

Fig. 10

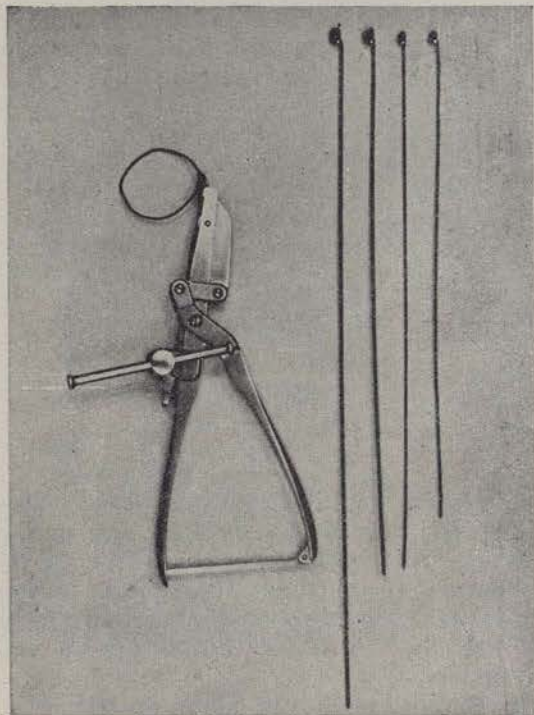


Fig. 11

RESUME

Les ostéosyntheses avec la pince LAMBOTTE et ses fils métalliques pour le cerclage des os longs avec fracture à section oblique, sont supérieures à celles pratiquées avec des fils métalliques courants et des filets de PABARAM.

1.^o Par leur grande résistance qui permet de les serrer avec force sans qu'ils se cassent.

2.^o Par leur adaptabilité à la configuration osseuse.

3.^o Parce qu'ils n'ont pas besoin des aiguilles conductrices, ce qui simplifie l'opération.

4.^o Parce que l'ostéosynthèse reste si solide, qu'à la fin de l'intervention, tandis qu'on procède à l'hémostase, à la suture et au plâtrage, l'aide du médecin ne doit pas recourir à des soins spéciaux pour contenir le membre.

SUMMARY

Osteosynthesis with LAMBOTTE's forceps and its metallic wires for the encircling of the long bones with fracture of oblique section, are superior to those performed with the common metallic wires and PABARAM's ribbons.

1) Owing to the great resistance of the former which enable to tighten them fast without breaking.

2) Their adaptability to the bony shape.

3) They need no conductor needles, which simplifies the operation.

4) Because the osteosyntheses remain so solid that when the intervention is over, while performing the hemostasis, suture and plastering, the assistant does not require any special care to hold the limb.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Knochenaufbau mit der LAMBOTTEPINZETTE und deren Metallfaeden fuer den Verband längerer Knochen mit schiefer Bruchflaeche, ist weit hervorragender als solcher mit einfachen Metallfaeden un PABARAMbaender.

1. Weil die ersteren viel kraeftiger und haltbarer sind, und man sie daher viel staerker anziehen kann, ohne Bruch befuerchten zu muessen.

2. Weil dieselben sich leicht an die Form der Knochen anschmiegen.

3. Weil sie keiner Führungsnadel beduerfen, wodurch die Operation erleichtert wird.

4. Weil der Knochenaufbau so fest und sicher ist, dass es bei Beendigung derselben und waehrend man das Blut stillt, die Wunde zunaeht und den Gipsverband anlegt, keiner besonderen Achtung gebraucht, um das betreffende Glied zu halten.

INFLAMACIONES DE LA GLANDULA PARÓTIDA

por el doctor

FRANCISCO SALAMERO CASTILLÓN

Prof. Ayudante de la Cátedra de Operaciones de Barcelona

Las observaciones clínicas de algunos casos referentes al enunciado de este tema, ha sido el motivo de este trabajo.

Las inflamaciones crónicas de las glándulas salivales se dividen en específicas y no específicas. Estas

últimas son raras y todavía mal conocidas. Los tumores inflamatorios de las glándulas salivales, fuera de la litiasis, son excepcionales, y los pocos casos descritos se refieren a la glándula submaxilar.

Estos tumores inflamatorios simulan un tumor maligno, sarcoma o tumor mixto degenerado, y la confusión clínica es tal, que únicamente el microscopio ha revelado la naturaleza exacta del mal. La patogenia es desconocida. Anatómicamente, se presenta unas veces simulando un tumor mixto, otras veces se trata de una inflamación crónica intersticial acompañada o no de pequeños abscesos miliares diseminados.

