

Por estas cifras puede verse con qué rapidez la atmósfera se purifica por una corriente de aire y también en qué considerables proporciones se acumula el ácido carbónico cuando una clase no posee un sistema de ventilación continua.

En Alemania se abren las ventanas y puertas situadas en paredes opuestas, tres o cuatro veces durante las clases. Ludwig Dietz (de Charlottenburgo) (1) reproduce el reglamento seguido en las escuelas de Dresde, en el que se indica a los profesores las medidas que deben tomar para asegurar la ventilación durante la clase. A pesar de un sistema de ventilación que funciona automáticamente, al mismo tiempo que la calefacción, el maestro está obligado a renovar el aire, durante la duración de la clase, abriendo las ventanas. Es sabido que en Alemania la duración de cada clase está dividida en tres o cuatro «lecciones» de una media hora; «después de cada una de las lecciones, dice el reglamento, las puertas y las ventanas deben ser abiertas bastante ampliamente para establecer una viva corriente de aire... El profesor procurará que los niños que abren las ventanas no se lastimen... La duración de la ventilación es la misma para todas las clases y se fija por campanadas... Si hay viento no abrir tanto; durante la ventilación, los niños a un extremo de la clase para que no les dé la corriente y en muchas escuelas se aprovechan estos momentos para que los niños ejecuten movimientos de gimnasia sueca o respiratoria; y cuando las ventanas y puertasse han vuelto a cerrar, recomienda el mismo reglamento, a los profesores, se den cuenta del funcionamiento de la ventilación artificial. Si la llegada o la evacuación del aire no se efectúan de un modo normal, deben inmediatamente advertir al *chauffeur* que de ello se cuida.»

Nos ha parecido interesante transcribir estas instrucciones tan precisas para demostrar hasta qué punto las cuestiones de ventilación y de aeración son minuciosamente reglamentadas por los alemanes.

La abertura de las ventanas sólo puede asegurar la ventilación durante el verano, en cuya estación puede ser continua su abertura. Fuera de este caso, sólo puede efectuarse bien estableciendo corrientes de aire que ya hemos dicho presentan inconvenientes.

Para obviar la irrupción brutal del aire fresco o frío en la clase, durante los demás períodos del año, se han imaginado un gran número de dispositivos cuyo objeto es tamizar la corriente de aire o desviarla hacia el techo. Estos diversos procedimientos son de aplicación corriente y se encuentran en muchas escuelas francesas.

---

Sesión científica del 27 de diciembre de 1919

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

## Absceso profundo del cuello por cuerpo extraño laríngeo

POR EL DOCTOR LUIS SUÑE Y MEDAN

Los abscesos de la región cervical ofrecen interesantes particularidades en el terreno de la patología quirúrgica, por su etiología, por sus complicaciones y por su gravedad, teniendo en cuenta los órganos importantes que pueden comprimir, infectar o destruir, poniendo en inminente peligro la vida del paciente.

He ahí, pues, un caso muy curioso, en que la colección purulenta se fraguó por debajo de la aponeurosis media, y que tuvo por origen la existencia de un cuerpo extraño que se introdujo accidentalmente en la mucosa laríngea.

Doña Nieves S., de 51 años de edad. El día 20 de enero del corriente año, mientras se hallaba comiendo bacalao, sintió una fuerte punzada en la garganta, seguida de tos y algo de sofocación, que

(1) L. Dietz.—*Gesundheits.*—3 marzo, 1906.

atribuyó a un fragmento de espina de dicho gávido que debió quedar enclavado en algún punto de aquella región. Varios esfuerzos guturales de expulsión e intentos digitales para liberar el cuerpo extraño no dieron el resultado que se deseaba. Tampoco le fué posible ingerir; desde aquel instante, nuevos alimentos sólidos; tan sólo agua o leche, y aun con sensación de dolor pungitivo que se irradiaba hacia el oído izquierdo. Transcurrieron cuatro días, creyendo dicha señora que quizá sólo experimentaba los efectos de la punzada, después de haber pasado la espina al estómago (1); pero luego al sufrir todavía bastante dolor en la garganta y sospechando estuviere aún enclavado dicho hueso de abadejo, decidió acudir a mi consulta.

