Año 1909 **Núm. 2082**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EXTIRPACIÓN TOTAL
DE LOS
GANGLIOS INGUINO-CRURALES
EN LAS ADENITIS CRÓNICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DARDO MOLINA MASSEY

BUENOS AIRES

"LAS CIENCIAS", Librería de Nicolás Marana
646 — AVENIDA DE MAYO — 646
1909

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vicepresidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Baldomero Sommer.
» » G. Aráoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Eufemio Uballes.
» » Francisco Sicardi.
» » Telémaco Susini.
» » Nicasio Etchepareborda
» » Eduardo Obejero.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTEGUY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES
	» JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A .DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR AVELINO GUTIÉRREZ

A MI MADRE

———

A MIS HERMANAS

CILIA Y JACINTA

A LOS DOCTORES

JUAN JOSÉ NAÓN

MI MAESTRO DE ANATOMIA

AVELINO GUTIERREZ

MI MAESTRO DE CIRUGIA

ADMIRACIÓN

GRATITUD

RESPETO

CAPÍTULO I

Anatomía Quirúrgica de la Región Inguino-crural

El *pliegue de la ingle*, que responde exactamente á una recta que una la espina ilíaca antero-superior á la espina del pubis, representaría el eje de una charnela cuyas chapas se extenderían, la superior, sobre la región abdominal vecina, constituyendo la *región inguino-abdominal*, y la inferior sobre la región vecina del muslo ó *región inguino-crural*.

La denominación de *región inguino-crural*, es aceptada actualmente por cirujanos y anatomistas, excepto algunos, como Malgaigne y Tillaux, que prefieren la antigua denominación de *región de la ingle*.

Limitada superiormente por el *pliegue de la ingle*, que coincide con la arcada crural ó ligamento de Falopio ó ligamento de Poupart, la región inguino-crural, tiene por límites laterales dos líneas verticales que partan de las extremidades de la arcada crural. De esas verticales, la externa, coincide con el músculo tensor de la fascia lata, que inserto superiormente

en la espina ilíaca antero-superior, desciende verticalmente sobre la cara externa del muslo. La vertical interna, coincide con el músculo recto interno, que inserto en la espina del pubis, desciende sobre la cara interna del muslo.

El límite inferior de la región, está representado por una horizontal pasando por el vértice del triángulo de Scarpa, ó sea el punto de intersección del músculo sartorio, con el primer adductor del muslo.

El límite profundo de la región, lo forma la cara anterior de la articulación coxo-femoral.

El estudio anatómico de la región, comprende el de los diferentes planos que la constituyen.

— —

El plano superficial comprende la piel y el tejido celular subcutáneo.

1º *La piel*, muy delicada, lampiña en su parte externa, se recubre de pelos en su parte interna. Adherente al nivel de la ingle, por soldadura de la cara profunda del dermis á la arcada crural, es muy movible en el resto de su extensión y se desliza con facilidad sobre los tumores de la región.

Esta adherencia al nivel de la arcada crural, hace que los procesos patológicos subcutáneos, queden li-

mitados á esa altura y no se corran del abdomen al muslo, ni de éste á aquél.

2º *El tejido celular subcutáneo*, compuesto de una capa superficial (*areolar* de Testut y Jacob), panículo adiposo más ó menos desarrollado según los sujetos y una capa profunda (*laminar* de los mismos autores), que corresponde á la fascia superficialis de la piel, en la que marchan los diferentes vasos y nervios de la región y en la que se encuentran sembrados, hacia el triángulo de Scarpa, los ganglios linfáticos superficiales.

Es necesario una consideración quirúrgica respecto á estas dos capas. Es la capa superficial ó areolar que aumenta ó disminuye de espesor, según que el individuo se adelgace ó engrose, alcanzando hasta tres y cuatro dedos cuando se carga de grasa en los obesos. Capa neutral, por decirlo así, en cuyo espesor no corren órganos de importancia, el bisturí del cirujano, tiene que atravesarla íntegra para alcanzar los vasos y nervios, que corren en la capa profunda ó laminar, sobre la que repercuten poco los estados de gordura. Es pues, profundamente donde se sitúan siempre los vasos y los nervios y donde se localizan los ganglios linfáticos, bien sobre la *fascia cribiformis*, límite separativo de la porción superficial y la profunda.

Arterias superficiales.—La arteria femoral, en seguida de pasar la arcada crural dá dos colaterales: *la arteria subcutánea abdominal,* que dá unos ramúsculos á los ganglios linfáticos vecinos, contornea de atrás á adelante y de abajo á arriba la arcada crural y gana el tejido subcutáneo de la región abdomial; la *arteria pudenda externa superior* que se dirige adentro *subcutáneamente*, en oposición á la inferior que es subaponeurótica, y va á distribuirse en la piel del pubis y la raíz del escroto, ó grandes labios dando ramúsculos á los ganglios linfáticos vecinos.

Venas superficiales. — Dos *venas subcútánea-abdominales* y dos *pudendas externas superiores* vienen á echarse en la femoral, directamente ó por medio de la safena interna.

Es la *vena safena interna,* caprichosamente dispuesta en su desembocadura, que constituye el *clou* del sistema venoso de la región superficial tanto anatómica, como quirúrgicamente.

Verticalmente ascendente á lo largo de la cara antero-interna del muslo, la safena interna, al llegar al vértice del triángulo de Scarpa, se contornea de adentro á afuera, describiendo una curva regular ó *callado de la safena interna*, ensancha ligeramente su calibre formando una *dilatación ampular*, atraviesa la *fosa oval*, cabalgando sobre el *cuerno in-*

ferior del *ligamento falciforme de Allan Burn* y se abre por fin en la vena femoral á 5 ó 7 centímetros por debajo de la arcada crural.

Quirúrgicamente, la vena safena interna, tiene en el punto de su callado su significación, pues en la operación de Trendelenburg, en las várices venosas de la pierna, la ligadura superior, se coloca en la desembocadura de esta vena en la femoral. En los vaciamientos inguinales totales por adenitis crónicas, la safena interna será disecada cuando esté respetada, debiendo extirparse entre dos ligaduras, en los casos en que sus paredes adhieran al tumor inflamatorio ó neoplásico.

Nervios superficiales.—Filetes cutáneos provenientes: afuera, del femoro-cutáneo; adentro, del génito-crural; en la zona media, del crural.

Ganglios linfáticos.—Los superficiales junto con los profundos y los vasos que los unen, serán estudiados en un sub-capítulo al terminar el estudio de la región.

Aponeurosis.—Los tegidos superficiales se encuentran separados de los profundos por la *aponeurosis inguino-crural*, que es una dependencia de la aponeurosis femoral y se continúa con las aponeu-

rosis vecinas, perineal hacia adentro, femoral hacia abajo, glútea hacia afuera.

La aponeurosis inguino-crural recibe distintas denominaciones según el sitio de la región que se considere y según su diferente extructura anatómica, que cambia sensiblemente y de gruesa y resistente que es en su límite externo, va adelgazándose gradualmente á medida que se aproxima hacia su límite interno, donde termina en simple tela celulosa que recubre los músculos pectineo y primer adductor. Blanca y nacarada hacia la parte externa, recibe el nombre de *fascia lata* y tiene las apariencias de un tendón aponeurótico, tendido entre los músculos tensor de la fascia lata y sartorio, á los cuales envaina al desdoblarse en sus dos extremos.

Adelgazada y cribada de agujeros vasculares y nerviosos, toma el nombre de *fascia cribiformis* al nivel del triángulo de Scarpa, en cuyo perímetro se inserta, suministrando, al hacerlo sobre la arcada crural, las fibras extrínsecas á la misma.

Entre los numerosos agujeros vasculares que caracterizan la aponeurosis, se describe uno especialmente: es el que libra paso á la vena safena interna y que ha recibido de algunos anatomistas el nombre de *fosa oval*. El reborde aponeurótico que lo limita hacia abajo, afuera y arriba, se refuerza y adquiere las apariencias de un ligamento, estudiado primeramente por los hermanos Burn y después por

Hey, por lo que se llama *ligamento de Allan Burn ó de Hey.*

Este ligamento se termina en sus dos extremidades por dos *cuérnos*, que lo atan á la vaina aponeurótica del músculo pectineo. Es sobre el cuerno inferior, que se refleja la vena safena interna y algunos cirujanos han visto en esta disposición un motivo de contricción de la safena, que aumentando la presión intravenosa, determinaría las várices. Se ha llegado así, hasta seccionar el cuerno inferior, buscando la curación de las várices.

