



Fig. 5. — El reflejo solar en un simpaticotónico.

que excitaban el plexo y obtenían la producción del reflejo.

Vías que sigue.—El plexo solar como es sabido, está en relación con filetes que provienen de neumogástrico y con otros que llegan del esplácnico; por otro lado, está en relación con diversos órganos abdominales. Las experiencias de BROWN SÉQUARD, demostrando que la muerte brusca por choque no se producía después de la sección de los neumogástricos, parecían indicar que el influjo centrípeto, pasaba por estos nervios. Las experiencias de CLAUDE y sus colaboradores, demostrando que el reflejo solar existe si la sección de los vagos se practica en el cuello y que en cambio la sección de los esplácnicos impide la producción del reflejo, demuestran según estos autores que se trata de un reflejo de arco largo, interesando las células de los centros cere-

bro-espinales y cuya vía ascendente seguiría las fibras nerviosas del esplácnico.

Ahora bien, la sección baja de los neumogástricos impide la producción del reflejo y la sección a nivel del cuello no la impide. Hay que negar por esto el papel que desempeñan los vagos? ¿No sería más lógico pensar que el arco se cierra en el corazón y que si el reflejo deja de producirse cuando se seccionan los dos nervios a un nivel inferior a los filetes cardíacos se corta la comunicación con el corazón y en cambio ésta continúa existiendo cuando la sección se practica a nivel del cuello?

Por otro lado el hecho de que el reflejo exista tanto en individuos vagotónicos como en simpaticotónicos, podría indicar que la excitación no determina sistemáticamente efectos positivos sobre el esplácnico o sobre el neumogástrico, sino que todo depende del estado del sistema neuro vegetativo del sujeto en experiencia.

BIBLIOGRAFIA

ANDRÉ-THOMAS y ROUX J. CH. Sur les modifications du pouls radial consécutives aux excitations du sympathique abdominal. *C. R. de la Soc. de Biolog.* 78, p. 857, 1914, 1.
 ANDRÉ-THOMAS. Le réflexe coeliaque. *Schweisch. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie*, 13, p. 617, 1923.
 CLAUDE, H. Le réflexe du plexus solaire. *C. A. de la Soc. de Biologie*, 84, p. 294, 1921.
 CLAUDE H. GARRELON, L. y SANTENOIGE D. Le réflexe solaire. *Journ. de Phys. et de Pathol. gen.*, 22, p. 858, 1924.
 CLAUDE H., TINEL J. y SANTENOISE D. Influence du repas sur les réflexes oculo-cardiaque et solaire. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 88, p. 1112, 1922.
 FRIBOURG-BLANC y HYVERT. Courbe oscilométrique et réflexe oculo-cardiaque. *Arch. des Mal. du Cœur*, Agosto 1925, p. 513.
 GUILLAUME A. C. Vagotonies, sympathicotonies et neurotonies. *Masson et Cie.*, 1925.
 SODERBERGH G. Sur les moyens actuels d'exploration du système sympathique en clinique et leur valeur. Comunicación a la *VIII. Réun. Neurol. inter. annuel*, Paris, 1-2, Junio 1926.

QUISTES DEL OVARIO COMPLICANDO EL EMBARAZO Y EL PARTO

por el doctor

S. DEXEUS FONT

Antiguo médico interno en la Maternidad de Barcelona

La asociación de un quiste del ovario con el embarazo no es una complicación banal de este último. Su frecuencia es diversamente apreciada por los distintos autores; TREUB da la cifra de un caso por cada 2.500 partos que puede considerarse como un promedio bastante cercano a la realidad.

Esta relativa rareza me ha movido a publicar las dos adjuntas observaciones, que pueden sugerir además algunos comentarios sobre los siguientes puntos: 1.º influencia de la gestación sobre el neoplasma: 2.º diagnóstico exacto: 3.º tratamiento.

Primera observación: Distocia por quiste del ovario previo, incluso en la excavación pelviana. Cesárea y ovariectomía. Feto vivo. Curación.

