

raqui a media dosis. Dilatación en 3 minutos; ruptura de bolsa, versión y extracción en 5 minutos.

Alumbramiento espontáneo 10 minutos después.

Recién nacido estuporoso, reanimado por los medios habituales—muerte 48 horas después, como sus dos hermanos:

P=2900; long.=0'51; B.P.=9'3.

Integridad de las partes blandas.

Curso febril, legrado, caldo-vacuna vocal, sulfarsenol. Curación.

L.—Ruptura prematura de la bolsa, desde hacía 9 horas; a término OII móvil, cuello largo, arificio puntiforme.

N.º 183 de 1928. V.P. I gesta—28 años.

El 7 de Febrero, ensayo de evacuación extemporánea; dilatación imposible por la existencia de un anillo fibroso inextensible. Se interrumpe la intervención.

24 horas después, a pesar de las contracciones interrumpidas, el pulpejo del índice no puede forzar un anillo completamente inextensible. Cesárea vaginal. Alumbramiento artificial.

Recién nacido estuporoso fácilmente reanimado.

P=2820; L=0'50; B.P.=8'7.

Curso normal.

RESUMÉ

Sous la action de la rachi analgésie, seule subsiste l'innervation ganglionnaire sympathique de l'utérus parturient qui, de ce chef, conserve à la fois sa contractilité et sa rétractilité comme en font preuve l'absence d'inertie et la fréquence des délivrances spontanées.

Par contre, l'innervation spinale de cet organe est temporairement interrompue et par suite la contracture, quand elle existe, cesse, en même temps qu'une souplesse toute particulière est conférée de ce chef au canal cervico segmentaire.

Tel est le principe sur lequel s'appuie l'Auteur pour la mise en oeuvre de son procédé tout récent, d'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. L'Auteur insiste tout particulièrement sur les conditions requises pour que le procédé soit applicable, ce qui lui permet d'exclure toute modification structurale du col pour ne laisser subsister que l'élément fonctionnel. Les indications s'en trouvent précisées avec beaucoup de soin: les cas où il est opportun de vider sans délai l'utérus. Il se montre extrêmement réservé sur l'application possible du procédé aux accouchements physiologiques qui ne comportent, en principe, ni les risques d'une rachi ni ceux d'une extraction artificielle.

SUMMARY

Under the action of the rachi analgesia there subsists only the sympathetic ganglionic innervation of the parturient uterus which thus maintains both its contractility and retractility, as proved by the absence of inertia and the frequency of spontaneous labour. On the other hand, the spinal innervation of the organ is temporarily interrupted by which the contracture, if present, ceases and at the same time a singular flexibility thus conferred upon the cervic segmentary canal.

The author bases himself upon this principle to employ his recent method of extemporaneous evacuation of the uterus at the end of the pregnancy. He particularly emphasizes the conditions required to apply the principle, which allows him to exclude any structural modification of the uterus leaving only the functional element to subsist. Indications are very carefully determined: those cases where it is opportune to evacuate the uterus without delay. The author is slightly reserved as to the possible application of the method of the physiological labor which, in the beginning, has neither the dangers of a rachi nor those of an artificial extraction.

ZUSAMMENFASSUNG

Unter dem Einfluss der Rückgratsanalgésie besteht lediglich die sympathische ganglionäre Innervation des gebären-

den Uterus weiter, der auf diese Weise seine Kontraktions—und Retraktions—Fähigkeit bewahrt, was durch die Abwesenheit der Inerzie und die Häufigkeit der spontanen Geburten bewiesen wird.

Andererseits wird durch diese Innervation des Rückgrats, so weit dieses Organ in Frage kommt, zertweise unterbrochen, wodurch die Muskelsteifigkeit, falls dieselbe existiert, aufhört. Gleichzeitig wird auf diese Weise dem cervikal-segmentarischen Kanal eine eigenartige Flexibilität verliehen.

