

SANATORIO

- MADRAZO -

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

PUBLICADO BAJO LA COLABORACION DE LOS DOCTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquin Santiuste.

Moriano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

Sr. D.

.....

.....

.....

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

PUBLICADO BAJO LA COLABORACION DE LOS DOCTORES

Juan Herrera

José Teresa

Carlos R. Cabello

Agustín Camison

E. D. Madrazo

Vicente Quintana

Joaquín Santuzte

Morano Morales



SANATORIO

* MADRAZO *

AÑO III. * NÚMERO 3

* MARZO DE 1913 *

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

REDACTORES.

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

JUAN HERRERA ORIA: Corioepitelioma.—V. JUARISTI: El divertículo retro-coxigeo.—Hojas dietéticas.—Una carta de Ferrán.

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

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

JARABE DE HIGOS SOMONTE

MARCA "SYKÉ"



Eficaz contra los estreñimientos rebeldes.

Laxante suave y eficaz.

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

Se vende en todas las farmacias



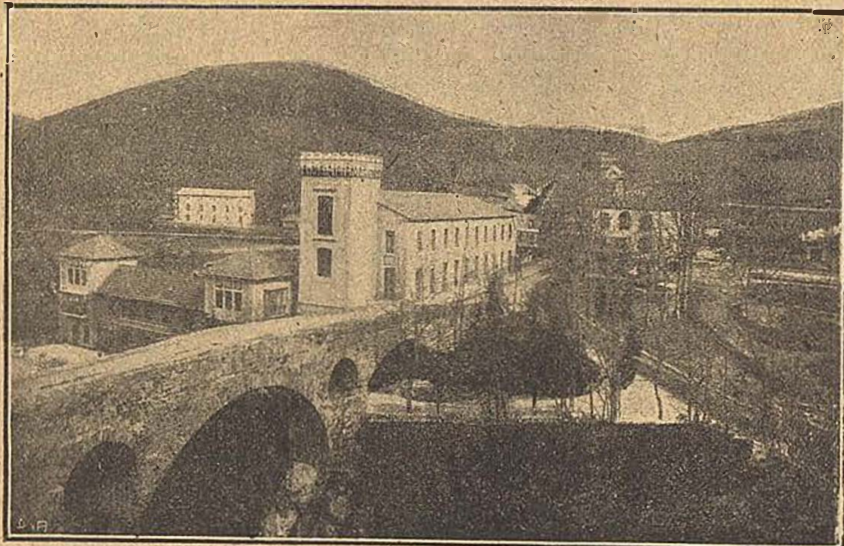
DEPÓSITOS

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

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



PUENTE VIESGO-SANTANDER



LA CARACTERÍSTICA CIENTÍFI-
CA DE ESTAS AGUAS MEDICINA-
LES, ESTÁ EN CONTENER ABUN-
DANTE EMANACIÓN RADIAC-
TIVA, EN LA CARGA ELÉCTRICA DE
LOS IONES Y EN LA GRAN PRO-
PORCIÓN DE MATERIAS ÓRGA-
NO-METÁLICAS AL ESTADO CO-
LOIDAL. = = = = =



Únicas aguas y baños en España de éxito práctico, reconocido por la Ciencia Médica,
:: para las enfermedades del corazón, reumatismo visceral y del sistema nervioso ::

Alceda y Ontaneda

SANTANDER

Abundantes y excelentes manantiales,
sin igual para

Enfermedades de la piel,

nari3, garganta y oidos,

matri3 y anejos

Especialisimas para los catarros del
aparato respiratorio y digestivo y predis-
posici3n á contraerlos.

PÍDASE GUÍA AL ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

A 54 kilómetros de Bilbao y 81 de Santander en la línea del F. C. Santander-Bilbao

Aguas Clururado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

Indicadas para la cura del Reuma : Artritis : Enfermedades del pulmón, de las vías digestivas y urinarias : Gota
Neurastenias : Anemias : Clorosis ; Convalecencias.

Preciosos paseos y excursiones: Lawn-Tenis, etc., etc.

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

NOTA.- No deben emplearse estas aguas en los casos de tuberculosis pulmonar, aneurismas, periodos agudos de enfermedades del riñón, úlceras del estómago, cánceres, sarcomas, etcétera, etcétera

Precios económicos.— Informes y catálogos gratis

RAMÓN DE BERGÉ, Gran Vía, 5, Bilbao ó Molinar de Carranza

FARMACIA JIMENEZ

Plaza de la Libertad.-Teléfono, 33.-SANTANDER

Vacuna y tuberculinas del Instituto Ferrán
Especialidades : Medicación moderna : Ortopedia : Cajas para partos : Soluciones inyectables esterilizadas. —KEFIR-IOHURT

Farmacia del Dr. Montañón

Hernán Cortés, 2.—SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Productos químicos puros * Vacunas y sueros medicinales

ESTÓMAGO * BAZO * RIÑONES * HÍGADO

AGUA DE VILAJUIGA

LA MAS RICA EN LITINA

CURA LA DIABETES, ARTRITISMO Y MAL DE PIEDRA

Pídase en Farmacias, Droguerías y Restaurants

VALIOSO TÓNICO DE LOS NERVIOS

ALIMENTO DEL CEREBRO

GOTAS NEUROSTÉNICAS FOSFORADAS GENOVÉ

a base de FÓSFORO PURO

Indicadísimas para combatir rápidamente la NEURASTENIA y la DEBILIDAD CEREBRAL, producidas por desgastes físicos o intelectuales.

Venta en Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

BOLETIN

DE

CIRUGIA

CORIOEPITELIOMA

Por Juan Herrera Oria

En uno de los números de la primera época de nuestra publicación, dí cuenta de un corioepitelioma consecutivo a una mola vexitulosa; entonces la operación pudo salvar a la enferma; verdad que no existían metastasis y se intervino con oportunidad, tampoco ha habido recidivas.

Distinta ha sido la suerte de nuestra última enferma: a los nueve meses del aborto molar volvía a mi casa con metrorragias abundantes, doce días después se la hizo la historectomía vaginal y al mes de operada, moría con metastasis en los ligamentos anchos, en la pared vexical, en la vagina, vena ilíaca derecha y en ambos pulmones.

La condición maligna de esta singular neoplasia, por dicha poco frecuente, se mostró en nuestro caso con todo su poder invasor y destructivo.

Para la mayoría de nuestros lectores es de menos utilidad ocupar el espacio de que disponemos en el BOLETÍN con la exposición y discusión de las diferentes teorías sobre la naturaleza, etiología y patogenia de esta afección, que traen en discordia a anatómicos y ginecólogos, que presentar los hechos de manera que puedan utilizarse para el diagnóstico clínico y anatomopatológico de la neoplasia.

Sabido es que su desarrollo va unido a la existencia de un embarazo. Más discutida ha sido la relación que entre la mola vexitulosa y el tumor pueda existir. La mayor parte de los autores la admiten. Lo mis-

mo en el caso presente que en el anteriormente descrito por mí, el aborto molar precedió al corioepitelioma. Para mí la dependencia, o al menos la existencia de alguna relación etiológica entre ambos padecimientos, es indudable puesto que los dos casos de corioepitelioma que he observado fueron precedidos de un aborto molar.

Ni en mi práctica privada, ni en la numerosa estadística de tumores uterinos y de todos los órganos amontonada en el Sanatorio del doctor Madrazo, ni en la ya abundante recogida por el doctor Quintana en los dos años que lleva al frente de la clínica quirúrgica del Hospital de San Rafael, se registra ningún otro caso de tumor de esta naturaleza, lo cual prueba que es extraordinariamente raro.

En los dos casos, el tiempo transcurrido desde el aborto hasta la aparición de los primeros síntomas de la neoplasia (metrorragia) es casi el mismo: ocho meses para la primera enferma, desde el 31 de agosto al 27 de abril, y nueve para la segunda, desde el 1.º de enero al 3 de octubre; (en el artículo del mes de octubre del doctor Quintana, se dice 18 meses: es error de pluma.) Las últimas fechas citadas son las en que las enfermas consultaron sus trastornos; evidentemente, la existencia del tumor se remonta a algunos meses antes. En el último caso, que es el mejor estudiado de los dos, parece que la primera metrorragia verosímilmente causada por la presencia del tumor, hay que retrotraerla al mes de julio (seis meses después del aborto.) Esta mujer, que había menstruado siempre regularmente, durando su función catamenial de cuatro a cinco días, y en cantidad normal, tuvo en aquella fecha una hemorragia muy abundante que duró nueve días; al siguiente mes se repitió la pérdida de sangre, siendo más persistente, y al otro la última, todavía más abundante.

Esto es lo frecuente: son muy raros los casos en los que los primeros síntomas han aparecido mucho tiempo después del aborto (sea molar o no). *Löhlein* y *L. Fränkel* refieren casos en los cuales los primeros síntomas se presentaron uno y medio y uno y tres cuartos de año después de la expulsión de una mola.

La enferma era una mujer joven (26 años), que vino a mi consulta enviada por el médico de San Román, don Pedro Ruiz, el 1.º de enero del año pasado.

Había parido dos veces: la primera con ayuda del forceps, la última espontáneamente diez meses antes, en marzo de 1911.

Menstruaba regularmente, durante cuatro o cinco días; la cantidad de sangre la normal, y sin molestias.

La última regla se había presentado a principios del mes anterior (diciembre), y desde entonces venía perdiendo sangre por la vagina.

Ningún trastorno de parte del intestino ni de la vejiga.

Al reconocer a la enferma aprecié una tumoración lisa, globulosa, del tamaño de un útero en el cuarto mes de la gestación, con una inclinación muy marcada hacia el lado derecho. Con los datos recogidos en aquella única exploración no pude hacer un diagnóstico definitivo.