Historia clínica n.º 1

Observación clínica 646, 21 Sala general de mujeres, número 6.

Ingresó el 3 de diciembre; sale el día 22 de diciembre. P. M. P., natural de Barcelona, 38 años, casada.

Antecedentes familiares: padre, muerto de hemorragia cerebral; madre, muerta de un traumatismo craneal.

Antecedentes individuales: Tifoidea a los 14 años, fiebre de Malta, a los 21; úlceras varicosas que han curado. Ha tenido dos hijos: vive el primero, el segundo muere a los seis días. Hace 6 años aborto de dos meses.

Enfermedad actual: hace cinco meses ha sido tratada de un mal de Pott, y convaleciente de esta enfermedad, aparece un dolor intenso en la articulación temporomaxilar y parotídea, acompañado rápidamente de trismus y de intensos dolores que se extienden hasta la región gingival y que compara a una sensación de desgarro bucal.

Exploración: Ligero abultamiento mal limitado de la región maseterina y parotídea. Hace diez días presenta diplopía y ligera desviación facial hacia el lado izquierdo. No existe temperatura ni caries dentaria.

La reacción de WASSERMANN, según dictamen de la Cátedra de Sifiliografía es negativa.

La tumefacción difusa de la región parotídea y maseterina aumenta sin presentar síntomas de fluctuación.

Tratamiento de prueba con yoduro potásico a la dosis de cinco gramos diarios, se nota algo de mejoría desde los primeros días, se completa el tratamiento con salvarsán, y es dada de alta completamente curada.

* * *

Historia clínica n.º 2.

J. G. J., de 39 años, casada, natural de Fortacella, provincia de Tarragona.

Ingresó en la clínica general de mujeres n.º 9, el 2 de noviembre de 1927.

Antecedentes familiares: nulos.

Antecedentes individuales: Sarampión en la primera infancia, gripe a los 14 años, bronconeumonía a los 20. Casó a los 22 años. 3 embarazos a término: los hijos viven; ningún aborto. Se dedica a los trabajos de la casa y algunas veces a los del campo.

Enfermedad actual: Hace cuatro meses que tiene un tumor en la región parotídea izquierda que, según refiere la enferma apareció rápidamente. Se levantó de la cama notando parte de la mejilla izquierda abultada, sin que el día anterior notara nada. Dicho tumor los 4 ó 5 primeros días es indoloro, luego se hace extremadamente doloroso. Aparece junto con la tumefacción parotídea.

Exploración: Se aprecia a nivel de la región maseterina, hacia la región parotídea un tumor duro pero no leñoso, del tamaño de una nuez, lobulado, algo movable los planos profundos, doloroso espontáneamente, cubierto por piel normal, sin fluctuación. La separación de las arcadas dentarias apenas deja pasar un dedo.

Diagnóstico diferencial clínico entre actinomicosis, sífilis parotídea y neoplasia de la rama ascendente del maxilar.

Como vía de ensayo se le prescribe yoduro potásico a



Historia Clínica 2

dosis de 6 gr. diarios, y a los tres o cuatro días se nota que el tumor se reblandece y se vuelve más pequeño.

Reacción WASSERMANN.—Retención una dosis de complemento.



Historia Clínica 2

Se le inyecta salvarsán (una serie), y a los 20 días es dada de alta completamente curada; sale del Hospital el 22 de noviembre de 1927.

El trismus es corregido por medio de un abrebotas.

Historia clínica n.º 3.

Consulta particular.—J. R., natural de P. de F. (Huesca), de 37 años, casada.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes individuales: no recuerda haber estado nunca enferma.

Primera menstruación a los 15 años, tipo 5/25, ligera leucorrea de soltera. Casó a los 26 años, ningún embarazo.

Enfermedad actual: Hace un año notó que no podía abrir la boca, pero fué de una manera rápida al propio tiempo que la mejilla izquierda y región parotídea aparecen hinchadas y dolorosas.

Cuando pretende corregir el trismus nota un sabor amargo como si fuera pus o sangre. Según refiere la paciente, cuando apareció el tumor le prescribieron fomentos calientes calmando momentáneamente el dolor.

Pasados dos meses de evolución y viendo que el tumor no disminuye así como tampoco los dolores, y por indicación de su médico de cabecera, se le hace extracción de dos molares sin que se pueda observar en ellos caries.