En el límite interno de la región inguino-crural la aponeurosis, degenerada por completo, se convierte en una lámina celulosa, que recubre los culos primer adductor y pectineo.

Por debajo de la aponeurosis inguino-crural, se encuentran los músculos de la región, que pueden dividirse en dos planos, el superficial y el profundo.

El plano muscular superficial está constituído: Por el *músculo tensor de la fascia lata*, que se inserta por su extremidad superior en la espina ilíaca antero-superior y de ahí desciende verticalmente, sirviendo de límite externo á la región.

En la misma espina iliaca antero-superior y en la escotadura subyacente del hueso coxal, se in-

serta el *músculo sartorio*, que se dirige oblicuamenmente hacia abajo y adentro.

Siempre de afuera hacia adentro, encontramos en la capa muscular superficial el *músculo primer adductor* ó *adductor medio*, que inserto superiormente en la espina y el cuerpo del pubis, se dirige de arriba á abajo y de adentro á afuera, marchando al encuentro del músculo sartorio, con el que forma el triángulo de Scarpa. Y por último, en el límite interno de la región, encontramos el *músculo recto interno*, que toma una inserción lineal á lo largo del cuerpo y rama descendente del pubis, de ahí desciende verticalmente por la cara interna del muslo, sirviendo de límite interno á la región que estudiamos.

Estos diferentes músculos, contribuyen á la formación de dos triángulos musculares: el *triángulo muscular externo*, á vértice superior tocando la espina ilíaca antero-superior; á base inferior, sobre la línea horizontal que limita la región; con un lado externo, sobre el tensor del fascia lata y el otro al lado interno, sobre el sartorio. El *triángulo muscular interno* á vértice inferior, al nivel del encuentro del sartorio con el primer adductor; á base superior, sobre la arcada crural; con un lado externo, sobre el sartorio y un lado interno sobre el primer adductor. Este triángulo muscular interno, llamado *triángulo de*

Scarpa es muy importante del punto de vista anatómico y quirúrgico.

El plano muscular profundo está formado por el *músculo recto anterior y el vasto externo*, que ocupan profundamente el área del triángulo muscular externo de la superficie.

El triángulo muscular interno ó triángulo de Scarpa, se encuentra doblado profundamente, por dos músculos orientados de la misma manera que los superficiales.

El *músculo psoas-ilíaco* hacia afuera, se encuentra colocado por debajo del sartorio y desciende de la pelvis, para salir de ella, por la escotàdura que se encuentra entre la espina ilíaca antero-inferior y la eminencia ílio-pectínea, se dirige á abajo y va á tomar inserción en el pequeño trocanter.

El *músculo pectíneo*, se inserta superiormente en el ligamento de Cooper que recubre la cresta pectínea, en la superficie pectínea y de ahí se dirige hacia abajo y afuera, siguiendo profundamente la dirección del primer adductor y va á insertarse en la línea rugosa del fémur, que une el pequeño trocanter á la línea áspera.

En el plano profundo, los músculos psoas-ilíaco y pectíneo, se aproximan más que el sartorio y primer adductor, á tal punto que sus bordes posteriores llegan al contacto. De ahí resulta, que las paredes del canal que ellos delimitan, sean oblícuamente

dirigidas la una hacia la otra y vayan á encontrarse al nivel de la cara anterior de la articulación coxo-femoral.

La canaleta, cuyo armazón muscular se acaba de describir, es transformada en un canal verdadero por la aponeurosis de la región que se llama *canal crural.*

Al nivel del borde interno del músculo sartorio, la aponeurosis ínguino-crural, se desdobla en dos hojas, una superficial que hemos estudiado con el nombre de fascia cribiformis y otra, que profundizándose, recubre el músculo psoas-ilíaco y confundida con la vaina ilíaca del mismo, llega hasta la eminencia íleo-pectínea, donde se ata, para reflejarse hacia adelante y adentro, recubrir el músculo pectíneo y primer adductor y venir á encontrarse con la hoja superficial.

Se encuentra así constituído, por separación de la hoja superficial y la profunda, el canal aponeurótico cuyo armazón muscular acabamos de estudiar y que ha recibido el nombre de *canal crural.*

El canal crural, consta de tres caras, tres bordes, una base y un vértice; una cara anterior ó cribiformis, una cara póstero-externa ó sartorio-psoas-ilíaca y una cara póstero-interna ó primer adductor-pectínea. Borde externo, donde se separan las hojas superficial y profunda de la oponeurosis, al nivel del borde interno del músculo sartorio; borde

posterior donde se inserta y refleja profundamente la aponeurosis al nivel de la eminencia íleo-pectínea; borde interno, donde vuelven nuevamente á encontrarse las dos hojas superficial y profunda de la aponeurosis, al nivel del borde anterior del músculo primer adductor.

La base, dirigida hacia la cavidad abdómino-pelviana, está limitada hacia adelante por la arcada crural; afuera por la bandeleta ílio-pectínea, atrás por la eminencia íleo-pectínea y adentro por el borde externo cóncavo del ligamento de Gimbernat; está pues reducida á un orificio, que se conoce en anatomía con el nombre de *anillo crural*.

Este anillo, que dá paso á la arteria y á la vena femorales y vasos linfáticos, que ascienden del miembro inferior á la cavidad pelviana, se encuentra obturado por una tela celulosa, especie de diafragma, dependiendo de la *fascia transversalis* de la pared abdominal, que toma el nombre de *septum crural*.

El vértice del canal se encuentra situado al nivel de la desembocadura de la vena safena interna en la vena femoral y es el punto, en que estrechado el infundibulo fibroso que recubre las paredes del canal, termina por confundirse con la vaina de los vasos femorales.

La cavidad del canal crural está ocupada por los vasos sanguíneos y linfáticos y nervios de menor importancia. El gran nervio crural, que distri-

buye sus ramas en la mitad anterior del muslo, baja sobre la cara interna del músculo psoas-ilíaco, dentro de la vaina que le forma á este músculo la fascia ilíaca, es decir, por fuera del canal crural. La fascia ilíaca que constituye la pared póstero-externa del canal crural viene á separar el nervio crural que está por fuera de ella, de la *arteria femoral* que desciende por dentro, en pleno canal crural, del que ocupa el *tercio externo*. El *tercio medio* del mismo canal está ocupado por la *vena femoral*. El *tercio interno*, vacío de todo órgano, está ocupado por un pelotón célulo-adiposo. En la base misma del canal crural, ese tercio interno aloja un órgano importante: es un ganglio linfático, descubierto por Cloquet, llamado Ganglio de Cloquet, que se encuentra como cabalgando sobre la concavidad del ligamento de Ginibernat.

Este tercio interno del canal tiene muchísima importancia del punto de vista quirúrgico. Ocupado por un pelotón célulo-adiposo, ofrece una vía, siempre preparada á ceder al empuje abdominal, normalmente contrarrestado por la tela celulosa del septum crural, doblada del panículo célulo-adiposo. Vencida esa resistencia por un empuje mayor de la presión intra-abdominal, favorecida por las pérdidas de peso individuales que disminuyen la cantidad de grasa que llena ese hueco, las vísceras abdominales descienden de la pelvis al muslo y la hernia cru-

ral, queda establecida. Una consideración quirúrgica nos ofrece también el gánglio de Cloquet. Aunque rara, la inflamación de este gánglio constituye una adenitis profunda, que puede determinar una peritonitis pelviana de vecindad y despertar síntomas abdominales, que unidos á los locales, hacen pensar en una hernia crural extrangulada. Es Tillaux que insiste sobre esta particularidad quirúrgica, llamando la atención sobre la dificultad de establecer un diagnóstico cierto y declarándose intervencionista *á outrance* en estos casos de diagnóstico dudoso.

Arterias profundas—La arteria femoral, desprende en su recorrido del canal crural, varias colaterales que son las arterias *subcutánea abdominal* y *pudenda externa superior* ya estudiadas.

La arteria *pudenda externa inferior* que dirigiéndose horizontalmente hacia adentro, pasa por debajo del callado de la vena safena interna y sigue su recorrido sobre el pectineo y el primer adductor, siendo *subaponeurótica* en la mayor parte de su extensión; por fin, perfora la aponeurosis y sigue subcutáneamente hasta distribuirse al escroto del hombre y los grandes labios de la mujer.

