

ANUNCIOS

TARIFA GENERAL

SANATORIO
MADRAZO

Plana entera	una inserción	50	PESETAS
"	tres inserciones	147	"
"	seis	292	"
"	doce	584	"
Plana reducida	una inserción	30	PESETAS
"	tres inserciones	90	"
"	seis	180	"
"	doce	360	"
Cuarto de plana	una inserción	15	PESETAS
"	tres inserciones	45	"
"	seis	90	"
"	doce	180	"

BOLETIN

DE

CIRUGÍA

Publicado bajo la colaboración de los Doctores

- | | | |
|--------------------|--------------------------|---------------------|
| E. Madrazo. | Vicente Quintana. | José Teresa. |
| Juan Herrera. | Joaquin Santibañez. | Agustin Camison. |
| Mariano Morales. | Manuel Pelayo. | |

SUMARIO

Trabajos originales

JUAN HERRERA ORIA, **Sobre un tumor alveolar del "Glomus Caroticum"** (continuación del artículo del doctor Madrazo.)

REVISTA DE REVISTAS

SOCIEDADES DE CIRUGÍA

Un número mensual

Tirada: 4.500 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

“NESFARINA”

Es el mejor auxiliar del médico en los casos de lactancia insuficiente y para el destete.

Poseemos infinidad de testimonios de los más afamados médicos de España á la disposición de quien desee examinarlos.

“NESFARINA”

Se digiere bien por el estómago más débil y es un excelente reconstituyente.

Muestras gratis á disposición de los señores médicos que lo soliciten.

Compañía Industrial “Nesfarina”.—Zaragoza.

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, grippe, 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 CORTÉS, NUM. 2

SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Vacuna y suero medicinales

BOLETIN

DE

CIRUGÍA

I.—Original.

Sobre un tumor alveolar del "Glomus Caroticum"

Continuación del artículo del
doctor Madrazo.

Por Juan Herrera Oria.

Pocas cosas sabemos de la fisiología y de la embriogenia del "Glomus caroticum" (nombre con que en la nueva nomenclatura anatómica se designa al órgano que antes se llamó glándula ó corpúsculo carotideo, retrocarotideo ó intercarotideo), y no es mucho más lo que de su patología se conoce, reducida toda ella á una variedad de tumores, que durante algún tiempo anduvieron mezclados con los endoteliomas y periteliomas.

De un caso nuevo de tan rarísimas neoplasias dió cuenta el Dr. Madrazo en el número anterior de nuestro BOLETIN.

Me he afanado por reunir toda la literatura concerniente á este asunto, cosa relativamente fácil, porque se reduce á registrar la de los últimos veinte años, y si á mi diligencia no se ha ocultado alguna publicación en la ya copiosa y por dicha cada día más interesante literatura científica con que los pueblos que hablan el idioma castellano, contribuyen á crear y difundir las nuevas ideas de las ciencias médicas, estos artículos serán los primeros que, sobre esta cuestión, en nuestra lengua se hayan publicado.

Describió el Dr. Madrazo el acto operatorio, que tal comentarista merecía el caso, porque á su extraordinaria gravedad y

rareza reunía la circunstancia de ser el operado el Dr. Quintana, discípulo del operador y á su vez maestro de todos los que en la operación colaboramos; pero no quiso hacer un estudio completo del proceso, sino sólo una sentida relación de lo que pasó en la sala de operaciones y del curso post operatorio y dejó encomendado á mis modestas fuerzas la descripción anatómica y la historia todavía breve de estos tumores.

Describiré primero el caso operado en el Sanatorio y después haré una relación compendiada de los hasta ahora conocidos, que son 29, y un resumen de la marcha clínica de estos tumores. Al final irá la bibliografía.

Anamnesia: El tumor, que tenía algunos años de existencia, apareció como un pequeño ganglio situado debajo del ángulo de la mandíbula izquierda, muy profundo, indoloro; como un ganglio le consideró el Dr. Quintana, debido á la irritación provocada por la muela del juicio; brotaba esta con dificultad y producía irritaciones y congestiones de la boca y de la región submaxilar. Estas irritaciones fueron haciéndose cada vez más frecuentes y el enfermo acabó por extraerse el último molar para ver de atajarlas y dejar espacio en el borde maxilar á la muela que salía. Esta misma muela se quitó más tarde, en vista de que los brotes inflamatorios no se corregían y de que la infiltración alcanzaba ya la rama ascendente de la mandíbula y se extendía hasta la región mastoidea. Algún tiempo después empieza á disminuir la inflamación submaxilar y va poco á poco quedando libre y bien limitado el tumor. La piel que le cubría era normal, no adherente, el tumor redondeado, completamente liso y movable; la movilidad que era bastante pronunciada en sentido lateral, resultaba muy pequeña ó no existía en dirección perpendicular; se le contorneaba bien, sobre todo por sus caras anterior y laterales; y aparecía fijo, aunque no con la fijeza de los tumores malignos, por su cara profunda. No se percibían latidos, ni disminuía el volumen por la compresión. Viendo que el supuesto ganglio no se modificaba con la extracción de la muela, se decidió el enfermo por operarse.

Diagnóstico: el que hizo el Dr. Quintana de su propio padecimiento fué el de un ganglio infartado: de la misma opinión fué

el Dr. Madrazo y fuimos todos los compañeros del Sanatorio. Idéntico diagnóstico hicieron los profesores alemanes Ruyter y Kocher, que años atrás le habían visto.

Operación: Se hizo el día 19 de Septiembre. No la describo porque lo ha hecho ya en el número anterior del BOLETIN el doctor Madrazo. Sólo recordaré que se ligaron, aparte de otras arterias (véase la descripción de la operación) las tres carótidas: que se hicieron dos picaduras en la yugular interna, sin que fuera necesario ligar el vaso y que se respetaron los nervios más importantes.

Descripción del tumor: La consistencia es blanda, no fluctuante, elástica, como de caucho.

Los diámetros mayores del tumor son el vertical y el antero-posterior, este mide 6 cm. y medio y el primero 5. Transversalmente tiene 4 cm. y medio. En conjunto el tumor tiene la forma de dos casquetes esféricos unidos por su base, como las dos valvas de una concha; el borde que de esta unión resulta es grueso y redondeado. La superficie es abollonada, pero lisa, está formada por una cápsula fina, que rodea y envuelve completamente la masa tumoral y deja transparentar el color rojo violáceo de la neoplasia. La cara externa ó más bien antero externa, está dividida en dos partes por un surco profundo que corre de arriba á abajo; de estas dos partes, á la anterior corresponden dos tercios y uno á la posterior: aquella es más abultada, más prominente y ésta lo mismo que en el caso de Reclus, resulta más aplastada, como si hubiera estado comprimida (y probablemente lo estuvo), por el externo-cleido-mastoideo ó por la yugular interna. El surco que divide la cara antero-externa es particularmente interesante: su fondo está formado por la cápsula misma del tumor que le recubre en toda su extensión, incindiendo la cápsula á lo largo del surco aparece la masa del tumor y penetrando en ella á muy poca profundidad, de 1-2 milímetros por término medio, la carótida externa, en las tres cuartas partes superiores y en el cuarto inferior la carótida primitiva.

La cara postero-interna es todavía más irregular, presentando tres grandes nódulos separados por depresiones anchas y lisas; no se encuentra ningún surco profundo como en la cara anterior, pero sí un orificio circular que corresponde al punto de salida de la carótida interna, por completo incluída en el tumor,

y por delante de él otro mucho menor, que es de la tiroidea superior.

El borde, redondeado en toda su circunferencia, es mucho más ancho por delante y por abajo, estrechándose poco á poco por la parte superior, estrechez que se va pronunciando cada vez más hasta formar una verdadera arista por la parte de atrás. Por abajo se encuentra el orificio de entrada de la carótida primitiva y por arriba el de salida de la carótida externa; pero así como aquella arteria entra en el tumor normal á la superficie de éste y por lo tanto su sección es circular, la carótida externa abandona la neoplasia en dirección oblicua á la superficie de salida, aparece primero su cara anterior y á medida que asciende van quedando libres las caras laterales y finalmente la posterior; es decir, la sección de salida es elipsoidal. (fig. 1.^a)

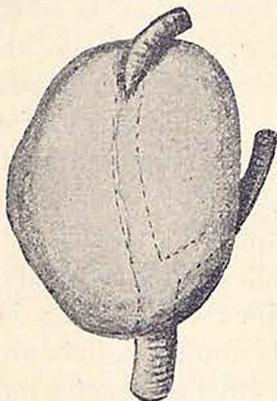


Fig. 1.^a

Al corte el tumor, ofrece un color rojo violáceo claro, semejante al de algunos bocios. En su periferia se encuentran zonas más claras, formadas por tejido conjuntivo, y se perciben por toda la superficie otras del mismo aspecto, que son seguramente trabéculas ó tabiques de aquel tejido. Tiene toda la superficie y más señaladamente el centro, un aspecto poroso, esponjoso y se ven las secciones de numerosos vasos, como hechas con la punta de una alfiler, aparte de dos más grandes que corresponden á la carótida interna y á la tiroidea superior, cuya arteria, naciendo de la carótida externa, un poco por encima de la horquilla de división de la primitiva, atraviesa serpeando todo el tumor, aparece seccionada en el corte dado de atrás adelante y sale como he dicho por la cara postero interna, por delante del orificio de la carótida interna.

Análisis microscópico: Se tomaron varios trozos para analizar con el microscopio; unos de la periferia y otros del centro del tumor. Unos se fijaron con los alcoholes de concentración creciente y otros con la acetona y fueron incluídos en parafina y en celoidina: se tiñeron con hámalaum, carmín-alumínico, hámalaum eosina, van Gieson y con el tricrómico de Cajal: las preparaciones teñidas por el método del sabio español son sin dis-

puta las mejores; la variedad de matices es tan grande, que la diferenciación de los elementos anatómicos resulta mucho más fácil que con cualquier otro método, incluso el van Gieson; sin embargo, este último resulta también excelente. Con el de Cajal los núcleos de todas las células, teñidos de rojo intenso, se destacan muy bien sobre el fondo amarillo ó amarillo verdoso de los protoplasmas, y éstos de los elementos conjuntivos, que adquieren merced al picroíndigo una serie variadísimas de matices del verde al azul intenso: he observado que en algunos puntos el protoplasma del endotelio vascular toma un tinte violáceo que permite diferenciarle muy bien de los elementos que le rodean. Las mejores preparaciones, con este método, las he conseguido, usando una solución de safranina (safranina de 12-24 horas, decoloración en alcohol, hidratación y después el procroindigo) en vez del rojo Majenta que usa Cajal ó los carmines y ácido carmínico que recomienda Calleja. (1)

Al microscópico las preparaciones correspondientes al borde del tumor, muestran una cápsula fibrosa, más ó menos gruesa, pero que no llega á desaparecer en ningún punto de la periferia. La cápsula está constituida por tejido conjuntivo fibroso, cuyos haces, en algunos sitios ondeados, se componen de fibras algunas veces finas, pero con más frecuencia muy gruesas, dispuestas paralelamente á la superficie del tumor y en ocasiones de una manera irregular, sin guardar determinada orientación. Son muy pobres en núcleos y han sufrido la mayor parte de ellas una transformación hialina. Aquí y allá se encuentran formando grupos y en algunos sitios grandes montones, gránulos de pigmento parduzco. Algunas fibras elásticas se ven mezcladas entre los haces conjuntivos, aisladas ó unidas en cordones más ó menos gruesos.