Exploración: Tumor situado en el lado izquierdo de la cara, región maseterina y parotídea, tumor duro, elástico, no móvil sobre los planos profundos, doloroso espontáneamente pero no a la presión, cubierto por piel adherida y enrojecida. No tiene temperatura.

Separadas con dificultad las arcadas dentarias, se toca el borde del maxilar liso, no pudiendo apreciar de dónde procede el pus y la sangre que la enferma escupe.

En uno de los múltiples exámenes, noté la salida del pus por el conducto de Stenon, y a pesar de comprimir el tumor, no consigo nada, lo mismo que con el cateterismo del conducto.

Diagnóstico diferencial entre actinomycosis, sífilis y neoplasia del maxilar; prescribo como vía de ensayo 6 gramos diarios de yoduro y a los 7 días se reduce bastante el tumor y se corrige algo el trismus con ayuda de un abre bocas.

Reacción WASSERMANN positiva.

Suprimo el yoduro e inyecto bismuto y salvarsán y el tumor descende, pero no tan rápidamente como con yoduro. Vuelvo a prescribir yoduro, pero por la intolerancia tiene que suprimirse y se marcha a su pueblo notablemente mejorada, aunque no completamente curada, por falta de paciencia y de interés.

Pasados tres meses me escribe diciendo que no está completamente curada debido a que no ha seguido más el tratamiento, y le vuelvo aconsejar yoduro y salvarsán.

Historia clínica n.º 4.

(Consulta del Dispensario del Hospital).—A. P. I., natural de C. (Huesca), de 60 años de edad, casado, domiciliado en T. de L.

Antecedentes familiares: nulos.

Antecedentes individuales: No recuerda haber estado nunca enfermo; pequeñas dolencias que curaron sin asistencia médica. Casó a los 30 años con viuda, la cual tuvo con el primer marido cinco hijos, dos varones y tres hembras. De los varones vive uno sano, otro murió ahogado. Las tres hembras murieron en la primera infancia: la esposa no ha tenido ningún aborto en los dos matrimonios; del segundo marido ningún embarazo. El enfermo que nos ocupa no tuvo relaciones sexuales hasta que se casó.

Enfermedad actual: Empezó hace dos años a notar un pequeño abultamiento en la región parotídea izquierda, indoloro, y sin producir ningún trastorno. Este tumor ha crecido lentamente hasta adquirir en el transcurso de dos años el volumen de un huevo de paloma. No ha notado ninguna molestia durante este tiempo, ni pérdida de apetito, ni ha enflaquecido; la masticación es normal.

Exploración: Tumor situado en la región parotídea izquierda, formando parte de dicha glándula, del tamaño de un huevo de paloma, cubierto por piel normal de una dureza elástica; dicho tumor es algo móvil. No se encuentra fluctuación clara a pesar de que hay zonas más blandas.

Presenta, además, la región temporal del mismo lado abultada. No existen ganglios ni temperatura.

Diagnóstico diferencial entre sífilis, actinomycosis, tumor mixto y cáncer de la parótida.



Historia clínica n.º 4

Se le prescriben 8 gr. diarios de yoduro, notándose que a partir del quinto día el tumor es más blando y algo más pequeño.

WASSERMANN negativo. En una de las zonas blandas se

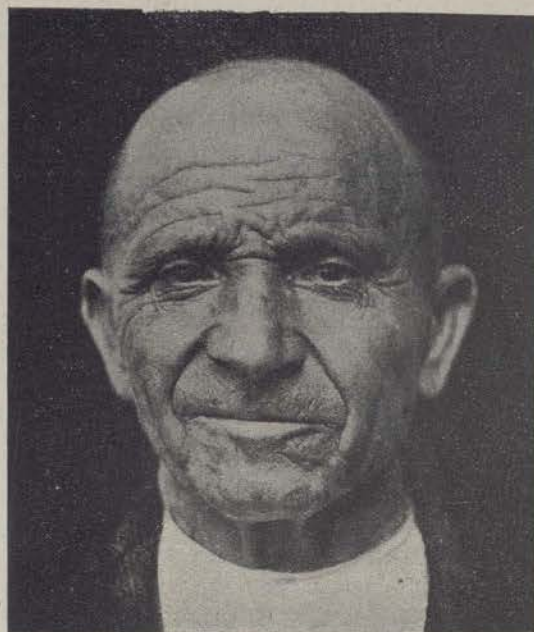


Historia clínica n.º 4

le hace una punción con trocar grueso, se extrae un líquido oscuro; en el examen microscópico no se ven los granos amarillos típicos.

