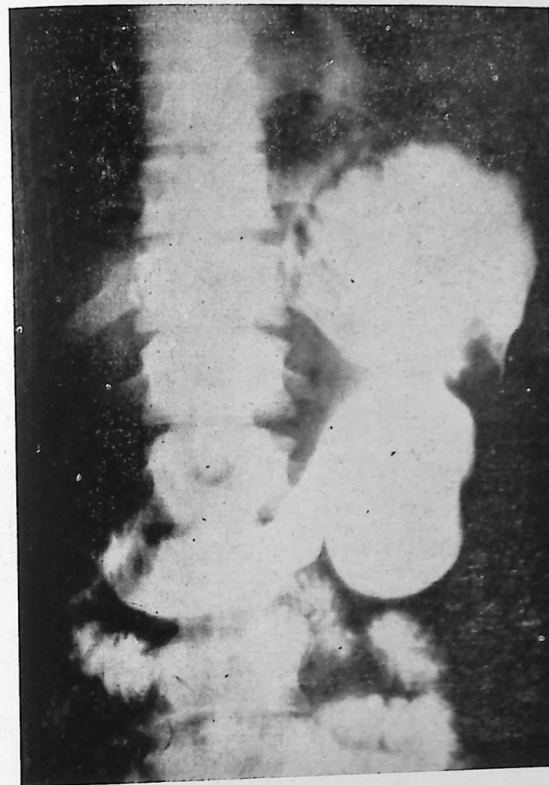
Para conseguir la corrección de estas perturbaciones, se recurre a la cirugía, pero no siempre se obtiene el resultado deseado y esto es lo que deseamos tratar brevemente.

El estómago sustentado en su pequeña curvatura, mantiene cierta fijeza y oblicuidad; en aquélla corren los filetes nerviosos y están los núcleos de automatismo nodal que dominan todo el sistema de reflejos y contracciones.

Un estómago se considera radiológicamente normal cuando no presentan deformaciones permanentes, su evacuación es total y su ritmo regular.

Luego si entendemos por estómago normal el que reúne las condiciones anteriores, al practicar una intervención debe tenerse en cuenta que su resultado final cualquiera que sea la técnica, debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Que no queden deformaciones permanentes.
2. Que su vaciamiento sea total.
3. Que su ritmo sea regular.

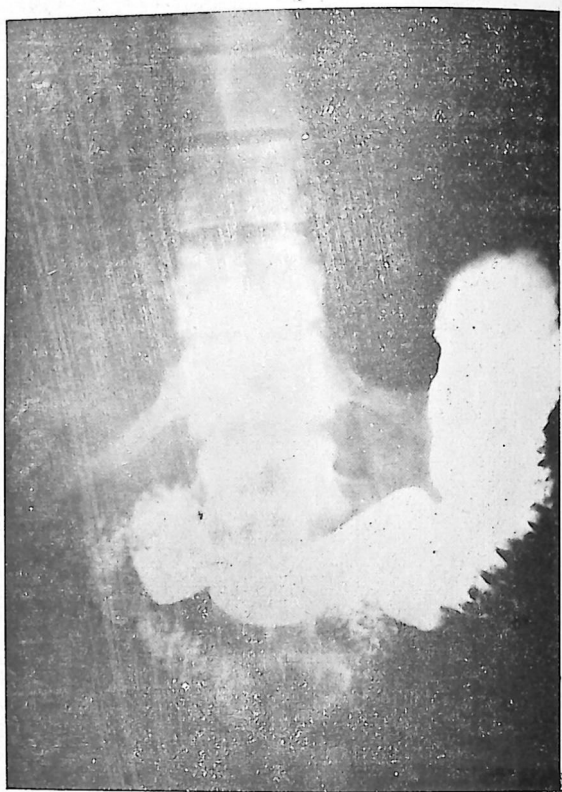


Obs. 4.—L. F. Después de la operación

Analizando entonces nuestras intervenciones desde estos puntos de vista, hemos obtenido los siguientes resultados:

En las observaciones 1 y 2 practicamos la resección amplia, según el procedimiento de Poly y Krönlein-Mikulicz, respectivamente. En ambos casos el resultado ha sido bueno, pues el vaciamiento ha sido total y con ritmo regular. En cuanto a la deformación, en estos casos no se contempla, pues el trazo de estómago se considera como un estómago nuevo y hay continuidad de sus contracciones hasta la misma boca.

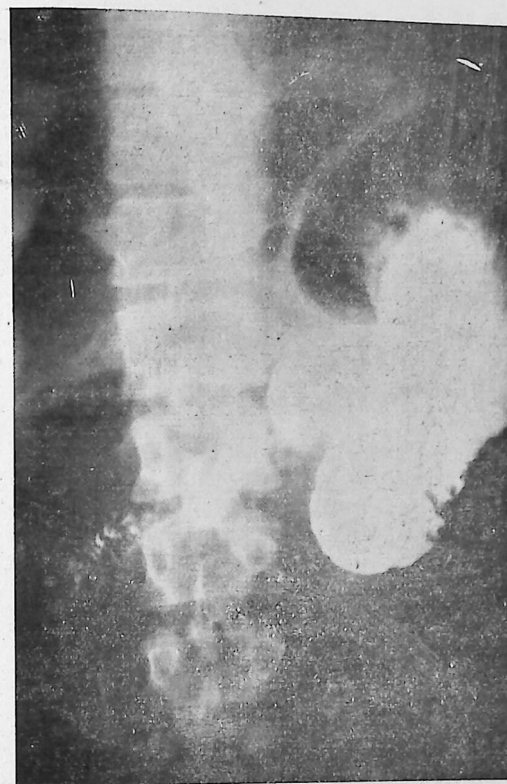
En los casos 3 y 4 practicamos la resección en cuña sin gastroenterostomía. Obtuvimos la cesación de los síntomas dolorosos, pero continúan las demás molestias. Radiológicamente hay un estómago en reloj de arena con vaciamiento incompleto sin ritmo regular. La deformación es cicatricial, por lo tanto, permanente; la falta de ritmo no es más que la consecuencia ló-



Obs. 6.—M. Z. Antes de ser operado

gica de la interrupción de la onda peristáltica que, naciendo del nódulo de Keith, situado cerca del cardias, no llega más allá de la cicatriz. Hemos suprimido la lesión, pero mantenemos más acentuadas las características de una mala evacuación gástrica. Klein sostiene que para analizar los trastornos motores del estómago hay que considerarlo como formando de dos partes: el cuerpo y el antro comparables a las aurículas y ventrículos del corazón. Oppenchowsky ha descrito un grupo de células ganglionares que Keith clasificó como tejido nodal, a lo largo de la curvadura menor.

Vemos, pues, que en los casos anteriores la deformación ha aumentado, la transmisión de la onda contráctil se ha dificultado más que antes de operarse, a pesar de haber suprimido la lesión. Es decir, la intervención no sólo es inútil, sino que perjudicial.

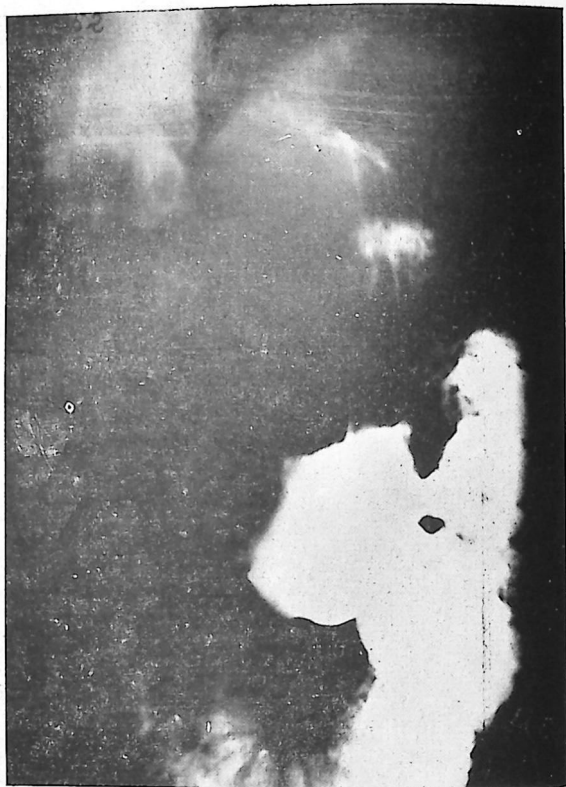


Obs. 6.—M. Z. Después de operado

En los casos 5 y 6 practicamos la resección total o casi total de la curvadura menor en forma de silla de montar, obteniendo un estómago en forma ovoídea sin deformación mesogástrica. La deformación del estómago no es tan manifiesta como en los casos anteriores; hay una línea más rígida; no hay tendencia al acercamiento del píloro al cardias. El funcionamiento sin ser perfecto, es muy superior al anterior.

En los casos 7 y 8 hemos practicado la resección amplia de la curvadura menor y una gastroenterostomía posterior de asa corta. La deformación gástrica es casi nula; el vaciamiento, como se ve en la radiografía, es muy bueno; la evolución de estos enfermos es inmejorable; han desaparecido todas las perturbaciones dolorosas y mecánicas que decidieron a los enfermos a aceptar la intervención.

Por último, nos cabe preguntar si no sería preferible, en general, en toda úlcera de la curvadura menor practicar la re-



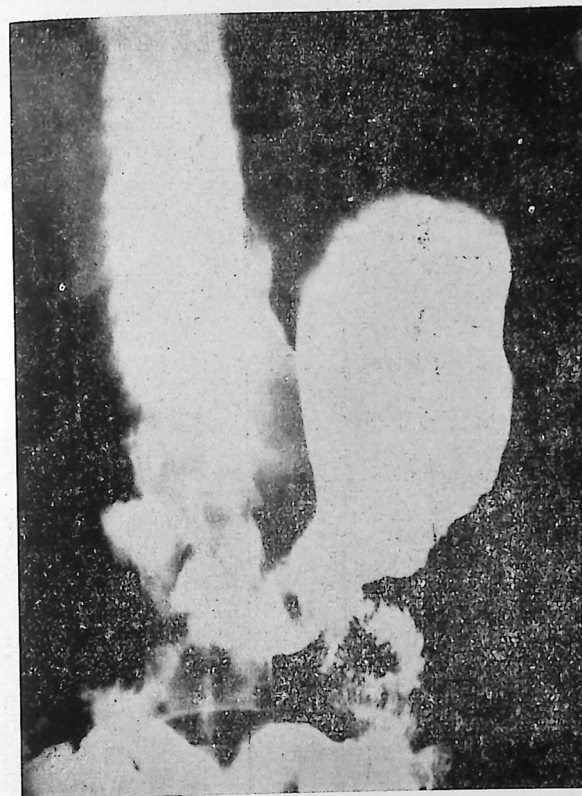
Obs. 7.—J. B. Antes de la operación

resección amplia y no la resección económica. Muchos autores mantienen opiniones en uno u otro sentido.

Como conclusión a estas observaciones, hechas a la ligera, quisiéramos hacer una petición a todos los miembros de esta Sociedad que, con el fin de formar el ambiente que necesita la cirugía gástrica y que ya ha conseguido el resto de la cirugía abdominal, que cada uno presente sus observaciones con éxitos y fracasos, pues ya que la cirugía gástrica entre nosotros es escasa y este pequeño número de intervenciones son verificadas en muchos Servicios, no podemos llegar a conclusiones, ni menos a estadísticas que nos indiquen el rumbo que debemos seguir.

Discusión:

Dr. de Amesti. — Pide se deje abierta la discusión de este interesante tema, para que los cirujanos se den el tiempo



Obs. 7.—J. B. Después de la operación

necesario para documentarse y traer sus experiencias y resultados. Podría tratarse especialmente lo referente a la úlcera de la pequeña curvatura.

Dr. Aguilar. — Comunica que los Drs. Luis Opazo y Félix Daza tienen ya hecho un trabajo para comunicar a la Sociedad de Cirugía, sobre estudios radiográficos, de las afecciones del estómago y región piloroduodenal. Este trabajo podrían presentarlo en la sesión próxima.

El Presidente. — Consulta a la Sala y solicita de los miembros presentes permitan que los Drs. Opazo y Daza hagan ellos directamente la exposición de su trabajo, sin que se les nombre Relator, ya que no son socios de la Sociedad.

Se acordó por unanimidad dejar inscritos para la próxima sesión a los Drs. Opazo y Daza.

Luxación Carpometacarpiana

DR. RICARDO BURMEISTER

(Miembro corresponsal de Concepción)

La luxación carpometacarpiana es una lesión sumamente rara. Apenas se encuentran en la literatura una treintena de casos descritos. Además parece, que su diagnóstico ofrece a veces dificultades: dos causas, que me decidieron a comunicar a los colegas un caso, que tuve ocasión de observar últimamente.

El señor O. F. vino a consultarme el día 17 de Diciembre de 1928 sobre su mano izquierda, que no le parecía normal. Cuenta lo siguiente: el día 19 de Noviembre u. p. hace con algunos amigos un paseo en auto, encontrándose sentado en el fondo al lado derecho, con su brazo derecho sobre el borde de la carrosería. A consecuencia de una mala maniobra el auto se dió vuelta hacia la izquierda. El señor F., cae hacia el mismo lado y recibe un fuerte golpe sobre el dorso de la mano izquierda en la región metacarpiana. Luego siente un dolor muy agudo, la mano se hincha y toma un color azul oscuro.



El lesionado no hace nada por el momento a excepción de algunos remedios caseros, porque no siente un gran dolor y estima que se trata de una simple contusión. Después de una semana los dolores desaparecen casi por completo y la tumefacción ha disminuído bastante, manteniéndose principalmente en el dorso. Pero como el estado de la mano no le parece normal,

consulta a un médico, quien lo examina por medio de los rayos X. y declara, que la mano no tiene nada de anormal.



Sin embargo el enfermo no se contenta con este diagnóstico, porque si bien no siente grandes molestias, tampoco cree, que su mano se encuentra en estado normal. Así llega a mi estudio el día 17 de Diciembre: 28 días después del accidente.

Al examinar la mano del enfermo, no ofrece a la simple vista casi nada de particular. Sólo llama la atención una ligera tumefacción del dorso y la palpación en combinación con los datos anamnésicos nos hizo pensar en la posibilidad de una luxación. Pero no fué posible establecer este diagnóstico de una

manera segura. Era necesario aplicar los rayos X, y entonces, haciendo la radioscopia de un lado al otro: en sentido radio cubital, fué fácil de constatar la existencia de una luxación dorsal de los metacarpianos II. a V. Naturalmente propusimos al enfermo luego la reposición, si fuera necesario, por medio de una operación. Pero parece, que tal indicación no fué muy del agrado del paciente, porque no volvió. Y pasaron dos años antes de volver a verlo.



Fué en septiembre de 1930, cuando, no con el fin de consultar, sino sólo para saludarnos se presentó nuevamente en nuestro estudio. En cuanto a su luxación, nada había hecho. No tenía dolores, apenas de vez en cuando alguna pequeña moles-

tía. Todas sus obligaciones y quehaceres diarios podía desempeñarlos perfectamente bien. En cuentas resumidas, en cuanto a la función de su mano ni se acordaba del grave accidente, que había sufrido y de la luxación aún persistente. Se congratulaba por no haberse sometido a la operación propuesta, a lo que nosotros no tuvimos nada que observar en vista del espléndido resultado obtenido mediante una terapia puramente expectativa.

Resumiendo la historia del caso, se trata de una luxación dorsal de los metacarpianos II. a V. de la mano izquierda, lesión sumamente rara según todos los textos. Respecto al mecanismo de producirse, se debió a un accidente automovilístico, a una fuerza repentina y sin duda muy fuerte. No es posible construir el mecanismo exacto, pero es de suponer, que haya sido una flexión palmar repentina y forzada en combinación con una compresión la que el enfermo sufriría al caer hacia el lado izquierdo y sobre su extremidad. Llama la atención la falta, se puede decir, absoluta de síntomas dolorosos, como también más tarde la falta completa de alteraciones de la función a consecuencia de una lesión tan grave.

Al tratar de hacer un estudio comparativo de casos análogos, encontramos, que la literatura sobre la luxación carpo metacarpiana es muy escasa. El conocido texto de Helferich sobre fracturas y luxaciones (1) traducido también al castellano, dice solamente, que estas luxaciones son sumamente raras. Y en la cirugía de v. Bergman, v. Bruns y v. Mikulicz (2) se encuentra sólo una nota muy lacónica, que afirma la rareza de esta lesión, agregando, que la luxación dorsal es más frecuente que la palmar.

En la literatura que tengo a mi disposición, he podido encontrar sólo unas pocas noticias al respecto, que en orden cronológico son las siguientes:

Nönchen (3) describió un caso en 1895. Se trataba de una luxación de los metacarpianos II. a V. producida por una caída sobre la mano. No era posible precisar la posición exacta de la mano en el momento decisivo. El accidentado se presentó sólo 3 meses después del accidente y entonces no había dificultad en establecer el diagnóstico por medio de la palpación. La reposición resultó imposible aún bajo narcosis profunda.

R. Burk (4) publicó un trabajo más extenso. Había observado el caso de un mozo de 24 años de edad, quien sufrió una lesión de su mano derecha por una piedra muy pesada, que al caer le aplastó la región carpal desde el lado radial. El exa-

men practicado 6 días después del accidente, dió como resultado una prominencia en el dorso de la mano, correspondiente a los metacarpianos II. IV., aumento del espesor y acortamiento de la mano. La reposición resultó imposible. Tratándose de un caso raro, B. estudió las publicaciones existentes sobre la materia y pudo reunir 23 casos, de cuyo estudio llegó a las siguientes conclusiones:

1º. La luxación carpometacarpiana puede producirse sólo a consecuencia de traumatismos sumamente fuertes.

2º. Siempre intervienen varias fuerzas mixtas, en parte directas, en parte indirectas: hiperflexión, hiperextensión, compresión lateral, etc.

3º. La luxación dorsal es más frecuente que la palmar.

Bannes, (5) publica un caso de luxación dorsal producida por una patada de caballo, mientras que el accidentado tenía una huasca en la mano. Los metacarpianos II. y III. se encontraban en estado de luxación, cuya reposición se hizo por tiraje del dedo medio con compresión simultánea sobre las bases de los metacarpianos luxados.

E. Poulain y J. Poulain, (6) describen el caso de un hombre, de 71 años de edad, que había sufrido la luxación dorsal de los metacarpianos II. a V. a consecuencia de una caída. Sólo después de 6 años fué hecho el diagnóstico. El lesionado no sentía molestias sino sólo cierta disminución de la fuerza bruta. Estos autores citan además 7 observaciones, extraídas de la literatura. En todas ellas había sido una caída brusca la causa de la luxación. En casos de una reposición inmediata el resultado había sido bueno.

Bergasse y Guilmain, (7) comunican el caso de un aviador, quien al aterrizar recibe un fuerte golpe en el dorso de la mano, que con toda fuerza está empuñando el timón. Luego tumefacción en el dorso de la mano, que aparece más corta que normal. Los rayos X, dejan constatar, que la prominencia en el dorso de la mano es debida a una luxación del II. y III. metacarpiano. Bajo narcosis se logra hacer la reposición del III. metacarpiano, pero no del II., la que sólo es posible mediante una intervención cruenta. Los autores agregan un estudio crítico de la literatura, que comprende 20 casos. Dejan constancia, que la luxación carpometacarpiana es una lesión sumamente rara, y siempre debida a una fuerza extraordinaria y brusca. Más frecuente es la luxación de los metacarpianos III. IV. Más rara del V. Con más frecuencia se observa la luxación de varios metacarpianos, que la de uno solo. La reposición debe hacerse inmediatamente, en caso necesario por intervención cruenta.

A. Brun, (8) publica en 1922 dos casos: uno de luxación dorsal, y uno de luxación palmar. En ambos casos no se hizo la reposición. Sin embargo el resultado funcional era bueno. Como todos los autores deja constancia de grandes y repentinas fuerzas traumatizantes.

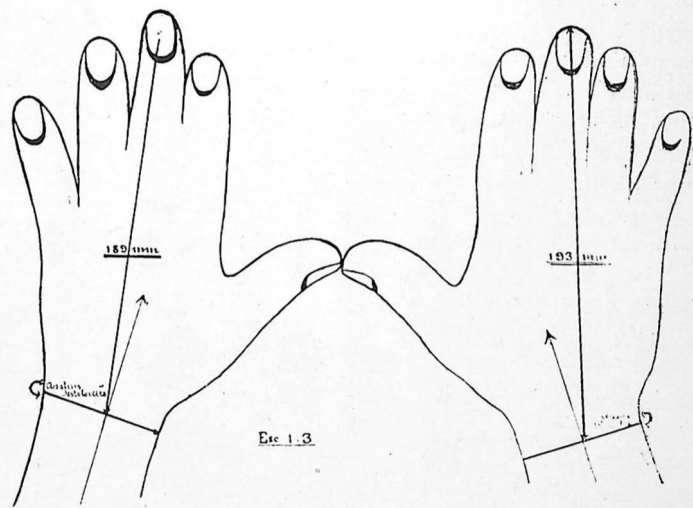
Resumiendo ahora las noticias depositadas en la literatura y comparándolas con nuestro propio caso, nos encontramos con un perfecto acuerdo de experiencias.

Todos los autores están de acuerdo, en que sólo una fuerza repentina y brusca es capaz de producir una luxación carpometacarpiana. En nuestro caso ella se ha producido en un accidente automovilístico, en que al caer desde el lado derecho al izquierdo, la mano del accidentado ha sufrido probablemente una fuerte hiperflexión palmar, talvez con compresión. Natural es, que en cuanto al mecanismo desarrollado sólo podemos hablar de probabilidades. Pues durante el accidente los acontecimientos se sucedieron con tanta rapidez, que el accidentado no podía darse cuenta de detalles, ni de la posición exacta de su mano. Sólo se acuerda de haber recibido un golpe muy fuerte. Y dadas las circunstancias, no es de dudar, que ese golpe en realidad haya sido un golpe repentino y muy brusco.

Todos los autores están también de acuerdo, en que los síntomas subjetivos son relativamente insignificantes, motivo por que los enfermos llegan muy tarde a la observación médica. Así nuestro cliente se presentó sólo a los 28 días después del accidente en nuestro estudio y movido menos por el deseo de someterse a algún tratamiento, que por la curiosidad de saber si había algo de anormal en su mano. Una vez establecido el diagnóstico de una luxación, renunció a todo tratamiento por la simple razón, de que no sentía molestias de ninguna clase.

En cuanto al diagnóstico, éste es fácil una vez que los síntomas de inflamación han cesado, que la tumefacción de las partes blandas ha desaparecido. Cuando nuestro cliente se nos presentó la última vez — dos años después del accidente — el diagnóstico era facilísimo, puesto que con toda claridad se podían palpar los huesos comprometidos uno por uno. Pero no así cuando lo examinamos por primera vez. Entonces la tumefacción era dura y cubría todo el dorso de la mano en tal forma, que era imposible distinguir detalles por medio de la palpación. Bergasse y Guillemain mencionan en su relación un acortamiento de la mano, a pesar de que sólo se trataba de una luxación del II. y III. metacarpiano, y atribuyen a este dato cierta importancia

para el diagnóstico. Nostros pensábamos en nuestro caso, que forzosamente debía existir un acortamiento. Pero a la simple vista no nos era posible apreciarlo como tampoco no resultó apreciable al hacer la comparación de unas impresiones de las palmas. Sólo haciendo un croquis de ambas manos y tomando la medida exacta de puntos correspondientes alcanzamos a constatar una diferencia de 4 mms. A primera vista esto parece muy poco. Pero al contemplar las radiografías correspondientes, se comprende, que en un caso dado esa diferencia puede ser muy pequeña, por cuanto depende directamente del mayor o menor grado de superposición de los huesos, que en la mayoría de los casos será muy poco, debido a la firmeza extraordinaria de los ligamentos que rodean a los huesos. Pensamos por consiguiente, que el síntoma "acortamiento" tiene poca importancia en la práctica, y si no se nota a primera vista, no vale la pena tampoco de constatar su existencia.



Para el cirujano que piensa en la posibilidad de una luxación carpometacarpiana será siempre la tumefacción el síntoma principal y el **único** medio para aclarar la situación: **los rayos X**. Llama la atención, que se haya usado en nuestro caso los rayos X, y que el médico examinador haya declarado "que la mano no tenía nada". Esto se explica fácilmente, si se supone, que el médico al hacer su examen (con la pantalla — *nó* radiografía) no ha pensado en la posibilidad de una luxación carpometacarpiana. Sólo ha hecho en tal caso el examen dorsopalmar o palmodorsal, pensando en la posibilidad de una fractura. La superposición de los extremos articulares, carpianos y metacarpia-

nos ha pasado desapercibida. En la teoría esto parece muy difícil y una falta grave de arte. Pero en la práctica creo yo, que el problema no es tan difícil y que la misma equivocación puede suceder a más que uno dispuesto talvez a condenar como falta, lo que efectivamente no es más que una pequeña y excusable errata. Claro, que una simple mirada de lado en sentido radio cubital hubiera sido suficiente para aclarar la situación y precisar el diagnóstico. Pero para poder aprovechar de tal mirada, es preciso hacerla.

En cuanto a tratamiento llama la atención, que la mayoría de los casos los accidentados se hayan quedado con su luxación sin tener molestias de ninguna clase. Así ha sucedido también en nuestro caso. El enfermo no tiene absolutamente ninguna molestia de su luxación crónica ni se acordaría de ella si no fuera por la prominencia ósea en el dorso de su mano izquierda. Esto me parece un dato de suma importancia. Yo creo, que casi todo cirujano tendría en un caso análogo el deseo y lo consideraría su deber, aconsejar al enfermo la reposición, si fuera **necesario: cruenta**, con el fin de restablecer condiciones normales. Sin embargo después de haber observado el caso descrito y después de haber estudiado los datos publicados por otros autores, creo, que nuestra norma de conducta debe ser otra.

Si se presenta un caso fresco, reciente, intentaría naturalmente la reposición. Narcosis profunda, fuerte extensión y contra extensión con hiperflexión o hiperextensión y presión directa desde el dorso o la palma de la mano, serían los medios por los cuales se trataría de reducir las partes dislocadas.

Pero de ninguna manera propondría al enfermo una intervención quirúrgica a todo trance, a no ser que dolores fuertes hiciesen pensar en la interposición y compresión de algún nervio, o que el mismo enfermo pida el establecimiento de las condiciones normales en su mano. Pues si la experiencia nos enseña, que la función de la mano no sufre en lo más mínimo, y que la persistencia de la luxación no ocasiona molestias de ninguna clase, entonces no me creo con derecho a recomendar al paciente como **indispensable** una operación, cuyo fin práctico no sería más que una especie de cosmética, la normalización de una parte del esqueleto, pero que por su misma índole y dado el terreno en que tendría que desarrollarse, podría a consecuencia de complicaciones desimprovistas acarrear al enfermo daños en vez de beneficio.

BIBLIOGRAFIA

1. A. HELFERICH, — Fracturen und Luxationen, 9. Auflage pág. 266.
2. V. BERGMANN, v. BRUNS & v. MIKULICZ, — Handbuch der practischen Chirurgie, Bd. IV. pág. 390.
3. NONCHEN, — Mittheilung einiger seltener Befunde aus der Unfallpraxis, Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1895 N° 10.
4. R. BURK, — Ueber die Luxatio carpo- metacarpea. — Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.
5. BANNES, — Zur Casuistik der Luxatio Carpo- metacarpea. — Dtsch. mediz. Wschrft. 1902 N° 34.
6. E. POULAIN & J. POULAIN, — Les luxations du metacarpe. — Arch. général de chirurgie VI. 5. 1912.
7. BERGASSE & GUILMAIN, — Les luxations dorsales de l'extrémité supérieure des metacarpiens dans leurs articulations avec le carpe. — Arch. de méd. et pharm. milit. 1913, aout. & Arch. général de Chirurgie 1913, T. VII.
8. A. BRUNI, — Nota su due casi di lussazioni rare. — Arch. di ortopedia XXXVIII, 3, 1922.

Discusión:

Dr. Sierra. — El caso que nos presenta el Dr. Burmeister, pone de manifiesto una vez más la mayor importancia que tiene de preocuparse de preferencia sobre la función misma, ya que a pesar de existir una deformación apreciable, el funcionamiento puede ser perfecto.

Apofisititis al término de su evolución de la tuberosidad anterior de la tibia, con separación total de su implantación diafisioepifisiaria. ¿Enfermedad de Schlatte_r.—Osgood?

DR. FERNANDO OPAZO

El caso que someto a la consideración de mis distinguidos colegas es un hallazgo clínico y radiológico, en un enfermo que ingresó a la Clínica del Prof. Navarro por una afección vulgar de la rodilla.

Se refiere a un sujeto de 28 años, soltero. Como antecedente familiar debe señalarse el hecho de que de 14 hermanos, han fallecido 8; ignora las causas y la edad en que ocurriera.

A la edad de 10 años fué víctima de un violento traumatismo por caída de a caballo, siendo arrastrado por el pie izquierdo, que quedó aprisionado en el estribo. Las lesiones fueron intensas porque debió permanecer en cama alrededor de tres meses. Desde esa fecha acusa claudicación del miembro inferior izquierdo.

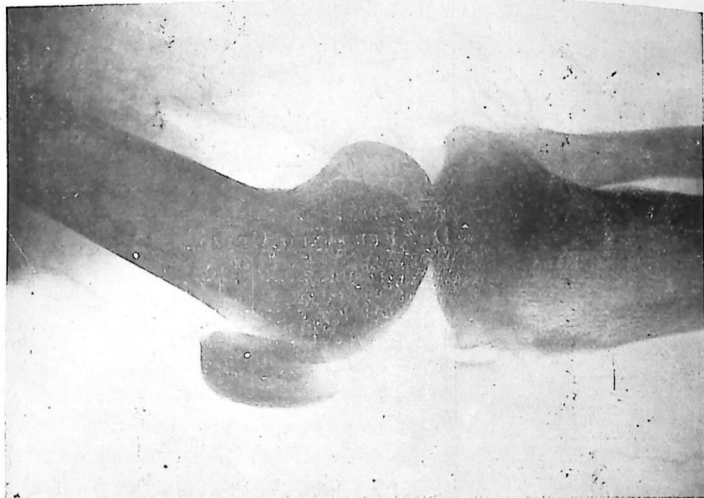
La enfermedad que lo trae al Servicio es una esguince de la rodilla izquierda por caída sobre el borde externo del pie izquierdo.

Al examinar al enfermo se comprueba una marcada atrofia de la musculatura del muslo y pierna izquierda, posición anormal caracterizada por adducción, rotación interna y acortamiento; además, todo el cortejo sintomático de una subluxación postero-inferior coxofemoral.

En la rodilla, además de la hidroartrosis, se comprueba un desarrollo exuberante de la tuberosidad anterior de la tibia con movilidad lateral indolora y sin roce alguno.

Se formuló el diagnóstico de esguince de la rodilla con lesiones antiguas al nivel de la tuberosidad, que no identificamos clínicamente. Respecto a la cadera, subluxación antigua postero-superior.

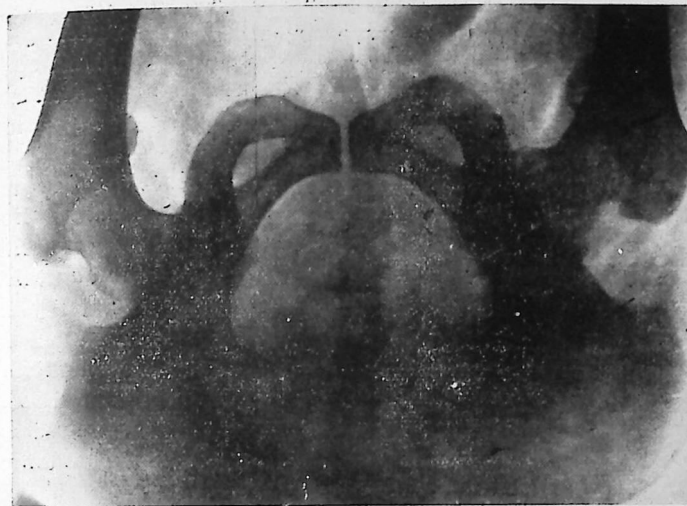
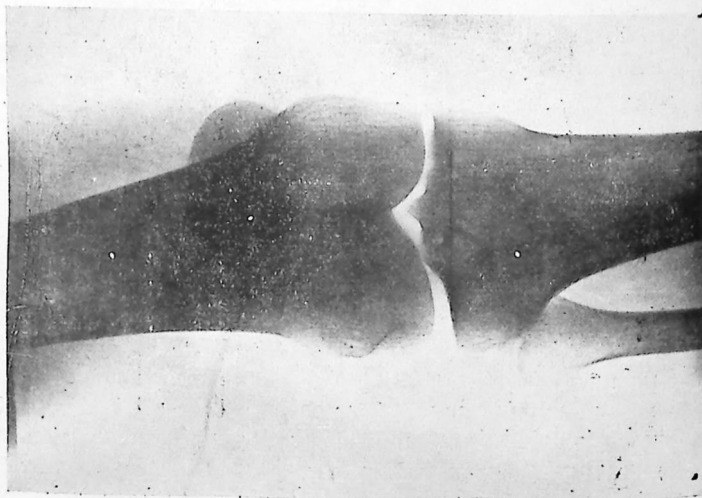
Las placas radiográficas fueron estudiadas por dos radiólogos que informaron en estos términos: Dr. Heegenwaldt.—**"Pelvis:** la cavidad cotiloidea aplanada; ligera subluxación hacia craneal del fémur. **Rodilla:** en la rodilla se observa la tuberosidad craneal del fémur.



de la tibia dividida en varias partes. El trozo más grande superior, de contornos lisos. La forma del ángulo anterior de la extremidad proximal es anormal (comparar con el otro lado).

Conclusión radiológica: "enfermedad de Schlatter y Osgood".

En la cadera, enfermedad de Perthes, llamada también osteocondritis deformante juvenil o coxa-plana. Las dos lesiones son antigua, sanadas; no se trata de lesiones congénitas".