La *arteria del cuadricep crural* ó muscular superficial nacida tres dedos por debajo de la arcada crural, sobre la cara externa de la femoral, y se distribuye en las diferentes porcioues del cua-

dricep, después de dar ramas al sartorio y al psoas-ilíaco.

La *arteria femoral profunda* ó muscular profunda que se desprende de la cara posterior de la femoral, siendo la rama más importante de ésta, á tal punto que muchos la describen como la continuación directa de la femoral, en vez de considerarla su colateral. Descendiendo entre el pectineo y el vasto interno, después entre el medio y el pequeño adductor va á perderse en la región femoral posterior.

Venas profundas—Cada arteria descripta, lleva dos *venas satélites* que la acompañan contribuyendo á formar la *vena femoral*.

Nervios profundos—El fémoro-cutáneo que sale de la pelvis por la espina ilíaca antero-superior y perforando la aponeurosis después de corto trayecto se distribuye en la cara antero-externa del muslo.

La rama crural del génito crural, saliendo de la pelvis por la parte externa del anillo crural, se coloca por delante de la arteria femoral, atraviesa la fascia cribiformis y se distribuye en la piel de la cara anterior del muslo.

El *nervio crural,* bajando de la pelvis envainado en la vaina del psoas-ilíaco, se divide en una

serie de ramas terminales que son: el *nervio músculo cutáneo externo*, el *nervio músculo cutáneo interno*, *el nervio del músculo cuadricep* y *el nervio safeno interno*, que penetra enseguida en el canal crural y camina sobre la cara anterior de la arteria femoral, acompañado de un pequeño filete, el *nervio accesorio del safeno interno*, rama del músculo cutáneo interno.

Ganglios linfáticos de la región inguino-crural

Los *gánglios linfáticos* de la región inguino-crural se dividen en *superficiales* y *profundos*, según que se encuentren situados por delante ó por detrás de la fascia cribiformis.

Los gánglios inguinales *superficiales* ó *subcutáneos*, son los más numerosos, de 10 á 15 y constituyen el triángulo ganglionar de la ingle, y cuya base asienta sobre el pliegue de la ingle, y cuyo vértice desciende hasta 5 centímetros por debajo de la arcada crural.

Los gánglios de la base del triángulo, son ovoideos y su gran eje es paralelo á la arcada crural.

Los del vértice son también ovoideos, pero su diámetro mayor se orienta verticalmente.

Los ganglios intermedios son de forma redondeada. Antes eran individuos en superiores ó inguinales y en inferiores ó crurales, situados más abajo.

Actualmente, á ejemplo de Quenu, la división topográfica ó quirúrgica, se hace de acuerdo con dos líneas, una vertical y horizontal la otra, que se cruzan al nivel de la desembocadura de la vena safena interna en la vena femoral.

Esta división quirúrgica, perfectamente aceptable del punto de vista anatómico, divide el territorio ganglionar inguinal en cuatro grupos: *súpero externo, súpero interno, infero externo, infero interno.*

Vasos aferentes.—El grupo súpero-externo, recibe los vasos linfáticos provenientes de la mitad externa de la nalga, de la porción infra-umbilical de la pared abdominal, limitada atrás por la línea media dorsal y adelante por una línea oblícua que baja del ombligo á la parte media de la arcada crural.

El grupo *súpero-interno,* recibe vasos aferentes que provienen: del ombligo, de la región infraumbilical de la mitad interna de la nalga; del ano; del periné; del escroto en el nombre, de la vulva en la mujer; del pene en el hombre, del capuchon clitoriniano en la mujer.

Los grupos *ínfero externo é interno,* reciben vasos linfáticos de la piel del miembro inferior.

Los *vasos eferentes* de los gánglios linfáticos superficiales, al profundizarse perforan la fascia cribiformis y se terminan los de los grupos inferio-

res, en los gánglios inguinales profundos; los de los grupos superiores, ascienden en manojos linfáticos á lo largo de la arteria y de la vena femorales y se terminan en los gánglios retrocrurales y en los gánglios de Cloquet.

Los gánglios inguinales profundos, se encuentran situados al nivel del canal longitudinal que ocupa el tercio interno del canal crural, envueltos en la atmósfera célulo-adiposa que lo ocupa. De éstos gánglios en número de tres ó cuatro, el más próximo á la cavidad pelviana, se encuentra cabalgando sobre el borde externo, cóncavo, del ligamento de Gimbernat y se llama gánglio de Cloquet.

Los vasos linfáticos aferentes de estos gánglios son los vasos eferentes de los gánglios superficiales estudiados y además los vasos linfáticos provenientes de los tejidos profundos del miembro inferior que acompañan á la vena femoral en su marcha ascendente.

Los vasos linfáticos eferentes de los gánglios linfáticos prófundos, forman cordones linfáticos que se dirigen hacia arriba y después de atravesar el *septum crural*, se echan al gánglio retrocrural interno, en su mayoría, alcanzando algunos vasos los gánglios retrocrurales medios y aun externos.

CAPITULO II

Anatomía patológica de las adenitis crónicas de los ganglios inguino-crurales

Dedico este capítulo al estudio de las adenitis crónicas de los ganglios inguino-crurales, ocupándome únicamente de la parte macroscópica de la anatomía patológica por ser la que interesa más al cirujano á objeto del diagnóstico.

Las adenitis tuberculosas, *las chancrosas a estrectobacilos de Ducrey*, *las neoplásicas y las de la peste bubónica*, son las cuatro clases de adenitis crónicas, en las cuales puede estar indicada la extirpación total de los ganglios inguino-crurales.

Adenitis tuberculosa

La adenitis tuberculosa de la ingle puede ser: *Secundaria ó sintomática.*—Cuando la infección tuberculosa asienta primitivamente sobre la piel ó huesos, etc., del miembro inferior, ó en alguno de los

órganos en conexión linfática con los ganglios inguinales y que se ha trasmitido á estos ganglios secundariamente. Un lupus de la piel ó un tumor blanco del miembro inferior en las articulaciones del pie, rodilla ó cadera, una fístula anal tuberculosa, ó una tuberculosis del ano, del pene, de los testículos ó de la vulva, pueden originar la adenitis inguino-crural tuberculosa secundaria ó sintomática.

Primitiva.—Cuando la adenitis no responde á una infección del territorio linfático correspondiente á los gánglios anguinales, sino que se ha producido *d' emblée*, es decir, que el bacilo de Koch ha penetrado á través del epitelio de la piel ó de las mucosas de los ganglios inguinales, sin solución de continuidad aparente para el enfermo ni el médico.

Es claro que tiene que hacerlo á través de simples rajaduras ó excoriaciones que pasan desapercibidas. Es una forma sumamente rara en los ganglios inguinales.

Ricord ha descrito con el nombre de *escrofulato de sífilis*, una tuberculosis ingertada sobre ganglios primitivamente sifilíticos y actualmente se tiende á aceptar en los casos considerados hasta aquí como de adenitis primitivas, la mediación de una irritación banal crónica de los ganglios, que los pone en estado de receptividad respecto al bacilo de Koch. Para

las adenitis inguinales la pediculosis pubiana, los eczemas, etc., podrían desempeñar este papel.

Una tercera forma de producción de la adenitis es aquella en la cual la inflamación predisponente á la infección tuberculosa es bien manifiesta. Se trata de la

Tuberculización de una adenitis crónica.— En este caso, la inflamación crónica del gánglio, lo ha puesto en condiciones de aceptar la invasión bacilosa. Como decía Verneuil, la inflamación banal le ha *tendido la cama* á la tuberculosis. Un eczema impetiginoso del miembro inferior, una uña encarnada del pie, una osteomielitis, etc., producen una adenitis crónica de la ingle. Establecido así el *locus minor resistenciæ*, el bacilo de Koch se ubica al nivel del ganglio debilitado en su defensa y determina la complicación bacilosa, de una adenitis primitivamente banal.

En la *adenitis concomitante* además de la lesión tuberculosa del ganglio inguino-crural, habría otra infección tuberculosa, pero no hay relación directa entre los distintos focos, ni puede atribuirse á la propagación del uno la aparición del otro, como pasa en la adenitis secundaria ó sintomática.

Una tuberculosis pulmonar coincidiendo con una adenitis inguino-crural, sería un caso de adenitis concomitante.

Estudiados los distintos modos como el bacilo de Koch puede establecerse en los ganglios inguinocrurales para determinar una adenitis tuberculosa, veámos las diferentes formas anatomopatológicas que puede adoptar la adenitis tuberculosa de la ingle.