Contiene la cápsula numerosas cavidades vasculares de paredes delgadas, que corren en dirección paralela á la superficie, del aspecto de las venas; están casi siempre vacías, sin embargo algunas de ellas contienen glóbulos rojos: en menor número se encuentran también secciones de vasos arteriales.

Los límites entre la cápsula y el tumor presentan caracteres muy variados. Unas veces entre la cápsula y el parenquima tu-

(1) Método de triple coloración con el carmín litinado y el picrocarmin de indigo.—C. Calleja: Revista trimestral Micrográfica.—Tomo II.—1877.

moral se encuentra un vaso ó una laguna vascular; entonces los límites de aquella están marcados por una línea; se pasa de la cápsula al tumor bruscamente y aparece ésta más que como cápsula, como una pared quística. Pero otras, el tejido conjuntivo de la cápsula va mezclándose poco á poco con el parenquima de la neoplasia; haces y tabiques más gruesos cuanto más cerca de la cápsula se encuentran, van penetrando entre los elementos epiteliodes limitando alveolos: pequeños y escasos cerca de la periferia, más numerosos y cada vez más amplios á medida que de ellas se separan, y al fin se delgazan los tabiques y trabéculas conjuntivas, poco á poco van borrándose y acaban por desaparecer, quedando sólo los elementos específicos del tumor. Existen, sin embargo, otras zonas en las cuales el paso de la cápsula al tejido epiteliode se hace bruscamente, pero sin el intermedio de cavidad vascular.

El tejido conjuntivo, aparte del que constituye la cápsula, está representado por numerosos tabiques, como ya he indicado, que cruzan en todas direcciones el campo del microscopio, acompañan rodeándolos á los vasos y contienen abundantes gránulos pigmentarios de formas irregulares y de color pardo rojizo. Están constituidos por los mismos elementos que la cápsula. Generalmente se trata de tejido conjuntivo hialino, pobre en núcleos y surcado por algunas fibras elásticas. Los vasos suelen ser venosos, pero también se encuentran arterias y capilares y algunas veces anchas lagunas vasculares de paredes muy delgadas recubiertas de endotelio.

Vistas con pequeños aumentos las preparaciones, muestran una textura francamente alveolar, (fig. 3.^a y 5.^a) cuya red está formada por tabiques muy finos de tejido conjuntivo y por capilares, á los cuales algunas veces acompañan y rodean sólo algunas fibras hialinas de aquel tejido (muy visible por el tricrómico Cajal que las tiñe de azul intenso) pero en muchas ocasiones, las más, no se encuentra entre las células del alveolo y el endotelio de los capilares ningún elemento intermediario, permaneciendo en íntimo contacto unas y otras (fig. 6.^a)

Los alveolos son de todos los tamaños y formas posibles, circulares, alargados, irregulares, con prolongaciones y ramificaciones numerosas.

La red, como hemos dicho, está formada por capilares ó por

hendiduras capilares tapizadas de endotelio, como se inclina á creer Reclus, y es opinión que parece muy justificada; porque es muy raro, como advierte el cirujano francés, encontrar una sección circular de un verdadero capilar, cosa que no ocurriría si toda la red alveolar la formaran sólo aquellos vasos. Pero no puede aceptarse en absoluto la interpretación de Reclus, en algunas de mis preparaciones, teñidas por el tricrómico Cajal, he visto verdaderos capilares abrazando dos ó más alveolos, (fig. 4.^a) teñido el protoplasma endotelial de un matiz violáceo, sobre el cual se destacan muy bien los núcleos en rojo intenso. Estos espacios capilares no muestran en todas las partes de una misma preparación igual diámetro: siguiendo alguno de ellos se ve que muchas veces sus paredes se aproximan y hasta llegan á ponerse en contacto, desapareciendo la luz de la cavidad hasta el punto de que pueden aparecer las paredes así unidas, como elementos conjuntivos interpuestos, entre las células epiteliodes de dos alveolos próximos: pero siguiéndolas como he dicho, se ve que de nuevo se separan. De todas maneras, del estudio atento de toda la preparación, se saca el convencimiento de que se trata de dos paredes endoteliales puestas en contacto. Otras veces, por el contrario, los espacios capilares se dilatan formando hendiduras más amplias ó lagunas irregulares, siempre tapizadas con endotelio y algunas conteniendo glóbulos rojos: aunque es lo cierto que, á pesar de tratarse de un tumor tan vascular, los elementos sanguíneos son muy escasos.

Las células que rellenan los alveolos tienen un aspecto epitelial, y aparecen como en las formaciones epiteliales unas en contacto de otras sin sustancia intercelula de ninguna clase. Son, aunque variables en tamaño, de dimensiones regulares, entre 12 y 15 micras, esféricas cuando andan sueltas, poliedricas cuando la mútua presión las obliga á aplastarse en los puntos de contacto; entonces resultan cúbicas, irregulares, más ó menos alargadas. Los límites entre unas y otras son por regla general muy difíciles de distinguir; los protoplasmas aparecen fundidos, confluyendo como un sincitium (Oberndorfer) pero nunca he podido encontrar un sincitium verdadero y tengo por seguro que se trata de un efecto engañoso, resultante de la proximidad de los protoplasmas desprovistos de membrana.

El protoplasma es finamente granuloso, por excepción aparece homogéneo.

La misma variedad de dimensiones que muestran las células en su conjunto, aparece en los núcleos. Estos suelen ser redondeados, globulosos, casi siempre intensamente teñidos; figuras de división nuclear se encuentran algunas, aunque no abundan; las células que poseen más de un núcleo, también son raras; casi todas muestran un nucleolo intensamente teñido y en muchas, sobre todo en las preparaciones tratadas con la safranina, se ve una fina red de cromatina.

Los tumores del "Glomus caroticum" son de las afecciones más raras que registra la cirugía. Hasta ahora sólo se conocen 29, como he dicho, incluyendo dos encontrados en autopsias; el del Dr. Quintana hace, por lo tanto, el número 30 entre todos los publicados y el 28 entre los operados.

A continuación hago un resumen de las historias clínicas de que he conseguido noticias: de un caso de Dobromyslof no he logrado averiguar más que la existencia (el original está en ruso) y de otros dos ó tres casos todavía menos, pues desconozco el autor que los ha publicado, si es que se han publicado alguna vez, pero doy, á pesar de esto, la cifra de 29 tumores, porque la última publicación que conozco, la de Lucini, (1908), cita, aunque no los especifica 28 casos, anteriores al que es objeto de su comunicación:

Caso 1.º Autor: Marchand, 1891.—Edad y sexo: 32 años, m. Lado: derecho.—Anamnesia: padeció de joven de ataques epilépticos. Con frecuencia fuertes dolores de cabeza. El tumor le había observado desde hacía cuatro años y medio.—Síntomas locales: tumor por debajo del ángulo del maxilar inferior. Ningún síntoma de la parte del simpático. En la periferia del tumor se percibían latidos. El tumor se tomó por un linfoma.—Operador: Riegner, 1880.—Operación: ligadura de la carótida común y de la yugular interna. Herida del nervio vago, del hipogloso y del simpático. Después de la operación, colapso, fiebre, escalofríos y miopía.—Resultado: muerte á los 3 días de operado. Autopsia: broncopneumonía doble (sección del vago). Sin metastasis.—Descripción del tumor: tamaño 5,5: 3,8: 3,5 cm. Carótida común y su bifurcación envueltas en el tumor. Carótida interna estrechada y trombosada. En un punto de la íntima de la carótida interna se encuentran dos excrecencias.

Caso 2.º Autor. Paltauf, 1892.—Edad y sexo: 28 años, h.—Lado: izquierdo.—Anamnesia: el médico había observado desde hacía medio año un tu-

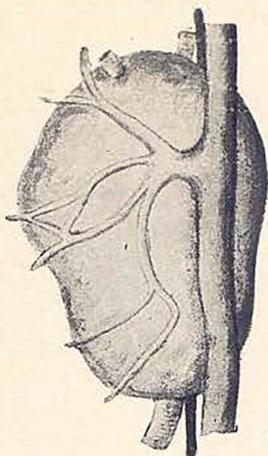


Fig. 2.ª

Disposición que guardaban respecto del tumor las carótidas, la yugular interna y el nervio vago.

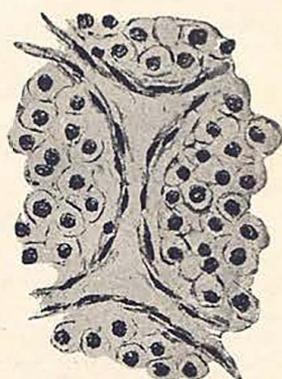


Fig. 6.ª



Fig. 5.ª

Microfotografía del director de la Estación de Biología de Santander, señor Rioja.

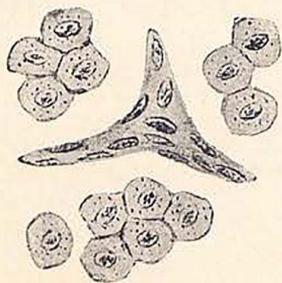


Fig. 4.ª

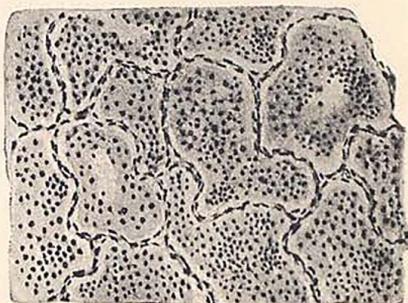


Fig. 3.ª

mor en la región suprahióidea. El tumor no producía ninguna molestia.— Síntomas locales: tumor como un huevo de paloma en la región submaxilar. Se percibía una pulsación sincrónica con la de la carótida; sin embargo no se podía demostrar una dilatación y una disminución del volumen correspondientes al sistole y diastole cardiacos, se diagnosticó linfoma ó aneurisma.—Operador Maydl, 1886.—Operación: ligadura de las tres carótidas, tiroidea superior y faríngea ascendente. Después de la operación, hemiplegia, parálisis facial y del hipogloso y afasia.—Resultado: curación.—Recidiva: en 1890 sin recidiva.—Curso post operatorio: las parálisis y la afasia fueron cediendo hasta desaparecer; sólo en los momentos de excitación reaparece la afasia.—Tumor: como un huevo de paloma. El tumor tiene incluida la horquilla de división de la carótida primitiva, de la cual sólo queda libre un quinto de su circunferencia. De la carótida primitiva parte una ramita como de 1 mm. de diámetro que se pierde en el tumor.

Caso 3.º Paltauf, 1882.—Edad y sexo: 32 años, h.—Lado: derecho.—Anamnesia; el tumor se ha observado desde hace varios meses. Ultimamente ha crecido muy de prisa.—Síntomas locales: por debajo del ángulo del maxilar un tumor como un huevo de gallina, poco movable. La piel que cubre desliza sobre él.—Operador: Dittel, 1886.—Operación: ligadura de las tres carótidas y de la vena yugular interna. Extirpación de un ganglio como una pequeña nuez.—Resultado: muerte por hemorragia secundaria.—Tumor: tamaño 6: 4 cm., envuelve la carótida interna y externa cuyas paredes están adelgazadas. Carótida común unida débilmente al tumor. De la carótida interna nacen varias ramas que se distribuyen por el tumor, Ganglio linfático normal.