En mi protocolo están apuntados estos dos diagnósticos con sendas interrogaciones: ¿Embarazo? ¿Fibroma quístico? Y la indicación de que vuelva la enferma para ser nuevamente reconocida.

Tres días después fuí llamado con urgencia para asistirle en una grave hemorragia. La pérdida de sangre que había sido efectivamente muy grande, aún no estaba restañada del todo, continuaba fluyendo de la vagina, y con ella, numerosas porciones de una mola vexitulosa que, en parte estaba retenida en la cavidad uterina. Con el dedo extraje lo que pude del contenido uterino, y con la cucharilla roma de *Bumm*, lo que quedaba en una especie de divertículo, situado en el ángulo derecho del fondo, y al que con dificultad llegaba la mano.

Lavado de la cavidad de la matriz con la solución iodo-iodurada.

Puerperio normal.

Nueve meses más tarde, el 5 de octubre, volví a ver en mi casa a esta enferma.

Hasta el mes de julio, en sus primeros días, no se había presentado la menstruación que duró nueve días, como queda dicho. Volvió al siguiente mes la regla o la hemorragia (aunque parece que estas dos primeras hemorragias debe considerarse como menorragias), durando catorce días muy abundante y con coágulos. Del 5 al 25 de septiembre nueva pausa, y en esta fecha reaparece la hemorragia más abundante que nunca y con numerosos y gruesos coágulos.

La enferma se presentó en mi consulta, el 5 de octubre, desnutrida y pálida, pero sin que hubiera una diferencia notable entre su aspecto actual y el que presentaba nueve meses antes, porque nunca fué muy lucida.

Come bien y no se queja de dolor ninguno, ni más trastorno que la metrorragia.

Matriz grande, movable, con una tumoración en el fondo del tamaño de un huevo de consistencia pastosa.

Cuello ligeramente reblandecido, entreabierto, babeando serosidad sanguinolenta.

Nada en el parametrio.

Nada en la vagina. (Subrayo este dato porque, como se verá más adelante, doce días más tarde había ya dos trombus metastásicos en la pared vaginal anterior.)

Ningún síntoma *del lado de la vejiga.*

Con estos datos, unidos a los antecedentes que de la enferma tenía, hice el diagnóstico probable de corioepitelioma.

Naturalmente, el tratamiento propuesto fué la operación.

Ésta tuvo lugar el 15 de octubre, con la urgencia requerida por una hemorragia interna y externa muy abundante. La operó en el Hospital de San Rafael el doctor Quintana, y por él mismo está descripta la operación en el número 5 del BOLETÍN del pasado año. Allí, entre otros datos muy interesantes, se mencionan dos de suma importancia:

1.º La existencia de dos metastasis vaginales sobrevenidas en doce días, prueba de la extraordinaria malignidad del tumor, y

2.º La de una caduca desprendida espontáneamente que, desgraciadamente, se perdió entre coágulos y gasas, porque no eran los momentos para pensar en otra cosa que en salvar a la enferma en inminente peligro de muerte; pero que el doctor Quintana vió y extrajo del cuello de la matriz por cuyo orificio externo asomaba.

Los primeros días que siguieron a la operación, la enferma se repuso algo y recobró algunas fuerzas, pero en seguida volvió a decaer, y a los treinta días de operada, murió en estado de profunda caquexia.

A los doce días de la intervención, se presentó un gran edema en la pierna derecha que fué aumentando hasta el día del desenlace.

La matriz grande (11 cms.), blanda y de 250 gramos de peso; las paredes anterior y posterior hipertrofiadas, de dos y medio centímetros de espesor y el fondo de tres. En el ángulo izquierdo del fondo del útero, cerca de la trompa, pero en pleno miometrio, una cavidad del tamaño de una esfera de tres centímetros de diámetro, separada de la cavidad uterina por una delgada capa de músculo y llena de un coágulo blando.

Como se ve en la figura, esta cavidad comunicaba por un lado, con la cavidad abdominal y por el otro con la de la matriz.

Existía otro hematoma intramural, situado más atrás que éste, y en comunicación con él por un estrecho conducto (este hematoma es el que aparece en la figura con tinta más pálida), mayor que el primero; se prolongaba hacia abajo por una parte y por otra hacia la derecha, no estaba limitado por una línea precisa y bien señalada, pero sus bordes se iban poco a poco difuminando, como si la sangre se infiltrara entre las haces musculares de la pared uterina.

En la misma pared muscular, en el borde izquierdo y por debajo de la trompa, se encontraban dos focos metastásicos de forma esférica, uno menor, como del tamaño de un guisante (no representado en la figura), y otro más abajo, de la misma forma, y como una avellana pequeña, que es el dibujado, ambos en plena capa muscular, por todas partes, rodeados de tejido sano.

Los dos presentaban el mismo aspecto, de color pardo rojizo, y formados por un tejido friable.

La trompa izquierda perfectamente permeable en todo su trayecto intersticial.

La superficie externa de la matriz nada ofrecía de particular, presentando los caracteres de la serosa sana, salvo el orificio antes mencionado, que se abría en el fondo y a la izquierda, y cuyos bordes estaban infiltrados por el derrame sanguíneo.

La superficie interna estaba desprovista en absoluto de mucosa en toda la parte correspondiente a la cavidad del cuerpo de la matriz; esto, que se podía apreciar a simple vista, quedó demostrado con toda evidencia en los cortes microscópicos.

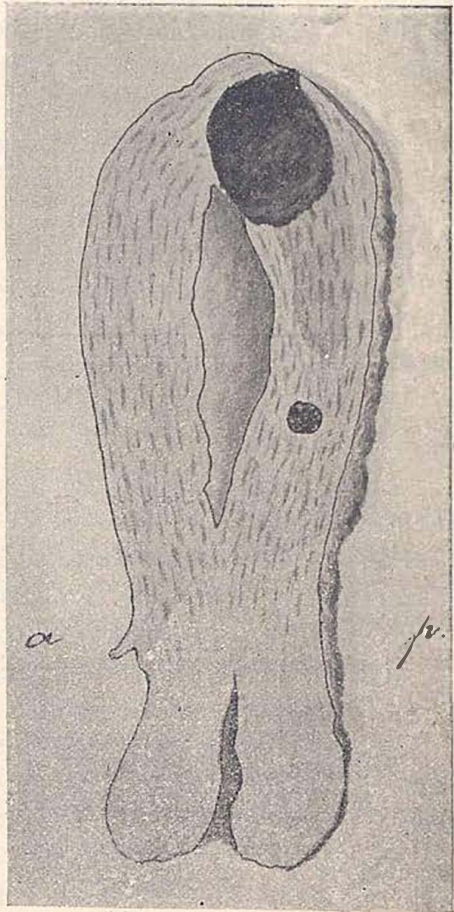


Figura 1.ª

Aparte de esta falta de mucosa, nada anormal se percibía en toda la superficie interna de la matriz, si no es el orificio que comunicaba con el hematoma intramural y un pequeño mamelón situado a su entrada en uno de los bordes, que eran desiguales y desgarrados: tenía el mamelón el tamaño de una alubia y el aspecto de un pólipo mucoso, aunque no estaba pediculado. En el cuello nada anormal.

Como se ve no había ni dentro, ni fuera de la matriz tumor ninguno, mejor dicho, tumoración. Ni siquiera en la cavidad labrada en el espesor de las capas musculares (fuera de los dos focos metastásicos a que antes he hecho referencia) se podía encontrar nada que macroscópicamente pareciera parte de una neoplasia.

Autopsia.—Abierto el vientre y retirados de la pequeña pelvis algunos coágulos se encontró entre la pared anterior de la vagina y la vejiga una masa deleznable, de aspecto hemorrágico, irregular en su superficie, el color rojo grisáceo, que penetraba hasta la misma vejiga perforando su pared.

La vena ilíaca derecha trombosada en un gran trecho. En el hígado algunos nódulos superficiales desde el tamaño de un grano de mijo hasta el de una lenteja, cuya forma semejaban; blancos y sobresaliendo de la superficie lisa del órgano. (Examinados al microscopio se vió que eran pequeños focos de necrosis local, rodeados de una zona de tejido fibroso, seguramente sin relación ninguna con el tumor.) El bazo, normal, sin metastasis, ligeramente atrófico.

Los pulmones, sembrados de numerosos nódulos, del tamaño de guisantes los mayores, y otros más chiquitos, como pequeños granos de trigo. Al tacto ofrecían una consistencia comparable a la que ofrece el cartilago nasal, de color amoratado vinoso: se destacaban muy bien del resto del órgano, que ofrecía una coloración grisácea. Al corte aparecen estos nódulos de un color pardo rojizo y de una superficie sin brillo (fibrina). Los pulmones estaban edematosos, y en el lóbulo inferior del derecho un gran foco pneumónico que le interesaba casi todo.



Toma su origen el corioepitelioma como su nombre indica y reproduce los elementos epiteliales de las vellosidades coriales. Así parece confirmarlo la identidad morfológica que existe entre las células del tumor y las de las capas que recubren las vellosidades del corion.

Están estas dos capas formadas por el sincitium y las células de *Langhans*. Muy discutido ha sido el origen de estos elementos, ni siquiera en el número de capas que los forman han estado conformes los autores: para unos son dos, para otros tres, y en cuanto a su génesis, unas veces los hacen proceder de los elementos de la mucosa uterina, otras de las capas fetales o de ambas a la vez. *J. Clarence Webster* trae en su obra *Die Placentation bei Menschen*, diez opiniones distintas, cada una de las cuales ha sido defendida por varios anatómicos o ginecólogos de nota. Lo que parece más probado es que las dos capas (sincitium y células de *Langhans*) provienen del epiblasto fetal. (1)

Es el sincitium un protoplasma que se tiñe intensamente, granuloso, y en el cual no se pueden señalar contornos celulares. Salen de él, de vez en cuando, pequeñas prolongaciones que se hunden entre las células de la capa inferior. Su espesor es variable. En algunos sitios no pasa de veintiséis micras y contiene entonces pocos y pequeños núcleos. En general, es más grueso y con núcleos de mayor tamaño. Aquí y allí se encuentran montones de núcleos agrupados en desorden.