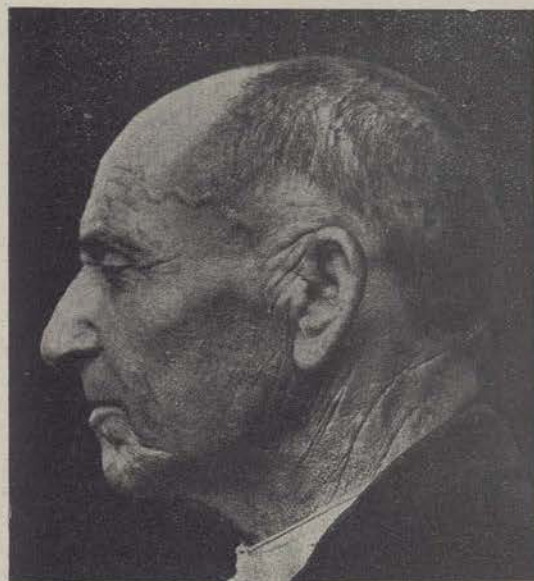
La biopsia de un trozo del tumor, dice que se trata de un proceso inflamatorio sin poder aclarar la causa. A pesar

de que con el yoduro ha mejorado y mejora, aunque lentamente, se suspende el tratamiento por intolerancia.



Historia clínica n.º 4 — Después del tratamiento.

Se le hacen varias sesiones de radioterapia, y a los 15 días es dado de alta, pues el tumor ha desaparecido por com-



Historia clínica n.º 4 — Después del tratamiento.

pleto. Tres meses más tarde vemos al enfermo, el cual sigue completamente bueno.

Ya hemos dicho antes que las inflamaciones crónicas de la parótida se dividen en específicas y no específicas. Las primeras comprenden actinomycosis, sífilis y tuberculosis.

La actinomycosis de las glándulas salivares es una localización rara y poco estudiada de esta enfermedad. GUTMAN, de Berlín, hacía llegar el número de casos conocidos a doce en el año 1913.

La puerta de entrada es como en la mayoría de casos la cavidad bucal. Es llevado por los alimentos, y favorecido por el calor húmedo de la boca, encuentra las condiciones favorables para su desarrollo. La caries dentaria y las pequeñas heridas y ulceraciones de las encías y de la mucosa bucal le abren la puerta para pasar al interior de los tejidos. Las glándulas pueden ser invadidas primitiva o secundariamente. La infección primitiva es por los conductos excretores; también puede ser por emigración de los granos de actinomycosis a los lados de los canales excretores en el tejido celular de la mejilla o del suelo de la boca. La infección secundaria parece mucho más frecuente, debido a la mayor abundancia de la actinomycosis peri-maxilar. En ciertos casos de actinomycosis cérvico-facial, la afección de las glándulas salivares domina de tal forma, que parece se trate en realidad de actinomycosis de las glándulas salivares.

En fin, la infección puede ser por vía linfática o sanguínea.

Desde el punto de vista anatómico hay que distinguir dos formas, circunscrita y difusa. En el primer caso la glándula presenta pequeños nódulos separados por territorios de parénquima sano. En el segundo caso, toda la glándula está invadida.

Reconocer desde el punto de vista clínico la actinomycosis de las glándulas salivares es difícil. Se pensará en ella cuando se observe un tumor duro e indoloro, de consistencia desigual, con porciones fluctuantes cubiertas de un piel roja o lívida con orificios fistulosos. Bastará comprobar que por estos orificios sale un líquido amarillento y comprobar con el microscopio la presencia de los granos amarillos. Se puede confundir con lesiones sífilíticas, tuberculosas, neoplasias y lesiones ganglionares.

El diagnóstico de actinomycosis de las glándulas salivares es sumamente difícil. La expulsión por el canal de Stenon o Warton de un líquido mucopurulento, conteniendo granos característicos, aclara el diagnóstico; pero esto no es constante y no se observa más que en el comienzo de la enfermedad, pues los canales excretores están generalmente obliterados, sea directamente por crecimiento de su pared, sea por compresión y tumefacción de los órganos vecinos.

Dos métodos precisos pueden ser empleados para llegar al diagnóstico: la cutireacción y la fijación del complemento.

La cutireacción por inoculación del pus de un absceso no es absolutamente específica, la inoculación de un cultivo puro no resulta siempre.