Pueden encontrarse los siguientes tipos:

Adenitis monoganglionar. — Forma poco frecuente. El ganglio atacado aumenta de volumen variando del tamaño de una avellana á un huevo de paloma.

A la palpación se presenta como un tumor redondeado conservando su independencia respecto á los tejidos vecinos; rueda bajo la piel que se presenta con sus caracteres normales y se desliza sobre los tejidos profundos á los cuales no adhiere, es decir, que no hay lesiones de periadenitis. A la presión, que no despierta dolor apreciable, se nota una resistencia elástica: el tumor es renitente.

Su marcha es tórpida, manteniéndose mucho tiempo en el mismo estado y puede evolucionar por dos caminos muy distintos: ó bien el tumor disminuye de volumen por regresión expontánea y desaparece, ó bien evoluciona á la supuración: la periadenitis lo hace adherir á los tejidos periféricos y á la piel que se inflama, se enrojece y produce dolores lancinantes.

El tumor se hace fluctuante y al fin se abre

arrojando un pus seroso con copos blancos. Este abceso, ó bien da lugar á una fístula ó bien cicatriza dejando una depresión de la piel más ó menos marcada, con induración fibrosa que desaparece con el tiempo.

Adenitis poliganglionares: 1º Polinicro adenopatía tuberculosa.—Legroux en 1888 ha dado el nombre de *polimicro adenopatía tuberculosa* á una hipertrofia poliganglionar generalizada á varios territorios ganglionares, que acompaña las lesiones tuberculosas en la infancia.

Caracterizada esta adenitis, el aumento en el número de los gánglios linfáticos que se presentan con los caracteres de pequeños tumores duros, sin periadenitis y por lo tanto, no adherentes á la piel ni á los tejidos profundos, independientes unos de otros y completamente indoloros.

La polimicro-adenitis tuberculosa no pasa de la congestión ganglionar; jamás supura y generalmente regresa ó expontáneamente ó cediendo al tratamiento clínico-terapéutico.

2º Poliadenitis tuberculosa.—En la poliadenitis tuberculosa los ganglios linfáticos atacados tienen los mismos caracteres que la adenitis monoganglionar ya descrita. Los ganglios aumentados de volumen da el paquete formas distintas, en relación

con la distribución normal de los ganglios atacados y la adenitis es llamada en racimo, cadena ó rosario.

Aisladamente cada ganglio del paquete tiene los mismos caracteres anatomopatológicos que el ganglio único de las adenitis monoganglionares, de manera que la poliadenitis tuberculosa es una agrupación de ganglios aumentados de volumen y de consistencia, no adherentes á la piel ni á los tejidos profundos, ni á los otros ganglios y absolutamente indoloros.

Hasta la evolución misma del paquete poliganglionar está regida por la evolución individual de cada glándula, que es idéntica á la de la adenitis monoganglionar; ó bien como en ésta las glándulas después de permanecer un tiempo en el mismo estado, regresan, evolucionando expontáneamente á la curación, ó bien cada ganglio evóluciona á la supuración. En este caso comienzan por hacerse adherentes y la periadenitis que los suelda entre sí, los suelda también á los tejidos profundos y á la piel, constituyendo el *bubón macivo de Lejars*, masa lobulada, indurada en unos puntos, renitente en otros. La piel se enrojece primeramente al nivel de los puntos renitentes, se pone violácea después y termina haciéndose fluctuante. El pus se abre camino hacia afuera dejando una fístula de bordes flotantes adelgazados y de coloración violácea.

A veces el pus en vez de abrirse una vía direc-

ta al exterior, se derrama en el tejido celular subcutáneo formando un abceso frío debajo de la piel que ulcerada secundariamente le libra paso á la superficie.

Como los diferentes ganglios del paquete no evolucionan simultáneamente sino que lo hacen caprichosamente unos despúes de otros, resulta que la supuración se hace interminable presentándose á veces varios ganglios fistulizados cuyas cavernas se comunican subcutáneamente. Un estilete introducido por un orificio fistuloso va á salir por otro de ellos después de recorrer un trayecto subcutáneo más ó menos anfractuoso.

3º Adeno flemón tuberculoso.—En la evolución de las adenitis descritas, la inflamación comienza siempre en el interior de los ganglios y de ahí se propaga al exterior determinando una periadenitis.

Esto no sucede siempre. A veces la inflamación ataca simultáneamente los tejidos intra y los extraganglionares, determinando desde el principio una adenitis con periadenitis, que precipita la evolución.

Los ganglios atacados se presentan como tumores lobulados, adherentes á los tejidos profundos, entre ellos y á la piel, que presenta á ese nivel un plastrón inflamatorio. El tumor se hace fluctuante en varios puntos, el pus se forma tanto en el interior de los ganglios como en la atmósfera de tejido co-

nectivo que los une y un *adeno flemón tuberculoso* queda constituído. La piel es ulcerada secundariamente en varios puntos y sale al exterior un pus cremoso, bien ligado, sin los caracteres típicos del pus tuberculoso. Esto se explica, pues no es el bacilo de Koch en colonia pura que determina la supuración, sino su asociación al estrecto y al estafilococo.

Adenitis chancrosa

El chancho blando, cuyo agente específico ha sido descubierto en 1889 por Ducrey de Nápoles, se complica muy amenudo de bubón inguino-crural.

Los estrectobacilos de Ducrey toman la vía linfática á favor de escoriaciones ó rajaduras que se producen al nivel del chancro inicial, de ahí la recomendación especial de tratar que el chancro no sangre. Siguiendo la vía linfática los estrecto bacilos van á establecerse en los ganglios linfáticos del territorio genital correspondiente determinando una adenitis inguinal chancrosa, comunmente llamada *bubón chancroso*.

Generalmente el bubón chancroso consecutivo á un chancro blando es unilateral y del lado correspondiente al chancro. Raramente se sitúa en el lado opuesto. A veces, cuando el chancro radica sobre el frenillo ó sobre la línea media la adenitis chancrosa es doble. Esta bilateralidad en los casos que

el chancro se sitúa en una mitad del miembro, estando la otra mitad indemne se explica recordando las anomalías de los troncos linfáticos que á veces concurren á los ganglios del lado opuesto ó se distribuyen en los de ambos lados.

Está probado que la infección ganglionar que determina la adenitis marcha á través de los linfáticos, pues tomando las precauciones asépticas debidas al incindir los bubones chancrosos se ha recogido pus conteniendo el estrectobacilo de Ducrey.

El fagedenismó que acompaña á veces al chancro blando primitivo y que se repite en el bubón chancroso secundario se debe á las asociaciones microbianas injertadas sobre la colonia de estrectobacilos del chancro blando y trasmitidas al bubón chancroso ó bien por la vía linfática, ó bien por inoculación directa del bubón.

No es la forma común del bubón chancroso, la *monoadenitis chancrosa de Ricord*, á marcha aguda que concurre á la supuración en pocos días, la que nos interesa del punto de vista quirúrgico que estudiamos, pues ésta nunca se hace acreedora á una extirpación total del paquete ganglionar de la ingle.

Hay una variedad de adenitis chancrosa poco descrita en los textos que justifica la extirpación total. Se trata de una forma á marcha crónica. Una vez producida la infección ganglionar, la adenitis sigue una marcha, en mucho análoga á la poliadenitis tuber-

culosa. Los ganglios no se inflaman simultáneamente, sino lo que hacen unos después de otros.

La induración monoglandular, da lugar á un punto fluctuante que se abre, da salida al pus y deja una fístula. Mientras evoluciona ó cuando ya lo ha hecho, esta glándula, se observa que alguno de los ganglios vecinos se indura á su vez, se reblandece, fluctúa y se abre. De este modo la adenitis toma las *allures* de una poliadenitis tuberculosa y como ésta, se hace justiciera de la extirpación total del paquete ganglionar, para acabar con la enfermedad que se hace interminable.

Todos los ganglios inguino-crurales superficiales, pueden dar lugar al bubón chancroso, pero especialmente los que se encuentran por delante de los vasos crurales.

Adenitis neoplásica

Las adenitis neoplásicas de los ganglios inguino-crurales pueden ser primitivas ó secundarias.

Son *primitivas* cuando la localización ganglionar es la manifestación única del neoplasma desarrollado primitivamente en el ganglio.

Son *secundarias*, las adenitis neoplásicas que son la repercusión ganglionar de un neoplasma desarrollado en el territorio de linfáticos que concurren á ese ganglio.

