

ANUNCIOS

TARIFA GENERAL

SANATORIO  
MADRAZO

# BOLETIN

DE

# CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

E. D. Madrazo.

Juan Herrera.

Mariano Morales.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Manuel Pelayo.

José Teresa.

Agustín Camisón.

## SUMARIO

### Trabajos originales

JUAN HERRERA ORIA, *Corioepitelioma consentivo a una mola.*—  
Bibliografía.—JOSÉ TERESA BEDERA, *Coxalgia y osteitis del  
gran trocánter importancia de su diagnóstico precoz.*—  
AGUSTÍN CAMISÓN, *Tres casos de Cistocelé inguinal.*—MANUEL  
PELAYO, *Notas clínicas acerca del tratamiento de los Em-  
piemas.*

De la lucha contra el cáncer.

## REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGÍA

Un número mensual

Tirada: 4.000 ejemplares



# ANUNCIOS

## TARIFA GENERAL

Plana entera	una inserción	50	PESETAS
" "	tres inserciones	147	"
" "	seis "	282	"
" "	doce "	504	"
Media plana	una inserción	30	PESETAS
" "	tres inserciones	87	"
" "	seis "	162	"
" "	doce "	264	"
Cuarto de plana	una inserción	18	PESETAS
" "	tres inserciones	51	"
" "	seis "	90	"
" "	doce "	120	"

CONDICIONES.—El pago de las inserciones será por adelantado.

## FARMACIA JIMENEZ

Plaza de la Libertad.-Teléfono núm. 33.-Santander

Algodones y gasas esterilizadas.—Cajas para partos.—  
Seda, cat-gut y tallos de laminaria en tubos cerrados á la lám-  
para.—Inyecciones hipodérmicas esterilizadas.

**KEFIR-YOHOUT Y BABEURRE**

# Jarabe de Creosota de Haya con Hipofosfitos

**R O T H U A R**

Medalla de oro  
Exposición de Zaragoza

Medalla de oro  
Exposición de Santiago

Recomendamos esta preparación como la más racional y que ha recibido más beneplácitos del cuerpo médico. Cura la tos, resfriados, catarros, bronquitis, gripe, ronquera, influenza, destruye los micróbios ó gérmenes de las enfermedades del pecho, y produce por lo tanto una verdadera asépsia en el aparato respiratorio.

Farmacia de Vega.—Palacio del Club de Regatas.—Santander.

Agentes generales: Hijos de Carlos Uizurrum.—Madrid.

## Farmacia del Dr. Hontañón

HERNAN CORTÈS, NUM. 2

**S A N T A N D E R**

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Vacuna y suero veriginales

# BOLETIN

— DE —

# CIRUGÍA

---

## I.—Original.

### Corioepitelioma consecutivo á una mola

Por Juan Herrera Oria

El corioepitelioma es un tumor de extraordinaria gravedad, hasta hace pocos años desconocido, (la primera publicación de Sanger es del 1889), y cuya histogénesis, todavía discutible, ha dado lugar  numerosas hipótesis y controversias. El puesto que entre las neoplasias le corresponde es otra cuesti3n que aun está por resolver: se parece al carcinoma y al mismo tiempo carece de tejido conjuntivo y como observa Ruge sus metástasis siempre son idénticas al tumor primitivo, hecho que no es constante en aquellos tumores; se propaga por los vasos, no por vía linfática y en esto es igual que el sarcoma, pero su estructura más bien epitelial, le excluye de este grupo de tumores.

Respecto  su histogénesis los autores se han dividido en unicistas y dualistas; según los primeros el tumor tiene su origen 3 en los tejidos de la madre 3 en los del feto y según los dualistas el origen es  la vez materno y fetal. Entre los unicistas del primer grupo, unos le hacen descender del epitelio superficial del endometrio, otros de los elementos anatómicos de la decidua 3 del

endotelio vascular ó de las mismas células del miometrio. Iguales divergencias hay entre los unicistas que, defienden el origen fetal de la neoplasia, atribuyendo el punto de partida unas veces al tejido conjuntivo del corión, y otras al sincitium solo ó al sincitium junto con la capa celular de Langhans, puesto que no se ha encontrado nunca un tumor constituido exclusivamente de estas últimas células. Los de la hipótesis dualista, á la cual todavía permanecen fieles Ziegler y pocos más, atribuyen el origen del tumor al epitelio uterino transformado en sincitium y al crecimiento anormal de las células de la capa de Langhans. Esta fué la primera opinión de Marchand; quien en sus publicaciones posteriores se declara unicista y acepta el origen fetal para los dos elementos del tumor. Vienen á apoyar esta última hipótesis dos hechos posteriormente estudiados; uno es la observación directa del paso del epitelio de algunas vellosidades coriales, á la formación tumoral, el otro es el descubrimiento de tumores de esta clase, en absoluto desligados de toda relación con el útero y finalmente habla en favor del origen único el descubrimiento de la transformación de las células de Langhans en sincitium (Pels-Leuden, Ulesco, Straganowa, Kworostansky). Nuevos argumentos en pro del origen fetal, traen las observaciones de algunos autores, que han encontrado el corioepitelioma en otras neoplasias algunas de ellas desarrolladas en hombres y todas independientes de la matriz y sobretodo de la gestación, pero que tienen relación con formaciones fetales puesto que se trata de tumores teratoides congénitos, tales son las observaciones de Schlagenhauer y Wlassow, teratoma del testículo; la de Bostroem tumor del cerebelo y metástasis en el pulmón, hígado y riñón en un hombre de 30 años; la de Pick quiste dermoide y la de Lubarsch en una muchacha, de 13 años, aún sin menstruación.

Estas dudas y contradictorias hipótesis respecto de la génesis y naturaleza del corioepitelioma, se traducen en la variadísima y complicada terminología con que se le designa: Sängner, el primero que le describió, le llamó sarcoma deciduo-corial: Gottschalk por creerle oriundo del tejido conjuntivo de las vellosidades coriales, le dió el nombre de corioma (sarcoma de las vellosidades coriales). Pfeiffer deciduoma maligno: Gebhard sincitioma maligno: Kossmann carcinoma sincitial: Nikiforoff epitelioma destructor del corion: nombres todos, y no son los únicos que ha

llevado, que por si solos declaran la idea que el autor tenía del origen ó naturaleza del tumor: ultimamente ha predominado la opinión de Marchand quien le tiene por descendiente del ectodermo fetal y constituido por los elementos epiteliales del corion (sincitium y células de la capa de Langhans) y le llama corioepitelioma.

La etiología no es más clara que la de los demás tumores malignos: hipótesis hay muchas, hechos demostrados ninguno. Condición precisa para el desarrollo de esta neoplasia parece ser la existencia de una gestación.

La mola fué considerada como factor etiológico y aunque hoy se conocen muchos casos de corioepitelioma, sin que haya existido aquella alteración de las vellosidades coriales, lo cierto es que alguna relación existe entre ambos, puesto que en el 50 por 100 de los casos de mola, se desarrolla después un corioepitelioma. El caso estudiado por mí, también es consecutivo á una mola. Marchand cree que la muerte del feto, dando lugar á que se desvie la corriente sanguínea que, ya para nutrirle no es necesaria, contribuye á que aumente el riego de las vellosidades y con ello á un crecimiento anormal de las mismas y á que adquieran la tendencia invasora que les da caracter de malignidad; baste decir, para desechar tal hipótesis que, no siempre la muerte del feto precede á estos tumores; en el caso de Klinge el corioepitelioma se desarrolló después de un parto á término, completamente normal. Tampoco ha tenido fortuna la explicación dada por Pick y Jaffé quienes atribuyeron la causa á la hiperproducción de las células de luteína del ovario; Wallert y Leitg (Arch. f. Gyn. Bd. 77, Heft. 2) han demostrado que aquel desarrollo celular también se encuentra en el embarazo normal. Paso por alto otras muchas explicaciones que tampoco han sido aceptadas. No podían faltar ni la causa de origen parasitario, ni una interpretación etiológica conforme con los nuevos estudios biológicos de Ehrlich, Morgenroth, Veit, etc. Rossi Doria pretende haber descubierto un blastomiceto, que nadie después de él ha vuelto á ver, al que atribuye el papel etiológico principal, Schurauch cree que una disminución en los anticuerpos provocados por el desarrollo de los elementos coriales que obran como antígenas ó una carencia absoluta de aquellos, precede á la invasión del organismo por el sincitium y las células de la capa de Langhans.

Ninguna de todas estas teorías explica porqué las vellosidades se desarrollan de una manera anormal y producen unas veces una mola, otras un tumor benigno y otras en fin una neoplasia invasora.

La historia clínica del caso, estudiado por mí, es la siguiente: A. R. de la Vega de Pas. Consultó en el Sanatorio é ingresó en él el día 31 de Agosto de 1908, 48 años, primera regla á los 15, se presentaba con regularidad, siempre abundante, duraba 4-5 días, sin molestias. Seis partos, un aborto. Último parto hace seis años. Ultima regla 14 de Junio. Desde los primeros días de Agosto tiene grandes dolores en el vientre y en la región renal; más fuertes que los dolores de parto, dice la enferma. Estreñimiento pertinaz desde hace 15 días. Desde el 27 vómitos. Frecuentes ganas de orinar; la micción se hace con dificultad. Temperatura 38°: pulsaciones 100.