Los resultados mejores por cultivos anaerobios, son la de actinomycosis de propagación ganglionar: localmente se produce una infiltración roja, dolorosa, después de una muy dura bien limitada, de un

color moreno rojizo, al propio tiempo hay elevación de la temperatura, que es siempre un signo característico; los errores generalmente no pasan del 3 % y son debidos a la tuberculosis.

La fijación del complemento es el segundo procedimiento y es difícil procurarse un buen antígeno. Sólo las actinomicosis no patógenas las puede suministrar.

La tuberculosis da resultado negativo. En cambio, la sífilis es positiva en un 40 % de los casos. Es necesario, pues, servirse al propio tiempo de la reacción de WASSERMANN.

* * *

Sífilis de las glándulas salivales.

La sífilis salivar, todavía mal conocida, fué señalada por VIRCHOW, en 1865, por LANCERAUX, en 1886, y por FOURNIER y VERNEUIL, en 1875.

De LAPERSONE observó una parotiditis esclerosa bilateral, coexistiendo con una sífilis ocular.

La heredo-sífilis del feto y del recién nacido han sido estudiadas por FAROY (tesis 1909). Las lesiones parecen ser frecuentes y coexisten con las del páncreas. KOSCHEL (1898), publica un caso de lesiones gomosas en un pequeño heredo-sifilítico.

Las lesiones de la parótida se parecen bastante a las del páncreas, aunque sin tomar tanta intensidad.

El sifiloma de la parótida puede simular un tumor de esta glándula hasta tal punto, que sin WASSERMANN o sin biopsia se expone a operar un enfermo y hacerle sufrir una operación mutilante, que curaría completamente con un tratamiento apropiado. Es de la edad de 20 a 40 años que se manifiestan las localizaciones de las glándulas salivales, siendo la parótida la glándula más frecuentemente afectada (30 casos por 7 de la sumaxilar, 6 de la sublingual, una de la glándula BLANDIN-NUHN), según VUILLET.

En cada uno de sus períodos la sífilis puede determinar lesiones en las glándulas salivales. Incluso en la heredo-sífilis (FAROY).

La sífilis terciaria produce bien una infiltración difusa bilateral con predominio parotídeo o bien una inflamación simultánea de las glándulas salivales y de las lagrimales y que se conoce con síndrome de enfermedad de MIKULIZ. Finalmente el sifiloma de las glándulas salivales.

Aproximadamente 3 ó 4 después de la aparición de la enfermedad aparece un pequeño nódulo intraglandular que puede llegar al tamaño de un huevo y que presenta los caracteres de un tumor mixto. La terminación se hace, sea por su curación determinando una fístula salivar, o bien por resolución espontánea.

El examen histológico de los sifilomas de la parótida permite constatar una parotiditis crónica sífilítica esencialmente caracterizada por formación de islotes de necrosis fibrinoide (gomas difusas), asoci-

dos a una verdadera parotiditis insular intersticial específica.

El pronóstico es generalmente benigno.

Es preciso hacer el diagnóstico entre neoplasia, tuberculosis, actinomicosis y esporotricosis.

* * *

La tuberculosis salivar es también muy rara. El primer caso fué publicado en 1893. No puede admitirse como tuberculosis salivar más que aquellos casos rigurosamente comprobados por el examen histológico o bacteriológico y que al propio tiempo se presenten como tuberculosis local. En cuanto su origen se supone que es bucal como en las adenitis tuberculosas cervicales, la presencia frecuente del bacilo de Koch en la boca y a nivel de las amígdalas. La tuberculosis como toda otra afección puede atacar las glándulas por vía ascendente o canicular y por vía descendente sanguínea y linfática. Puede la tuberculosis adoptar dos formas clínicas: difusa y circunscrita. La forma difusa se caracteriza por una induración desigual de la glándula, que está sembrada de pequeños focos diseminados. La forma circunscrita de foco único es más rara, termina la formación de colecciones bastantes voluminosas.

Las lesiones histológicas, según LECENE, están constituidas por tejido glandular parotídeo, recortado en zonas irregulares por una infiltración embrionaria muy abundante: en algunos puntos hasta ha desaparecido completamente el tejido glandular, encontrándose reemplazado por montones de células embrionarias. Se ve claramente que la invasión es periférica, pues el máximo de infiltración embrionaria se encuentra en los espacios interacinosos, alrededor de los capilares que rellenan estos espacios. En ciertos puntos, en el límite de la zona de infiltración embrionaria y de las células de la aciniparotídea, se encuentran células gigantes típicas.