El Director del Instituto de Radiología del Hospital Clínico, Dr. Luis Opazo, después de un interesante estudio, llega a la misma conclusión radiológica, enfermedad de Perthes en la cadera y de Schlatter Osgood en la rodilla.

Si se observa la radiografía de la cadera se puede apreciar la deformidad en medio limón de la cavidad acetabuloidea y el aplastamiento de la cabeza femoral, características de la coxa-plana, osteocondritis, enfermedad de Legg-Perthes, Calvé.

Las placas correspondientes a la rodilla son del mayor interés. En la lateral se observa un trozo óseo con revestimiento cartilaginoso, totalmente separado de la epífisis y diáfisis tibial, prolongado hacia abajo por dos núcleos enarrecidos que lo unen imperfectamente a la diáfisis. El platillo tibial, en su parte anterior deformado, presenta una elevación en forma de espón. En la radiografía antero posterior se observa una alteración de la estructura trabecular, tanto en su distribución irregular en la parte central de la porción diáfisis epifisiaria, como también zonas de enarrecimiento y de condensación. Al nivel de la interlínea articular se observa el extremo superior del trozo óseo anormal.

La lesión de la cadera no presenta dificultad en su interpretación, es un caso característico, al término de su evolución, de enfermedad de Legg-Perthes, Calvé.

Por la inversa, la lesión de la rodilla se presta para una severa discusión diagnóstica.

Podemos formular algunas interrogaciones.

¿Qué relación existe entre la lesión y el traumatismo ocurrido 18 años antes? ¿Se trata de un arrancamiento traumático de la tuberosidad anterior de la tibia, descrito por Schlatter? ¿Es un proceso inflamatorio infeccioso, semejante a la epifisitis, apofisitis, etc., de la edad del crecimiento, osteomielitis atenuadas, como dice Ombredanne? Por último, ¿hay asociación de varios de estos factores?

El estudio radiológico de este caso presenta más de un escollo. En efecto, en el libro del Dr. H. R. Schinz sobre radiodiagnóstico, del año 1928, obra muy completa, que con exquisita gentileza me facilitó, el Dr. Luis Opazo, aparecen radiografías de varios casos clasificados como enfermedad de Schlatter y en todas ellas se observan que la osificación es completa en la parte superior de la tuberosidad de estructura casi normal, formando cuerpo con la epífisis y sólo en la parte inferior la osificación es incompleta, apreciándose una separación con la tibia. Sólo en uno de los casos, hay un pequeño fragmento libre, del porte de una lenteja, pero el resto de la tuberosidad está osificada en la forma antes indicada.

En el caso que presento hay una separación total de la tuberosidad, aún más, da la impresión de un revestimiento con cartilago articular en su cara posterior. Este aspecto no es semejante a los casos descritos por Schinz.

Las radiografías de este autor corresponden a la interpretación actual de la enfermedad de Schlatter, que se la considera como un proceso inflamatorio o necrótico que perturba la osificación normal y no un arrancamiento traumático, como pensaba dicho autor.

Según Sappey, el punto de osificación de la tuberosidad anterior de la rodilla, se suelda a la cara anterior de la epífisis, alrededor del 4.º año de edad, y si en este momento o después, durante la adolescencia se toma una radiografía, se observa la epífisis unida en la tuberosidad en su parte anterior, dando el aspecto de la trompa del tapir.

En el caso que relato, el paciente no presentó trastornos antes de los diez años, por consiguiente, ya está unida la tuberosidad a la epífisis y sólo después del violento traumatismo se inició el proceso.

Si atendemos al aspecto radiológico de la lesión, a la evolución clínica y a los caracteres de la osificación de esta porción del esqueleto, interpreto el caso, disintiendo en parte de la opinión de los radiólogos, por demás muy respetables, como un arrancamiento traumático de la tuberosidad anterior durante el período de osificación y una perturbación en el proceso de

osificación en la tuberosidad, en tal grado, que ha formado una especie de sesamoideo.

En síntesis, enfermedad de Schlatter con arrancamiento traumático.

Entrego al juicio de los señores socios, las observaciones que me merece este caso.

Discusión:

Dr. Johow.— La observación presentada por el señor presidente es de mucho interés, pero difiere en el diagnóstico. La lesión de la rodilla no es una Schlatter propiamente tal, sino que más bien, una fractura intraarticular de la espina de la tibia que no ha consolidado, porque el líquido articular tiene esa propiedad de evitar la consolidación ósea. Con respecto a la lesión de la cadera del mismo enfermo, tengo también mis dudas, sobre si es o no una Perthes; creo más bien, que se trata de una artritis deformante consecutiva a una lesión ósea intraarticular de la cadera, producida en el enfermo con ocasión de aquel gran traumatismo, a los diez años de edad. (¿Desprendimiento epifisario? ¿Fractura parcial de la cavidad cotiloidea?) La radiografía no corresponde a una Perthes. En esa lesión del cuello femoral está más ancho y corto y el hueso más denso.

Dr. Constant.— Existe para él una verdadera confusión de estas afecciones osteoarticulares por la variedad tan grande de nombres que nos vienen del extranjero: Schlatter, Perthes, Kümmer, etc. Hay, por otra parte, en la etiología y patogenia de algunas de estas afecciones, puntos oscuros, que dificultan aún más la verdadera concepción de ellas.

Dr. Sierra.— Refiriéndose al caso presentado por el Dr. Opazo y al examinar las radiografías, parece podría tratarse de un cuerpo intraarticular desarrollado, fuera de la articulación, debido al traumatismo.

Concuerda con el Dr. Constant, que existe para cada afección numerosos nombres extranjeros, sin ventaja alguna.

Dr. Opazo.— Con el mayor interés he oído las observaciones del Dr. Johow y, en parte, su opinión coincide con lo que he expresado. La lesión de la cadera se ha encuadrado en un Perthes al término de su evolución, basado desde luego en el informe de dos distinguidos radiólogos, que por separado estudiaron las radiografías y se asesoraron de abundante documentación, llegando a igual conclusión: enfermedad de Perthes. Ade-

más, apoyado en la historia del caso y su estado actual que inclinan a ese diagnóstico. En cuanto a la lesión de la rodilla, llamé la atención que el proceso no encuadra con la enfermedad de Schletter y que seguramente el violento traumatismo había provocado el arrancamiento de la tuberosidad, desarrollando en seguida un proceso que impidió el término normal de la osificación.

La asociación en el mismo sujeto de dos lesiones de osteocondritis consecutivas a un traumatismo, no excluye el diagnóstico anterior, pues el mismo Schinz le da una gran importancia a la asociación de lesiones de osificación en el núcleo posterior del calcáneo para reforzar el diagnóstico de enfermedad de Schletter.

Ulcere Gastrique

DRS. LUIS AGUILAR Y MANUEL MARTINEZ

(Résumé)

auteurs rapportent huit observations d'ulcere gastrique deux cas la lésion était toute proche du pylore; dans elle se trouvait sur la petite courvure même. Les opératoires mis en pratique ont été différents et il attirer l'attention sur les résultats opératoires que obtenus, suivant ces différentes méthodes. La résection a donné que des échecs; les résultats se sont légèrement améliorés lorsqu'on a fait une excision plus large. Mais les succès n'ont été observés que lorsqu'on a pratiqué la gastrectomie totale ou bien la résection de la petite courvure ajoutant une gastro-entérostomie.

Après ces chirurgiens, la résection en selle donne lieu à l'immobilité permanente de l'estomac qui troublerait promptement le péristaltisme de cet organe et par conséquent son fonctionnement normal. On s'expliquerait par là le fait communément observé que ces malades continuent à présenter après l'intervention les symptômes tout à fait semblables à ceux que les malades ont de se faire opérer.

En revanche, la résection totale de l'estomac ou celle de la petite courvure accompagnée d'une gastro-entérostomie possèdent aussi bien l'une que l'autre, les deux qualités que doit rechercher l'intervention sur cette viscère: assurer un videment complet et ne pas laisser de déformations.

On Gastric Ulcer

DRS. LUIS AGUILAR Y MANUEL MARTINEZ

(Summary)

A series of eight cases of gastric ulcer is reported, giving details of the results issued from three different surgical methods. In two cases the ulcer was situated near the pylorus, the other six involved the lesser curvature.

The removal of the ulcer by simple excision has been unsuccessful; better results, though by no means the best, have been obtained by larger excisions. Only gastrectomy and removal of the lesser curvature, a gastro-enterostomy being added, have proved to be definite cures.

In analysing their results, the authors believe that the deformity left upon the lesser curvature by an excision only removing the ulcer, leads to troubles in the peristalsis, causing a difficulty in the emptying of the gastric contents. And this is followed by recurrence of gastric disturbances almost of the same type than those presented by the patient before the operation.

On the contrary, gastrectomy and total removal of the lesser curvature, supplied with a gastro-enterostomy, are both excellent procedures, inasmuch as they provide a good emptying of the stomach and do not leave any permanent deformation.

Luxation Carpo-metacarpienne

DR. RICARDO BURMEISTER

(Résumé)

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de luxation en arrière des quatre derniers métacarpiens de la main gauche. C'est une des lésions les plus rares; la littérature qu'on a consultée n'en a montré qu'une trentaine de cas. Le cas de luxations palmaires seraient encore plus rares.

produite a cause d'un accident (automobile) ou la main était

Dans le cas communiqué par l'auteur, la luxation s'était venue s'appuyer brusquement et avec violence sur une surface résistante, la flexion palmaire s'exagérant considérablement. C'est la du reste, le mécanisme le plus habituel de production.

Parmi les symptômes, l'auteur signale le raccourcissement de la main, peu appréciable dans la plupart des cas, et la déformation. L'examen radiologique s'impose comme d'ordinaire.

La réduction doit être faite généralement sous narcose, surtout les cas récents.

En général, les mouvements de la main restent intacts, malgré la déformation.

A Case of Backward carpo-metacarpal dislocation

DR. RICARDO BURMEISTER

(Summary)

A case of this type of dislocation is reported by the author. This form of dislocation is so uncommon that not more

than thirty cases have appeared in literature, the onward type seeming to be still more unfrequently observed.

In the case of report, the dislocation resulted (motor-car accident) from a violent and suddenly exerted pressure, received by the hand in exaggerated flexion, this one being the most frequent mechanism of its production.

The subsequent shortening of the hand, often difficult to appreciate, and the deformity are the principal signs.

X-rays give as always the definite diagnosis.

The manipulations of reduction should always be practised under anesthesia, particularly in recent cases.

Notwithstanding the deformity, no loss of functions is observed.

Apophysite de la Tuberosite anterieure du tibia

DR. FERNANDO OPAZO

(Résumé)

Il s'agit d'une lésion assez peu fréquente qui a constitué une véritable trouvaille autant pour le clinicien que pour le radiologue. Le malade dont il est question, âgé de 28 ans, était rentré à ce Service, par une entorse du genou gauche. Mais il souffrait d'une claudication du membre inférieur de ce côté de puis l'âge de 10 ans. Cette gêne s'était installée à la suite d'un accident; le malade était tombé cheval, ayant été entraîné par l'animal, le pied gauche emprisonné à l'étrier. Il dut garder le repos pendant trois mois.

À l'examen physique, on a constaté une luxation ancienne de la hanche, variété postéro-supérieure, montrant l'atrophie musculaire et tous les signes propres de cette affection articulaire.

Au genou, la tubérosité antérieure du tibia se montrait saillante, augmentée de volume, mobile, ne montrant aucune liaison à son implantation osseuse.

Les radiographies ont été interprétées par deux radiologues autorisés, et leur diagnostic a été le suivant: "maladie de Perthes (hanche); maladie de Schlatter (genou); toutes deux, guéries".

D'après Sappey, l'ossification de la tubérosité se fait de telle manière que la partie supérieure est déjà soudée à l'épiphyse vers la quatrième année, tandis que sa partie inférieure ne l'est que beaucoup plus tard.

Chez ce malade, la séparation de la tubérosité était com-

plète; l'image radiologique n'était point celle que Schinz et autres ont signalée dans la maladie de Schlatter.

On peut donc conclure; la tubérosité a été arrachée de sa base; il y a eu en outre, des troubles ostéogénétiques du noyau tubérositaire, empêchant la soudure normale, (apophysite, ostéochondrite).

Quant a la lésion de la hanche, c'était une maladie de Perthes.

Final stage of an apophysitis of the anterior tuberosity of the tibia

DR. FERNANDO OPAZO

(Summary)

A case is dealt with in which the diagnosis was a matter of surprise both for the clinician and the radiologist.

The patient had entered the Hospital for a sprain in the left knee-joint. He was at the time 28 years of age and suffered from his ten years claudication of the left lower limb. This occurred after falling off his horse; in falling, one foot was held by the stirrup, the rider being in this way dragged a long distance. He had subsequently, to remain in bed for three months.

On the examination, an old-standing dislocation of the left hip-joint (on to the Dorsum Ilii) was confirmed, muscular atrophy being present. But in addition, the anterior tuberosity of the tibia was found to be movable, projecting, involved in a swelling, denoting to be entirely separated from the main bone.

The reports of two distinguished radiologists pointed out a Perthes'disease of the hip-joint and Sch'atter's disease of the knee-joint, both healed.

According to Sappey, the ossification of this part of the tibia gives way to an important modality, namely that the portion of the tuberosity corresponding to the epiphysis becomes firmly fixed to the latter about the fourth year, while the lower part binds to the diaphysis in a very later epoch.

In our case a complete separation of the tuberosity was clearly shown by the radiograms, which does not occur in Schlatter's disease, according to Schinz and others as well. Therefore, the following conclusions have been settled: pulling-off of the tuberosity followed by a trouble in its osteogenital ability (apophysitis, osteochondritis), hindering its re-binding to the tibia.

As to the hip-joint change, it was a Perthes'disease.

BOLETIN

DE LA

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE CHILE

PUBLICADO POR

ERNESTO GREENE O.

SECRETARIO GENERAL

Y

LEONARDO GUZMAN Y JORGE CASTRO

SECRETARIOS ANUALES

Vol. VIII

Año 1930



SANTIAGO DE CHILE
IMP. CISNEROS.—SAN FRANCISCO 49
1930

Sesión de 10 de Diciembre de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo.

Acta.

Se lee y aprueba la de la sesión anterior

CUENTA

De un trabajo "Embarazo tubario gemelar" enviado por el Dr. Ruperto Vargas Molinare. Se nombra Relator al Dr. Víctor Gazitúa.

De una moción del Dr. Lucas Sierra, para que la Mesa Directiva de la Sociedad de Cirugía se dirija a la de la Sociedad Médica, para que juntas elaboren una o varias sesiones de conjunto sobre temas médico-quirúrgicos. Para los temas designados se nombrarían Relatores de ambas Sociedades.

Se podrían celebrar estas reuniones en una fecha para el año próximo.

Se dió por aprobada esta indicación.

Comunicaciones:

Bocio y Enfermedad de Basedow

DR. ALVARO COVARRUBIAS P.

Desde la fundación de nuestra Sociedad me vengo ocupando en varias comunicaciones del interesante problema del bocio y sus modalidades. Después de las comunicaciones de los Drs. Sierra, Constant y Zúñiga, al respecto, me ha parecido que no faltaría interés a un análisis de los casos operados personalmente o en los servicios hospitalarios de mi dirección.

Y antes de entrar propiamente en materia, una advertencia: la falta de un histopatologista que concuerde con las ideas del cirujano, hace que a muchos de estos casos dicho examen y así se comprenda, no pueda seguir al Dr. Sierra en la discusión sobre las ideas tan interesantes de Riehoff. Me limitaré a exponer mis ideas, lo que he podido observar en nuestro medio, a indicar mi manera de proceder y mostrar los resultados obtenidos.

Es un hecho conocido y aceptado por todos que no hay una relación directa entre las alteraciones anatomopatológicas del tiroides y las perturbaciones fundamentales que acarrearán al organismo; que un bocio de tal alteración patológica no causa ningún síntoma tóxico, mientras que otro con igual alteración las produce, así que una clasificación basada en dichas alteraciones es engorrosa, difícil y se presta a confusiones. Como en ocasiones anteriores, lo he dicho, acepto para mis casos, la clasificación de H. W. Plummer, de quien dice C. H. Mayo, ser el más preparado en enfermedades del tiroides; clasificación que tiene el mérito de ser sencilla, que se adapta a las alteraciones fisiopatológicas que acarrea el bocio y que todavía permite encuadrar con facilidad el bocio tal como lo observamos en el país, problema que tiene un marcado tinte local.

Se basa esta comunicación en el estudio de 196 casos de bocio operados hasta el 29 de Noviembre, que se descomponen así:

Bocios coloides	11
Adenomas: simples.....	81
con hipotiroidismo	38
Bocio exoftálmico	59
Cáncer del tiroides.....	6
Quiste hidatídico	1

196

El bocio colóideo de la pubertad, simple hipertrofia compensadora de una secreción insuficiente, debe ser tratado con tiroxina y yodo, hasta producir un equilibrio entre las necesidades orgánicas y la producción del principio activo y aún con ventaja hasta producir un ligero grado de hipertiroidismo. No debe operarse nunca antes de los 20 años, y si no se reduce completamente y en pocos días, es porque ya existe un adenoma que se hace aparente después de la reducción de la substancia colóidea o un estado de adenomatosis, en que la glándula aparece aumentada de volumen, dura, aunque en ella no se palpen núcleos grandes de adenomas.

Bocios colóideos han sido operados 11 y un caso es especialmente ilustrativo. Se trataba de una niña de unos 15 años de edad, con un gran bocio, a quien atendí el año 1919, no estando bien esclarecidas en ese entonces las ideas anteriores y después de consultar con varios cirujanos, que aún pensaron en un tumor maligno intervine, extirpando un bocio colóideo enor-

me; a los 6 o 7 meses éste crecía nuevamente y alcanza un tamaño más o menos igual al anterior, nueva intervención y naturalmente nuevo fracaso.

El adenoma simple, sin hipertiroidismo, no produce síntomas, salvo los de compresión por su situación o tamaño o el defecto estético; debe ser siempre operado; por un lado, tarde o temprano, puede producir un hipertiroidismo, o es en ellos donde se injerta el cáncer; se ha demostrado fehacientemente que éste no aparece en un tiroides sano.

En un momento dado, sin que hasta ahora se sepa de una manera precisa, si es el tejido adenomatoso mismo o bien es el adenoma el que incita al tejido vecino a la hiperfunción, es el hecho que se presentan síntomas de tirotoxicosis y tenemos constituido el adenoma con hipertiroidismo, el adenoma tóxico; síntomas que comienzan generalmente por manifestaciones cardíacas: palpitaciones, taquicardias y demás síntomas conocidos y que tienen de característico que una vez que comienzan siguen una marcha ascendente, de donde se desprende lo necesario de una pronta intervención que detendría la marcha del proceso, pero que de ninguna manera podrá volver atrás o a su estado primitivo lesiones establecidas, degeneraciones cardíacas o de cualquier otro órgano.

Plummer distingue muy claramente de los anteriores el bocio exoftálmico, enfermedad de Basedow, enfermedad que no tendría de semejanza sino el nombre y estaría caracterizada por la taquicardia, nerviosidad, perturbaciones gastrointestinales y aumento del metabolismo basal. La hipertrofia y la hiperplasia del cuerpo tiroides serían la característica de la lesión orgánica y el funcionamiento estaría de tal manera alterado, que se produciría una tiroxina de molécula alterada, en que el yodo sería insuficiente o estaría mal colocado, de tal manera que esta tiroxina alterada produciría excitaciones del simpático que explicaría su diferenciación con el hipertiroidismo del adenoma, que se manifestaría principalmente por síntomas cardíacos; aún más, en el Basedow se manifestaría por crisis, siendo en general la primera de ella la más intensa, para disminuir en seguida de intensidad, pero haciéndose el intervalo entre una y otra cada vez más corto, hasta producir un verdadero estado de mal, una verdadera psicosis como hemos visto un caso.

El diagnóstico de hipertiroidismo no es difícil las manifestaciones clínicas: taquicardia, enflaquecimiento, cansancio, etc., y la determinación del metabolismo basal aumentado sobre un 10% de lo normal lo hacen. Sin embargo, hay que hacer notar que no es de ninguna manera indispensable esta determinación;

indudablemente que es un método fiel y que tomadas todas las precauciones para su correcto funcionamiento, es un indicador de primer orden; perfectamente basándose únicamente en la observación clínica, puede uno darse cuenta del aumento del metabolismo hasta observar la curva del peso y del pulso, a un aumento del pulso y a una disminución del peso corresponde un aumento del metabolismo.

Todos nuestros diagnósticos de adenomas tóxicos y de bocio exoftálmico se basan hasta 1928 casi exclusivamente en la sintomatología y en la observación de las curvas de peso y pulso, después de esa fecha hemos controlado todos nuestros diagnósticos con la determinación del metabolismo basal, llegando a encontrar aumentos hasta de 70%.

El aumento del metabolismo basal no guarda relación estrecha con la mayor o menor intensidad de los síntomas y a un índice alto puede corresponder una sintomatología atenuada y viceversa.

Cánceres han sido operados 6, lo que estaría indicando que está lejos de ser una afección tan rara como algunos creen; todos ellos han sido comprobados por el examen histopatológico practicado en 5 por el Dr. Croizet y 1 por el Dr. Espinosa, en todos ha existido previamente el bocio y después de algún tiempo variable, comienza éste a crecer con cierta rapidéz y se hace doloroso. En 3 el diagnóstico se ha sospechado antes de la intervención, en los otros se ha hecho durante ella, teniendo en vista las adherencias con los músculos vecinos.

El quiste hidatídico fué diagnosticado como adenoma y se reconoció una vez practicada la intervención.

Estos 196 casos han dado lugar a 199 intervenciones en el tiroides; 132 tiroidectomías, por bocios colóideos, adenomas simples o con hipertiroidismo y bocio exoftálmico, 59 lobectomías y 7 ligaduras.

Creo que el tratamiento del bocio, salvo las indicaciones ya dichas, es esencialmente quirúrgico, sólo él puede hacerlo desaparecer y cuando da síntomas, detiene la marcha de la afección.

La tiroidectomía subcapsular es la operación de elección, y es lo que hemos hecho 70% de nuestros casos; la lobectomía la hemos efectuado 59 veces, en casos en que el adenoma era fácilmente enucleable, tiene el grave inconveniente que pueden quedar muchos núcleos pequeños que con el tiempo se desarrollan y dan lugar a la reproducción del bocio; a esto se debe que hayamos intervenido 4 veces en pacientes operados anteriormente, 2 de ellos operados por nosotros.

En el bocio exoftálmico, 7 casos se trataron únicamente por las ligaduras de las tiroídes superiores practicados en uno o dos tiempos, todos son casos del comienzo de la serie, tienen el inconveniente que si es cierto producen una sedación de los síntomas y aún una aparente curación de la enfermedad, ésta en general no se mantiene como lo ha demostrado Judd por un período mayor de 5 años. Como tratamiento preoperatorio, la he abandonado en absoluto desde que Plummer publicó el tratamiento por lugol; en los demás casos de la serie se hizo la tiroidectomía.

La mortalidad es de 4; 1 adenoma simple a causa de anemia aguda posoperatoria; 2 adenomas tóxicos; 1 muere bruscamente al salir del hospital, muy posiblemente a consecuencia de las degeneraciones orgánicas producidas por la enfermedad, y el otro a los 18 días a consecuencia de una bronconeumonía, 1, enfermedad de Basedow, muere a las 48 horas de operada; la reacción hipertiroidea consecutiva a la intervención es intensa, pulso muy rápido, se le da digital, y como el pulso cada vez fuese peor, se aumenta la dosis de digital, con el resultado conocido; nos quedamos sin poder explicarnos la causa de esta muerte hasta que a mediados de año viene la publicación de Plummer, en la que dice que la sola eliminación de la digital en estos casos ha bajado la mortalidad de 4% a 1%, para que tuviéramos la explicación de nuestro caso; desde ese entonces no la usamos más, salvo en enfermos que presenten signos de descompensación cardíaca, único caso en los que estaría indicada.

Los resultados obtenidos pueden considerarse como bastante buenos, grandes complicaciones no las hemos observado, salvo una que otra parálisis transitoria de una cuerda vocal. En el bocio colóideo y el adenoma simple, junto con la extirpación del tumor desaparece la enfermedad, y si existen síntomas, éstos desaparecen inmediatamente y la curación se obtiene en pocos días, los que demora en curar la incisión o poco más.

En el adenoma tóxico, la impregnación del organismo por la secreción aumentada demora en eliminarse y si los síntomas más aparentes como la taquicardia desaparece a los pocos días de la intervención, la curación total del paciente demora algo más, desde que sabemos que la tiroxina tarda en eliminarse por lo menos 14 días; lo mismo puede aplicarse al bocio exoftálmico. Tenemos enfermas operadas de esta última afección más de 10 años y que han podido soportar una de ellas afecciones tan graves como una septicemia puerperal, con localizaciones múltiples; obeso pulmonar, mastoiditis y otras han tenido embarazos sin dificultad alguna.

En dos casos nuestras esperanzas han fallado; se ha tratado de casos de bocio exoftálmico. El tratamiento falla porque no se extirpa la cantidad suficiente de tejido tiroideo, una de ellas reoperada recobró prontamente su salud, el pulso bajó a 80.

El tratamiento preoperatorio de un paciente con bocio varía de uno a otro y, sobre todo, según la clase de bocio de que se trate; fuera de los cuidados generales inherentes a toda operación, es nuestra costumbre hacer siempre un examen laringoscópico que demuestre el estado de las cuerdas vocales; aunque sin manifestaciones claras de su lesión, pueden presentar una cierta parésia y aún parálisis de una de ellas producidas por la compresión del tumor, no siempre el bocio más grande es el que la produce, sino a veces los pequeños, por su situación hacia atrás, o bien por desviación de la tráquea y elongación del lado opuesto. Sin este examen previo, se estaría más de una vez tentado a achacar a la operación una lesión que ya existía.

En el adenoma con hipertiroidismo, es útil tratarlo con tiroxina para reducir la substancia colóidea y el grado de insuficiencia que pueda existir.

En el adenoma con hipertiroidismo, ya que se trata de una verdadera intoxicación, debemos tratarlo como tal, sin que por cierto este tratamiento postergue la intervención demasiado. Gran cantidad de líquido, 3 y 4 litros de agua por diferentes vías, reposo tanto físico como moral hacen bajar el metabolismo y operar en mejores condiciones. Respecto al tratamiento preoperatorio con yodo preconizado por autores extranjeros, sus resultados han sido francamente malos; el hipertiroidismo ha aumentado hasta producir una psicosis en uno de ellos; posiblemente el uso sin consideración del yodo, tanto en cantidad como en duración, sean la causa. Actualmente se está ensayando la solución del lugol y vigilando su acción con la dosificación del metabolismo.

Es un hecho conocido que la intervención quirúrgica en el Basedow en período de crisis, adquiere una gravedad extrema, no así eligiendo el período de calma, de aparente curación; todos nuestros esfuerzos deben dirigirse hacia tal resultado, el reposo tanto físico como moral e intelectual, la cura de desintoxicación son ayudantes de primer orden. En nuestros primeros casos, conseguido este efecto, efectuábamos la ligadura de una tiroidea superior y a la semana siguiente la de la otra y, según la reacción que presentaba el paciente, efectuábamos o no la ti-

roidectomía a los 3 meses o después. Desde que Plummer publicó los resultados obtenidos con el lugol, abandoné las ligaduras; nunca más las he hecho y traté estos enfermos con lugol (yodo 5%, yoduro de potasio 10%). Creo innecesario insistir en que se trata solamente de un tratamiento preoperatorio; pasados los 15 días, más o menos, su acción cesa y, aún más, los enfermos que han sido tratados una vez y son por una segunda, en ésta su acción es menos manifiesta.

La dosis varía según el paciente; nuestra costumbre ha sido tratarlos con 5-10 gotas, 3 veces al día durante 10-12 días, hasta obtener una sedación manifiesta de los síntomas, cesación del estado nervioso, y mantención del pulso alrededor de 90, y aumento de peso; en el último tiempo, nos guiamos por la curva de descenso del metabolismo. El día antes de la operación aumentamos la dosis a 10 gotas cada 3 horas, más o menos unas 60 gotas y el día mismo 20 gotas por la mañana. Inmediatamente después de la operación, 40 gotas en suero glucosado, 1 litro, y en la tarde 10 a 20 gotas, según las necesidades. Los días siguientes la dosis varía, según la reacción hipertiroidea, en general, no pasamos de la dosis preoperatoria para disminuirla el 4.º-5.º día a 5 gotas, que toman los enfermos durante un mes.

Con este tratamiento hemos conseguido que la reacción hipertiroidea tan intensa antes en algunos enfermos, sea ahora apenas manifiesta, a lo más presentan taquicardia que rara vez sube de 120 y por algunas horas; la bolsa de hielo más que las aplicaciones frías dan cuenta de ellas.

Casi todas nuestras intervenciones han sido efectuadas con anestesia local, que con el tiempo ha ido variando el *modus operandi*; actualmente usamos la anestesia troncular, novocaína al 0.5%, sin adrenalina en los casos de hipertiroidismo, con ella en los otros. Una hora antes de la operación, 0.01 gr. de morfina en solución de sulfato de magnesio a 25%. Obtenemos una anestesia bastante buena y que nos permite hacer la tiroidectomía sin sufrimientos para el paciente.

Incisión transversal de la piel, desprendimiento de los colgajos piel, tejido celular y muscular cutáneo, teniendo cuidado que el desprendimiento del colgajo superior alcance por encima del polo superior de la glándula. Separación o sección de los músculos pretiroideos y comenzamos siempre por la ligadura de una de las tiroideas superiores, ya que son ellas las que dan la mayor cantidad de sangre al cuerpo tiroideo, los dos tercios; ligada la arteria y haciendo tracción sobre su pedículo enucleación y sección del lóbulo correspondiente, dejando un trozo de cápsula posterior, no empecinándose nunca en querer extirpar el

tiroides en un solo block, que si puede tener un afecto teatral, puede complicar inútilmente la operación. En este tiempo debe tenerse sumo cuidado con las paratiroides y el nervio recurrente debiendo tenerse presente que recurrente que se ve es recurrente que se lesiona; y hemostasis cuidadosa de la sección que corrientemente la hacemos por sutura de los bordes y reposición de los planos superficiales. Se deja uno o dos tubos de drenaje delgados que salen o por la parte media o en los ángulos de la incisión cutánea para recoger la sangre y el líquido tiroideo que filtra e impedir su absorción; estos drenajes se retiran a las 24 horas y los puntos de sutura de la piel, ganchos de Michel a las 48 horas. Los enfermos se levantan en la semana, plazo que varía según la variedad de bocio.

Los cuidados posoperatorios no difieren grandemente de los de cualquiera intervención quirúrgica, salvo en los casos tóxicos. Cuando se trata de adenomas y después de la tiroidectomía, se presenta una reacción hipertiroidea de alguna intensidad, las aplicaciones frías, aún las envolturas, producen un alivio considerable y la disminuyen grandemente, lo mismo en el Basedow, en los que, como ya dijimos, el lugol es una gran ayuda.

Complicaciones hemos tenido muy pocas y salvo un caso de anemia aguda con muerte de la paciente, las demás han sido pasajeras; paresia de uno de los recurrentes, que han recuperado su función a breve plazo o que ha sido suplido por el otro sano.

El problema del bocio es un estudio muy interesante, es de la glándula más ricamente irrigada y sus funciones en el metabolismo orgánico son de primera importancia. A pesar de conocerse su principio activo queda aún mucho que estudiar sobre su fisiología y aún más sobre su fisiopatología y las modificaciones que acarrear en el organismo sus enfermedades.

En la clínica Manuel Barros Borgoño, se efectúan algunos estudios que por ahora sólo puedo enunciar, son estudios difíciles, delicados y largos, que sólo después de algún tiempo permiten llegar a algún resultado.

Con el Dr. Eduardo Cruz Coke y el Sr. Julio Cabello, estudiamos la yodemia en los diferentes bocios y hemos podido decir en el Congreso de Medicina de Lieja de este año que mientras la yodemia normal es alrededor de 43,2 gamas por 100 c. c. de sangre, en el Basedow ésta aumenta enormemente hasta 190; determinada en 4 enfermos da un término medio de 118; si a estos enfermos se les da lugol, la yodemia disminuye y se observa un cierto paralelismo con el metabolismo basal y los síntomas clínicos, mientras que en un individuo normal aumenta

con la cantidad de yodo ingerido. Vuelve a subir después de la operación a un nivel vecino al primitivo; pero hay que hacer notar que los enfermos después de la intervención reciben una cantidad de yodo apreciable.

En el adenoma tóxico la yodemia aumenta cada vez más.

Se podría pensar en una diferencia entre la yodemia del Basedow debida a una hipertirotoxinemia y la yodemia del bocio simple, debida a una hiperyodemia con hipotiroxinemia.

Talvez se podría poner el problema de la patogenia de los bocios en general en las reacciones de síntesis y de fijación de la tiroxina y del yodo al nivel del tiroides.

Uno de mis internos, la Srta. Blanca Andrade, investiga la reserva alcalina en los diferentes bocios y por ahora parece desprenderse de los casos estudiados que en el bocio exoftálmico existe acidosis tanto en el plasma como en los glóbulos, con el lugol disminuye la acidosis en ambos.

En el adenoma tóxico pasaría algo igual.

En el adenoma simple, el plasma sería normal, habría acidosis en los glóbulos.

En el hipotiroidismo habría alcalosis; tratado con tiroxina, se presentaría acidosis que estaría en relación con la cantidad ingerida.

Quistes de los Ovarios

DRA. ELEANIRA GONZÁLEZ DONOSO

RELATOR: DR. EDUARDO DE RAMÓN

Creemos de interés presentar a esta Sociedad los dos casos clínicos que a continuación relatamos:

El 26 de Marzo del pte. año ingresa a la clínica una enferma de 34 años de edad que no tiene entre los antecedentes hereditarios nada de importante. No acusa tampoco enfermedades anteriores.

Regló a los 12 años escasas, indoloras, duraban tres a cuatro días. Nota que desde hace 6 meses se han hecho do'orosas y más escasas en cantidad pero se prolongan hasta 6 días. La última el 13 de Marzo. Ha tenido 4 hijos de término vivos y sanos y un aborto espontáneo de tres meses.