En el reconocimiento se encuentra una gruesa tumoración que ocupa casi toda la pequeña pelvis, comprimiendo el recto y dificultando el acceso del dedo hasta el hocico de tenca: este que está dirigido hacia arriba y adelante se encuentra detras de la sínfisis del pubis. La tumoración es redondeada, lisa y da al tacto la sensación del útero en los primeros meses de la gestación.

Diagnóstico: Embarazo en el segundo mes: útero en retroversión.

La misma tarde del día 31 de Agosto tuvo la enferma una gran hemorragia, que obligó al médico de guardia á hacer un taponamiento. La sangre se contuvo al principio, pero después volvió á presentarse por lo que se decidió á intervenir inmediatamente. Se la llevó á la sala de operaciones á las 10 de la noche para tratar de reducir el útero y cohibir la pérdida de sangre. Anestesia clorofórmica, con anestesímetro; se gastaron 15 gramos de anestésico. La reducción de la retroversión fué muy fácil. bastó descender el cuello, empezando á hacerlo con el dedo y terminando con las pinzas. Entonces se vió que entre la sangre que manaba del orificio uterino salían vexículas de una mola. Dilatación del cuello con los dilatadores de Hegar, y extracción de la mola por medio de una corriente de agua caliente y ultimamente con una pinza envuelta en gasa esterilizada. Vaciado el útero la hemorragia se paró. Tapón de gasa yodofórmica. Duración de la intervención 12 minutos.

31 Agosto por la noche, 37°, 6 pulso 130.

1 Septiembre por la tarde, 37°, 2—98 pulsaciones.

6 Septiembre, la enferma se encuentra bien. Se retira el tapón y se hace una irrigación.

20 Septiembre: Alta curada.

Esta misma enferma volvió al Sanatorio el 27 de Abril de 1909.

Desde que salió estuvo bien hasta el mes de Diciembre; entonces empezó á tener metrorragias que fueron aumentando en frecuencia é intensidad: ultimamente la pérdida sanguínea era continua y el estado de anemia y consunción de la enferma muy grandes.

La vagina contenía coágulos de sangre, el hocico de tenca entreabierto permitía casi el paso del dedo lo mismo que el cuello: matriz blanda, movable, en retroversión. Anejos sanos.

Diagnóstico.—Se diagnosticó, tumor maligno del cuerpo de la matriz y como teníamos el precedente de la mola se pensó también en el corioepitelioma maligno.

Operación.—Se hizo el 28 de Abril. Anestesia clorofórmica; se gastaron 40 gramos. Histerectomía vaginal con pinzas, drenaje con gasa yodofórmica.

28 tarde inyección de morfina para calmar el dolor. 37°, 110 pulsaciones.

30 sigue bien: se retiran las pinzas.

5 Mayo, primera cura, se renueva el drenaje de gasa yodofórmica.

13 Mayo, cura, irrigación con permanganato.

2 Junio. Alta curada.

Hasta ahora la enferma no ha tenido novedad.

Descripción macroscópica de la pieza anatómica.

El útero conservado en el líquido de Kaiserling tiene una longitud de 10 cm. 8,5 cm. de ancho en el fondo y 5,5 de grueso. La superficie externa es lisa, exceptuando las partes en que se insertaban los ligamentos anchos. Dividida la pared anterior por un corte sagital y practicadas otras dos incisiones en dirección de los ángulos de las trompas, quedó abierta la matriz. Desde el orificio interno al externo 2 cm., el grueso de la pared 1,5 á 2 cm.

La mucosa del cuerpo está rojiza, húmeda, surcada por algunas hendiduras en diferentes direcciones. La del cuello no presenta nada anormal. Hacia la mitad derecha de la matriz, en el

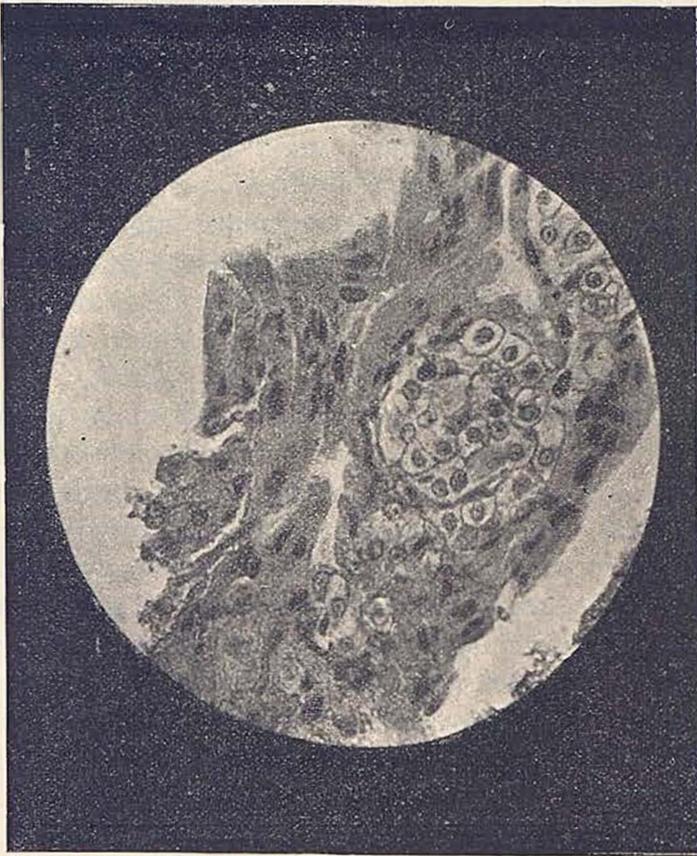
segmento medio de la pared posterior, extendiéndose al borde del mismo lado é invadiendo parte de la cara anterior, se encuentra una tumoración de ancha base circular, de un diámetro de unos 3 cm. de color rojizo oscuro, de superficie irregular, surcada por hendiduras profundas. Practicado un corte vertical en el tumor y examinada la superficie resultante, se presenta como un conglomerado de coágulos sanguíneos. Entre los coágulos se perciben, como cordones de un tejido blanduzco y de color pardo sucio. Los coágulos sanguíneos se encuentran no sólo en la superficie del tumor sino hasta en la zona profunda; aunque aquí se diferencia menos del tejido antes descrito y más bien parece como que insensiblemente se va pasando del uno al otro. El tumor se destaca perfectamente del tejido uterino y en ningún punto de su contorno dejan de percibirse los límites de ambos.

Para el exámen microscópico se eligieron varios trozos del preparado cortados paralelamente á la sección sagital. Se lavaron en agua, se endurecieron en alcohol, se impregnaron en xilol y xilol-parafina y se incluyeron en parafina; seccionados con el micrótopo se tiñeron con hámalaun, hámalauneosina, carmín, van Gieson y por el método de Weigert.

Observadas al microscópio las preparaciones, desde luego se aprecian dos aspectos diferentes: uno el formado por los coágulos sanguíneos en los que se ven glóbulos rojos, leucocitos y fibrina. Entre los leucocitos se encuentran numerosos eosinófilos. En los coágulos no existen ni células de la mucosa uterina, ni glándulas, ni células de la superficie interna del útero, ni elementos del tumor. Estos elementos forman el segundo cuadro; repartidos irregularmente entre los coágulos y con más abundancia en la superficie se ven unas masas de protoplasma con numerosos núcleos (sincitium) y células epiteliales (células de la capa de Lanhgans).

Sincitium: se presenta unas veces bajo la forma de gruesas pellas de formas muy variadas y en cordones más ó menos irregulares y paralelos. El contorno de estas masas de protoplasma es en unos sitios limpio, en otros se borra poco á poco desvaneciéndose insensiblemente en los tejidos vecinos. Casi siempre estos límites están formados por líneas más ó menos curvas; los ángulos y la línea recta son raros. La sustancia protoplasmática es turbia, como compuesta de infinito número de

gránulos: en algunos sitios casi homogénea, en otros más ó menos reticulada. La zona marginal suele ser menos traslúcida y se tiñe con más intensidad que la central. Abundan las vacuolas en este sincitium al que dan aspecto de red cuando son muy numerosas y están muy juntas. En su interior se encuentran algunas veces glóbulos rojos y leucocitos, pero las más están vacías. El sincitium está sembrado de muchos núcleos, repartidos sin orden por toda su extensión. Son de forma y tamaño muy diferentes; redondos, ovales, fusiformes, angulosos; algunos aparecen como grandes manchas irregulares. Todos se tiñen intensamente con los colorantes nucleares, algunos presentan vacuolas, ninguno fenómenos de mitosis. En mis preparaciones tampoco se ven figuras de división directa como ocurre en las de Klinge.