Caso 4.º Autor: Paltauf, 1892.—Edad y sexo: 18 años, m.—Lado: izquierdo.—Anamnesia: muchacha débil que padece desde hace tiempo pleuritis. Epoca en que empezó el tumor, desconocida.—Síntomas locales: tumor del tamaño de un huevo pequeño de gallina, situado dos traveses de dedo por debajo del proceso mastoideo, en el borde interno del esteno-cleido-mastoideo. Se diagnosticó ganglio tuberculoso.—Operador: Gersuny, 1886.—Operación: ligadura de las tres carótidas.—Resultado: curación.—Recidiva: ninguna (después de 4 años).—Curso postoperatorio: quedó paresia de las cuerdas izquierdas.—Tumor: tamaño 3 ½: 2 cm. Superficie irregular. Carótidas interna y externa envueltas por el tumor. Su muscular fija á la neoplasia.

Caso 5.º Autor: Paltauf.—Edad y sexo: 25 años, h.—Lado: derecho.—Anamnesia: tumor observado desde hace cinco años. Ultimamente crecimiento rápido.—Síntomas locales: tumor del tamaño de una manzana. Una punción exploradora no dió mas que sangre pura. Operador: Albert, 1889.—Operación: ligadura de la carótida externa. Los otros vasos pudieron separarse del tumor.—Resultado: curación.—Recidiva se presentó: La recidiva fué extirpada después de un año. Tumor: 6 cm. largo y 9 cm. de circunferencia. Profundos surcos ocupados por los vasos, los cuales no estaban envueltos.

Caso 6.º Autor: Kretschmar, 1893.—Edad y sexo: 28 años, h.—Lado: iz-

querido.—Anamnesia: se había observado desde hacía un año.—Síntomas locales: tumor del tamaño de un huevo de gallina, situado dos traveses de dedo por debajo del ángulo de la mandíbula, deslizante con los vasos. Se pensó en un carcinoma branquiógeno.—Operador: clínica quirúrgica de Giessen, 1892.—Operación: ligadura de las arterias tiroidea superior y lingual y de la vena yugular externa.—Resultado: curación.—Curso post-operatorio: parálisis de las cuerdas vocales izquierdas.—Tumor: como un huevo de gallina. La vena yugular penetraba en el tumor.

Caso 7.º Autor: Kopfstein, 1895.—Edad y sexo: 46 años, m.—Lado: izquierdo.—Anamnesia: hacía 16 años que el tumor se había observado. Sufró tres veces de tonsilitis flegmonosa. Ultimamente dolores frecuentes en el lado izquierdo de la cabeza.—Síntomas locales: tumoración como un huevo de gallina situado debajo del borde del maxilar, difícil de limitar, de consistencia elástica, presentando pulsaciones. El diagnóstico fué de tumor de la glándula carótida.—Operador: Maydl, 1893.—Operación: ligadura de la vena yugular interna, de las carótidas y de la arteria faríngea ascendente. Después de la operación, midriasis derecha y anemia de mediana intensidad.—Resultado: curación.—Recidiva: no hubo.—Observaciones: la pupila derecha permaneció siempre dilatada. Al tragar sensación de tirantez en la faringe (cicatriz).—Tumor: tamaño 6: 4: 2,5 cm. Los vasos unidos al tumor por un cuarto de su periferia.

Caso 8.º Autor: Kopfstein, 1895.—Edad y sexo: 34 años, h.—Lado: izquierdo.—Anamnesia: el tumor se había observado desde hacía 4 años. Ultimamente sordera y zumbidos del oído izquierdo.—Síntomas locales: el tumor se extiende desde la apofisis mastoidea hasta la incisura tiroidea. Su superficie es irregular: en el polo inferior se percibe un ganglio como una almendra, duro, pulsátil. En el momento del sistole se oye un soplo. Por la comprensión disminuye de volumen. Comprimiendo la carótida desaparece la pulsación, pero el tumor no se hace menor.—Operador: Maydl, 1895.—Operación: ligadura de las tres carótidas, de la arteria tiroidea superior, lingual y maxilar externa y de la faríngea ascendente. Ligadura de la yugular interna. Resección del simpático, del vago y del hipogloso.—Resultado: curación.—Observaciones: paresia del vago y del simpático. Desaparecieron los zumbidos de oídos.—Tumor: tamaño 7,5: 8 cm. Presenta profundos surcos por donde corren los vasos.

Caso 9.º Autor: Malinowsky, 1899.—Edad y sexo: 39 años, m.—Lado: derecho.—Anamnesia: existía desde hacía 10 años. Ultimamente desarrollo rápido.—Síntomas locales: Pulsación, auscultando se oye un soplo. El tumor está adherido profundamente.—Operador: Malinowsky, 1895.—Operación: ligadura de las tres carótidas, de las arterias tiroidea superior, maxilar externa, laríngea superior y vena yugular interna. Resección del vago.—Resultado: curación.—Tumor: la carótida primitiva completamente envuelta por el tumor, sus dos ramas sólo se adherían á él por la cara posterior.

Caso 10.—Autor: v. Heinleth, 1900.—Edad y sexo: 60 años, m.—Lado: izquierdo.—Anamnesia: el tumor tenía de existencia 37 años. Apareció después de la extracción de un diente con rotura del alveolo y consecuente ni

flamación. Dolores de cabeza. Sensación de tensión dolorosa en el cuello.— Síntomas locales: el tumor se ha desarrollado debajo del ángulo de la mandíbula: se limita bien, pero apenas es movable. Pulsación débil (transmitida de la carótida). En el polo inferior se perciben dos tumores blandos, del tamaño de una ciruela.—Operador: v. Heinteth, 1896.—Operación: todos, los vasos y nervios pudieron ser respetados. Extirpación de otros dos tumores que resultaron ser dos ganglios.—Resultado: curación.—Recidiva, no hubo después de cuatro años.—Tumor. tamaño 8: 5: 3,5 cm., con una circunferencia de 21 cm. Surcos vasculares profundos. El tumor, por efecto de la presión ejercida por el externo-cleido-mastoideo, está aplanado. Está formado por dos trozos unidos por un istmo.

Caso 11. Autor: Siniuschine, 1901.—Edad y sexo: 41 años, m.—Lado: derecho.—Anamnesia: desde hacía 8 años, después de una laringitis se había notado la presencia del tumor. Neuralgias de las muelas del lado derecho y dolor de oído del mismo lado.—Síntomas locales: Tumor blando, no adherente, pulsátil.—Operador: Siniuschine, 1900.—Operación: ligadura de las tres carótidas.—Resultado: curación.—Observaciones: paresia de la rama inferior del facial. La lengua quedó inclinada hacia la izquierda.—Tumor: tamaño 4: 6 cm. Casi toda la carótida interna estaba incluida en el tumor.

Caso 12. Autor: Reclus y Chevassu, 1903.—Edad y sexo: 49 años, m.—Lado: izquierdo.—Anamnesia: el tumor tenía 5 años de existencia. La paciente presentaba al mismo tiempo un pequeño sarcoma de la mama izquierda.—Síntomas locales: tumor pulsátil. Al ejercer presión sobre el tumor, se abombaba hacia adentro la pared de la faringe. No se delimitaba bien.—Operador: Reclus, 1903.—Operación: No se hizo mas ligadura que una pequeña rama de la tiroidea superior. Sección del tumor en dos partes para liberar la carótida interna. Se extirparon al mismo tiempo dos ganglios situados junto al polo superior de la neoplasia.—Resultado: Curación.—Observaciones parálisis de la rama inferior del facial. La lengua queda con una inclinación hacia la derecha. Tumor: tamaño 4,5: 3,5: 2,5 cm. Analizados los ganglios resultaron normales.

Caso 13.—Autor: Scudder, 1903.—Edad y sexo: 25 años, m.—Lado: derecho. Anamnesia: el tumor tenía 9 años de existencia.—Síntomas locales: tumoración dura; no es movable más que transversalmente Pulsátil, pero sin cambiar de volumen por la compresión de la carótida.—Operador: Scudder, 1902.—Operación: ligadura de las tres carótidas.—Resultado: curación.—Tumor: del tamaño de un huevo de pavo, muy vascularizado.

Caso 14.—Autor: Mönckeberg, 1905.—Edad y sexo: 25 años, h. Lado izquierdo.—Anamnesia: el tumor tenía 23 años de existencia. Ultimamente había crecido muy rápidamente. Desde hacía unas semanas doloroso á la presión.—Síntomas locales: debajo del ángulo del maxilar se encontraba una tumoración dura, dolorosa, del tamaño de un huevo de gallina. En la zona profunda no se le puede delimitar bien. En el polo inferior del tumor se siente latir la carótida.—Operador: clínica quirúrgica de Giessen, 1895.—Operación: ligadura de la carótida primitiva, de la vena yugular interna y resección del vago. Sección del hipogloso. Resultado: muerte al tercer día

de operado.—Observaciones: hemiplejia derecha, afasia con pérdida del sensorio. Pnevmonía por deglución. La autopsia confirma este diagnóstico.—Tumor: tamaño 6: 5,5: 4,5 cm. La bifurcación de la carótida estaba incluida en el tumor.

Caso 15. Autor: Mönckelberg, 1905.—Edad y sexo, 30 años, m.—Lado izquierdo.—Anamnesia: el tumor se había desarrollado desde hacía año y medio; ninguna molestia.—Síntomas locales: tumoración blanda, lisa, como un huevo de gallina; situada en el borde interno del músculo externo-cleido-mastoideo. En la profundidad no se puede delimitar bien.—Operador: clínica quirúrgica de Giessen, 1895.—Operación: ligadura de las tres carótidas.—Resultado: curación.—Recidiva: no hubo.—Observaciones: paresia facial del lado derecho. A los dos días de la operación hemiplejia derecha, afasia y fiebre. Poco á poco, fueron desapareciendo todos estos síntomas. A los cuatro años de operada, se presentó la enferma con un tumor del ovario, inoperable. Muerte á los dos días de la operación que se había intentado. Se trataba de un adenoquistoma papilifero sin relación con el tumor primitivo.—Tumor: tamaño 5: 4: 4,5 cm.

Caso 16. Autor: Mönckeberg, 1905.—Edad y sexo: 50 años, m.—Lado: izquierdo.—Anamnesia: el tumor tenía tres años. Crecimiento lento. En el último medio año más rápido. Algunos dolores.—Síntomas locales: algo mayor que un huevo de paloma, se sentía una tumoración en la región submaxilar. Pulsátil. Comprimiendo la carótida se extinguía la pulsación. Poco movable y difícil de limitar.—Operador: clínica quirúrgica de Giessen, 1898.—Operación: ligadura de las tres carótidas y de la arteria tiroidea superior. Los nervios se pudieron respetar todos.—Resultado: curación.—Tumor: tamaño 6,5: 4,5: 4,5 cm. La división de la carótida incluida en el tumor.

Caso 17. Autor: Kaufmann y Ruppner, 1905.—Edad y sexo: 21 años, m.—Lado izquierdo.—Anamnesia: el tumor tenía dos años y medio de existencia. Ninguna molestia.—Síntomas locales: blando, elástico, como un huevo de ganso, superficie lisa. En la cara profunda difícil de limitar. En el polo inferior se notaba latir la carótida. Diagnóstico: linfoma ó estruma aberrante.—Operador; Fritzsche, 1902.—Operación: se pudieron respetar todos los vasos y nervios. Resultado: curación.—Recidiva: no ha habido.—Observaciones: Cuatro meses después de la operación, extirpación de un linfoma tuberculoso del lado derecho.—Tumor: tamaño 10: 4: 2,5 cm. Surcos basculares profundos que dividen el tumor en una parte superior grande y dos inferiores pequeñas.