Las células de *Langhans*, la segunda capa del epiblasto fetal, son células cúbicas o más o menos redondeadas, que muestran bien definidos sus contornos, y están unas con otras en contacto directo, sin sustancia intercelular de ninguna clase. El protoplasma no se tiñe sino débilmente, y los núcleos, de forma oval o esférica, contienen abundante cromatina.

Estos elementos, que son los que en esencia forman también la parte característica del corioepitelioma, presentan ya algunas veces en la mola vexiculosa una marcada tendencia a la proliferación y hasta a la invasión y destrucción de las capas musculares de la matriz, corroyendo las venas y llegando a atravesar todo el espesor del útero y a aflorar en la cavidad abdominal (mola vexiculosa destructora). Pero sin llegar a este punto, en el que la mola traspasa ya los límites de la benignidad, la reproducción, en cierto modo desordenada y atípica de aquellos elementos, hecho tan frecuente en la mola vexiculosa normal (si así puede llamársela), manifiesta cierta tendencia a la proliferación neoplásica, y explica hasta cierto punto la dependencia evidente que entre la mola y el corioepitelioma existe.

Pero no sólo en tales circunstancias se puede presentar este tumor,

(1) Así opina el mismo *Clarence Webster*, en la notabilísima monografía citada en el texto.

sino que muchas veces (en un 50 por 100 de los casos), después de un aborto y con menos frecuencia en un embarazo o después de un parto completamente normales, sobreviene la degeneración neoplásica.

Aquí importa conocer que modernamente se ha demostrado la penetración del epitelio de las vellosidades, y aun de las vellosidades mismas, con todos sus elementos, en las paredes uterinas en circunstancias completamente normales. Se trata, en tales casos, más bien que de una invasión activa de tales elementos, de una especie de emigración pasiva, como una incrustación en las paredes uterinas, debida a causas externas. Se ha encontrado el epitelio corial en la cavidad de las venas, y no es aventurado suponer que en estos casos se han esparcido aquellos elementos por el torrente circulatorio general.

Por otra parte, se ha demostrado la presencia del sincitium en los capilares del pulmón, adoptando formas que recuerdan a las células gigantes, especialmente en algunas eclampsias. Sin embargo, esta invasión del organismo no suele dar lugar a la formación de ningún tumor. Pero no es imposible que llegaran a producirle. *Busse* (Wirch. arch. 174—citado por *Ribbert*—*Geschwulstlehre*) encontró en el corazón de una mujer un tumor de esta clase; seis semanas antes había sufrido la enferma un parto prematuro y el útero estaba completamente sano. Pero por lo regular las células del epiblasto que invaden el torrente circulatorio son destruidas antes de que puedan ser el punto de partida de una neoplasia. Las paredes de la vagina escapan quizá a esta regla general, o parece al menos que tienen cierta tendencia a albergar a aquellos elementos coriales, porque en ellas es relativamente frecuente la presencia, no ya de metastasis, sino de nódulos primitivos de corioepitelioma, permaneciendo indemne la matriz (*Zagorjanski-Kissel, Pick, Schmorr, Schlagenhaufer, v. Guérard, Schmit, Lindfors, Hübl, Moltrecht*), y si en tales casos no se acepta la opinión de *Schmorr*, que supone que el corioepitelioma existente primero en el útero ha sido expulsado, no hay sino reconocer que el epitelio corial o las vellosidades mismas que penetraron en las paredes uterinas han retrocedido hasta las paredes vaginales y allí han dado lugar a la formación del tumor. (*Ribbert*.)

Manifiesta es la tendencia invasora de las vellosidades normales en el embarazo tubario: en él suelen entrar a través de las capas musculares de la trompa y salir a la cavidad del peritoneo atravesándolas, por

donde viene muchas veces la rotura de la bolsa ovular y la hemorragia intrabdominal. El corioepitelioma en estos casos es raro; pero se ha producido alguna vez (*Marchand D. M. W. 1902*). Wassmer describe también un corioepitelioma de la vagina metastásico, consecutivo a un embarazo tubario.



La figura 2.^a representa un dibujo esquemático de los elementos capitales del tumor. (Imitado del que trae *Rudolf Jolly* en su *Atlas zur Mikroskopischen Diagnostick der Gynäkologie*.) Las células aisladas son las células de *Langhans*, y las masas sombreadas el sincitium. No están dibujados los núcleos que en estas masas protoplásmicas suelen encontrarse cernidos, ni otros elementos (de que más adelante hablaremos) que se hallan generalmente en los cortes microscópicos del tumor.

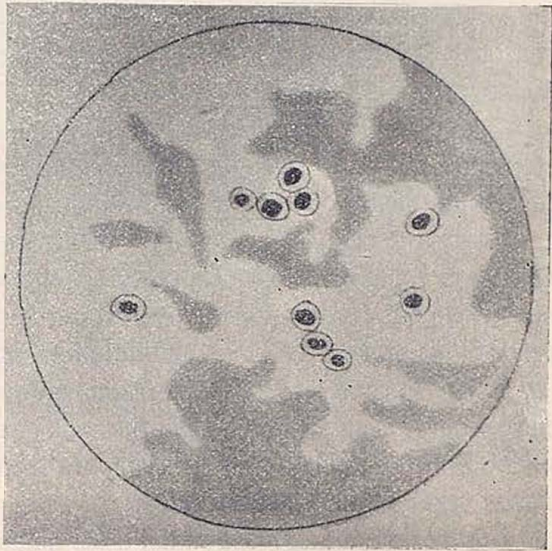


Figura 2.^a

Para el estudio microscópico he tomado trozos de diferentes sitios de la matriz, de la pared vexical, del pulmón y de la vena iliaca trombosada; también del hígado, pero ya queda dicho que aquí nada

se encontró que nos pudiera interesar. Todos los trozos han sido fijados por el alcohol, incluidos en parafina y teñidos por el carmín, la hematoxilina, safranina, hematoxilina-eosina, van Gieson y tricómico. Cajal.

La falta de mucosa en toda la extensión de la cavidad uterina, apreciable a simple vista, quedó plenamente demostrada en los cortes microscópicos. El lado libre de la preparación está formado por las fibras musculares, y entre ellas sólo de vez en cuando se encuentran algunos trozos de epitelio glandular, semejantes a los descritos en la obra de *Clarence Webster*, en un útero a las seis semanas de gestación.

Las preparaciones correspondientes a las paredes y a la cavidad mayor, fraguada en plena capa muscular, demuestran que el contenido es un gran coágulo y que las paredes están formadas por las mismas capas musculares de la matriz, entre cuyas fibras se infiltra la hemorragia; aquí y allí aparecen grupos de células de *Langhans* y de sincitium.

Ya hemos dicho que en este caso no existió verdadero tumor (tumoración), pero tomamos esta cavidad por el punto de origen por estar abierta naturalmente a la cavidad uterina y ser el único foco tumoral en relación con la mucosa del órgano. Sin embargo, es aquí donde peor puede estudiarse la constitución de la neoplasia.

En los cortes correspondientes a los dos focos metastásicos encontrados en el espesor de la pared uterina (uno de ellos señalado en la figura 1.^a), se encuentran ya las células de *Langhans*, el sincitium, gran cantidad de fibrina y los derrames sanguíneos propios de este tumor eminentemente hemorrágico.

Las células de *Langhans* predominan aquí sobre todos los otros elementos, forman grandes masas que ocupan la mayor parte del campo del microscopio; en las hendiduras que separan unos de otros estos bloques celulares, suele encontrarse el sincitium; las masas sincitiales son escasas y no muy grandes, contienen sus núcleos característicos, más bien redondos que ovales, pero en general polimorfos. Recordando muchas veces a las células gigantes de algunos sarcomas.

La fibrina y los focos hemorrágicos que se encuentran en el límite entre los haces musculares y las formaciones del ectodermo fetal, se insinúan entre aquéllas y sirven como de lazos de unión entre ellas y los trozos verdaderamente tumorales.

Los cortes que corresponden a las metastasis de la pared vaginal, son sin duda ninguna los más interesantes.

En la lámina 1.^a se ve a pequeño aumento una disposición de conjunto sumamente demostrativa. Arriba asoma un trozo de la mucosa vexical. Entre los haces musculares, más abajo, se ven los cortes trasversales de tres venas con nódulos metastásicos del corioepitelioma. Aunque el aumento con que está hecha la microfotografía (obtenida por el R. P. Valderrábano, de la Compañía de Jesús, con el modelo de cámara micrográfica por él mismo ideado), no permite apreciar en todos sus detalles los elementos anatómicos, se pueden distinguir muy bien, sobre todo en la cavidad venosa situada abajo y a la izquier-

da, algunas porciones de sincitium entre la masa de células de *Langhans*.

Pero lo que sí se puede apreciar muy claramente es cómo esta vena y la otra de la derecha conservan en toda su periferia la integridad de sus capas, mientras que las de la tercera por la derecha y abajo han cedido a la acción destructora del tumor y los elementos que le constituyen van adentrándose por los tejidos circunvecinos. Una pequeña zona de infiltración leucocitaria se opone a la marcha invasora del corioepitelioma.

En la fig. 3.^a he dibujado esquemáticamente una de estas metastasis venosas. Su inspección puede ahorrar todo relato descriptivo.