Adenitis neoplásicas primitivas. — Aquí como en todos los casos análogos en otros órganos, es sumamente difícil establecer si se trata de un neoplasma primitivo ó secundario. Tendría que hacerse un examen clínico rigurosísimo que en todos los casos no es posible y sólo la autopsia y el examen histológico consecutivo podría certificar que se trata de neoplasma primitivo. Muchos casos considerados como neoplasmas primitivos de los ganglios cervicales, han resultado después, neoplasmas desarrollados á expensas de vestigios de órganos como el timo y los cordones epiteliales de las hendiduras branquiales.

El sarcoma, y especialmente el sarcoma melánico determina adenitis neoplásicas primitivas y Le Dentu ha publicado dos casos atestiguados por el examen histológico, de adenitis neoplásica primitiva de los ganglios parotídeos y submaxilares. La localización inguino-crural de neoplasmas ganglionares primitivos es rarísima.

Estos neoplasmas primitivos principian por la localización en un ganglio del territorio atacado, *mono adenitis neoplásica*, que muy pronto se propaga á los otros ganglios de la misma región, constituyendo la *poliadenitis regional*. Por último, el sistema linfático eferente se encarga de trasmitir la afección á otros ganglios, tercera faz de *generalización ganglionar*, hasta llevarla al sistema circulatorio venoso.

Adenitis neoplásicas secundarias. — Las adenitis neoplásicas secundarias de los ganglios inguinocrurales, son tan constantes, que en muchos casos, es la presencia de la adenitis, que llama la atención sobre la existencia de un neoplasma anal ó peniano.

No todas las formas de neoplasmas determinan la adenitis con igual frecuencia. Aquellos neoplasmas, como el encondroma, el fibroma y el sarcoma que se propagan especialmente por la vía sanguínea, no determinan sino tardíamente la adenitis. Son los tumores que en su propagación siguen la vía linfática los que determinan más temprano y más constantemente las adenitis secundarias.

Todas las formas de epiteliomas, tanto los de células planas como los de células cilíndricas determinan metástasis ganglionares tempranas y en el cáncer del pene, de las bolsas, los testículos y el periné ó el ano, se encuentra siempre la metastasis inguino-crural, de ahí el precepto quirúrgico, de extirpar el paquete ganglionar territorial, conjuntamente al tumor que lo ha determinado.

Estas adenitis neoplásticas son tan tempranas en los epiteliomas, que la extirpación de los ganglios regionales del órgano atacado, debe hacerse aún en aquellos casos que el examen clínico no revele la presencia de una adenitis.

Ganglios no aumentados de volumen, resultan al

examen histológico, invadidos, infestados ya por el neoplasma ó sus agentes específicos.

Es claro que el tipo de neoplasma de la adenitis es el mismo que el del tumor que la ha determinado y un epitelioma del pene á células planas determinará siempre una adenitis inguino-crural neoplásica á células planas.

Adenitis pestosa

La muerte negra ó peste de Oriente de los antiguos, actualmente conocida con el nombre de peste bubónica tan bien estudiada entre nosotros, á raíz de las epidemias de la Asunción del Paraguay en Abril de 1899, trasmitida al Rosàrio de Santa Fe en Septiembre del 99, y á Buenos Aires en Diciembre del mismo año, es una enfermedad infecciosa, determinada por un bacilo descubierto por Yersin y Kitasato en 1894, caracterizada por la frecuentcia de la localización ganglionar de las lesiones específicas (bubones), lo que le ha valido su nombre (peste bubónica).

Apropósito del bubón pestoso que ella determina, se ha discutido si la invasión microbiana quedaba limitada á los ganglios linfáticos primitivamente atacados, ó bien si esta adenitis bubónica era una simple manifestación local de la infección general del organismo por el germen bubónico.

A pesar de ser múltiples los casos, donde la adenitis está ligada por cordones de linfangitis con el punto

de penetración del bacilo de Yersin y Kitasato al nivel de la piel, se acepta que la adenitis bubónica, es un síntoma local de la infección general. El tejido linfoideo de los ganglios linfáticos, reacciona de una manera exagerada ante la infección bubónica y sólo en los casos en que ésta fulmina el organismo, como en la septisemia y la neumonía pestosa, las adenitis faltan.

La adenitis pestosa es uno de los primeros síntomas de la infección bubónica y un dolor intensísimo ubicado al nivel de los ganglios inflamados, es á veces el primer aviso de la enfermedad. El síntoma «dolor local» es tan intenso, que los enfermos aún en estado agónico, reaccionan á la presión de los bubones con gritos desgarradores.

Otros síntomas de orden general acompañan la adenitis pestosa; se observa una notable elevación de temperatura que oscila entre 39º y 40º5, acompañada de perturbaciones nerviosas, cefalalgia, pérdida de la inteligencia y la memoria, vértigos, delirio de palabra y de acción, marcha titubeante, que unido á una cara congestionada, vultuosa y á veces á un verdadero estado confusional, ha hecho que en muchos casos se tomen por ebrios individuos, que han resultado bubónicos.

La adenopatía pestosa, que es á menudo una de las primeras manifestaciones de la enfermedad,

se retarda en algunos casos y aparece en los días subsiguientes.

El bubón es con frecuencia monoganglionar. El ganglio atacado aumenta de volumen y la adenitis va acompañada de periadenitis, que produce un empastamiento á veces considerable de la región. La piel que recubre el bubón ó bien se conserva sana, ó bien es atacada de gangrena húmeda.

La adenitis bubónica puede curar; en este caso el tumor disminuye de volumen hasta desaparecer. Cuando en vez de curar, supura, los síntomas inflamatorios van aumentando hasta que el bubón se abre dando salida al pus.

«El bubón ocupa de preferencia la región inguinocrural. Los tres cuartos de los enfermos lo presentan en esta región. Se desenvuelve generalmente á expensas de los ganglios que se sitúan á algunos centímetros por debajo de la arcada crural, en el área misma del triángulo de Scarpa hacia su vértice. Otras veces están colocados en los ganglios que ocupan el pliegue de la ingle misma, es decir, en la base del triángulo» (1). Cuando el bubón supura, que es el desenlace más frecuente, salen con el pus, restos de tejidos esfacelados. La periadenitis es tan intensa, que en algunos casos se eliminan ganglios enteros, dejando enormes cavidades piogénicas. Agote y Me-

(1) Agote, Luis y Medina A. J.—La Peste Bubonique dans la Republique Argentine et au Paraguay.—Epidemies de 1899-1900.

dina, citan de estos casos entre los enfermos cuidados en la Casa de Aislamiento de Buenos Aires; en los tres, los gruesos vasos del muslo, habían sido puestos al descubierto por la supuración y la eliminación de los tejidos necrosados.

Cuando los ganglios no supuran y en vez quedan pequeños, duros y dolorosas, la clínica hace mal pronóstico que desgraciadamente se cumple en muchos casos.

CAPÍTULO III

Extirpación total de los ganglios inguinos-crurales

Su indicación en las adenitis crónicas

Son las adenitis crónicas las lesiones que con mayor frecuencia obligan al cirujano á la extirpación total del paquete ganglionar inguino-crural.

Entre las adenitis tuberculosas, las formas moganglionares no indican nunca está operación.

Entre las formas poliganglionares la polimicroadenopatia tuberculosa es la única que normalmente evoluciona á la curación. En algunos casos la poliadenitis tuberculosa puede también regresar y resolverse, sin ir más allá de la induración ganglionar, pero esto es lo menos, la excepción.

Tanto la poliadenitis tuberculosa como el adenoflemón tuberculoso de la ingle, obligan al cirujano á la extirpación total del paquete ganglionar inguino-crural.

La adenitis chancrosa á estrecto-bacilos de Ducrey es también acreedora de la misma extirpa-

ción total, pero no en su forma común de monoadenitis chancrosa de Ricord, sino en esa forma poliganglionar, á marcha crónica, no descrita en los textos y que se parece tanto á la poliadenitis tuberculosa.

Todas las adenitis neoplásicas sin excepción, sean primitivas ó secundarias, mono ó poliganglioneres, deben tratarse por la extirpación total de los ganglios inguino-crurales.

Las adenitis pestosas inguino-crurales que acompañan con frecuencia la peste bubónica es otra forma de adenitis crónica que debe tratarse por la extirpación total.