La enfermedad actual comienza hace un año con molestias gástricas vagas, sensación de plenitud después de las comidas; a veces flatulencias y acideces. Hace seis meses, nota aumento



Fig. N.º 1. Obs. N.º 2.—Antes de ser operada

de volumen del abdomen que se ha ido acentuando progresivamente.

En Febrero de este año, tiene una crisis dolorosa al hueco epigástrico sin relación con la ingestión de alimentos, vómitos intensos alimenticios y biliosos, que duró 2 días y pasó con tratamiento médico. Desde entonces, ha quedado con dolores periumbicales y el aumento de volumen del abdomen se ha acentuado.

El examen clínico nos revela un abdomen abultado, pequeña hernia umbilical reductible; gran desarrollo vena o de la pared. A la percusión macicez absoluta de límite superior cóncavo que varía con los cambios de posición. En las extremidades inferiores ligero edema.

Examen Genital. — Vulva abierta, vagina amplia, útero cuello de múltipara duro, irregular, cuerpo aumentado de volumen desviado a la izquierda, movable, doloroso. Fondos de saco vagi-



Fig. N.º 3, Obs. N.º 2.—Después de ser operada

nales ocupados. **Anexos;** el izquierdo se palpa, hzy una masa del tamaño de dos puños adherida, fluctuante y dolorosa. En el lado derecho hay una masa también fluctuante cuyo tamaño no se puede precisar.

Exámenes de laboratorio. — Radioscopia dice: tórax corto por elevación de ambos diafragmas. Corazón trasversal por la misma causa. Sombra hepática normal. Estómago grande como tirado hacia arriba por algún proceso que se desarrolla en la parte inferior del abdomen. El intestino rechazado a ambos lados en la parte superior. Conclusión: por la forma del rechazo de los órganos abdominales creo se trataría de una colección líquida enquistada (quistes del ovario) más bien que de una ascitis. — (Fdo.) Dr. Ricci.

El 2 de Abril se practica un punción y se extrae una pequeña cantidad de líquido turbio, su examen dió el siguiente resultado: Albúmina 24‰ — Rivalta positiva — Cloruros 7‰ — Examen citológico — Polinucleares neutrófilos 10% — polinucleares eosinófilos 10% — linfocitos 78% — Macrofagos 2‰.



Fig. N.º 2, Obs. N.º 2.—Antes de ser operada

Se interviene el 26 de Abril con diagnóstico de quiste del ovario izquierdo y pequeña hernia umbilical. Anestesia raquídea cocaína, 4 centigramos.

Se hace una incisión infraumbilical paramediana derecha. Apenas se incindió el peritoneo se vacía una gran cantidad de líquido seropurulento cuya cantidad definitiva no era inferior a 5 litros. Explorando los anexos, nos fué fácil reconocer que había en ambos lados, gruesas masas cuya superficie hacía recordar una coliflor. Colocada la enferma en posición de Trendelenbourg se desprendieron ligeras adherencias que habían hacia atrás de estas masas. Se extirpa primero el anexo derecho y se procedió más o menos de la misma manera con el izquierdo peritonizando cuidadosamente en ambos lados. Se cerró, como de costumbre por planos.

La evolución posoperatoria no tuvo ningún incidente y se dió de alta en buenas condiciones, el 7 de Mayo del pte. año.

El examen histopatológico de los tumores dice: "quistes

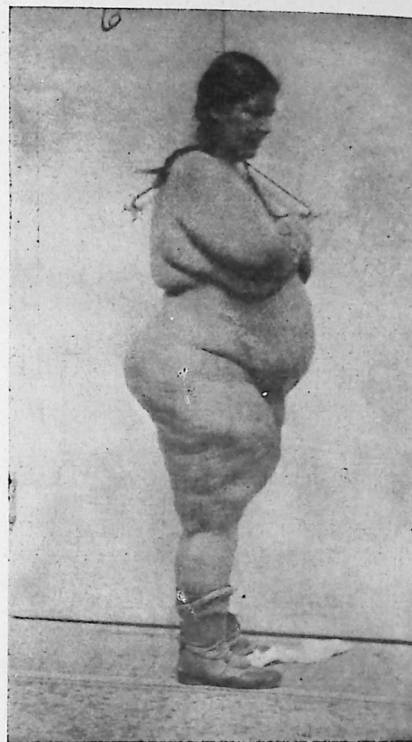


Fig. N.º 4, Obs. N.º 2.—Después de ser operada

wolffianos vegetantes con abundantes vegetaciones papiliformes externas". — (Fdo.) Dr. Croizet.

La segunda enferma ingresa al servicio el 29 de Mayo del pte. año y la historia clínica es la siguiente: erar 35 años. Enfermedades anteriores, sarampión en la infancia. No ha tenido hijos ni abortos. Regló a los 14 años de 3 días de duración abundantes y muy dolorosas y regulares en su aparición. Ultima el 18 de Mayo.

La enfermedad actual comienza hace 8 meses. La enferma es categórica en decir que, hasta esa fecha, nunca ha sentido ninguna molestia abdominal. Lo primero que notó, fué un aumento progresivo de volumen del abdomen que comenzó en la parte inferior. Junto con este aumento de volumen sintió un dolor vago, no muy intenso en la fosa ilíaca izquierda que fué aumentando progresivamente. Cinco meses después de iniciadas estas molestias, nota aumento de volumen de los miembros inferiores uniforme e indoloro.

El abdomen siguió aumentando de volumen poco a poco hasta alcanzar al ingresar al servicio el volumen que se ve en las fotografías N.º 1 y 2. Desde el comienzo de su enfermedad se nota constipada y pasa tres y cuatro días sin obrar.

Hace una semana sin causa aparente, tiene vómitos alimenticios y los dolores a la fosa iliaca izquierda, se acentúan en tal forma que la obligan a guardar cama. Desde entonces no pudo levantarse. Notó disnea intensa que le impedían casi articular las palabras.

Al examen físico comprobamos una enferma de facie angustiada, cianosis de los labios, disnea intensa, no puede articular movimientos activos. Pulso 100, no hay temperatura. Al examen del abdomen se comprueba un enorme aumento de volumen, una hernia umbilical, desarrollo venoso superficial. Hay ascitis, circunferencia a nivel del ombligo 1,70 m.

A la palpación hay dolor intenso en la fosa iliaca izquierda que hace gritar a la enferma.

Examen Genital. — Vulva abierta, vagina amplia; útero, cuello duro irregular de nulípara. Cuerpo imposible de palpar por el enorme grosor de la pared abdominal. Fondos de sacos abombados especialmente el izquierdo, que está doloroso. En el lado derecho no se palpa nada.

Consideramos como tratamiento de urgencia una punción para vaciar el líquido ascítico y el 30 de Mayo se hace una punción y se vacían 17 litros de un líquido amarillo claro cuyo examen de laboratorio dió el siguiente resultado: aspecto transparente — no hay formación de coágulos fibrinosos — Albúmina 17%₀₀ — Linfocitos 98%₀₀ — Polinucleados 2%₀₀ — Glóbulos rojos en regular cantidad — Células escasas.

Después de la punción desapareció en parte la disnea y la enferma se sintió mejor.

El examen de orina reveló un exceso de indicán y de urobilina. Examen de rayos no se hizo por la dificultad enorme para movilizar la enferma.

El 10 de Junio, 2.ª punción con vaciamiento de 7 litros de líquido y el 22 del mismo mes 3.ª punción que vació 4 litros más: lo que hizo un total de 28 litros.

Después de la 3.ª punción se pudo palpar a nivel de la fosa iliaca izquierda un tumor del tamaño de una cabeza de feto blando y muy doloroso a la presión.

El 1.º de Julio se interviene con el diagnóstico de hernia umbilical y posible quiste degenerado del ovario izquierdo.

Se hace una enorme incisión en rebanada de melón para extraer el saco herniario y gran cantidad de tejido adiposo (Li-

pectomia) que pesaba alrededor de tres kilos. Se desprendió bien el tejido grasoso, se ligaron los vasos y se procedió a liberar la hernia epiploica adherente al saco. Terminado este tiempo de la operación, se agranda la incisión peritoneal de arriba a abajo y se vacía aún como dos litros de líquido ascítico; se pudo, entonces, reconocer tumores quísticos vegetantes de ambos ovarios. El izquierdo había sido puncionado. Se extirparon, se limpió proflijamente la cavidad y se cerró el peritoneo con puntos separados. En el tejido celular se pusieron puntos de catgut en U protegiéndolos con pequeños tubos de goma, para evitar en lo posible la supuración del tejido celular.

El examen histopatológico de los tumores fué: quistes vegetantes wolffianos. — (Fdo.) Dr. Croizet.

El período posoperatorio fué sin importancia. El tejido celular supuró regularmente, pero a pesar de ello la cicatrización se hizo en buenas condiciones y 25 días después podía la enferma levantarse y darla de alta (fotografía N.º 3 y 4).

Hace poco días vimos esta enferma y está en perfectas condiciones. Sabido es, que la etiología de los tumores del ovario no es aún bien conocida y por esta causa es que hay una serie de divisiones, según los autores que las han hecho.

Así Lécene y Leriche los dividen en tumores líquidos y sólidos y éstos en benignos y malignos. División ésta que sólo tiene importancia bajo el punto de vista terapéutico. En un capítulo aparte estos autores estudian los quistes Wolffianos y los dividen en tumores vegetantes típicos y tumores vegetantes malignos, dando como carácter propio de los primeros el hecho de que sus vegetaciones, una vez que han salido fuera de la cápsula del tumor se injertan en el peritoneo, asas intestinales y otras vísceras a manera de metastasis y producen gran cantidad de ascitis que a veces llega a cifras fantásticas (80 litros en un caso de Pfannenstiel). Esta ascitis es, dicen los autores nombrados, de color amarillo o bien ligeramente turbio. Apesar de los injertos en la cavidad abdominal pueden ser operados y dar curaciones definitivas.

Los tumores vegetantes malignos pueden formarse, dicen Lécene y Leriche de diferentes maneras: 1.º ya es la degeneración maligna de un tumor mucóideo o bien maligno desde un comienzo y producen entonces sus vegetaciones hacia el peritoneo. La ascitis que dan estos tumores es de color lechoso y en otras ocasiones sanguinolentas, se acompañan además de gran enflequecimiento y a veces estado caquético, al contrario de los benignos que pueden desarrollarse en mujeres con un aspecto floriente. Otro autor que se ha ocupado mucho de los tumores

del ovario es Pfannenstiel y considera que los quistes vegetantes son en el 60% de los casos bilaterales y que la presencia de ascitis se presenta en el 80% de los casos, siempre es muy abundante y se reproduce con gran facilidad.

Respecto a la malignidad, Pfanueustiel cree que la malignidad histológica no corresponde a la malignidad clínica y cita casos en que ha habido una larga sobrevivencia en tumores vegetantes histológicamente malignos y en otros casos diagnosticados benignos recidivas rápidas con muertes de las enfermas.

Respecto a la patogenia de estos tumores, gracias a los trabajos de Olshausen, Fihel, Doram y Howel, se sabe hoy día que los tumores vegetantes se desarrollan en los restos del cuerpo de Wolff, del hilio del ovario. Confirma la teoría de estos autores, el hecho de haber encontrado en estos tumores las mismas células cilíndricas con cilios vibrátiles del cuerpo de Wolff y además la localización intraligamentosa que tiene la mayoría de ellos.

Masson que se ha ocupado también de la histología de los quistes del ovario, ha podido demostrar elementos celulares en todo semejantes a las células de restos del cuerpo y conducto de Wolff, en las diferentes capas del ovario y de aquí desarrollarse entonces los tumores vegetantes.

Estos quistes, por la gran cantidad de ascitis que producen pueden confundirse con cirrosis hepáticas en algunos casos; con insuficiencia cardiorenal, como nos pasó con la 2.^a enferma que presentamos. En esta misma enferma se pensó también que podía tratarse además de una insuficiencia tiroovárica.

Respecto a las punciones, creemos que deben hacerse cuidadosamente, tratando sólo de vaciar el líquido ascítico sin romper los quistes porque en este caso, se predispone a los injertos y metástasis.

Resumiendo podemos decir: que los quistes Wolffianos vegetantes de los ovarios, sean no malignos, son tumores que dan metástasis e injertos en el peritoneo, que producen gran ascitis, cuya coloración varía según la benignidad o la malignidad del tumor y que esta benignidad o malignidad no está en relación con el pronóstico posoperatorio. Para verificar lo dicho, recordaremos aquí el caso de una enferma de 35 años de edad, operada en Febrero de 1928, de un quiste vegetante del ovario izquierdo, con ascitis, con adherencias a las asas intestinales e injertos en el peritoneo, que se encuentra perfectamente bien hasta la fecha.

Los dos casos de quistes vegetantes de los ovarios, presentados a esta Sociedad por la doctora señorita Eleanira González Donoso, son en extremo interesantes.

Con ocasión de un caso semejante, presentado por mí a la Sociedad de Cirugía en 1925, tuve oportunidad de recalcar algunos hechos, confirmados en el trabajo que ahora relato. Desde luego, llama la atención la gran cantidad de líquido ascítico secretado por las papilas de estos tumores, a tal punto de confundir el diagnóstico. Muchas veces los primeros síntomas se presentan del lado del aparato digestivo y no hay trastornos de funcionamiento en el aparato genital. Se cree en una ascitis dependiente de una afección de medicina interna y se efectúan punciones a veces en número tan sorprendente como en un caso de Michel, que sufrió 84 veces la paracentesis. Mi enferma, de hace 5 años la había sufrido 14 veces en el espacio de 4 años, antes de sospecharse su origen. Verdad es que la causa principal de estos errores consiste en la falta de examen genital, el cual debe hacerse siempre en casos de diagnóstico difícil, pero hecho no por simple palpación abdominal, sino por un prolijo examen bimanual, o sea, combinando el tacto vaginal con la palpación abdominal. En casos en que aún la duda persista, una punción previa permite una mejor exploración.

Salvo esta necesidad de facilitar un examen o la de descomprimir un abdomen con exceso de líquido, produciendo disnea, edema de los miembros inferiores y demás trastornos graves de compresión, estimo inútil la punción. Es así que la justifico en el segundo de los casos presentados por la doctora González, en que se necesitaba descomprimir de urgencia el vientre, pero no en el primero, en que el líquido no era abundante, ni causaba molestias de importancia y, sobre todo, porque ya se había hecho el diagnóstico de tumores ováricos, lo que el caso segundo aún no se sospechaba. Con el diagnóstico hecho, vale mejor la operación desde luego.

La bilateralidad de estos dos casos confirma la frecuencia con que este hecho se encuentra, 60% de las veces para Pfannenstiel, 73% para Estor. Otro hecho frecuente es su inclusión intraligamentaria, 50% de las veces para Pfannenstiel, 80% para Tedenat y sólo 20% para Estor, quien estima que muchas son sólo falsas inclusiones por adherencias. En los casos relatados no había inclusión, según parece desprenderse de la descripción operatoria, sino simplemente adherencias.

Me llama la atención que en ambos casos se haya conservado el útero, siendo habitual extirparlo junto con los anexos, tanto porque facilita la operación, cuanto porque suele a menudo estar muy adherido y aún invadido por las masas vegetantes. En mi caso de 1925 se hizo una extirpación total. Es posible que en los dos casos de la Doctora González haya estado el útero

libre y sano, y se haya estimado más fácil la operación, conservándolo. Personalmente yo extirpo siempre el útero cuando es necesario extraer los anexos, con mayor razón en casos de quistes vegetantes con masas papilares externas, lo que ya indica una franca tendencia a la malignidad.

En cuanto a la parte histopatológica, es sensible que no se haya agregado un mayor detalle en los informes. Ambos hablan sólo de quistes vegetantes wolffianos, lo que ya la operación había señalado. Pero no se indica su variedad.

Se describen tres clases:

El **adenoma papilar** (Pfannestiel), cuando el epitelio cilíndrico que recubre las papilas es más o menos regular de aspecto y de disposición. Es el más frecuente y el menos peligroso, ya que es histológicamente benigno.

Cuando el epitelio toma un carácter metafísico, se llama **adeno-carcinoma papilar**, verdadero epiteloma y, por tanto, maligno. Su frecuencia es mucho menor que el anterior. A veces sólo existe en algunos puntos del tumor.

Por fin, cuando el tejido conjuntivo toma parte en la degeneración, se habla de **adeno-sarcoma papilar**, cuya malignidad su nombre lo indica.

Es importante en cada caso conocer la variedad de que se trata para fundar un pronóstico aproximado. Aunque éste no puede asegurarse, ya que, como muy bien lo afirma la Doctora González, el pronóstico no está siempre en relación con la variedad histológica de estos tumores. Algunos clínicamente e histológicamente benignos recidivan, dan metástasis y terminan rápidamente con la enferma. Otros, en cambio, con ascítis abundante, con brotes papilares implantados sobre los diferentes órganos abdominales, aún con operaciones limitadas sólo al foco principal, se ve retrogradar las propagaciones y se produce una curación clínica sin recidivas ulteriores.

Esta misma inestabilidad del pronóstico y el hecho de que se considere que el porcentaje de malignidad clínica no va más allá del 13%, indica que en estos tumores debemos tentar siempre el único recurso de curación, que es la operación y ésta debe ser lo más radical que las circunstancias lo permitan.

Discusión:

Dr. Opazo. — Pide se deje pendiente para la próxima sesión.

Estudio Radiológico de las Úlceras del Estómago

DRS. LUIS OPAZO Y FÉLIX DAZA

Debemos manifestar en primer lugar nuestros agradecimientos a la Sociedad de Cirugía, por su gentileza al permitirnos leer este trabajo, que puede servir de complemento al presentado en la sesión anterior por los Drs. Aguilar y Martínez.

No tiene de original sino el presentar una reducida estadística de los casos de úlcera gástrica, estudiados en el Laboratorio de Radiología del Hospital Clínico, con su comprobación operatoria, durante el último año y medio.

Los signos radiológicos de la úlcera gástrica, no constituyen para nadie una novedad, pues el libro o atlas más elemental que trate de las enfermedades del estómago, los presenta en forma clara y completa.

En el año 1924, Moynihan expresaba: no hay en patología un diagnóstico clínico que sea más incierto que el de la úlcera gástrica. No existen sino dos métodos seguros y ciertos para su diagnóstico: **la radiología y la intervención quirúrgica.**

Debido a los progresos realizados por la radiología, es posible afirmar que un diagnóstico de úlcera gástrica basado en los signos directos, tiene un valor prácticamente positivo en el ciento por ciento de los casos. En el estudio radiológico de esta enfermedad, es preciso distinguir signos directos y signos indirectos. Los signos directos son: **el nicho y la rigidez-rectitud**, de un segmento del estómago.

Nicho. — Descrito por Reiche, estudiado e interpretado por Haudeck y Faulhaber, en lo que verdaderamente vale, es una saliente más o menos grande, cuyo carácter principal es la persistencia, ya sea después del cambio de posición o de las maniobras manuales de compresión. Según su tamaño, se les ha clasificado en nichos típicos de los franceses (accessory pocket de los americanos) y atípicos (nichos propiamente tales). Los primeros son grandes, regulares, pediculados y presentan líquido de retención y en ellos es fácil observar un segundo nivel de secreción por encima del bario que los ha llenado y una burbuja de aire por sobre ambos.

Los nichos atípicos constituídos a veces por una irregularidad más o menos grande de un segmento determinado del estómago, sin que exista una gran cavidad, tienen de característico, como en los anteriores, su persistencia.

Una consecuencia del nicho es la mancha suspendida que queda en el lugar de la úlcera una vez que se ha vaciado esta



1. Gran nicho en el tercio superior de la pequeña curvadura. (operado)

parte del estómago, cuando el bario se ha sedimentado en el fondo. La mancha suspendida es más constante y persistente, cuanto más grande y pediculado es el nicho.

Rectitud-rígida. — Normalmente la pequeña curvadura presenta un aspecto ligeramente ondulado, con cierto grado de flexibilidad, modificado por las contracciones peristálticas. Cuando una úlcera se manifiesta por el signo que se describe, resalta a la vista un segmento mayor o menor recto y rígido que no se modifica con las contracciones peristálticas, ni con los cambios de posición, ni con las maniobras manuales. Esta rectitud rígida puede, y por lo general acompaña al nicho, en su base, ya sea hacia abajo o hacia arriba del estómago, tiene de característico, como en el nicho, su persistencia.

Signos secundarios. — Como su nombre lo indica, no constituyen por sí solos un valor cierto de diagnóstico. Generalmente acompañan al nicho o rectitud. Cuando faltan, no quitan valor

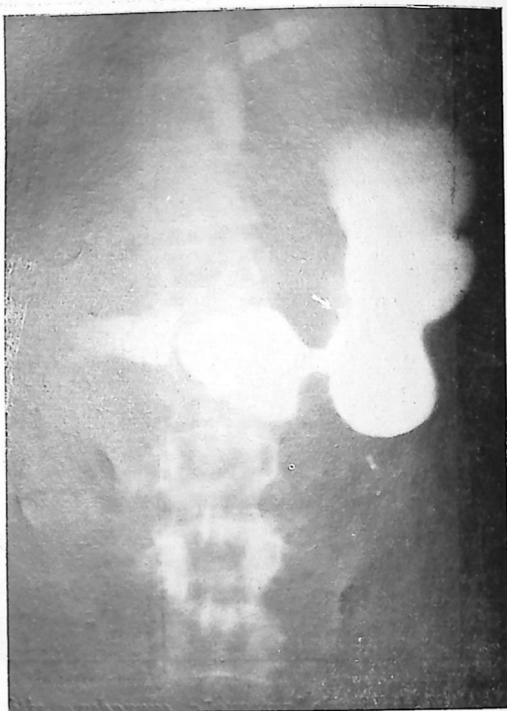


2. Rectitud rígida de la pequeña curvadura, sitio de la úlcera. (operado)

a ellos y no modifican su importancia. Cuando se presentan aislados, no debe basarse en sólo su presencia el diagnóstico definitivo de una lesión orgánica. Estos signos secundarios son: el espasmo de la gran curvadura, el dolor localizado y los trastornos de la motilidad, tonus y evacuación del estómago.

El **espasmo** de la curvadura mayor es una incisura que se presenta en el estómago como un reflejo cuyo punto de partida puede estar en el estómago o fuera de él (ulcus gástrico o duodenal, apendicitis, colecistitis, perivisceritis, etc.). Según los autores, el espasmo es más persistente y se modifica poco o nada con los antiespasmódicos. En las úlceras gástricas se presenta frente a ellas, más o menos profundo. Nosotros en muy contadas ocasiones hemos encontrado tal espasmo y no con mayor frecuencia, ni más persistente que los espasmos reflejos de la vesícula biliar, ulcus duodenal, etc). De aquí la poca importancia de este signo cuando se presenta aislado.

El **dolor** es un signo precioso cuando acompaña a los signos directos; aislado es un guía de primer orden que pone en guardia para nuevos exámenes de control y observación atenta

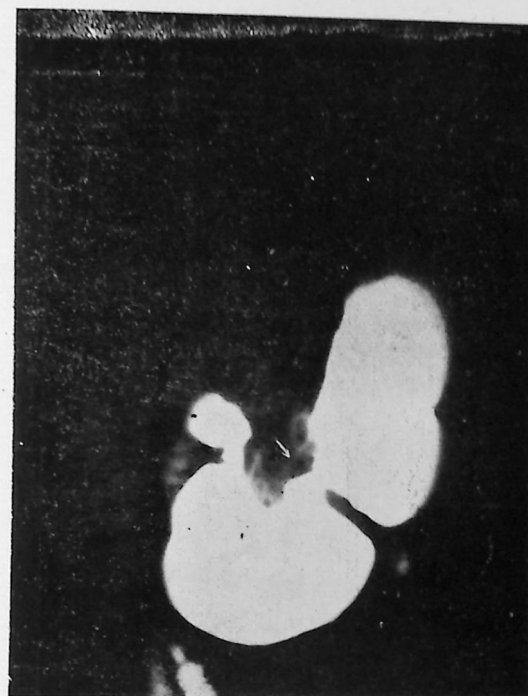


3. *Rectitud rígida de la pequeña curvatura, en la base del nicho; región que respetan las contracciones peristálticas que son bastante enérgicas en el resto del estómago. (operado)*

del enfermo. Cuando es constante en exámenes repetidos y se acompaña de otros signos de probabilidad y está de acuerdo con la clínica, aumenta de una manera cierta la sospecha de una lesión orgánica.

El retardo de la evacuación del estómago de más de 6 horas se observa en más de un 55% de los casos, según Carman. No se trata, por supuesto, de úlceras pilóricas o situadas cerca de él, que por un proceso cicatricial puedan obstruirlo, sino de aquellas situadas a distancia y cuyo mecanismo es muy discutido (espasmos, hipotonía).

El tonus y peristaltismo tienen menos valor que los signos anteriores. Pueden presentarse indiferentemente estómagos de tonus normal, hipo e hiperperistálticos. Se exceptúan aquellas úlceras que obstruyen el píloro, en las cuales el estómago es hiperperistáltico en forma enérgica y desordenada para tratar de vencer la resistencia que el píloro ofrece al paso de bario;

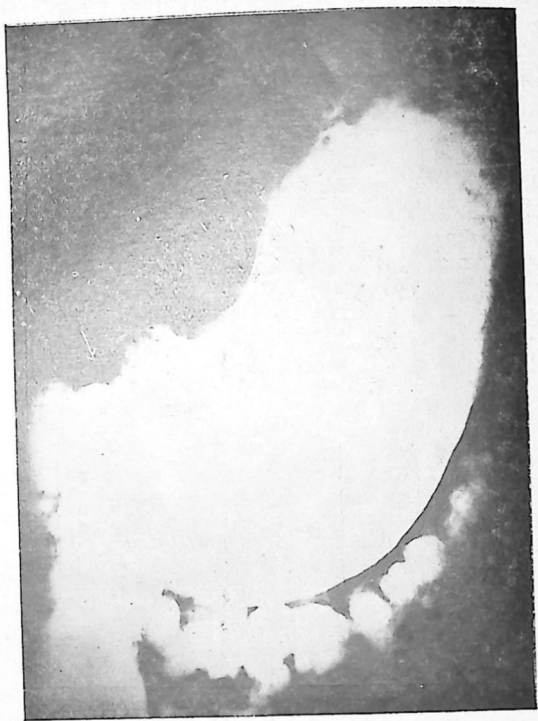


4. *Úlcera de la pequeña curvatura, frente a un espasmo que casi bilocula el estómago. (operado)*

naturalmente que esto se observa siempre que la enfermedad no haya avanzado de tal manera que el estómago se presenta en forma de un saco inerte sin poder contráctil. Lo que es casi absoluto es la falta de contracción del segmento ulceroso, ya sea que se manifieste por el nicho o por la rectitud rígida. Por lo general la onda peristáltica nace por debajo del punto lesionado, y si nace por encima, la onda lo respeta y no lo modifica.

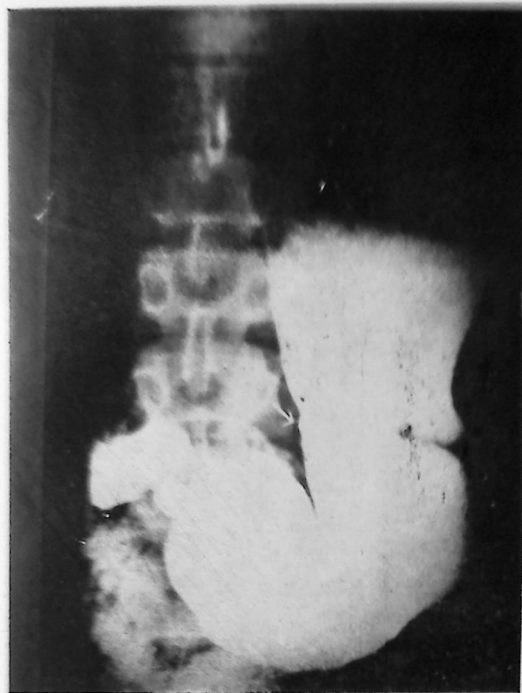
El estudio de los pliegues de la mucosa en el diagnóstico de las lesiones orgánicas del estómago, ha tenido sus períodos de auge y de decadencia. Está basado en el hecho anatómico de que los pliegues engrosados convergen hacia un punto que es el sitio de la úlcera. De su valor trataremos, según nuestra escasa experiencia, más adelante.

En líneas generales, el nicho es la manifestación radiológica más común e importante de la úlcera gástrica. No siempre su dimensión indica el tamaño real de la úlcera; está más bien



5. Estomago muy grande (retención de 48 h.) por obstrucción incompleta del píloro debidó a úlceras múltiples de la región pre-pilórica. (operado)

en correspondencia con la parte rígida, no contráctil de un segmento determinado del estómago. Hay nichos pequeñísimos que corresponden a una gran úlcera callosa: en estos casos el nicho está implantado en una zona de rectitud rígida más o menos grande. Hay nichos que desaparecen al examen radiológico más prolijo, con el simple reposo o régimen dietético, sin que esto signifique que la lesión anatómica haya curado. Presentamos un caso de esta naturaleza, en que el primer examen del enfermo reveló sin lugar a dudas la presencia de un nicho y se diagnosticó categóricamente una úlcera del tercio superior de la pequeña curvatura del estómago. En un examen de control repetido después de algunos días, no nos fué posible encontrar el nicho. Con esta desigualdad diagnóstica, el enfermo fué enviado a otro radiólogo, el que también quedó en la duda. El enfermo fué enviado nuevamente en consulta a nuestro servicio y allá se resolvió que no podía tratarse sino de una úl-



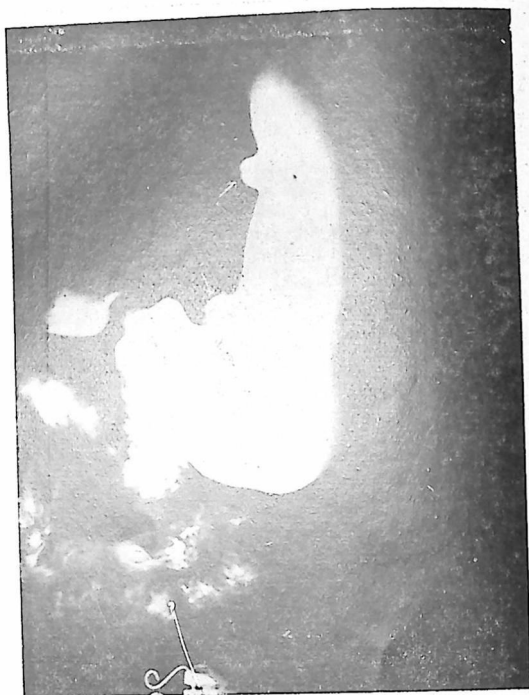
6. Doble nicho, hacia la cara anterior y posterior de la pequeña curvatura, frente a un espasmo de la gran curvatura.

cera gástrica, dada la nitidez del cuadro radiológico obtenido en el primer examen. En vista de esto se resolvió la operación y se encontró la úlcera en el sitio indicado por la primera radiografía.

De aquí se desprende la importancia preponderante de un estudio clínico bien hecho, pues un examen de laboratorio, como es el de rayos X. negativo, no puede negar la existencia de un proceso ulcérativo en evolución de la pared del estómago.

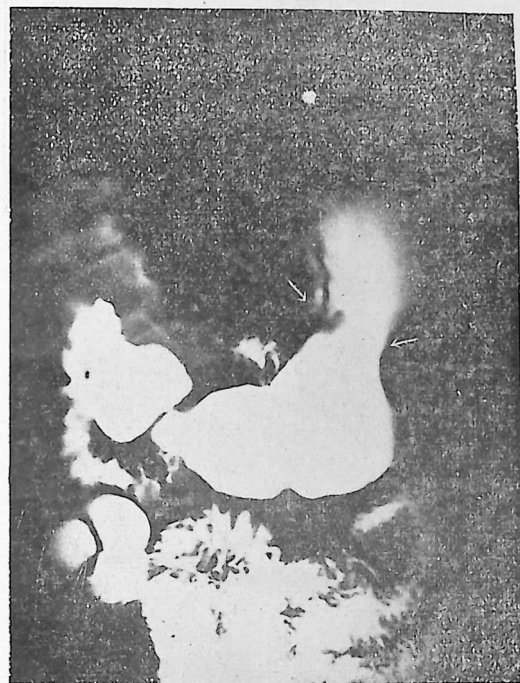
Modo cómo hacemos un examen del estómago

Un examen no es completo en un estómago sospechoso, cuando no se practica la radioscopia y su complemento la radiografía. La radioscopia pone a nuestra vista el estómago desde la llegada de la primera bocarada de bario, hasta su vaciamiento completo. En nuestro laboratorio usamos el sulfato de bario purísimo de Merck, en cantidad de 150 grs., suspendido en una cantidad un poco mayor de agua. La observación de llenamiento



7. *Úlcer a doble de la pequeña curvatura (tercio superior y scísura angular. operado)*

con pequeña cantidad de mezcla que en algunos casos permite la observación de los pliegues de la mucosa, seguir el paralelismo de éstos y observar el tonus del estómago. El examen en posición de pie, en sentido anteroposterior y oblicuo, a derecha e izquierda, permiten ver la pequeña curvatura hacia la cara anterior y posterior. El examen en decúbito ventral hacia el lado derecho (posición de Haudeck) es indispensable, pues es la mejor manera de repletar el antro y la pequeña curvatura. El decúbito dorsal tampoco debe olvidarse en un examen prolijo, pues muchas lesiones se manifiestan en esta posición, lesiones que en las otras posiciones habían pasado desapercibidas. Una vez examinado el estómago con pequeña cantidad de bario se aumenta la ingestión hasta el total llenamiento y se hace compresión sobre sus paredes, ya sea en forma manual (lo que hacemos nosotros siempre) o instrumental. Esta maniobra de compresión es de gran importancia en las úlceras del tercio superior del estómago, pues en numerosas ocasiones después de esta maniobra hemos comprobado la presencia de nichos en que el simple examen era negativo.



