

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 preluídas 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.

La modificación del estado general, la dieta desintoxicante, no bastan a curar el prurito; los recursos farmacológicos son a veces de éxito y queda un grupo de casos que con o sin fisura resisten esta terapéutica (Doumer y Thibaut).

El electrodo condensador de alta frecuencia, el efluvio estático, pueden resolver transitoriamente y aun a veces definitivamente el problema.

Los rayos X entraron con excelente éxito en la terapéutica del prurito anal; rayos no penetrantes y un máximo de 3 H; después de la primera sesión cesa a veces ya el prurito, pero en ocasiones persiste éste mucho más; de todos modos se modifican las lesiones concomitantes, el eritema, o la neurodermitis o la eczematización o la fisura.

Los rayos X tienen no obstante varios inconvenientes: por la irradiación puede producirse efectos perniciosos en las glándulas genitales, sobre todo en los hombres; las dificultades de la técnica, pues se ha de irradiar en varios planos distintos y las dificultades generales del dosado teniendo en cuenta que aquí la radio-dermitis es extremadamente desagradable.

El rádium representa el ideal para el tratamiento de estos procesos. Una sesión de 1 ó 2 horas máximo con un tubo de 1 ó 2 centigramos mejor que con placa, consigue calmar los accesos violentos del prurito anal. Una dosis un poco mayor con filtraje para evitar la rectitis o la radiodermitis consigue calmar las enormes molestias de la fisura y si las sesiones se espacian en forma que no venga reacción inflamatoria puede curarse el proceso sin molestias.

Pocos cuidados requerirá además el prurito; una crema refrigerante tópicamente y el régimen o los sedantes periféricos bajo el punto de vista general.

Hace años que han variado las ideas respecto a las *hemorroides*: eran y siguen siendo consideradas aún por muchos como una flebectasia, como una vâriz, pero salta a la vista que no es lo mismo, ya que las condiciones circulatorias de la región no son las mismas que las de las varices: faltan las grandes dilataciones y la deducción de que por la relación de las mismas con la circulación portal o la circulación general deban ser producidas por enfermedad del hígado o del pulmón o de la región pelviana necesita una comprobación pero sólo para algunos casos, ya que en la mayoría de éstos es evidente que se tienen hemorroides en perfecto estado de salud.

Creemos que la concepción de Reinbach, que las cree verdaderos angiomas cavernosos, es más cercana a la realidad y corresponde a su anatomía patológica y a su evolución.

La hemorroide externa por sus condiciones especiales, por sus complicaciones, obliga a la intervención del dermatólogo. Unas veces es la fisura, otras la sencilla escoriación, otras la hemorragia, otras la eczematización o la dermatitis; un caso de hemorroide externa con fisura acompañada de prurito y de una infiltración de neurodermitis nos obligó al empleo del rádium, ya que como hemos dicho lo consideramos superior a los otros recursos farmacológicos y físicos; aplicamos en sesiones de 2 y 3 horas hasta un total de 12 horas un tubo de 2 centigramos de sulfato de rádium; mejoran la fisura y el prurito y dejamos descansar al enfermo; al reconocerle nuevamente, nos hallamos con una reducción de la hemorroide, que había notado también la enferma; seguimos entonces la aventura y aplicamos el mismo tubo hasta 20 horas en sesión de 3 horas repetidas cada 4 días, filtrando con un tubo de plomo de 1 milímetro; aparecía una ligera reacción, que terminada dejó ver la superficie anal y peri-anal curada, habiendo desaparecido los paquetes hemorroidales que existían.

Desde entonces he intentado la cura hasta un total de 9 casos.

En las hemorroides internas se consigue detener las hemorragias y mejorar los síntomas subjetivos, casi siempre completamente; pero como no se consigue la reducción dadas las enormes masas hemorroidales que a veces existen y la dificultad de aplicar la dosis conveniente por temor a la radiorrectitis, se presenta la recidiva.

En las hemorroides externas cuando se insiste convenientemente se consigue siempre la reducción de la hemorroide y la curación de las molestias subjetivas o de los estados de eczematización o de neurodermitis que los acompañan.

Creemos, por lo tanto, que el rádium debe entrar en la cura regular de todos los casos de hemorroide y sólo los casos fracasados de rádium deben caer en la intervención quirúrgica.

No nos extraña la acción del rádium en estos procesos, porque si la acción es maravillosa en los angiomas de la piel, no hay motivo para pensar que deba obrar de modo diferente en el angioma cavernoso de la región anorrectal conocido con el nombre de hemorroides.

DISCUSION

DOCTOR R. BOTEY.—Después de lo expuesto en la interesante comunicación del doctor Peyrí, unido al resultado de mi experiencia de la radioterapia en los procesos malignos de las primeras vías, me he convencido de que este misterioso agente triunfa en la mayoría de afectos cutáneos, incluso los epiteliomáticos, mientras no profundicen, y en dos indoles de neoplasmas: al sarcoma y sus derivados y el angioma; puesto que, como lo cree con sobrada razón el doctor Peyrí, las hemorroides no son otra cosa que tumores angiomatosos.

Después de haber tratado infinidad de procesos cancerosos de las primeras vías, llevo en efecto, curados por el radio dos casos de sarcoma endonasal, uno de mixo-sarcoma del cornete medio; otro de linfo-sarcoma de la amígdala y otro de sarcoma también de la amígdala. Y me atreví a decir curados, porque hace de los dos primeros algo más de tres años y unos dos años de los últimos.

En cuanto al epitelioma, del labio, de la lengua, del carrillo, de la faringe y de la laringe, he de confesaros que, a pesar de todos mis esfuerzos, de toda mi buena voluntad, de casi podría decir toda mi obstinada terquedad, no he conseguido más que frecuentes fracasos, a cambio de algunas mejoras transitorias y de escasas curaciones aparentes de cortísima duración, que me hicieron concebir, al principio, falsas esperanzas.

Estos resultados tan desiguales en nuestros casos, además de probar que el rádium obra con grande energía destructora sobre los tejidos poco diferenciados como el embrionario, indica también que precisa encontrar la fórmula clínica y las fórmulas histológicas constituyendo las indicaciones y contraindicaciones de la terapéutica por el rádium, por más que dentro de la misma estructura existan neoplasmas, al parecer idénticos pero de distinta malignidad.

Sesión científica de 17 de enero de 1920

PRESIDENCIA: DOCTOR CARULLA

Un caso de exenteratio

POR EL DOCTOR DON F. PROUBASTA

SEÑORES:

Antes de exponer el caso clínico, permitidme que exponga algunas consideraciones a él pertinentes.

La evisceración fetal (*exenteratio*) es hoy una operación raramente practicada, pues médicos y comadronas conocen mejor el modo de diagnosticar las presentaciones viciosas y no se abandona sin auxilio a una parturiente en lucha con una presentación transversa; salvo en contados casos, durante días.

Las operaciones de reducción fetal son en el orden cronológico las primeras, pues a los médicos de la antigüedad, desposeídos de los medios diagnósticos y terapéuticos de hoy, lo primero que se les ocurrió delante una distocia, fué extraer a trozos al feto, que por las fuerzas naturales no podían salir íntegros.

No obstante la antigüedad de los procedimientos de fetotomía, han estado hasta el momento actual aproximadamente como en tiempo de Hipócrates.

Todos sabéis perfectamente lo que se entiende por evisceración, *por exenteratio*; todos sabéis que con dichos nombres se designa no solamente el acto de extraer las vísceras a un feto, sino el conjunto