La extirpación del bubón en las adenitis pestosas, fué uno de los tratamientos usados por los antiguos con éxito variable.

«Los fracasos que obtuvieron los cirujanos anguos al extirpar radicalmente los bubones se explica en parte por las condiciones desfavorables y la falta de técnica operatoria adecuada. Merece la pena intentar la extirpación quirúrgica de los bubones con arreglo á los adelantos de la cirugía moderna no siendo imposible que al fin, la terapéutica de la peste, pase de manos de los médicos á la de los cirujanos». (Müller y Pöch. Enfermedades infecciosas. — Peste Ziemssen).

Esto decía Müller y Pöch en 1902. Pero estas ideas eran dictadas por la creencia de la localización de la infección bubónica al nivel de los ganglios, de

donde se extendía á otros, hasta generalizarse. Hoy sabemos que la infección bubónica es primitivamente general y que los bubones no son sino la manifestación local de la reacción del tejido linfoideo.

La extirpación tal como la concebían los antiguos no es factible actualmente. No es posible hacer abortar la enfermedad por extirpación de los bubones. Pero el enfermo beneficia siempre con esta operación. Eliminando con el paquete linfático, el grueso de la colonia microbiana, se suprimen los efectos de ésta y de sus toxinas que se traducen en grandes block de tejidos esfacelados.

Más aún que los efectos de la colonia pestosa misma, se hacen sentir las asociaciones microbianas de estrecho y estafilicocos cuya virulencia hace que la marcha de la adenitis sea más tumultuosa.

La intervención quirúrgica que habitualmente se practica en los casos de bubónica es la simple incisión de los bubones reblandecidos con el objeto de dar salida al pus.

Pero la práctica enseña que esta intervención es insuficiente. La adenitis en su evolución común sigue una marcha crónica. Los bubones, que son casi siempre multiganglionares, se abren unos después de los otros haciendo la supuración interminable.

En muchos casos se llega hasta la eliminación en masa del paquete ganglionar de la ingle, quedan-

do una caverna enorme que muestra en su fondo los vasos crurales al descubierto. Se ve, pues, que la naturaleza misma en su proceso hacia la curación, tiende á separar el foco mismo de la infección, eliminando en masa los ganglios. Es esta la obra del cirujano.

Pero no basta con la intervención operatoria, como no basta, por ejemplo, la intubación laríngea en los casos de crup.

Es necesario completarla, ayudando al organismo á defenderse, lo que se logra por medio de inyecciones de suero antipestoso.

Técnica operatoria

La extirpación en block de los paquetes ganglionares es una operación que ha ganado terreno en los últimos años sobre la antigua forma de extirpar cada ganglio individualmente, arrancándolo con los dedos ó con el extremo romo de un instrumento cualquiera.

Es mucho mejor extirpar á bisturí todo el block ganglionar siguiendo la periferia del mismo. En los puntos peligrosos por la proximidad de gruesos vasos se puede usar el extremo romo de una tijera ó la sonda acanalada.

Incisión cutánea.—Se usa, ó bien una incisión paralela á la arcada crural, es decir, oblícua, ó bien una incisión arqueada, en colgajo, cuyas extremidades concurren á la espina ilíaca anterosuperior y á la espina del pubis la otra; la parte culminante de la convexidad desciende más ó menos cerca del vértice del triángulo de Scarpa según las necesidades de cada caso.

La incisión vertical, paralela á los vasos crurales, me parece la mejor cuando se quieren extirpar los ganglios profundos junto con los superficiales.

Cualquiera incisión que se use, en general es un inconveniente dejar grandes extensiones de piel flotante, pues es fácil que los colgajos grandes se necrosen.

Es por eso preferible, como aconseja el doctor Avelino Gutiérrez, hacer una incisión elíptica que permita eliminar el pedazo de piel que corresponde al centro del tumor, que sería la más propensa á necrosarse por no alcanzar hasta ella los vasos nutricios, Se procede, pues, como si la piel adhiriese al tumor ó como si existieran trayectos fistulosos.

Liberación del tumor.—Incindida la piel, se toma el labio externo de la incisión y se diseca dejando adherente al tumor una parte del tejido adiposo subcutáneo.

De este modo se llega hasta los límites externos

del tumor. En este momento se profundiza la incisión hasta llegar á una aponeurosis blanca, nacarada: la aponeurosis inguino-crural, á este nivel fascia lata, más adentro fascia cribiformis. Es en esta aponeurosis que se debe seguir hacia adentro, como veremos.

Al liberar el tumor sobre su borde externo debemos ligar el *pedículo externo* de él formado por los vasos circunflejos ilíacos.

Una vez llegados á la fascia lata, esta debe servirnos de guía, pues es inmediatamente por delante de esta aponeurosis que se encuentra el *plano de clivage* que debemos seguir sobre la cara profunda del tumor para liberarlo.

Al desprender el borde superior, seccionamos entre dos ligadura el *pedículo superior*, formado por los vasos subcutáneo-abdominales.

El desprendimiento del tumor sobre la cara profunda debe ser llevado hasta la vena safena interna, que constituye el *pedículo profundo*; esta vena se secciona entre dos ligaduras.

Hecho esto se vuelve á la superficie, tomando el labio interno de la incisión cutánea y disecando la piel sobre el tumor como hicimos con el externo y hasta llegar al borde interno del paquete ganglionar. A este nivel, profundizamos la incisión seccionando el *pedículo interno* del tumor, formado por los vasos pudendos externos. Seguimos así hasta encontrar la aponeurosis que recubre el recto interno y al pri-

mer adductor. Cuando llegamos á esta aponeurosis la seguimos, levantando todo lo que se encuentra por delante del primer adductor y del péctines. Aquí la guía es el músculo que no debemos desamparar. Siguiéndolo, seccionamos la hoja aponeurótica de la fascia cribiformis, que queda del lado del tumor. De este modo levantamos, englobados en el paquete célulo-adiposo, todos los ganglios profundos de la región. Muy pronto llegamos al paquete vásculo nervioso de los vasos crurales y nervio safeno externo.

Es necesario liberar la vena femoral con cuidado abordándola por su cara interna. Aquí se toma la sonda canalada. Siguiendo así la disección sobre la vena misma que queda al descubierto como la yugular en el cuello, llega el momento en que una lámina aponeurótica se presenta ante el bisturí: es la fascia cribiformis.

Si en este momento abordamos el tumor por la brecha externa y lo hacemos vascular hacia adentro, notamos que no adhiere á los tejidos si no por una lámina aponeurótica, por la fascia cribiformis y que seccionada ésta á tijera, nos deja en la mano el paquete ganglionar completo, compuesto de los ganglios superficiales y los profundos.

Después de suturar la piel, es necesario hacer una curación compresiva y poner en la herida dos tubos de drenaje, uno en el extremo superior y otro en el inferior.

Cuando se hace una incisión oblícua, el borde inferior de la piel desprendido del tumor da un colgajo, donde se acumula la sangre y la linfa. Es necesario puncionar ese colgajo en el punto más declive y atravesarlo por un tubo de drenage.

Cuando se omiten los tubos de drenage la linfa llevada por los linfáticos cortados se derrama en la herida impidiendo la cicatrización. En un caso que recuerdo, al levantar la curación al día siguiente de la operación, se encontró un tumor ovoideo en el sitio de la herida. Introducida una sonda acanalada entre dos puntos de sutura se vió salir un chorro de un líquido rosado, claro, de linfa sanguinolenta.

Esta es la operación radical. Pero en muchos casos, los ganglios profundos no están afectados y pueden no ser extirpados. En ese caso, en vez de pararse al nivel de la safena interna en la liberación del tumor, se sigue hasta su borde interno.

A Gosset, que publica la técnica de la extirpación de las adenitis inguinales en el «Journal de Chirurgie», febrero de 1909, extirpa únicamente los ganglios superficiales.

Entre nosotros hace tiempo que esta misma operación se viene haciendo de años atrás, y el doctor Julio F. Riobó publica en sus tesis de 1908 sobre «Extirpación total y sistemática de los ganglios inguino-crurales por cáncer de la región ano-genital»,

describe la técnica usada por el doctor Avelino Gutiérrez en su servicio del Hospital Español y publica los casos que acompañan esta tesis amablemente cedidos por el doctor Gutiérrez.

CAPITULO IV

CASOS CLINICOS

OBSERVACIÓN I — HOSPITAL ESPAÑOL

Epitelioma del ano

P. U.—55 años, casado, ganadero, español.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Antecedentes específicos: Negativos.