En estas metastasis de las venas, al menos mientras las paredes vasculares resisten, los únicos elementos que se encuentran son las células de *Langhans* y el sincitium puros, sin focos de fibrina, ni tejidos necrosados.

En otras partes de la preparación, no representadas en la microfotografía, se pudo observar muy bien algunas de las



Figura 3.^a

fases de la invasión neoplásica de las venas a través de sus paredes. La formación tumoral que viene infiltrándose entre los elementos normales del órgano y destruyéndolos: al ponerse en contacto con una vena invade las capas vasculares de fuera a adentro, y llega a sobresalir formando una prominencia en la luz del vaso, prominencia al principio recubierta por el endotelio, rechazado por la neoformación: luego el mismo endotelio perece y ya los elementos del tumor salen libres a la cavidad vascular; entonces son arrastrados por el torrente circulatorio y forman metastasis en órganos lejanos y en todo caso obstruyen la vena, y son causa de hemorragias y trombus locales.

En la lámina 2.^a, obtenida con un aumento mayor, se ven en algu-

nos sitios muy claramente las células de *Langhans* (un poco por encima, y a la izquierda del centro de la figura, se encuentra un pequeño grupo de tres células de esta clase; se destacan perfectamente sus núcleos, y en algunas hasta el nucleolo). Son los elementos más numerosos y abundan mucho más que el sincitium.

Este está representado por trozos de protoplasma de contornos caprichosos, de muy distintos tamaños (el mayor de todos situado a la derecha de la figura), con sus peculiares caracteres de ser granuloso y contener numerosos núcleos más ó menos redondeados, irregularmente esparcidos y a veces agrupados en grandes pelotones.

Si no en la parte fotografiada, en otros puntos de la preparación presentan las masas sincitiales vacuolas de diferentes tamaños.

Se encuentran también en nuestras preparaciones, generalmente en los límites entre la neoplasia y los tejidos sanos, constituyendo como una zona de transición de aquéllas a éstas, una zona más ó menos extensa de infiltración celular: infiltración de pequeñas células y entre ellas otras de tamaños muy distintos, aunque generalmente grandes, de aspecto sarcomatoso. cuyo origen y significado han sido muy discutidos por los autores. Las partes más viejas de la neoplasia se ven rodeadas de una zona de tejidos necrosados; los vasos sanguíneos, trombosados por los elementos característicos del tumor o por conglomerados de formaciones celulares atípicas; la sangre que invade los tejidos aparece coagulada y en algunos puntos el mismo sincitium y hasta porciones enteras del tumor manifiestan tendencia a la degeneración fibrinosa.

Ni aquí ni en ninguna de las metastasis de este caso, he podido encontrar un cuadro que reproduzca el de las vellosidades coriales con todos sus elementos (ecto y mesodérmicos), como describen algunos autores.

Las metastasis del pulmón están formadas por un foco central hemorrágico: los alveolos dilatados contienen algunas células de desca-mación endotelial. Las células de *Langhans* y las masas sincitiales escasean por igual en estas preparaciones.



¿Podemos aceptar, en este caso, la existencia simultánea de un embarazo y un corioepitelioma? Me inclino a creer que sí. En primer lugar no hay nada que se oponga a que así haya ocurrido. Nótese que el tu-

mor no hacía prominencia en la cavidad uterina y que la mucosa ha debido permanecer por mucho tiempo en su totalidad o en gran parte, libre de toda influencia patológica del lado de la neoplasia, o al menos con una vitalidad suficiente para dar hospitalidad al huevo fecundado. En la literatura que yo he podido registrar no se encuentra citado ningún caso de coexistencia del corioepitelioma y el embarazo.

Tiene mucha importancia la presencia de la caduca. El corioepitelioma provoca seguramenté, o puede provocar alteraciones de distinta naturaleza en la mucosa uterina, propiedad, por cierto, no privativa de este tumor, sino de otros tumores uterinos y aun de los anejos (fibroma, cáncer, etc.), pero no la formación de una caduca, ni cosa que se le parezca, y que permita a la mucosa ser arrancada de su asiento y expulsada de una vez y en bloque.

Claro está que no puede ser argumento contra la existencia del embarazo la frecuencia de las hemorragias desde tres meses antes, puesto que no es un hecho tan raro que todo ginecólogo no haya tenido ocasión de observar que la concepción tenga lugar en estas circunstancias anómalas, y en último término tenemos el ejemplo en la misma enferma, en cuyo embarazo anterior (el que terminó con el aborto molar) no hubo tampoco falta ninguna, aunque la matriz era tan grande cuando yo la reconocí por primera vez que llegaba cerca del ombligo.

En todo caso y dado que hubiere coincidencia del embarazo y del tumor, la edad de aquél no podía pasar de un mes, entre otras razones, porque el tamaño de la matriz impide suponerle de más tiempo. Tiene importancia este dato porque resuelve la siguiente cuestión: ¿si existía un embarazo, no podía ocurrir que el tumor hubiera tomado su origen en él y no en la mola? Pudiera entonces defenderse muy bien esta hipótesis, que vendría en ayuda de los que sostienen que el origen, o por lo menos el primer movimiento de la formación neoplásica, depende de los tejidos maternos y no del corión fetal.

En síntesis, si no pudiéramos afirmar que el tumor es anterior al embarazo, sería defendible la siguiente tesis: en esta enferma existía una tendencia o causa desconocida, a transformar la proliferación normal del ectodermo corial de sus gérmenes en proliferación atípica, de cuya transformación lo mismo podía resultar la formación de una mola vixiculosa que la de un corioepitelioma. Confieso que, aunque no para este caso, y respetando siempre la idea de la dependencia directa de la mola

y del tumor, me parece esta hipótesis en general defendible. Pero en mi enferma, evidentemente, si hubo gestación fué posterior al brote del tumor, puesto que desde el mes de julio venía padeciendo de metro o menorragias, primer síntoma de la enfermedad.

La influencia del tumor sobre la gestación no podía ser otra que la que fué: el aborto.

¿Tuvo alguna la gestación sobre el tumor? Es probable que contribuyera favoreciendo la invasión del torrente circulatorio por los elementos epiteliales del corión. De todos modos es indudable que el tumor invadió el organismo con una violencia extraordinaria, le sembró muchos de sus órganos de metástasis y se presentaron estos focos secundarios con caracteres de una vitalidad inusitada hasta en el mismo corioepitelioma.

EL DIVERTÍCULO RETRO-COXIGEO

Por V. Juaristi

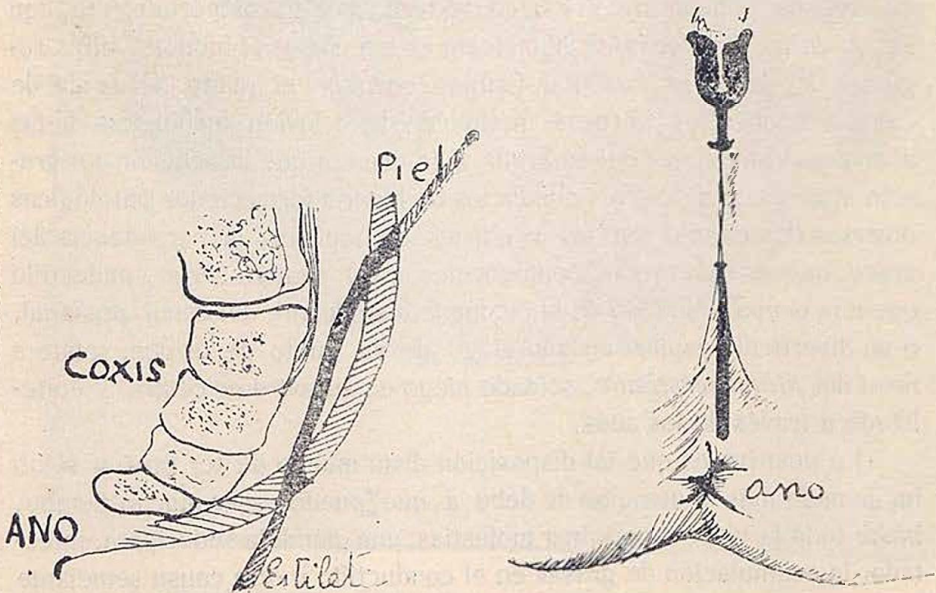
DE IRÚN

¡Qué le vamos a hacer! Algo me escuece el pensar que la fama me puede venir por *cosas de atrás*, como el castigo al galeote de Cervantes, pero si grandes sabios tienen a gloria que los gargajos lleven su nombre, no me he de resentir por prestar el mío a cierta enfermedad de la corcusilla o rabadilla, que, a pesar de ser frecuente, no he visto pintada en los libros. Acaso tengais de ella noticias, por ser más doctos que yo; diréismelo.

Una, tres, seis veces he visto adultos (siempre masculinos hasta ahora) que se me han presentado con *una fistulita sobre el coxis*, precisamente sobre la línea media, a la terminación del rafe interglúteo.

Esta fistula no comunica *nunca* con el intestino; un fino estilete

DIVERTÍCULO COXIGEO



CORTE ESQUEMÁTICO

VISTA POSTERIOR

(Obsérvese que el conducto está por encima del hueso esquio-rectal, y nada tiene que ver con las fistulas de ano.)

acusa cierto trayecto superficial que termina en fondo de saco a los pocos centímetros, o vuelve a salir a dos traveses de dedo más arriba, formando siempre un pequeño túnel subcutáneo en la línea media.

Si todo se limitara a tener esta conejera insignificante, no habría por qué ocuparse de ella; pero es el caso que a menudo se inflama, la región se abulta y se pone dolorosa, fórmase un absceso que se abre espontáneamente y... hasta otra, que no tardará. Cuando el paciente es dado a la equitación, constituye su mal un tormento. La inflamación sobreviene con gran frecuencia y las inmediaciones de la fístula sufren eczemas y erisipelas que desesperan al caballero.