El día 21 de Marzo de 1926 soy llamado a San Sadurn de Noia, cerca de una joven primípara de 23 años. El médico de cabecera, Dr. PLANAS, había comprobado el comienzo del tra-

bajo 48 horas antes y viendo que éste se alargaba desmesuradamente sin progresión evidente, pide la colaboración de un colega.

A mi llegada, encuentro la parturienta en buenas condiciones generales, sin temperatura y con buen pulso. Exámen externo: presentación de vértice libre a nivel del estrecho superior. Altura uterina 40 cm. Por palpación mensuradora, imposibilidad de hacer penetrar la cabeza fetal dentro de la excavación a pesar de una arquitectura pelviana, a primera vista, satisfactoria. Tonos cardíacos fetales normales. Exámen vaginal; dilatación de 9 cm. bolsa amniótica íntegra, piriforme que llega cerca de la vulva. Cabeza fetal alta, difícilmente alcanzable por los dedos que tactan. Por detrás de la presentación, borrando el fondo de saco vaginal posterior, tumoración del Douglas que desciende profundamente en la cavidad pelviana; ligeramente renitente, no sólida, continúa su pedículo hacia el interior de la cavidad abdominal. Diagnóstico: tumor previo, fibroma o quiste, probablemente quiste del ovario. Es transportada a la Clínica Santa Madrona.

Con anestesia raquídea (0'12 gr. novocaina), practicamos: 1.º cesárea clásica, extrayendo un feto varón, de 3,800 gramos fácilmente reanimado, alumbramiento y sutura de la matriz; 2.º enucleación y extirpación en bloc de un quiste del volumen de una cabeza fetal, unilocular, unido por un largo pedículo al mesovario izquierdo. Curso post-operatorio normal. Lactancia materna.

2.ª observación: Quiste dermoideo del ovario izquierdo, desarrollado enormemente durante el embarazo. Operación en el 8.º mes. Continuación del embarazo. Parto espontáneo de término.

Primípara de 24 años; casó hace 8 meses. Menarquia a los 13; tipo 3/30; indolora, sin la más leve fenomenología abdominal.

A los pocos días de la primera falta menstrual vemos a la enferma; cuello uterino por encima de la sínfisis púbica.

Cuerpo uterino basculado hacia el Douglas.

Diagnóstico: retroversión uterina (y, embarazo?).

No nos es posible encontrar tumoración genital ninguna, a pesar de ser enferma que, por la delgadez de sus cubiertas abdominales, es perfectamente explorable.

A los dos meses de amenorrea vemos nuevamente la enferma, el aumento de volumen uterino es perceptible y diagnosticamos gestación en útero retroverso. Tratamiento expectante y posición genu-pectoral.

A los 4 meses de amenorrea, el cuello uterino ha abandonado su primitiva situación, ocupando el centro de la excavación, pero la tumoración abdominal es de volumen desproporcionado con la época del embarazo.

La altura de éste, desde la sínfisis pubiana hasta su fondo, es de 28 cm.

A los 5 meses, aquella desproporción se acentúa y al exámen abdominal, encontramos una tumoración supra-sinfisaria del volumen de un embarazo de 4.º o 5.º mes, flanqueada hacia arriba y hacia la izquierda de una tumoración voluminosa líquida y fluctuante que llega cerca del apéndice xifoides. Entre las dos masas ninguna zona sonora; solamente un surco claro de separación, oblicuamente dirigido de arriba abajo y de derecha a izquierda.

A los 6 meses de amenorrea, óvense bien los latidos fetales. Se impone el diagnóstico de embarazo y quiste del ovario. Operación el 1.º de Julio de 1926, al finalizar el séptimo mes del embarazo. Anestesia mixta. Ovariectomía. Extracción de un quiste que no puede ser extirpado sin ser vaciado con el trocar por la brecha operatoria y del que obtenemos unos siete litros de un líquido ligeramente opalescente. Amplio pedículo del quiste sobre el mesovario. Ligadura a prudencial distancia y peritonización. Curso post-operatorio excelente. Morfinización en los 4 primeros días. El examen de la pieza demuestra un quiste dermoideo del ovario, unilocular y en su pared encuéntrase materia sebácea, substancia cartilaginosa y tejidos de estructura ósea, recordando de preferencia los huesos planos.