Hábitos alcohólicos: Moderados.

Enfermedad actual.—La primera manifestación data de más de un año, en que se le formó un abcesito en la margen del ano, que espontáneamente se le abrió al exterior.

Poco después un médico, le hace una pequeña incisión, dando salida á unas gotas de pus; desde entonces su lesión se agranda paulatinamente creciendo en extensión y en profundidad.

Ha sido muy poca, dolorosa é incómoda; defeca

normalmente. Como se le aconseja operarse, es que ingresa á este servicio de cirugía, con un regular estado general.

Estado actual.—En la margen derecha del ano, se ve una ulceración que se extiende hasta unos cuatro centímetros hacia afuera, redondeada, muy excavada, llena de vegetaciones y anfractuosidades, de bordes muy duros, de superficie rojo-vinosa y empapada en un magma viscoso y purulento.

Entreabriendo el esfinter, se ve que la neoplasia avanza sobre él y se continúa sobre su cara interna, como dos centímetros hacia arriba.

Abundantes ganglios en ambas regiones inguinales, lisos, indoloros, no adherentes.

Clínicamente es un epitelioma.

Operación. — Operador: doctor Avelino Gutiérrez.

Se extirpa el neoplasma, con una buena porción de tejido sano á su alrededor; hay que sacrificar una porción de esfinter; termo-cauterización de la superficie cruenta.

Se aproxima la mucosa á la piel con crin; amplio drenaje.

Previamente se han extirpado todos los gánglios de ambas regiones inguinales que están engrosados, pero no supurados. Drenaje.

Incidentes de la curación.—Barriendo con toda la atmósfera célulo-grasosa del paquete ganglionar que ocupa una gran extensión, queda bajo el tegumento un gran hueco, y la piel casi desnutrida, está en peligro de necrosis. En este caso, los colgajos no fueron resecados lo bastante y los bordes se necrosaron; la cicatrización se hizo por segunda, después de una aproximación con crin, quedando una cicatriz muy irregular.

En cuanto al esfinter anal, como era de esperar, quedó lesionado; la incontinencia que no era absoluta se prolongó, sin embargo, unos 25 días, después de los cuales desaparece á medida que avanza la cicatrización.

El enfermo es dado de alta curado; buen estado general; defeca normalmente.

Análisis anátomo-patológicos. — Son muy demostrativos; en los ganglios de la derecha estaba ya reproducido el neoplasma.

Hablan los informes del señor Solari.

Tumor del ano.—El corte pasa en pleno tumor; está constituído por tubos de células epiteliales llenos, formados por epitelio plano pavimentoso. El corte pasa por la sección de muchos globos epiteliales con substancia coloidea en su centro. Entre estas neofor-

maciones hay un tejido conectivo espesado, con intensa infiltración leucocitaria. Diagnóstico: epitelioma.

Ganglio inguinal derecho.—Corte perpendicular al diámretro mayor del ganglio. En el costado de uno de los bordes del ganglio se encuentran pocos bloques tubulares, con epitelio plano pavimentoso y algunos globos epiteliales con degeneración coloidea en el centro. En todo el resto del ganglio hay un proceso de inflamación crónica.

Diagnóstico: epitelioma.

Ganglio inguinal izquierdo.—Cápsula ganglionar y muy espesada. Estructura normal del ganglio, completamente desaparecida; no hay folículos linfáticos, ni espacios linfáticos netos, sino que todo en este ganglio se reduce á un tejido adenoideo que adquiere glio se reduce á un tejido adenoideo que adquiere disposiciones variables, entremezclado como está con un tejido conjuntivo muy desarrollado, sobre todo en algunos puntos. No hay lesiones neoplássicas.

Se trata de una adenitis crónica esclerosante.

OBSERVACIÓN II — HOSPITAL ESPAÑOL

Epitelioma del ano

He aquí una síntesis de la evolución de la neoplasia. En 1906, se le opera de un epiteliona de la margen izquierda del ano y de los ganglios inguinales izquierdos ya epiteliomatosos.

En 1907, se le opera de un pequeño epitelioma de la margen derecha del ano, sin tocar los ganglios correspondientes.

En 1908, vuelve el enfermo y nos encontramos con que los ganglios de la ingle derecha están epiteliomatosos.

F. Z.—57 años, casado, español, comerciante.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes específicos.—Negativos.

Antecedentes alcohólicos.—Moderados.

Enfermedad actual. — Dos ó tres años hace, notó incidentalmente que en la margen izquierda del

ano tenía una dureza, y como sentía de tiempo atrás ardor y picazón en la citada región, decide consultar médico, el que le cauteriza; después de varios meses, la herida no cicatriza y se agranda; tiene dolores; se pone en manos de un curandero que, según afirma el enfermo, le quema con un fierro rojo; la lesión persiste y se agranda, después de muchos meses, alguien le indica este hospital, é ingresa para operarse.

Estado actual.—En la margen izquierda del ano, se ve una ulceración redondeada de unos 3 centímetros de diámetro, no muy excavada, cuyo fondo está lleno de brotes exuberantes de diversos tamaños, de bordes duros, que sangra á la menor exploración, de color rojo vivo y el todo humedecido por una serosidad turbia; no hay casi base indurada. Por el tacto rectal, se comprueba que la ulceración avanza por dentro del esfinter y se extiende hasta un centímetro por arriba.

Dolores soportables; defeca normalmente piel de la región eczematizada que causa prurito nocturno. La región inguinal izquierda, está poblada de numerosos ganglios; algunos bastante grandes; no adherentes ni dolorosos.

Operación.—Febrero 1906. Operador doctor Avelino Gutiérrez.—Extirpación de los ganglios in-

guino-crurales de la izquierda, algunos de los cuales se encuentran supurados. Drenage. — Extirpación del ano, á dos centímetros al rededor del neoplasma en pleno tejido sano. Se lleva una parte de esfinter; sutura del recto á la piel con crin.

Queda incontinencia que desaparece al mes; la herida se llena poco á poco por brotación. La herida inguinal cicatriza por primera. Defeca normalmente y es dado de alta curado.

Los análisis anátomo-patológicos hechos por el señor Solari, dicen lo siguiente:

Tumor del ano. — Capa de epitelio cutánea espesada y emitiendo prolongamientos profundos, con todas las transformaciones propias de las células del epitelio estratificado de la piel.

Debajo de este epitelio, regular infiltración leucocitaria. Debajo de la zona epitelial se encuentran las secciones de muchos bloques epiteliales, con transformación córnea en su centro y anastomosadas entre ellos. Tejido conectivo y paredes vasales espesadas.

Diagnóstico: Epitelioma pavimentoso lobulado.

Ganglio de la ingle. — Sustancia ganglionar casi completamente destruida; se encuentra en su lugar un tejido epitelial, bajo forma de islotes y trabeculas, constituída por estratificaciones de células cilíndricas

en la base, poligonales en su parte media, planas en su parte interna; capa esta última que linda con sustancia córnea; rodean á estas producciones un tejido conectivo infiltrado.

Diagnóstico: Epitelioma.

Al año siguiente, en abril de 1907, se presenta de nuevo el enfermo, diciendo que siente novedades é ingresa otra vez al servicio de cirujía.

Estado actual. — Sobre la margen derecha del ano, se ve una excrecencia del tamaño de una almendra, de superficie más bien lisa, rosada, costrosa, que sangra al menor roce, de bordes indurados. La cicatriz de la operación anterior, intacta. Se constatan pequeños y escasos ganglios en la región inginal derecha.

Operación. — Operador: doctor Avelino Gutiérrez. Previa anestesia cocaínica, se extirpa ampliamente el neoplasma sin tocar el esfinter; cauterizando á termo la superficie cruenta. Faltando al procedimiento que seguimos en estos casos, no se extirpan los ganglios inguinales de la derecha.

El microscopio confirmó el diagnóstico clínico: Epitelioma.

Es de pensar que este epitelioma es una continuación del anterior, cuya extirpación fué incompleta.

El enfermo toma el alta curado.

Un año después, es decir, en enero del actual 1908, vuelve de nuevo el enfermo y digámoslo de una vez, con el epitelioma reproducido en los ganglios que no se extirparon el año anterior. Las cicatrices del ano en perfecto estado.

Antecedentes. — Dice el enfermo que poco tiempo después de salir de este hospital, notó que en la región inguinal derecha, se le formaba un abultamiento que aunque no le ha molestado nada, ha aumentado paulatinamente de tamaño, y en presencia de ese tumor decide nuevamente ingresar en el hospital.