En la forma difusa se observa una hinchazón general, mal limitada, de consistencia generalmente presentando más tarde algunos puntos reblandecidos. La piel es tensa, roja, edematosa. En la circunscrita se encuentra un tumor único, redondeado, fluctuante, presentando los caracteres de un absceso frío. Los trastornos funcionales son generalmente nulos.

De los cuatro casos observados por nosotros, los correspondientes a las historias clínicas 2 y 3 los incluimos decididamente como sífilis de la parótida: en cuanto a los casos uno y cuatro los dejamos en el grupo de las inflamaciones crónicas no específicas, porque el WASSERMANN es negativo, no se encuentran los granos amarillos típicos de la actinomicosis, ni datos tampoco suficientes para agruparlos a un proceso tuberculoso.

La patogenia de las inflamaciones no específicas es desconocida, y por lo que se refiere a nuestros dos casos, no hemos podido encontrar la causa ni el mecanismo de esta inflamación. En muchos casos se encuentran caries dentarias o procesos que por vía lin-

fática o sanguínea pueden llegar a contaminar la glándula. Nada de eso hemos podido observar.

En cuanto a los dos casos de sífilis, nos parecen bastante demostrativos y nos place su exposición porque se trata de casos muy raros y difíciles de encontrar en la literatura médica.

Pero si nada nuevo podemos decir referente a la patogenia y a la descripción de estas afecciones, en cambio algo de particular expondremos referente al tratamiento, fruto de nuestra observación. Desde luego que prescindiremos de todo lo referente al tratamiento de la actinomicosis ni de la tuberculosis, sino que nos limitaremos a dos puntos concretos: inflamaciones en general crónicas de la glándula y sífilis de la misma.

Somos partidarios de empezar siempre por administrar yoduro potásico a una dosis diaria de 6 a 8 gramos y continuar unos días con dicha medicación. Si el tumor disminuye, se insiste más y más. Si la curación no es total, Wassermann: si es positivo, salvarsán, bismuto, hasta la curación completa. Si el Wassermann es negativo, continuar con yoduro y al propio tiempo dos o tres inyecciones de salvarsán para ver los efectos: si con yoduro mejora y el salvarsán no hace nada, entonces radioterapia.

Y si con esta medicación no se llega a la curación, biopsia.

Hay un hecho muy demostrativo en todos estos casos, y es que tanto los específicos como los no específicos mejoran notablemente con yoduro. Es muy probable que el yoduro al eliminarse actúe sobre las glándulas salivales de la misma forma que la urotropina actúa sobre el riñón desempeñando el papel de un verdadero antiséptico.

Y el interés de este trabajo es precisamente exponer esto, que el yoduro en las inflamaciones crónicas de la glándula parótida actúa notablemente.

Pero ¿basta el yoduro? Nosotros creemos que en la sífilis, desde luego, hay que recurrir a un tratamiento específico y en las formas crónicas no específicas por los resultados obtenidos en el caso n.º 4, como complemento del yoduro, el mejor tratamiento es la radioterapia.

La radioterapia es el mejor tratamiento junto con la radiumterapia para las actinomicosis, incluso, según autores americanos, de cuyos resultados, dicen, están entusiasmados.

Esta es la enseñanza que hemos sacado de la observación de cuatro casos de inflamaciones crónicas de la glándula parótida.

BIBLIOGRAFIA

CLAIRMONT (Zurich).—Métodos biológicos de diagnóstico de la Actinomicosis. *Archiv. für Klinische Chirurgie*. Diciembre de 1922: página 127.
 K. BEEK (Heidelberg). — Diagnóstico y tratamiento de la Actinomicosis primitiva aislada de la Parótida *Zeitschrift für Hals-Nase-und Ohrenheilkunde*. 1922; pág. 270, tomo 2.º, fas. 3-4.
 LEXER.—Tratado de Cirugía general. Tomo 1.º, página 441. 1912.