Células de la capa de Langhans: Son células que muestran con claridad una membrana celular, tienen el protoplasma muy

claro, y se agrupan de muy diferentes maneras entre las masas del sincitium: no se encuentra sustancia intercelular que las una. Son redondas, ovales, poliédricas: recuerdan á las células deciduales, de las cuales, sin embargo, las diferencian su tamaño y su especial manera de agruparse, que las da un aspecto epitelial. Al mismo tiempo faltan entre ellas vasos y células conjuntivas migratorias que siempre se encuentran en la decidua. Su núcleo ofrece una membrana y una red nucleares muy claras. En algunos se ven fenómenos de división carioquinética. En muchas de ellas se encuentran vacuolas protoplasmáticas como se puede apreciar, con mucha claridad en la microfotografía que acompaña á este trabajo (1).

La distribución de los elementos característicos de la neoplasia, no está sometida á ninguna regla; aunque lo más frecuente es encontrar las células de la capa de Langhans rodeadas de sincitium (véase la figura) pero otras veces las masas de protoplasma forman cordones paralelos, ó masas aisladas semejantes á células gigantes ó circundan un foco hemorrágico. Pocas veces las células de la capa de Langhans se encuentran en relación directa con los coágulos de sangre, en algunos puntos andan de tal manera mezclados el protoplasma multinuclear del sincitium y las células de Langhans, que es difícil diferenciarlos.

Verdaderas células gigantes no he visto en mis preparaciones.

El caso por mi estudiado, es un corioepitelioma típico; en la microfotografía que acompaña á este artículo, se ven los elementos esenciales del tumor; es decir, células de la capa de Langhans, principalmente se destaca con mucha claridad un grupo rodeado de masas de sincitium entre ellas se encuentran algunas con vacuolas y el sincitium, el cual se ve sembrado de muchos núcleos de formas y tamaños muy diferentes. No hay en esta preparación otros elementos que los esenciales del tumor (ni focos hemorrágicos, ni células de la capa muscular etc.) porque lo pequeño del campo microscópico lo impide. El análisis microscópico es necesario para que la exposición de un caso de corioepitelioma tenga valor científico. Una descripción exclusivamente clínica siempre es recusable.

(1) A la amabilidad y pericia del sabio director de la Estación de Biología Marina de Santander, Don José Rioja, debo esta microfotografía, tomada de una de mis preparaciones.

Si en la constitución anatómica no se separa este caso de los que describen los autores como pertenecientes á la forma típica de Marchand, en su curso clínico ofrece algunas particularidades que pueden servir para completar el cuadro nosológico de esta enfermedad.

Es en primer lugar un hecho más que, demuestra la relación etiológica ó de predisposición existente entre el corioepitelioma y la mola.

En el trabajo de Mc. Kennas se citan 78 casos de estas neoplasias: 38 fueron consecutivas á una mola: 24 á partos normales y de todo término. 15 á abortos y 1 á un parto prematuro.

Desde que se expulsó la mola hasta que se presentaron los primeros síntomas (hemorragias) pasaron 14 semanas; algo más de lo que por término medio dan las estadísticas de otros autores, que es 10 semanas.

Por lo que hace á la malignidad, no es posible dudar que se trata de una neoplaxia maligna; cierto que ninguna metástasis existía apreciable á simple vista, ni por el exámen microscópico; caracter este que á la larga no falta jamás en tumores malignos, pero la tendencia invasora y destructiva es manifiesta; la mucosa uterina ha desaparecido por completo en el sitio de implantación del tumor, sin dejar rastro, ni señal de su existencia; la misma capa muscular está invadida por los elementos tumorales; aunque como queda dicho, en ninguna de mis numerosas preparaciones, he podido encontrar una verdadera metástasis en el espesor de la musculatura uterina, pero la malignidad, queda fuera de toda duda, atendiendo al cuadro clínico. Desde que se extirpó la matriz, hace ya más de un año, no ha tenido la enferma trastorno ninguno, se encuentra bien y ha vuelto á reponerse de las pérdidas que el tumor la produjo.

El tratamiento empleado fué rápido y radical; única terapéutica contra los tumores malignos. El resultado satisfactorio.

No hay que pensar en otra terapéutica que la histerectomía vaginal, ó si el tumor está muy extendido y la matriz es friable en la extirpación por el vientre.

El caso citado por Fargas, en el que Franqué consiguió la curación con un raspado ha de tenerse como una excepción que, ningun ginecólogo tiene derecho á repetir.

Aun operando pronto y rápidamente, los resultados no son

por desgracia muy halagüeños; la reproducción es la regla. El corioepitelioma es el tumor en que la cirugía consigue menos éxitos.

La terapéutica sincitiotilica de Veit y Schmauchs no es más que un hermoso sueño, como dice Klinge.

Para terminar pondré las conclusiones de Albert (Archv. f. Gyn.) que me parecen aceptables en su totalidad.

1.—Todos los tumores descritos hasta ahora como, deciduomas, sarcomas de las vellosidades coriales etc. son de origen epitelial y proceden de la cubierta sincitial de las mismas vellosidades con participación de las células de la capa de Langhans.

2.—El sincitium de las vellosidades es seguramente de origen fetal.

3.—La etiología del sincitioma maligno es aun oscura.

4.—Las metástasis se hacen por vía sanguínea

5.—El diagnóstico se apoya en el antecedente de haber existido un parto ó un aborto: después la presencia de hemorragias uterinas, tumoración, rápido descenso de las fuerzas, sobre todo en la edad juvenil, podrá hacer sospechar la existencia del corioepitelioma; sólo la investigación microscópica dará la certeza.

6.—La terapéutica consiste en la intervención lo primero que se pueda y lo más radicalmente que sea posible.

7.—Como profilaxis: cuidadoso reconocimiento del útero después de un aborto, especialmente después de la expulsión de una mola y análisis microscópico del tejido; taponamiento del útero en el caso de que exista esta última afección.

---

## BIBLIOGRAFÍA <sup>(1)</sup>

---

Ahlfeld. Ein Fall von Sarcoma uteri deciduo-cellulare bei Tubenschangerschaft. (Monatschrift. f. Geb. u. Gyn. Bd. 1.)

Bostroem. Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft, fünfte Tagung. Karlsbad 1902.

Bulius. Verhandlungen der D. Ges. f. Gyn. 1897.

Carnot et Marie. Sarcome angioplastique, Bull. de la Societé anatom. de Paris, 1898.

Cock. Ein Fall von Deciduoma malignum. Centralb. f. Gyn. 1898.

---

(1) La bibliografía bastante completa se encuentra en el trabajo de Sternbeg y en la obra de Gebhard.

Eiermann. Der gegenwärtige Stand der Lehre von Deciduoma malignum  
Halle 1897.

Franqué, O. v., Über Chorioepithelioma malignum. Zeitschrift f. Geb.  
u. Gyn. Bd. 49, 1903.

Gottschalk. Ein weoterer Beitrag von den malignen, placentarvillösen  
Geschwülsten. Arch. f. Gyn. Bd. 51.

Hansemann, D. von. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe  
u. Gynäkologie zu Berlin, Zeitsch. f. Gb. u. Gyn. Bd. 51.

Frever. Über das Chorioepithelioma. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 48.

Krukenberg. Über die Diagnose des malignen Chorioepithelioma nach  
Blasenmole nebst Mitteilung eines neuen Falles. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.  
Bd. 53.

Korostansky. Syncytioma malignum und seine Zusammenhang mit  
Blasenmole. Arch. f. Gyn. 1901.

Langhans. Deutsche Chirurgie. 50 b. Die Krankheiten der männlichen  
Geschlechts-organe. F. Enke. 1887.

Malassez et Monod. Sur les tumeurs á myeloplases, Arch. ves. de physio-  
logie norm. et pathol. II Série 1878.

Marchand. Über das maligne Chorioepitheliom nebst. Mitteilung von zwei  
neuen Fälle. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Pfeiffer.

Prager med. Wochenschr. 1870.

Risel. Über das maligne Chorioepitheliom und die analogen Wucherungen  
in Hodenteratomen. Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Leipzig.  
Heft. 1903.

Rossi Doria. Über die Einbettung des menslichen Eies. Arch. f. Gyn.  
Bd. 76.

Ruge C. und Stöckel. Centralbl. No. 30, 1906.

Sänger. Arch. f. Gyn. Bd. 44.

Seitz. Arch. f. Gyn. Bd. 77.

Sternberg. Ein peritheliales Sarkom des Hodens mitm chorionepithelio-  
artigen Bildungen. Wien u. Leipzig. 1905.

Veit. El deciduoma maligno. Enciclopedia de ginecología.

El mismo. Die Verschleppung der Chorionzotten. 1905.

Wlasso v. Über die Patho-und Histogenese des sogenannten. «Sarcome  
angioplastique» Wirchowos Arch. v. Bd. CLXIX.

V. Zaborsky. Ein Fall von Chorionepitheliom. Centralbl. f. Gyn. 1904.

**II.—Original.****Coxalgia y osteitis del gran trocanter****IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO PRECOZ**

*Por José Teresa Bedera*

Diagnosticar una coxalgia que presenta toda su serie de síntomas: de dolor, claudicación, actitud viciosa del miembro en flexión adducción y rotación hacia afuera ó aducción y rotación hacia dentro, desórdenes tróficos y hasta abscesos y fístulas, es empresa fácil, no es dada á confusión con otras enfermedades. En sus comienzos los síntomas aparecen insidiosos, é irregulares, sólo el dolor y la ligera contractura son los únicos datos, por eso la cuestión es más árdua y el Cirujano antes de hacer el diagnóstico de coxalgia tiene necesidad de observar despacio, á veces, en repetidas sesiones, para tener la certidumbre del juicio que va á emitir. No voy á pasar revista á los varios diagnósticos diferenciales, voy solamente á exponer dos hechos clínicos, que han quedado grabados en mi imaginación, por ser de gran enseñanza práctica, la confusión de la osteitis del gran trocanter con la coxalgia.