Auf dieses Prinzip stützt sich der Autor bei der Anwendung seines jüngsten Verfahrens der vorzeitigen Evakuierung des Uterus am Ende der Schwangerschaft. Der Autor bespricht ganz besonders die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, wenn man dieses Verfahren anwenden will, wodurch jede strukturelle Veränderung des Halses ausgeschlossen wird. Nur dar Funktionieren geht weiter. Er macht genaue Angaben, wann das Verfahren anzuwenden ist. Der Autor zeigt sich ausserordentlich reserviert hinsichtlich der Möglichkeit der Anwendung des Verfahrens in physiologischen Geburten, die beim Beginn nicht die Gefahren einer Rhachitis aufweisen, auch nicht diejenigen einer künstlichen Extraktion.

SINUSITIS FRONTO-ETMOIDO-MAXILAR LATENTE (I)

por el doctor

LUIS SUÑÉ y MEDÁN

de Barcelona

El caso que voy a exponer, se halla revestido de cierto interés, por lo que se refiere a la orientación diagnóstica, en ausencia de síntomas clínicos definidos y a los efectos del tratamiento empleado.

Es el siguiente:

Vicenta M., natural de Albaterra (Alicante), 17 años de edad, constitución sana. A los 8 años tuvo una infección gripal sin consecuencias especiales. Hace 1 año contrajo un catarro nasal con hipersecreción y alguna cefalalgia, de todo lo cual curó en un par de semanas. Hace cosa de un mes apareció un pequeño abultamiento al nivel de la pared interna de la órbita izquierda, que fué creciendo poco a poco hasta alcanzar unas dimensiones comparables a un garbanzo crudo y coincidiendo con desviación del globo ocular hacia afuera. Este último síntoma alarmó a la familia de la enferma, y en consecuencia fué consultado el médico del pueblo, quien mandó a aquella a un radiólogo de una ciudad cercana. Este obtiene una radiografía y diagnóstica un tumor de la órbita y seno frontal, probablemente de naturaleza ósea, proponiendo una extirpación de la neoplasia y aun mejor la radioterapia profunda. No satisfecho el médico de la paciente con tal opinión, decide sea trasladada a Barcelona, para conocer mi criterio, una vez examinada la enferma rinológica y radiográficamente.

Veo a ésta el día 3 de noviembre último. Por inspección exterior nótase, en efecto, una divergencia del globo ocular izquierdo en dirección más horizontal que no inferior. No hay diplopia apreciada por la paciente. Se observa, además, un abultamiento cerca de la comisura palpebral interna, en

(1) Comunicación a la Societat Catalana d'Ortorrinolaringologia. 6
Mazro 1928.

forma de un pequeño relieve redondeado y circunscrito. No hay rubicundez cutánea ni edema. Por palpación se aprecia una masa dura de unos 8 mm. de diámetro, formada, al parecer, por dos mamelones muy próximos, fija, y por lo tanto, adherente, constituyendo parte de la pared interna de la órbita. La presión de esta masa provoca ligero dolor. En cambio, las algias son muy marcadas al comprimir el ángulo supero-interno de la órbita y parte del reborde de esta cavidad.

La rinoscopia anterior muestra una dilatación acentuada de la *bullae etmoidales izquierda*, que empuja el cornete medio contra el tabique y que ofrece un aspecto algo reluciente y enrojecido. Pero no se aprecia secreción alguna en la pituitaria. La cocaína-adrenalina logra retraer algo la mucosa en el angosto espacio que queda entre cornete y la *bullae* y entre ésta y la pared externa de la fosa nasal. Ello no consigue que aparezca pus por ninguna hendidura, ni aun después de haber cambiado la posición de la cabeza de la enferma en dirección hacia adelante y abajo.

Por rinoscopia posterior no proporciona datos de purulencia visible al nivel de la mucosa de la cola de los cornetes ni de la que cubre la pared del seno esfenoidal.