Otra particularidad es que tales enfermos son, por lo general, gruesos.

En algunos casos, el techo de este túnel se raja, se ulcera, y queda formada una pequeña llaga difícil de cerrar.

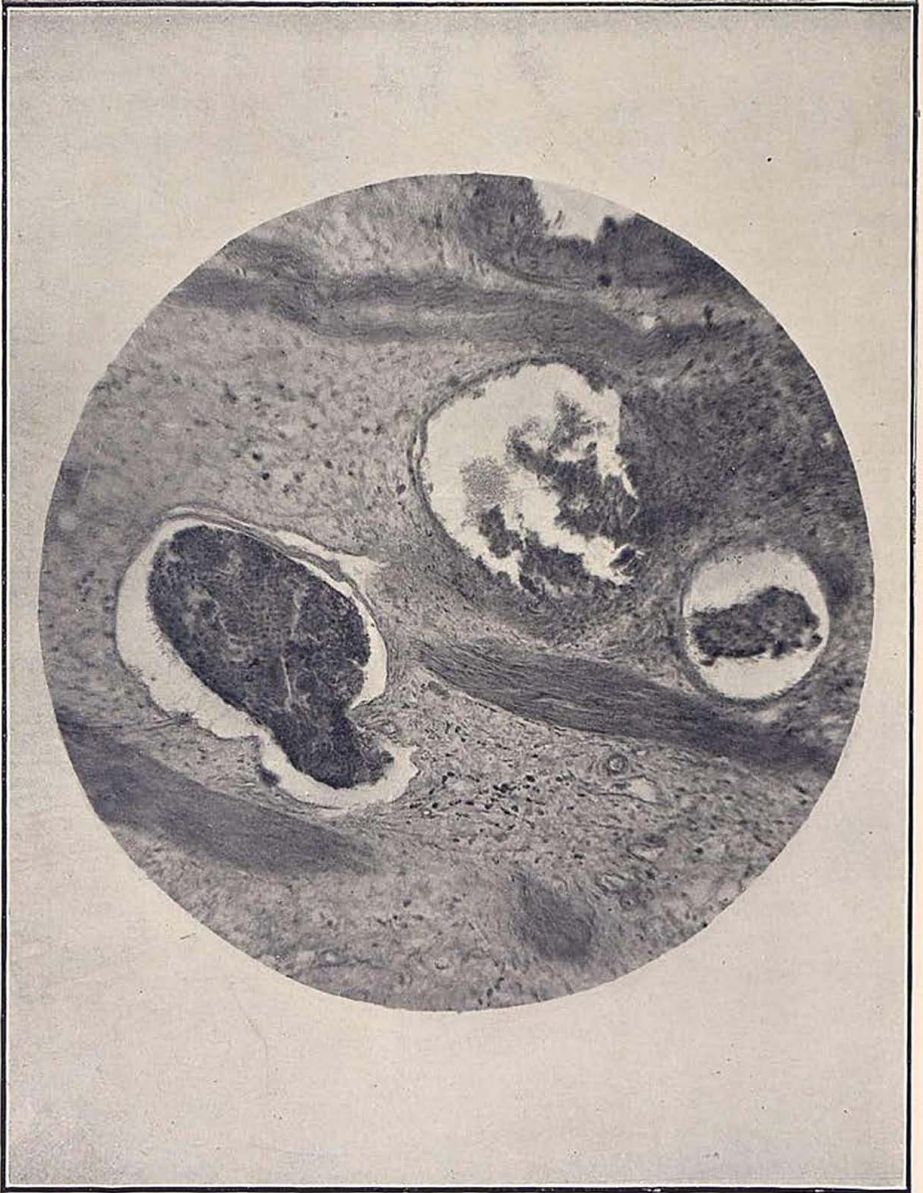
Todo el trayecto fistuloso está epitelizado, y en los períodos de calma se ve que se trata de un divertículo estrechísimo forrado de piel, que no comunica con huesos ni vísceras.

Buscando cuál pudiera ser el origen de esta fastidiosa pequeñez, ocúrreseme compararla, por su contextura y por su comportamiento, con las *fístulas branquiales*. Conocido es que sobre el hiodes y otras regiones del cuello se presentan fístulas que son el punto de salida de ciertos conductillos fibrosos, restos de la oclusión incompleta de las aberturas branquiales del embrión. A la manera que la oclusión o regresión incompleta de ciertos conductos da lugar a formaciones patológicas diversas (las citadas fístulas y quistes branquiales, la persistencia del uraco, quistes del cordón, meningoceles, etc.), pudiera ser el conductillo que nos ocupa resultado de la incompleta soldadura del canal postanal, o un divertículo espinal aislado luego de su punto de origen, salido a nivel del *filium terminale*, soldado luego en su extremo central y epitelizado a través de los años.

Lo positivo es que tal disposición dista mucho de ser rara y si no ha llamado más la atención se debe a que puede pasar mucho tiempo, hasta toda la vida, sin originar molestias; una glándula sudorípara, infectada, la acumulación de grasas en el conductillo u otra causa semejante provocan una inflamación.

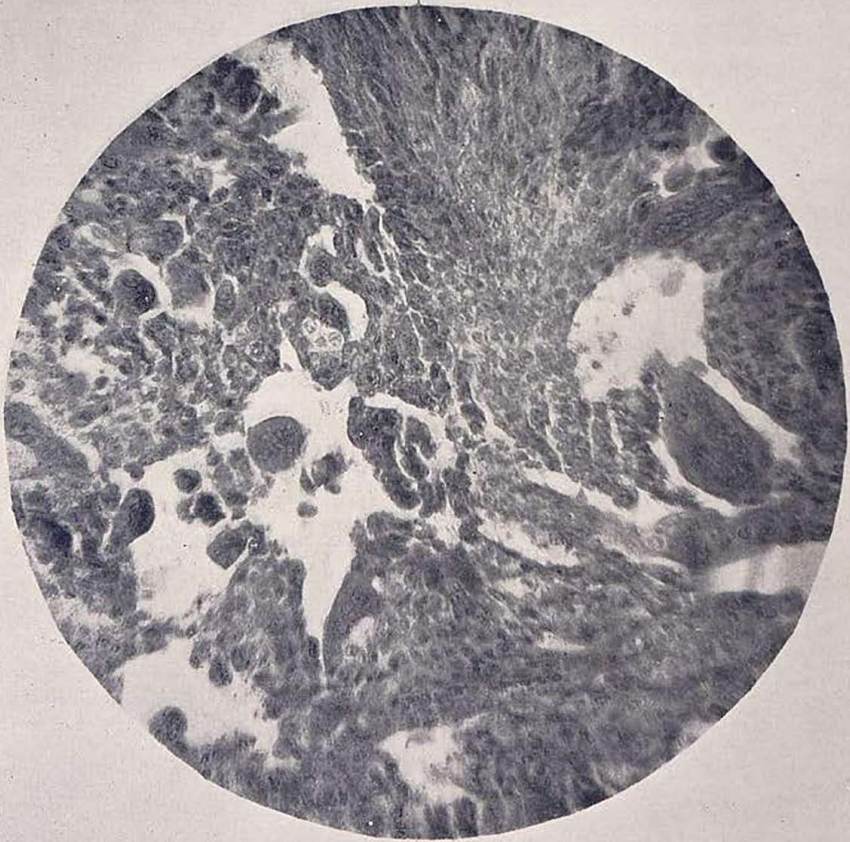
Si ésta se repite, no hay más remedio que proceder a la apertura y

LÁMINA I



Preparación del autor.—Cliché del eminente micrógrafo R. P. Valderrábano, S. J., del Colegio de San José, Valladolid.

LAMINA II



Preparación del autor.—Cliché del eminente micrografo R. P. Valderrábano, S. J.
del Colegio de San José, Valladolid.

destrucción total del conductillo, pues la simple incisión es perfectamente inútil.

En resumen: existe una formación patológica que consiste en un fino divertículo, tapizado de epitelio, que corre sobre la cara posterior del coxis, bajo la piel, en la línea media, que no comunica con hueso ni viscera alguna y sí con el exterior mediante uno o dos pequeños orificios; que se inflama con facilidad, originando flemones y formaciones fistulosas leves, pero molestas; cuyo tratamiento es la extirpación por el hierro o por el fuego.

con las cuales tropezamos para resolver de manera satisfactoria el problema de la profilaxia y de la curación específica de la tuberculosis, el que suscribe estima que ya es tiempo de rectificar la orientación imprimida a las investigaciones efectuadas con esta finalidad. Es por lo fuertemente arraigada que esta convicción se halla en la mente del firmante, que éste se ofrece a facilitar de una manera completamente desinteresada a todos los de sus colegas que quisieren solicitarlo, cultivos de las referidas bacterias no ácido resistentes, aglutininas específicas para conocerlas, así como la literatura relacionada con esta interesante cuestión.

Barcelona, Enero de 1913.

JAIME FERRÁN. »

REVISTAS

Die Therapie des Gegenwart.

¿Cómo tratar los tumores inoperables? DOCTOR CARL LEWIN, BERLÍN. —No es nuestro objeto hacer una recopilación de todos los métodos propuestos para tratar los tumores inoperables. Sólo tratamos de dar a conocer al médico práctico que no puede disponer de costoso instrumental, una serie de recursos terapéuticos por nosotros experimentados y que nos han dado los más favorables resultados. Advertimos de antemano que con aquellos métodos no nos hemos de proponer la curación de nuestros enfermos, lo cual sólo en casos muy raros se conseguirá. Pero muy frecuentemente podemos alcanzar una mejoría del estado general y la disminución de los dolores y molestias. Creo importantísimo este alivio y aun mejoría temporal de nuestros enfermos, que al menos durante algún tiempo puede tenerlos engañados. Esta caritativa indicación me parece una de las más importantes de las que el médico puede llenar al lado de estos desgraciados. De un tratamiento específico de los tumores malignos, estamos todavía muy distantes.