8. *Úlcera doble: de la pequeña curvatura en el sitio irregular y saliente; de la gran curvatura en la parte media de la impresión, (zona callosa de la úlcera. operado)*

Frecuencia de los diferentes signos directos, según la localización de la úlcera

Las úlceras de la parte media del estómago son las más fáciles de diagnosticar, pues casi siempre se manifiestan por el nicho o la rigidez, sin que sea necesaria ninguna maniobra extraordinaria y cuya existencia aparece casi invariablemente en las radiografías tomadas en decúbito ventral.

Parece que el estudio de la convergencia de los pliegues de la mucosa no da en este sitio mayor seguridad diagnóstica.

En cambio, en el estudio de tercio superior del estómago se necesita de un cuidado especial. Por lo general, las simples radiografías tomadas en decúbito ventral, que es la posición elegida de ordinario en los servicios, resulta negativa.

Las úlceras en este sitio se manifiestan por un nicho visible, por lo general en posición de pie y ligeramente oblicua, en la mayoría de los casos en oblicua anterior derecha (en que se



9. *Úlcera de la pequeña curvadura (sisura angular). Dilatación distal del bulbo duodenal por una úlcera del duodeno. (operado)*

ve la pequeña curvadura hacia la cara posterior) y con una fuerte compresión del contenido opaco, ya sea manual o instrumental; esta posición es la que nos da en muchos casos la clave del diagnóstico. Como un complemento de la investigación del nicho es indispensable radiografiar los pliegues de la mucosa, que en todos nuestros casos han sido convergentes hacia el sitio de la úlcera.

En el segmento yuxtacardiaco del estómago es donde la investigación y la interpretación se hacen más difíciles. Es aquí donde el estudio de los pliegues de la mucosa tiene un valor inapreciable. Por lo general las lesiones se manifiestan por una falta de paralelismo de los pliegues de la mucosa y por su convergencia hacia el sitio afectado. Es en estos casos, en los cuales la repleción completa del estómago da casi siempre un resultado negativo.

En estos casos los signos indirectos son de gran importancia: el dolor localizado en el sitio indicado por la irregular-

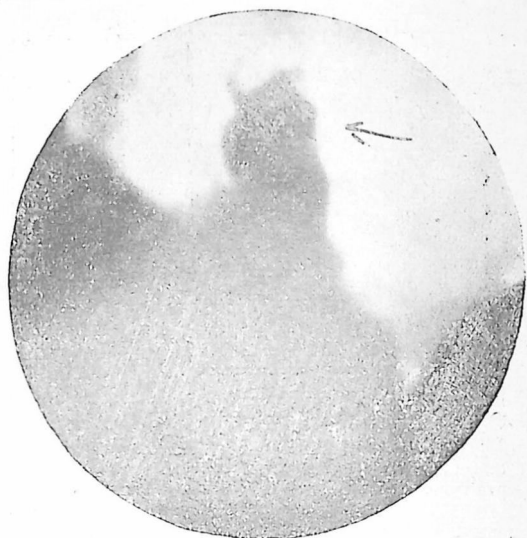


10. *Radiografía localizada en la región piloro duodenal. La flecha indica un nicho producido por una brida que traicionaba la región prepilórica del estómago. (P., piloro; B., bulbo, E., estómago)*

idad de los pliegues de la mucosa, es un signo radiológico de primera magnitud.

Las úlceras del antro no las hemos encontrado sino en muy contadas ocasiones (dos casos). En uno de ellos la lesión producía una obstrucción incompleta del píloro con retención de bario de más de 48 horas; las úlceras eran múltiples y la cicatriz de una de ellas estrechaba el píloro. En el otro caso fué imposible su diferenciación con un neoplasma gástrico, que es lo que en la mayoría de los casos se diagnostica, por ser la afección más frecuente en esta región del estómago.

En el antro es muy importante, además de hacer el diagnóstico diferencial con las bridas que deforman esta región del estómago. En nuestra estadística podemos presentar tres casos de pseudo nichos, producidos por una brida que traicionaba la región prepilórica. Estos nichos por bridas del antro, muy fre-



11. Radiografía localizada en el tercio superior del estómago. Gran dilatación diverticular de la pequeña curvadura, producida por una lesión degenerada. El divertículo irregular en su extremidad. (operado)

cuentas en las perivisceritis del carrefour, no son frecuentes en el cuerpo del estómago y producen deformaciones en forma de nicho, cuya característica es la inconstancia y se presentan sólo en ciertos momentos de la respiración o se provocan por el desplazamiento del estómago con maniobras manuales.

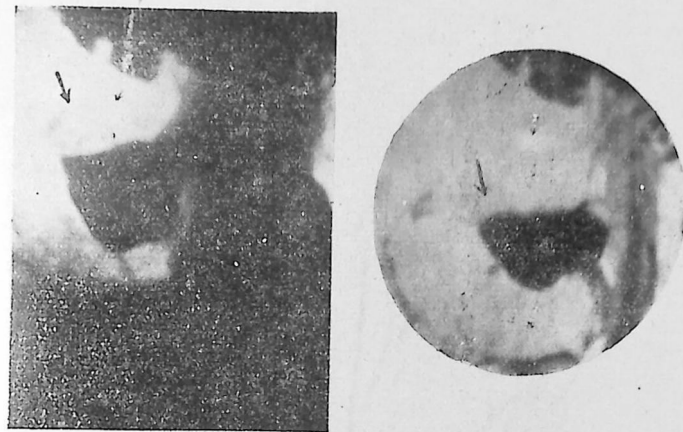
ESTADÍSTICA

De 48 úlceras del estómago, observadas y diagnosticadas radiológicamente, 30 han sido operadas; en 29 casos se confirmó el diagnóstico radiológico y en un caso se tubo la sospecha de la úlcera.

Respecto de su localización se dividen, como sigue:

- 11 del tercio medio
- 4 del tercio superior
- 7 del cardias
- 2 prepilóricas
- 2 úlceras dobles del estómago
- 1 úlceras degenerada

De los 30 casos comprobados quirúrgicamente, sólo 8 fue-



12. Radiografía localizada en el tercio superior del estómago. Gran nicho con una burbuja de aire sobre el nivel del bario. Mancha suspendida una vez sedimentado el bario. (operado)

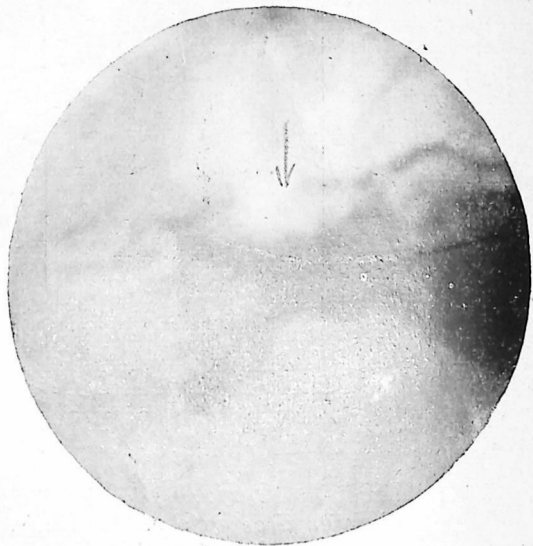
ron diagnosticadas clínicamente; en los 22 restantes los diagnósticos clínicos fueron, como sigue:

En 6 casos se diagnosticó:	cáncer gástrico
" 4 " " "	gastritis crónica
" 4 " " "	?
" 2 " " "	ulcus pilórico
" 1 " " "	ptosis gástrica
" 1 " " "	síndrome pilórico
" 1 " " "	crisis tabética
" 2 " " "	colecistitis
" 1 " " "	ulcus duodenal

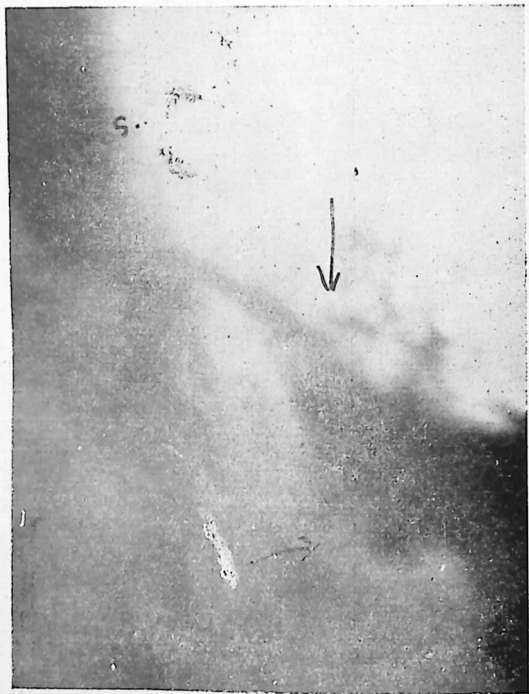
Nuestra estadística es aún demasiado reducida para llegar a conclusiones definitivas sobre un problema clínico y radiológico de la importancia del que nos ocupa, pero sí podemos deducir en primer lugar que la comprobación operatoria de nuestros diagnósticos no es inferior a la de otros centros.

Otra deducción de no menos importancia es la mayor frecuencia con que se presenta la úlcera gástrica durante el invierno; de nuestros casos, el 80% han llegado al servicio en la estación de invierno.

Y, finalmente, no queremos dejar pasar esta oportunidad sin hacer notar la verdadera anarquía que existe en los servicios de radiología de nuestros hospitales, debido en gran parte a que



13. Radiografía localizada en la desembocadura del esófago. Se observa la convergencia de los pliegues de la mucosa. (operado)



14. Radiografía localizada en la desembocadura del esófago. (operado)

recién se comienza a dotar a estos servicios de los elementos necesarios para hacer verdadera radiología del tubo digestivo y en parte, también, al escaso personal de radiólogos de que disponemos actualmente. En casi todos nuestros hospitales no existe sino un radiólogo y una ayudante, a quienes se les exige la atención de 600 o más camas de las distintas especialidades, y donde más aún, no existe ninguna colaboración de parte de los servicios clínicos; así no es raro ver llegar a nuestro servicio enfermos que, como todo diagnóstico, traen un signo de interrogación, sin siquiera hacer referencia a los principales síntomas objetivos y subjetivos que presenta el enfermo.

Dotemos, pues, a nuestros hospitales de servicios de radiología bien equipados, formemos radiólogos eficientes y no se exija a éstos hacer cinematografía radiológica, como se hace hoy día, que se produzca un mayor acercamiento entre clínicos y radiólogos, y así habremos contribuido a lo que todos anhelamos: el mejoramiento de nuestra atención hospitalaria.

Discusión:

Dr. F. Opazo (presidente). — Agradece y felicita a los colegas Opazo y Daza a nombre de la Sociedad de Cirugía, por el interesante estudio que acaban de exponer. Espera que una fecha próxima lo completen refiriéndose a las afecciones de duodeno.

Dr. Luis Opazo. — En realidad ya tenemos en preparación el trabajo que nos solicita el Sr. Presidente y todavía una parte final que corresponderá a afecciones varias del resto del tubo digestivo.

Observation de deux cas de kystes wolffiens

DRA. ELEANIRA GONZÁLEZ DONOSO ET DR. EDUARDO DE RAMÓN

(Résumé)

L'auteur rapporte l'observation de deux cas de kystes papillaires proliférants, développés sur les débris wolffiens. Les deux malades présentaient une ascite considérable, atteignant chez l'une d'elles à 17 litres.

L'extirpation n'a présenté aucune difficulté. L'une de ces malades avait une adipeuse marquée, ce qui a obligé le chirurgien de pratiquer encore une lipectomie.

L'auteur fait remarquer l'incertitude du pronostic de cette affection. Il y a des cas, où ces kystes, dont la bénignité a été démontrée à l'examen microscopique, recidivent, cependant, quelque temps après l'opération. Par contre, il y en a d'autres où, malgré la malignité et malgré l'existence de papilles sur la surface d'autres organes abdominaux, la guérison est définitive, bien que l'extirpation ne se soit ramenée qu'au foyer originnaire.

Trois critiques ont été adressées à cette observation: 1). On n'aurait pu du ponctionner l'ascite, une fois qu'on avait posé le diagnostic de kyste de l'ovaire. 2). On aurait dû pratiquer l'hystérectomie. 3). Le diagnostic histologique a manqué de précision.

A report of two cases of proliferant papillary cysts of the wolffian body

DRA. ELEANIRA GONZÁLEZ DONOSO AND DR. EDUARDO DE RAMÓN

(Summary)

Two cases are reported of this peculiar kind of cysts. In both patients an extensive ascites was present, specially abundant in one of them. (17 liters).

The removal was in both cases easily performed; and as one of the patients had a rather pathological development of adipose tissue, a lipectomy was added.

The author points out the lack of reliance in the prognosis of this condition after operation. So cysts of benign appearance, the histological examination showing no malignant change, are often followed by severe recurrences, sometimes at a short distance from operation. In other cases, notwithstanding the papi-

llary proscesses growing on the surface of other abdominal organs, their malignant nature having been shown by the microscope, a definite cure is obtained, even after an operation which only consists in the removal of the primary growth.

In discussing these cases, the lecturer differs with the author in regard to three points:

1. Paracentesis ought to have been avoided, once the diagnosis of ovarian cysts was arrived at.

2. Removal of uterus should have been performed, as he personally does in such cases.

3. The histological diagnosis should always be so explicit as to accurately indicate the variety of growth.

Ulcere Gastrique.—Etude de 48 cas diagnostiqués par la Radiologie

DRS. LUIS OPAZO AND FÉLIX DAZA

(Résumé)

Les auteurs considèrent les différentes modalités observées dans une série de 48 cas d'ulcère de l'estomac, diagnostiqués dans leur Service de Radiologie à l'Hopital Clinique. Trente cas ont été opérés, dont 29 ont reçu la confirmation du chirurgien. Le trentième cas n'a pas été suffisamment clair, bien que son apparence fut celle d'une ulcère gastrique.

Quant au siège du procès, on a observé les localisations suivantes: tiers moyen, 11 fois; tiers supérieur, 4 fois; le cardia, 7 fois; portion pré-pylorique, 2 fois. Il y a eu encore deux cas qui présentaient deux ulcères; un cas à dégénération carcinomateuse, et trois cas qui n'étaient que des faux niches.

Parmi ces trente cas, le diagnostic clinique d'ulcère de l'estomac n'a été fait que chez huit malades; chez les autres, le clinicien avait fait les diagnostics suivants:

carcinome de l'estomac	6
gastrite chronique	4
ulcère du pylore	2
ptose de l'estomac	1
syndrome du pylore	1
crise tabétique	1
cholécistite	2
ulcère duodénale	2

et 4 cas qui ne furent pas diagnostiqués.

Cette statistique nous fait voir que les manifestations cliniques de l'ulcère de l'estomac sont plutôt vagues et n'ont rien de constant: par conséquent, la diagnostic de cette affection exige toujours la collaboration du radiologue.

On attire encore l'attention sur le fait que l'ulcère de l'estomac semblerait se présenter plus fréquemment en hiver (80 pour 100 des cas).

Quant aux détails de l'examen radiologique, on attache la plus grande importance à l'étude des replis muqueux, surtout dans les ulcères de la partie supérieure de l'estomac et dans celles de la paroi postérieure.

On Gastric Ulcer.—A radiological study of 48 cases

DRS. LUIS OPAZO AND FÉLIX DAZA

(Summary)

Up to this date, the Radiological Department of the Clinical Hospital exhibits forty-eight cases of gastric ulcer accurately diagnosed by means of X-rays. Of these cases, thirty were operated upon, and in twenty-nine instances the radiological diagnosis was clearly confirmed by the operation, the existence of a gastric ulcer being suspected in the remaining one.

As to the site of the lesion in these operated cases, it was as follows: eleven ulcers belonged to the middle part of the stomach; four to the upper part; seven involved the cardia, in two cases the ulcerative process affected two points of the gastric wall; malignant change was found in one case; the three remaining cases were simulated craters.

The clinical diagnosis of gastric ulcer had only been done in eight cases; the others had been interpreted in the following way:

- 6 as gastric cancer
- 4 as chronic gastritis
- 2 as pyloric ulcer
- 1 as gastric ptosis
- 1 as pyloric syndrome
- 1 as tabetic crisis
- 2 as cholecystitis
- 1 as duodenal ulcer

and 4 cases were sent for examination without any clinical diagnosis.

These facts show once more that the clinical symptoms of gastric ulcer are by no means constant, being on the contrary rather vague, hence the importance of the radiological diagnosis in this condition.

Attention is also called to the fact that gastric ulcer has shown a greater prevalence during winter (about eighty per cent of these cases).

As to the technical details, the study of the folds of the mucous membrane is insisted upon, specially in ulcers situated on the upper part of the stomach and in those affecting the posterior wall.

BOLETIN

DE LA

EDAD DE CIRUGIA DE CHILE

PUBLICADO POR

ERNESTO GREENE O.

SECRETARIO GENERAL

Y

LEONARDO GUZMAN Y JORGE CASTRO

SECRETARIOS ANUALES

Vol. VIII

Año 1930



SANTIAGO DE CHILE
IMP. «CISNEROS».—SAN FRANCISCO 49
1930

Sesión de 24 de Diciembre de 1930

Presidencia del Dr. Fernando Opazo

Acta

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

Cuenta

De una carta del socio Dr. Ernesto Molina C., que pide una vez más se le acepte la renuncia como miembro titular de la Sociedad.

Fue aceptada, en virtud del deseo manifestado por el Dr. Molina.

—De una solicitud del socio fundador, Dr. Eduardo García Collao, para que se le libere del pago de sus cuotas.

Por las razones dadas por el Dr. García Collao, se acordó aceptar su petición.

1.ª HORA

Presentación de enfermos:

Colelitiasis de la infancia

DR. JUAN GANDULFO

L. E. J. Edad 9 años. Ingresó el 2 de Agosto de 1930 al Servicio de Cirugía del Hospital Manuel Arriarán.

Antecedentes hereditarios.— Padres aparentemente sanos, han tenido cinco hijos, sanos.

Antecedentes personales.— Nacida de término en parto normal. Pecho materno hasta un año; después régimen mixto. Deambulación y dentición en tiempo normal.

Enfermedades Anteriores.— Coqueluche. Sarampión. Varicela. Desde la edad de dos años sufre de dolores abdominales, seguidos de crisis alternadas de constipación y diarrea.

Enfermedad actual.— Desde los ocho años sufre dolores abdominales localizados en el hipocondrio derecho y el epigastrio acompañados de vómitos. Los dolores y los vómitos se presen-

taban generalmente después de las comidas. A estos síntomas se agregan, además, crisis de diarrea algunas veces y otras, de estitiquez. Esta afección ha evolucionado con ligeras alzas subfebri-les.

Examen físico.—Revela un niño de nueve años con veinte quilos de peso y con buen estado general. Panículo adiposo conservado. Musculatura bien desarrollada. Dentadura en buen estado, lengua limpia, faringe de aspecto normal. Poliadenitis cervical. Torax bien conformado; tonos cardíacos normales; pulmones despejados.

Abdomen abultado, algo meteorizado, con ligera sensibilidad dolorosa a la palpación profunda en la fosa iliaca izquierda e hipocondrio derecho. Hígado a 4 cms. del reborde costal; bazo no se palpa.

Genitales y extremidades normales.

Los exámenes de laboratorio dan: orina nada de especial.

Hemograma: glóbulos rojos 4.000.000; glóbulos blancos 15.000; eosinófilos 32; basófilos 2; segmentados 50; linfocitos 6; mononucleares 10; Reacción de Weinberg y de Wasserman negativas. Deposiciones: existencia de huevos de tricocefalus. Radioscopia: pequeñas sombras nodulares por encima del diafragma derecho; movilización diafragmática normal.

Evolución.— Un nuevo examen físico practicado el 14 de Agosto revela que el hígado está grande, palpable y doloroso en la región subcostal; el bazo no se palpa. El vientre se presenta globuloso con un desarrollo venoso un poco exagerado en sus partes laterales. No se aprecia ascitis. En la piel hay erosiones ocasionadas por el "grattage".

El 19 de Agosto se presenta una elevación térmica ligera acompañada de vómitos y dolores abdominales espontáneos.

El 26 de Agosto hay buen estado general y apetito conservado. Las lesiones pruriginosas de la piel han aumentado. El hígado se palpa más, aumentado y con borde inferior duro; hay dolor a la palpación en su parte posterior. Aparece estitiquez y temperaturas subfebri-les. Se le indica Mitigal para la piel y lavado intestinal con lo que se logra combatir la estitiquez.

Presentada a la reunión clínica, se llega a la conclusión de un probable "quiste hidatídico derecho del hígado" y se resuelve una laparotomía para el día que mejore de la piel (fué el día 5 de Setiembre).

Intervención.— Anestesia general etérea (Ombredanne). Incisión trasversal derecha supraumbilical (Sprengel). Se encontró la vesícula ten- sa, dura, con el epiplón adherido a su cara inferior

y envolviéndola. Seccionado el epiplón adherente se punciona la vesícula: sale bilis blanca, filante. Extirpación retrógrada de la vesícula; peritonización del lecho. La exploración del Hiatus de Winslow: nada de especial.

El apéndice estaba crónicamente inflamado y adherido. Apendicectomía clásica. El ciego estaba envuelto en adherencias que invadían el colon ascendente hasta su ángulo hepático (dextritis). Desprendidas las adherencias se cerró en tres planos la cavidad abdominal.

La autopsia del apéndice reveló un engrosamiento de sus paredes. Al abrir la vesícula biliar sus paredes estaban gruesas, acartonadas; había tres cálculos moreiformes, blandos, amarillentos: dos de ellos en el fondo de la vesícula y otro enclavado en el

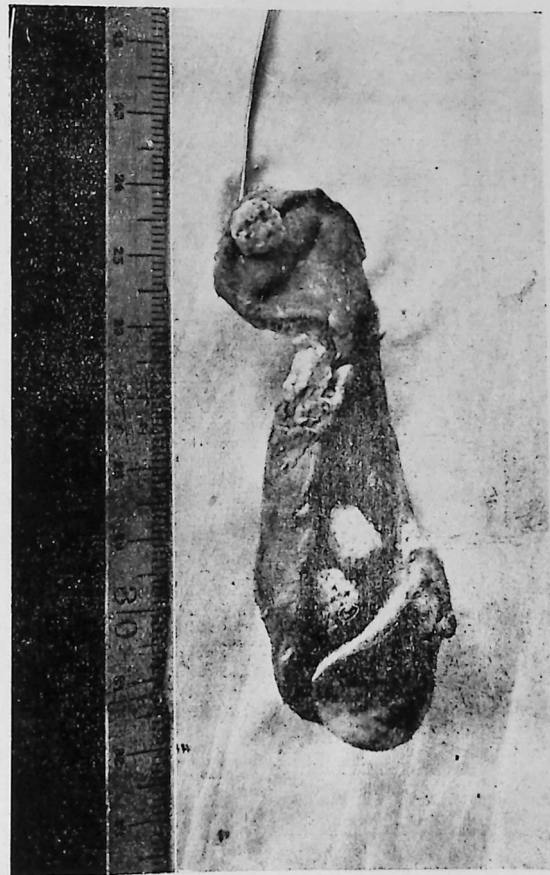


Fig. 1

cístico; al retirar este último, no se logró permeabilizarlo con un estilete (fig. 1).

El examen directo y los cultivos tanto del líquido extraído por punción de la vesícula, como el de la pared de ella y de los cálculos no ha dado gérmenes aerobios ni anaerobios.

Marcha posoperatoria.—Se le suministró suero glucosado en hipodermoclixis y adrenalina. La enferma no experimentó molestias de consideración. A los 5 días se le retiraron los ganchos de Michel. A los 15 días, la temperatura estaba normal, el apetito conservado; no había molestias abdominales y la cicatriz operatoria en buenas condiciones. La enferma se levantó por primera vez. Se fué de alta el 30 de Septiembre con un aumento apreciable de peso.

Conclusiones.— Considerando que esta enfermita presentaba desde los dos años molestias abdominales, caracterizadas por crisis dolorosas seguidas de períodos de estitiquez y diarrea, y en vista de las lesiones macroscópicas propias de una apendicitis crónica observadas durante la laparotomía, las cuales habían determinado una reacción serosa en el ciego y colon ascendente, creemos que no es aventurado suponer que el punto de partida de la colelitiasis estuvo en el apéndice, el cual había estado enfermo desde los dos años, ascendiendo, luego, la infección hasta la vesícula biliar por vía subserosa o linfática hasta llegar a determinar una colecistitis con formación posterior de cálculos, uno de los cuales se enclavó en el cístico y reagudizó el cuadro abdominal crónico a tal grado, que obligó a la chica a hospitalizarse.

Algunos autores, principalmente norteamericanos, creen que en estos niños hay una verdadera diatesis y se basan en el hallazgo simultáneo de cálculos en la vesícula biliar y en las vías urinarias.

Una tercera y última posibilidad es la existencia de una lesión congénita abdominal de las vías biliares que actuaría como una válvula en el cístico cuyo lumen, se borraría por repleción de la vesícula. Hemos visto algo parecido en una lactante operado de abdomen agudo en uestro servicio del Hospital Arriarán por nuestro ayudante Dr. Urrutia U.: se encontró obstruido el cístico, el cual presentaba en la desembocadura en la vesícula biliar (que era atrófica y del tamaño de una arveja) un divertículo quístico enorme (del tamaño de una cabeza de feto) repleto de líquido biliar y que ocupaba gran parte de la cavidad abdominal.

Sin negar ninguna de estas dos últimas posibilidades, creemos que en el caso que presentamos, se ha tratado de una infección de origen apendicular que hizo el siguiente camino: apendicitis, dextritis ascendente, colecistitis.

Graniectomía por traumatismo

DR. JUAN GANDULFO

M. N. De cuatro años de edad. Ingresó el 21 de Septiembre de 1930 al Servicio de Cirugía del Hospital Manuel Arriarán.

Historia Clínica.— A consecuencias del atropello de un auto hace 24 horas, se produce en la región parieto temporal derecha un huirrimiento que abarca una zona de seis centímetros de diámetro. Se intervino en la Asistencia Pública, haciéndole una esquirlaectomía amplia y regularización de los bordes del hueso; quedó al descubierto la dura madre en una extensión circular de siete centímetros de diámetro, más o menos. Se suturó la piel y se dejó pequeño desagüe de crin. En estas condiciones, fué remitida a nuestro servicio.

Aquí la evolución de la herida se hizo en buenas condiciones. Se retiró el desagüe a los seis días y la cicatrización de la herida fué rápida. A los diez días se retiraron los puntos, algunos de los cuales dieron salida a secreción seropurulenta, por lo que se trató con compresas de agua de Alibour, mejorando al cumplir un mes desde el accidente. Con aseo constante de la región se ha esperado el tercer mes para efectuar la intervención.

Actualmente presenta una depresión circular de la región parietotemporal derecha de seis centímetros de diámetro por ausencia de la bóveda craneana en esta zona. A través del cuero cabelludo se ven los latidos del cerebro.

Conclusiones.— Queremos recordar a este propósito tres observaciones presentadas por nosotros a esta Sociedad el 14 de Septiembre de 1930 y en las cuales después de limpiar cuidadosamente la herida, extraer algunas esquirlas y lavar las placas óseas, repusimos estas últimas para obturar la brecha craneana, consiguiendo éxito definitivo en dos de nuestros operados en la Asistencia Pública.

Esta técnica reparadora fué usada durante la Gran Guerra Europea por N. Tanton, cuyas tres observaciones aparecen en el Bulletin de la Société de Chirurgie del 13 de Noviembre de 1917.

En alguna próxima ocasión traeremos nuevamente la enfermita a esta Sociedad, porque pensamos intentar una obturación de la brecha craneana con auto injerto de láminas cartilaginosas costales, para no dejarla expuesta a cualquier traumatismo que, aunque leve, puede ser de consecuencias fatales, ya que el cerebro se encuentra en una gran extensión cubierto únicamente por las meninges y el cuero cabelludo.

El tratamiento radioterápico de las metastasis oseas del cancer de la mama.

DR. LEONADO GUZMAN

Quiero aprovechar de la buena voluntad de la enferma aquí presente, para hablarles de su caso y de la conducta aconsejable ante otros semejantes.

D. S., 46 años, cinco hijos sanos. En 1924, salpingooforectomía doble e hysterectomía subtotal por anexitis doble.

Enfermedad actual.—En 1923, extirpación de la mama, de los pectorales y de los ganglios axilares izquierdos, por adenocarcinoma. Estuvo bien hasta 1928; en Septiembre de ese año, empezó a sentir dolores que, partiendo desde la cintura, se irradiaban hacia ambos miembros inferiores. Poco, intensos en su comienzo, fueron haciéndose más y más fuertes, hasta que, a mediados de 1929, empezó a usar 4 o 5 inyecciones de morfina cada día. A partir de Marzo del pte. año, le es imposible moverse de la cama. Desde esa época se le empieza a tratar una insuficiencia del miocardio, por un distinguido internista, quien le ha prescrito durante 5 meses, digital, estrofantó y sus derivados, etc.

Por insinuación del Dr. Gandulfo, la veo el 28 de Julio de 1930. Constató reflejos rotulianos exagerados, clonus de ambos pies, Babinsky, Oppenheim, gran enflaquecimiento y una tumefacción del tamaño de un puño en la cara posterior del sacro, palpable, además, por tacto rectal. En las radiografías se nota destrucción de la 3.a lumbar y del sacro, en cuya parte media hay un espacio lacunar de unos 6 cms. de diámetro, totalmente descalcificado y, por fin, metástasis en toda la cintura ósea de la pelvis. El 30 de Julio inició Roentgenterapia y ya el 10 de Agosto los dolores se han calmado en tal forma, que usa una sola inyección de morfina para dormir en la noche y el 1.º de Septiembre no emplea en absoluto opiáceos y llega por primera vez a mi consulta sin bastones. Cuando vino a la 1.a sesión de radiografía, fué traída en camilla; días después llegó con muletas, más tarde con bastones y, a mediados de Septiembre volvió a usar tacones altos de sus zapatos.

El tratamiento hecho fué el siguiente:	Unidades R. Solomon	Horas de irradiación	Distancia anteatado piel
Sobre la cara posterior del sacro:	11.000	14 horas	55 cms.
„ el pubis, trocater izquierdo (la cabeza del fémur izq. estaba destruída)	10.000	9 „	„
Sobre el pubis, trocater derecho	5.000	6 „	„
„ la columna dorsolumbar, región posterior	4.500	5 „	„
Sobre la columna por el epigastrio	4.000	4.30 „	„

Como ven Uds., es una dosis enorme, que se ha suministrado en el curso de 4 1/2 semanas, sin provocar más trastornos que un ligero estado náuseoso, el que era combatido por adrenalina y por líquidos en grandes cantidades. En cuanto al resultado, puedo mostrarles la enferma sin ningún dolor desde Octubre, con aumento de 10 Kgs. de peso en 3 meses, con buen apetito y capaz de subir normalmente cualquier escalera y de caminar cualquier distancia.

De 81 enfermas de cáncer del pecho que he visto en la clientela privada en los últimos 3 años, 4 se han presentado con metástasis en la columna lumbar, provocando paraplegias, y 3 de ellas, tratadas con radioterapia, han aliviado considerablemente.

Otra de mis enfermas, operada en muy buenas condiciones, presentó, 3 meses después, metástasis en la 6.a y 7.a vértebras cervicales, con impotencia funcional y dolores violentos del miembro superior derecho. Tratada con 6.000 unidades R., en 9 horas de irradiación, repetidas en 14 días consecutivos, desaparecen los dolores y se recupera la función del brazo. Por fin, una enferma que no traté, y en el que el diagnóstico era difícil, presentaba paraplejía debida a una lesión de la lumbar y se me solicitó para ver un tumor primitivo de la columna. Me llamó la atención que, siendo un mieloma que había provocado ya una paraplejía y una caquexia muy acentuada, estuviese localizado en un solo hueso. Examiné con detenimiento a la enferma y encuentro un cáncer del pecho derecho clínicamente muy neto:

Gran masa del tamaño de un puño de adulto, con retracción del mamelón y de la piel, con ramificaciones que infiltran gran parte del resto de la glándula, pues, seguramente, de una me-

tástasis que se reveló antes que el tumor primitivo. Charbonnel y Masse han publicado en el N.º Marzo-Abril 1929, de los Archives D'Electricité Médicale, un caso en que había metástasis generalizada en todo el esqueleto, en que el tumor primitivo se encontró sólo en la necropsia. Y ese no es un hecho aislado: los mismos autores citan casos de Thompson y Keller y de Nové-Josserand en que ha ocurrido lo mismo que referí de mi última enferma.

Las lesiones óseas consecutivas a cáncer del seno, se presentan en más de un 20% de los casos que dan metástasis. Mc. Whorther y Cloud, en "The Annals of Surgery, Septiembre 1930, pág. 436, dicen que, de 51 cadáveres de mujeres cuya causa de muerte fué el cáncer del pecho, 22% tenían lesiones óseas; 34%, en el hígado, y 20% en el pulmón.

Las lesiones óseas provocadas por los tumores epiteliales son de 2 tipos: las metástasis verdaderas, en que se encuentra la reproducción de la célula epitelial cancerosa y las osteoporosis o lesiones paracancerosas de Sicard, en que hay descalcificación y dolores, pero en que no se halla la célula maligna.

Los hechos relatados deben llevarnos a pensar en la posibilidad de metástasis óseas en todas las enfermas de cáncer del seno que presenten lumbagos, ciáticas u otras algias de forma indeterminada y deben llevarnos a investigar la posibilidad de un cáncer del seno en tumores aparentemente primitivos de los huesos, en los cuales, una biopsia bien hecha, nos revelará la naturaleza epitelial. Han sido los trabajos de Murdock, de Bruselas, de Uchermann, de Berlín, y la Conferencia de Proust (Octubre de 1928, Centro Anti-Canceroso de Strasbourg), los que me han inducido a tratar esta paciente, que estaba abandonada a la morfina como único alivio de su desesperación. Calvé, Forestier y Joly (Boletín de la Sociedad de Radiología Médica Francesa, 14 de Febrero de 1928), y De Nabias (Boletín de la Asociación Francesa para el estudio del cáncer, 25 de Febrero de 1926), han publicado el proceso de recalcificación en casos tratados por los Rayos X, los primeros, y por el Radium el último.