Examiné con suma detención la faringe, separando los pilares palatinos con el ganchito *ad hoc*; mediante la rinoscopia posterior, muy factible en esta enferma, exploré cuidadosamente el naso-farinx (la paciente en ciertos momentos sentía la molestia hacia la parte alta de la garganta y en dirección del oído); vi perfectamente la hipofaringe y la laringe, y no hallando lesión ni cuerpo extraño alguno, practiqué finalmente una esofagoscopia que tampoco dió resultado positivo. Expuse, pues, a la enferma que no habiendo visto la espina de referencia, probablemente era debido el dolor a los efectos de la punzada, a las maniobras de extracción que ella misma practicó, y a su estado de nerviosidad, ya muy habitual en ella; aconsejándole la ingestión de alimentos líquidos exclusivamente, evitando también todo esfuerzo de garganta y de voz; y por último, que si no mejoraba en dos días acudiese de nuevo a mi visita.

En efecto, veo otra vez a la enferma al cabo de 48 horas, con síndrome de cierta gravedad: el dolor era muy acentuado, siendo imposible la deglución, incluso de líquidos (odinofagia); notaba, además, una sensación de bola o de estorbo hacia el lado izquierdo de la garganta; se presentaron náuseas y vómitos, particularmente al intentar hacer un movimiento deglutivo; y había también cierto grado de afonía. El examen laringoscópico muestra claramente la causa de dichos síntomas: existe, en efecto, un edema considerable del aritenoides izquierdo hasta el punto de ocultar las cuerdas vocales en su mayor parte. La presión por fuera del cuello, provoca dolor al nivel de dicha región laríngea, pero no se aprecia abultamiento alguno. Previa anestesia local cocaínica, practico al instante un par de sajas con el bisturí laríngeo, en la mucosa de dicho aritenoides, que producen un poco de sangre, seguidas poco después de un toque con una solución concentrada de alumbre. Ello provoca algo de alivio a la enferma, a quien propongo verla de nuevo el día siguiente, prescribiéndole entretanto unas pulverizaciones calmantes y astringentes.

Transcurren así tres días, durante los cuales disminuye mucho la infiltración aritenoides, pero en cambio aumenta la disfagia y el dolor que se irradia siempre hacia el oído. Por simple inspección exterior vese cierto abultamiento en la región cervical izquierda, cuya compresión manual ocasiona dolores atroces aun ejerciendo escasa fuerza; hay, pues, una sensibilidad extraordinaria al menor contacto; ello no impide apreciar, aunque vagamente, cierta fluctuación profunda. Nótase, además, algo de tortícolis. Temperatura, 38°. Pulso, 90.

A consecuencia de la odinofagia, hay acúmulo de saliva, que embadurna la mucosa faringo-laríngea, pero no se ve grumo alguno de pus mezclado con dicho líquido.

Ante este cuadro, sospecho una colección purulenta que se ha fraguado entre la laringe y la piel, por debajo de la aponeurosis. De momento, y sin alejar la idea de una intervención quirúrgica, prescribo cataplasmas calientes, reposo en cama, dieta láctea en lo posible, continuando con las pulverizaciones laríngeas.

Al cabo de algunos días, la hinchazón del cuello se ha acentuado; la disfagia dolorosa es intolerable; aumenta la rigidez del esterno-mastoideo, y la palpación denota una dureza de la parte inflamada, apreciándose cierta ola de fluctuación, muy hondamente. Aspecto general de la enferma un tanto alarmante: postración, demacración y palidez facial intensa, fetidez del aliento, temperatura 38'9. Pulso pequeño y frecuente (120). Los esfuerzos de expulsión de la saliva acumulada, provocan la salida de algunas estrías sanguinolentas, pero no sé ve punto alguno de la mucosa de donde pueda proceder la sangre, ni se observa pus ni abultamiento endo-laríngeo. El edema aritenoides apenas existe.