BRUNIG.—Actinomicosis de la Parótida. *Deutsche, militärärztliche Zeitschrift. Journal de chirurgie*. 1910, tomo 2.º.
 MORESTIN.—Sífiloma Parotídeo. *Journal de chirurgie*. 1912, pág. 413.
 GUTTMAN (Berlín).—La actinomicosis de las glándulas salivares. *Journal de chirurgie*. 1913; pág. 582.
 VUILLET.—La sífilis de las glándulas salivares. *Journal de chirurgie*. 1913; pág. 350.
 C. D'ALISE.—Actinomicosis del maxilar superior. *Journal de chirurgie*. 1926; pág. 302.
 F. T. LORD (Boston).—Reproducción experimental de la actinomicosis en el cobaya por inoculación del contenido de la caries dentaria. *The Boston and Surgical Journal*. 1910.
 FOURNIER.—Sífilis de las glándulas salivares. *Traite de la Syphilis*.
 BERDAL.—Sífilis y enfermedades venéreas. Tomo 1.º; página 408.
 CARNOT.—Maladies des glandes salivares. 1922.
 THERAY.—Sociedad de Cirugía de París. 1920. Actinomicosis témporo-maxilar.
 BEGOUIN.—Tratado de Patología Quirúrgica. Tuberculosis de la Parótida.
 CHOYCE.—Tratado de Cirugía. Tomo 2.º; pág. 191.
 KEEN.—Cirugía. Tomo 1.º; pág. 521.
 GAUDIER.—Descripción de un caso de actinomicosis del maxilar superior simulando un ósteo-sarcoma. *Revue de chirurgie*. 1907. Tomo 2.º; pág. 514.
 WIDAL.—Sur le serodiagnostic de l'actinomicosis. Société de Langue Française. *Revue de chirurgie*. 1910. Tomo 2.º; pág. 213.
 KOLAEZEK.—Infección general en la actinomicosis. *Journal de chirurgie*. 1914-15; pág. 253.
 COLEBROOK.—Etude sur 25 cas de actinomicosis. *Revue de chirurgie*. 1921; pág. 246.
 MATTSON.—Actinomicosis humana. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 1922.
 ROMAN VON BARACZ.—El tratamiento de la actinomicosis por el sulfato de cobre. *Journal de chirurgie*. 1922.
 HEDRY.—Developpement du cancer sur des lesions actinomycosiques. *Journal de chirurgie*. 1925; pág. 669.
 CHRIST.—Actinomicosis consecutivas a traumatismos de la cara. *Journal de chirurgie*. 1926; pág. 459.
 N. N. TRINKLER (Charkoff).—Tratamiento de la actinomicosis por la formalina. *Chirurgicheskoy Arch Veilaminova*. Tomo XXVIII, núm. 5; 1912; pág. 729.
 PONCET.—Actinomicosis de apariencia neoplásica. *Revue de chirurgie*. 1902.
 THEVENOT.—Actinomicosis y embarazo. *Revue de chirurgie*. 1906.
 FERRIER Y DEJARIER.—Actinomicosis cérvico-craneana. *Revue de chirurgie*. 1906; pág. 431.

RESUME

Les inflammations chroniques de la parotide peuvent être spécifiques (actinomycose, syphilis et tuberculose) ou pas spécifiques. L'Auteur présente quatre cas, dont deux sont diagnostiqués de syphilis de la parotide et les autres deux sont des inflammations chroniques non spécifiques et dont la pathogénie est inconnue. L'Auteur est d'avis de commencer toujours le traitement en donnant chaque jour une dose de 6 à 8 grs. de iodure de potassium. Si la guérison n'est pas totale, Wassermann; si celui-ci est positif, traitement antisiphilitique et s'il est négatif, biopsie. Dans un des cas, l'association de la radiothérapie avec le iodure a donné d'excellents résultats.

SUMMARY

Chronic inflammations of the parotid may be specific (actinomycosis, syphilis and tuberculous) and non-specific. The author presents four cases, two of which are diagnosed as syphilis of the parotid and the other two are non-specific chronic inflammations, of unknown pathogeny. He is in favour of beginning the treatment by giving always a daily dose of 6 to 8 grams of potassic iodid and if cure is

not complete: a Wassermann; if positive, an antiluetic treatment and if not, a biopsy.

Radiotherapy associated to iodid gave excellent results in one of the cases.

ZUSAMMENFASSUNG

Die chronischen, entzündbaren Anschwellungen der Ohrspeicheldrüsen können in spezifische (Aktinomykose, Syphilis & Tuberkulose) und solche die nicht spezifische sind, eingeteilt werden. Der Verfasser darstellt vier Fälle, von denen zwei als Syphilis der Ohrspeicheldrüsen, und die anderen als chronische Anschwellung, nicht spezifische, von unbekannter Ursache, erkannt wurden. Der Verfasser ist dafür, stets mit einer Verabreichung von täglich 6-8 Gramm Jodkali anzufangen, und falls die Heilung nicht vollständig erfolgt, die Wassermannsche Reaktion vorzunehmen. Fällt diese positiv aus, so erfolgt antisyphilitische Behandlung, und im gegenteiligen Falle, Biopsie.