Como conclusión, podemos decir que, aunque de efectos temporales, las radiaciones provocan un alivio considerable de los sufrimientos de estas pobres enfermas de metástasis óseas, de manera que son aconsejables, tanto más cuanto que, al disminuir los dolores y las impotencias funcionales, dan a las enfermas una sensación de bienestar moral considerable.

Dos casos de Neuralgia Escencial del Trigémino, tratados por Neurotomía retrogasseriana

DR. F. DE AMESTI

Los dos pacientes que presento a la consideración de la Sociedad de Cirugía sufrían de Neuralgia Rebelde del Trigémino; en ambos hemos practicado la sección de la raíz aferente del ganglio; siguiendo la vía subtemporal. En el hombre pudimos conservar la raíz motora y unos cuantos filletes del ramo oftálmico. Las ventajas de tal conservación son apreciables, ya que se conserva la función masticatoria del lado correspondiente. En cuanto a respetar la totalidad o parte de la rama oftálmica, es de mucha importancia, puesto que se elimina una de las complicaciones más frecuentes derivada de la pérdida de sensibilidad de la córnea: las úlceras tróficas.

Al mismo tiempo, deseo mostrar un separador que hemos ideado con el Dr. Ceruti, el cual facilita las difíciles maniobras operatorias. Como ustedes pueden ver, se trata de un pequeño separador de Gosset con un riel, al cual hemos adaptado un separador de Adson. Mediante su ayuda, podemos mantener separada la duramadre, y rechazado el cerebro en el momento en que procedemos a efectuar la parte más difícil de la intervención, es decir, la abertura del cavum de Meckel y aislamiento de la raíz aferente.

Las observaciones de estos enfermos, definitivamente curados de su mal, son las siguientes:

Observaciones:

Observación N.º 1. — M. R. de, 59 años, peletera. — Hospital San Francisco de Borja. — Servicio del Dr. Vargas Salcedo. — Sala San Gabriel, N.º 11. — Ingresó: 28-VII-1930. — Alta: 12-X-1930.

Antecedentes hereditarios. — Padre, muerto de afección hepática, era sano. — Madre, muerta de difteria. — Ha tenido 16 hermanos, de los cuales sólo viven 3, que son delicados de salud. En cuanto a los demás, 5 murieron adultos, y 11 en la primera infancia, de diversas afecciones. Su madre acusa tres abortos.

Antecedentes personales. — Nunca ha presentado menstruaciones. No acusa hijos ni abortos. Su marido sufría de una afección eczematosa de la piel y presentó en su juventud, según la enferma, toda clase de enfermedades venéreas: blenorragia en varias ocasiones; chancro del pene, acompañado de adenitis inguinal, que no supuró.

Enfermedades anteriores.—Alfombrilla a los 7 años. A la misma edad, dice la enferma, le apareció en ambos ojos úlceras de la córnea. Con tratamiento especial desapareció en el ojo derecho, pero no en el izquierdo, donde persiste hasta hoy. A la edad de 10 años, bruscamente, sufre un ataque, caracterizado por desviación de la boca hacia el lado derecho, dificultad en los movimientos de masticación y en el acto de silbar o soplar, acompañados de sensación subjetiva muy molesta, aunque no dolorosa. Se hace tratamiento casero y sana después de un año, quedando con su boca desviada ligeramente hacia la derecha. Hace 12 años, afección grippal bastante intensa, que se repite en Septiembre del año pasado. Hace 5 años presentó un cuadro apendicular que pasó con tratamiento médico.

Enfermedad actual. — Se inicia hace 12 años, en el curso de su primera afección grippal, en que se presentan sus primeros ataques, caracterizados por dolores poco intensos, que aparecían por crisis localizadas en la mitad izquierda de la cara. La enferma los atribuyó a lesiones de sus dientes, por lo que se hizo extraer todas las piezas dentarias de ese lado, tanto superiores como inferiores. Estas crisis eran al principio poco dolorosas y la enferma las compara con los fuertes dolores de muelas, duraban sólo unos pocos minutos, para quedar después en perfectas condiciones. Sin tratamiento, el ataque desapareció por el espacio de 2 años, persistiendo, sólo de vez en cuando, dolores poco intensos a dicha región.

Dos años después, sin causa aparente, vuelve a presentar nuevamente este ataque. Esta vez los dolores fueron más intensos y se localizaron igualmente en la mitad izquierda de la cara, en todo el recorrido del nervio maxilar inferior. La enferma los atribuía a los dientes ya extraídos. Estas crisis se presentaron muy seguidas, apareciendo cada 10 minutos, o cada $\frac{1}{4}$ de hora, le duraban sólo algunos minutos y quedaba después con una sensación bochornosa de la cara, acompañada de abundante transpiración y lagrimeo.

Después de pasar un mes con esta sintomatología, es sometida a una intervención quirúrgica en el seno maxilar superior izquierdo, quedando después de ella con los mismos dolores anteriores. Se le practica entonces una inyección de alcohol en el tronco del nervio maxilar inferior, la que hizo desaparecer sus dolores, dejando, en cambio, anestesiada la parte inferior de la cara y las encías. El efecto duró sólo dos meses, después de los cuales las crisis volvieron a presentarse cada vez más

intensas; le aparecían en cualquier momento del día, pero la respetaban en la noche.

Después de resistir estas crisis durante 6 años, consulta a un especialista, quien le practica una segunda inyección de alcohol en el tronco del nervio maxilar inferior. Le calmó el dolor y la dió la misma sensación subjetiva de la anterior, pero esta vez su acción duró sólo algunos días.

Ingresa en seguida a la Casa de Orates, donde le hacen aplicaciones de diatermia de $\frac{1}{2}$ hora de duración, por el espacio de 2 meses, y como sus dolores no pasaran, se abandonó a sí misma, haciéndose remedios caseros. Sus crisis no pasaron, sino que, al contrario, aumentaron cada día en intensidad y sus intervalos fueron haciéndose más cortos. Aparecían a cada instante, sobre todo cuando iba a comer o a sorber y esta vez sus dolores se localizaron en la mejilla, región orbicular de los labios, región mentoniana, encías y en la punta y borde externo de la lengua, en el lado izquierdo de la cara; bastaba que la enferma pasara su lengua por los dientes o los labios para que se despertaran estas crisis, igual cosa sucedía al pasarse la mano por la región orbicular de los labios o la mejilla. Ha presentado también irradiaciones a la nuca.

Hace un mes, a los síntomas anteriores se agregó un dolor fatigoso y continuo en el ala de la nariz derecha, el que después de 8 días se extendió a la mejilla y región orbicular de los labios del lado derecho. Esta sintomatología ha persistido, cada vez más intensa, hasta hoy, en que sus dolores son casi continuos, no desapareciendo ni de día ni de noche.

Examen físico

Enferma en posición activa, enflaquecida. Facies especial, de sufrimiento. Pálida. Siquis despejado. Panículo adiposo y musculatura escasos. Piel húmeda y de elasticidad disminuida.

Cabeza. — Cráneo: de tipo dolicocefalo. — Buena conformación.

Cara: asimétrica; hundimiento de la mejilla por debajo del reborde orbitario inferior del lado izquierdo. Ligera desviación del maxilar inferior hacia el lado derecho. La palpación de la cara es muy dolorosa, principalmente en la zona nervada por el nervio maxilar inferior del lado izquierdo. Gran dificultad para abrir la boca debido al mismo dolor.

Ojos: llorosos. Conjuntivas sucias. Arco senil en ambos ojos. Opacidades corneales en ambos ojos. Pérdida completa de la vi-

sión en O. I. Pupílas en O. I. reaccionan débilmente; en O. D. reaccionan normalmente a la luz y a la acomodación.

Boca: dentadura incompleta y en pésimo estado. Piorrea.

Cuello: se palpan latidos aórticos en el hueco supraesternual. Se ven latidos carotídeos.

Tórax: buena conformación.

Corazón: tonos bien timbrados, arrítmicos. No hay ruidos valvulares anormales.

Pulmones: respiración sopiante en el vértice derecho.

Abdomen: nada de especial.

Extremidades: nada de especial.

Examen de Laboratorio

9-VII-1930. — Examen de orina:

Reacción: ácida

Densidad: 1013

Indican

Acetona

Ac. diacético

Pig. biliares

Urobilina

Albúmina

Azúcar

Cloruros: 9,2
Urea: 8,96 gr. o/oo
Células descamativas,
regular cantidad
Escasos glóbulos blancos

No hay

18-VIII-1930 — R. Kahn: negativa

18-VIII-1930 — R. Wassermann: 0,16 gr. o/oo

20-VII-1930 — Uremia: negativa

30-VII-1930 — R. Wassermann: negativa

18-VIII-1930 — Recuento globular y fórmula leucocitaria

Eritrocitos: 4.300.000 p. mm.³

Leucocitos: 11,700

Linfocitos: 21 %

Mononucleares: 21 %

Neutrófilos: 73 %

Eocinófilos: 1 %

Basófilos: 0,5 %

Células de irritac.: 0,5 %

29-VIII-1930 — Tiempo de coagulación: 5 minutos

30-VIII-1930 — Glicemia en ayunas: 1,05 gr. o/oo

Evolución Clínica

31-VII-1930. — Siente los mismos dolores. — Se queja de palpitations y dolor precordial. — No tolera la morfina.

3-VIII-1930. — Continúan sus crisis dolorosas. — Dice la enferma que manteniéndose en reposo, sus dolores no aparecen; pero, en cambio, el acto de hablar, de deglutir, de mover la cabeza, los provoca instantáneamente.

7-VI I-1930. — Sus crisis persisten. — Se le coloca impletol.

12-VIII-1930. — Sigue igual. — Se le coloca $\frac{1}{4}$ c.c. de auto vacuna, total de gérmenes de las deposiciones.

14-VIII-1930. — Su sintomatología se ha calmado después de la autovacuna.

21-VIII-1930. — Sus crisis han vuelto a aparecer y no la dejan descansar ni de día ni de noche.

21-VIII-1930. — Se ha sentido mejor. — Sus dolores son menos fuertes.

Examen otorinolaringológico. — Dr. Grez.

Oídos: nada de especial. — Narices: nada de especial. — Boca: intensa piorrea alveolar. — Garganta: nada de especial.

Examen oftalmoscópico. — Dr. Schwaizer.

Máculas corneales centrales en ambos ojos. — O. I. catarata parcial. — La sensibilidad corneal y las reacciones pupilares de O. D. I. son normales. — Fondo de O. D., único examinable, nada de especial. — Ligera hipermetropía.

Examen Neurológico. — Dr. J. M. Callejas.

Enferma enflaquecida. — Facies de sufrimiento y cansancio. — Asimetría facial; hundimiento de la región geniana izquierda; ligera desviación del maxilar inferior hacia la derecha. — Latidos en todas las arterias faciales. — Las venas aparecen flexuosas e ingurgitadas de sangre. — La oclusión de los párpados es más potente en el lado derecho que en el izquierdo. — La abertura de la boca se hace con dificultad, lo mismo que la masticación, porque con ellos se provocan las crisis. — Los movimientos de la lengua están limitados por la misma causa. — No hay atrofia muscular. — Máculas corneales en ambos ojos. — Ojos llorosos. — Reflejo palpebral normal. — Sensibilidad corneal normal. — Zona de hiperestesia cutánea que abarca la fosa temporal, la región geniana, la región masetérica, la región mentoniana y el labio superior del lado izquierdo. — Zona de hiperestesia menos marcada en la parte externa del ala de la nariz, en el labio superior y en la mitad anterior de la región geniana derecha. — Resto normal.

Sensibilidad profunda normal en ambos lados. — Sensibilidad de la mucosa bucal normal. — Reflejo faríngeo normal. — Motilidad del velo del paladar normal. — La palpación de

la punta de la lengua, en su bordo izquierdo, provoca la crisis. — La palpación del agujero intraorbitario derecho, del agujero mentoniano e infraorbitario izquierdos, también las provoca. — Palpación de ambos agujeros supraorbitarios es indolora. El acceso mismo está constituido por dolores muy intensos que comprometen primeramente la región inervada por el maxilar inferior y superior izquierdos, para propagarse en seguida a la región inervada por el maxilar superior derecho (¿fenómeno reflejo?). — Mientras dura la crisis, la enferma presenta contracciones clónicas del facial, que desaparecen con los dolores, para dar lugar a abundantes transpiración y lagrimeo. — Mientras dura la crisis, la enferma experimenta, además, una congestión intensa de la cara, que desaparece poco a poco, a medida que declina la crisis. — Motilidad de las cuatro extremidades, nada de especial. — Fuerzas conservadas. — Reflejos normales en las cuatro extremidades. — Reflejos cutáneos normales.

25-VIII-1930. — Sigue igual. — Mientras está con su crisis, se le practica una pulverización de solución de cocaína al 3% y adrenalina, en la nariz izquierda y a los pocos segundos se calman sus dolores, y desaparecen tanto los del lado izquierdo, como los del lado derecho.

28-VIII-1930. — Sus crisis persisten. — Se prepara para la intervención quirúrgica. — Se le deja coagulante sanguíneo (poción gelatina-cloruro de calcio; clauden).

29-VIII-1930. — Pasó buena noche. — Amaneció sin su crisis. — Tiempo de coagulación: 5 minutos. — Sigue con sus coagulantes sanguíneos.

1.º-IV-1930. — Sus crisis han vuelto a aparecer. — Sigue en preparación para la operación.

Presión arterial: $\frac{20}{9}$ Vásquez.—Pulso 72.

Temperatura: 36,8

Operación. — Cirujanos: Drs. F. De Amesti y M. Martínez.

2-IX-1930 —

Anestesia local: infiltración de novocaína al $\frac{1}{2}$ %, que se completa con éter discontinuo.

Duración: Una hora.

Incisión de Adson (que se practica en la fosa temporal a 1 cm. por delante del trago y perpendicular al zigoma, alcanzando en su parte alta el borde superior del músculo temporal). — Seccionada la piel, se incide la aponeurosis en la misma dirección y en su parte más inferior, se completa la incisión con una transversal que, rasando el borde superior del zigoma, se ex-

tiende 5 mms. a ambos lados de la anterior. — Se seccionan las fibras del músculo temporal, siguiendo la dirección de ellas. — Se trepana la escama del temporal hasta obtener un orificio de 3 cms. de diámetro. — Se separa la duramadre que tapiza la fosa media del cráneo con ayuda de tórnulas de algodón, humedecidas en suero fisiológico caliente, lo que es muy doloroso y obliga a recurrir al éter en forma discontinua. Se separa la masa encefálica y la duramadre con un separador especial y se continúa el desprendimiento dural hasta llegar al orificio redondo menor. — Puesto al descubierto la arteria meningeo-media, empieza a sangrar, lo que impide practicar su ligadura. — Se introduce una clavija de hueso en el agujero redondo menor y se cohibe la hemorragia. — Se secciona la arteria y se continúa el desprendimiento dural hasta poner de manifiesto el agujero oval y el agujero redondo mayor. — Se continúa el desprendimiento hacia atrás lo que da por resultado, dejar a la vista la pared externa de la cavidad de meckel. — Se incide esta pared de atrás hacia adelante, siguiendo el borde externo del nervio, lo que da lugar a la salida de cierta cantidad de líquido céfalo raquídeo. — Con el separador se levanta la pared externa de la cavidad de Meckel y se pone al descubierto el nervio trigémino. — Se aísla la raíz posterior y se practica la sección total con la guillotina de Adson. — Se deja un drenaje de gasa yodoformada en la cavidad de Meckel y se cierra la pared por planos. — Puntos separados de crin en la piel.

Presión arterial: $\frac{12}{7}$ Vásquez.

A las 6 $\frac{1}{2}$ horas P. M.: cefalea poco intensa.

Temperatura: 38,6. — Pulso: 92.

3-IX-1930. Sus crisis dolorosas han desaparecido completamente y presenta sólo un dolor causado a la cabeza, principalmente en la parte posterior del cráneo. — La herida operatoria está en buenas condiciones. — Se le cambia apósito. — Se le practican dos lavados oculares diarios con solución de ácido bórico al 10% y se instilan gotas de atropina al 1% en su ojo izquierdo, cubriéndolo después con un vidrio de reloj.

Presión arterial: $\frac{14}{7}$ Vásquez.—Pulso: 84, tenso y mal.—Temperatura, 37º.

4-IX-1930.— Sus crisis dolorosas del lado izquierdo han desaparecido pero, en cambio, ha presentado dolores poco intensos, que aparecen por crisis, localizados en la región mentoniana derecha.— Sus cefaleas han disminuído de intensidad.— Anoche durmió bien.

Presión arterial: $13/7$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura $36,8^{\circ}$.

Sigue con sus lavados oculares y con instalaciones de atropina en O. I. el que se mantiene cubierto con el vidrio.—Aspirina: 0,50 grs. 2 veces. Estricnina: 1c.c., 2 veces.—Alimentación láctea, frutas cocidas, caldo, arroz.

5—IX—1930.—Su estado general es bastante bueno.—Sus crisis dolorosas en la región mentoniana persisten, siendo poco intensas.—La herida operatoria está en muy buenas condiciones.—Siente sordera en su oído izquierdo.—Se retira totalmente la gasa que quedó sirviendo de drenaje en la base del cráneo y que retiramos en parte ayer, dejando salir más o menos 4 a 5 c.c. de líquido cefalo raquídeo sanguinolento.—Se suspende la estricnina y se deja aspirina 0,50 grs., 2 veces al día.—Sigue con sus lavados oculares y con instalaciones de atropina.—El apetito ha mejorado.—El vientre está corriente.

Presión arterial: $13/7$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura: 37° .

6—IX—1930.—Sigue bien.—Sus crisis localizadas en la región mentoniana persisten en forma poco intensa.—Su sordera aumenta en O. I.—Herida operatoria en buenas condiciones.—Se suspende la atropina y continúa sólo con sus lavados oculares.

Presión arterial: $13/7$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura: $37,2^{\circ}$.

Examen Neurológico.—Dr. HORWITZ

7—IX—1930.—Asimetría facial, la mejilla izquierda está hundida, la abertura palpebral izquierda más estrecha que la derecha.—No se aprecia desviación de la boca.—La pupila muy dilatada.—Ligera paresia facial izquierda.—El cierre de los ojos es menos potente en el lado izquierdo.—No puede silbar.—Paresia del orbicular de los labios izquierdos que se aprecia al abrir la boca y al mostrar los dientes.—Motilidad de la lengua y del velo del paladar normal.—La mucosa gingival y de la mejilla izquierda así como de la mitad izquierda de la lengua, más roja que en el otro lado.—Esto es particularmente notable en la lengua que presenta además, una erosión en esa parte.—Reflejo corneal izquierdo abolido.—Faringeo, disminuído.—Sensibilidad abolida en todo el territorio del trigémino izquierdo: lado izquierdo de la cara, mitad izquierda de la lengua, mucosa de los labios y de la mejilla izquierda.—La palpación de la cara no provoca dolores ni crisis dolorosas.—Durante el examen, sobreviene dolor no muy intenso en la región mentoniana derecha, es de corta duración y produce pequeña salivación.

8—IX—1930.—Sus cefaleas han desaparecido, pero sus do-

lores a la región mentoniana persisten, en forma de crisis poco intensas.—Continúa su sordera.—Se suspende todo tratamiento fuera de sus lavados oculares.—Se levanta.

Presión arterial: $13/7$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura: $36,8^{\circ}$.

9—IX—1930.—Sigue bien, pero la sordera del oído izquierdo ha ido en aumento.—Después de haberse levantado ayer, sintió fuertes dolores a la región dorso lumbar, que se le prolongaron durante toda la noche impidiéndole dormir.—Sus crisis dolorosas a la región mentoniana derecha han desaparecido.—Se le prescribe: salicilato de sodio al interior, salicilato de metilo, en pincelaciones y aplicaciones de diatermia.—

Presión arterial: $14/8$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura: $36,8^{\circ}$.

13—IX—1930.—Sus dolores lumbares son poco intensos, pero su sordera es pronunciada.—Herida operatoria cicatrizó por primam.—

Examen Otoscópico.—Dr. Grez.

O.I. Hemorragia de la caja.—El tímpano se presenta de color apizarrado y en su parte alta hay un ligero abombamiento.—

O.D. Pequeño tapón de cerúmen.—

Examen Oftalmológico.—Dr. Schwaizer.

O.I. Persisten las mismas máculas corneales anteriores, lo mismo que la catarata estrellada.—No hay rastros de úlcera corneal.—Anestesia completa de la córnea y abolición del reflejo palpebral.—Midriasis pupilar atropínica.—

O.D. Nada de especial fuera de su hipermetropía.—

Tratamiento.—Salicílicos.—Diatermia.—Lavados oculares y vidrio de protección.—Compresas calientes al oído izquierdo y aplicaciones diarias de Luz Solux.—

Presión arterial: $14/8$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura: 37° .

18—IX—1930.—Estado general bueno.—El lumbago ha desaparecido lo mismo que sus crisis dolorosas a la región mentoniana derecha.—Su sordera ha disminuído.—Se suspende todo tratamiento, continuando sólo con sus aplicaciones de Luz Solux al oído izquierdo.—

Presión arterial: $14/8$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura $36,8^{\circ}$.

5—X—1930.—Estado general bastante bueno.—Su facies es completamente distinta a la que tenía antes de la operación; la enferma se encuentra alegre y con bastante apetito.—Su sordera persiste en forma poco intensa.

Examen Neurológico.—Dr. J. M. Callejas.

Asimetría facial.—Hundimiento de la región geniana izquierda.—Hendidura palpebral izquierda más estrecha que la derecha.—No hay desviación de la boca.—Miosis pupilar en O.I.

—El cierre de los párpados es menos potente en O.I.— Paresia del orbicular de los labios del lado izquierdo.— Los movimientos de silbar y soplar son dificultosos.— Peresia facial muy poco marcada.— Motilidad del velo del paladar y de la lengua, normales.— Rubicundez más marcada en la mejilla izquierda, lo mismo que en la mitad izquierda de la lengua y encías.— Secreción sebácea aumentada en el lado izquierdo, lo que se aprecia por su aspecto más húmedo y brillante.— Sensibilidad superficial (táctil, térmica y dolorosa) abolida en el lado izquierdo.— Sensibilidad profunda (sentido muscular, barestesia y palestesia) conservada en todo el territorio inervado por el trigémino izquierdo.— La zona anestesiada comprende la mitad izquierda de la cara, la mitad izquierda de la lengua y mucosa de las encías y de la mejilla izquierda.— Reflejo corneal abolido.— Reflejo faríngeo disminuido.

Presión arterial: $2\frac{1}{3}$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura: $36,6^{\circ}$.
9—X—1930.— Sigue bien.—

Examen Oftalmoscópico.— Dr. Schwaizer.

O.I. Miosis pupilar.— Humedad ocular conservada.— Ligera ptosis palpebral.— Desaparición del llanto psíquico.— No presenta signos de lesiones corneales, pues el ojo está blanco y sin síntomas inflamatorios.— Sus antiguas máculas corneales no progresan.— Observado al microscopio corneal con fluoresceína se comprueba que ésta es tomada en forma de puntitos muy finos y superficiales, corresponde talvez a su lesión antigua.— Tensión ocular disminuida.— La compresión ocular no produce alteraciones en el ritmo cardíaco.—

O.D. Nada de especial, fuera de su hipermetropía.

Presión arterial: $2\frac{1}{3}$ Vázquez.—Pulso: 80.—Temperatura: $36,6^{\circ}$.
12—X—1930.— Sigue bien.— Pide su alta.—

Observación N.º 2. — R. M. M., 28 años., zapatero. Sala San Rafael, Hospital San Juan de Dios. Ingresó 25-XI-30. Alta: 24-XII-30.—Diagnóstico.

Diagnóstico. — Neuralgia Escencial del Trigémino derecho (maxilar superior e inferior).

Se inicia su enfermedad a principio del año 1923, con un dolor en la región del maxilar inferior derecho. Atribuyendo a carie de un molar se lo extrae sin embargo el dolor continúa con igual intensidad.

Desde esa fecha la neuralgia ha persistido hasta hoy, notando en algunas ocasiones que el dolor no es tan intenso.

El año 1928, el dolor se extiende a la región del maxilar superior y alrededor del ojo, estando este órgano en constante lagrimeo cuando el dolor se exagera.

Para calmar su dolencia, el enfermo se frota fuertemente la cara y esto le producía el efecto que desea, aprovechando esta única circunstancia, para alimentarse.

Un médico le diagnostica en Chuquicamata su afección, pero por falta de práctica, según le manifestó al enfermo, no le inyectó alcohol. Desde esa fecha el enfermo usa morfina para dormir. La indiferencia con que el enfermo sentía ya su mal, fué el motivo por lo cual, al ingresar al servicio de Medicina Interna por su afección asmática, no dió cuenta de su enfermedad hasta 5 días después de su ingreso fecha que el dolor se exagera y no cede ni con morfina y sólo parcialmente después de la inyección troncular de alcohol.

Se interviene resecano la rama sensitiva del trigémino.

Operación.— 4 de Diciembre.—Dr. F. de Amesti.—Inyección troncular de la rama maxilar inferior del trigémino.

Anestesia de la piel con Novocaína al 2%.

La aguja penetra con un ángulo de inclinación vertical de 107 grados y uno horizontal de 93, introduciendo la aguja 2 cms. por delante del tubérculo postglenoideo. Sigue rozando el borde inferior del arco zigomático. A 5 cms. se encuentra el nervio.

Se inyecta 1 cc. de alcohol absoluto.

Evolución posterior

5 de Diciembre. El enfermo ha podido dormir bien. No hay contracciones neuralgicas de la cara. Sólo acusa dolor al masticar. Se ha producido una anestesia de la mitad derecha de la cara que llega por abajo, por debajo del borde inferior del maxilar; por atrás, hasta la nuca; por delante, hasta el surco nasogeniano; y por arriba, hasta el cuero cabelludo.

Anestesia de la mitad derecha de la lengua.

6 de Diciembre. En la noche no puede dormir por los dolores neuralgicos, que son de la misma intensidad que antes de la inyección de alcohol.

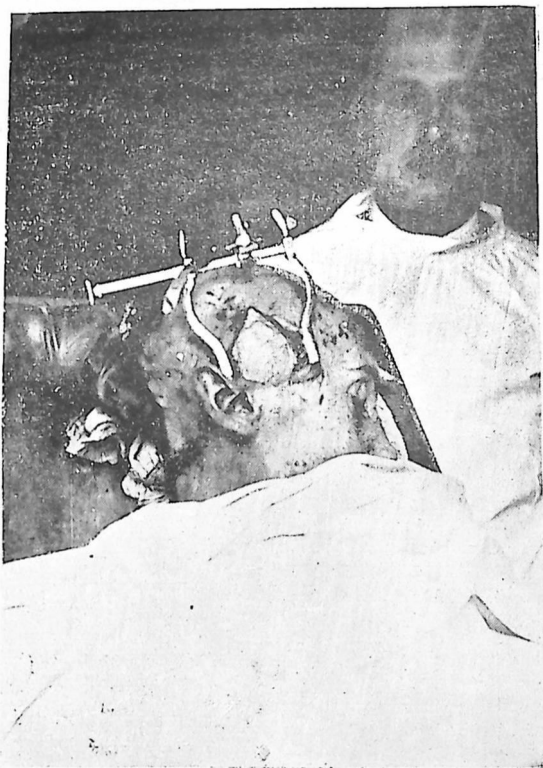
7 de Dic. Se le prepara para intervenir. Se le pone diariamente: suero glucosado 500 cc. Extracto suprarenal 2 cc. diario.

8 y 9 de Dic. Los dolores persisten. Se agrega a las prescripciones anteriores. Clauden 10 cc. Lavado intestinal. Aseo de las cavidades.

10 de Dic. Se interviene.

Operación. — 10 de Diciembre. — Neurotomía retrogasseriana. — Cirujanos: Drs. F. de Amesti y H. Hucke.

Anestesia por infiltración, con Tutocaina al 0,30%, 50 cc. Incisión de Adson.



Se abre un orificio con fresa un poco por encima del plano del arco zigomático hasta poner a descubierto la duramadre.

Se ensancha el orificio a pinza de Doyen.

Se levanta la duramadre adosada a la cara anterosuperior del peñasco. Se presenta primero la arteria meníngica accesoria que se aísla y se liga con catgut.

Se sigue hacia el agujero redondo menor y se encuentra la arteria meníngica media.

Se oblitera el agujero redondo menor con un trozo de crochet de hueso. Se avanza hacia el agujero oval y se obtiene parestesia en el territorio maxilar inferior. Se lesiona un plexo venoso perioval.

Se incide el cavum de Meckel yendo del agujero oval hacia atrás, en más o menos 1,5 cms. de extensión. Lesión de una rama del seno petroso superficial. La hemorragia cede con la compresión del seno sobre el plano óseo.

Se aísla el ganglio previa hemostasis perfecta, gracias a compresión y torundas de algodón seco.



Sección de la raíz sensitiva. Revisión.

Se comprueba intacta la raíz motora y una pequeña rama por dentro y encima de ella. (Rama del oftálmico).

Drenaje fino de gasa yodoformada. Sutura por yltimas.

Evolución posoperatoria

10 de Dic. El enfermo no acusa dolor alguno. En la noche duerme bien. Se le instila Atropina al 1% (0,000 dos gotas). Se lava varias veces el ojo derecho con suero fisiológico. Hipotermocclisis de suero glucosado 30 cc. Acunite y cefalón.

11 de Dic. Presión arterial 11,7 al pecho. Hay ligera parestesia no motora derecha.

12 de Dic. Pasa bien en el día. Se alimenta. Se retira el drenaje. Tocación con tintura de yodo.

13 de Dic. Duerme bien, no acusa dolor.

14 de Dic. Se levanta.

Del 15 al 18 de Dic. Sin ninguna molestia. Se le suspende la instilación de atropina.

19 de Dic. Se cortan los puntos de sutura.

21 de Dic. Se quita el vendaje.



En el examen neurológico practicado al enfermo **Raúl Mena Miño**, de la Sala San Rafael, se ha comprobado una abolición de las funciones del trigémino sensitivo derecho y una paresia del trigémino motor derecho.

Este resultado deriva de la siguiente sintomatología que presenta el enfermo:

Anestesia de la piel en las zonas correspondientes al oftálmico y a los maxilares superior e inferior. Anestesia de la mucosa de la mejilla derecha, del suelo de la boca en el lado de-

recho y de la mitad derecha de la lengua. Anestesia de la mucosa de la fosa nasal derecha. Abolición de los reflejos conjuntival, corneano, del estornudo y del cosquilleo del velo del paladar. Enoftalmía, estrechez palpebral y midriasis de la pupila derecha. Anosmia no absoluta de la fosa nasal derecha. Agnensia en los 2/3 anteriores de la mitad derecha de la lengua.

Monoparesia masticadora derecha, que se aprecia por la menor amplitud del movimiento de diducción hacia la izquierda, menos contracción del masetero derecho a la palpación y su menor reacción a las excitaciones eléctricas

(Fdo). DR. HORWITZ.

Comunicaciones:

Quiste Hidatídico del Pulmón

DR. ALFONSO CONSTANT

La frecuencia de la hidatidosis en algunos países de la América del Sur, especialmente en Argentina, Uruguay y en el nuestro y, por otra parte, la gravedad que reviste, en la mayoría de los casos, debido a las complicaciones inherentes a dicha enfermedad, nos invitan continuamente a divulgar algunos hechos de importancia, ya sea en el diagnóstico o en el tratamiento, para aclarar, o más bien dicho, uniformar el criterio en la lucha contra esta afección que algunos autores argentinos han dado en llamar, no con poca razón "el cáncer blanco".

Los quistes hidatídicos pulmonares deben dividirse, según Dévé, en corticales y centrales. Los primeros, sean o no supurados o aún hayan dado lugar a una vómica, deben ser operados. En los centrales hay que distinguir los que se han vaciado espontáneamente por los bronquios, pues, según el mismo autor, curan aproximadamente, sin intervención, en un 90% de los casos. Si el quiste central está intacto, el tratamiento debe ser discutido: si es de pequeñas dimensiones y está situado en la vecindad del hilio, la intervención inmediata no está indicada, pues a menudo la vómica puede curarlo; por el contrario, si es de tamaño grande, fácilmente abordable o supurado, deberá ser operado sin demora.

Previo localización exacta del quiste por la radiografía, ha sido siempre una práctica corriente operar en dos tiempos, es decir, buscar primero la sínfisis pleural y, en un segundo tiempo, practicar la extirpación del quiste, según la técnica de los cirujanos uruguayos (Prat y Lamas) y de los argentinos. En la gran mayoría de los casos, la anestesia local y la toracotomía con resección de una sola costilla, son suficientes.

Para los que practicamos con cierta frecuencia esta clase de intervenciones, nos es dado observar que en un buen número de casos, la cuestión no es tan sencilla como aparece a primera vista. Por una parte, si bien es cierto que la localización radiológica es exacta, muchas veces no podemos apreciar previamente el espesor de parénquima pulmonar que hay que atravesar para llegar al quiste; además, las adherencias provocadas por el primer tiempo de la intervención hacen variar la topografía del quiste con respecto a la pared torácica y de ahí vienen en buen número de casos las dificultades para caer directamente sobre él. Por otra parte, los procedimientos que se emplean para provocar la sínfisis pleural, previa resección costal, no son a menudo eficientes y nos encontramos a veces, con serias dificultades. Otras veces, las adherencias que provoca espontáneamente un quiste infectado, por ejemplo, no corresponden exactamente al sitio de éste; pueden estar por encima o por debajo, según sea la intensidad de la reacción del parénquima pulmonar y de la pleura. Esto ocurrió en el caso que presentamos hoy a la Sociedad.