Caso 18. Autor: Kaufmann y Ruppner, 1905.—Edad y sexo: 25 años, m.—Lado: izquierdo. Anamnesia: el tumor tiene 7 años de existencia. Tratamiento arsenical local y general. Hace dos años que se intentó una operación. Dificultad respiratoria al inclinarse hacia adelante.—Síntomas locales: tumoración del tamaño de un puño de niño, esférico, con una prolongación hacia arriba por detrás de la oreja, Blando y pulsátil. Soplo, que desaparece comprimiendo la carótida. Comprimiendo el tumor disminuye de volumen reduciéndose como hasta la mitad. Empuja la pared de la faringe.—Operador: v. Mikulicz, 1891.—Operación: hemorragia de la vena yugular

interna. Ligadura de la carótida primitiva é interna y de la vena yugular interna. La parte más alta del tumor hubo que dejarla cogida con pinzas. Sección del hipogloso. Abundante pérdida de sangre. Al terminarse la operación colapso.—Resultado: muerte á los dos días de operada.—Observaciones: la enferma quedó ronca. Se atragantaba. Pupila izquierda pequeña y sin reacción. La lengua inclinada á la izquierda. La autopsia demostró pneumonía doble por deglución. Sección del vago.—Tumor: la carótida común y sus ramas incluídas en la masa tumoral.

Caso 19. Autor: J. E. Cosk.—Edad y sexo: 39 años, m.—Lado: izquierdo. Anamnesia: el tumor tenia más de 16 años de existencia.—Síntomas locales: tumoración como un puño.—Operador: J. E. Cook.—Operación: ligadura de la carótida primitiva y yugular interna.—Resultado: muerte á la hora de operada por anemia aguda.—Observaciones: ambas carótidas estaban incluídas en el tumor.

Caso 20. Autor: Keen y Funke, 1906.—Edad y sexo: 56 años, h.—Lado: izquierdo.—Anamnesia: el paciente había observado el tumor hacía 19 años; creció lentamente y no produjo ninguna molestia. Se diagnosticó bocio aberrante.—Operador: Keen.—Operación: muy difícil, ligadura de las tres carótidas; se respetaron los nervios más importantes, la hemorragia fué muy abundante.—Resultado: muerte á las 24 horas, por edema pulmonar.—Tumor: 8:5: cm. y 100 gramos de peso.

Caso 21. Autor: Makara, 1907.—Edad y sexo: 18 años, h.—Lado: derecho. Anamnesia: tumoración como un huevo de paloma, molestias al tragar.—Se diagnosticó estruma aberrante.—Operador: N.—Operación: ligadura de las tres carótidas. Se respetaron los nervios y la yugular interna.—Resultado: muerte al tercer día, por reblandecimiento cerebral.—Observaciones: al segundo día fiebre 39:5. hemiplejia, trastornos de la deglución, sopor.—Tumor: 4: 3: 3,3 cm. Provisto de una cápsula fibrosa. La carótida estaba incluída en el tumor.

Caso 22. Autor: Dobromyssloff, 1908. Edad y sexo: .—Lado izquierdo.—Anamnesia;

Operador: Dobromyssloff.—Operación: no se ligó ningún vaso importante.—Resultado: curación.—Observaciones: en contra de lo que ordinariamente sucede, el tumor estaba casi completamente por delante de la carótida.

Caso 24. Autor: Lucini: 1898.—Edad y sexo: 28 años, h.—Lado: derecho. Anamnesia: el tumor tenía de existencia 9 años. Hace cinco se intentó una operación creyendo que se trataba de un linfoma y hubo que dejarla sin terminar por lo abundante de la hemorragia.—Síntomas locales: debajo del ángulo de la mandíbula tumoración como un huevo de gallina; consistencia elástica, pulsátil.—Operador: Kocher, 1908. Operación: ligadura de la tiroidea superior; se pudieron respetar las demás arterias, las venas y nervios. La operación fué muy penosa.—Resultado: curación.—Observaciones. colapso que pudo ser dominado, la voz normal, sólo quedó molestia al tragar.—Tumor 28 gramos: dimensiones 6,5: 4,5: 1,2 c.m.

De los casos encontrados en autopsias uno fué observado por Hedinger

(1904) en una mujer de 62 años. El tumor estaba en el lado derecho. Sus dimensiones eran 3: 1,5: 1,5 cm.

El otro corresponde á Oberndorfer (1905). Mujer de 58 años, osteomalá-cica.

Hastings Gilford (1904) ha descrito tres casos de *endotelome de la glándula carótida*. Kaufmann y Mönckeberg opinan que estos tumores no pertenecen á las neoplasias del *glomus caroticum*. Los tumores se encontraron en hombres de 52, 62 y 74 años y en ninguno de estos casos las carótidas estaban unidas con la masa tumoral. La descripción histológica que hace Hastings Gilford tampoco justifica la opinión de que el origen tuviera lugar en la glándula carotidea. Probablemente se trataba de neoplasias de origen branquiogeno.

Del estudio comparativo de los 24 casos observados en el vivo, cuyos datos he logrado reunir, incluyendo entre ellos el observado por nosotros, resulta en primer lugar, que es difícil diagnosticar estos tumores, puesto que entre los 24 sólo cuatro veces, se hizo la operación conociendo previamente la naturaleza de la neoplasia. Fueron estos los casos de Maydl y el de Reclus, en los cuales la pulsación de la carótida fácilmente perceptible hizo que se prestara más atención al padecimiento y se llegara á precisar su naturaleza, y el caso operado por Kocher, también pulsátil, y en el que ya se había practicado una operación que no se pudo terminar por la abundante hemorragia. En todos los otros casos el tumor se conoció sólo después de extirpado y el diagnóstico fué de linfomas ó bocios aberrantes. Seis veces se llevó á cabo la operación sin que fuera necesario ligar ó sacrificar alguno de los grandes vasos ó nervios, operaciones de Maydl, Heinlet, Reclus, Fritzsche, Dobromysloff y Kocher, pero se trataba de casos excepcionales, en los cuales el tumor estaba acaballado sobre el ángulo de la división de la carótida primitiva y los vasos no estaban por completo incluidos en la masa tumoral, sino solo incrustados en surcos más ó menos profundos de la neoplasia. Más frecuente es que los vasos arteriales; la carótida primitiva (17 veces), la interna (16 veces), y la externa (16 veces), sean sacrificadas. La yugular interna lo fué en 8 casos. La arteria lingual se ligó 3 veces y la tiroidea superior 7. Hubo necesidad de reseca el vago en 4 intervenciones, y el simpático y el hipoglaso en 3 y 6 respectivamente. Algunos operadores (Riegner, Mayhl) se han visto obligados á sa-

crificar todos los órganos que rodeaban al tumor, carótidas, yugular interna y nervios pneumogástrico, hipoglaso y simpático; lo mismo ocurrió en uno de los casos publicado por Mönckeberg; también Malinowsky en un caso suyo, además de los vasos se vió obligado á reseca el vago. Intervención tan radical costó la vida á dos de los operados, pero los otros dos, el del último autor citado y el de Maydl, curaron.

De qué naturaleza son estos tumores? En qué grupo de la clasificación oncológica debemos incluirlos? Las opiniones más nuevas y las más autorizadas están conformes en que se trata de una neoplasia que no encaja en ninguno de los grupos de las clasificaciones admitidas, y que deben formar una agrupación aparte. Me parece con Obendorfer y con v. Heinleth que son neoformaciones muy afines á las hiperplasias. Paltauf, cuyos puntos de vista en esta cuestión son análogos á los de los dos autores antes citados, y coinciden con los de Mönckeberg, afirma que: "el tumor es homólogo del glomus á la manera que el endondroma lo es del cartilago ó el mioma del tejido muscular". En resolución, no les cuadra ninguno de los nombres con que se conocen los diferentes tumores y por ahora lo más prudente es seguir la opinión de Kaufmann y del profesor de anatomía patológica de Gotinga. Dr. Ribbert (*Geschwulstlehre*.—Bonn: 1904), porque designándole, como ellos lo hacen, "tumor alveolar del glomus caroticum" nada se prejuzga.

Antes de ahora, cuando su estudio estaba más atrasado, ha estado incluido en diversas agrupaciones nosológicas: se le ha llamado angiosarcoma alveolar (Marchand), endoperitelioma (Paltauf), carcinoma (Kopfstein), peritelioma (v. Heinleth), endotelioma intercapilar ó endotelioma de la vaina peri-vascular linfática (Mönckeberg), periendotelioma (Rossmann).

En cuanto á la malignidad ó benignidad de la neoplasia, no dudamos en afirmar con Reclus que se trata de tumores benignos. Crecimiento lento, tumor encapsulado, estructura que, como hemos dicho, más bien recuerda una hiperplasia, aunque indudablemente se trata de un tumor verdadero, falta de metastasis y de recidivas: circunstancias son todas características de las neoplasias benignas. Es cierto que hay un caso de recidiva, uno de los descritos por Paltauf, pero la coincidencia de ser esta una de las operaciones en que se respetaron los vasos,

me inclina á creer, mejor en una extirpación incompleta que en una recidiva.

El punto en que el tumor nace, siempre el mismo, las relaciones que con los órganos vecinos establece, su crecimiento perezoso y su naturaleza benigna: determinan el curso clínico de estas neoplasias, curso generalmente lento y desprovisto de graves complicaciones, hasta el momento de la intervención operatoria.

Nace en la fosa carotidea, profundamente situado; sólo cuando el tumor ha adquirido un gran tamaño, puede borrarse la relación del origen de la neoplasia, con el punto de bifurcación de la carótida.

La mayor porción del tumor suele estar situada por detrás de los vasos, y en la primera etapa de su crecimiento los respeta y deja libres por delante, pero aumentando poco á poco, asoma primero y después desborda por la horquilla que forman las dos carótidas al nacer de la primitiva y queda entre ellas acaballado á manera de alforjas. Su interposición obliga á separarse á los vasos y hace más obtuso el ángulo agudísimo que entre las dos ordinariamente forman: se adhiere luego íntimamente á sus paredes y acaba por rodearlos y dejarlos incluidos en su propia masa tumoral.

Los vasos así envueltos suelen estrecharse (Marchand) y en el caso operado por nosotros, claramente se conocía esta reducción del calibre vascular; y por debajo del tumor la consiguiente dilatación de la arteria.

La compensación funcional, tan rápidamente y tan por completo establecida, en nuestro caso, por la otra arteria; sin duda se debe en gran parte á que ya la naturaleza estaba sustituyendo con la dilatación de la carótida derecha, la estrechez que la izquierda padecía. No es raro que la vena yugular interna, el pneumogástrico, el hipogloso y hasta el simpático lleguen á adquirir con el tumor adherencias imposibles de soltar por el más hábil cirujano. Atrás quedan relatadas operaciones en que todos los vasos y nervios fueron sacrificados.

No suelen hacerse muy grandes estos tumores; generalmente no pasan del tamaño de un huevo de gallina ó cuando más del de

un puño. El volumen alcanzado por uno de los casos de que dan cuenta Kaufmann y Ruppner (como la cabeza de un niño) es cosa excepcional.

La consistencia es elástica: como la de una plancha gruesa de caucho.

La forma general es más ó menos esférica ú ovalada, irregular aunque lisa y es frecuente ver su superficie surcada por hendiduras, donde se alojan los vasos, á más ó menos profundidad. Esta cápsula de constitución fibrosa no falta nunca.

