CLINICA Y LABORATORIO

REVISTA ESPAÑOLA DE
CIENCIAS MÉDICAS

PUBLICADA POR
RICARDO HORNO ALCORTA
Y OTROS.

IMPRESA EN "INDUSTRIAS GRÁFICAS
URIARTE" - - - - ZARAGOZA



ES PROPIEDAD

CLINICA Y LABORATORIO

REVISTA ESPAÑOLA DE CIENCIAS MÉDICAS

REDACTADA BAJO LA DIRECCIÓN

DEL

DR. RICARDO HORNO ALCORTA

Profesor de la Facultad;
de la Real Academia de Medicina de Zaragoza
de la "Societé de Obstétriqué et de Ginecologie
de París", etc.

ÉPOCA III - AÑO IX - TOMO XVII

ZARAGOZA
MCMXXXI

J. GALIAY-22

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

INSTITUTO DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE LA UNIVERSIDAD REAL DE PAVIA
DIRECTOR: PROF. GAETANO FICHERA

EFECTOS DEL ALQUITRAN INYECTADO EN EL TEJIDO SUBCUTANEO

POR EL

DR. GIAN CARLO PERACCHIA

MILÁN (Italia)

MIENTRAS las investigaciones para la producción experimental de los tumores han sido dirigidas casi constantemente al estudio de las proliferaciones atípicas de tejidos epiteliales, sólo escasos autores han creído oportuno estudiar la importancia del alquitrán en la determinación de los blastomas del tipo conjuntival.

Bang, Fibiger, Murray y Woglom, Leitch, Mand y Storh, Deelmann, con las pincelaciones de alquitrán sobre la piel de los animales, habían observado que mientras que los tumores desarrollados eran del tipo epitelial, no obstante, las clavijas carcinomatosas aparecían mezcladas con elementos que los autores no vacilaban en considerar sarcomatosos. Bang, en 115 carcinomas de alquitrán, observó en cinco casos zonas sarcomatosas.

Por parte de algunos autores, quizás no equivocadamente, surgieron sin embargo dudas sobre la naturaleza conjuntiva, no sólo de las zonas sarcomatosas visibles en tumores epiteliales, sí que también de aquellos ejemplares descritos como sarcomas puros por Yamagiwa, Suzuki, Murayama; inclinándose a admitir que tanto en un caso como en otro se trata exclusivamente de brotes epiteliales.

Así, por ejemplo: Borst y Roussy consideran estos supuestos sarcomas como debidos a una modificación de forma de células originariamente epiteliales en

células fusiformes. Fischer, habla de una diferenciación completa de células epiteliales y de su transformación en células fusiformes, por un proceso de seudometaplasia. También Bloch y Dreifuss, Moeller, comparten el concepto que los llamados sarcomas de alquitrán no son otra cosa que tumores epiteliales transformados en tumores de células fusiformes.

Appelmans, en 1926, practicando pincelaciones diarias sobre la piel de ratones, obtuvo 18 epitelio-sarcomas. Estudiando los 18 ratones atacados de la citada neoplasia, el autor ha creído oportuno dividir los animales, con relación a los tipos de tumor, en cinco categorías, a saber:

1.ª Casos de neoplasia inicial, en que el tumor aparece sobre todo con carácter espino-celular, pero en el cual aparecen esparcidos islotes de células fusiformes agrupadas en torbellinos (cuatro casos).

2.ª Formas mixtas; tumores cuya estructura fusiforme aparece francamente visible, pero en los cuales persisten dispersamente, o grupos importantes de formaciones espino-celulares o solamente algún elemento raro, o bien se ve aparecer un globo córneo contorneado de escasas células espinosas en el centro de vastas masas fusocelulares. Según el autor estas últimas formaciones serían, muy probablemente, debidas al hecho que algunas células fusiformes continuarían su diferenciación córnea o si se quiere retornarían al tipo epitelial primitivo. No se excluye el caso de poderse hallar en presencia de formaciones espino-celulares rodeadas por todas partes de células fusiformes, que podrían acabar por destruirlas (tres casos).

3.ª Casos de células fusiformes puras, parecidas completamente a sarcomas fusocelulares con hemorragías intersticiales, vasos sarcomatosos sin paredes propias, monstruosidades muy numerosas y diversas, desarrollo rápido, y metástasis viscerales múltiples bastante frecuentes (cuatro casos).

4.ª Casos de sarcomas polimorfos. Tipos que existirían en estado puro, y comparables morfológicamente por completo a los sarcomas polimorfos humanos; o presentarse con partes fusocelulares y también con partes espino-celulares. Formas que el autor considera de metástasis muy frecuentes (cinco casos).

5.ª Formas de neoplasia que serían parecidas por completo a los tumores névicos del hombre; debiendo observarse que se hallaron en ratones blancos (dos casos).