La operación en dos tiempos está basada en el peligro del neumotorax quirúrgico y en el temor de infección de la gran cavidad pleural. Digámoslo desde luego, somos partidarios de este procedimiento en los casos de quistes grandes, superficiales o supurados en los que estemos seguros de la localización radiológica. Pero en los de tamaño más pequeño que están situados en pleno parénquima pulmonar y que seguramente nos darán serias dificultades en su localización durante la operación, creemos recomendable la intervención en pleura libre, previo neumotorax artificial.

René Duval decía, en 1916, lo siguiente: "la cirugía pulmonar se ha transformado radicalmente a consecuencia de la cirugía de guerra; el peligro del neumotorax había restringido hasta el presente su campo de acción y esta práctica de la guerra nos ha demostrado ampliamente que la técnica francesa ya muy antigua del neumotorax amplio es francamente benigna. No es del caso discutir aquí las apreciaciones del autor sobre la acción del

neumotorax en el mediastino humano y en el perro y la discusión con los cirujanos anglosajones sobre este tema; sólo nos referiremos a lo que observamos en nuestra práctica en cirugía pulmonar durante los años 1919 y 1920, a raíz de los primeros trabajos que se publicaron sobre el particular al fin de la guerra y que aplicamos en el servicio de urgencia del Hospital San Vicente en los heridos de torax.

Cuando tuvimos ocasión de practicar las primeras toracotomías en heridas penetrantes, y abrimos ampliamente el tórax para explorar las heridas del pulmón y saturarlas, nos dimos cuenta inmediatamente de los cambios producidos en la respiración y pulso del enfermo y del aleteo del pulmón en la herida operatoria. Las respiraciones subían a 30 o 40 por minuto, el pulso se hacía pequeño y rápido, sudores fríos, etc., síntomas francamente alarmantes y que indiscutiblemente eran debidos al neumotorax quirúrgico amplio. Duval explicó ésto posteriormente: aconsejaba abrir lentamente el torax y para evitar el aleteo pulmonar, comprimir el pulmón hacia el mediastino. El primer consejo lo seguimos, pero nos dimos cuenta bien pronto que los síntomas alarmantes del enfermo por la toracotomía amplia, aunque practicada lentamente, se producían siempre, pero con menor intensidad.

Georges Rosenthal (Boletines de la Soc. de París, Dic. 1928), refiere sus experiencias practicadas en perros y conejos y demuestra que gracias al neumotorax de Forlanini, todas las maniobras quirúrgicas sobre el pulmón se pueden ejecutar con riesgos mínimos. Recuerda su iniciación en cirugía pulmonar y dice que en 1913 y 1914, creyó encontrar la solución del problema en el método de Aver. Y. Melezer por insuflación intratraqueal a una presión un poco superior a la presión atmosférica. La insuflación intratraqueal constituía un traumatismo suplementario y el pulmón distendido e injurgitado de sangre era un inconveniente para el acto quirúrgico. Abandonó este método y comenzó a estudiar el neumotorax previo en la cirugía pulmonar, y dice lo siguiente: el neumotorax artificial previo, creando un acostumbramiento a las nuevas condiciones de funcionamiento de la caja torácica, autoriza toda maniobra experimental sobre el pulmón y será la llave de entrada a la cirugía pulmonar usual y corriente.

Stuar Harrington, de la Mayo Clinic, (Surg. Gynec. and Obst. Nov. 1930), en una serie de veinticuatro casos de tumores intratorácicos, ha practicado el neumotorax, previo en quince casos con excelentes resultados, y dice lo siguiente: creo que el ries-

go operatorio en los tumores intratorácicos ha disminuído notablemente con el uso previo del neumotorax algunos días antes de la intervención y permite al paciente acostumbrarse al colapso parcial unilateral y a la disminución de la capacidad vital del pulmón. En los casos de intervenciones prolongadas recurre a la ventilación pulmonar por medio de inhalaciones de una parte de CO₂ por cinco de O₂, a una ligera hiperpresión.

El profesor José Arce, de Buenos Aires, es el cirujano que más ha insistido en las ventajas de este procedimiento, y es seguramente él quien ha aplicado la moderna cirugía torácica a los quistes hidatídicos del pulmón. Procede en la siguiente forma: a) radiografía y localización de la enfermedad; b) inyección de 300 a 500 cc de nitrógeno en la cavidad pleural (o bien, simplemente aire); c) dos días después, radioscopía e inyección de 500 a 700 cc de aire en la pleura; d) dos días después radioscopía y una nueva inyección de 700 a 1,000 cc; e) nueva radiografía para localizar la enfermedad con el neumotorax completo. Ordinariamente bastan 2000 cc de gas en tres sesiones.

En el Bol. de la Sociedad de Cir. de Chile, del 28 de Mayo del presente año, encontramos una observación de los Drs. Rencoret y Greene sobre la aplicación del neumotorax previo en la operación de quiste del pulmón. Estamos de acuerdo con ellos en cuanto se refiere a no formalizar la cavidad del quiste, pero creemos que el drenaje de la cavidad pleural está contraindicado porque predispone a la infección del exterior. La idea de generalizar este procedimiento a todos los casos, a nuestro entender, no es conveniente, porque tiene indicaciones bien precisas.

Al hablar en esta reseña del colapso pulmonar previo al acto quirúrgico, quisiéramos dejar claramente establecida la diferencia que hay entre éste y lo que llamamos atelectasia pulmonar, que puede prestarse a confusiones en la terminología. En efecto, el término "colapso" evoca la idea de una compresión activa del pulmón, con opresión del órgano y de los bronquios, con fines terapéuticos; en cambio la atelectasia pulmonar, nombre propuesto por Jackson y Lee, significa una deflación total de una gran cantidad de tejido pulmonar debido a la impotencia de la fuerza inspiradora. El pulmón o lóbulo atelectasiado no contiene aire, pero está repleto de sangre; es una complicación posoperatoria en las intervenciones abdominales, que si bien es cierto, no es de suma gravedad, hay que tenerla siempre presente.

La observación que presento a la Sociedad es la siguiente:

Enferma E. C. V. de 19 años, natural de Rancagua. En el mes de Setiembre del año 1929 comienza su afección con un cuadro gripal, con alteración principalmente del aparato pulmonar, con escalofríos, transpiración, tos y desgarró que posteriormente se hizo hemoptoico y dolor torácico. Desde entonces no ha recuperado completamente su salud; pasado el período agudo ha continuado con dolor al tórax, más acentuado en el lado derecho, tos y desgarró con algunas estrías de sangre. A veces, escalofríos, dolores abdominales vagos, diarreas, astenia, falta de apetito y transpiraciones en las tardes. Ha permanecido en este estado hasta Agosto de este año, fecha en la que se han exacerbado los síntomas subjetivos: el dolor se ha acentuado más en la base del hemitorax derecho, la tos más frecuente, el desgarró más abundante; la hemoptisis, la astenia y la anorexia, han aumentado.

Al examen encontramos una enferma en mal estado general, muy decaída, pálida; en la base del pulmón derecho, una zona submate a la percusión hasta la sexta costilla; murmullo vesicular muy disminuído y vibraciones vocales abolidas en la misma región. Corazón normal a la auscultación. En el abdomen encontramos sensibilidad en el hipocondrio y fosa iliaca derecha.

Examen de Laboratorio:

Examen de orina, nada de particular.
 Urea sanguínea 0,39 grs. por mil.
 R. de Wasserman, negativa.
 R. de Weinberg, positiva.
 R. de Chauffard, positiva intensa.
 R. de Cassone, positiva intensa.

Recuento globular:

Glóbulos rojos, 4 millones 160 mil.
 Glóbulos blancos, 7 " 650 "

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares	59%
Eosinófilos	7%
Monucleares grandes	9%
Monucleares medianos	6%
Linfocitos	19%

Examen de desgarró: no se encuentran bacilos de Koch.
 Tiempo de coagulación sanguínea, seis minutos in vitro.
 Tiempo de sangría, dos y medio minutos.
 Presión arterial: Max. 10; Mín. 6, al Vaquez.

A la radioscopia torácica, 1er. examen: Dr. Ricci. Velamiento de la parte superior del campo pulmonar derecho. Imagen ovalada en la parte media del campo pulmonar del mismo lado, de contornos condensados y transparente en el centro.

Conclusión: cavidad que es posiblemente una caverna.

A la radiografía, se observa en la región perihiliar derecha, una sombra redondeada, de límites netos, que podría corresponder a un quiste hidatídico. Posiblemente una radiografía estereoscópica aclararía el diagnóstico.

Radiografía torácica estereoscópica, con inyección previa de lipiodol intraqueal: Dr. Opazo. Sombra redondeada, de contornos más o menos netos, que ocupa la región correspondiente a la cisura horizontal y que se observa en la radiografía más cerca de la pared anterior del hemitorax derecho. Este aspecto puede corresponder en parte a un quiste hidatídico roto o a una pleuritis enquistada. La inyección de lipiodol no demuestra un llenamiento de la región sospechosa. El lipiodol se ha extendido por las arborizaciones bronquiales en forma normal.

Se traslada la enferma a la Clínica del profesor Ricardo Donoso, donde se le practican inyecciones de aire sucesivas en la pleura derecha. La primera inyección el 31 de Octubre de 350 cc. sin ningún accidente. Cuatro días más tarde, la segunda de 625 cc., también en buenas condiciones; la tercera, el 18 de Noviembre de 750 cc. y la cuarta de 500 cc. La presión intratorácica que en la primera inyección de aire, era de -7,-4, fué después de la última inyección de -3,-0.

Previo preparación de la enferma, se practica la toracotomía con anestesia etérea; se reseca la cuarta y quinta costilla, entre la línea axilar posterior y la escapular en el hemitorax derecho. Al abrir la pleura parietal, no se nota ningún cambio en el estado general de la enferma; la respiración y el pulso se mantienen sin variaciones. Comprobamos la existencia de adherencias pleurales en el tercio medio del pulmón; se punciona el parenquima en este sitio y resulta negativa; se seccionan las adherencias y se procede a explorar el órgano por medio de una palpación prolija. En

e lóbulo inferior en su porción más superior y externa, a cierta profundidad de la superficie, encontramos una región más dura que el resto del parenquima; se punciona y sale líquido purulento; previo aislamiento de la cavidad pleural, se incide el quiste, que era del tamaño de una mandarina, se extrae la membrana proliferante y se marsupializa a la pared. Para que la fijación de la herida pulmonar a la torácica sea eficaz e impida toda comunicación entre ambas heridas y la cavidad pleural, no basta, dice Arce, suturar el pulmón a la pleura parietal y periostio costal; es necesario suturarlo a los músculos torácicos, con lo cual, mientras por un lado se obtiene una sutura firme y segura, por otro, se independiza totalmente la herida de la cavidad pleural, cuya infección es siempre grave. Dejamos un drenaje de gaza en la cavidad del quiste en comunicación con el exterior con el objeto de evitar una posible hemorragia posoperatoria.

En el estado posoperatorio, sólo anotamos una condensación de la base del pulmón derecho y algunos frotos pleurales, que se trata en la forma habitual. La intervención se practicó el 20 de Noviembre. El 10 de Diciembre se practica una radioscopia y se comprueba la existencia de una pequeña cantidad de líquido, que a la punción resultó ser líquido seroso aséptico. Actualmente, es decir, un mes después de la intervención, el estado de la enferma es bastante satisfactorio.

En esta clase de intervenciones en general, si no sobrevienen complicaciones, la toracotomía es habitualmente bien soportada y aún cuando se trata de una operación grave, el pronóstico es relativamente benigno. En cambio el pronóstico se agrava considerablemente en presencia de complicaciones, que pueden evitarse, en la mayoría de los casos, con una técnica cuidadosa.

Fracturas transversales del muslo, tratadas con el enclavijamiento intramedular

DR. ARNULFO JOHNSON

Al presentar a la consideración de la Sociedad de Cirugía las observaciones siguientes, me guía el propósito de hacer ver las ventajas y desventajas de este tratamiento de las fracturas transversales del femur. De todos es sabido la dificultad que hay a veces para obtener en estas fracturas una buena coaptación

y, sobre todo, un miembro que no presente acortamiento. Por esto es que en esta lesión se han ensayado y se siguen usando un buen número de tratamientos concretos para poder obtener un buen afrontamiento óseo. De todos ellos, el que me ha parecido más sencillo y más seguro es el enclavijamiento intramedular, ya sea usando un trozo de peroné o de tibia. Después de usar dos veces el peroné, me decidí por la tibia, de la cual se puede extraer con mucha facilidad el trozo necesario que enchufa, además, muy bien en el femur.

Digo que este procedimiento me parece el más sencillo de todos los cruentos, porque no necesita, en primer lugar, de aparatos especiales que no están siempre al alcance de todo cirujano y porque su ejecución es bastante fácil. Hay un detalle que me parece vale la pena de señalar.

Una vez puestos a descubierto los extremos óseos por incisión lateral externa del muslo y tallada la clavija, ésta debe ser sujeta por su mitad con una pinza Kocher, para poder así introducir exactamente la mitad en cada canal medular. El enchufe se hace con cierta facilidad, si no se hace demasiada extensión sobre el miembro fracturado. Un yeso que abarque todo el miembro fracturado, ambas caderas y la mitad del muslo sano, termina la intervención. Los resultados obtenidos con este tratamiento pueden verse en las radiografías adjuntas.

Acortamiento no hemos observado y se comprende que no pueda existir. Hemos visto sí, en dos casos, una pequeña incurvación hacia afuera. Una de ella se debió al retiro demasiado temprano del yeso (20 días), y la otra a defecto de técnica durante la colocación del yeso. Fué subsanada inmediatamente con un nuevo yeso en buena posición. Además, tuvimos en una ocasión (clavija de peroné) una supuración tardía con formación del secuestro en una parte de la clavija. El callo se había formado, a pesar de este inconveniente. En una segunda intervención se retiró el secuestro y el enfermo sanó perfectamente.

La última niña que permanece aún en el hospital, se cayó al levantarse por primera vez y el callo blando cedió, quedando con una movilidad en el sitio de la fractura, que la volvió a la cama, donde permanece con una pequeña extensión continua, hasta obtener una buena consolidación.

Hemos dejado a nuestros enfermos durante un mes en yeso. En un caso tuvimos que prolongar el yeso por dos semanas más, porque el callo no estaba bien firme.

Agrego; además, la observación de una fractura transversal alta del húmero, que después de haber fracasado un tratamiento

ortopédico adecuado, fué tratada por el enclavijamiento. El resultado fué también muy bueno, como se puede ver en la radiografía.

Con todo ésto, no quiero decir por un momento que este tratamiento es el único que debe usarse en las fracturas transversales del femur. Sé muy bien que una buena extensión, con aparatos buenos y bien cuidada da resultados perfectos, por lo menos funcionalmente. A veces, sí, se suele fracasar, a pesar de todo. En todo caso, el enclavijamiento es un método muy bueno y que, de todos los cruentos, creo el mejor.

El total de enfermos operados es de nueve.

Se demuestran las radiografías correspondientes.

Discusión:

Dr. Vargas Salcedo. — Los métodos osteosintéticos siguen ocupando los debates de los Congresos y Conferencias científicas, porque los resultados lejanos que con ellos se obtienen son muy contradictorios.

Desde hace tiempo que nos hemos convencido que todo método cruento para tratar una fractura, sólo está indicada en ciertos tipos de ella; cuando la coaptación es imposible de mantener con los medios externos de inmovilización y especialmente en fracturas de la diáfisis del fémur, húmero, radio y cúbito simultáneo en adultos y en las maleolares con pérdida del eje del pie. En general, en estos casos, cuando no podemos coaptar bien y mantener esta coaptación con control radiográfico, debemos afrontar la osteosíntesis.

De los innumerables métodos descritos a nuestro juicio, los mejores son aquellos que no vulneran el hueso ni la médula ósea y los que no comprometen la circulación sanguínea perióstica, es decir, aquellos que sólo contribuyen a mantener una coaptación suficiente para asegurar el eje lineal del hueso. No es necesario que la coaptación sea perfecta y la persecución de este ideal no hace más que prolongar la operación con los riesgos consiguientes de infección.

Los enclavijamientos con hueso homónimo o heterónimo, dentro del canal medular, tienen a nuestro modo de ver dos graves inconvenientes; destruyen la médula roja y pasan a ser un cuerpo extraño encarcelado. Más grave es la cosa si la clavija o tarugo es muy grueso y queda apretado, al extremo de tener que introducirlo en uno de los extremos a martillazos, porque entonces la presión excéntrica provoca una anemia del anillo óseo correspondiente.

Las tablillas metálicas, de hueso muerto u otros materiales que se aplican con amarras de alambre o embarriladura, se deberán aplicar sin apretar demasiado los alambres, a fin de evitar la compresión de la circulación sanguínea periostal y el retardo de la osificación. A este respecto, han caído en desuso las cintas de Paraff, que se colocan con una pinza especial a gran presión.

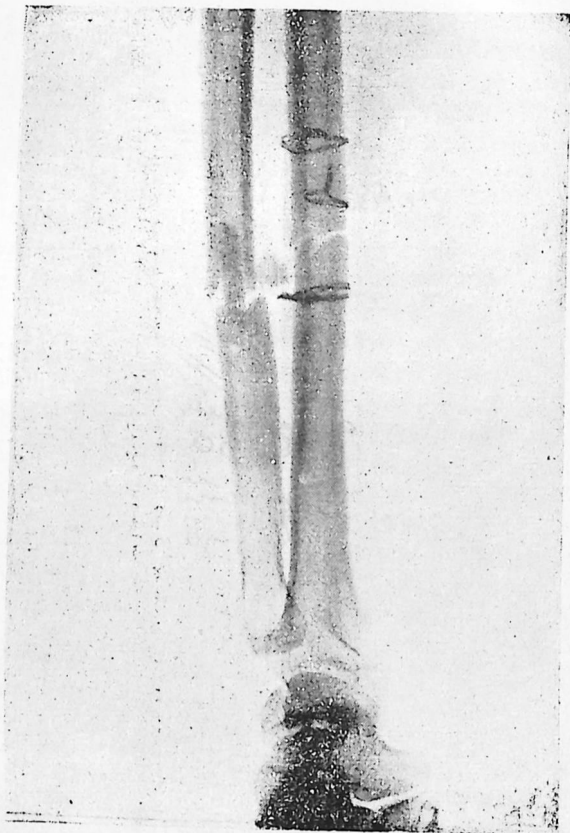


Fig. 1.—Radiografía del antebrazo del Sr. P. C. operado en 1923 en que se puede ver una osteosíntesis del radio con una placa de hueso muerto de ternera conservado en alcohol amarrada con tres alambres y el cúbito, el cual fué enclavijado con un trozo cilíndrico de hueso.

Las osteosíntesis con perforaciones para hacer amarras con alambres, o colocar placas como las de Cuneo y de Lambotte, agujerean el hueso, causando una rarefacción a su alrededor y, lo que es más grave, como lo demuestra claramente la radiografía que acompañamos, usuran a la larga el hueso y perturban la consolidación ósea. (Fig.—radiografía N.º 2).

Nada es más gráfico e interesante que observar las radiografías 1 y 2, correspondientes al antebrazo del señor P. C., que tuvo una fractura de ambos huesos y en el cual hicimos en 1923 una osteosíntesis del radio con una tablilla de huesos de ternera conservado en alcohol, fijada con tres amarras de hilo de plata y un enclavijamiento del cúbito con un trozo de hueso, introducido en el lúmen del canal medular.

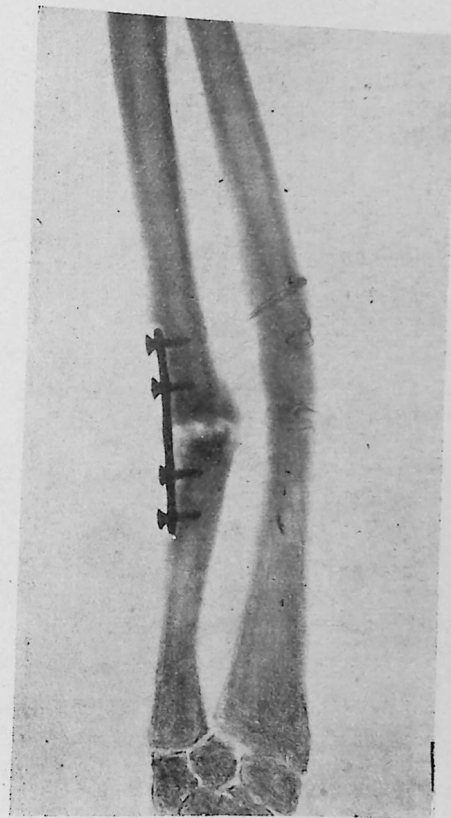


Fig. 2.—Radiografía de los huesos del antebrazo del Sr. P. C. tomada en Londres en 1930 en que se puede apreciar la perfecta consolidación ósea del radio operado en Chile en 1923 y la placa de Lambotte colocada en Londres en 1924 para corregir la sendartrosis del cúbito por enclavijamiento medular. Se puede apreciar la falta de consolidación ósea del cúbito y la usura que ha causado el hueso esta placa dejada a permanencia así como la reabsorción del hueso en los puntos en que hay tornillos.

El radio consolidó admirablemente, en cambio el cúbito siempre dolía y a las radiografías aparecía sin consolidación. El paciente resolvió ir a Inglaterra a consultar opiniones, y el Prof.

Barker lo puso en manos de un especialista, que resolvió extraer la clavija de hueso y colocar una placa de Lambotte, como se ve en la radiografía. Han transcurrido 5 años y el paciente ha vuelto nuevamente a Londres, en donde se le ha tomado la radiografía N.º 2, y en ella se puede apreciar admirablemente la perfecta consolidación del radio con el método chileno y la pseudo artrosis del cúbico, no obstante la placa de Lambotte, que ha usurado el hueso.

El cirujano que colocó la placa ha opinado de no levantarla; nosotros estimamos que ella no hace ningún servicio y que, por el contrario, es un punto de menor resistencia orgánico, en el cual puede cualquier día fijarse una infección.

Sobre resecciones del Gran Epiplón

DRS. DAVID BENAVENTE Y LUIS ARAOS

Estas líneas tienen por objeto el estudio de la manera como debe tratarse el Gran Epiplón, o Epiplón Gastrocólico, en sus relaciones con la cirugía abdominal.

En otros términos, proponer algunas ideas acerca de la conducta que puede seguir el cirujano, según el estado en que le encuentre, cada vez que penetre en la cavidad del abdomen.

Precisando todavía algo más, nos permitimos exponer las siguientes proposiciones:

- 1.º ¿Debe ya el Gran Epiplón entrar al campo de la Cirugía como cualquier órgano de la economía general?
- 2.º ¿Puede, sin peligro extirpársele parcial o totalmente?
- 3.º ¿Podría establecerse como regla su ablación metódica y sistemática en ciertos estados?
- 4.º ¿Cuáles serían los casos y los estados en los cuales se estaría autorizado para esta ablación sistemática?

Se puede decir, con razón, que uno de los elementos anatómicos olvidados por la medicina y, especialmente por la Cirugía, es el Gran Epiplón.

Este olvido, casi desprecio, en realidad, es difícil de justificar.

No puede decirse que pase desapercibido porque es pe-

queño y se oculte en el organismo, o porque las enfermedades no lo alcancen jamás.

Todo lo contrario: está casi a la vista; perfectamente accesible por diferentes puntos del abdomen, de dimensiones relativamente considerables, y sitio de afecciones primitivas y secundarias de gravedad.

No se puede pensar en una víscera abdominal sin que el recuerdo de sus relaciones no se venga a la memoria.

Del mismo modo, no se puede abrir el abdomen sin que se presente antes que cualquier otro elemento.

¿Se le considera inofensivo, por su vulgaridad, por su sencilla estructura o por la misma impertinencia con que se presenta en los diferentes momentos de las intervenciones abdominales?

Sea como fuere, lo cierto que este aparente desprecio se parece mucho a un religioso respeto en algunos momentos.

Abierto el abdomen, y a su insistente presencia el cirujano recurre a toda especie de recursos para contenerlo. Así se le protege, se le empuja, se le aleja, se le comprime; pero siempre con el propósito de conservarlo y respetarlo como un elemento indispensable.

En estos momentos su existencia parece sagrada.

Este respeto se exagera aún en los instantes del cierre, cuando el operador lucha de nuevo para no incluirlo en la sutura.

Y no es raro que después quede todavía la duda de no haberlo dejado enteramente libre y distante de la cicatriz.

De suerte, pues, que por un lado se le toma como algo, simple, inofensivo y, por el otro, como un elemento importante, indispensable.

¿A qué se debería este doble criterio?

¿Talvez al escaso conocimiento de su fisiología

¿Puede considerarse el Gran Epiplón como un elemento quirúrgico a semejanza de cualquier órgano de la economía?

Francamente, no se ven los motivos para negarle este derecho.

Es posible que sólo sea la carencia de datos acerca de sus funciones una de las causas por las cuales se le tenga todavía un temeroso respeto, y se evite proceder con él en la forma que se procede con otros órganos más útiles y de conservación menos peligrosa.

¿Por qué no podría contar con su capítulo en la Patología Médica y Quirúrgica abdominal, así como el apéndice vermicular y la vesícula de la bilis?

Sus afecciones son múltiples y la gran mayoría justificables de intervenciones operatorias.

El anatomista y el cirujano comprueban con una extrema frecuencia estas afecciones.

No sería exagerado afirmar que es rara la autopsia; es rara la intervención, peritoneal o abdominal que manifieste un epiplón en estado de integridad.

Ya son afecciones inflamatorias en todos los grados y de los más variados orígenes, ya son adherencias, también de toda especie de variedades, ya son tumores, quistes, infecciones tuberculosas, engrasamientos o simples recargos de tejido grasoso, que constituyen enormes lipomas libres, verdaderos cuerpos extraños dentro de la cavidad peritoneal.

En otros casos se ven epiplones maltratados por hernias, inguinales, umbilicales, etc., convertidos en masas extrañas absolutamente impropias para desempeñar papel algo útil.

Se hallan en ocasiones masas conjuntivas, duras, como tejidos cicatricial, o bien, dando al tacto la sensación de tejido carnoso, o todavía se encuentra estirado, sobado por constantes y prolongadas tracciones, o convertidos en una red formada por los vasos engrosados, endurecidos; con ausencia completa de tejido grasoso o de otra naturaleza entre sus mallas

Todas estas lesiones no pueden ser inofensivas y, a nuestro entender, exigen un tratamiento, y éste no puede ser otro que el quirúrgico.

¿Puede el Gran Epiplón extirparse sin peligro, parcial o totalmente?

Durante largo tiempo se le ha tenido, en realidad, un respeto supersticioso.

Sin saber a punto fijo su fisiología, se creía que su ausencia traía perturbaciones graves.

A estas alturas las cosas han debido variar. El conocimiento de sus funciones, así como la experiencia nos imponen un cambio radical de criterio.

Las ablaciones parciales y totales que, según las circunstancias, venimos practicando desde hace más de veinte años, nos dan motivos suficientes para afirmar que su ausencia no reviste

gravedad alguna, y que, por el contrario, el peligro está en dejar insito un órgano inútil o enfermo.

No podemos desconocer su acción benéfica, ni su rol de protector, defensor y cuidador de la policía y asepsis de la cavidad peritoneal; pero tampoco es posible silenciar los peligros que encierra su permanencia cuando infiltrado de sepsis se convierte en una verdadera esponja saturada al máximo con los productos inflamatorios del peritoneo.

Su origen no nos dice gran cosa acerca de su importancia.

Se forma de un repliegue, pellizcamiento, o fondo de saco determinado en el meso posterior, o dorsal, o mesogastro posterior, en los momentos que el estómago gira, o hace su movimiento de rotación de izquierda a derecha para tomar su posición definitiva.

En el tercero o cuarto mes de la vida intrauterina, el Epiplón gástrico no aparece más que como una media luna, repliegue, flotante apenas manifiesto, al nivel de la gran curvatura del estómago.

Los movimientos de las vísceras, especialmente del tubo intestinal, hacen el resto.

Poco a poco se desliza por delante del colon transversal y se extiende hacia las asas del intestino delgado

Como puede observarse, estudiado más detalladamente, su origen tiene mucho de accidental y de mecánico.

En el tercero o cuarto mes de la vida intrauterina, el epiplón gástrico.

Frecuentemente se observan adultos en los cuales se halla por encima de esta línea.

Quién sabe si en estos sitios ya su papel fuera muy modesto.

En resumen, si sus orígenes son tan simples y en los cuales entra por mucho el accidente y la mecánica, si sus funciones de absorber y neutralizar los restos líquidos de la cavidad peritoneal y, de mantener la temperatura conveniente alrededor de las vísceras, se vuelve peligroso por las afecciones de que puede adolecer, o una vez que ha absorbido gran cantidad de sepsis, como sucede en los casos de peritonitis local o generalizada, no se comprende realmente que su existencia sea de utilidad y se luche por su conservación.

Una vez enfermo, su presencia tiene necesariamente que constituir un peligro.

Por otra parte, como lo decimos más arriba, decenas de ablaciones totales, sin consecuencias sino benéficas, nos autori-

zan para afirmar que se puede, y que en muchos casos se debe recurrir a ella sin temor y sin peligro.

¿Podría establecerse como regla general la ablación metódica y sistemática del Gran Epiplón en ciertos estados?

Según nuestra manera de entender, son tantos los motivos que obligan a la ablación, que juzgamos ya imposible la conducta seguida hasta el presente.

Con bastante frecuencia vemos que los procedimientos conservadores nos conducen a situaciones lamentables.

Todos los operadores saben por propia experiencia que las intervenciones abdominales, por cuidadosas que sean, por perfectos que sean sus métodos, técnica, habilidad y destreza operatoria, dejan siempre inevitables secuelas.

Estas dependen más que del operador, del estado del peritoneo.

Son seguras si éste se halla ligeramente inflamado, o si durante el trabajo ha sido algo traumatizado.

Las secuelas se traducen en simples adherencias peritoneales, adherencias o bridas epiploicas, con sus respectivas consecuencias ya próximas, ya alejadas.

Pocos serán los cirujanos que no hayan presenciado casos de obstrucciones intestinales posoperatorias por adherencias o bridas, a pesar de haber procedido en las mejores condiciones aparentes.

Una intervención complementaria oportuna salva al paciente; pero cuando, por desgracia, se retarda en tomar una resolución, todo resulta inútil.

En otros casos, los enfermos comienzan algún tiempo después a sentir simples molestias, las que se van agravando poco a poco, hasta obligarlos a entregarse al cirujano.

Su sintomatología es conocida.

En los casos de adherencia, bridas epiploicas, no cabe otro proceder que su extirpación tan completa como sea posible.

Por estos motivos, así como por otros más evidentes, como es en aquellos casos en que el epiplón está manifiestamente enfermo e inútil, somos partidarios de atenderle y examinarle cuidadosamente en toda intervención abdominal.

No nos parece buena práctica mirar así distraídamente y abandonar a su propia suerte en la cavidad peritoneal un elemento que puede ser, y lo es con frecuencia, origen y causa de perturbaciones molestas y, a veces, irremediables.

No nos parece prudente mirar con indiferencia las varia-

das situaciones operatorias que se ofrecen en la cirugía del abdomen.

La presencia sola del Gran Epiplón perturba la más sencilla intervención en el sector abdominal.

¿Qué hacer con él cuando en las hernias inguinales, umbilicales, etc., aparece en enormes proporciones, libre o adherido al saco, y siempre maltratado?

Su conservación significa la existencia de un cuerpo extraño dentro del abdomen, y el peligro de que esté golpeando constantemente el sitio de la hernia hasta reproducirla de nuevo.

Aquí no cabe más que ablación total.

¿Qué hacer cuando al abrir el vientre para una apendicitis, por ejemplo, se halla el campo ocupado por un epiplón grueso, congestionado, recargado de grasa no permitiendo distinguir colon, ciego ni intestino delgado?

Nuestra conducta ha sido determinada desde hace largo tiempo.

Comenzamos por su extracción hasta donde lo permita la longitud de la incisión.

Una tracción suave es suficiente para dominar la situación.

La posición en declive (Trendelenbourg), hace el resto, y el campo queda despejado.

Es verdad que esto alarga y complica la operación; pero no es posible negar que facilita la extirpación del apéndice y evita las frecuentes y temidas adherencias que en tales casos y condiciones son seguras.

El mismo procedimiento seguimos en las operaciones en frío.

Si la posición en declive (Trendelenbourg) por algunos momentos, no es bastante para hacer subir el epiplón por encima de la línea umbilical y no deja el campo libre, se dispone la extracción

Igual conducta adoptamos para cualquiera laparotomía, en la que se manifieste como un estorbo durante las maniobras.

Talvez sería pesado y no tendría objeto práctico ir acumulando casos y situaciones en que las ablaciones se imponen.

Con lo expuesto, creemos suficiente para darse cuenta cuándo son necesarias y cuándo no.

El manual operatorio es muy sencillo.

En las grandes aberturas abdominales no hay más que ir ligando pequeñas porciones que se separan, desgarrando la lámina epiploica con los dedos y seccionando a medida que se

liga, y comenzando por el ángulo cólico izquierdo, o esplénico, para terminar por el hepático.

Creemos mejor las ligaduras múltiples, diez o más. Las ligaduras en masa, especialmente en los ángulos, pueden producir pliegues y otros inconvenientes.

Cuando se trata de incisiones pequeñas, o alejadas de la base de inserción, hernias, apendicitis, una tracción suave, continuada hacen fácilmente accesible los puntos apropiados para las ligaduras.

La posición en declive y el rechazo por medio de instrumentos del colon transversal, permiten llevarlo fácilmente a su sitio normal.

Antes de dar por terminados estos apuntes, creemos oportuno proponer las siguientes conclusiones, que cada cual puede establecer, aceptar o controlar, según su experiencia:

1.º El Gran Epiplón es, con bastante frecuencia, el sitio de afecciones primarias y secundarias de carácter grave.

2.º Muchas de estas afecciones exigen un tratamiento quirúrgico.

3.º Aunque es un elemento útil, su existencia no es absolutamente necesaria e indispensable.

4.º Puede ser eliminado, aún estando sano, sin mayores consecuencias para el organismo.

5.º Puede ser incluido entre los órganos quirúrgicos.

6.º Su extirpación se hará cada vez que, a juicio del operador, ha llegado a ser inútil o peligroso para el enfermo.