El diagnóstico de un absceso profundo del cuello por detrás de la aponeurosis media podía, pues, precisarse bien, ya desde días antes. La enferma y su familia parecían resistir la práctica de la abertura quirúrgica, por temor natural y por los peligros que no ignoraban presentaba una operación en dicho punto. Pero, haciendo ver, por mi parte, lo mucho más peligroso que sería el vaciamiento espontáneo del absceso en otros órganos y que ello podría ocurrir de un momento a otro, en cuyo caso las consecuencias podían ser funestas, pude lograr por fin la aceptación absoluta de intervenir con el bisturí, por vía externa.

(1) La paciente afirmó conocer exactamente la forma y dimensiones de la espina. Se trataba de esas cortas y algo gruesas que suelen tener unos 10 a 12 mm. de longitud por 1 mm. a 1 mm. y medio de ancho.

El acto quirúrgico tuvo lugar el día 7 de febrero, o sea 18 días después del enclavamiento del cuerpo extraño. Previa anestesia local de los tegumentos (piel y tejido celular subcutáneo) mediante inyecciones de solución de novocaína adrenalizada, y manteniendo la cabeza inclinada hacia el lado derecho, incidí la piel en la extensión de cerca tres centímetros, un poco por delante del borde anterior del esterno-mastoideo, y a unos cuatro centímetros por encima de la clavícula disecando los tejidos capa por capa, separando cuidadosamente la masa muscular de los esterno-hioideos y esterno-tiroideos por un lado y el esterno-cleido por otro, en plena región carotídea, cortando las trabéculas de tejido conjuntivo adiposo, hasta llegar a la hoja media de la aponeurosis cervical, cuya resistencia pude comprobar con la punta del bisturí. Hundido éste unos pocos milímetros, se incide dicha membrana, percibiéndose el crujido especial de consistente tela que se desgarró y saliendo inmediatamente una oleada de pus espeso, mezclado con sangre y de una fetidez extraordinaria. Prolongada la incisión aponeurótica, se obtiene gran cantidad de líquido purulento que se derrama en abundancia ejerciendo presiones manuales de la región. El absceso debe ser muy vasto, pues la cantidad de pus vaciado es considerable. La sonda penetra seis centímetros en la profundidad de la cavidad séptica. Drenaje, apósito, etc. La enferma queda muy aliviada, aunque hay todavía dificultad en la deglución.

Transcurren once días, durante los cuales, a pesar de un tratamiento antiséptico y del cuidado en mantener bien el drenaje, la cantidad de pus que empapa el apósito y la que sale en cada curación no disminuye, permaneciendo los caracteres de espesa consistencia y de fetidez. La paciente puede tragar mejor, pero todavía hay dolor que se irradia hacia la espalda y axila, especialmente en el momento de la cura. La laringoscopia no muestra nada de particular. Temperatura entre 37°6 y 38°2.

El día 19 (once días después de la operación), me sorprende no hallar impregnado de pus el vendaje; ello coincide con aumento de las algias y de los trastornos de la deglución. Quitado el drenaje y comprimiendo los tejidos sale muy poco pus, de consistencia clara; no convenciéndome este resultado, introduzco una sonda acanalada que muevo cuidadosamente en varias direcciones: una nueva expresión inmediata da lugar a la salida de una enorme masa semi-sólida, verdosa-negrucza, con el aspecto de producto de esfacelo, muy fétida y cuyo núcleo parece aún más consistente.

Practicó un lavado de la cavidad con una solución de oxicianuro de mercurio al 1/2 por mil, y dejo nuevo drenaje.

Al día siguiente, se observa un verdadero cambio en el estado general de la enferma. Sufre muy poco, traga muy bien y se encuentra mucho más animada. El estado local participa también de la mejoría: el pus es muy claro, escaso y nada fétido y la inflamación peri-focal ha disminuido rápidamente. No hay tortícolis ni fiebre.