Un minucioso examen efectuado con el *salpingoscopia* o *faringoscopia* permite apreciar pequeñas manchas blanquecinas, mezcladas en algunos puntos con secreción filamentosa, en la parte posterior del cornete medio y zona superior de la región pterigoidea.

La exploración de la fosa nasal derecha resulta del todo negativa.

Por trans-iluminación se observa una opacidad mayor del seno maxilar izquierdo en comparación con el derecho. La iluminación del seno frontal izquierdo es muy difícil a causa del abultamiento antes mencionado, y porque provoca dolores al apoyar el capuchón en el punto correspondiente. De todas maneras, parece notarse una falta de claridad de dicho seno. El derecho tampoco se ilumina bien, probablemente por ser muy pequeño.

Aunque la diafanoscopia delataba una afección del seno maxilar izquierdo, ello no era suficiente para explicar el trastorno ocular. En consecuencia, practiqué dos radiografías de los senos anteriores, que proporcionaron los datos siguientes: opacidad del seno maxilar izquierdo y de toda la región etmoidal, así como del seno frontal del mismo lado. La afección de éste no parece estar muy acentuada, por cuanto se dibujan claramente los contornos de la cavidad. En cambio, las células etmoidales en su parte más interna vense algo más confusas y con destrucción de algún tabique óseo. Una de las células, la más externa, hace algo de hernia en la cavidad orbitaria. (V. la radiografía adjunta).

Por si pudiera dar mayores detalles, hice una radiografía estereoscópica que confirmó las lesiones halladas en las anteriores.

Diagnóstico. La hipertrofia de la ampolla etmoidal, el abultamiento orbitario, y los datos obtenidos por la diafanoscopia y la radiografía, eran signos objetivos suficientes para hacer sospechar un *empíema de los senos frontal y maxilar, y sobre todo, de las células etmoidales anteriores*. Además, como signo subjetivo, el *punto de EWING* indicaba una oclusión del conducto naso-frontal y *empíema frontal cerrado*.

Tratamiento. Propongo una intervención endonasal, en la siguiente forma: 1.º abrir la *bullae etmoidales* y reseca el cornete medio; luego ensanchar el conducto nasofrontal y abertura de las células etmoidales que presentasen purulencia; por vía endonasal y en un segundo tiempo, punción y lavaje del seno maxilar.

Cuando me disponía a anestesiar la región de la *bullae*, al hacer cierta presión entre ésta y la concha

media, se me hundió el estilete en dicha célula etmoidal, lo que provoca un abundante derrame de pus blanco y espeso, que confirmó en absoluto el diagnóstico de *empíema cerrado*. No es del caso describir el acto operatorio. Las pinzas de LUC y de BRÜNING, las de GREINSWALD, el asa fría, las raspas de VACHER y las curetas de MOURE, las cucharillas flexibles, etc., prestaron excelente servicio, dejando ancha brecha del conducto naso-frontal y células circundantes. Hallóse también una célula posterior igualmente infectada, que abrí con las pinzas y mostré una cavidad bastante grande. Luego, con la cánula frontal practiqué un lavado del antro de este nombre, que dió escasa cantidad de pus: éste se había ya evacuado durante la intervención.

Al cabo de dos días puncioné el seno de HIGMOR, que dió asimismo pus, si bien poco abundante y nada fétido.

El curso post-operatorio no ofreció nada de particular. Los lavados del seno maxilar fueron suspendidos al cabo de 8 días, por haber cesado la supuración. En cambio, la cavidad operatoria fronto-etmoidal tardó cosa de un mes y medio en cicatrizar, después de pequeños nuevos raspados y cauterizaciones con nitrato argéntico y tintura de yodo.

Los efectos favorables de la intervención se apreciaron especialmente respecto de la desviación del globo ocular, que recuperó su aspecto normal a los 15 días después de aquélla. El abultamiento orbitario disminuyó lentamente hasta dejar de apreciarse a la vista; en cambio, por palpación notábase en las últimas curas, un pequeño mamelón indoloro que no alteraba nada la fisonomía de la enferma.