Estos tumores crecen siempre con lentitud: en los 24 casos operados y citados en este trabajo, la existencia de la neoplasia contaba desde 1-2 años, hasta 37 (caso de v. Heinleth).

El sexo no tiene influencia en su desarrollo; 13 veces fueron hombres los atacados y 11 mujeres. Respecto al lado, se nota un predominio del izquierdo, 17 veces por 8. Nunca se han visto atacados ambos lados á la vez. La explicación con que v. Heinleth (origen menos directo de la carótida derecha) quiere justificar el predominio del lado izquierdo, parece poco fundamentada.

Síntomas: Los subjetivos son poco característicos: se reducen á dolores ligeros de difícil localización, sensación de peso en el lado afecto, dolores de cabeza, zumbido de oídos y sordera más ó menos pronunciada (caso 8.º), neuralgias dentarias y trastornos en la deglución (caso 11.º). Muchas veces no hay molestia ninguna.

Más importantes son para el diagnóstico las síntomas objetivos: la deformación es á veces tan pequeña que cuesta conocerla; se reduce al principio á una ligera elevación redondeada, suave. La piel no presenta alteración ninguna, está completamente normal en su coloración y desliza libre por encima del tumor. El tumor está profundamente situado por debajo del plano músculo aponeurótico superficial del cuello. Por regla general, el borde anterior del esterno-cleido-mastoideo le cruza oblicuamente y la porción del tumor que por detrás queda, escapa más fácilmente á la exploración. Presenta generalmente una movilidad muy acentuada en el sentido transversal, pero muy pequeña ó falta por completo en el vertical, en la dirección de los vasos. Se le puede rechazar fácilmente hacia la profundidad, hacia la faringe y se produce entonces un fenómeno que Reclus

tiene por característico, pero que sólo él y Maydl han observado; el autor francés describe este síntoma de la siguiente manera: "cuando se aplica la mano sobre el tumor, comprimiéndole un instante y luego rápidamente se retira, dejándole libre, parece que ha desaparecido. En seguida vuelve á aparecer, en dos ó tres sacudidas pulsátiles que rápidamente le vuelven á su primitivo volumen."

Los latidos que en algunos casos se sienten es sin duda el síntoma que más llama la atención: pero no siempre se pueden comprobar; en el nuestro seguramente faltaban. Cuando existen, son simples latidos, no son fenómenos de expansión ó son estos muy ligeros. Los latidos desaparecen por la compresión de la carótida primitiva.

Por la auscultación se oye un ruido sistólico ó un murmullo más ó menos acentuado.

Diagnóstico: el diagnóstico es difícil debido á la rareza del neoplasma, que hace que no se piense en él, sino en otras tumorações frecuentes en la misma región; linfomas, estrumas aberrantes, tumores branquiógenos, etc. Si existen los fenómenos vasculares antes descritos, el diagnóstico es fácil.

Pronóstico: conforme con el concepto de benignidad del tumor, el pronóstico es bueno. El de la intervención operatoria es muy grave, por el peligro que corren órganos de tanta importancia como los vasos y nervios con que suelen estar en íntimas relaciones.

Tratamiento: por regla general, dada la benignidad, el pequeño volumen que alcanzan y la falta de molestias que producen no se deben operar.

Literatura.—La que de estos tumores existe hay que buscarla en revistas y periódicos: las obras de cirugía ó no hablan de ellos ó se limitan á consignar en breves líneas los datos más interesantes; tal ocurre en la obra de König (1) en el "Tratado de cirugía clínica" de Le Dentu y Delbet y en el de Tillmann. En la magnífica obra de Ribbert antes citada, se dedica á este asunto media plana nada más.

(1) Lehrbuch der spez. Chirurgie-König.

Ya á mediados del siglo pasado se relacionaron con el "Glomus caroticum" algunas afecciones del cuello. Luschka, Kölliker y Boucher describen quistes del cuello cuyo origen según ellos estaba en aquel órgano. Pero hasta la primera publicación de Marchand (1891) puede decirse que el estudio de las neoplasias del glomus no tienen un fundamento verdaderamente científico.

Desde esta fecha las publicaciones de casos análogos se han sucedido, (en el mismo año Paltauf dió cuenta de otros cuatro) y aunque no muy numerosas son suficientes para que con ellas se pueda completar el estudio anatomo-patológico y el clínico del tumor. Después de los dos autores citados publicó Kretschmar un nuevo caso recogido en el Instituto Boström y en 1896 Kopfstein dió cuenta de dos más de la clínica de Maydl. En Rusia se publicaron otros dos por Malinowsky y Siniouschine. Vino á aumentar la serie de publicaciones sobre estos tumores el de von Heinleth. En 1903 vió la luz el primero de los operados en Francia, en un artículo debido á Reclus y Chevassú. En septiembre del mismo año dió á conocer Scudder una nueva observación hecha en América. Un estudio muy completò sobre tales tumores apareció en la tesis de Mönckeberg y en la cual además se daba cuenta de tres nuevos casos procedentes de la clínica de Giessen. Aparecieron en el año 1904 las comunicaciones de Oberndorfer y Hedinger dando cuenta de dos de estos tumores encontrados en autopsias, y al año siguiente otros dos operados por Fritzsche y von Mikuliez y publicados por Kaufmann y Ruppner.

Vienen después las de Cook y el estudio muy extenso de Keen y Funke (1906) y finalmente las de Lucini y Zonder, operados por Kocher é Israel, respectivamente, publicados en 1908, que son las últimas publicaciones de que yo tengo noticia.

A continuación pongo la bibliografía sobre el "Glomus caroticum" y los tumores alveolares de este órgano:

Arnold. Über die Struktur des Ganglion intercaroticum. Vircho's Archiv. Bd. 33, '865.

Briedel. Die Geschwülste am Halse. Deutsche Chirurgie. Nr. 36. 1882.

Borst. Die Lehre von den Geschwülsten, Bd. 1, '1902.

J. E. Cook. Case of tumour of the carotid body. Surgery, gynecology and obstetrics. J. V.

Dobromysslöf. Zur Pathologie und Therapie des Tumoren der Glomus caroticum. Chirurgie 1908 Nr. 135.

Hastings Gilford, «Potato» Tumours of the neck and their origin as endotheliomata of the carotid body, with an account of three cases. The Practitioner. Dezember 1904.

Hedinger, Med. pharmac. Bezirksverein Bern. Sitzung von 20 Dezember 1904 vide Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte Nr. 8. 1905.

Von Heinleth, Ein Fall von Carotisdrüsen peritheliom. Münch. med. Wochenschrift, Nr. 26 1900.

El mismo, Zur Histologie des Perithelioma glandulae caroticae. Centralbl. f. Pathund path. Anat. Bd. XI, 1900.

Von Hlcl-Koszanska, Perithelioma der Luschka schen steissdrüsen im Kindesalter, Dissertation Zürich, 1904 (Zieglers Beiträge. Bd. 35. 1904).

Hulst, Ein Tumor der glandula parathyreoidea Zentralbl. f. allg. Pat. und path. Anat. Bd. XVI 1905.

Jordan, Chirurgie des Halses. Handbuch des prakt. Chir. von Bergmann. Mikulicz n. Bruns. 2 Aufl. Stuttgart 1903.

Kaufmann Lehrbuch der speziellen pathologischer Anatomie III Aufl Berlin 1904.

Kaufman, und Ruppner. Über die alveolären Geschwülste der Glandula carotica. Deutsch. f. Chirurgie Bd. 80. 3-4 Heft 1905.

Keen and Funke. Tumors of the carotid gland. 1906.

Kohn. Über den Bau und die Entwicklung des sog. Carotisdrüse. Arch. f. mikroskop. Anat. und Entwicklugs gesch. Bd. 56. 1900.

El mismo, Die Paraganglien. Arch f. mikosko Anat. und Entwicklungs gesch. Bd. 62. 1903.

Kopfstein, Beitrag zur Kenntnis der Geschwülsteder Carotisdrüsc. Wien. klin. Enndscgan. Nr. 6-8. 1896.

El mismo. Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der intercarotischen Geschwülste. Wien. I. lin. Rundschau, Nr. 22 n. 23, 1895.

Kretschmar, Über eine Geschwulst der Glandula carotica. Dissertation Giessen, 1893.

Lubarsch. Zur Anatomie und Pathologie der Glandula carotica. Ergebnisse der spez. pathol. Morphologie und. Physiologie von Lubarsch und Ostertag, 1896.

Lucini, Über einen Tumor der Glandula carotica, Deutsche. Neitsch. f. chirurgie 96 Bd. 1908.

Luschka. Über die drüsenartige Natur der sog. Ganglion intercaroticum Arch. f. Anat. und Pathol. von Reichert und. Du Bois-Reymond. 1862.

Mocara, Über die Geschwülste der Glandula carotica (Aus der chir. universitäts klinik in Koloszvar. 1907.

Malinowky, Contribución á l' etude des tumeurs de la glandula carotidienne (citado por Reclus y Chevassu).

Marchand Beiträge zur Kenntnis der normalen und patholog. Anatomie der Glandula carotica und Nebennieren. Internat Beiträge zur wissenschaftl. Medizin, R. Virchow zum 70 Geburtstag gewidmet. Bd. 1, Berlin 1891.

Mönckeberg, Die Tumoren der Glandula carotica. Habilitation schrift. Jena, 1905. (Zieglers Beiträge.)

Oberndorfer, Zur Frage des sog. Carotisdrüsentumoren. Zentralbl. f. allg. Pathol. und patholog. Anatomie Bd. 16, 1905.

Paltauf, Über Geschwülste der Glandula carotica ebsteinem Beitrage zur Histologie und Entwicklungsgeschichte derselben. Beiträge z. path. Anat., n. allg. Path. von Ziegler, Bd. 11, 1892.

Reclus et Chevassur. Les tumeurs du corpuscule retro-carotidien. Revue de Chirurgie. 28, 1903.

Riedel, Die Geschwülste am Halse. Deutsche Chirurgie. Lief. 35, 1881

Riefel, Le corpuscule retro-carotidien. Paris, 1892.

Richard. Über die Geschwülste der Kiemen-spalten. Beiträge zur klin. chir. Bd. 3, 1887.

Schaper, Beitrag zur Histologie der Glandula carotica. Arch. f. mikroskop. Anat. Bd. 40, 1892.

Scudder. Tumor of the intercarotid body. The American Journal of the medical sciences. September, 1903.

Siniuschine, Tumeur développée aux dépens de la glande carotidienne, Communication à la séance du Oktob. de la société de chirurgie de Moscou, 1901.

Stieda, Untersuchungen über die Entwicklung des Glandula thymus, Glandula thyroidea und Glandula carotica. Leipzig, 1881.

Stilling Die ganglion intercarotidien. Extrait du recueil inaugural de l' université de Lansanne, Lansanne, 1892.

Zondek. Ein Tumor der Glandula carotica. Berliner Klinisch Wochenschr. Nr. 5, 1908.

REVISTAS

Divertículo del exófago, por W. Robinson (Londres).—El autor aporta un caso interesante de divertículo por pulsación del exófago. Estos divertículos son más raros que los producidos por tracción, la etiología es mal conocida pero ellos se manifiestan clínicamente por signos de disfagia y situación en extremidad superior del exófago les hace ser atacables por la intervención quirúrgica.