A los cuatro días se suprime el drenaje, por no salir más que un líquido transparente y no haber dolor espontáneo ni provocado, obteniéndose en dos días más una rápida cicatrización de la abertura cutánea. Desde este momento considero a la enferma curada de la complicación séptica que le ocasionó la espina de bacalao que se clavó en la garganta.

*Consideraciones.*—Lo ocurrido en el caso expuesto no es frecuente observarlo en la práctica. Sabemos que los abscesos del cuello pueden desarrollarse a consecuencia de heridas y fracturas de la laringe, de origen exterior; ciertas afecciones generales como la escarlatina, tifoidea, etc., son capaces de complicarse con la infección de los ganglios cervicales dando lugar al adeno-flemón, así como las tiroiditis y pericondritis supuradas. Y también en alguna obra de cirugía se cita la posibilidad de conducir a la supuración del tejido celular vecino, las heridas de la laringe y de la faringe por cuerpos extraños. De todas maneras esos casos son raros, haciéndose mención en la literatura laringológica de contadas observaciones como la presente. Recordemos el caso publicado por Gillette, en que se formó un enorme absceso originado por una hebra de paja introducida en la laringe.

Sin duda alguna, en el caso historiado la espina se clavó en la mucosa del aritenoides izquierdo, quizá al nivel de la misma entrada del esófago, quedando oculta por debajo de dicho revestimiento. Por circunstancias especiales de débil resistencia orgánica se produjo, por inoculación de la herida, una infección del punto vulnerado, que corriéndose hacia las mallas submucosas llegó al tejido celular-grasoso peri-laríngeo, entre el aparato de la fonación y los vasos grandes del cuello, en cuya región carotídea se desarrolló la colección purulenta por debajo de la aponeurosis media.

*Otras reflexiones.*—Se ha dicho que en los casos de absceso profundo del cuello siempre es posible de limitar el músculo esterno-mastoideo hasta el punto de poderlo coger materialmente con los dedos, y algunos autores, entre ellos Dumesthé, han insistido sobre el valor de este signo en el concepto diagnóstico. Pero no ocurrió así en el caso descrito, sin duda por la enorme tensión de los tejidos que impedía apreciar el signo citado, aun hallándose la colección purulenta por detrás de la hoja media de la aponeurosis cervical. Por otra parte, la odinofagia, el dolor espontáneo irradiado a la espalda y brazo, la fiebre, el tortícolis, el abultamiento exterior, la fluctuación profunda y los conmemorativos, cons-

tituían datos bastante elocuentes para formar concepto de la lesión producida y para sentar indicaciones precisas.

Debemos recordar, además, que todo absceso en esa región, si no se abre oportunamente, puede acarrear complicaciones muy serias, dada la posibilidad de difundirse el pus hacia órganos importantes. En ciertos casos se corre el pus hacia la axila, a lo largo de las raíces del plexo braquial, formándose un absceso en el hueco axilar. En otras ocasiones, el vaciamiento en el mediastino suele terminar con la vida del paciente. Además, puede verse el pus en la tráquea, en la laringe, en el pericardio y en la pleura, dando lugar a edemas y embolias pulmonares cuya gravedad no he de hacer notar. Añadamos las perforaciones vasculares, con las subsiguientes hemorragias mortales, la flebitis y la septicemia y se comprenderán los peligros que corrió la enferma de referencia antes de decidirse a ser operada.

En cuanto a la intervención, es preciso poner de relieve la trascendencia de la misma, tratándose de una región delicada, hasta el punto de que Tillaux dice que el tratamiento quirúrgico de esos abscesos está erizado de dificultades, entre otras razones porque dicha región cervical está tan poblada de órganos importantes que se necesita estar muy seguro de encontrar una colección de pus para hundir el bisturí hasta la profundidad debida.