In einem der genannten Fälle, gab die Verbindung von Radiotherapie mit der Jodbehandlung sehr gutes Resultat.

PRÁCTICA MÉDICA

DIAGNÓSTICO DE LOS GRANDES HIGADOS

por el doctor

L. RIMBAUD

Profesor numerario de la Facultad de Medicina de Montpellier

El diagnóstico de los hígados grandes supone la respuesta a dos preguntas:

- 1.ª ¿El hígado es grande?
- 2.ª ¿Por qué es grande?

Problemas de gran práctica y cuyas soluciones son a menudo dadas a la ligera o dejadas en suspenso.

Nuestro propósito es solamente dar aquí algunas nociones sencillas y clínicas, susceptibles de ayudar a su resolución.

I.—¿EL HIGADO ES GRANDE?

1.º EXPLORACIÓN FÍSICA.

a) *Palpación*.—Para apreciar el volumen del hígado y poder afirmar que hay hepatomegalia, el procedimiento de elección es, indiscutiblemente, la *palpación*.

La percusión y la exploración radiológica nos proporcionarán algunos datos complementarios, pero para juzgar acerca del aumento de volumen del hígado, nada vale tanto como una mano bien aplicada sobre el abdomen.

Para esto, el enfermo debe estar acostado y la pared abdominal en el mayor grado posible de relajación muscular. El abdomen y toda la base del tórax estarán enteramente al descubierto.

Una *inspección* rápida permite constatar, en las

fuertes hipertrofias del hígado, un abombamiento del hipocondrio derecho con ensanchamiento de la parte anterior del hemitórax derecho y aún, a veces, una distensión de toda la región subumbilical.

La *palpación* revelará bastante fácilmente la hepatomegalia, por ligera que sea. Los procedimientos de palpación del hígado son numerosos: GLÉNARD, MATHIEU, CHAUFFARD, GIBERT.

Mi método personal es el siguiente:

Colocado a la derecha del enfermo, se pone la mano derecha, plana, sobre el hipocondrio derecho, quedando el borde cubital de la mano paralelo, o poco menos, al borde inferior de la caja torácica. Se ejerce una presión suave sobre la región, que en estado normal se deja deprimir sin esfuerzo.

Si el hígado es grande, se nota en seguida una resistencia y se hace descender la mano hasta que aquella haya cedido.

Entonces, se corre lentamente la mano hacia arriba y el borde cubital o, más exactamente, el borde externo del índice derecho en toda su extensión, percibe en este movimiento ascendente el reborde hepático que viene a oponérsele. En este momento, si se imprimen pequeños choques de abajo arriba y si la pared abdominal está en buen estado de relajación, el límite inferior del hígado es seguido perfectamente.

En los individuos con poca grasa, la palpación se hace con una sola mano. En aquellos con una mayor adiposidad, con paredes resistentes, podemos ayudarnos con la mano izquierda, cuyos dedos doblados en forma de gancho, buscan el borde del hígado allí donde no alcanza la mano derecha; también la mano izquierda puede ser deslizada debajo de la región lumbar derecha y probar de rechazar hacia adelante el hígado, que si está aumentado de volumen se pone más fácilmente, con esta maniobra, en contacto con la mano abdominal.

Cuando el volumen del hígado es normal (peso 1'500 gr. alrededor) y no hay ptosis, se halla enteramente cubierto por las costillas y no es palpable por lo común. Sin embargo, cuando el sujeto hace una inspiración profunda, el órgano descende y sobresale del reborde costal, pudiendo palparlo la mano derecha.

Si hay hepatomegalia, el borde inferior del hígado es precisado desde luego por la mano abdominal que puede seguirlo, probar su resistencia, fijar su dirección, sentir sus irregularidades, sus abultamientos, sus depresiones.

En cierto modo, la importancia de la hepatomegalia es evaluada por la distancia que separa el reborde hepático del reborde costal, medida groseramente por traveses de dedo, o de un modo más preciso en centímetros. Luego, por la palpación bimanual, se aprecia la extensión transversal del hígado. Cuando la hepatomegalia es muy considerable (3, 4 y 5 kilogramos), el hígado descende por debajo del ombligo hasta la fosa ilíaca derecha y en ocasiones su masa ocupa enteramente el abdomen.