Este caso se presta a breves *consideraciones*. Es notable la indolencia del proceso patológico, por cuanto la paciente no experimentaba las algias especiales que suelen acompañar a los *empíemas cerrados*. Además, no había secreción nasal alguna que hiciese pensar en una *piosinusitis*. Tan sólo llamó la atención la desviación ocular y el tumorcito orbitario, que se reputó al principio como una enfermedad oftálmica, no en relación con los senos perinasales. Luego, en vista de una radiografía, quizás obtenida en defectuosa posición, se creyó en una neoplasia ósea frontal. Tan solo dos datos rinoscópicos, diafanoscópicos y radiográficos obtenidos por mí, dieron signos muy probables de ocupación sinusal, confirmados por la intervención.

La latencia, pues, se explica por la dilatación de la *bullae* y el empuje del laberinto etmoidal hacia la órbita, labrándose así un espacio ancho donde se almacenaba el pus. El orificio de la ampolla etmoidal no estaría completamente obstruido, por cuanto se veían pequeños flecos blancos y cierto barniz mucopurulento en algunos puntos de la pituitaria, a beneficio del rinofaringoscopia.

Quizá este pequeño y lento desagüe era suficiente para evitar los efectos de la compresión excéntrica completa del derrame purulento fraguado en las cavidades enfermas, y de ahí, por lo tanto, la falta de las algias por retención que ordinariamente aparecen

cuando el pus se halla en tales condiciones de enquistamiento.

El empleo de la vía endonasal en el caso relatado, dió el feliz resultado que se deseaba y vino a confirmar las ventajas de dicho método, relativamente sencillo, práctico, y que no deja cicatrices ni deformaciones externas.

Por último, precisa hacer constar las excelencias de la radiografía para orientar el diagnóstico de los procesos sinusales, especialmente cuando los demás datos clínicos y exploratorios son muy exiguos o faltan en totalidad. En la enferma referida, el examen Roentgen constituyó un poderoso auxiliar, no sólo para robustecer la idea de una lesión del antro maxilar y laberinto etmoidal, sino también para sorprender un proceso frontal latente, muy difícil de descubrir por los otros medios de investigación.

RESUME

L'Auteur expose le cas d'une malade qui à la suite d'un catarrhe nasal avec hypersecretion et quelque céphalalgie, apparut un petit grossissement à niveau de la paroi interne de l'orbite gauche, qui augmenta lentement jusqu'à atteindre le volume d'un pois chiche cru, le globe oculaire se déviant en même temps en dehors. Au commencement, cette symptomatologie fut attribuée à une maladie ophthalmique: seulement les renseignements diaphanoscopiques, rhinoscopiques et radiographiques, obtenus par l'Auteur, permirent de faire le diagnostic d'empyème des seins frontal et maxillaire et surtout des cellules ethmoïdales antérieures.

Le traitement consista à ouvrir une large brèche et faire des lavements.

SUMMARY

The author describes a case of a woman where after a nasal catarrh with hypersecretion and slight cephalalgia there appeared a small lump at the level of the internal wall of the left orbit which kept on growing slowly till it attained the size of a raw Spanish chick-pea and at the same time the ocular globe deflecting outward. In the beginning this symptomatology was attributed to an ophthalmic disease and only diaphanoscopic, rhinoscopic and radiographic data enabled the author to establish a diagnosis of empyema of both maxillary and frontal sinuses and above all of the anterior ethmoidal cells.

Treatment consisted in opening a broad gap and washing.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor beschreibt den Fall einer Kranken, bei der nach einem Nasen-Katarrh mit Hypersekretion und mit etwas Kopfschmerz eine kleine Anschwellung auf der Höhe der inneren Wand der linken Augenhöhle auftrat, die langsam wuchs und schliesslich die Grösse einer rohen Kichererbse erreichte. Gleichzeitig wurde der Augapfel nach aussen zu aus seiner Lage gedrückt. Anfänglich wurde diese Erscheinung einer Augenentzündung zugeschrieben und erst die vom Autor zusammengetragenen diaphanoskopischen, rinoskopischen und radiographischen Daten erlaubten die Diagnose, dass es sich um ein Empyeme der vorderen und maxillären Schläfen und ganz besonders der vorderen ethmoidalen Zellen handelte.