Pero según mi modo de ver, esas dificultades que pueden existir en caso de pequeños abscesos, creo que son muy reducidas cuando la colección séptica es muy grande, puesto que la misma presión excéntrica del pus aleja los grandes vasos, envueltos en su propia aponeurosis, hacia las partes profundas, raramente en dirección de la piel o parte anterior de la aponeurosis. Siguiendo este criterio, siempre creí que al incidir la aponeurosis media no hallaría otra cosa sino pus inmediatamente por debajo de la misma. En cambio debe ponerse especial cuidado en introducir el bisturí sólo lo suficiente para dar salida al pus, dilatando después si es necesario la abertura con un bisturí botonado, o con los dedos si la resistencia de la membrana lo permite. Lo propio debe aconsejarse al explorar la cavidad con la sonda acanalada o con el estilete, que serán manejados con suma cautela y prudencia.

Respecto de la masa séptica en forma de esfacelo que salió al exterior y que seguramente mantenía la supuración, no debió ser otra cosa que el propio cuerpo extraño disgregado y envuelto por los productos piógenos o detritus orgánicos producidos por la acción destructora del líquido purulento. La eliminación en bloque de dicha masa condujo a la curación rápida de la grave complicación que acabo de exponer.

## DISCUSION

DOCTOR R. BOTET.—El caso referido por el doctor Suñé es interesante por lo raro, puesto que si los abscesos profundos del cuello de origen laríngeo no son frecuentes, menos lo son todavía los debidos a cuerpos extraños de este órgano.

Ello no obstante, al principio del ejercicio de la especialidad, cuando trataba pocos enfermos, vi dos casos de esta índole, uno en una criatura a consecuencia de la escarlatina y el otro en un adulto, transcurriendo después varios años sin observar ninguno y a pesar de visitar entonces muchos más pacientes.

He visto sí, abscesos profundos del cuello consecutivamente a flemones del suelo de la boca, en otros términos, debidos a la angina llamada de Ludwig; a periostitis alvéolo-dentarias por caries del 3.º, 4.º y principalmente 5.º molar inferior. He tratado abscesos graves del cuello, efecto de periamigdalitis flemonosa externa, forma poco frecuente, apenas estudiada en las obras de oto-rino-laringología, lo propio que en las de patología quirúrgica. Estas colecciones purulentas, que no deben confundirse con el absceso látero-faríngeo, se fraguan en enfermos, con tumefacción del cuello por debajo del ángulo de la mandíbula, que se extiende hacia las regiones bajas de la cerviz, mientras que el velo palatino se halla apenas infiltrado, lo propio que los pilares.

Se trata de un absceso peritonsilar, que en vez de invadir desde el polo superior de la amígdala la fosita supratonsilar y el velo, se va extendiendo, desde la cara externa de la tonsila, hacia el cuello, perforando la aponeurosis lateral de la faringe, insinuándose, poco a poco, remedando la mastoiditis de Bezold, hacia las regiones profundas del cuello, para insinuarse alrededor de los grandes vasos. Vi últimamente un caso gravísimo de esta naturaleza, con el doctor Esquerdo Rodoreda.

He visto también abscesos profundos del cuello consecutivos a la flebitis ótica de la vena yugular interna; recordando, entre otros, un caso visto en consulta con el doctor Suñé y Molist, hace bastante tiempo, y en el cual llegué a reseca nada menos que trece centímetros de yugular.

Llevo observados, por último, abscesos del cuello debidos a periesofagitis originadas por cuerpos extraños vulnerantes y perforantes de las paredes del esófago y por maniobras anteriores violentas y ciegas de extracción.

Estos abscesos profundos del cuello, en los lados y en la cara anterior son muy peligrosos. Cuando proceden de infecciones intra-laringeas flemonosas, se acumula el pus alrededor del cartilago tiroides con síntomas de sofocación, por edema inflamatorio simultáneo de la laringe al nivel de la glotis, que obligan a menudo a la traqueotomía. En los demás casos el pus se acumula bajo los externo-cleido-mastoideos, descendiendo hacia el yugulum y a veces hacia la fosa supraclavicular. Rara vez alcanza la axila y con mayor rareza todavía el mediastino anterior.