El embarazo continúa su curso normal y el 11 de Octubre nace espontáneamente. La duración total del parto es de 9 horas, de las cuales una solamente es de período expulsivo. Feto hembra de 4.200 gr. Pequeño desgarro de periné; un crin. Puerperio normal. Lactancia materna.

Diagnosticar un quiste del ovario, complicando un embarazo exige una exploración completa y cuidadosa. Un quiste abdominal es en general de diagnóstico fácil, particularmente en los primeros meses y sobretodo si está situado a los lados del útero. Los situados por detrás de éste pueden pasar fácilmente desapercibidos e igualmente los del fondo. Los ante-uterinos son fácilmente perceptibles y delimitables del útero grávido.

Cabe, empero, la confusión de un quiste unilocular ante-uterino, de dimensiones voluminosas y que esconda completamente el útero, con un hidramnios.

La tumoración abdominal que se palpa es juzgada como un huevo con exceso de líquido amniótico. Y se desconoce la existencia de la matriz grávida colocada por detrás del quiste.

En nuestra segunda observación esta diferenciación se impuso y fué solamente gracias a un compás de espera de algunas semanas de duración, que llegamos al convencimiento de la coexistencia de la gravidez con un quiste. En el quinto mes, pude cerciorarme de que las partes fetales no penetraban en todos los ámbitos de la tumoración abdominal y eliminé en esta forma el hidramnios.

En cambio, no abordé siquiera la diferenciación con un útero mal conformado (útero unicorn, uterus arcuatus) de que tanto hablan los clásicos, pues la falta de correlación entre la época de la gravidez y el volumen abdominal implicaban la existencia de algún otro factor patológico, admitiendo incluso una posible anomalía de forma del órgano gestante. Finalmente, cuando se apreciaron dos tumoraciones de caracteres distintos y bien delimitadas entre si por un surco de separación, la labor aclaratoria fué extraordinariamente facilitada.

He insistido particularmente sobre este punto porque las consecuencias de un error diagnóstico de esta clase, son particularmente desagradables para la enferma... y para el práctico. Si ante fenómenos de compresión cada día crecientes y posibles tanto en el quiste de marcha rápida como en el hidramnios agudo, creemos erróneamente en el segundo, la solución terapéutica se impone: disminuir la tensión intra-ovular, practicando la punción a través del orificio externo del cuello. Con ello, con este aborto pseudo-terapéutico se habrá interrumpido el embarazo... y dejado el quiste. Este, libre de la influencia aceleradora de la gestación, verá quizás interrumpida su marcha progresiva. Pero tampoco cabe pensar en su regresión y allí perdurará como testimonio acusador de un error que el vulgo calificará de grosero, pero ciertamente comprensible incluso para el técnico más consumado. *Esperar unos días mejor unas semanas*, si es posible; he aquí la fórmula, siempre que haya embarazo de por medio. Casi siempre se llegará así a la evidenciación diagnóstica y a la mejor vía terapéutica.

En el momento del parto, el reconocimiento de un tumor previo será en general fácil. El fibroma se diferenciará del quiste por su mayor consistencia y en la uniformidad de la misma. Este último en efecto hácese más resistente en el momento de la contracción uterina si la presentación, al comprimir el pedículo, aumenta la tensión líquida intra-tumoral. Este carácter

lo hallaremos naturalmente con más facilidad en los quistes uniloculares. Así pudimos presumir la naturaleza exacta de la lesión en nuestro primer caso. Bueno es recordar además que el tacto rectal será particularmente útil para eliminar los neoplasmas de las paredes pelvianas.