La primera enferma se presenta á la consulta después de dos años de tratamiento infructuoso. Aquejaba en sus comienzos un dolor en la cadera, dificultad en la marcha é imposibilidad de realizar la flexión del muslo sobre la pelvis. Consultó con el Médico de su pueblo, el cual hizo el diagnóstico de una coxalgia en sus comienzos, exponiendo lo largo y penoso del tratamiento. La familia de pocos recursos decide llevarla al Hospital de su provincia. Allí estuvo cinco meses en cama, con un aparato de extensión continua y después con un vendaje enyesado marcha á su país para hacer el tratamiento médico de sobrealimentación, cura de aire etc. No consiguió adelanto; los dolores siguieron y molestada por la presión constante y dolorosa del aparato se le quitaron, viniendo á los pocos días á consultar á este Sanatorio.

Enferma de 23 años, en buen estado general. El reconocimiento no aprecia posición viciosa de la pierna, hay extraordinaria limitación de los movimientos coxo-femorales, aquejando algún dolor, pero este es exagerado al apoyar el dedo sobre el trocanter; recorre la mano del Cirujano otras zonas, inguinal, isquiática perineal y no son dolorosas. Se procura desviar la atención de la enferma, pero siempre que el dedo se posa en el trocanter despierta un grito.

¿Cómo explicar tan agudo dolor en una coxalgia de dos años de fecha, bien tratada, y en excelente estado de salud? No cabía duda que, allí, en aquel punto había lesión muy limitada, el trocanter se ve algo más prominente y ensanchado que su congénere. Se diagnosticó un foco de osteítis trocanteriano, y se propuso la intervención, que la enferma y los padres, aceptan de buen grado. La precisión del diagnóstico fué matemática. Se trepana el trocanter y se encuentra el foco tuberculoso encapsulado. El fungus se vacía con la cucharilla, y más allá de una profundidad de dos centímetros se encuentra una defensa de osteítis condensante que la denota la dureza y el ruido del instrumento. Puntos de sutura en los extremos de la herida operatoria y drenaje yodofórmico. A los tres días desaparecen los dolores.

Marcha postoperatoria lentísima en la cicatrización ó rellenamiento óseo. La enferma sale del Sanatorio á los tres meses totalmente curada.

Seguramente este foco de osteítis acantonado en el trocanter no hubiese dado lugar, por ensanchamiento progresivo, á una perforación intracapsular y por lo tanto á la artritis, (como se citan algunos casos) estaba muy próximo al perióstio y además enquistado con barrera de osteítis condensante, lo probable es que más pronto ó más tarde hubiese buscado salida al exterior.

Este caso aconteció en Julio de 1909; noticias recientes de la enferma confirman su perfecto estado de salud.

La observación que sigue es de Noviembre pasado. Enferma de 16 años, sin antecedentes tuberculosos en sus ascendientes, ni historia de procesos morbosos anteriores. Desde hacia unos cinco meses notaba la familia que la enferma se cansaba después de realizar un corto paseo y que por más que quería disimular su ligera cojera no pasaba desapercibida. Por las mañanas se levantaba ágil y no aquejaba ninguna molestia. Pasan 15 días los

síntomas no se acentúan, pero la enferma pierde el apetito y su habitual buen humor. Consulta con su Médico de cabecera y no aprecia nada sospechoso en la articulación coxo-femoral; á las preguntas reiteradas que se le hacen confiesa que desde hace algun tiempo la presión del corsé en la cadera le ocasiona dolor. Le instituye el Facultativo una medicación tónica y la recomienda los baños termales y las aplicaciones de chorros de vapor. Terminada la cura hidrotermal sin conseguir adelanto, consulta con un Cirujano y éste sospecha el principio de una coxalgia; expone el tratamiento que se debe seguir; cierto tiempo, un vendaje enyesado. La enfermita se resiste á ello. Vista la negativa y puesto que el caso no apuraba le recomienda un reposo absoluto en cama ó en un sofá, en habitación soleada. Pasa un mes y viene á la consulta de Policlínica; se examina á la enferma y se encuentra la articulación movable y los movimientos no son dolorosos, solamente hay una ligera contractura que cede con facilidad; en cambio dolor vivísimo á la presión en el gran trocanter femoral; cuantas veces se hace allí presión el dolor es tan agudo que, la enferma, de por si sufrida, derrama lágrimas.

Diagnóstico de osteitis del gran trocanter; se propone la intervención que la familia no acepta de momento por el temor á la cojera. Se le explica que la intervención no provocará ningun trastorno funcional subsiguiente y á los 6 días de la consulta ingresa en el Sanatorió para ser operada.

Se encuentra el periostio del gran trocanter fuertemente vascularizado, recorre el dedo una pequeña extensión y aprecia el tacto un punto más blando que cede un poco á la presión, se incinde con el bisturí, la cucharilla escava un tejido óseo blanduzco y de un rojo intenso; no hay enquistamiento, se llega insensiblemente á hueso sano que lo denota su color normal; el escoplo completa la labor haciendo uniforme la entrada de la oquedad operatoria. Drenaje yodofórmico.

El proceso de regeneración es rápido, tanto que á los 21 días de operada sale de la Clínica, faltando por cicatrizar un pequeño seno en el cual tiende la piel á umbilicarse, ayudando más rápidamente á la curación.

En los dos casos el dolor á la presión es lo típico del acantamiento tuberculoso en el trocanter mayor. En el primero, como queda descrito, la operación descubrió un tubérculo enquistado con barrera de osteitis condensante. En el segundo el

proceso no era tan avanzado, el foco no estaba aún en caseificación. Cabe preguntar ¿Queda tan garantizada la curación en uno como en otro?

La mejor respuesta es el estado actual de la enferma sin el menor trastorno, pero es indudable que el Cirujano tiene que esmerarse más en la limpieza del foco cuando este no tiene zona defensiva, yendo siempre más allá del tejido enfermo para cortar la posible invasión bacilar. Estos casos son los que no acudiendo á tiempo, habiendo pocas defensas orgánicas para el enquistamiento, pueden dar lugar, por invasión progresiva, á la contaminación de la cápsula ó de la cavidad articular.

No quiero acumular sobre estas dos notas clínicas otras porque eran casos avanzados en que la marcha destructora del pus había dado lugar á la infección de la bolsa trocanteriana con gran abultamiento local y su diagnóstico aparecía claro; deseo, como final, hacer hincapié en que el dolor y la contractura son los síntomas del comienzo de la coxalgia y que estos mismos ostenta la otra dolencia, pero si apreciamos despacio pensando en ambas enfermedades y hasta que una puede dar origen á la otra, será facil desligarlas y decir cuando está libre la articulación y cuando atacada.

El dolor, á la presión, fijo, y por decirlo así, matemático, en el trocanter, es el síntoma característico de la trocanteritis. En la coxitis rara vez existe y cuando lo hay, no es tan vivo. En los coxálgicos, hay que buscar el punto doloroso en el pliegue inguinal, á un centímetro por fuera de los vasos femorales; percutiendo el trocanter el dolor lo aqueja el enfermo en la cabeza femoral porque se verifica una compresión contra el acetabulum, lo mismo que si se golpea la planta del pie, estando la pierna en extensión, ó en la rodilla si la pierna está flexionada.

Existe contractura periarticular en ambas, pero la limitación de los movimientos caracteriza más á la coxalgia siendo, esto, sobre todo la rotación hacia afuera dolorosa la mayor parte de las veces. Si existía limitación de movimientos en la enferma de la primera historia clínica apuntada, téngase en cuenta que fué explorada después de haber estado sometida largo tiempo á la inmovilidad articular; en cambio en la segunda se conservaba íntegra la movilidad articular, como ocurre casi siempre.

Ya en los comienzos de la infección articular tuberculosa, hay

un poco de alargamiento del miembro enfermo, quizá de algunos milímetros, pero que puede denotarse aproximando los talones, conservando en la misma línea las dos espinas ilíacas.

De poco, por no decir de nada, sirve el exámen radioscópico. Es significativo en los casos avanzados de coxitis, para poner de manifiesto un desprendimiento epifisario, la luxación de la cabeza femoral y hasta noviformaciones óseas, pero en los comienzos pasa desapercibida, aún para el ojo más acostumbrado á interpretar radiografías, una pequeña lesión del hueso ó las ligeras desviaciones del tipo normal.

Basémonos, pues, en las anteriores diferencias y ellas nos sacarán de dudas para establecer, la mayor parte de las veces, un pronóstico acertado y un tratamiento racional.

Si diagnosticamos los comienzos de una coxalgia, seamos conservadores, un tratamiento ortopédico y general puede curar; si por el contrario es un foco de osteitis en el trocanter lo que apuntan los síntomas, seamos intervencionistas precoces, así veremos libre al paciente de sufrimientos y quien sabe si el Cirujano al vaciar y limpiar aquel trozo de hueso lesionado ataja una coxalgia.