De los factores que pueden tomar parte en la aparición de dichos tumores especiales, Appelmans excluye que la raza de los animales y la alimentación hayan de tomarse en consideración. En cambio, el autor se detiene en el factor resistencia individual; añade que la calidad del alquitrán empleado pudiera ser uno de los elementos importantes, si se tiene en cuenta que en la mayor parte de los 18 casos los tumores se hallaron en ratones pincelados con alquitrán de las oficinas del gas de Lovanio.

En cuanto a la histogenia de los tumores en cuestión, a saber, si han sido originados por el tejido mesenquimal o por el epitelial, o por la proliferación neoplásica de las dos hojillas, Appelmans cree imposible contestar de una manera definitiva. Sin embargo, manifiesta la opinión que la gran mayoría de sus tumores es de origen epitelial, y que bajo la influencia de causas ignoradas hasta hoy, tenga lugar una metaplasia cuyo primer período sería el fusocelular.

También Puccinelli halló recientemente en un solo ratón, entre muchos sometidos a experiencia, un tumor que llama sarcoma, desarrollado en el tejido subcutáneo de una región sometida a pincelaciones de alquitrán, conservándose como tal a través de tres transplantaciones. El autor se abstiene de considerarlo como un verdadero tumor maligno conjuntivo, sea por la brevedad del experimento, sea porque podría creerse que la transformación hipotética en células fusiformes se hubiera convertido en un carácter estable.

Hasta estos últimos años no han aparecido tentativas para provocar el sarcoma mediante la acción directa del alquitrán sobre elementos mesodérmicos. Rusell, en 1921, sometió 50 ratoncillos y 40 ratones a inyecciones subcutáneas de alquitrán mineral. El alquitrán fué inyectado a la dosis de 10-15 mgr., una vez por semana, en el tejido subcutáneo del lado derecho, teniendo cuidado de practicar después de la inyección detersiones de la piel con algodón empapado en cloroformo. En los meses sucesivos al comienzo de la experiencia murieron muchos animales de pulmonía, enteritis, broncoectasias sépticas (?), tanto que el autor se encontró al cabo de 8-12 meses con seis ratoncillos y cuatro ratones.

Ocho meses y medio después del principio de la experimentación, uno de los ratones antes citado presentó una pequeña superficie ulcerada del lado de la inyección, y quince días más tarde un pequeño nódulo de un centímetro de diámetro. Nódulo que creció lentamente durante unas dos semanas, siendo excindido entonces para practicar un autoinjerto en el lado izquierdo y un injerto en ratones normales.

El ratón murió dos semanas después de la extirpación, cuando el auto-injerto había aumentado notablemente de volumen; no presentó metástasis.

Microscópicamente el tumor resultó formado por grandes masas de alquitrán enquistadas en un tejido fibroso rico en células prolongadas, las cuales, en algunos puntos, presentaban el aspecto sarcomatoso (sarcoma de células fusiformes).

El tumor trasplantado, según asegura el autor, aumentó notablemente en un porcentaje muy escaso de ratoncitos normales; fué transmitido a través de seis generaciones.

El autor no halló ningún ejemplo ulterior de sarcoma por alquitrán en los ratoncillos, el último de los cuales murió a los trece meses de habarse iniciado la experiencia.

Por lo que respecta a los ratones, solamente sobrevivieron cuatro animales en doce meses. En esta época uno de ellos presentó un nódulo fijo, que creció bastante rápidamente, y que dos semanas más tarde formaba una masa esférica aproximadamente del diámetro de unos 5 ctm. cuando fué extirpado.

Se practicó el injerto en ratones normales y un auto-injerto en el lado opuesto del mismo ratón. En tres semanas recidivó el tumor primitivo y creció tan rápidamente que el animal murió a consecuencia de él al cabo de un mes.

Además de la voluminosa masa recidivada, se encontraron dos nódulos metastáticos de unos 8 mm. en el lóbulo superior del pulmón izquierdo. Histológicamente el tumor se presentó como un sarcoma polimorfo con numerosas mitosis bipolares y multipolares; las metástasis pulmonares reproducían exactamente la estructura del tumor primitivo.

El autor no se refiere al resultado del auto-injerto y del injerto en ratones normales, en este grupo de experiencias.

En un segundo trabajo, publicado cerca de diez meses más tarde, «*Osteosarcoma experimental en el ratón*», Russell hace referencia a cuatro ratones que sobrevivieron a inyecciones suspendidas al duodécimo mes.

De los cuatro animales mantenidos constantemente en observación, murieron tres al cabo de 2-3 meses; en cambio, el cuarto, presentó a los seis meses un nódulo duro, situado bajo la piel de la ingle derecha, correspondiendo al sitio en que se habían practicado las inyecciones hasta seis meses antes. El nódulo, del diámetro aproximado de un centímetro, durante tres semanas creció realmente y con bastante rapidez, triplicando su volumen. Extirpado, se practicó un auto-injerto sin resultado. El tumor seccionado, presentó masas celulares enclavadas en un tejido denso, fibroso; en el centro del tumor se había iniciado un proceso de reblandecimiento y de necrosis; mientras que hacia la periferia era durísimo, de aspecto perláceo, conteniendo numerosos puntos que chirriaban a la sección, resultando luego de naturaleza ósea. El autor asegura que el conjunto era de un sarcoma de células polimorfas que en algunos puntos había sufrido un proceso de metaplasia osteoide.