En cuanto al *tratamiento*, creo que dado que se trata en estos casos de adeno-flemones casi siempre, cuyo pus se encuentra alojado en el canal carotídeo, junto a los grandes vasos y nervios del cuello, donde existen los numerosos ganglios cervicales profundos, no caben aquí los amplios desbridamientos.

Partiendo de los conocimientos adquiridos por los que ejecutamos la cirugía del cuello, practicando extirpaciones totales de laringe, ligaduras de yugulares, ablación de ganglios cervicales, esófagotomías externas, etc., resulta que no deben existir hoy en día verdaderas dificultades para abrir estos abscesos.

Yo utilizo casi siempre, para tamañas ocasiones, la incisión clásica sobre el borde anterior del externo-cleido-mastoideo, disecando metódicamente con el auxilio de la sonda de Köcher, buscando con ella el espacio que separa este músculo de los infra-hioides, o mejor aun seccionando a este nivel la aponeurosis para buscar bajo ella, con el dedo revestido de un dedal de goma y urgando con él, la colección purulenta.

Vaciado el absceso, procuro colocar en la cavidad tapones muy flojos de gasa a fin de no ulcerar los grandes vasos del cuello, principalmente la yugular de muy delgadas y frágiles paredes, reducidas a veces en determinado sitio al espesor de una telilla de cebolla. En semejantes casos, la perforación del vaso puede dar lugar a una hemorragia formidable, difícilísima de cohibir y que mate al enfermo en poquísimos minutos, como me aconteció hace 5 ó 6 años.

En el caso de que el pus tienda a descender y cuando, como en el del doctor Suné, exista inferiormente un fondo de saco que se drene mal, creo debe practicarse una contraabertura en vez de prolongar excesivamente la incisión del cuello.

En cuanto a las perforaciones de los vasos consecutivas a la necrosis de sus paredes por la violencia del pus, o la estrangulación de los tejidos, pienso que existe alguna exageración. Así, la hemorragia es poco, muy poco frecuente, dado que en las yugulares, como lo llevo observado más de una vez, se producen con antelación procesos flebíticos, parietales en seguida y más tarde trombóticos, que obliteran la luz del vaso venoso en bastante extensión; y dado también que las paredes de la carótida primitiva y de las carótidas externa e interna, son mucho más espesas y resistentes que los de las yugulares.

*Rectificación.*—La afirmación del doctor Botey de que esos abscesos del cuello por cuerpos extraños no son frecuentes, da mayor relieve a esta particularidad especial del caso expuesto.

No desconozco otras causas, además de las ya apuntadas, capaces de engendrar el adeno-flemón cervical y que no he citado por considerarlas muy raras y por hallarse incluidas algunas de ellas entre las manifestaciones locales de ciertas infecciones generales mencionadas en mi trabajo.

Tengo muy presente el caso de absceso del cuello por supuración de la yugular de causa otítica, operado por el doctor Botey en colaboración con mi padre doctor Suné y Molist, por haber presenciado el acto quirúrgico, hará de eso ya algunos años, quizá más de quince.

Respecto a la esofagitis purulenta, no hay duda de que es capaz de complicarse de absceso cervical en ciertas circunstancias. Recordaré brevemente el caso de pieza dentaria detenida en el esófago, que liberé por esofagoscopia y que motivó una comunicación científica a esta Real Academia hace unos tres años. La enferma presentaba una infección de la pared esofágica producida por maniobras intempestivas de extracción hechas por otro compañero. De haber profundizado la lesión a la capa celular y muscular, quizá se habría fraguado un absceso, en este caso de consecuencias muy graves por su mayor facilidad de vaciamiento en el mediastino.

Es ya sabido que cuando la colección purulenta del cuello comprime la laringe o la tráquea, sobrevienen entonces fenómenos de sofocación y de tiraje acentuado, que obligan a practicar la traqueotomía. Ya he dicho que la enferma de referencia no ofreció nunca trastornos respiratorios de aquella índole, ni se observó abultamiento endo-laríngeo que pudiera causar el antedicho síndrome.

Las dificultades operatorias existen siempre en estos casos, pero son algo relativas, conforme declara el doctor Botey, y según he demostrado en el transcurso de mis consideraciones clínicas.