Al médico de las pequeñas ciudades y del campo que no está en disposición de emplear un tratamiento con los rayos X, les recomendamos el uso del radio y del mesorium. La manera de usarlos no es de este lugar; se encontrará en los libros dedicados a estos asuntos.

Es un error que algunas publicaciones de los primeros años de la radioterapia han contribuido a afirmar el creer que este agente terapéutico puede ejercer un efecto curativo sobre los tumores no operables. Resultados buenos solamente se han visto en carcinomas de la piel y en algunos sarcomas, especialmente linfosarcomas. Pero en la mayor parte de los tumores inoperables, la radioterapia sólo puede conseguir de vez en cuando algún alivio de las molestias, quizá pasajeros retrocesos y detención en la marcha de la neoplasia, hasta algún retraso en la llegada del término fatal; jamás una curación. Recientemente el uso del Torium X ha venido a despertar alguna esperanza. En el carcinoma no se ha conseguido hasta ahora ningún éxito. Por el contrario, parece que algunas formas de sarcoma han sufrido alguna influencia con inyecciones intravenosas de Torium X. *Herxheimer* ha referido algún caso de sar-

El método de *Zeller* para el tratamiento del cáncer no es un remedio contra todos los tumores. Yo recomiendo los preparados *arsenicales* en forma de *cinabarsana* o en la forma expuesta más arriba en los tumores *externos ulcerados*, especialmente en los *cancroides* y para usarlos en forma de tapón en los *cánceres de la matriz*. Los silicatos, según mi opinión, no juegan ningún papel; sin embargo, no hay ningún inconveniente en usarlos. El porvenir dirá lo que con este tratamiento se puede conseguir. Hasta ahora yo no he conseguido con él ninguna curación.

En los tumores no ulcerados se ha usado el *arsénico* en las formas más variadas. Bajo la forma de *ato.ril* se ha dado en inyecciones de 0,1 gramos cada dos días, hasta treinta inyecciones. Según *Holländer* y *Pecsi* se pueden combinar las inyecciones de *ato.ril* con la administración al interior de la *quina* (0,5 gramos tres veces al día). *Bhumenthal* aconseja inyectar 0,1 gramos de *ato.ril* + 0,002 hasta 0,004 gramos de *ácido arsenioso*. De las inyecciones de *salvarsán* no he visto nunca un resultado favorable. Sin embargo, se puede intentar su ensayo en los *linfomas malignos*.

Asociadas a la medicación *arsenical* se han propuesto las inyecciones de *adrenalina*, método ideado por *Reicher*. *Reicher* y *Echtermeyer* han conseguido alguna vez buenos resultados con el empleo de aquellas inyecciones. Empezaron administrando una inyección de *adrenalina* de 0,1 gramos, cuya cantidad diluyen en una solución de $\frac{1}{2}$ % de *novocaina* hasta obtener 2 ccm. Después se va aumentando cada día la dosis de *adrenalina* hasta alcanzar la de 1,0 gramos. En todos los casos se completa con la solución de *novocaina* hasta los 2 ccm. Con este tratamiento he visto en algunos casos disminuir el tamaño del tumor: una curación completa en ninguno.

Schurig afirma haber curado cuatro casos de carcinoma inoperable con la administración al interior de la *solución de Fowler*. *Mendel* inyecta todos los días de 1 a 4 centigramos de una solución al 5 % de *cacodilato de sosa*; hace la inyección intravenosa, y dice que con buenos resultados *Schleich* inyecta en el mismo tumor todos los días 0,05 gramos de *cacodilato de sosa*. Para la administración interna se recomienda también el nuevo preparado arsenical *clarson*, de 5 a 10 tabletas diarias.

Jacoby da el *azul de metileno*: diariamente 0,1 gramos, ascendiendo hasta 0,2 y 0,5 gramos, según él, con buenos resultados, y afirma que el *azul de metileno* puede prevenir las recidivas postoperatorias.

También se ha recomendado el *ioduro de potasio*. *Michailow* vió buenos resultados después de su empleo en la siguiente forma: Todos los días por la noche, después de un enema de limpieza, se administra una lavativa con 4 gramos de ioduro potásico, 2 de bicarbonato de sosa y 80 ó 100 de agua. Parece que especialmente en los carcinomas del tractus digestivo el resultado ha sido bueno.

He reunido en esta descripción todos aquellos tratamientos de que fácilmente puede echar mano el médico práctico. Y se entiende que no se trata de remedios curativos, sino en su mayor parte de paliativos. Pero de vez en cuando, con unos o con otros, se llega hasta conseguir una curación definitiva, particularmente en los pequeños núcleos de recidiva. Recomiendo especialmente el empleo del *elarsen* ó del *atoril* como roborantes, unidos con la administración al interior de la *pancreatina*.

Con estos medicamentos se puede con mucha frecuencia obtener una gran mejoría del estado general. Naturalmente, éxitos sorprendentes muy pocas veces se obtendrán. Al porvenir está reservado el descubrimiento del remedio por todos deseado.

Therap. Montsh. - 1913

CARL BRUCK: *El tratamiento de la blenorragia y sus complicaciones*. —El diagnóstico de la blenorragia no ha de fundarse nunca en los datos clínicos (síntomas subjetivos, secreción, enturbiamiento de la orina, etc.), sino en la investigación etiológica, en la demostración de la existencia del gonococo. Y así únicamente se puede comprobar el resultado del tratamiento y se puede distinguir la verdadera blenorragia de una metritis postgonocócica. El moderno tratamiento de aquella afección debe descansar en los siguientes principios: 1.º La muerte del gonococo, en lo posible sin aumentar la secreción ni la inflamación de la mucosa (*terapéutica bactericida*). 2.º Después de destruir el gonococo, combatir los síntomas clínicos que persistan (*terapéutica astringente*). La terapéutica bactericida más eficaz se conseguirá, sin duda, con el uso de los preparados albuminosos de plata, con los cuales, aun en soluciones muy débiles, se puede conseguir la destrucción de los gonococos en un espacio de tiempo no muy largo. Al lado de esta acción bactericida poseen aquellos preparados la propiedad de actuar profundamente, pues contienen el metal *enmascarado*, por decirlo así, y no le permiten formar combinaciones con los líquidos del organismo (protargol, arginina, etc.) Después se pasará a una terapéutica a la vez antiséptica y débilmente astringente (nitrato de plata, citargán, albargín, argentamina, etc.) Se terminará empleando productos no antisépticos, sino sólo astringentes (sulfato de zinc, bismuto, alumbre, etc.) La terapéutica fundada sobre la termolabilidad, aun discutible, del gonococo por medio del electrotermoforo y de la termopenetración, es de un efecto dudoso. El tratamiento interno con los balsámicos sólo se puede admitir como coadyuvante del local: el empleo de una terapéutica exclusivamente interna, debe tenerse como un grave error.

J. H. O.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

Sociedad de oftalmología de Berlín

FEHR: *Del tratamiento operatorio del desprendimiento de la retina.*— Treinta casos con desprendimiento de la retina fueron tratados sistemáticamente por la punción y vendaje compresivo.

En 16 casos fué practicada una vez la punción; en 11, dos veces, y en 3, tres veces. Después de 47 punciones se encontró en el primer reconocimiento 20 casos de completa desaparición del desprendimiento; 16 veces, restos de desprendimiento; 12, bastante pronunciado, pero siempre disminución del que existía antes del tratamiento. En nueve casos se consiguió la curación. Representa, pues, un 30 %.

FEHR recomienda el método por creerlo más provechoso que el de Deut-schmann y Birch-Hirschfeld.

Discusión: T. Schoelez ha obtenido muy buenos resultados con el proce-der de Birch-Hirschfeld. El vendaje compresivo no es tolerado siempre; el ojo se hace muy sensible, la córnea se opacifica y el desprendimiento no des-aparece.

HALBEU recomienda su método de las punciones múltiples de la esclera y coroides. En la punción ordinaria puede ocluir la abertura de la esclerótica algún repliegue de la retina y de esta forma impedir el aflujo de la serosidad.

HIRSCHBERG no ha observado nunca, después de múltiples punciones, que un repliegue de la retina penetre en la abertura de la esclera y coroides.

FEHR no ha observado ningún daño con el vendaje compresivo, y, en cam-bio, ha visto curaciones debidas a él en casos de roturas de la retina.

Sociedad oftalmológica de Viena

TERTSCH presenta un caso de queratitis punteada superficial, de aspecto y marcha poco frecuentes. El enfermo, de 25 años, empezó a sufrir hace ocho semanas de una inflamación de los dos ojos, con edema en la conjuntiva y párpados, infarto de los ganglios pre-auriculares y secreción muy escasa. Este estado le duró cuatro semanas. El tratamiento consistió en el empleo del sero-formo y adrenalina. Al disminuir la inflamación, pero persistiendo la inyección

de la conjuntiva en ambos ojos, aparecieron en la córnea pequeñas manchas gris-azuladas, con límites bien marcados, superficiales, como en la queratitis superficial punteada, pero cuya localización y tamaño varían. En el ojo izquierdo se reúnen las manchas, formando un círculo en medio de la córnea.

Como diagnóstico diferencial con la queratitis superficial punteada existe la superficie casi lisa de las manchas en este caso.

La sensibilidad de la córnea es normal; la agudeza visual es normal igualmente, aunque existen sobre la pupila algunas manchas. El examen bacteriológico no dió resultado ninguno, y, sin embargo, se trataba sin duda de un proceso infeccioso. Los ganglios pre-auriculares están aún 18 semanas después infartados.