Die Behandlung bestand darin, dass weit aufgeschnitten und gewaschen wurde.

SARCOMA DE LA LENGUA

por el doctor

A. RAVENTÓS MORAGAS

de Barcelona

Este es uno de los puntos menos conocidos de la patología, debido en gran parte a la rareza de la lesión, y también a los casos clasificados entre otras enfermedades o que han pasado inadvertidos.

Vamos a relatar una observación muy típica de esta enfermedad y haremos después un estudio de conjunto.

Historia clínica: B. C. de Rosas, 47 años, muy fumador, generalmente en pipa, bebe licores en abundancia.

Antecedentes familiares: Padre luético con leucoplasia bucal que degenera en epiteloma que produce la muerte por recidiva después de operarlo, madre fallecida; ignórase la causa.

Antecedentes individuales: Sin importancia, ninguna enfermedad venérea.

Enfermedad actual: Hace unos dos meses, comiendo se clava una espina de pescado en el borde de la lengua, que se extrae, y de la que ya no hace caso por ser indolente; al cabo de tres semanas al enfermo le parece rotar un abultamiento de la punta de la lengua, y preocupado por el recuerdo de su padre, se decide a ver a un médico de la población. Este, teniendo en cuenta sus antecedentes, le hace practicar con muy buen acuerdo una reacción de Wassermann, que resulta negativa. Visto esto le aconseja consultar a un compañero cirujano de Figueras, el cual le practica una punción, que resulta negativa, saliendo sólo unas gotas de sangre. El enfermo decide entonces, por consejo de su médico de cabecera, venir a vernos. Nos cuenta la historia ya citada y hacemos repetir una serología de sífilis por el Instituto Profiláctico, de esta ciudad, que da Wassermann negativo y Vernes cero.

Síntomas objetivos de la lesión: La lengua presenta a la inspección un abultamiento en su parte anterior, cerca de la punta y del borde izquierdo; y en la parte dorsal, en la mucosa, dos pequeñas placas blancas de aspecto leucoplástico, y un punto negro, cicatriz de la punción practicada. A la palpación se encuentra un nódulo del tamaño de una avellana, de consistencia semidura, poco renitente, liso, sobre el cual la mucosa resbala perfectamente, sin presentar adherencias con él, y casi indolente a la presión y nada espontáneamente.

Dada la localización, los caracteres de la lesión y la evolución rápida, nosotros hacemos un diagnóstico de sarcoma capsulado de la lengua y aconsejamos la inmediata intervención. Se practica ésta el día 27 de enero del presente año.

Operación.—Se hace anestesia local, que bloquea la mitad anterior de la lengua, y ayudado por el doctor CONDREMINAS practicamos una incisión horizontal en el borde izquierdo de la lengua, de unos 2 centímetros, y otra vertical en el extremo anterior de la primera, de un centímetro.

Apenas seccionada la mucosa, caemos sobre un nódulo del tamaño de una gruesa avellana, de aspecto fibroso, de color nacarado, que hace creer a los presentes que hemos tenido un error de diagnóstico. Dicho nódulo es enucleado con el dedo, con lo cual aun se afirma más la creencia anterior. La cavidad que deja, sangra poco; pero nosotros, firmes en el sarcoma, practicamos un curetage de dicha cavidad, que capitonamos con puntos de catgut, sutura con catgut y cicatrización de primera intención, excepto en un punto para el que empleamos catgut del 1, que fué digerido antes de acabar la cicatrización. El enfermo, a pesar del tiempo transcurrido, se halla en perfecto estado, sin recidiva ni metástasis apreciable.