---

### III.—Original

## TRES CASOS DE CISTOCELE INGUINAL

*Por Agustín Camisón*

Las hernias de la vejiga presentan una serie de particularidades que hacen interesante su estudio y que merecen tenerse en cuenta.

Esta clase de hernias, son más frecuentes de lo que parece; y como las dificultades y complicaciones ajenas á la operación son grandes y frecuentes en estos casos juzgo conveniente hacer la historia de tres cistoceles que ultimamente he podido observar.

Estos se ofrecen en la región inguinal en la mayoría de casos; é inguinales son los que motivan esta comunicación.

El diagnóstico es muy difícil en las hernias vesicales, porque pocas veces se presentan con el conjunto de síntomas que se las asigna; la mayor parte de ellas se confunden con el enterocele, denotándose su presencia en la operación, y aún en esta pasan desapercibidas muchas veces. Pero también es verdad, que cuando *dan* síntomas, los *dan* tan claros, que, no dejan ninguna duda en el ánimo del Médico acerca de su existencia.

Lo importante será que sepa el Cirujano cuando examina una hernia que en ella puede presentarse la vejiga, porque de esta manera, jamás le cogerá desprevenido aún cuando se presente esta víscera en el campo operatorio.

De los tres casos que expongo, en los dos primeros no se sospechó el cistocele; en uno hasta en el momento, y en el otro hasta después de la operación. En el tercero el conjunto de síntomas no podía ser más demostrativo; notaba el enfermo que, si transcurría mucho tiempo sin orinar, *la hernia se llenaba*, molestándole y obligándole á vaciar su vejiga; la micción la hacía en dos veces, expulsando en la primera poco más de la mitad de su contenido, y en la segunda el resto, mediando entre ambas medio minuto aproximadamente. La orina que expulsaba, era clara; no tenía dolores. La hernia se reducía bien.

Fijándose un poco se comprenderá la importancia trascen-

dental de hacer un diagnóstico, aún cuando sólo sea probable, de hernia vesical; porque nada más con sospecharlo se va prevenido á la operación; pero cuando aquel no se hace, ni siquiera se sospecha, lo que sucede con mucha frecuencia, pueden surgir sérios peligros hasta á los Cirujanos más familiarizados con la técnica operatoria. Es á veces tan difícil saber si lo que se tiene entre los dedos es la vejiga, que no es extraño se confunda con un saco peritoneal engrosado ó con un lipoma herniario.

Los peligros, que dependen de la abertura de la vejiga, no son los mismos en unos casos que en otros. Conste que no me refiero á las heridas de la vejiga que ocurren por dificultades técnicas, como sucede en otras operaciones en que se hiere también este órgano. En este caso no hay accidente alguno, porque en el acto se sutura y queda salvado el riesgo. Yo me quiero referir á las heridas que se hacen, *sin darse cuenta de que el órgano herido es la vejiga*. En este caso puede suceder, que sin enterarse el Cirujano, reintroduzca la vejiga abierta, ó que la suture como si fuera un saco herniario: en el primer caso derramándose su contenido, ya fuera ya dentro del peritoneo, puede producirse una infiltración urinosa con sus peligros inherentes; en el segundo se presentan dolores, hematurias y cistitis más ó menos rebeldes, llegando á veces á participar el riñón de estos trastornos.

Ya he dicho que de los tres enfermos á que me he referido, los dos primeros fueron á la operación con el diagnóstico de enteroceles y el último con el de cistocele. En los tres se trataba de hombres.

Voy á exponer algunos detalles operatorios y el curso ulterior de cada caso en particular.

1.<sup>a</sup> Observación. Hombre de 32 años, hernia inguinal derecha (bubonocelo) desde hace dos años; punta de hernia en el lado izquierdo. Se operaron las dos en una misma sesión, empezando por la del lado derecho. Incisión de la piel y disección del saco; había dos, independientes uno de otro; el superior contenía intestino; el inferior parecía formado por túnica adventicia engrosada; este no se abrió. Se pasaron los dos á través de la aponeurosis del oblicuo, fijándoles á ella con puntos de seda; aproximación de los pilares con crín, y sutura de la piel. En el lado izquierdo se reforzó el conducto inguinal.

Pasados los efectos del cloroformo, el enfermo experimenta

vivos deseos de orinar y grandes dolores en el hipogástrico. Se le pone una inyección de un céntigrama de morfina.

Por la tarde, continúan los mismos síntomas; se le extrae por cateterismo 300 gramos de orina sanguinolenta. Tiene 38, 8°. A las dos de la madrugada, nuevo cateterismo; se extraen 120 gramos de orina menos sanguinolenta; no han desaparecido los dolores ni el tenesmo.

Al día siguiente de la operación, es llevado á la sala de curas; no se aprecia nada anormal en las heridas. Se coloca una sonda permanente; la orina sale más clara y los dolores han disminuido. 37,9°.

El tercer día pasa sin grandes molestias, sólo por la noche aparecen nuevamente los dolores: la orina expulsada es clara; se quita la sonda. 37,5°.

Cuarto día: dolores intensos, tenesmo y orina con pus. 38,3°. Enema calmante de opio.

En los días sucesivos sigue la piura y el tenesmo. Se hacen lavados vesicales con una solución de permanganato al 1 por 2.000. Tiene alguna mejoría que se sostiene unos días al cabo de los cuales vuelven los anteriores síntomas.

A los quince días de la operación, aparece un violento dolor en el riñón derecho acompañado de elevación térmica (40°) que dura por espacio de ocho horas y termina con la expulsión de una gran cantidad de pus con la orina; á las dos horas nueva emisión de pus cediendo poco á poco los síntomas y bajando la temperatura; sudores abundantes. La orina va siendo cada vez más clara y á los ocho días se levanta el enfermo no teniendo más que una ligera polakiuria. Está nueve días en observación saliendo completamente curado.

La historia no puede ser más explícita: los primeros síntomas nos demostraron claramente que aquello que en la operación se creía un saco herniario, no era más que la vejiga que se había suturado á la aponeurosis del oblicuo.

Pero como la cavidad quedaba cerrada, no había realmente un peligro serio que temer, y así fué, pues todo quedó limitado á una cistitis dolorosa que se combatió con feliz éxito. Noticias posteriores del enfermo, nos ponen al corriente de su estado de salud que no se ve perturbada por el menor trastorno.

2.<sup>a</sup> Observación. Hombre de 42 años, hernia inguinal re-

ciente; lado izquierdo; diagnóstico de enterocele. Se incide la piel y se disecciona el saco peritoneal que contenía intestino; debajo de él la cara anterior de la vejiga, cuya muscular sangraba fácilmente. Se redujo esta y se trató el saco herniario por el procedimiento de Kocher.

En este enfermo sin haber hecho un diagnóstico cierto de cistocele se pensó en él y ya en la operación se procedió con cautela ante la posibilidad de encontrarse con la vejiga, lo que ocurrió. Con esta precaución todos los riesgos quedaron a un lado y la operación terminó felizmente.

3.<sup>a</sup> Observación. Este enfermo de 60 años había sido operado hacía dos de una hernia inguinal derecha. Ahora el diagnóstico era de cistocele inguinal del mismo lado. Incisión de la piel y disección del saco: formaban estas túnicas adventicias en cuyo interior estaba la vejiga. Había habido separación de los pilares, entre los cuales se encontraba la hernia. El saco peritoneal antiguo sólidamente fijo a la aponeurosis del oblicuo. Se reintrodujo la vejiga y se aproximan los pilares con puntos de crén. Sutura de la piel. El enfermo operado hace 14 días está en tratamiento.

Se creía que en este enfermo había una reproducción de la hernia operada; pero como se ve, lo ocurrido fué, que el saco antiguo había formado infundibulum arrastrando tras de sí la vejiga, que forzando el anillo había salido al conducto franqueando su orificio inferior.

En los dos primeros casos la vejiga estaba recubierta de peritoneo que se aplicaba a su cara anterior; en el tercero la vejiga formaba hernia sin que el peritoneo la recubriera en nada de su superficie; es decir era primitiva y había sido preparada por una hernia anterior.

Pensarán los no expertos en la técnica quirúrgica, que la vejiga se distinguirá fácilmente gracias a su cubierta peritoneal en el segmento superior; pero esto no se observa casi nunca porque la parte herniada de la vejiga, es la cara anterior desprovista de peritoneo. Y ocurre, que como vamos buscando éste, todo lo que encontramos por delante lo creemos cubiertas del saco y lo tratamos como tal.

Concluyo insistiendo en lo difícil que es diferenciar la vejiga del saco peritoneal; y lo serias que pueden ser las injurias del bisturí y los puntos de sutura que la pueden comprometer.

#### IV.—Original

### Notas clínicas acerca del tratamiento de los Empiemas

Por Manuel Pelayo

Es en el tratamiento de los extravasados pleurales, donde la cirugía pronta y enérgica ha conseguido éxitos y resultados más felices. Este es un hecho evidente libre de discusiones en sitios donde, como en este Sanatorio, la práctica diaria de la Operatoria, ha barrido el recelo y ha hecho formar juicio categórico acerca de los malos resultados finales de las intervenciones á medias.