7.º En toda operación abdominal se cuidarán mucho sus movimientos para no traumatizarlo, si está sano.

8.º En toda laparotomía, la presunción, sospecha, que puede llegar a producir molestias, adherencias, bridas, etc., será suficiente motivo para su eliminación.

OBSERVACIONES

M. C. de A. — 35 años, casada.

Varios partos fáciles. — Buena constitución.

Sus molestias comienzan desde su último parto; dos años, más o menos. Consisten en dolores vagos al abdomen, especialmente en la región supraumbilical. Indigestiones con dolores, cólicos. Presión dolorosa en la fosa ilíaca derecha. El tacto va-

ginal combinado revela un ligero aumento de volumen de la matriz; ovarios, nada de particular.

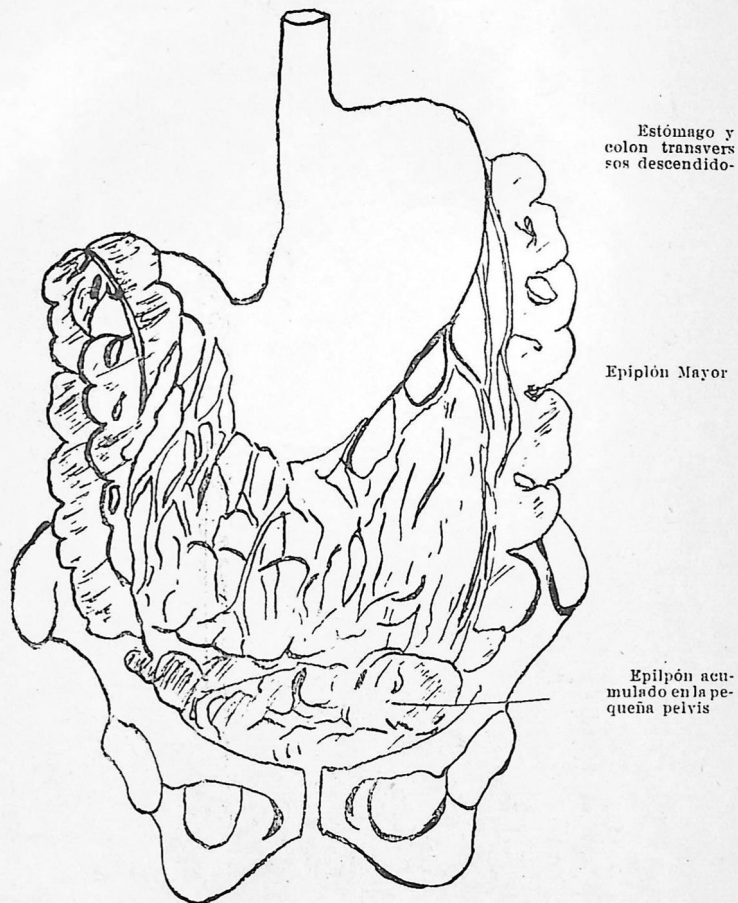
Se le diagnostica, **Apendicitis**.



Operación. — Siguiendo nuestra práctica en las mujeres casadas, se elige una incisión infraumbilical mediana.

Llegados a la cavidad peritoneal y hechas las exploraciones del caso, sale líquido en cantidad apreciable y se comprueba una completa adherencia de la extremidad del Gran Epiplón al fondo del útero. Toda esa porción está gruesa, como carnosas, como si lo hubiera sobado. Se reseca el epiplón totalmente. En seguida se busca el apéndice, el que se extrae con facilidad, presentando un estado eréctil notable, y en el interior, coprolitos voluminosos y ulceraciones.

Sutura de la pared abdominal
Curación sin complicación alguna.



N. N. — 23 años, soltera.
Buena constitución.

Dolores abdominales desde hace varios años. Meteorismo, eritíquez, deposiciones con mucosidades de cuando en cuando. Dolores, cólicos con el más ligero exceso del régimen alimenticio. Reglas dolorosas y abundantes. Dolor espontáneo y provocado en la fosa ilíaca derecha.

Se diagnostica. **Colitis crónica, apendicitis.**

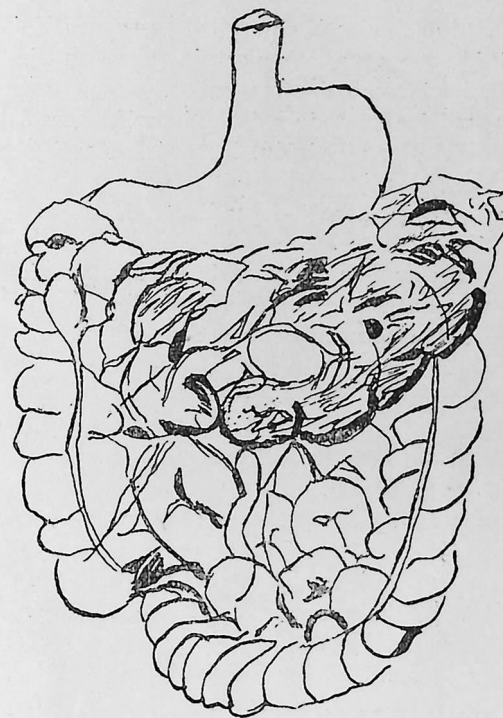
Operación. — Hecha la incisión en el sitio clásico, sale líquido turbio y aparece el epiplón recargado de grasa. Se trata

de hacerlo deslizar hacia arriba por medio de la posición en declive (Trendelenburg), sin conseguirlo. Después de algunas exploraciones aparece el colon transverso, el que se reconoce por sus apéndices epiloicos y por las inserciones del epiplón gastrocólico. Se tiene a la vista en dislocación, junto naturalmente, con el estómago. Hay que reponerlos. Para esto es preciso proceder sobre el epiplón. Se trata de exteriorizarlo. Con alguna sorpresa se ve que empieza a salir de la grande y pequeña pelvis una lámina epiloica de dimensiones no sospechadas y que hacia allí como de un enorme tapón. Ablación total.

Por la posición en declive y por medio de los instrumentos, el colon y estómago suben a su situación alta.

El ciego se hace accesible. Se extrae el apéndice que contenía coprolitos, y la intervención termina sin otro inconveniente. Curación sin complicaciones.

Este tipo de lesiones la hemos visto repetida varias veces.



C. Z. de K. — 57 años. — Buena constitución. Cuatro hijos sanos.

Desde hace algunos años sufre dolores en la fosa iliaca derecha, a los cuales nunca ha atribuido jamás mayor importancia. Algunas indigestiones.

Con motivos que no puede precisar, siente un buen día dolor vago al abdomen, pérdida del apetito, náuseas y bastante meteorismo.

En este estado pasa más de una semana.

Examinada, se diagnostica un estado peritoneal grave que no se puede puntualizar a causa de los datos vagos que se suministra de los grandes dolores y del enorme meteorismo.

Operación. — Como se trata de una mujer casada, se procede a una laparotomía mediana infraumbilical. — Salida de una gran cantidad de serosidad muy turbia, 1 litro. — Elementos abdominales completamente libres. — Intestinos, útero, anexos libres y relativamente sanos, aunque con placas y exudados plásticos. — Peritoneo deslustrado, rojo. — Ciego adherido. — Apéndice encerrado en una verdadera cápsula peritoneal, perforado y en medio de una colección purulenta. — Gran Epiplón, grueso, retraído, infiltrado como un plastrón, una esponja, teniendo el volumen de casi como de tres puños.

Se procedió ante todo a la extirpación completa, radical y concienzuda del Gran Epiplón. Después se extirpó el apéndice, según las reglas ordinarias.

Drenaje doble, pero independiente. Mediano y por la tosa iliaca derecha.

Curación completa después de un mes y medio.

Han transcurrido cerca de cinco años.

No se notan consecuencias molestas.

N. M. R. — 27 años, soltera.

Buena constitución.

Operada de apendicitis tres años antes. Un año después, por adherencias. Presenta dos cicatrices: Una del lado de la fosa iliaca derecha y otra infraumbilical en la línea media.

Se queja de dolores permanentes en la región supraumbilical. No hay puntos fijos.

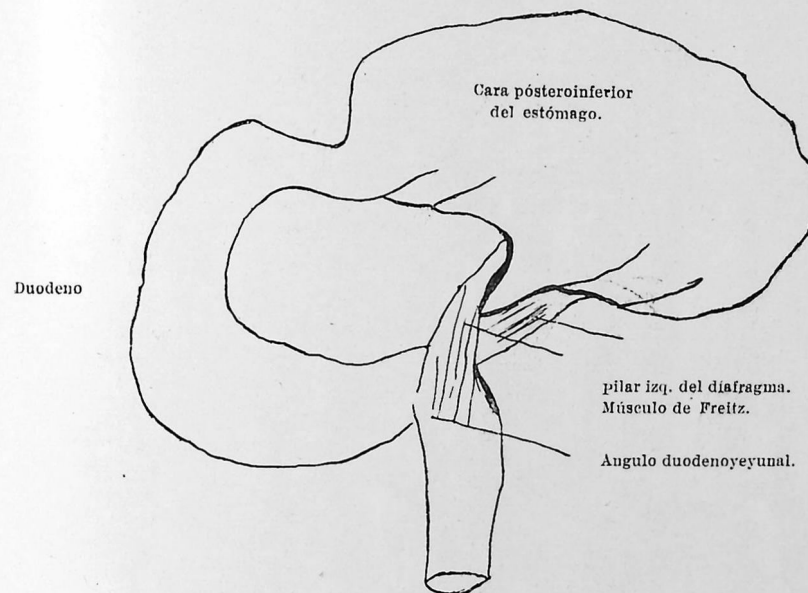
Vómitos constantes.— No puede alimentarse. — Vientre escavado por deficiencia alimenticia.

Se diagnóstica, **nuevas adherencias y posible úlcera duodenal.**

Operación. — Incisión supraumbilical. En realidad, hay

nuevas adherencias en las cicatrices operatorias formadas por bridas epiploicas, más o menos delgadas, líquido. Pero la totalidad del Gran Epiplón está rechazado hacia arriba, al nivel del colón transverso y del estómago, constituyendo una masa cilíndrica, consistente, engrosada con escasa vascularización, recargada de grasa

Se desprenden y se ligan las adherencias, y se procede a resecar el epiplón. No presenta grandes dificultades. El estómago y el colón transverso quedan libres y permiten la exploración



del duodeno. No es posible hallar el sitio de la úlcera. Sin embargo, se nota rojo, grueso y muy dilatado. Procedemos a deshacer el ángulo duodenoyeyunal, seccionando el músculo de Freitz y movilizándolo esa porción del intestino delgado para dejar un fácil vaciamiento del contenido duodenal, como lo indica el esquema.

La operación se termina regularmente. La cicatrización completa demora diez a quince días.

La enferma siente algún alivio; pero los dolores y los vómitos continúan, aunque más espaciados.

Poco a poco el alivio avanza. Han transcurrido algunos meses y se siente cada día mejor.

R. L. — Agricultor, 45 años. Buena constitución. Obeso.

Desde hace tres años, más o menos, sufre de dolores abdominales espontáneos y provocados por la palpación. Meteorismo, indigestiones repletas, deposiciones con mucosidades, hígado algo doloroso y aumentado de volumen. Dolor espontáneo y provocado en la fosa iliaca derecha.

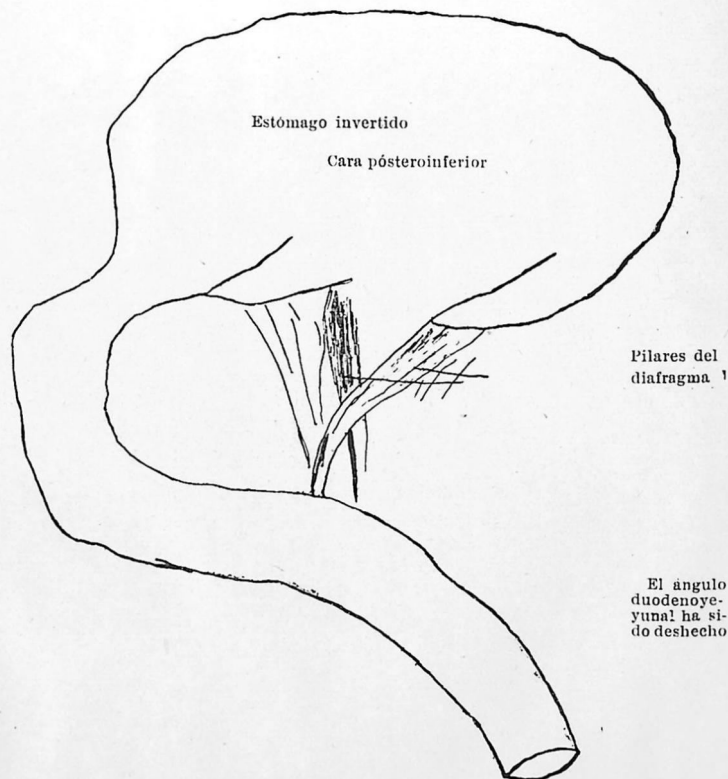
Diagnóstico. — Colitis, congestión hepática, apendicitis.

Se resuelve a extraerse el apéndice.

Operación. — Hecha la abertura, sale líquido turbio y hace hernia una masa epiploica, ligeramente endurecida, podría decirse, eréctil, que a pesar de los esfuerzos, es imposible de contener y reducir. Se resuelve extraerla. Por la incisión ensanchada sale poco a poco una enorme masa grasosa muy escasamente vascularizada, que fué extirpada en totalidad. Su peso se calculó en más de dos kilos. Apéndice, eréctil, congestionado, ulcerado y lleno de materias fecales.

Curación sin complicaciones.

Casos como el presente se han repetido varias veces.



N. J. C. — 51 años. — Algo obeso. Buena constitución Buena salud anterior.

Hace dos años, más o menos, le comenzó sin causa aparente, una hernia inguinal izquierda, epiplocele, que ha ido aumentando poco a poco.

Operación. — Incindida la pared, se escapa una masa epiploica enorme. No hay intestinos. Se acuerda extraerla. Por medio de suaves tracciones sale fácilmente una lámina espesa, ligeramente endurecida, poco vascularizada y que se deja desgarrar al menor esfuerzo. Se extrae, hasta que se siente alguna resistencia, o asoma por algunos puntos el colon transversal. Se liga por secciones y se empuja el colon hacia su sitio. La masa extraída representa más volumen que dos puños.

Curación en tiempo regular.

El enfermo sintió, como sucede en los casos de resecciones, amplios dolores epigástricos, algún meteorismo, náuseas, repleción gástrica y pérdida del apetito por algunos días.

L. P. Z. — 13 años. — aspecto general satisfactorio.

Dolores abdominales vagos desde hace años. Se hacen intolerables por cualquier exceso alimenticio, o en el tiempo de las reglas. Los regímenes, aún los más severos, no la han mejorado. Por los dolores más acentuados al nivel de la fosa iliaca derecha y abundantes secreciones mucosas en las deposiciones, se diagnostica:

Colitis crónica y apendicitis.

Operación. — La abertura del abdomen deja ver antes que otro órgano un epiplón grueso, recargado de grasa, y mirado con más atención y tocado, porque al tacto permite sentir algo como granos duros, unos puntos blanquecinos, guisáseos, consistentes. Se escurre gran cantidad de líquido ligeramente turbio. Sospechando una afección específica, se procedió a la extracción total del epiplón y se llegó hasta su misma inserción gastrocólica.

El apéndice estaba ulcerado y lleno de seropus y materias fecales.

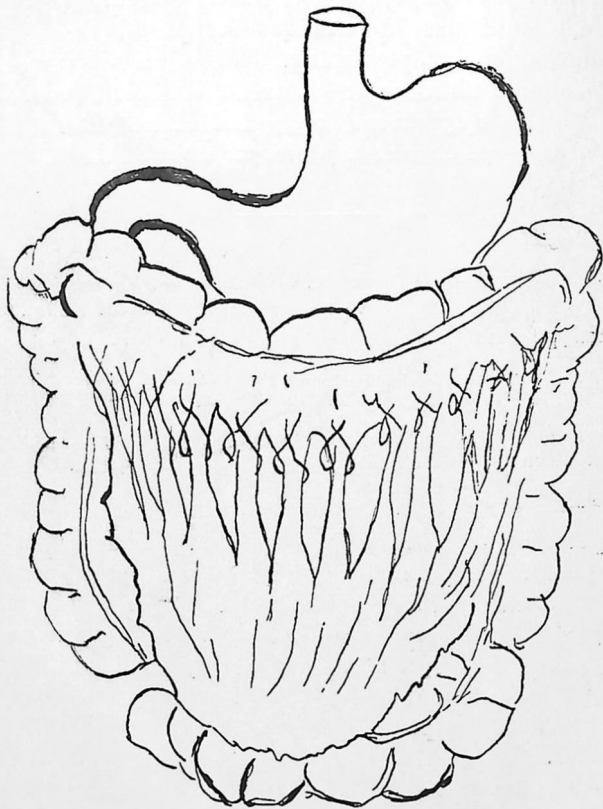
La cicatrización se hizo, al parecer, normalmente, pero después de cuatro semanas, más o menos, la herida se puso tumefacta y dejó salir unos 40 a 60 gramos de seropus. La curación fué en seguida muy lenta; duró cerca de dos meses.

Han transcurrido cuatro años y la enferma goza, según ella de la más perfecta salud.

El examen microscópico y bacteriológico confirmó la especificidad de los pequeños gránulos.

Un caso entre muchos, más o menos iguales

N. N. — Laparotomizada, por apendicitis, hernia u otra lesión que haya exigido la abertura del abdomen.



Ligaduras del epiplón por secciones

Durante las maniobras, el Gran Epiplón ha estado ausente; no se le ha visto.

Pero en el momento del cierre aparece intempestivamente y se interpone entre las asas y la pared.

Son inútiles los esfuerzos del operador. La posición en declive, los separadores, los aisladores no dan resultado. A cada instante se toma entre los hilos de la sutura o se le pincha con la aguja.

En estos casos creemos que no hay que vacilar mucho. Ablación total.

¿Razón?

Las numerosas probalidades que ese epiplón vaya a formar adherencias y bridas que si no harán peligrar la vida del paciente a causa de oclusiones intestinales, le molestarán hasta obligarlo a una intervención complementaria.



N. A. R. — 58 años, soltera.

Operada por fibromiomas uterinos, apendicitis y calculosis biliar en diferentes ocasiones.

Ha sufrido largos años de neuralgias faciales que se han calmado con tres inyecciones de alcohol en el ganglio de Gasser.

Después de la última intervención, extirpación de la ve-

sícula biliar, que estaba repleta de cálculos, comienzan a sentir dolores abdominales, especialmente al nivel del estómago y del colon transverso. A medida que pasa el tiempo, los dolores se hacen más y más intensos. Sobrevenien crisis con cólicos y vómitos. Llega un momento que no puede soportar alimentación alguna.

Se diagnostica: **adherencias y ulceraciones duodenales.**

Operación. — Abertura supraumbilical. — Salida de regular cantidad de líquido seroso, más o menos transparente.—Medio litro mm.. La exploración manifiesta libre la parte inferior de la cavidad peritoneal. No así la superior.— En ésta se encuentra el Gran Epiplón rechazado hacia arriba, formando una masa plástica endurecida, infiltrada, más o menos cilíndrica, siguiendo la dirección del colon transverso. Puede aislarse con algún trabajo. Se adhiere especialmente al sector hepático. Se reseca todo lo que se puede, dejando lo más libre posible el hígado, colon y estómago. Hecho ésto, se examina el duodeno. Se le halla bastante dilatado. Se ven claramente las dificultades para su vaciamiento. Se procede a facilitar la circulación de su contenido, deshaciendo como lo hacemos frecuentemente el ángulo duodeno-yeyunal y seccionando el músculo de Freitz. Aquí, a causa de las muchas y antiguas adherencias, hay que desprender con alguna dificultad la porción duodeno-yeyunal, ligar algunos vasos y poner algunos puntos de sutura en el peritoneo que tapiza los pilares del diafragma.

Cicatrización sin el menor inconveniente, por primera intención.

Seis mese después, la enferma, perfectamente restablecida, se siente muy bien.

Embarazo Tubario Gemelar

DR: RUPERTO VARGAS MOLINARE

RELATOR: DR. VICTOR GAZITÚA

La observación que resumiremos más adelante corresponde a una variedad de embarazo extrauterino poco frecuente, razón por la cual hemos querido presentarla a esta Sociedad.

H. C. Z., de 26 años, casada. — Se dedica a los quehaceres de su casa. Ingres a la Posta N.º 2 de la Asistencia Pública el 22 de Noviembre del presente año a las 20 horas,

Entre sus antecedentes mórbidos sólo anotamos de importancia una intervención abdominal a raíz de un aborto de 5 meses, practicada hace 6 años; no puede precisar lo que se le hizo en esa época.

Enfermedad actual. Sus molestias actrales se inician hace 3 días con fuertes dolores abdominales, en forma de cólicos y que se acompañan de vómitos biliosos. Desde entonces no ha evacuado el intestino. Última menstruación a fines del mes de Octubre, duró 4 días, indolora, fué normal.

Examen físico. Enferma enflaquecida, facies pálida, intoxicada. Temperatura axilar: 37.º, rectal: 37.º5. Pulso 100. Presiones al Vaquez Mx. 11, Mn. 7.

Boca, lengua saburral, seca en los bordes. Dentadura en mal estado, numerosas raíces y caries de 4.º grado.

Tórax.—Corazón y pulmones nada de patológico. Mamas con colostro.

Abdomen.—Cicatriz de laparotomía media infraumbilical. Región supraumbilical depresible. A la percusión hay meteorismo; en la región infraumbilical dolor difuso localizado especialmente en la fosa iliaca izquierda.

Examen ginecológico.—Vulva abierta, vagina amplia. Utero; cuello dura, largo, cerrado; cuerpo en anteversión, movable indoloro, duro. Anexos, en el fondo de saco izquierdo y anterior se palpa un tumor de consistencia dura, renitente, superficie irregular, del tamaño de una naranja capuchina, muy doloroso, independiente del cuerpo del útero.

Por los antecedentes de la enferma y los datos obtenidos durante el examen, formulamos el diagnóstico de probable quiste torcido del ovario izquierdo. Eliminamos la posibilidad de un embarazo extrauterino, aún cuando existía secreción en las mamas, por la consistencia del tumor, unido a la falta de alteraciones en la matriz y en su menstruación, síntomas estos últimos que pueden no observarse.

Las lesiones inflamatorias prolapsan los anexos hacia el Douglas, por otra parte no existían en nuestra enferma, antecedentes que nos hicieran pensar en una salpingooforitis de cualquier naturaleza.

Operación.—21.45 horas del 22 XI-30. Raquitocaina 0,05 grs. previa evacuación de 30 c. c. de líquido cefaloraquídeo. (Muy buena). Laparotomía media infraumbilical. Abierto el peritoneo se encuentra epiplón adherido a la cicatriz operatoria y trompa izquierda, la cual en su tercio externo se encuentra transformada en un tumor del tamaño de una naranja capuchina, de colora-

ción azuleja. Ovario izquierdo sano. Desprendimiento de adherencias y resección de epiplón. Salpingectomía izquierda. Apendicectomía. Se desprenden algunas adherencias que existen entre asas de intestino delgado. Sutura de la pared en planos.

Examen de la pieza practicado por el Dr. Ismael Mena, con la consulta al Prof. Dr. M. Westenhoeffer:

En estrecha relación y formando parte de la trompa se encuentra una neoformación del tamaño de un huevo de gansa.

La superficie externa de color nacarado, irregular, es de consistencia más o menos elástica y presenta en su parte superior la trompa que es posible reconocer, acompañada de vasos, en una extensión de 7 cms., más o menos. En general podemos decir que está disminuída de volumen.

Practicando un corte anteroposterior nos encontramos con un embarazo gemelar, estando ambos fetitos en el mismo huevo (embarazo gemelar monovitelino).

Podemos diferenciar en la superficie de corte, una capa externa capsular formada de tejido fibroso; por debajo de ella, masas en parte necrosadas, en parte sanguinolentas que luego perforarían la capsula. Más al interior se reconocen vellosidades y por fin el amnios.

En el interior de la cavidad amniótica hay dos fetitos del tamaño del 1.5 cms., en los cuales no podemos reconocer el sexo. Cada uno tiene su cordón umbilicar. (Embarazo de un mes)

Examen microscópico.—La investigación de la pared nos revela a nivel de la cápsula una infiltración inflamatoria difusa. Por debajo de ella encontramos vellosidades coriales; con su capa de células deciduales no se encuentran, amnios muy bien conservado.

El exámen microscópico del oviducto revela: un proceso inflamatorio sobre todo localizado en la túnica muscular; en el corion un aumento de las células fijas.

En resumen: embarazo tubario gemelar monovitelino, con un proceso de salpingitis crónica.—(Fdo). Dr. Mena.

El posoperatorio fué normal; al 5.º día se retira la montura, al 6.º los ganchos, la herida cicatrizó per primam. Dada de alta, sana el 29 de Noviembre 1930.

El embarazo ectópico gemelar mencionado primero por Webster, ha sido posteriormente estudiado por numerosos autores.

Esta fecundación múltiple puede ser debida a que en un solo huevo se desarrollan varios gemelos o la fecundación simul-

tánea de dos ovulos absolutamente distintos, que provienen de dos folículos de Graaf, de distintos ovarios, que han madurado al mismo tiempo, o de dos folículos del mismo ovario que se han roto simultáneamente o con un intervalo muy pequeño, o todavía de ovisacos que contienen dos óvulos o un solo óvulo pero con dos núcleos. Se necesita en estos casos un espermatozoide para que fecunde a cada óvulo o para que se unan por separado a los núcleos de una misma masa ovular.

A la primera categoría se la denomina embarazo univitelino, porque los gemelos derivan de una masa ovular y de un espermatozoide y a la segunda bivitelinos, porque los gemelos provienen de óvulos separados.

En la gestación ectópica la situación de los gemelos varía. Así, podemos distinguir 3 posibilidades; en la primera, están ubicados en una sola trompa, como en nuestra observación. Casos semejantes relatan; Amann, Sternberg, Schon, etc. Diamant describe un embarazo triple en una trompa.

En la segunda posibilidad, existe un embarazo en cada trompa; si los frutos están vivos, podemos aceptar que proceden de la misma concepción. Neugebauer, ha reunido 244 casos de este tipo. A. Russell, Ward, Vautrin, Laurel y otros mencionan casos análogos.

Y por último, en la tercera, un huevo anida en la trompa, mientras que el otro lo hace en el útero. Esta última posibilidad tampoco parece muy rara ya que Weibel ha podido reunir 149 casos.

Todavía se citan observaciones de fecundación triple, así Mac. Donald observó un embarazo triple en el que los fetos se encontraban uno en cada trompa y el otro en el útero.

Ahora bien, ¿cómo se produce la fecundación en los embarazos ectópicos bivitelinos? Cuando los óvulos derivan de dos folículos diferentes su fecundación puede no ser contemporánea, sino sucesiva, es decir puede resultar de distintos coitos, lo que se denomina superimpregnación, que puede llamarse superfecundación cuando se efectúa en el mismo período de ovulación o superfetación cuando lo hace en períodos de ovulación diferentes.

Referencias

- DR. OSCAR FRANKL. Handbuch der gesamten Frauenheilkunde. 1910. Leipzig.
A. BRINDEAU. La pratique de l'art des accouchements. 1927.
DODERLEIM. Tratado de Obstetrica.

El Dr. Ruperto Vargas presenta la observación de una enferma operada en la A. P., de un embarazo ectópico, que tiene de interesante su rareza, pues se trataba de un embarazo ojeular, desarrollado en la trompa izquierda.

La sintomatología dolorosa hizo pensar en un quiste ovárico torcido, y la laparotomía permitió extraer un tumor tubárico que contenía dos pequeños embriones dentro de un sólo huevo.

Hace muy atinadas observaciones sobre el origen de este embarazo univitelina, y sólo me permito agregar que este embarazo puede ser el fruto de una fecundación única, que conduce a la formación de dos embriones por alteraciones en la segmentación.

Respecto a la ubicación de los huevos, sólo he visto uno en el útero y otro en una trompa.

En la pieza se puede ver con toda claridad la trompa, el huevo y los dos embriones.

2.a HORA

Memoria del Presidente Dr. Fernando Opazo, en cumplimiento del artículo 15 de los Estatutos.

Distinguidos consocios:

Con esta reunión colocamos el último eslabón en la cadena anual de sesiones. ¡La jornada toca a su término! Si volvemos la vista hacia el camino recorrido, nuestro espíritu captará gratas sensaciones, ante la labor intensa y benéfica en pro del progreso de la cirugía nacional.

Cuando la bondad de vosotros me honró elvándome a este sitio, temí que las fuerzas me flaquearan para llevar el noble tesoro que me entregabáis, rico en esfuerzos hacia el progreso científico y admirable por su ambiente de cordialidad y respeto mutuo: más pronto hubé de convencerme que la tarea que se me ofrecía era de simpática sencillez, porque contaba con una poderosa palanca, la decidida cooperación de todos y el valioso contingente de mis colegas de directorio.

En efecto, el patrimonio científico, se ha enriquecido con un espléndido material que ocupa alrededor de 500 páginas del Boletín, pletórico en trabajos sobre variados e interesantes temas quirúrgicos, hay algunos de conjunto, basados en numerosas observaciones originales, que sin desmedro, podrían figurar en cualquier centro cultural de reputación.

Es interesante tomar nota, de que numerosos cirujanos que no pertenecen a esta Sociedad han enviado colaboraciones del mayor interés, las que merecieron franca acogida.

Sensible es dejar constancia, que los miembros corresponsales nacionales, no han desarrollado la labor de otros años, es de desear que se vinculen más estrechamente a nuestras actividades y que aprovechen el abundante material de que disponen, cooperando al progreso científico que es el único acicate que impulsa a esta Corporación.

Hemos tenido que lamentar el presente año, el desaparecimiento de uno de nuestros colegas más distinguidos, el Dr. Emilio Petit, cuyo recuerdo perdurará en este recinto.

Por otra parte es grato dejar constancia que se ha incorporado a nuestras actividades el Dr. Eduardo Bunster.

La biblioteca a cargo del Dr. Coutts ha mantenido el cante con el extranjero como en años anteriores, pero hay conveniencia en preocuparse seriamente en su rodaje interno para que pueda llenar en forma su cometido.

La situación económica de la Corporación es satisfactoria, como podréis apreciarlo en la lectura del balance que hará en un momento más, el activo tesorero Dr. Gacitúa, que ha demostrado condiciones poco comunes de dedicación e interés, y considero un deber dejar constancia de ello.

En los últimos meses se ha entregado la impresión del Boletín a un contratista, sin costo para la Sociedad, dentro de los límites que establece el contrato; espero que en el futuro ésto no ocasione molestias.

Además se ha innovado en nuestra publicación, agregando dos páginas con extractos de los trabajos de cada número, traducidos a idiomas extranjeros, francés e inglés, talvez esto facilita un mejor conocimiento de nuestra revista en aquellos pueblos que no hablan español.

La labor del Secretario General Dr. Greene y de los Secretarios anuales, Dres. Guzmán y Castro, ha sido por demás activa e inteligente como lo habréis podido apreciar, por mi parte les agradezco su valiosa ayuda.

El Vice-presidente Dr. Vargas en todo momento ha secundado inteligentemente las tareas del directorio.

Formulo votos porque el rumbo tan feliz en que se ha orientado desde su nacimiento la marcha de la institución, no sufra alteración en el futuro y que las bajas pasiones no penetren jamás.

Señores, llega el momento en que democráticamente debo

volver a formar como simple soldado, las impresiones que he recogido desde este sillón son para mí tan gratas como imperecederas, he podido aquilataros en todo vuestro valer y espero con profunda satisfacción el momento de restituirme a las filas para confundirme con tan honrosa compañía.

Balance General de la

presentado por el Tesorero,
al 24 de Diciembre

Activo

Cuotas por cobrar

Se considera únicamente las del año
1929 y 1930.

Año	1929	\$	480.—	
	»	1930	»	1320,—
		\$		1,800.—

Enseres e Instalaciones

En libros, muebles, instalaciones y
artículos de Secretaría..... \$ 4,354.80

Títulos de Renta

5 Bonos de la Caja Hipotecaria del
8. con 1. estimados en..... \$ 4,005 —

En Caja

Depositados en el Banco Chile..... 2,251.29

\$ 12,411.09

\$ 12,411.09

Sociedad de Cirugía de Chile

Dr. Victor Gazitúa

de 1930.

Pasivo

Operaciones Pendientes

Sueldo de A. Barrios \$ 80.—

Capital con que cuenta la Sociedad,
sin tomar en cuenta deudas al Sr.
Frank Baurel por Boletines Nros.
15, 16 y 17 y además las traduc-
ciones al Sr. E. Armijo de los Bo-
letines 16 y 17..... .. \$ 12,331.09

12,411.09

\$ 12,411.09

Informe anual del Secretario General Dr. Ernesto Greene, en cumplimiento del artículo 15 de los Estatutos

Distinguidos consocios:

Uno de los artículos por los cuales se rige nuestra Sociedad dispone la relación de parte del Secretario General, de la labor científica desarrollada en su seno en el curso del año.

No podrá ser ésta tan breve, como lo quisiera, ya que los trabajos presentados fueron tan numerosos como interesantes. Nuestra publicación quincenal que refleja esta labor alcanza este año la página 499, pocas veces alcanzada en años anteriores, y advirtiéndolos que se dejaron de celebrar las dos primeras sesiones del año.

Debo confesar de las muchas fallas que ha tenido el Boletín de Cirugía, fallas que han reconocido en años anteriores, mis colegas del secretariado. Una vez más, debo de decirlos que podrían subsanarse en gran parte, si los trabajos orígenes, discusiones, (ojalá escritas a máquina) y buenas radiografías, fueran entregadas con oportunidad. El Secretario General podría entonces tener el tiempo suficiente para hacer las revisiones en debida forma.

Me es grato dejar constancia que la presencia de numerosos cirujanos jóvenes y estudiantes de Medicina a nuestras sesiones, indican la adhesión de parte de ellos a la labor científica que desarrollamos.