Ya hemos dicho prematuramente quizás, que la gestación ejerce una influencia aceleradora sobre el quiste. Esta es la opinión general, salvo contadas excepciones (TREUB, DE LEE). En nuestro caso segundo aquella fué marcadamente manifiesta. En el primer examen creí encontrarme frente a un útero en retroversión, grávido además. El quiste pasóme desapercibido; colocado detrás del útero, basculándole, colocándole en retroposición, dió lugar a que la masa quística confundierase con el cuerpo uterino al exámen bimanual. No es aventurado suponer que su volumen no debiera exceder en mucho el de una gestación de segundo mes. Diré *ipso facto* que mi enferma de cubierta abdominal muy tenue, era dócil hasta el extremo para el examen. O cometí un error grosero o bien tal como apuntaba antes el quiste era pequeño. El rápido incremento de éste en los meses sucesivos—abstracción hecha del más leve asomo de puntillo profesional—permiten inclinarme con justicia hacia la segunda posición.

Sin casuística personal lo suficiente numerosa es difícil sentar reglas para el tratamiento. Yo creo de todas maneras que en cuanto un quiste tiene individualidad clínica debe ser extirpado.

La distinción entre quiste situado en el abdomen y quiste previo, distinción particularmente útil para el tratamiento en el momento del parto es sobradamente artificiosa. El primero puede al igual que en mi observación segunda, llegar a ocasionar fenómenos de compresión que obliguen a temer una torsión de pedículo que puede forzar a actuar en peores condiciones que durante el embarazo. BRANDESS en un reciente trabajo sobre la cuestión, aboga por respetar la tumoración abdominal si no ocasiona trastornos, pero aconseja en cambio operar en el puerperio en cuanto se ha establecido el diagnóstico. FEHLING, MARTIN y otros se cuentan entre los abstencionistas. Pero como ninguna estadística demuestra una mayor mortalidad de la ovariectomía en la embarazada que en la no embarazada sino más bien al contrario, una cifra más baja en aquella que en esta, debe buscarse la causa del abstencionalismo de ciertos tocólogos, en temor, siempre muy justificado, de una interrupción del embarazo. Prueba de ello es que la mayoría de los que recomiendan la abstención durante aquél, aconsejan la operación en el puerperio, como profiláctica de fáciles accidentes después de la evacuación uterina. Es particularmente provechoso bajo este punto de vista el libro de MAC KENON (*Pregnancy, Labor and Childbirth with Ovarian Tumors*, New-York, 1903, Rebman Co.), que comprende la respetable cifra de 236 ovariectomías practicadas durante el embarazo. Este fué interrumpido en mayor escala (57 % de partos prematuros) cuando la operación se practicó en el octavo mes. En cambio, la cifra más baja la dió el noveno mes (0 % de partos prematuros), si-

guiéndole inmediatamente el cuarto mes (11 % de abortos). Es evidente pues, que al suprimir el neoplasma, se corre en mayor o menor escala el riesgo de interrumpir la preñez. Este riesgo se verá empero considerablemente aminorado eligiendo el momento más a propósito de la intervención. ¿Cuál es éste? La estadística citada de MAC KENON da fe de las interrupciones, pero no de los fetos viables que sobrevivieron y de los que perecieron después de la operación, lo que le resta valor. En el primer trimestre es preferible no operar, la posibilidad de la extirpación del cuerpo amarillo del embarazo acarrea, si la función fijadora de aquél sobre éste es cierta, el temor de un aborto. En el noveno mes, WILLIAMS cree la intervención no indicada, pues los planos abdominales recientemente suturados sufrirán con desventaja el esfuerzo muscular de la parturición. Permítasenos sumar nuestra muy modesta opinión a la del ilustre tocólogo de Baltimore. Creo en cambio a pesar de que las cifras citadas parecen contradecir abiertamente mi opinión, que la época más favorable es el comienzo o a mediados del octavo mes, pues en el caso desfavorable de seguir el parto prematuro a la operación, obtenemos un feto con marcadas garantías de vida. Si, por el contrario, el embarazo sigue su curso, la herida abdominal estará en condiciones de contribuir al trabajo del parto. Subrayemos nuestra opinión con el resultado obtenido en nuestro segundo caso.