Se trata de un hombre de 37 años, sin antecedentes notables, con disfagia de seis meses de fecha. A intervalos irregulares, presenta regurgitaciones de alimentos poco modificados. En los últimos meses aparece una tumefacción en el cuello á la izquierda al principio, después bilateral. Se pensaría en un grueso bocio parinquematoso predominado al lado izquierdo. Pero este tumor es sonoro en su parte superior, mate en su parte inferior; es reductible parcialmente y entonces la boca se llena de alimentos no digeridos. La laringe y la tráquea se perciben por delante del tumor, propulsadas hacia adelante: no siguen los movimientos de deglución. La voz es ronca.

El tacto intranfaríngea demuestra que la parte inferior de la faringe está propulsada hacia adelante, como un absceso retro-faríngeo. La dificultad de la deglución es mayor para los líquidos, un poco menos para el pan; los cambios de posición de la cabeza y del cuello no disminuyen de ninguna manera la disfagia. Después de estos ensayos de alimentación, el tumor aumenta notablemente. El cateterismo es tan peligroso que se renuncia á él. La radiografía es demostrativa, después de la ingestión de pan, de leche y de óxido de bismuto.

Habiéndose decidido la operación, se comienza por lavar la bolsa, evacuándola así mejor.

Anestesia difícil al cloroformo; después con el éter. Incisión á lo largo del borde interior del externo-cleido mastoideo izquierdo. Sección de la yugular externa entre dos ligaduras. La sección de aponeurosis profunda hace aparecer la bolsa, hinchada, sobre el lado de la laringe y de la tráquea, descendiendo dos centímetros por debajo de la articulación externo clavicular. Ligadura de los vasos tiróideos superiores disección de la bolsa difícil, sobre todo por arriba.

Acanalando el divertículo se hacen penetrar restos alimenticios en la boca, después en las vías aéreas, trastornando la anestesia. El cuello del divertículo tiene cuatro centímetros de largo; es demasiado corto para que se puedan colocar dos *clamps* y cortarle entre ellos. Se coloca uno sólo y se corta por fuera de él, Sutura del exófago en tres planos. Sutura á punto por encima de cadgut yodado en todo el espesor de las paredes, después sutura (Lembert) muscular con seda y tercera sutura con cadgut atrayendo el tejido celular sobre la línea de sutura. Drenaje.

No hubo fístula. Durante tres días alimentación con anemas; los doce

siguientes, una sonda esofágica permite alimentar al enfermo con huevos, leche y extractos de carne. El examen radioscópico demuestra que la deglución es perfecta.

Formación de hueso en la cicatriz de una laparotomía, por J. J. Zabiakina.—La formación de hueso en una cicatriz de laparotomía es un hecho muy raro: Z no ha podido reunir más que tres casos dos de los cuales pertenecen á Askanary y á Ropke.

El caso de Z falto por completo de enseñanzas clínicas: todo lo que se sabe es que la pieza fué extraída dos meses y medio después de la primera intervención. Constituye un fragmento de 5 centímetros de largo y 10 á 15 milímetros de ancho; duro como el hueso. El examen histológico prueba también que se trata de hueso, pero por otra parte pone en evidencia otras particularidades.

La existencia de cartilago al mismo tiempo que tejido óseo, lo que es mucho más raro que la presencia de hueso aislado.

Después, el doble proceso de osificación: osificación directa á expensas del tejido conjuntivo aproximándose más á la osificación perióstica y osificación indirecta á expensas del cartilago, análoga á la osificación encondral. En tercer lugar, la transformación directa de los condroblastos en osteoblastos, tipo de metaplasia directa, admitida por los unos, puesta en duda por otros autores.

En fin, la evolución rápida (dos meses y medio) y la estructura fibrilar, claramente marcada por cortes del hueso, la aproximan al hueso fetal.

Es difícil de saber cuál era aquí la causa de la metaplasia. El único punto á señalar es la abundancia de la hemorragia producida por la incisión de la pared en la primera intervención; pero no hubo hematoma y la cicatrización se hizo por primera intención.

Estudio sobre la inflamación supurada del apéndice ileo cecal situado al lado izquierdo, por M. Sokolova.—El diagnóstico de apendicitis. muchas veces difícil cuando el apéndice está en su sitio normal, se hace aún mayor cuando este órgano se halla fuera de la fosa iliaca derecha y especialmente en el caso, por otra parte excepcional, en que se halla colocado á la izquierda. S no cita más que dos casos (Damianos, Sauerbeck) á los cuales añade un caso personal.

Caso de Damianos (1909).—Peritonitis generalizada en un hombre de 18 años: operación: muerte. El ciego tenía un mesenterio común con el intestino delgado y adherido á la pared abdominal izquierda por adherencias inflamatorias: el apéndice se dirigía hacia la línea media.

Caso de Sauerbeck (1909).—Peritonitis generalizada en un adulto. El ciego se hallaba entre el bazo y el estómago; el apéndice al lado del lóbulo izquierdo del hígado; la parte terminal del intestino delgado estaba fijo al raquis.

Caso de Sokolaba. Una mujer de 19 años es acometida de violentos dolores abdominales en la región epigástrica y en la fosa iliaca *derecha* con fe-

nómenos de peritonitis; después de una mejoría momentánea, los accidentes reaparecen con nueva violencia. Timpanismo abdominal y rigidez de las paredes. A la palpación violento dolor en todo el abdomen, más vivo á la *derecha* y abajo que á la izquierda. Vómitos frecuentes, falta de evacuaciones y de gases. Pulso 100, malo, cianosis de la cara.

El diagnóstico de peritonitis purulenta generalizada y la presencia de los dolores persistentes en la fosa iliaca derecha; la ausencia de afecciones de otros órganos hace admitir el origen apendicular de la peritonitis.

La intervención es practicada inmediatamente. Una larga incisión en la fosa iliaca derecha permite evacuar un líquido turbio, pero las tentativas para buscar el ciego resultan absolutamente infructuosas: por el contrario se llega fácilmente sobre la S iliaca que describe hacia la derecha una curva mucho más acentuada que normalmente. Con el fin de drenar, se hace á la izquierda una contra-abertura simétrica á la primera; después de evacuado el pus se cae en seguida sobre el ciego que es necesario volver un poco para apercibir la terminación del intestino delgado. El apéndice está un poco hacia atrás, esfacelado en su extremidad y adherido á un paquete de asas del intestino delgado en medio de las cuales se halla su absceso. Resección del apéndice. Drenaje.

La muerte sobreviene tres días más tarde.

En la autopsia se notan las disposiciones siguientes: El intestino delgado se termina en el ciego al nivel de la fosa iliaca izquierda. El ciego y el colon ascendente se dirigen verticalmente de la fosa iliaca hacia la región esplénica y allí se flexionan para formar el colon descendente y la S iliaca que descienden á la derecha de ellos. El colon transversal es completamente ascendente. El mesenterio de todo el intestino grueso es muy largo y nace de una raíz común con el mesenterio del intestino delgado.

Un punto interesante de esta observación es el predominio bien marcado de los dolores á la derecha, aunque ciego y apéndice estuviesen adheridos á la izquierda. Ello se explica que la irritación del mesenterio cecal, cuya raíz se insertaba á la derecha del raquis: este dolor fué causado por la linfangitis (Lemrander) ó por la tensión del mesenterio (Wilms).—Journal de Chirurgie.—CAMISON.

SOCIEDADES

Sociedad de Cirugía de París.—Sesión del día 2 de Noviembre

Constricción permanente de las mandíbulas.—M. Nelaton, interviene á propósito de la discusión de M. Ombrenade sobre el siguiente caso:

Eugenia B, de 12 años, ingresa en el hospital S. Louis en Febrero de 1909, por padecer una constricción permanente de las mandíbulas. La causa de esta constricción, es un violento traumatismo sufrido tres años antes y producido por un carruaje, presentando en aquella época una fractura del maxilar y una herida extensa en la región temporal; herida que tardó varios meses en curar. Cuando observamos á la enferma, encontramos una total imposibilidad de mover el maxilar inferior y por lo tanto de abrir la boca; el borde cortante de los incisivos inferiores está sobre el mismo plano antero-posterior que el de los incisivos superiores, pero separados entre sí mutuamente por un espacio de dos milímetros aprovechando el cual se alimenta la enferma. Esta hendidura es irregular de tal manera que es más ancha por la derecha que por la izquierda. El ángulo de la mandíbula parece también haberse desviado hacia el lado derecho, habiendo pues desplazamiento del maxilar y torsión hacia la derecha. Se hicieron diversas radiografías sin conseguir ver nada más que un bloque opaco en la articulación. El diagnóstico fué de fractura antigua en el cuello del cóndilo con desviación posterior de la rama ascendente y grueso callo que invade toda la región y que ha producido la anquilosis completa en esta región. La niña se alimenta con mucha dificultad y la boca está en malas condiciones.

La intervención tuvo lugar el 23 de Febrero de 1910. Anestesia por el eter: Incisión vertical descendente desde la región temporal pasando á un través de dedo por delante del *tragus* cruzando la apófisis zigomática y encorvándose hacia atrás para llegar á la base del *tragus*. Denudación de la arcada zigomática que fué cortada hacia adelante: hacia atrás forma parte de la masa ósea subyacente. Después es atacado el bloque óseo que representa el callo de la antigua fractura. Una primera incisión es practicada al rás de la base del cráneo y otra un centímetro más abajo: no se encuentra nada que recuerde el esqueleto de la región. Por despegamiento desplazamos la porción de bloque óseo situado entre ambas incisiones. La hemorragia es abundante, aunque nos ayudamos ventajosamente de la aspiración de la sangre. Así acabamos la resección de la banda ósea que habíamos atacado, de un enorme espesor. En este momento notamos que la boca se abre apenas medio centímetro. Sin embargo, la movilidad es completa en la región operatoria; el ángulo de la mandíbula puede ser elevado, descendido, desviado, hacia delante ó atrás. Hay, pues, evidentemente una anquilosis en el lado opuesto.

Practicamos la interposición muscular á la derecha valiéndonos de un colgajo de pedículo inferior á expensas del temporal.

El 15 de marzo, nueva intervención en el lado opuesto por medio de la anestesia con el eter. Encontramos el cóndilo luxado hacia adelante y le resecamos con facilidad, pero la boca sigue sin abrirse apercibiéndonos de que la resistencia está en la coronoides. Nelaton, que asistía á la operación, con un dedo entre la encía y el carrillo, rechaza hacia atrás la rama ascendente del maxilar, mientras atacamos la coronoides con las cizallas y al fin la boca se abre.

La región operatoria enrojeció un poco y tuvo algo de secreción durante unos días. Después todo entró en la normalidad, y dejó el hospital al cabo de un mes. Actualmente la paciente abre la boca, mastica y está encantada. Conserva únicamente la desviación del mentón.

Hé aquí la observación de Ombrenade. He de hacer notar que este se sirve de un aparato muy cómodo que le vale para aspirar la sangre á medida que se produce.

Tiene una gran importancia el hecho de que la abertura de la boca que seguía siendo imposible, después de la resección bilateral, se consiguió fácilmente en seguida de la resección de la coronoides.

Embarazo en útero doble, por M. Morestin.—Se trata de una mujer de 22 años que en 1905 entró en el hospital de S. Louis con una tumoración grande que ocupaba la mitad derecha del abdomen, llenando la fosa iliaca derecha y el flanco del mismo lado. Faltaban las menstruaciones desde cuatro meses antes, y las mamas eran voluminosas. A la exploración se notaba la presencia de un útero con un cuello poco modificado, y en su parte derecha se notaba el polo inferior de la tumoración abdominal, situada muy alto y no asequible más que á la punta del dedo. La auscultación dejó percibir los ruidos de un corazón fetal. Este tumor causaba compresión en el ciego y en el intestino delgado y por consecuencia graves trastornos intestinales. El diagnóstico fué de embarazo extrauterino.