En cuanto al drenaje, que hubiera podido ser más seguro practicando una contra-abertura, como ha opinado mi distinguido compañero, no fué posible ampliarlo, teniendo en cuenta el espacio mayor que ocupaba el absceso hacia la profundidad, de modo que difícilmente se hubiera hallado un punto

adecuado para hacer una nueva incisión, debiendo de ser ésta también muy honda. Ello es muy fácil cuando se trata de abscesos subcutáneos.

La erosión de la yugular, formada por tenues paredes, si bien es posible por hallarse bañada, (junto con la carótida y el nervio vago) por el derrame purulento, no obstante queda protegida la vena, como sus órganos compañeros, por la propia aponeurosis que los envuelve. Recordemos los días que la enferma estuvo en esas condiciones (unas tres semanas) y sin embargo no se presentó síntoma alguno de flebitis que complicara la situación.

Para terminar, sólo me resta dar las más cumplidas gracias al doctor Botey por su felicitación y por haber honrado mi trabajo con interesantes datos contributivos.

Sesión del día 27 diciembre 1919

## Aspecto clínico de los procesos cutáneos o subcutáneos de la región anal y perianal y nuevas aplicaciones del Radium a los mismos.

POR EL DOCTOR PEYRI

La región anal tiene bien limitada topográfica y funcionalmente su distribución vascular y nerviosa; por una parte, el territorio vascular de las arterias y venas hemorroidales superiores que van a la porta, territorio absorbente de tóxicos que necesitan ser registrados por el hígado y por otra parte el territorio vascular de las arterias hemorroidales medias e inferiores que desagua en la cava ocupado en servir a la función motora y sensitiva de la región.

Los linfáticos superiores van a los ganglios mesentéricos, los inferiores van a los ganglios de la ingle; es otra distribución que indica separación de funciones.

Y por fin la región supraesfinteriana dependiendo del plexo hipogástrico, y la región esfinteriana y peri-anal ricamente servida por terminaciones nerviosas de cuatro distintas procedencias de trancos nerviosos de la vida de relación.

La piel que se transforma en mucosa en la región peri-anal tiene características de sensibilidad especial y ofrece una capa submucosa laxa fácilmente deslizable y nosotros diríamos *por lo tanto con facilidad de desplazar topográficamente las terminaciones nerviosas* lo cual explica la frecuencia de las hiperstesia y parestesia de esta región.

Esto mismo explica la facilidad de estenosarse o ectasiarse el plexo hemorroidal y con ello las facilidades de los éxtasis linfáticos y en consecuencia las hiperhemias cutáneas y las dermatitis.

Además, una región cutánea con pliegues múltiples, con cavidades pequeñas y con su función propia es fácil de excoriarse y de infectarse primitiva o secundariamente.

Nosotros, partiendo de este modo de concebir la región, esquematizaremos sobre esta base toda su patología cutánea tan frecuente, tan molesta y tan persistente al tratamiento.

Concebimos todos la patología de esta región tomando como procesos iniciales *el prurito o el éxtasis venoso y linfático o la neoformación vascular*.

El prurito primitivo es frecuente, las neurodermitis, las liquenificaciones, van preludiadas por un prurito, por un desequilibrio parestésico intermitente, cuya etiología no se ha precisado lo bastante y sobre la cual se divaga, confundiendo los pruritos que acompañan a las epidermitis y dermatitis de causa local y los trastornos de sensibilidad y de circulación propios de las hemorroides.

El individuo con prurito esencial o con liquenificación consecutiva es siempre un autointoxicado estreñido casi siempre y la inmensa mayoría de las veces neurópata, con una afección neuropática definida.

La piel seca, la escasez de secreciones, prepararon el desequilibrio de los filetes nerviosos intra-epidérmicos; la persistencia de las condiciones indicadas y el eritema intermitente consecutivo al rascado producirá la *neurodermitis*, y la pérdida de la elasticidad originará las fisuras y excoriaciones.