En el empiema lo importante y aun lo esencial, bajo el punto de vista del tratamiento, es la prontitud y el radicalismo. Con la prontitud, evitamos toda la funesta serie de fenómenos á que dá lugar la presencia continuada del derrame, los cuales tienen una importancia capital, puesto que no sólo acarrear una modificación muy acentuada en la estructura histológica de la pleura y del pulmón, sino que suponen un cambio que puede ser permanente en sus relaciones recíprocas. Con el radicalismo, practicado sin temeridad, pero también sin timidez, conseguimos ayudar eficazmente á la Naturaleza, que lucha en muy buenas condiciones, cuando el pus encuentra amplia y constante salida.

Los derrames pleurales con sus complicaciones ¿qué tratamiento requieren de la Operatoria? Si nos ajustamos al *primum non nocere* cada derrame correspondiente á un diferente estado anatómico pleural, y etiológicamente á una distinta clase bacilar asociada ó nó, necesita un tratamiento apropiado que es muy distinto de unos á otros casos, puesto que, hay derrames que no necesitan *nada* del arte (los sero-torax escasos, de marcha benigna y rápida) (1), y en los que se requiere hacer *algo*, tenemos una gradación que va desde la toracocentesis hasta la decorticación de Delorme, y entre ambas la pleurotomía simple ó con

(1) Recuérdese que el empiema muchas veces es al principio exclusivamente seroso.

resección costal, el drenaje de la pleura con el sifón de Bülow, la operación de Schede, y la de Simón-Küster entre los procedimientos de éxito serio y eficacia reconocida.

Al producirse un derrame entre las hojas de la pleura, el torax tiene que acomodarse á las nuevas condiciones que se le crean, puesto que el contenido no tolera sin detrimento de su funcionalismo este despojo, que supone el espacio ocupado por el derrame. El torax se dilata en el lado afecto y se amolda aunque dentro de muy mínimos límites; la columna vertebral se encorva hacia el lado sano, el diafragma es empujado hacia el abdomen, y los riñones y el bazo sufren los efectos de este desplazamiento. Pero donde es más notable el cambio estático, á que la colección extravasada obliga, es dentro del mismo torax. El pulmón del lado enfermo es comprimido, y unas veces flota en el derrame, y otras, sobre todo en los casos antiguos, está atelectásico y rechazado, la mayoría de las veces contra, la columna vertebral, ocupando el seno costo-raquídeo ó también hacia la línea media, pudiendo ocurrir que, á través del mediastino, comprima el contenido de la otra mitad del torax. El corazón puede hacer perceptible su latido en los espacios intercostales del lado derecho de la jaula torácica ó por el contrario en las líneas axilares del lado izquierdo, é igualmente sufren compresión la aorta que á veces se desliza hasta ocupar el lado derecho de la columna raquídea, la arteria pulmonar, la cava superior etc., etc.

Si pudiésemos desligar con un esfuerzo de imaginación, la parte de síntomas que directamente depende de lo que las pleuresias tienen de enfermedad infecciosa, de los demás, unidos á los efectos mecánicos, secuela obligada del derrame, éstos solos nos darían una indicación precisa para ser radicales en el tratamiento y poco contemporizadores con un mal que anula el funcionalismo de un pulmón casi totalmente, que implica un obstáculo mecánico á la revolución cardiaca y por ambas causas á la circulación periférica, (cianosis, pulso blando y rápido, disnea) y que marcha de una manera cierta á la supresión definitiva del pulmón en el lado afecto, á la retracción y adherencia de la pleura, y á que las supuraciones tenaces se unan á la fiebre séptica por reabsorción, á las degeneraciones amiloideas de los órganos y den fin del paciente.

Mucho nos esponemos á obtener este mal resultado al practicar la pleurotomía simple sin resección costal, por que si bien es verdad que esta puede curar algunos casos, no cumple la condición precisa de facilitar la libre salida del pus, el drenaje y el acceso al médico, como lo hace la toracotomía con resección costal.

Esto es lo que se desprende de la siguiente historia esquematizada de un enfermito de mi práctica que traté antes de mi ingreso en el Sanatorio.

Niño de cuatro años de cuya asistencia me encargué quince días aproximadamente después de empezada la enfermedad. Al reconocerle pude obtener los siguientes síntomas: fiebre de 39° tos ligera y disnea. Inmovilidad, dilatación, y amplitud de los espacios intercostales en el hemitorax izquierdo; latido del corazón en la línea paraesternal del lado derecho, abolición del ruido respiratorio, soplo bronquial y anulación de las vibraciones vocales, juntamente con la matidez muy acentuada. Este niño tenía un derrame pleural como se desprende fácilmente de los síntomas enunciados, y la indicación operatoria era indiscutible desde el momento en que la punción exploradora, reveló el caracter purulento del mismo.

¿Qué operacion era la indicada? Evidentemente la pleurotomía con resección de costillas, pero multitud de obstáculos que no son del caso, me obligaron á limitarme á practicar la pleurotomía simple anestesiando la región con el cloretilo Bengue é incindiendo en una extensión de seis centímetros junto á la línea axilar posterior y en el lado izquierdo dando salida á gran cantidad de pus fétido, primero expontáneamente, y luego á los impulsos de la tos del enfermo. Se estableció el desagüe con dos tubos sujetos con un imperdible y encima un apósito de gasa yodofórmica y algodón hidrófilo. El efecto inmediato de la evacuación del pus estancado en la serosa pleural, fué un descenso continuado de la fiebre y una mayor libertad en la circulación, apreciable objetivamente por el menor número de las pulsaciones y la mejor calidad de ellas.

Pero por desgracia la retracción pulmonar subsistió y consiguientemente no se aplicó éste á la pared costal. El desagüe no se hacia ni con la abundancia ni con la regularidad que era de desear, en gran parte debido á que los tubos quedaban comprimidos

por la yuxtaposición de las costillas inmediatas, hecho este de una importancia grande: así es que la supuración siguió, aunque, naturalmente, no con la abundancia ni la fetidez que al principio, é igualmente la anorexia y la demacración. No siendo aceptada la resección costal, ó la toracoplastía, á los dos meses supe la muerte del enfermito debida á la supuración interminable, y á la caquexia subsiguiente.

Este caso entresacado para que sirva de tipo entre otros varios, seguramente hará recordar, á todo práctico, otros análogos tratados con recursos farmacológicos al principio, y luego con la toracocentesis ó con la pleurotomía simple. Los fracasos serán constantes; y es que aquí, como en todas las supuraciones quirúrgicas, se requiere una brecha amplia por donde se establezca espontáneamente un desagüe suficiente y definitivo.

Si la brevedad y la condensación no fueran requisito obligado á cuantos escribimos en esta Revista, transcribiría parte de la numerosísima casuística de empiemas tratados en este Sanatorio, y que abonarían lo que sostengo; pero he aquí dos de ellas del mes último, que justifican cuantas esperanzas pongamos en el desagüe pronto y amplio de la cavidad pleural.

M. P. niña de doce años, bien conformada y con buen estado general; ingresó en el Sanatorio el 6 de Abril por padecer un empiema meta-pneumónico. Operación: Se resecaron dos costillas en la longitud de cinco centímetros. Drenaje con gasa yodofórmica y apósito con papel celulosa y venda de gasa. Sale del Sanatorio el día 2 de Mayo y el día 12 viene á la Policlínica donde se la reconoce y aprecia su absoluta curación á los cuarenta y un días de empezada la enfermedad.

He aquí la otra: C. M. de seis años que se presentó en nuestra consulta con un empiema que databa del mes de Diciembre ó sea con cuatro meses de antigüedad y que se había abierto paso espontáneamente á través del segundo espacio intercostal derecho, y haré constar de pasada, la frecuencia con que el organismo y el Cirujano eligen vías diferentes para la evacuación del empiema, puesto que en efecto el empiema necesitatis por lo general se franquea salida por delante y arriba, y el médico le hace camino por atrás y abajo.

La enferma tenía una desnutrición grande, siendo operada el día 20 de Abril, practicando la resección de la segunda costilla

en tres centímetros de su longitud. Después se hizo una contra-abertura en el sexto espacio intercostal, en la espalda, buscando la salida fácil del pus, también con resección de dos costillas. Drenaje con gasa yodofórmica y apósito con papel celulosa y venda de gasa. Ya hoy la supuración disminuye, y consiguientemente la demacración va cediendo, pero con gran lentitud y la curación no será lo rápida que en la enferma de la historia anterior.

Por tanto, debemos aplicar la resección de costillas, siempre que se nos presente el caso de tratar un empiema, por que así el pus se vierte espontáneamente al exterior, y evitamos toda esa temible escala de adherencias retracciones y degeneraciones, que hacen larga ó imposible la curación.

La causa inmediata productora del empiema, el caudal de energías defensivas con que cuente el enfermo, y algunas otras circunstancias, harán variar el resultado que obtengamos; pero, siempre, habremos puesto el órgano en las condiciones más favorables para que triunfe y pueda domeñar la enfermedad.