Al presentarse una intensa hemorragia uterina, se practicó la laparotomía convenciéndome entonces de que el embarazo no se había desarrollado en la trompa sino en un útero diverticular, un hemi-útero, con su trompa y ovario que fué extirpado sin dificultad, dejando el útero izquierdo que estaba en buena situación y que era apto para la gestación.

Mr. Guinard refiere otra observación en la que había pérdidas sanguíneas un tumor pélvico uterino, por lo que los movimientos imprimidos en este se transmitían al cuello. El diagnóstico fué de fibroma en vista de la forma mamelonada é irregular del tumor.

Se practicó una histerectomía subtotal, notando más tarde con sorpresa en la pieza extirpada, que el útero en la parte superior se dividía en dos departamentos en los cuales se encontraban dos quistes de contenido sanguinolento. Al abrir éstos, se encontraron dos embriones con sus respectivas placentas insertas en el *ostium*.

M. Hartmann, muestra un útero dividido en toda la altura menos en el cuello, que ha extirpado en los últimos días.

Cancer terebrante del intestino grueso.—Flemones estercorales y peritonitis sintomáticas.—M. Savariau d refiere una observación de esta clase

debida á Petit y que puede resumirse así: cáncer estenosante de la S iliaca: oclusión aguda: ano cecal. Un mes más tarde, el tumor iliaco se hace flegmonoso. Se incinde y se da salida á gases mefíticos, á pus y á materias fecales. Todo iba bien cuando con ocasión de hacer un esfuerzo el operado sufre atroz dolor debido á una perforación intraperitoneal del cáncer, muriendo en treinta y seis horas.

Observación de Roblot.—Mujer de 60 años. En la noche del 9 de julio de 1910 es presa de violentos dolores de vientre con vómitos alimenticios. Imposibilidad de evacuar y fiebre.

Cuando yo la veo el 10 de julio por la mañana, es imposible la exploración á consecuencia de los dolores. A favor de una inyección de morfina se puede realizar la exploración que revela una contracción de toda la pared abdominal y sobre todo al nivel de la fosa iliaca izquierda. El trayecto inguinal izquierdo no está obstruido y sin embargo es doloroso. Al día siguiente persiste la fiebre y el mal estado general. El vientre está meteorizado y muy doloroso. Llamado Savariaud en consulta, diagnostica peritonitis por perforación consecutiva con un cáncer del intestino grueso.

Hé aquí otra observación en la cual existe la comprobación de la operación y debida también á M. Roblot.

Madame O, de edad 60 años, no tiene antecedentes intestinales. Aquejó de repente crisis dolorosas en el vientre con fiebre y escalofríos y sin poder evacuar el vientre desde dos días antes.

Sufre de violentos cólicos y pujos: dolores, sobre todo, en el lado izquierdo sobre el colon descendente, en donde se nota una resistencia tumoral como del tamaño de una mandarina, producido por escibalos.

En este estado, Savariaud llamado en consulta opina que el tumor no es claramente intestinal, decidiéndose por la operación. En los dos días siguientes la situación mejora. La fiebre desciende y acaba por desaparecer: el vientre es menos sensible, pero la palpación delimita más claramente el tumor intestinal. Un mes después se presenta una nueva crisis como la pasada, con fiebre persistente y mal estado general. Se le practicó una incisión dando salida á gases mefíticos, pus y pedazos de esfacelos. Muerte rápida.

Úlcera del duodeno, por A. Mathieu, relato de M. Ricard.—El doctor Mathieu, médico en el hospital de S. Antonio, ha elegido la tribuna de nuestra Sociedad para responder á una comunicación que el Dr. Pouchet y yo hemos publicado en el último Congreso de cirugía, pertinente á la úlcera del duodeno.

En su comunicación al reciente Congreso de cirugía, M. Ricard y Pouchet han expuesto la historia del *ulcus* duodenal tal y como ha sido trazada por consecuencia de numerosas laparotomias en Inglaterra (Mayo-Robson y Mogniham); en los Estados Unidos (hermanos Mayo.)

Los cirujanos anglo-americanos han estudiado la úlcera gástrica y duodenal, sobre todo en la fase inicial, época en la cual ellos intervienen y practican la gastrectomía.

La semiología que ellos la atribuyen en este primer período, es casi es

quemática: se reduce á dolores tardíos cuatro ó cinco horas después de la comida que se calma con la ingestión de alimentos.

La perioricidad y la agravación creciente, es uno de los más típicos caracteres de la evolución de estas úlceras. Pero olvidan los autores americanos la importancia de los trastornos secretorios hasta el punto de que en casi todos los enfermos se presenta el síndrome de Reichmann.

En estas operaciones precoces, lo que generalmente se encuentra es á un centímetro ó centímetro y medio de la vena pilórica, una mancha blanca redonda de base indurada y de aspecto cicatricial; á veces es una mancha deslustrada sembrada de pequeñas manchas rojas que no se ve bien sino es enjugando la serosa con un pedazo de gasa. Así es como diagnostican la úlcera gástrica ó duodenal, considerando el dolor tardío como patognómico.

Pronóstico de la úlcera pilórica y yuxta pilórica tratada médicamente.

Si se admite con los americanos la frecuencia relativa de la úlcera duodenal, hay que reconocer lo favorable que es á la curación, puesto que en los casos avanzados es muy rara esta localización.

Gravedad de la operación: indican los americanos una mortalidad de un dos por ciento. Hay que tener presente no obstante, que algunos de estos enfermos podían haber vivido mucho tiempo y hasta haberse curado sin la operación.

Proporción de éxitos completos y de recidivas después de la gastro-enterostomía.—No tenemos aún suficientes datos para formar criterio en cuanto atañe á los resultados lejanos de la gastro-enterostomía precoz. En la estadística de Mognihan se cuentan 19 casos en los cuales ha persistido lo más á menudo el fenómeno, vómitos por crisis y solamente algunos en los que ha habido fracaso. ¿Qué hubiera sucedido en los enfermos operados de no haber recurrido á la operación? Nadie lo sabe.



Se puede, pues, resumir con las siguientes conclusiones:

1.º La semiología atribuida por los cirujanos anglo-americanos á la úlcera duodenal, es la que muchos autores franceses atribuyen á la úlcera pilórica y yuxta-pilórica.

2.º Los cirujanos que toman como limite una vena pilórica que parece encontrarse á la izquierda, describen como duodenales lesiones que los franceses incluyen entre las pilóricas.

3.º Si la úlcera gástrica es tan frecuente como dicen los americanos, es indudable que se cura en muchos casos.

Por nuestra experiencia clínica, es evidente que las manifestaciones gastropásticas consideradas por los ingleses y americanos como úlceras duodenales, desaparecen muy á menudo sin dejar vestigios.

Sociedad de ciencias médicas de Lyon

Leiomioma maligno del útero propagado á la vejiga é infiltrado en toda la pelvis.—MM. Berard y Charvet, han practicado la castración total por un leiomioma maligno del útero. En el curso de la intervención se desnudó largamente el ureter derecho englobado en el tumor y que fué erosionado en un punto. La vejiga fué largamente abierta por la parte posterior, terminando la operación por un taponamiento. Curación rápida.

Colecistectomia.—MM. Delore y Arnaud muestran una vesícula del volumen de una berengena extirpada á una mujer de 37 años con antecedentes litiasicos desde siete meses antes.

Esta vesícula pesa cuatrocientos ochenta gramos. En su interior se encuentra líquido moreno y un cálculo muriforme que obliteraba el cístico, adherente á la primera porción del duodeno (adherencias que provocaban fenómenos de estenosis pilórica.)

Para D., en presencia de una estenosis del píldoro de origen hepático, es preciso en general tentar la operación contra los accidentes biliares; la intervención basta generalmente.

Cuando el estado general es malo, se practicará primeramente la gastroenterostomia, y una vez mejorado el estado general se procederá á la intervención sobre las vías biliares.

Riñones tuberculosos y cistitis intensa que impedían el cateterismo.—MM. Tixier y Gauthier han hecho la observación de un enfermo atacado de tuberculosis renal bilateral y una cistitis que impedía el cateterismo.

En la autopsia se encontraron múltiples estrechamientos de la uretra probablemente debidos á la tuberculosis.

Adenomioma uterino y tumor maligno del ovario.—A. Perrin refiere la observación de Pollosson, sobre una enferma de 47 años con historia de fibroma uterino: reglas aumentadas en la duración y abundancia, conservación de un buen estado general, y algunos dolores en los lomos y fosa iliaca derecha. Al tacto se encuentra un útero aumentado de volumen lobulado y por detrás de él una masa anexial.

En el tumor extirpado se encontraron las lesiones propias de un adenomioma y en el ovario se encontró la vegetación propia del cáncer.

Cáncer de la lengua.—MM. Tixier y Alamartine han curado en 15 días con un buen resultado funcional á una mujer de 57 años atacada por un cáncer en la lengua gracias al procedimiento de Whitchad completado por el raspado de los dos espacios sub-maxilares.

La importancia de esta operación es sobre todo con relación á la etiología del cáncer.

Esta mujer, en efecto, no estaba dañada por ninguna tara sifilítica, pero desde la edad de quince años fumaba más que un hombre, un paquete de 50 gramos de tabaco diariamente. Hacía mucho tiempo que presentaba sobre

el dorso de la lengua placas de leucoplasia que fueron tratadas por toques con soluciones de nitrato de plata.

Hace ocho meses una de esas placas se ulceró y aparecieron todos los síntomas de una degeneración cancerosa.

Histológicamente se trataba de un epiteloma pavimentoso lobulado.

Sociedad de ciencias médicas de Saint-Etienne

Parálisis radial.—M. Martel presenta un hombre que sufrió una fractura del húmero por golpe directo. En la operación practicada quince días después se vió claramente que el nervio no estaba deseccionado ni contundido y sí simplemente engrosado al nivel de la fractura. Se suturaron los nervios y se interpuso entre los huesos y el nervio un pedazo de músculo.

Anastómosis arterio-venosa término-terminal por arteritis obliterante.—M. Vinnay: Se trata de una mujer atacada de una miocarditis que sintió bruscamente un dolor muy fuerte en la pierna seguido de una impresión de frío y de anestesia en los dedos gordos del pié y en el tarso.

Dos días después se le practicó una anastómosis término-terminal de la arteria y de la vena femoral en el anillo de los aductores. Desgraciadamente la arteria no volvió á latir.

Como había también gangrena en el miembro derecho se practicó una amputación alta.

En la autopsia se aprecia la existencia de un coágulo en el sitio de la anastómosis que remontaba por las iliacas hasta la bifurcación de la aorta.—M. PELAYO.