Discusión: Krämer ha tenido él mismo una queratitis punteada superficial, al terminar un catarro conjuntival que presentaba un aspecto radiado y que Inchs interpretaba como infiltración a lo largo de las ramas nerviosas. Desaparecían para volver, sin que al fin dejaran ninguna huella de su paso.

La queratitis superficial punteada que se presenta después de la conjuntivitis aguda, se presenta cuando los fenómenos inflamatorios disminuyen, y sin que el enfermo note ninguna molestia. Los enfermos notan una mañana que ven todo como envuelto en niebla: la irritación ciliar es muy rara, sin embargo hay casos con fuertes manifestaciones inflamatorias, fotofobia, lagrimeo, etc. A Krämer le duraron diez días, formándose después vesículas transparentes. La agudeza visual había disminuído a pesar de que la mitad superior de la córnea se hallaba libre de erupción. Después se formaron algunas manchas típicas en el territorio de la pupila, y más tarde, aquí y allá, pequeñas desigualdades en la superficie de la córnea, a pesar de lo cual la agudeza visual aumentó.

MEISSNER hace la observación de que muchos casos tratados con el lápiz de sulfato de cobre fueron seguidos de queratitis punteada superficial.

V. REUSS vió la enfermedad por primera vez en 1888. Empieza como catarro, el cual no ha tolerado los toques con el lápiz. También se presenta bajo el cuadro de la queratitis eczematosa.

TERTSCH ha visto casos de queratitis punteada superficial, los cuales no fueron nunca tratados por los toques con el lápiz. Hay cuatro formas de queratitis, que son: 1.^a, la que empieza con fuerte conjuntivitis; 2.^a, la que pertenece al herpes de la córnea, que empieza con fiebre; 3.^a, erupción de flictenas muy pequeñas en la córnea (queratitis miliar); 4.^a, la que aparece después de la aplicación de un vendaje en el catarro con mucha secreción por reblandecimiento del epitelio.

Necrosis de un mioma durante el puerperio.—Una primípara, de 50 años de edad, que tenía miomas múltiples que sobrepasaban el nivel del ombligo, abortó durante el cuarto mes de su gestación, sin que se pudiera atribuir a una causa determinada la interrupción del embarazo. Al quinto día después del aborto fué trasladada al Hospital, porque desde tres días antes vomitaba, no había hecho ninguna deposición y tenía fiebre. La exploración descubrió una peritonitis generalizada; el vientre distendido al máximum; pulso, 140; temperatura, 38,4. En tal estado no se pensó siquiera en intervenir, y la enferma murió al poco tiempo.

En la autopsia se vió que padecía de fibromas múltiples, de los cuales uno, del tamaño de un puño, se encontraba adherido al fondo del útero por un delgado pedículo y al intestino por medio de numerosas adherencias. Este fibroma estaba completamente necrosado y en descomposición icorosa. La peritonitis supurativa se mostraba con mayor intensidad en la zona de unión entre el tumor y el intestino, lo cual nos hizo suponer que aquél fué el punto de origen. El útero vacío; pero existía una endometritis muy acentuada, principalmente en el punto de inserción de la placenta.

La necrosis debió de producirse por la acción de toxinas (en el sentido en que *Ribbert* le acepta); en favor de esta opinión está el hecho de que otros muchos fibromas en este caso (también los muy pequeños) presentaban una necrosis central, demostrable macro y microscópicamente.

Después que la necrosis se hubo declarado en el fibroma, vinieron la peritonitis y las adherencias al intestino, y de éste, ya alterado, pasaron secundariamente bacterias que provocaron la gangrena.



Löwit: Presenta una pieza anatómica con un embarazo intersticial. La enferma era una mujer de 56 años que fué operada el 51 de marzo de 1911. El último período le había tenido en noviembre de 1910, en diciembre se presentó una hemorragia, 8 días antes de la fecha en que debía corresponderla la menstruación: duró 4 días. En los últimos días de enero de 1911, nueva hemorragia, la cual duró 16 días. Al mismo tiempo tuvo algunos dolores no muy intensos en el vientre y vahidos que se repitieron varias veces. Dos días antes de ser admitida en el hospital se presentó fiebre, dolores, cólicos en el vientre, vómitos y vahidos.

Quando entró en el hospital la enferma estaba acolapsada, el abdomen ligeramente timpanizado, en el lado derecho del bajo vientre había una gran sensibilidad a la presión y gran defensa muscular. El útero, en anteflexión, es-

taba aumentado de volumen, ofreciendo un tamaño correspondiente a una matriz en el tercer mes de la gestación. En la pelvis no se encontraba tumoración, ninguna, ninguna zona que ofreciera resistencia al tacto. El diagnóstico quedó fluctuando entre embarazo con un ataque agudo de apendicitis y una rotura de un útero en gestación.

Al practicar la laparotomía se encontró en la cavidad de *Douglas* y en la del ₂ vientre como unos 250 gramos de un líquido sanguinolento. El útero estaba aumentado de volumen, el cuerno derecho de la matriz muy dilatado. Su pared, muy adelgazada y tensa, presentaba una coloración azulada, semitransparente, en su cara posterior un pequeño orificio que se rasgó e hizo mayor al atraer el útero hacia arriba y adelante. Por la hendidura apareció el huevo desgarrado, detrás de él un feto de nuevo centímetros de longitud, y después la placenta

La posición del saco, con relación al ligamento redondo, y su situación hacia adentro y encima del mismo, me convencieron de que se trataba de un embarazo intersticial

Extirpé el útero, porque el vaciamiento de la cavidad donde estaba el huevo y acaso la excisión y consiguiente sutura de la misma, no me ofrecían la seguridad de que no se repitiera la hemorragia.

El curso fué bueno.

En un corte frontal de la matriz se puede ver claramente que el saco embrional se había desarrollado en la porción intersticial de la trompa, y se observa muy bien el desarrollo intramural de la placenta y del huevo.

J. H. O.

BIBLIOGRAFÍA

Concepto e importancia clínica de la anafilaxia, por C. Sáinz de los Terreros, médico de Sanidad militar, Madrid 1912.

En un folleto de 16 páginas ha dado a luz el laborioso médico de Sanidad y conocido publicista doctor Sáinz de los Terreros esta comunicación presentada a la Sociedad Ginecológica Española. Después de una sucinta noticia sobre el concepto de la anafilaxia, la manera de provocarla y las circunstancias en que se produce, refiere el autor dos casos recogidos por él en la clínica. Es sobre todo muy notable y digno de estudio el segundo (un niño en el cual se presentaron los fenómenos anafilácticos al recibir la primera inyección de suero antidiftérico: nunca antes de esta se le había administrado suero de ninguna clase). En el otro caso se trataba de un nefrítico, a quien se le había administrado una inyección de suero serenal de cabra de vena 20 centímetros; la segunda inyección se hizo a los cuatro días de la primera. Los fenómenos anafilácticos fueron ligeros, pero evidentes.

Termina el interesante trabajo exponiendo los recursos de que disponemos para combatir esta singular afección, todavía poco conocida experimental y clínicamente.

J. H. O.

NOTICIAS

CONGRESOS

El IV Congreso internacional de Fisioterapia tendrá lugar en Berlín del 26 al 30 de marzo. El Congreso se dividirá en cuatro secciones: Balneo y climatoterapia; electro, radio y röntgenterapia; kinesioterapia; dietética. Habrá una sesión general cuyo tema es: *tratamiento físico de los trastornos circulatorios*. Ponentes son: *O. Müller-Tubinga, Vázquez-Paris, Wide-Stokolmo*. Secretario general del Congreso, Dr. *Immelmann-Berlín, W, 35, Lutzowstr 72*.



El IX Congreso de médicos y cirujanos de América se reunirá en Washington del 6 al 7 de mayo. Los dos temas principales son: *Estudio de la función renal y Sobre el desarrollo de los tejidos in vitro*.



El próximo Congreso de las sociedades alemanas de Dermatología se celebrará en Viena en los días 19 y 20 de septiembre.



La sección IX del *XVII Congreso Internacional de medicina*,—Londres, agosto de 1914—, corresponde a oftalmología, siendo presidente de ella Sir Henri Swanzy.

Los temas a discutir son:

1.º *Patogenia de las nocitis crónicas con excepción de las formas sífilítica, tuberculosa y simpática*. Ponentes: Profesor Tuchs, de Viena, y profesor Schweinitz, de Filadelfia.

2.º *Las operaciones contra el glaucoma y estudio comparativo de la iridectomía y sus similares*. Ponentes: Profesor Lagrange, de Bordeaux, y profesor Priestley Smith, de Birmingham.

3.º *Enfermedades de los ojos, producidas por la acción no apropiada de la luz*. Ponentes: Profesor Carl v. Hess, de Würzburg, y John H. Parsons, de Londres.

4.º *La anafilasia en su relación con la oftalmología*. Ponentes: Doctor V. Morax, de París, y doctor A. v. Szily, de Freiburg.



Congreso internacional de oftalmología.—En el mes de agosto de 1914, tendrá lugar en San Petersburgo el duodécimo Congreso internacional de oftalmología.

Es presidente de honor el profesor Arnaldo Angelucci, de Nápoles. Los miembros corresponsales en España son los doctores Marquez, de Madrid, y Arruga, de Barcelona.

Los temas oficiales a discutir son:

La etiología del tracoma y La nutrición del ojo.

Según la última estadística oficial publicada en Italia, el movimiento de su población en los 40 últimos años ha sido el siguiente:

El año 1872 había 27 millones de habitantes: en los 40 años ha aumentado en números redondos nueve millones. Aumento debido casi exclusivamente a la disminución de la mortalidad, pues mientras en el año 1872 murieron 30 por mil habitantes, en el año 1910 (después de un descenso progresivo) no fallecieron más que 19,64 por mil. Los partos, que han disminuído proporcionalmente, han aumentado en absoluto cerca de 100.000 al año, comparados los habidos en el año 1910 con los de 1872.