El manipular lo menos posible el útero en el curso de la intervención, el mantenerse a prudente distancia de aquel órgano para la ligadura del pedículo, sección del mismo y peritonización, la morfinización post-operatoria durante 3 o 4 días, son detalles de técnica que coadyuvan al resultado.

En el momento del parto, la conducta a seguir variará según las circunstancias. Si el desplazamiento del quiste es fácil, podrá terminarse el parto por las vías naturales; pero nunca habrá que recurrir a extracciones forzadas, peligrosas para madre y feto. La misma punción o incisión del quiste por vía vaginal tendrá raras indicaciones.

Si no se puede alejar el quiste de la cavidad pelviana la vía abdominal será la preferida. Unos aconsejan la cesárea previa, seguida de la extirpación del quiste. Esta técnica fué necesaria en mi primer caso, pues sin el vaciamiento del contenido uterino era imposible enucleo el quiste incluído en la cavidad pelviana. Esta técnica, poco peligrosa para la madre, es la que dará mejores resultados fetales. La creo muy superior a la ovariectomía, seguida inmediatamente de la extracción fetal, por las vías naturales, estando el vientre todavía abierto. La dilatación no siempre permitirá una extracción rápida; en cabeza no fijada la operación de elección será la versión, de mortalidad fetal siempre muy cargada, particularmente en las primíparas.

En cambio, si el huevo ha permanecido largas horas abierto antes de la intervención, es preferible recurrir a las maniobras por vía baja después de la ovariectomía y cerrar el abdomen después de completado el alumbramiento, con lo cual daremos mayores garantías a

la madre. Finalmente, si el quiste está incluido y es preciso recurrir a la cesárea, a pesar de tratarse de un caso impuro, recúrrase a la supra-sinfisaria, dejando un Mickulics, o practíquese la histerectomía si las condiciones de septicidad del contenido uterino hacen juzgar peligrosa la conservación del órgano.

EL TRATAMIENTO ANTI-SIFILÍTICO BAJO EL CONTROL SIFILIMÉTRICO

por el doctor

X. VILANOVA

Médico del Hospital Clínico, de Barcelona

En el mes de junio del corriente año, nuestro compañero en la especialidad Dr. CARRERAS dió ocasión a los lectores de ARS MEDICA de conocer, aunque someramente, las ventajas de la sifilimetría. Hoy nosotros, convencidos de la bondad de esta doctrina, que tan combatida ha sido, principalmente por los desconocedores de la misma, volvemos al mismo tema para ampliar uno de los conceptos, y quizás el más fundamental, sobre el que se apoya. Nos referimos a la medida de la infección sifilítica.

VERNES, acaso con un poco de énfasis y fatuidad, tituló su doctrina, nacida en el amplio laboratorio del Dr. SABOURAUD en el venerable hospital San Luis, de París, con el nombre de Sifilimetría. Fué suficiente, como tantas veces ha ocurrido, que el nombre pareciera inadecuado, para que, las huestes enemigas de toda medida pondera] en Medicina, empezaran sus ataques contra esta medida de la infección sifilítica que tan gran importancia social debía adquirir pocos años después. Indudablemente, si se quiere dar un valor absoluto a las palabras, medir con una simple reacción serológica el número de espiroquetas que infectan un organismo puede parecer una puerilidad; pero, como vulgarmente se dice, no nos andemos por las ramas, y antes de recoger las impresiones y formar los juicios que por lo someros podrían resultar muy bien equivocados, ahondemos más el tema, y veamos qué nos da la experimentación del laboratorio. VERNES, con una rigurosidad y un método dignos de todo encomio, buscó la floculación de los sueros normales en presencia de una suspensión coloidal, y observó que éstos, en condiciones óptimas y rigurosamente establecidas, precipitaban dichos sueros bajo tal forma que leyendo la opacidad de la suspensión después de la mezcla, a beneficio del fotómetro que él construyó con la ayuda de BRICQ e IVÓN, daban siempre el mismo grado de opacidad, que denominó con un cero. Operando con el mismo rigorismo científico y en las mismas condiciones físico-químicas de las suspensiones coloidales y de sus mezclas, pero trabajando esta vez con sueros sifilíticos en lugar de normales, vió que la opacidad del floluculado después de la mezcla era mayor, y que por lo tanto el fotómetro en vez de darnos un índice como en la experiencia anterior, o sea 0; arrojaba otro más elevado, debido sin duda a la mayor cantidad de floculado, y que su aumento seguía parejas con