Asociación de naturalistas y médicos alemanes.—Königsberg

Edmund Folk.—Berlin.—*Sobre estadística del cáncer de la matriz.*—Hasta qué punto los traumatismos del útero influyen directa ó indirectamente (dando lugar á irritaciones ó inflamaciones) en la producción del cáncer, es una cuestión todavía en litigio. Las grandes estadísticas sobre el cáncer, no consienten resolver esta cuestión. Una cosa se deduce de tales estadísticas, que la mujer padece el cáncer con mucha más frecuencia que el hombre y que entre aquellas enfermas casi la tercera parte lo son de cáncer de la matriz. Nada se sabe todavía sobre la influencia que las relaciones sexuales tienen en la producción del cáncer. Lo que se puede afirmar, es que las mujeres que padecen del cáncer suelen ser las que han tenido más partos: que se desarrolla el cáncer con más frecuencia en mujeres casadas que en solteras. El carcinoma del cuello de la matriz, es enfermedad bastante rara cuando no han existido relaciones sexuales, es decir, en las vírgenes. En una estadística de 200 casos de carcinoma del cuello, no se encontraba ninguna virgen. Del estudio de estadísticas de cáncer en mujeres solteras ó casadas que no han parido ni abortado nunca y de otras que han dado á luz varias veces, se deducen reglas de profilaxis cancerosa. Tales

son: sutura cuidadosa de las rasgaduras del cuello inmediatamente después del parto, operaciones plásticas en las rasgaduras altas y el abandono de incisiones del ocico de tenca para combatir la esterilidad.

A. Mayer.—Tubinga.—*Relación de 248 carcinomas uterinos: de ellos 211 carcinomas del cuello y 37 del cuerpo.*—La operabilidad del carcinoma del cuello alcanza por término medio 59,7 por 100. La mortalidad inmediata es de 18,3 por 100, de la cual corresponden 20 por 100 al del cuello y 18,3 por 100 al del cuerpo. Recidivas: entre 118 operaciones del cuello se presentó 46 veces, es decir, 39,9 por 100. Incluyendo entre las recidivas 14 mujeres muertas en los cinco primeros años después de operadas, sube á 50,8 por 100. El número mayor de recidivas corresponde al tercer año después de la operación. La duración de las recidivas es muy variable, fluctúa entre algunos meses y varios años.

Respecto de los síntomas de las recidivas hay que hacer notar que, lo mismo que en el tumor primitivo, puede ocurrir que empiecen sin manifestaciones, y cuando den señales de existencia sean ya inoperables. La vía abdominal es la mejor para operar el carcinoma del útero. La extirpación del parametrio es muy importante y garantiza un resultado mucho más favorable. No se podrá obtener mayor número de curaciones, mientras no aumente el de operaciones precoces, y esto sólo se conseguirá instruyendo á la mujer sobre esta cuestión.

Asociación de médicos alemanes.—Praga

Wälsch.—*Relación de experiencias hechas con el 606.*—Se refieren á las hechas en 23 enfermos, de ellos 3 con chancro, 6 en el período secundario, 8 con sífilis terciaria, 2 con hereditaria y 4 con manifestaciones parasifilíticas.

De los chancros 2 curaron en 3 ó 4 días; el tercero que era extragenital y padecía además una diabetes grave y que después de 6 semanas de tratamiento mercurial no se había curado, en 8 días se cubrió de epitelio.

Las manifestaciones secundarias, aun aquellas que habían resistido al mercurio, curaron pronto, la misma psoriasis palmaris que suele ser muy rebelde se curó rápidamente.

Las manifestaciones terciarias se curaron algunas veces con rapidez asombrosa ó se mejoraron notablemente (Limitación de un secuestro del frontal, extirpación del secuestro, curación). Dolor de cabeza muy fuerte, que persistía desde hacía muchos años, desapareció en dos días.

Las manifestaciones parasifilíticas no sufrieron modificación.

Acciones secundarias del preparado no se presentaron, exceptuando un caso de ictericia con intensa urobilinuria.

En resolución, Wälsch considera el 606 como un medicamento que en la mayor parte de los síntomas de la sífilis actúa mucho más rápidamente que el mercurio y en algunos casos, especialmente en las manifestaciones terciarias, la superioridad del 606 sobre el mercurio es enorme.

Sociedad médica de Viena

Dr. Oskar Hirsch.—*Tumor de la hipofisis.*—El Dr. Hirsch da cuenta de una operación recientemente practicada por él en un caso de tumor de la hipofisis á un hombre de 54 años. El tumor, según mostró el análisis microscópico, era de naturaleza epitelial (adenoma ó carcinoma). La extirpación no pudo hacerse completa, sino sólo parcialmente. El camino que el operado siguió para realizar su intervención fué el endonasal y por este mismo método lleva ya operados otros tres tumores del mismo origen, todos con buen resultado.

Dr. v. Aberer.—*Una indicación rara de la prostatectomía.*—En un prostático, que llevaba 15 horas con una retención urinaria, al intentar hacer el cateterismo, que no pudo realizarse, se produjo una gran hemorragia por la uretra. En el reconocimiento rectal se apreció una sensación dolorosa del lóbulo izquierdo de la prostata, que estaba fuertemente engrosado. v. Haberer se decidió á hacer la prostatectomía por vía abdominal, y entonces vió que la hemorragia procedía de una herida hecha en el lóbulo izquierdo de la próstata. Hecha la prostatectomía cedió la hemorragia. Curación—J. HERRERA.

AGUA DE HOZNAYO

ALCALINA, BICARBONATADA SÓDICA

Provincia de Santander

Recomendada por los médicos
para régimen en enfermos de
estómago, intestinos y artritis

El uso de ella facilita la digestión y evita además todas las enfermedades que se adquieren por el consumo de aguas impuras

DEPÓSITOS:

Farmacia del Dr. Hontañón.

Droguería de Pérez del Molino y C.^ª

SANTANDER

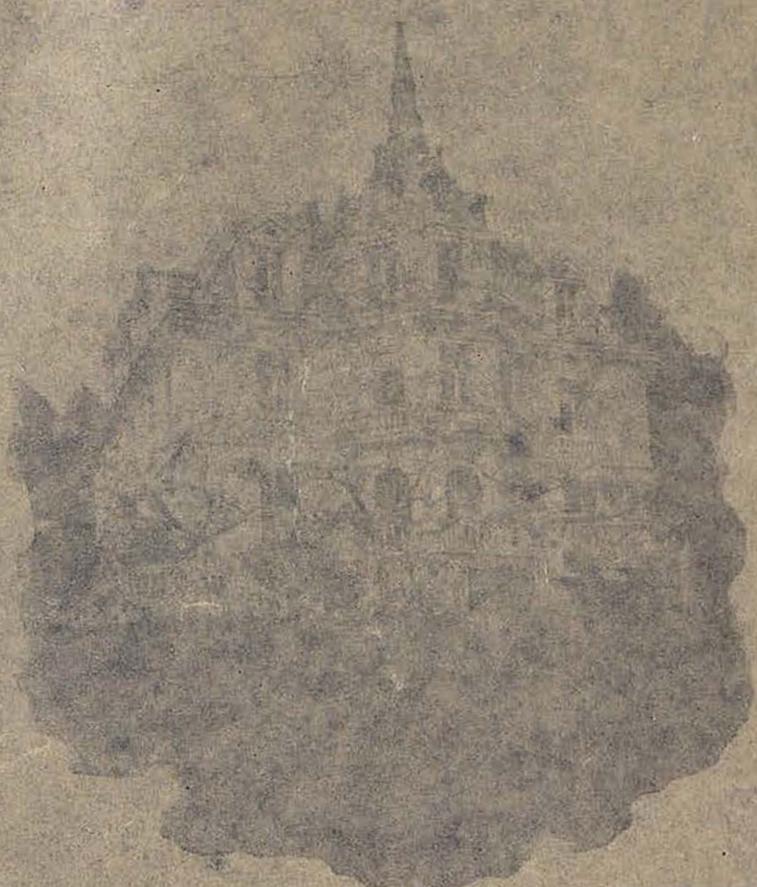
CELULOSA QUIRÚRGICA

“STELLA,”

Sustituye con grandes ventajas al algodón, es más absorbente, se adapta con más facilidad á las regiones que se deseen cubrir, no se altera lo más mínimo por la esterilización y resulta más económico.

Introducido su uso en España por el Doctor Madrazo

R. Urgoiti (médico) concesionario exclusivo para España y el Extranjero (Guipúzcoa) Rentería.

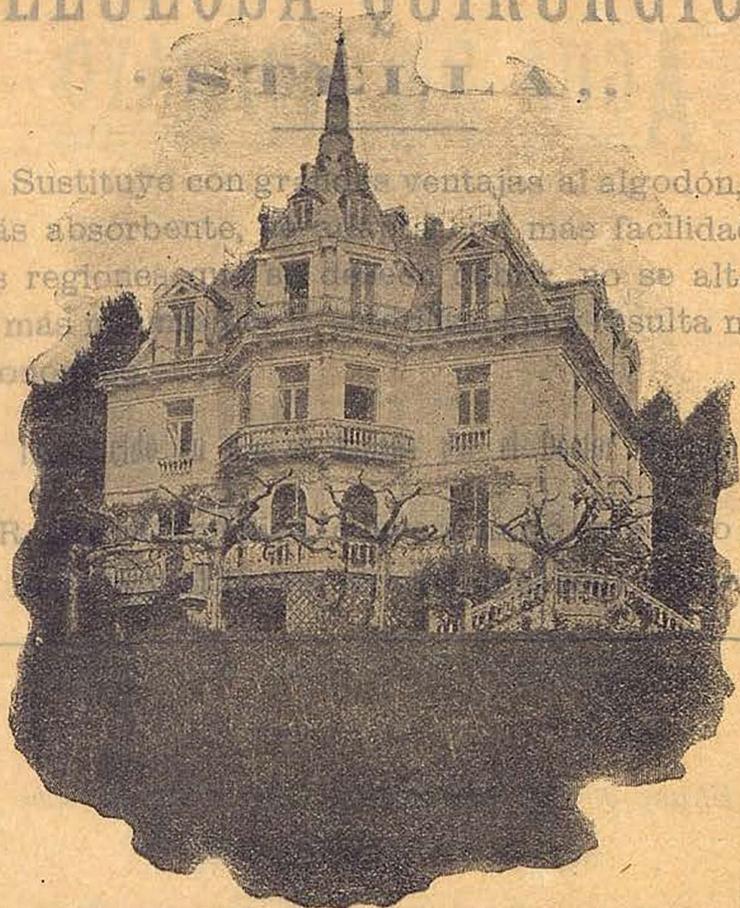


Esta villa magnífica, hoy transformada en casa de curación es una de las más bellas y sanas del Norte de España. Situado en un paraje de cinco hectáreas, cubierto de pinos, naranjos, cedros y palmeras.
Esta clínica es formada de 15 a 20 enfermas. Las habitaciones amplias, higiénicas y cómodas en general, son decoradas con todo lo que no abunda en otros sanatorios, nada se opone a que distingan de las comedidas que el arte proporciona.
Dispone de instalaciones de hidroterapia, mecanoterapia y electricidad médica y rayos X.
La cocina se dirige por el Director y se ejecuta por un cocinero que ha hecho sus prácticas en Hoteles de primer orden de Suiza.
Cuenta con un laboratorio para las necesidades de química y personal competente en el trabajo.
Dispone de un laboratorio de bacteriología, fisiología, anatomía, etc.
Institución: Cámaras micrométricas, básculas, toxicología intestinal, etc.
Higiénico: Comedidas, curtos y calientes.
Climatización: Aire acondicionado y ventilación de las enfermedades del corazón.
Sistema nervioso: Neurálgias, neuritis y neurastenia.
Gola: obesidad, diabetes y gota.
Intoxicaciones crónicas.
Convalecencia de las enfermedades de la infancia. Funciones que necesitan el reposo y sobrealimentación.

REDACTOR MEMORIAS AL DIRECTOR

PEÑA-CASTILLO.-Santander

SANATORIO MÉDICO DEL DR. MORALES



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

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

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

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

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

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

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

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

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

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabetes y clorosis.

Intoxicaciones crónicas.

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

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR