

tion of the patient. Saline purges are required from 3 to 4 days previously. Furthermore, the opaque paste should be diluted with 200 grams of magnesium chloride solution taking it in two separate times, in the afternoon from 5 to 7, and in the evening from 10 to 12. Patient is examined while fasting at nine next morning, taking a new paste as in the previous evening.

Normally the appendix appears like a dark line 5 millimetres wide and from 5 to 10 cm. long, coming out of the internal portion of the cecum. The time taken to fill varies.

To perform a good examination of the appendicular region the following is required: the patient in a supine or lying position or in a Trendelburg posture, three to four examinations within 6 to 30 hours following the intake of the paste; to continue the radiographic and radioscopic examinations.

In this way new data can be obtained about the anatomical condition (form, stenosis, position, incurvation) and about the functional condition (fixity, stasis and accurate site of pain) of the appendix also complementary data such as fixity of the cecum and ideal reflex stasis.

ZUSAMMENFASSUNG

Die diagnostischen Schwierigkeiten, welche die Appendicitis immer bietet und im Besonderen die chronische Appendicitis, haben den Autor in seinen Arbeiten über Radiologie des Appendix angetrieben, in dieser einen klinischen Hilfsfaktor zu suchen der "de visu" Daten hinsichtlich des anatomischen und funktionellen Zustandes des Appendix liefert.

Die Radiographie des Appendix, in ihrem doppelten Aspekte—Radiographie und Radioskopie—bedarf einer besonderen Vorbereitung des Kranken, will man ein gutes Resultat erzielen. Es ist nötig, 3 oder 4 Tage vorher salzige abfällige zu benutzen. Ausserdem muss der dicke Brei mit 200 gr. von Chlorür-Magnesium Lösung vermischt werden, die man 2 mal erneut reichen muss: abends von 5-7 und nachts von 10-12 Uhr. Dre Kranke wird nüchtern geprüft um 9 Uhr am folgenden Tage, einen neuen Brei nehmend, wie am vorhergehenden Tage.

Normalerweise zeigt sich der Appendix als dunkle Linie, 5 mm. breit und 5-10 cm. lang, welche von dem inneren Teile des Blinddarmes ausgeht. Die Zeit, welche er braucht, um sich zu füllen ist verschieden.

Um eine gute Untersuchung der appendikularen Region machen zu können ist es nötig, den Kranken in decubitus supinus oder nach Trendelenburg zu legen; 3 oder 4 Prüfungen in der Zeit von 36 Stunden zu machen, nachdem der Brei genommen wurde; fortzufahren mit radioskopischen und radiographischen Prüfungen.

Indem man in dieser Weise vorgeht, kann man Daten erlangen, hinsichtlich des anatomischen Zustandes (Form, Esthenose, Lage, Krümmungen.) und hinsichtlich des funktionellen Zustandes des Appendix (Fixiertheit, Ekstase und bestimmte Lokalisation des Schmerzes) und komplementäre Daten, welche sind: die Fixiertheit des Blinddarmes und die ideal reflektierte Ekstase.

NOTAS GINECOLÓGICAS

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DURANTE EL EMBARAZO

por el doctor

FRANCISCO TERRADAS

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona

Si el embarazo puede contraindicar o simplemente hacer aplazar una operación aunque sólo sea por prudencia, existen buen número de afecciones ginecológicas en las que pasa lo contrario; el embarazo determina la urgencia de la operación.

Corriente es el caso de embarazo y quiste ovárico o mioma que por su tamaño o situación puede dificultar el desenvolvimiento del embarazo, o el parto; menos corrientes son los casos de anexitis, bartolinitis, grandes papilomas vulvares, fistulas urinarias o rectales, que pueden ser causas de infección puerperal, que conviene eliminar cuanto antes.

En la *Rev. Esp. de Obst. y Ginec.* (Nov. 1916) publiqué una nota con 11 casos personales variados; posteriormente he visto algunos más, pero los que más me han llamado la atención son dos casos de adherencias pelviperitoneales que con el embarazo se hicieron dolorosas, obligando por este único síntoma a la intervención pronta. Por ser casos raros y de difícil diagnóstico me veo tentado a describirlos.

1.º C. M., de 36 años, casada; 2 partos, del último hace 10 años. Se presenta a la consulta porque cree estar embarazada y sufre fuertes dolores abdominales. Dice que estuvo siempre bien reglada gozando de buena salud, aunque sufriendo diversos trastornos intestinales que no precisa bien por no haberles dado importancia. Está amenorreica de 5 meses, y ya desde el primero empezó a tener un pequeño dolor en la fosa ilíaca derecha que en el 2.º mes aumentó dándole ligerísima fiebre y algún vómito, pero que duraron pocos días; a los 3 meses reaparecen los dolores, pero sin fiebre, para hacerse ya continuos, aumentando en intensidad a medida que se abulta el vientre hasta llegar a ser intolerables; están localizados principalmente en el hipogastrio y región umbilical, y no desaparecen con el reposo en cama. El abdomen está abultado como de un embarazo de 5 1/2 meses, con todos los caracteres del mismo, sin que se encuentre otra tumoración; la zona dolorosa está, pues, por delante y encima del útero grávido, no aumenta con la presión, pero sí, cuando se ladea el útero sensiblemente. No hay nada patológico, digestivo, urinario, ni hepático.

Diagnóstico.—Embarazo de 5 1/2 meses, sin poder precisar la complicación causal del dolor, aunque suponiendo la existencia de una apendicitis crónica con fuertes adherencias pelvi-uterinas. La intolerancia creciente del dolor al compás del crecimiento del útero y la ausencia de flógosis aguda decide la intervención.

Laparotomía media. Aparece el útero grávido con el fondo y pared anterior tan llenos de adherencias a epiploon, intestino y pared abdominal, que parecen las ataduras de un globo cautivo, siendo la mayor parte delgadas y duras en forma de cordones fibrosos; muchas de ellas hay que romperlas con las tijeras; parecen de larga fecha. Liberado el útero, se encuentra fácilmente el apéndice atrofiado que se extirpa, sin que a su alrededor haya ningún foco especial de flógosis. Se cierra el vientre con una sutura en 3 planos. La enferma se despierta con la agradable sorpresa de no sufrir, y en lo sucesivo no siente ya más dolor, continuando el embarazo su curso normal hasta término. Parto y puerperio buenos sin relajación de la cicatriz abdominal; nunca más ha vuelto a sentir dolor.

Caso 2.º Mujer de 30 años, múltipara, que lleva 4 meses de amenorrea; durante el primer mes tuvo un ligero dolor en la fosa ilíaca derecha, apareciendo luego una pequeña pérdida de sangre por la vulva; algunos días después repite el dolor más fuerte con algo de fiebre; más tarde nuevos accesos dolorosos cada vez más cercanos, sin fiebre, hasta tener dolor continuo en el hipogastrio y sobre todo fosa ilíaca derecha. Se sospecha un embarazo ectópico y en estas condiciones examino a la enferma, encontrando una zona netamente dolorosa a la presión en los sitios ya indicados; la vulva está azulada; el útero reblandecido y del tamaño del puño; la amenorrea es completa desde hace 3 meses.

Diagnóstico.—Por no haber pequeñas pérdidas sanguíneas coincidiendo con el dolor (además de otras razones) desecho el de embarazo ectópico, aceptando el de embarazo de 4 meses con antigua apendicitis y adherencias con el útero y anejos derechos. Recordando el caso anterior, propongo la operación, que es aceptada.

Laparotomía media. Liberación del útero grávido de adherencias muy íntimas en su lado derecho con el apéndice; extirpación de éste, que está grueso, cerrado y con una gotita de pus en su interior. Sutura del abdomen. Curso de la operación y del embarazo, normales, pariendo la mujer a término.