De la misma manera son signos de adhesión las conferencias de temas de actualidad y llenos de interés, que dieron los distinguidos especialistas Drs. Charlin, Luis Opazo y Daza.

Y paso ahora a daros cuenta de vuestra colaboración.

Sobre cancer

Nuestra Sociedad se ha preocupado siempre de este tema. En el presente año, debo llamar la atención, que parecen más efectivos los progresos alcanzados con el tratamiento de los elementos físicos (radiaciones) como lo podrán ver en el análisis de los trabajos presentados. Muchos de nuestros enfermos se han beneficiado con estos tratamientos y hoy día contamos con algunas estadísticas propias que son dignas de tomar en consideración.

Los doctores Navarro, Johow y Alessandrini (pág. 6) presentaron un extenso y bien documentado informe sobre tumores

óseos. Aceptan la clasificación que recomienda el Colegio de Cirujanos Americanos. Basados en ella, transmiten a la Sociedad de Cirugía las ideas actuales de cada grupo de tumores. Es al sarcoma óseo al cual le dedican mayor interés estudiando especialmente su diagnóstico diferencial y su tratamiento por medio de la cirugía y radioterapia profunda.

El Dr. Guzmán (pág. 95) refiriéndose a la misma materia prefiere la clasificación que sobre tumores óseos hace Ewing. Trata extensamente sobre el tratamiento radiumterápico, citando algunos trabajos y estadísticas extranjeras. Recuerda la opinión de Lécene que hace ver el resultado deficiente que se obtiene con la cirugía segmentaria en los sarcomas del esqueleto de los miembros. Fundadas expectativas se tiene en el tratamiento de estos tumores asociando las radiaciones a la cirugía.

Con una observación clínica de sarcoma de la tibia y peroné en una antigua operada de sarcoma de los músculos de la pierna, contribuye el Dr. Greene (págs. 1 y 6) al estudio de este tema.

El Dr. Guzmán (pág. 420) hace ver los buenos resultados que sobre el elemento dolor y funcional, ejerce la radioterapia profunda en las metastasis óseas consecutivas a cánceres de la mama.

De los buenos resultados obtenidos en tres enfermas de epitelomas espinocelulares de los labios y de la mejilla por medio de la cureterapia da cuenta el Dr. Guzmán (pág. 37).

En la discusión de esta presentación toman parte Sierra, Navarro y el Relator. Navarro recomienda intervenir sobre los ganglios del cuello, después de practicadas las radiaciones.

El Dr. Alcáino (pág. 269) presenta una enferma muy bien estudiada, con un adenoma maligno de la hipófisis que fué operada por vía transeptal. Con la operación, mejoró notablemente la visión y desaparecieron las cefaleas.

Constant y Vargas Salcedo en la discusión, se refieren a los progresos alcanzados en esta cirugía en el extranjero. Para abordar la glándula hipofisaria lo hacen indistintamente por las dos vías de acceso: la transeptal y la craneana. En ambas el peligro es la hemorragia.

El Dr. Coutts (pág. 71) presenta una interesante observación sobre hipernefroma del riñón, llama la atención a dos hechos de importancia: 1.º que la hematuria no es tan frecuente como la señalan algunos autores y 2.º que la sección del pedículo vascular como primer tiempo operatorio en los tumores renales de gran tamaño, facilitaría su exteriorización.

Se sigue un debate en que tercián Gandulfo, Sierra, Vargas

Salcedo y el Relator, sobre estos dos hechos, predominando las ideas sustentadas por el Relator.

A propósito de tumores renales, pero en el niño, el Dr. Inostroza re'ata tres observaciones. Pone de manifiesto su excesiva malignidad y el alto porcentaje que ocupan entre los tumores que evolucionan en el niño.

En la discusión toman parte Díaz Muñoz, Johow y el Relator, refiriéndose especialmente al empleo del Uroselectán como medio de exploración renal en el niño.

A los **epiteliomas cilíndricos de la mama** tratados por radiaciones, se refiere el Dr. Guzmán (pág. 171), tomando como base once enfermas: nueve fueron tratadas exclusivamente por radium, dos con radium y radioterapia profunda. Tuvo ocho resultados satisfactorios y tres casos fatales. Señala el porcentaje de curaciones por diversos métodos, siendo las operaciones con radiaciones pre y posoperatoria la que dan mejores resultados.

En la discusión, Sierra hace observar los diferentes resultados que se obtienen con la operación según sea el grado de las lesiones en el momento de la internación.

Sobre **esta misma materia**, el Dr. Vargas Salcedo (pág. 393), presenta una estadística de 76 operadas de cáncer de la mama en los diez últimos años. Manifiesta que desconfía de ciertas estadísticas que señalan largas sobrevidas.

Guzmán, en la discusión hace ver los progresos alcanzados en el pronóstico de esta afección, basados en el examen histopatológico de estos tumores.

Los **carcinoides del apéndice** vuelven nuevamente a ser tratados en la Sociedad con ocasión de dos observaciones que trae la Dra. Eleanira González Donoso y que re'ata el Dr. Matus (pág. 189).

Gandulfo y Valenzuela Larraín agregan nuevas observaciones de esta rara degeneración.

Los Drs. Greene y Rodolfo Rencoret (pág. 386), hacen algunas consideraciones sobre el examen histológico y tratamiento en un caso de fibromioma uterino con degeneración sarcomatosa. Se practicó la histerectomía vaginal y radioterapia profunda posterior con buenos resultados.

El Dr. Vargas Salcedo (pág. 52), con el objeto de hacer obra de **divulgación contra el cáncer**, nos hace una interesante relación de cómo se hace esta campaña en la República Argentina, cuyo centro es el Instituto de Medicina Experimental que dirige el Prof. Angel Roffo.

El Dr. Pardo Correa (pág. 286), anuncia que está en

funciones el Instituto Nacional del Cáncer, con todos los elementos necesarios y una dotación de cuarenta camas.

Cirugía de la cabeza y cuello

De la **nueva operación de catarata** se ocupa el Dr. Carlos Charlín (pág. 203). Señaló los inconvenientes que ofrecía la antigua operación extracapsular. Todos ellos se han ido subsanando por procedimientos varios, ideados por diferentes autores, pudiéndose hoy día extraer in-toto el cristalino dentro de la membrana cristalóidea.

De la **neuralgia escencial del trigémino**, tratada por neurotomía retrogaserina, vuelve a ocuparse el Dr. de Amesti (pág. 423), presentando dos nuevas observaciones.

De **bocio exoftálmico infantil** presenta el Dr. Covarrubias (pág. 176), dos enfermitas operadas, con resultados inmediatos favorables.

De esta presentación, resultó una interesante discusión, en que tomaron parte Gandulfo (págs. 233 y 283) y el Relator (pág. 282). Se puede deducir, según las opiniones citadas de Mc. Graw y Dinsmore, que la cirugía del cuerpo tiroídes en el niño debe ser excepcional y después de haber ensayado el tratamiento médico por largo tiempo.

El tema del **bocio** en sus diferentes aspectos fué ampliamente debatido en nuestra Sociedad, como lo prueban los numerosos trabajos presentados. El Dr. Ricardo Zúñiga Latorre, por intermedio de Alessandrini (pág. 305), presentó uno titulado "La operación de bocio, desde Lucke a Richter". El Dr. Sierra (pág. 307). "A propósito del bocio. Estado actual del problema". El Dr. Constant (pág. 364). "Bocio exoftálmico y adenoma tóxico", y el Dr. Covarrubias (pág. 427), "Bocio y Enfermedad de Basedow". De los estudios que han traído los diferentes Relatores, se puede deducir, desde luego, los grandes progresos obtenidos con la práctica del metabolismo basal y del empleo del yodo en la preparación y cuidados posoperatorios de los enfermos. Mucho se ha avanzado también en la clasificación de las diferentes enfermedades de la glándula tiroídea en relación a su estructura y fisiopatología, sin existir un completo acuerdo al respecto. Estas divergencias se refieren especialmente a la Enfermedad de Basedow y Bocio tóxico, que algunos autores consideran como entidades diferentes, mientras que otros, como grados de una misma afección. Si nos atenemos a las ideas que nos trajo

el Dr. Constant del extranjero parece predominar más bien esta última apreciación.

Una mención especial merecería el trabajo del Dr. Covarrubias, por tratarse de observaciones de nuestro medio (193 enfermos de diferentes modalidades), y por los trabajos que se efectúan en su clínica: **yodemia** y **reserva alcalina** en las diferentes formas de bocio.

Cirugía del tórax

Los Drs. Greene y Rodolfo Rencoret (pág. 67), presentan una observación de **quistes hidatídicos del pulmón**, operado en un sólo tiempo, sin accidentes. Recomiendan el neumatórax, previo preconizado por Arce y otros cirujanos argentinos. Llamam también la atención a los peligros que pueden traer las inyecciones de líquidos parasiticidas en la cavidad del quiste.

Sobre estos puntos, hacen algunas observaciones: Torres Boonen, Covarrubias, Sierra, Vargas Salcedo, Muñoz Pal y Opazo, sin uniformarse las opiniones.

El Dr. Constant (pág. 437) presenta una operada de **quiste hidatídico del pulmón**, con neumatórax previo, haciendo consideraciones semejantes a las del trabajo anterior.

El Dr. Rodolfo Rencoret (pág. 131), por intermedio de Valenzuela Larrain, somete a la consideración de la Sociedad un trabajo sobre **neumonía intersticial posoperatoria**. En 876 enfermas estudiadas, las complicaciones pulmonares se presentaron en el 6,7%, y de éstas, el 4,1% correspondieron a la neumonía intersticial. Según Hauffmann, la inflamación es llevada hasta los espacios perialveolares (tejido intersticial) por los linfáticos del pulmón.

Sobre **Cirugía del Corazón**, hace la relación el Dr. de Amesti de un importante estudio presentado por el Dr. Jorge Contador (pág. 744). Se refiere especialmente a las heridas de este órgano, su sintomatología y tratamiento operatorio que debe ser inmediato. El autor refiere dos observaciones y el Relator ocho operados, con tres éxitos.

Cirugía del abdomen

Estómago.—Los Drs. Aguilar y Manuel Martínez (pág. 398), presentan un trabajo que comprende ocho observaciones de **úlceras gástricas** operadas. Su diagnóstico se basó principalmente

en los exámenes radiológicos. Cuatro de estas úlceras estaban situadas en la pequeña curvatura, dos cerca del cardias y dos en el antro pilórico. Los mejores resultados los obtuvieron con la resección de la úlcera, seguida de gastro-enteroanastomosis.

Los Drs. Luis Opazo y Félix Daza (pág. 445), hacen la exposición de un interesante estudio de las **úlceras del estómago bajo su aspecto radiológico**. Proyectan numerosas radiografías, admirables por su claridad, tomadas en el Laboratorio del Hospital Clínico de San Vicente. Hacen ver, por una estadística que acompañan, que la radioscopia, asociada a la radiografía, da un porcentaje muy elevado de diagnósticos exactos en esta afección.

Bazo.— El Dr. León relata un trabajo muy completo del Dr. Ruperto Vargas Molinare (pág. 86), sobre el **estado actual de la cirugía esplénica**. Hace, al mismo tiempo, la revisión de las diferentes afecciones de este órgano. Presenta la observación de una esplenectomizada por ruptura traumática del órgano, práctica que da mejores resultados que la sutura o el taponamiento.

En la discusión toman parte Muñoz Pal, Johow, Opazo y el Relator, debatiéndose hechos importantes y relatando otras observaciones de esplenectomizadas con buenos resultados posteriores.

Hígado.— El Dr. Gandulfo (pág. 415) presenta una observación clínica de una niña, de nueve años, que operó de **colecistitis calculosa**. Hace algunas consideraciones del posible origen de estos cálculos. En el caso que presenta, considera probable la infección partida del apéndice.

Riñón.— Sobre el resultado de la **pexia renal**, por el procedimiento de Kirschner (transrenal, por medio de una banda aponevrótica), hacen una presentación los Drs. Díaz Muñoz y Vicente Dagnino (pág. 110). Consideran, por el examen histopatológico que hicieron del riñón fijado de una operada que falleció, que el cuerpo extraño (banda aponevrótica) no produciría alteración de parte del riñón.

El Dr. Sierra, con ocasión de este trabajo (pág. 133), hace notar que cirujanos generales con tendencia urológica fijan cada vez menos el riñón, en cambio, extirpan cada vez más el apéndice. Algunos urólogos extirpan siempre el apéndice al fijar el riñón; ¿será desconfianza del resultado de la pexia?

Los Drs. Díaz Muñoz y Luis Donoso C. (pág. 205) presentan un interesante estudio sobre los **resultados del empleo del Uroselectán en las afecciones renales del niño**, basados en numerosas observaciones de niños de tres meses a diez años.

Peritoneo.— El Dr. Guzmán presenta cuatro observaciones

de **peritonitis tuberculosa**, operadas, con un caso fatal. En éste se encontró a la necropsia una salpingitis tuberculosa, origen probable de la propagación peritoneal. En dos de los operados que sanaron existían fenómenos de obstrucción intestinal.

Se siguió un amplio debate sobre la materia en que tomaron parte Greene, Mönckeberg, Sierra, Navarro e Ibarra. Hubo acuerdo en que la operación era beneficiosa en la forma ascítica y fibro-adhesiva, que producía síntomas de obstrucción. En cuanto a la peritonitis de origen anexial se abogó por la extirpación del foco, siempre que esto fuera posible.

El Dr. Rafael Urzúa (pág. 301), de Los Andes, por intermedio del Dr. Wood, somete a la consideración de la Sociedad un estudio sobre el uso de Mikulicz. Se refiere a este sistema de drenaje, tal como lo preconizó su autor. Hace alusión a algunas comunicaciones que estos últimos años ha hecho el Prof. Faure, poniéndolo nuevamente de actualidad.

Relata una observación de un enfermo grave, con una peritonitis y abscesos múltiples, que el autor considera que sanó debido al empleo del Mikulicz.

Se sostuvo una interesante discusión por Bunster, Constant, Greene y Covarrubias, analizando los inconvenientes y ventajas de su empleo. Hubo acuerdo en considerarlo útil, en aquellos casos de peritonitis difusas y hemostasis incompletas.

El Dr. Sierra, refiriéndose al mismo tema (pág. 371), considera que tanto el Mikulicz, como un simple tubo de drenaje, como lo preconizó Murphy, dan igualmente buenos resultados.

Pero el mayor peligro estaría en la parálisis y obstrucción intestinal que provoca la peritonitis, que hay que corregir por la enteroanastomosis o enterostomías al exterior.

El Dr. Vargas Salcedo hace la relación de una compleja observación de un **gran fibroma perivisceral** que operó y que ocupaba la región del carrefour hepático. La paciente tenía, además, una diabetes grave.

Epiplón. — Los Drs. Benavente y Araos (pág. 448) someten a la consideración de los socios un interesante trabajo sobre **resecciones amplias del Gran Epiplón**. Analizan algunas de las funciones que se atribuyen a este órgano. Consideran que su extirpación

no tiene consecuencias funestas posteriores para los pacientes que han sido sometidos a esta clase de intervenciones, como creen demostrarlo por numerosas observaciones que presentan.

Cinecología

El Dr. Greene (pág. 3) hace un ligero análisis de ciertos aspectos que toman las **afecciones ginecológicas de diferente orden, en un terreno luético**. Presenta una enferma con una anexitis adhesiva, con gran infiltración perianexial, que tuvo mejoría manifiesta con el tratamiento antisifilítico.

El Dr. Rayo (pág. 176) trata, en un trabajo bien documentado, de **los procesos ováricos capaces de producir inundaciones sanguíneas en la cavidad abdominal**. En una enferma que operó, esta hemorragia interna se debió a un quiste hemático raro del ovario izquierdo, talvez de origen endometríctico. Los síntomas corresponden al embarazo tubario y la mayoría de las intervenciones se ha hecho a base de este diagnóstico.

Sobre **quistes del ovario roto en la cavidad abdominal**, se ocupó el Dr. Estévez (pág. 183). Estudió cuatro observaciones, una de quiste dermoides, que dió un cuadro de abdomen agudo, dos de quistes mucoides (examen histológico: epitelirimas cilíndricas), complicados de ascitis gelatinosa y otro (con degeneración sarcomatosa), que produjo una inundación sanguínea de la cavidad abdominal. Hace comentarios del mayor interés con respecto a los derrames gelatinosos del peritoneo, señalando su punto de partida a las rupturas de quistes mucoides del ovario y de quistes mucosos de la extremidad distal del apéndice.

El **problema de la degeneración microquistica de los ovarios** lo trata el Dr. Bunster en varias sesiones. Analiza la etiología de esta afección y acepta la congestión como su principal factor. Ha hecho algunas experiencias en animales cuyos resultados los expone también a la Sociedad. Recomienda como tratamiento la sección del nervio presacro y sección de los paquetes neurovasculares de los ovarios. Presenta algunas observaciones de enfermas operadas con la técnica dicha, tratando de probar sus buenos resultados.

Sobre esta materia, hacen algunas observaciones Greene, Vargas Salcedo y el Relator. Greene se refiere a la importancia que jugarían las infecciones e intoxicaciones crónicas en la génesis de esta degeneración. Hace, además, algunas objeciones en cuanto al diagnóstico y resultados obtenidos en lo que se refiere a las observaciones clínicas presentadas. Vargas Salcedo estima que la doble sección explicaría la supresión del dolor, no así

la detención del proceso degenerativo, ya que la sección de los vasos agravaría más bien la esclerosis. Considera que el desequilibrio hormonal puede jugar también un gran papel en la producción de esta degeneración.

El Dr. Ruperto Vargas Molinare, por intermedio del Dr. Gazitúa (pág. 464), sometió a la consideración de la Sociedad una interesante y rara observación de un embarazo tuborio gemelar monovitelino.

Cirugía Osea

De las trepanaciones craneanas trataron los Drs. Inostroza (pág. 143) y Gandulfo (pág. 253). Inostroza presentó un operado de hace diez años, en el cual empleó un trozo de cartilago como protesis. Gandulfo presenta tres observaciones de trepanados, en los cuales empleó los trozos de huesos extraídos de los mismos pacientes para reparar las pérdidas óseas.

Con ocasión a esta última presentación, se sigue una discusión, en que toman parte Constant, Opazo y el Relator. Constant prefiere conservar los trozos óseos para no hacerles perder su contacto con el periostio.

De la **fractura del trapecio**, asociada a la fractura de Bennett, se ocupa el Dr. Opazo (pág. 62). Presenta una observación clínica acompañada de las radiografías correspondientes.

Llama la atención a la rareza de esta lesión (12 casos publicados).

El Dr. Johow (pág. 443) preconiza por algunas observaciones y radiografías que presenta la **osteosíntesis intramedular en los casos de fracturas transversales del fémur**.

En la discusión, el Dr. Vargas Salcedo hace algunas objeciones a la osteosíntesis intramedular y se refiere a otros procedimientos de osteosíntesis con cuerpos extraños.

Sobre **abscesos crónicos piógenos de los huesos** hace una interesante disertación el Dr. Gandulfo (pág. 77). Presenta cuatro observaciones clínicas con sus respectivas radiografías. Estudia preferentemente el diagnóstico diferencial con otras afecciones de los huesos bajo su aspecto clínico y radiológico. Es una afección que cura rápidamente con la operación.

En la discusión Johow concuerda con las opiniones sustentadas por el autor.

El Dr. Rahausen hace la relación de un trabajo del Dr. Alfredo Jünemaan (págs. 267 y 350), sobre **Genu-recurvatum**, asociado a un **Genu-valgus**, basado en un caso clínico. La afección

sería consecutiva a una infección piógena de origen traumático. Dirige su tratamiento quirúrgico y ortopédico en varios tiempos, consiguiendo buenos resultados funcionales.

Esta presentación mereció interesantes observaciones de parte de Gandulfo y del Relator sobre etiología y tratamiento del caso en particular.

El Dr. Johow relata una observación que sobre **osteítis fibroquística, de forma localizada**, presenta el Dr. Alfredo Jünemaan (pág. 157). El autor hace interesantes consideraciones sobre diagnóstico diferencial y tratamiento.

En su discusión toman parte Torres Boonen y Johow, juzgando la observación presentada bajo el punto de vista médico-legal.

La **Enfermedad de Küemmel-Verneuil** es estudiada en sus diferentes aspectos etiológicos, patogénicos, clínicos y radiológicos, por su autor, Dr. Alfonso Asenjo, y su Relator Dr. Aguilar (pág. 352). Es su patogenia la que guarda todavía algunas incógnitas, como lo ponen de manifiesto las numerosas y diversas opiniones que sustentan los diferentes autores.

Cirugía Articular

El Dr. Alessandrini (pág. 346) presenta una enferma en buenas condiciones, en la cual practicó hace dos meses y medio una **artrodesis extraarticular de la cadera** por un proceso de osteoartritis tuberculosa. Señala las diferentes afecciones, en las cuales estaría indicado el procedimiento.

Se sigue una interesante discusión por parte de Constant, Vargas Salcedo y el Relator. De ella se deduce que es de importancia no tocar el foco tuberculoso y de levantar tardíamente esta clase de operados (al 5.º o 6.º mes).

El Dr. Vargas Salcedo (pág. 105) hace algunas consideraciones de orden anatómico para explicar la rareza con que se presentan las **luxaciones de la línea de Lisfranc**. Muestra algunas radiografías de una luxación dorsal externa de esta región que le tocó estudiar y operar.

El Dr. Bumeister, de Concepción, (pág. 408), muy bien documentado y con bonitas radiografías, expone un interesante trabajo sobre **luxaciones carpo-metacarpianas**. Relata una observación clínica de luxación posterior, llamando la atención sobre la rareza de la lesión y de la importancia del examen radiológico para hacer su diagnóstico.

Con el título de **Apofisitis al término de su evolución** de la tuberosidad anterior de la tibia con separación total de su implantación diafisepificaria. ¿Enfermedad de Schlatter-Osgood? somete el Dr. Opazo (pág. 414) a la consideración de los socios una rara e interesante observación clínica. La juzga basada en los antecedentes del enfermo y en las radiografías que presenta como una posible afección de Schlatter. Concomitante con ésta, existiría una lesión de la cadera con los caracteres de ser la Enfermedad de Perthes.

En el debate que se siguió hacen algunas observaciones Sierra, Constant, Johow y el Relator. Johow, basado en los signos clínicos y radiográficos, hace algunas objeciones a los dos diagnósticos que hace el Relator.

El Dr. Johow (pág. 397) da a conocer una técnica operatoria especial en las **luxaciones recidivantes del hombro**. Emplea como ligamento suspensor del húmero el tendón largo del biceps. Los buenos resultados se aprecian en una enferma que presenta, operada hace un año.

Sobre afecciones quirúrgicas de la piel

El Dr. Gandulfo comunica su propia observación, de un **proceso gonocócico de la piel**, acompañado de linfangitis, pequeños abscesos y estado septicémico. El gonococo se encontró en los exámenes bacteriológicos. Es la primera observación que se conoce en nuestro país. Por otra parte, la literatura registra pocos casos de este orden.

El Dr. Castro (pág. 393) somete a la consideración de los socios un caso que denomina **hipertrofia papilar defantiásica**. Esta rara afección se localiza en el pie izquierdo, dándole una forma característica y un volumen considerable.

Y al terminar este año de labor, debo manifestar a ustedes mi gratitud por el honor que me habéis dispensado al colocarme en este puesto de responsabilidad y dejar constancia de mis consideraciones y afecto para los colegas de la Mesa Directiva y, en especial, para los Secretarios anuales, Drs. Castro y Guzmán, que han colaborado en todo momento en las actividades de la Secretaría General.

Elecciones

DIRECTORIO PARA EL AÑO 1931:

Presidente

Votantes.....	19
Mayoría	10
Vargas Salcedo	18
Bisquert	1
<hr/>	
	19

Queda elegido el Dr. Luis Vargas S.

Vice-Presidente

1.ª votación

Zúñiga	9
Bisquert	4
Constant.....	3
De Amesti	2
Greene	1
<hr/>	
	19

2.ª votación

Zúñiga	13
Bisquert	4
Constant.....	1
De Amesti.. ..	1
<hr/>	
	19

Queda elegido el Dr. Alberto Zúñiga C.

Secretarios anuales

Votantes.....	17
Mayoría	9

1.^a votación

Gandulfo.....	10
Bunster	2
Jirón.....	2
Estévez	1
Matus.....	1
Valenzuela L.	1
	<hr/>
	17

2.^a votación

Bahausen.....	5
Wood.....	5
Díaz Muñoz	4
Aguilar	1
Constant	1
De Ramón.....	1
	<hr/>
	17

3.^a votación

Bahausen.....	9
Wood.....	6
Díaz Muñoz	1
	<hr/>
	17

Quedan elegidos los Drs. Juan Gandulfo y Alberto Bahausen.

Tesorero

Votantes.....	12
Mayoría	7
Estévez	11
Rayo.....	1
	<hr/>
	12

Queda elegido el Dr. Roberto Estévez.

Bibliotecario

Gazitúa	8
Coutts.....	2
Rayo.....	1
Castro.....	1
	<hr/>
	12

Queda elegido el Dr. Víctor Gaztúa.

INDICE DE AUTORES

INDICE DE AUTORES

	<u>Págs.</u>	
Aguilar Luis	352	398
Alcaíno Alfredo		261
Alessandrini Italo	6-205	346
Amesti Félix de	144	423
Araos Luis		448
<i>Benavente David</i>		448
Bunster Eduardo	64-193-235	287
Barmeister Ricardo		408
Castro Jorge		393
Charlín Carlos		203
Constant Alfonso	364	437
Contador Jorge		144
Coutts Waldemar		71
Coyarrubias Alvaro	176-282	427
Cruz Héctor		64
Daza Félix		445
Dagnino Vicente		110
Díaz Muñoz Ignacio	110	295
Donoso Castro Luis		295
Estévez Roberto		183
Ganduffo Juan	48-77-143-253-279-283-415	418
Gazitúa Víctor		464
González Donoso Eleanira	189	435
Greene Ernesto	1-3-67	386
Guzmán Leonardo	37-41-95-171	420
Inostroza Agustín	143	166
Johow Arnulfo	5-6-157-397	443
Jünemana Alfredo	157-267	350
León Armando		86
Matus Manuel		189
Martínez Manuel		398
Navarro Francisco		6
Opazo Fernando	62	417
Opazo Luis		445
Pardo Caupolicán	64	286

Rahausen Alberto	267	350
Ramón Eduardo de:	129	435
Rayo Flaminio		176
Rencoret Rodolfo	67-131	386
Sierra Lucas	130-307	371
Urzúa Rafael		309
Valenzuela Larrain Pedro		131
Vargas Molinares Ruperto	86	464
Vargas Salcedo Luis	62-105-126-139	378 ✓
Wood Juan		309
Zúñiga Latorre Ricardo		205

INDICE DE MATERIAS

INDIGE DE MATERIAS

A

	<u>Págs.</u>
Abscesos crónicos piógenos de los huesos	77
Adenoma tóxico y bocio exoftálmico	364
Apéndice. Carcinoides	189
Apofisitis al término de su evolución, de la tuberosidad anterior de la tibia con separación total de su implantación diafisioepifisaria. ¿Enfermedad de Schlatte-Osgood?	417
Artrodesis extraarticular de la cadera	346

B

Balance del año 1930	472	473
Bazo. Ruptura traumática. Esplenectomía.....	86	
Bocio. Estado actual del problema	307	
Bocio exoftálmico infantil	176	282
Bocio exoftálmico y adenoma tóxico	364	
Bocio. Operación desde Lucke a Richter	205	
Bocio y Enfermedad de Basedow	427	

C

Cadera. Artrodesis extraarticular	346	
Cáncer de la mama. A propósito	378	
Cáncer de la mama. Tratamiento radioterápico de las metastasis óseas	10	
Cáncer. Lucha en la República Argentina	10	
Carcinoides del apéndice	189	
Carcinoma cervicouterino Radicotomía posterior	21	
Catarata. Nueva operación.....	203	
Cirugía del Corazón	144	
Colecistitis en la infancia	4	415
Conducto esofágico nuevo, subcutáneo	3	
Corazón. Cirugía	144	
Cráneo. Trepanaciones.....	143	253

Craniectomía por traumatismo 419

D

Degeneración escleroquistica de los ovarios. Contribución al estudio 193-235-287 376
 Degeneración sarcomatosa de un fibromioma uterino 386
 Diabetes en una paciente con fibroma perivisceral del carrefour biliar 139
 Diagnóstico radiográfico de las afecciones del árbol urinario del niño con el empleo del Uroselectán 295
 Drenaje peritoneal. Mikulicz 309-343 371

E

Ectopia testicular..... 279
 Elección de un Miembro Corresponsal..... 391
 Elección del Directorio para 1931 481
 Embarazo tubario gemelar 464
 Enfermedad de Basedow y Bocio 427
 Enfermedad de Kúmel-Verneiu 352
 ¿Enfermedad de Schlatter-Osgood? 417
 Epiplón. Resecciones 448
 Epiteliomas cutáneo-mucosos (labios y mejilla) 37
 Esófago. Conducto nuevo, 'subentáneo..... 5
 Esplenectomía. Ruptura traumática del Bazo 86
 Estómago. Estudio radiológico de las úlceras 445
 Estómago. Úlceras..... 398

F

Fallecimiento del Dr. Emilio Petit..... 61
 Fibroma perivisceral del carrefour biliar. Diabetes concomitante 139
 Fibromioma uterino con degeneración sarcomatosa..... 386
 Fractura de Bennett y fractura del trapecio..... 62
 Fractura del trapecio, asociada con fractura de Bennett 62
 Fracturas transversales del muslo, tratadas con enclavijamiento intramedular 443

G

Genu-Recurbatum. Complemento a una observación 350

Genu. Recurbatum. Tratamiento quirúrgico y ortopédico 267
 Ginecología. Terreno luético 3

H

Hipernefroma del riñón 71
 Hipertrofia papilar elefantásica del pie..... 393
 Hipofisis. Tumor..... 361
 Hombro. Luxación recidivante..... 397
 Huesos. Abscesos crónicos piógenos 77

I

Infección quirúrgica gonocócica de la piel 48
 Informe anual del Secretario General 474
 Instituto Nacional del Radio 286

L

Lesión ósea de la tibia y peroné en una operada de sarcoma de los músculos de la pierna 1 67
 Lúes en Ginecología 3
 Luxación carpometacarpiana 408
 Luxación recidivante del hombro 397
 Luxación total de la interlínea de Lisfranc..... 105

M

Mama. A propósito del cáncer..... 378
 Mama. Epiteliomas cilíndricos tratados por radiaciones..... 171
 Mama. Tratamiento radioterápico de las metastasis óseas del cáncer 420
 Memoria del Presidente 468
 Miembros de la Sociedad de Cirugía VI
 Metastasis óseas de la mama. Tratamiento, radioterápico 420
 Mikulicz. Drenaje peritoneal 309-343 371
 Muslo. Fractura transversal tratada por enclavijamiento intramedular 443

N

Neumania intersticial posoperatoria 131
 Neuralgia Escencial del Trigémimo, tratada por neurotomía 423

retrogaseriana	423
Neurotomía retrogaseriana por neuralgia escencial del Tri- gémino	423

O

Operación de catarata.....	203
Operación de bocio, desde Lucke a Richter.....	205
Osteitis fibroquistica de forma localizada	157
Ovario. Contribución al estudio de la degeneración esclero- quística	193-235-287 376
Ovario. Quistes	435
Ovario. Quiste hemático con inundación peritoneal.....	176
Ovario. Tumores rotos en el peritoneo.....	183

P

Peritoneo. Tumores del ovario rotos	183
Peritonitis tuberculosa. Nota sobre cuatro casos	41
Peroné y tibia. ¿Lesión sarcomatosa?	1 67
Pie. Hipertrofia papilar elefantásica	393
Piel. Infección quirúrgica gonocócica	48
Plosis renal. Sobre el resultado de las operaciones	110
Pexia renal. Sobre.....	130
Pulmón. Neumonía intersticial posoperatoria.....	67 437
Pulmón. Neumonía intersticial posoperatoria	131

Q

Quistes de los ovarios	435
Quiste hidatídico del pulmón	67 176
Plosis renal. Sobre el resultado de las operaciones	110
Quiste hidatídico del pulmón	67

R

Radiaciones de epitelomas cilíndricos de la mama.....	171
Radiaciones de las metástasis óseas del cáncer de la mama	420
Radio. Instituto Nacional	286
Radicotomía posterior por dolores intensos en una recidiva de una carcinoma cervicouterino	64
Radiumterapia en los epitelirnas cutáneo-mucosos (labios y mejilla)	37
Resecciones del Gran Epiplón	448

Riñón. Diagnóstico radiográfico de las afecciones del árbol urinario en el niño con el empleo del Uroselectán	295
Riñón. Hipernefroma	71
Riñón. Sobre el resultado de las operaciones en las ptosis	110
Riñón. Sobre la pexia	130
Riñón. Tumores en el niño	166
Ruptura traumática del bazo. Esplenectomía	86

T

Tibia y peroné. ¿Lesión sarcomatosa?	1 67
Testículo. Ectopia.....	279
Trapezio. Fractura	62
Tratamiento quirúrgico y ortopédico Genu-Reurbatum	267
Tratamiento radioterápico de las metastasis óseas del cáncer de la mama	420
Traumatismo. Craniectomía	418
Trepanaciones craneanas	143 253
Trepanaciones incásicas del Perú.....	143 253
Tubario. Embarazo gemelar	464
Tumor de la hipófisis	261
Tumores del ovario rotos en el peritoneo	183
Tumores óseos	6-67-95 420
Tumores renales en el niño.....	166

U

Ulceras gástricas	398
Uroselectan. Su empleo en el diagnóstico radiográfico de las afecciones del árbol urinario en el niño	295
Utero. Fibromioma con degeneración sarcomatosa.....	386
Utero. Dolores intensos en un caso de recidiva de un carci- noma. Radicotomía posterior	64
Utero. Fibromioma y embarazo. (Presentación de pieza) ...	129