Estado actual.—En la región inguinal derecha, se nota por debajo del puente, un tumor indoloro, movible, liso, acompañado de otros varios más pequeños; no hay confusión posible, son ganglios evidentemente neoplássicos y se decide la intervención.

Operación. — Operador: doctor Avelino Gutiérrez. Con una incisión elíptica, se circunscribe un trozo de piel en la base del triángulo de Scarpa y junto con el óvalo de la piel, se extirpa los ganglios inguino-crurales envueltos en su atmósfera célulo grasosa. La fascia cribriformis, brillante y lisa, queda al descubierto. La piel con seda: drenage. Curado

El análisis microscópico verificado por el señor A. Roffo dice lo siguiente:

Ganglio inguinal. — En los preparados tomados en la periferia del ganglio, se observa que el tejido adenoideo se halla envuelto por una capa de tejido adiposo entre cuyas mallas existe abundante infiltración leucocitaria.

En los cortes del ganglio, tomados en la zona más central, se observa que existen escasos folículos adenoideos; en medio de una zona uniforme formada por elementos redondos se ve á pequeño aumento puntos redondeados y teñidos bien por la eocina. Estos puntos examinados con mayor aumento se ve que se hallan formados por células del tipo epitelial. Estas celulas se agrupan guardando cierta regularidad; observándose en algunas de estas agrupaciones, que las células á tipo cilíndrico, rodean por completo á esta formación y por dentro de ellas, existen células pavimentosas, todas ellas toman bien los colorantes, no así las células que están por dentro de estas últimas.

———

OBSERVACIÓN III — HOSPITAL ESPAÑOL

Epitelioma de la vulva

G. C., de 70 años, viuda, española.
Antecedentes: sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace unos seis meses, que le apareció en la vulva, sobre el gran labio derecho, un pequeño abultamiento que le causaba dolores vagos, incomodidad para caminar y picazón, poco á poco ha aumentado hasta su tamaño actual; hace dos meses se ulceró y desde entonces da una serosidad de olor fétido.

Estado actual. — El tumor que se asienta en el gran labio derecho, es del tamaño del un huevo de paloma; la ulceración es de color violáceo; de fondo vegetante y duro y poco doloroso; hay gan glios inguinales del mismo lado, algunos de tamaño mayor al de una almendra.

Operación. — Operador: doctor Avelino Gutiérrez.

Anestesia local con estovaina; amplia extirpación de todo el gran labio.

También con estovaina se hace la extirpación de los ganglios del mismo lado.

Los análisis microscópicos hechos por el señor Solari, no sólo confirman el diagnóstico de epitelioma, para la vulva, sino que muestran el desarrollo de la neoplasia ya en pleno ganglio.

Después de un mes, toma el alta curada, habiendo mejorado su estado general.

———

OBSERVACIÓN IV — HOSPITAL ESPAÑOL

Epitelioma del pene

A. F., 49 años, viudo, español, médico.

Antecedentes específicos: sífilis bien confirmada hace 15 años, buen tratamiento.

Hábitos alcohólicos: muy acentuados.

Enfermedad actual. — Ingresa á este hospital por una fractura expuesta de la pierna, de la que queda bien después de dos meses de tratamiento adecuado.

Es entonces cuando decide poner en tratamiento su afección del pene, una ulceración localizada en el glande, á la que había tratado con simple antisepsia y que databa de ocho meses atrás, habiendo notado desde entonces la presencia de ganglios inguinales en ambos lados. Se hace diagnóstico de epitelioma, y se propone una intervención radical que el enfermo acepta.

Operación. — Operador: doctor Avelino Gutiérrez.

Amputación del pene por delante del escroto.

Extirpación de los ganglios anguinales superficiales y profundos de ambos lados. Cicatrización por primera. Alta, curado. El análisis anátomo-patológico hecho por el señor Solari, dice: tumor del pene, epitelioma pavimentoso.

OBSERVACIÓN V — HOSPITAL ESPAÑOL

Epitelioma del pene

J. B., 46 años, comerciante, español.

Antecedentes personales, hereditarios, específicos y alcohólicos, sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace ya más de dos años que en la parte dorsal del surco balano-prepucial, se notó una ulceración pequeña. Consulta médico; éste le diagnóstica sífilis y le hace tratamiento específico al mismo tiempo que local al gálvano-cauterio; pasan seis meses y la úlcera lejos de retroceder se agranda circularmente y se hace vegetante. Consulta otro médico que le suspende el tratamiento, manda analizar un fragmento de tumor y le aconseja ponerse inmediatamente en manos de cirujano; por lo que ingresa á este Servicio.

Estado actual. — Palpando el glande á través del prepucio, se nota una zona muy dura, de superficie irregular, poco dolorosa que casi rodea al

miembro. Se retira el prepucio con mucha dificultad y se advierte en su cara interna una placa ulcerada, corpusculante, de color rosa vivo, llena de anfractuosidades que sangra con facilidad, y asentada sobre una base muy indurada que se extiende hasta el surco y el balano. A inmediaciones del frenillo hay otra ulceración algo más pequeña pero de caracteres iguales á la anterior.

Se constata la existencia de ganglios en ambas regiones inguinales á lo largo del puente.

Se propone la intervención que es aceptada.

Operación. — Operador: doctor Avelino Gutiérrez.

Extirpación total de los ganglios inguino-crurales de ambos lados. Drenage.

Amputación del pene, por delante del escroto y del ligamento suspensor.

Sonda permanente. Cicatrización por primera. Alta, curado.

Los análisis del doctor Solari informan lo siguiente.

Fragmento de pene. — Se trata de un epitelioma pavimentoso córneo. Los islotes epiteliales se hallan rodeados por una intensísima infiltración leucocitaria.

Ganglio inguinal. — Se trata de una adenitis crónica con focos centrales de esclerosis.

OBSERVACIÓN VI — HOSPITAL T. ALVAREZ (1905)

Epitelioma del pene

G. del P., de 75 años, casado, jornalero.
Antecedentes: sin importancia.

Enfermedad y estado actual. — Lleva ya más de un año de enfermedad; su principio fué una pequeña ulceración en la parte superior del surco coronario; pasa algunos meses sin asistencia médica, durante los cuales la úlcera progresa y se hace vegetante; después recorre médicos y hospitales que no le intervienen por inoperable sin conseguir que su mal retroceda; al contrario el glande y parte del cuerpo del pene se hallan reemplazados por una gran coliflor, empapada en una secrecióne purulenta y fétida. A pesar de lo avanzado de la lesión apenas se notan ganglios.

Es operado por el doctor Avelino Gutiérrez, que le hace una emasculación total, con extirpación de los ganglios inguinales de ambos lados.

La incisión superior, se extiende desde una espina ilíaca ántero-superior á la otra, costeando los pliegues inguinales.

Alta, curado.

OBSERVACIÓN VII

Epitelioma del pene

P. T. G., de 50 años, casado, industrial.
Antecedentes: sin importancia.

Enfermedad y estado actual. — Empezó seis ú ocho meses atrás, por una pequeña ulceración, en el dorso glande que no cedió á varios tratamientos, que rápidamente aumentó en superficie y profundidad y que antes de seis meses el glande y una parte del cuerpo del pene habían perdido su forma anatómica, estando reemplazado por un tumor enteramente ulcerado, vegetante, purulento y fétido.

No hay duda, se trata de un neoplasma.

Enterado el enfermo de la afección que se trataba, no duda en aceptar el sacrificio de sus órganos sexuales.

Es operado por el doctor Avelino Gutiérrez, que le hace una emasculación total y extirpación completa de los ganglios inguino-crurales de ambos lados.

Alta, curado.

El análisis anatomo-patológico confirma el diagnóstico clínico: epitelioma.

Buenos Aires, septiembre 7 de 1909,

Nómbrase al señor consejero doctor A. Gandolfo, al profesor titular doctor D. Decoud y al profesor suplente doctor M. Viñas, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. BAZTERRICA.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, septiembre 16 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2082 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

BAZTERRICA.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Accidentes imputables á la extirpación total de los ganglios inguino-crurales.

GANDOLFO.

II

Procedimiento de Gosset para la extirpación de las adenitis inguinales.

D. DECOUD.

III

Las neoplasias de los ganglios linfáticos no se deben considerar como adenitis crónicas.

MARCELO VIÑAS.