* * *

Ambos casos pertenecen al grupo de las apendicitis sin fiebre o con muy poca, que pasan desapercibidas, no sin haber dejado adherencias permanentes. El embarazo, como hace también muy a menudo la ovulación (he visto mujeres tener un pequeño ataque apendicular cada mes comprobado luego por la apendicectomía) por la congestión pelviana que provoca, puede avivar apendicitis antiguas, sobre todo si hay adherencias y cierta comunidad circulatoria. Pero aunque no haya otro episodio agudo, estas adherencias con el útero, al sufrir un estiramiento continuado, se hacen dolorosas y acaban por ser continuas e intolerables. De aquí que las enfermas acepten fácilmente la intervención, que está indicada precisamente a causa del embarazo y este determina la urgencia.

RÉSUMÉ

L'auteur donne l'exposition de deux cas dans lesquels la grossesse stimula une appendicite, qui s'était passée, sans qu'on l'ait aperçue, à cause de sa symptomatologie peu abondante, mais qui avait laissé des adhérences permanentes pelvipéritoneales. Ces adhérences avec l'utérus devinrent douloureuses par la souffrance d'un étirage continu et exigèrent une intervention pour les libérer, ainsi la grossesse put continuer sans difficultés jusqu'à sa fin.

SUMMARY

Two cases where pregnancy activated appendicitis which had been overlooked because of scarce symptoms but which had left permanent pelviretoneal adhesions. These adhesions to uterus became very painful through continuous pulling and required intervention to liberate them. Pregnancy continued well till the end.

ZUSAMMENFASSUNG

Darlegung zweier Fälle in denen Schwangerschaft eine Appendicitis belebte, welche unvermerkt vorbeigegangen war, wegen ihrer spärlichen Symptomatologie, aber welche permanente pelviretoneale Adhärenzen zurückgelassen hatte. Diese Adhärenzen mit dem Uterus wurden schmerzhaft durch das Erleiden eines fortgesetzten Ziehens und erforderten eine Intervention, um sie zu lösen; auf diese Art wurde die Schwangerschaft glücklich bis zu ihrem Ende fortgesetzt.

RELACIÓN ENTRE EL SIMPÁTICO Y LOS PSICONEUROSIS

por el doctor

M. LAIGNEL-LAVASTINE

Profesor agregado de la facultad de Medicina
Médico del Hospital de la Pitié de París

El estudio de las relaciones del simpático con las psiconeurosis está lleno de dificultades. Con objeto de poner algo en claro, pasaré revista, entre los psiconeuróticos, a los histéricos, los neurasténicos, los psicasténicos y a los individuos afectos de psiconeurosis emotiva, para ver si el *diagnóstico en profundidad*, del que ya llevo expuestos el principio y el método (1), permite entresacar en ellos un factor simpático.

1.º Relaciones entre el simpático y la histeria:

No insistiré en destacar un factor simpático en los histéricos, pues, verdaderamente, el mecanismo psicopático de la histeria está fuera de la simpatología y cuando más, podría decir que en ciertos individuos parece haber acaso una asimetría vaso-motriz en el origen de la hemianestesia.

BABINSKI ha sostenido que la hemianestesia histerica era siempre función de una sugestión médica. Por el contrario, DEJERINE, en un momento dado, sostenía que en los individuos que tenían hemianestesia histerica se encontraba, casi siempre, la abolición del reflejo cutáneo plantar del lado de la hemianestesia y que, consiguientemente, la sencilla explicación de la sugestión aparecía insuficiente.

Hemos tenido en nuestro servicio hospitalario una enferma que presentaba una hemianestesia izquierda ante todos los modos de sensibilidad superficial, hemianestesia que tenía un carácter francamente histerico. Sin embargo, al examinarla, se apreciaba una asimetría ligera, concomitante, de los reflejos simpáticos; particularmente la raya de VULPIAN daba una raya blanca más marcada en el lado anestesiado que en el opuesto. Recordaremos a este propósito el descubrimiento de Claudio BERNARD, a propósito de las modificaciones de la sensibilidad epicrítica consecutivas a la sección del simpático cervical, de que la vaso dilatación comportaba un descenso del dintel de la sensibilidad.

Recordemos, igualmente, las investigaciones más recientes de TOURNAY, que demuestran que hay variaciones del dintel de la sensibilidad cerebro-espinal en función de las modificaciones simpáticas, de

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. Introducción al estudio de las psiconeurosis. ARS MEDICA. Enero 1927.