---

## DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

El comité central de Alemania para el estudio del cáncer, creado en Berlín por iniciativa del Kaiser, celebra este año el décimo aniversario de su fundación. Con tal objeto se han pronunciado una serie de conferencias: la primera de las cuales, estuvo á cargo del señor Kirchner y versó sobre: El objeto y fin del comité central. De su trabajo tomamos los siguientes datos relativos al aumento cada vez mayor, de la mortalidad causada por el cáncer. El comité central se fundó en vista del crecimiento alarmante del carcinoma; en los diez años comprendidos entre 1888 y 1897 subió desde 3,7 hasta 5,2 por 10.000 en el hombre y desde 4,45 hasta 6,05 en la mujer. Sin duda que en estos cálculos hay un motivo de error, muchos cánceres que antes no se podían diagnosticar se diagnostican ahora, gracias al mayor conocimiento que tenemos de la enfermedad, pero de todos modos, es desgraciadamente cierto que, el cáncer gana terreno; habiendo llegado en el año de 1907 á dar una mortalidad de 6,48 en el hombre y de 7,97 en la mujer; es decir, que en veinte años casi se ha doblado al número de muertes por cáncer.

Orth, actual director del Comité, habló; sobre "enfermedades precarcinomasas y el carcinoma producido artificialmente.," De su autorizadísimo discurso traducimos las siguientes conclusiones: La histogenesis del carcinoma es actualmente conocida, la célula cancerosa tiene su origen en la célula epitelial preformada; cómo esta se transforma en aquella es todavía un oscuro problema de biología, Las investigaciones hechas con el fin de encontrar el parásito causante del cáncer no han dado ningun resultado. Respecto á la etiología, está averiguado que casi siempre á la aparición del carcinoma preceden algunas alteraciones locales: *manifestaciones precarcinomasas*. Tales son, en primer lugar, cicatrices de todas clases, sifilíticas, luposas, por quemadura, quirúrgicas, etc.

El carcinoma toma siempre origen sobre epitelio anormal de neoformación, como se ve claramente en los cánceres que asientan sobre fístulas ó úlceras; un ejemplo con frecuencia observa-

do de cáncer desarrollado sobre una cicatriz es el carcinoma gástrico consecutivo á una úlcera del estómago. La anatomía patológica ha puesto fuera de toda duda la relación entre ambas lesiones. Otra manifestación precarcinomatosa es la retracción cicatricial del tejido conjuntivo de los órganos parenquimatosos (cirrosis del hígado y cáncer del mismo órgano).

Conocida es la relación entre estas neoplasias y los estímulos traumáticos y mecánicos: ejemplos, cáncer de la vagina nacido en el punto en que un pesario ejerce compresión, cáncer del párpado en sujetos que usan un ojo artificial. Es raro que un sólo traumatismo dé lugar á la formación de un carcinoma, lo que sí puede y suele hacer es activar el desarrollo del tumor cuando ya existe; mucho más nociva es la acción con frecuencia repetida de pequeños estímulos traumáticos, tal la irritación constante de la arista de un diente sobre la mucosa lingual. También juegan un importante papel en la producción del cáncer los estimulantes químicos; cáncer de la parafina, de la anilina, del naftol etc. á este grupo pertenece también el cáncer causado por los rayos Rantgen. La craurosis vulvar y la leucoplaxia se deben incluir entre las enfermedades precarcinomasas. El cáncer que sigue al lupus, lo mismo al florido que al cicatricial, se ha de tener por de los producidos por acción toxi-infecciosa: semejante á los de por acción toxi-parasitaria como los que tienen su origen en la presencia de huevos y larvas del distoma. Los tumores, cancerosos implantados en las proximidades de otros tumores, miomas, sarcomas, pólipos, probablemente son debidos á la acción química sobre las células epiteliales ejercida por las del primitivo tumor.

La teoría parasitaria no encuentra en los hechos relatados ningun apoyo. La teoría que sostiene el origen embrionario del cáncer es también muy discutible.

Bumm encargado de hablar sobre el cáncer del aparato genital femenino eligió como tema de su discurso, "terapéutica del carcinoma uterino". Aquellos remedios que algunas veces se aplican con éxito á los cánceres duros de las superficies, como las cauterizaciones, el radio, los rayos Röntgen, hasta la fulguración y las inyecciones de sueros, fracasan por completo en el cáncer del útero; en tales casos sólo el bisturí puede curar. La curación sólo se consigue, cuando se extirpa el tumor con todos

los gérmenes cancerosos que le rodean; esto es difícil porque la tendencia á la diseminación es muy grande, en aquellos tumores, las heridas de la vejiga y del recto obscurecen mucho el pronóstico y finalmente porque la indolencia de las enfermas hace que acudan muy tarde en busca del remedio. W. A. Freund fué el primero que propuso, para extirpar el útero, la histerectomía abdominal total, después se practicó la extirpación total por la vagina: las operaciones que mayores esperanzas ofrecen de curación (cerca del 24 por 100) son los métodos abdominales moderadamente modificados, que son las que ahora usan casi todos los ginecólogos; sin embargo, dan una mortalidad operatoria bastante grande.

Hildebrand explicó "el progreso del tratamiento quirúrgico del cáncer". La perfección de la técnica operatoria y de la asepsia, y el mejoramiento de los procedimientos de narcosis, son las principales causas de aquel progreso, que consiste en la disminución del número de casos de mortalidad y en el aumento del de las curas radicales; añádase á esto que se ha aprendido en casi todos los casos de cáncer, á quitar con ellos los gánglios correspondientes, con lo que los éxitos son mayores.

La forma más benigna de cáncer, es la del cáncer de la piel, el cual se puede operar sin peligro y con buenos resultados. El cáncer de los labios daba, hace 30 años, una mortalidad de 6—7 por 100, ahora 1—2 por 100, y las curaciones se han elevado de 10 á 80 por 100: el cáncer del pecho de 23 por 100 de curaciones ha subido á 35, con una mortalidad operatoria que ha descendido proporcionalmente. En el cáncer del estómago el adelanto se refiere más que nada á la misma operación; según una estadística de Czerny morían hace 80 años el 44 por 100 de los operados, al principio de este siglo sólo el 25: el número de curaciones contando sólo las que permanecen sin recidiva después de 3 años, no ha aumentado más que de 15 por 100 á 17. También se ha mejorado en el cáncer del recto; el adelanto más importante se debe al empleo de la gasa yodofórmica para evitar los flemones. Los resultados conseguidos en las operaciones del cáncer laríngeo se deben al empleo de la anestesia local; sin embargo hay que advertir que el operador más experimentado en esta cirugía, Gluck, el cual en 128 casos no ha tenido una defunción, emplea la anestesia general.

## REVISTAS

W. Mayo (Rochester).—*Úlceras gastro-yeyunales (pseudo-úlceras pépticas)*. En un total de (1.141 gastro-yeyunostomías que los hermanos Mayo han practicado 715 por úlcera gástrica ó duodenal, 167 por cáncer y 259 como tiempo complementario de una gastrectomía parcial) jamás han visto el desenvolvimiento secundario de una úlcera péptica yeyunal verdadera. Por el contrario, en tres casos, han observado la formación de una úlcera gastro-yeyunal, es decir de una úlcera asentada sobre la línea de sutura gastro yeyunal. Para los hermanos Mayo, estas úlceras son debidas á una falta de técnica y por consecuencia evitables. No son comparables á las verdaderas úlceras pépticas del yeyuno, que son más raras.

En su primer caso, la gastro-yeyunostomía anterior había sido hecha por úlcera pilórica estenosante, con el botón de Murphy. Este no fué eliminado. Al cabo de tres años, el enfermo presentó signos de reacción peritoneal, atribuídos á la apendicitis; se siente una tumoración dolorosa á la derecha y por encima del ombligo. Una nueva laparotomía demuestra una úlcera perforada asentando justamente al nivel de la anastómosis gastro-yeyunal; esta úlcera correspondía exactamente, como dimensiones, al botón de Murphy que las maniobras operatorias habían expulsado al estómago, donde fué hallado. Se hizo la resección de la úlcera y una nueva gastro-yeyunostomía larga. Curación.

El segundo caso es el de un hombre, operado de gastro-yeyunostomía, siete meses antes, por úlcera gástrica, con dolores sobre todo á izquierda y por encima del ombligo. La operación demuestra, después de una gastrotomía exploratriz, una úlcera situada sobre la línea de sutura gastro-yeyunal; en el fondo de esta úlcera, se halla un hilo de seda infectada. Se hace una larga gastro-yeyunostomía plástica, después de la escisión de la úlcera. Curación.

En el tercer enfermo, operado de gastro-yeyunostomía posterior transmesocólica por úlcera del duodeno, Mayo, nota, en el momento de la intervención, la formación de un hematoma muy voluminoso, debido á la picadura accidental de una vena del mesocolón. Dos años después, el enfermo se presenta sufriendo de nuevo cerca del ombligo. Se halla en la operación después de gastrotomía exploratriz, una úlcera situada exactamente sobre la línea de sutura gastro-intestinal, el fondo de esta úlcera se extendía en el mesocolon en el espacio ocupado por el hematoma producido en la primera operación. Resección de la úlcera y de toda la anastómosis: sutura del estómago é intestino, después de gastro-duodenostomía á la Finney. Curación. (*Journal de Chirurgie*).