El número de partos es menor en las grandes ciudades que en el campo. Así, por ejemplo, mientras en Bolonia hubo entre 1.000 habitantes sólo 21,30 partos, en Milán 23,3, en Florencia 21, en Roma, 24; hubo en Emilia (perteneciente a la región de Bolonia) 35,7; en Lombardia 34,3, en Toscano 30 y en Lacio (campaña romana) 29,80

La cantidad de microbios del agua destilada de las farmacias

Müller ha analizado el agua destilada de muchas farmacias, encontrando en la mayor parte un número de gérmenes que oscila entre 100.000 y 700.000. Sólo tres veces este número era inferior a 100.000. En alguna ocasión pasaba del millón.

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

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

Su uso facilita la digestión y
evita las enfermedades que se
adquieren por el consumo de
aguas impuras.



Reconocida como
la mejor
agua de mesa



AGUA

DE

HOZNAJO



Analizada por
el Dr. Cajal



Recomendada fre-
cuentemente
por la clase médica.

DEPÓSITOS EN SANTANDER

Farmacia del doctor Hontañón.
Droguería de Pérez del Molino y C.^a

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA

EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

**Elaborado á base de produc-
tos purísimos**

—
PÍDASE EN TODAS PARTES

El mejor tónico

VINO PINEDO

Coca, Kola, Guarana, Cacao y Fósforo orgánico asimilable

Indispensable á las señoras embarazadas, jóvenes débiles, niños y ancianos.

No es amargo ni produce estreñimiento, por eso es el MEJOR TÓNICO.

PREMIADO EN LAS EXPOSICIONES
DE
PARIS, MARSELLA, ANGERS, LONDRES, MURCIA Y BUENOS AIRES
MEMBRE DU JURY (Hors Concours) PARIS

PINEDO

CRUZ, 6 Y GRAN VÍA, 8
BILBAO

AGUAS MINERO-MEDICINALES DE FONTIBRE (Reinosa)

Clorurado sódicas, sulfatadas cálcico-magnesianas, radiactivas
Declaradas de utilidad pública por real orden de 20 de agosto de 1912
SUS SIMILARES, Cestona y Carlsbad (ALEMANIA)

Especialización: Las braditrofias en general, dispepsias gástrica é intestinales, combatiendo el estreñimiento habitual, enfermedades del hígado y sus vías biliares, riñón y vejiga de la orina.

PÍDANSE EN FARMACIAS Y DROGUERÍAS

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

== INGENIERO ELECTRICISTA ==

Rayos X con transformador á chispa intensiva para la radiografía instantánea y á distancia.

Interruptores turbina con aislamiento á gas del alumbrado, para evitar la emulsión del mercurio.

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encebamiento inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Uítrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA.

APARATOS PARA LAS CIENCIAS

CARLOS DE LA CUESTA, CONSTITUCIÓN, NÚM. 7.—VALLADOLID

Esta Casa se encarga del suministro de aparatos e instrumental de medicina, cirugía, laboratorios, gabinetes de física, química e Historia natural, á los precios originales de las casas constructoras, cuyos catálogos pone á disposición de sus clientes.

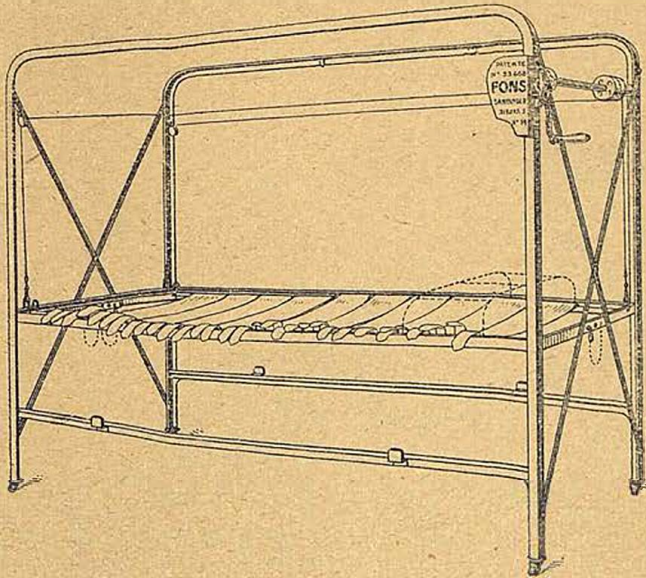
Microscopios, microtomos, aparatos de polarización y análisis de sangre, de la Casa C. REICHERT DE VIENA.

Modelo ESPAÑA, del doctor López García, con platina giratoria, condensador desplazable por charnela, dos diafragmas iris, tornillo micrométrico lateral, dos objetivos a seco, uno de inmersión homogénea y dos oculares. Aumentos de 60 á 1.350.

Pesetas 585, franco de todo gasto, en cualquiera estación del ferrocarril.

APARATO DE SUSPENSION PATENTADO

FONS.—Ribera, núm. 9. — Santander



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

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

MICROSCOPIO LEITZ

GRAN MODELO STATIV A.

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

Revolver para tres objetivos.

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

Oculares compensadores, 2, 8, 12 y 18.

Ocular con micrómetro 4.

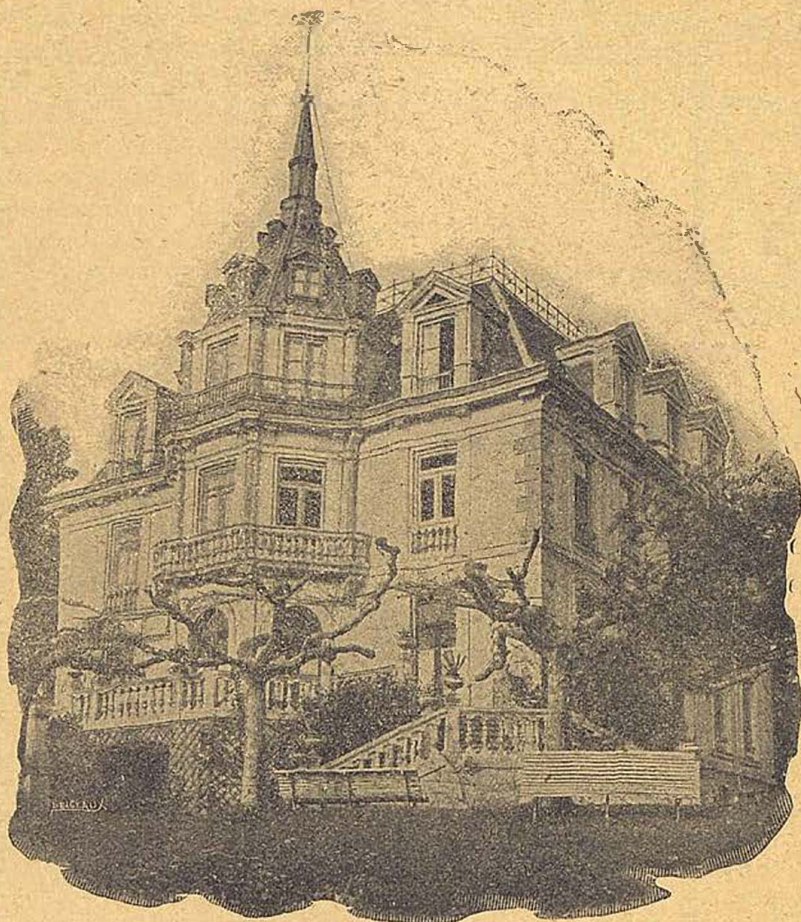
Ocular de dibujo número 111.

Aumento desde 8—2.850 diámetros.

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

PEÑACASTILLO-SANTANDER

Sanatorio médico del DR. MORALES



Esta villa magnífica, hoy transformada en casa de curación, es una de las más bellas y 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 a 20 enfermos. Las habitaciones amplias, higiénicas y cómodas en general, son decoradas con lujo, porque no admitiendo enfermos infecciosos, nada se opone a que disfruten de las comodidades que el arte proporciona.

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

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

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

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

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

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

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

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabétes y clcrosis.

Intoxicaciones crónicas.

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

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR

HEMOGLOBINA ASIMILABLE

TÓNICO DINAMOTÓRO

STEINGRE

HEMOGLOBIN

ASOCIADA A

Amargos
Angostura, Condurango
Nuez vómica y
dinamotóro



Producto estable

Muy aceptado por la clase médica por
*** acción aperitiva inmediata, ***
*** reconstruyente del estado general ***

R. STEINGRE

FARMACÉUTICO

24-Cuatro Santos-24-CARTAGE

De venta en todas las farmacias de España, México y Cuba.
Los señores Médicos que deseen hacer experimentación clínica
te prebando, sírvanse pedir muestras, indicando estación ferrocarril
próxima, y se les remitirán libres de todo gasto. La carta que no in
estación no será atendida

HEMOGLOBINA ASIMILABLE

TÓNICO DINAMÓFORO

R. STENGRE

HEMOGLOBINA
ASOCIADA A

Angostura, Condurango
[amargos

Nuez vómica y Kola
dinamóforos

Producto estable



Muy aceptado por la clase médica por su
* * * * acción aperitiva inmediata, * * * *
* * reconstituyente del estado general * *

R. STENGRE

FARMACEUTICO

24-Cuatro Santos-24--CARTAGENA

De venta en todas las farmacias de España, México y Cuba.

Los señores Médicos que deseen hacer experimentación clínica de este preparado, sírvanse pedir muestras, indicando estación ferrocarril más próxima, y se les remitirán libres de todo gasto. La carta que no indique estación no será atendida.