el de la infección sifilítica. Admitiendo como a grado máximo la cifra de 150, quedaba un ancho margen de graduación, para incluir en él todos los casos de sífilis imaginables. Tal suero, nos dará 40 a la lectura fotométrica; tal otro, el arrojar 90 o 100 en parecida lectura, nos demostrará que proviene de un individuo más infectado.

Pues bién, lo anteriormente expuesto, fruto de innumerables trabajos, de los que pueden dar fe las admirables publicaciones de VERNES, esparcidas, ya en la Academia de Ciencias de París, ya en las publicaciones del Instituto Sifilimétrico de la misma ciudad, y en otras Sociedades sabias, es y ha sido objeto de innumerables críticas. ¡Sifilimetría!; ¡intentar medir la cantidad de sífilis!; ¡Qué pretensiones!, y sin hacer caso de los resultados obtenidos, y sin leer siquiera muchas veces lo publicado sobre el asunto, muchos son los médicos que se horrorizan al solo pensamiento de que la sífilis sea tan susceptible de medida como la carne, a beneficio de unas balanzas y unas pesas de latón. Pero, quien tal concepto tiene de la doctrina que exponemos, va errado, y su mismo autor ha dicho que él no ha tenido nunca tal pretensión. Lo que él ha buscado ha sido determinar experimentalmente a qué obedecía la reacción de Wassermann, esta famosa mezcla de líquidos biológicos que el gran biólogo alemán nos dió a conocer en 1906. Todos sabemos en qué se fundaba; los trabajos de BORDET y GENGOU dieron motivo a WASSERMANN para que dijera: Cultivo de treponemas, como representa el hígado de feto heredo-sifilítico, sensibilizado por un suero sifilítico desviará el complemento del suero del cobayo, y posteriormente, al introducir el sistema hemolítico, como que la reacción no será completa, por la falta de un elemento, el complemento, que habrá sido desviado por el primer sistema, la hemolisis no tendrá lugar, y por lo tanto, siendo llamada positiva, quedará demostrado que el suero humano en cuestión procedía de un individuo sifilítico. Pero, *a posteriori*, la especificidad biológica de esta reacción es negada al ver que el antígeno puede ser substituído por una maceración de corazón de buey, e incluso por una suspensión de lipoides. Y es entonces cuando el verdadero mecanismo de la Reacción de Wassermann comienza a aclararse, y se demuestra que la desviación del complemento sólo es debida a un fenómeno de floculación de los coloides puestos en presencia en la reacción. Y VERNES, con un gran sentido práctico, estudia éstos, y sólo después de innumerables experimentos, publica sus famosas curvas de precipitación de los diferentes coloides minerales y orgánicos por los sueros normales y sifilíticos; y observa que sólo en condiciones rigurosas de mezcla y temperatura es posible obtener suspensiones coloidales lo bastante semejantes, para que una vez mezcladas con los sueros humanos, sifilíticos o no, nos den resultados que puedan ser comparables. Y de esta manera, paso a paso, después de innumerables años de trabajo, VERNES da al gran público médico su reacción de floculación, que permite investigar si un suero es normal o bien sifilítico. Pero aun hay más, y sus millares de reacciones han demostrado