Sehmann. Beiträge zur Klin. Chirurgie Bd. LXVI. Hft. 1. Sobre un corioepitelioma maligno diagnosticado precozmente con el curettage abdominal:

El caso observado pertenece á la clínica ginecológica de Rehu. Aborto al tercer mes en una mujer de 30 años. Más tarde tuvo fiebre, dolores de vientre, flujo abundante etc. á los dos días de presentarse estos síntomas se hizo una laparotomía con el fin de ligar las venas espermáticas é incidir el sitio en que estaba la placenta, donde se sospechaba que existía un foco séptico. En vez de esto se encontró una masa tumoral, que invadía la capa muscular. El análisis microscópico demostró que se trataba de un corioepitelioma maligno. Doce días después se hizo la extirpación total del útero.

*E. Amstand: Sobre la peritonitis difusa gonorréica (Inang-Diss, Bern, 1908).* El autor añade á los 17 casos conocidos, el siguiente, observado en la sección de Cirugía de Arnd del hospital de Berna. Mujer de 39 años, ha parido 7 veces, tiene flujo desde hace años.

Después de un esfuerzo cae repentinamente enferma con fuertes dolores de vientre y fiebre.

Diagnosticada una apendicitis, se hace la laparotomía, y se encuentra peritonitis difusa sin que se pueda precisar el punto de invasión. Drenaje. Curación. El análisis microscópico y los cultivos hechos con el pus, denuncian la presencia del gonococo.

De los 18 casos que se conocen, 14 han sido operados con una defunción, de los no operados murieron todos.

La terapéutica consiste en laparotomía y drenaje.

## **SOCIEDADES DE CIRUGIA**

*Anastómosis arterio-venosas.* M. Monod. (Sesión del 8 de Junio 1910 de la S. de Cirugía de París) El Dr. Manclaire ha comunicado en una de las últimas sesiones, un caso de anastómosis arterio-venosa practicada por gangrena senil del pie. El resultado fué excelente en cuanto toca á la anastómosis en sí, habiendo en efecto buena continuidad de la arteria y de la vena no trombosada. Pero el efecto terapéutico fué nulo, teniendo que amputarse á los quince días el muslo. Vanverts y Monod han reunido 26 casos. En la mayoría, la unión de la arteria y de la vena fué obtenido fácilmente, pero sólo 6 veces hubo mejoría más ó menos manifiesta. Cita algunos casos en que se trataba de gangrena senil, y en los que se obtuvo la desaparición de los dolores, la elevación de temperatura y la coloración del pie, juntamente con una detención de la marcha de la gangrena: pero reconoce, que ninguna de las observaciones es concluyente y que se ha negado la posibilidad de que la sangre pueda transportarse á la periferia por vía venosa por el impedimento que suponen las válvulas que estas poseen. A esto cree que puede oponerse la opinión y los experimentos de Carrel, Ghutrie, Tuffier, Frouin etc. etc.

Concluye, que la anastómosis puede dar algún resultado aunque raro.

*Herida de la vena porta por bala de revolver* por P. Delbet.—M. Hallopeau, ha traído una bella observación de sutura lateral de la vena

porta. El enfermo de 35 años fué conducido á su servicio el 11 de Marzo de 1910. Acababa de darse un tiro en el epigastrio con un arma de 6 milímetros de calibre. El orificio de entrada estaba en el epigastrio á dos centímetros á la izquierda de la línea media. Ningún síntoma. Pulso 80; ni náuseas ni vómitos. Sólo la respiración estaba un poco acelerada. Dos horas después, el enfermo estaba un poco pálido el pulso llegaba á 96, y la pared abdominal estaba en contracción de defensa ligera submacidez de los flancos. Hallopeau practicó una intervención inmediata; hizo una incisión vertical y mediana que iba desde el apéndice xifoides hasta diez centímetros más abajo. Desde que el peritoneo fué abierto, se escapó una gran cantidad de sangre negra, y notó un orificio hecho por la bala en la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado á tres traveses de dedo, del borde anterior. Esta herida del hígado no sangraba. El estómago estaba intacto é igualmente el bazo. La sangre aunque repartida por todo el abdomen, parecía provenir del espacio situado entre el estómago y el hígado. Elevado el hígado y atraído hacia abajo el estómago y el epiplón gastro-hepático, quedó asombrado al ver que nada sangraba debido á la tracción del epiplón. Con el dedo notó sobre la cara inferior del hígado el segundo orificio y enfrente sobre el pequeño epiplón y á un través de dedo por debajo del surco transversal del hígado, un pequeño agujero por donde salía la sangre, siempre que no se tirase del epiplón. Una vez hecha la hemostasia, practicó una sutura continua que obstruyó el orificio. Limpieza rápida del peritoneo: colocó una mecha pequeña de gasa bajo el hígado y sobre el orificio posterior é inferior de la perforación hepática; sutura en un sólo plano.

M. Delbet después de pasar rápidamente revista á la peritoneo-plastia, la forcipresión etc. concluye que en el caso presente, sólo cabía elegir el procedimiento empleado.

(Del Bulletins et Memoires de la Societe de Chirurgie).

*Sobre la tuberculosis ileo-cecal.* (Reunión libre de los Cirujanos de Berlín—13 de Diciembre 1909). Sobre 27 casos de tuberculosis que en estos últimos años han sido operados en el hospital St. Hodovig se funda M. Eschenbach para deducir hechos clínicos y operatorios.

Los jóvenes están predisuestos especialmente á esta localización tuberculosa y los hombres en menor número que las mujeres (14 mujeres, 13 hombres).

Es muy difícil el diagnóstico precoz, porque los síntomas cardinales de tumor, diarrea, evacuaciones muco-sanguinolentas y estenosis no aparecen sino en un estado avanzado de la enfermedad. La fiebre no se observa más que coincidiendo con lesiones pulmonares. Generalmente existe una hiperplasia ganglionar extraordinaria y sólo excepcionalmente son caseificados los gánglios, en dos casos sobre 27.

Ofrece grandes dificultades la ablación de estos gánglios, lo que por otra parte no es de gran necesidad más que en raros casos, como lo demuestran los resultados obtenidos en los enfermos á quienes no se extirparon.

Todos los enfermos de la estadística de M. Eschenbach, entraron en el

hospital en un grado muy avanzado de su dolencia: 24 pudieron soportar una operación radical; tres que presentaban lesiones pulmonares graves sufrieron solamente una operación paliativa.

La operación radical, consiste siempre en la ablación de la parte terminal del ileon y de todo el colon ascendente, y algunas veces de una parte del transverso. En todos los casos la operación se ejecutó en un tiempo.

Después de haber ensayado M. Eschenbach la anastómosis con el botón de Murphy y la latero-lateral, aboga por la implantación término lateral del intestino delgado en el colon, completada por una cuidadosa peritonización de la fosa iliaca con la ayuda de una peritoneo-plastia si fuera necesario.

De las 27 operaciones, en 14 enfermos se obtuvo la curación, comprobada en 11 algún tiempo después y gozando todos de excelente salud. Los restantes sucumbieron á los pocos días de la operación.

(De la Presse Medicale).

---

*Fistula ureteral; uretero-cistoneostomía extra-peritoneal. Caso presentado por M. Rouffart, á la Sociedad Belga de Cirugía de 23 de Abril de 1910.* Presenta una mujer de 23 años, que á consecuencia de un parto con aplicación de forceps, quedó una fístula uretero-vaginal en la cual fué llamado á intervenir dos años más tarde. Resolvió suprimir la fístula injertando el ureter en la vejiga, pero por la infección de la herida vaginal tuvo que hacer la intervención por vía extraperitoneal. Incisión casi horizontal de una extensión de 14 centímetros, partiendo á dos traveses de dedo de la espina iliaca anterior y superior y dirigida hacia la línea media aproximándose ligeramente al pubis; incisión intermediaria entre la de Roux para la apendicitis y la de Pfannenstiel para laparotomía. Separados los músculos, el peritoneo fué rechazado hacia la línea media, descubierto el ureter se desprenden sus adherencias y se atrae hacia la herida, cerrando su orificio con una pinza. En seguida hace un pequeño ojal en el peritoneo y por este pasa la cúpula de la vejiga haciendo una sutura á su alrededor para unir el peritoneo parietal al que recubre la vejiga de manera que una gran parte de ésta descubierta de peritoneo queda aislada de la gran cavidad serosa. La vejiga es abierta, la extremidad del ureter reseca y el conducto ureteral fijado en la vejiga por el procedimiento habitual; cuatro puntos de sutura le mantienen anchamente abierto en la cavidad vexical; esta primera sutura fué recubierta por una segunda, uniendo la serosa vexical extraperitonizada al tejido del ureter.

Drenaje de la herida por la vagina, y cierre de la pared abdominal con broches metálicos. Una sonda permanente fué colocada en la vejiga.

Las curas de esta operación que se remontan á 15 días, han sido muy benignas. En el primer día, sólo pasó una gota de orina por la vagina. Sin embargo se formó un pequeño absceso del lado de la pared abdominal; fué abierto y la cicatrización se hizo rápidamente.

(De la Presse Medicale).