Otros experimentadores han publicado trabajos sobre el asunto, con resultados escasos o completamente negativos.

Lowenthal, en 1925 y en 1927, se ha ocupado del modo de provocar los sarcomas mediante inyecciones endoperitoneales de alquitrán en suspensión oleosa al 10 por 100 en los ratoncitos blancos. Experimentando en 29 animales la vez primera y en 45 la segunda, el autor había llegado a observar nódulos sarcomatosos. No ha procedido, sin embargo, el autor a pruebas biológicas mediante injertos.

Son en cambio negativas las investigaciones de Maisín; las experiencias llevadas a cabo sobre un número considerable de ratones (más de cien) y

durante muchos meses, mediante inyecciones subcutáneas de alquitrán, no han producido sarcomas.

Babés, inyectando 0,5-0,7 c. c. por kilogramo de peso, de la suspensión oleosa de alquitrán en el tejido subcutáneo de los conejos, no ha obtenido tumores propiamente dichos; ha observado focos necróticos. Las zonas necróticas han aparecido rodeadas de una infiltración abundante de leucocitos eosinófilos; y alguna vez se han observado zonas de proliferación activa de las células del tejido conjuntivo.

Lacasagne y Monod, con inyecciones intersticiales de alquitrán en el tejido de conejos y a la vez con pincelaciones cutáneas, habían llegado a obtener, en un caso, la formación de un epitelioma cutáneo y el desarrollo de un sarcoma del dídimo.

El caso descrito por los autores ha tenido únicamente investigación en lo que concierne al sarcoma, y carece de la confirmación por injerto.

Brancati, en el curso de experiencias recientes (con inyecciones de alquitrán en la cavidad peritoneal), había obtenido un sarcoma fuso-celular y un linfocitoma; sin embargo, la prueba biológica decisiva, ha fracasado.

Ignoro que se hayan llevado a cabo otras investigaciones sobre el asunto.

Como es por lo tanto fácil de comprobar, los resultados escasos e inciertos de algunos autores, las investigaciones negativas de un grupo de otros, dan por resultado que no se pueda considerar demostrada la producción sarcomatosa por alquitrán; y queda en duda la afirmación de aquellos autores que hablan de nidos sarcomatosos en el interior de epiteliomas cutáneos típicos por alquitrán.

Bastaría, efectivamente, fijar la atención en los trabajos publicados por un número notable de estudiosos, que se han ocupado del problema referente al cáncer por alquitrán, para hallar que aquéllos no señalan especialmente modificaciones blastomatosas del conjuntivo en los epiteliomas experimentales por alquitrán que han obtenido; pero se detienen en señalar procesos comunes infiltrativos o reactivales del estroma, conduciendo a veces a proliferaciones fibroblásticas activas, pero sin carácter sarcomatoso. (Fichera, Bierich, Balbi, Bloch, Dreifuss, Moeller, Doderlein, Kotzzareff, Franco y Affonso, Parodi, Menetrier, Piccardi, Mertens, Kennaway, Itchikawa-Nakahara-Uwatoko, Loeper y Turpin, Zizine, Maisin, Nather, Piccaluga, Dentici, Peracchia, Peracchia y Castellano, Sendrail, Teuschlaender; Noryoshi-Kimura, Peyre, Polettini, Remond, Puhr, Roffo, y Correira, Seedorf, Truffi, Tsutsui, Picard, Leone, Borghi, Lipschütz, Murayama-Kinosita, Ogawa, Fukuda, Kanako).

* * *

Mis investigaciones han tenido lugar en 120 ratones y 50 ratoncitos, elegidos entre 5-7 meses del nacimiento, con objeto de evitar mortalidad mayor durante la experiencia; lo que es fácil en los animales muy jóvenes.

En el primer grupo, 25 ratoncitos, han sido sometidos a una inyección semanal de 10-15 mgrs. de alquitrán en el tejido subcutáneo del lado derecho, mientras los otros 25 han sido sometidos a una inyección semanal de 15-20 mgrs. de aceite de alquitrán en el tejido subcutáneo del lado izquierdo.

He añadido ocho animales testigos, a los cuales se les practicaba paralelamente cada semana una inyección de aceite de parafina (medio centímetro cúbico).

En el segundo grupo han sido tratados 80 ratones con una inyección semanal de 20-25 miligramos de alquitrán mineral en el tejido subcutáneo del flanco derecho, mientras los otros 40 se han tratado con una inyección semanal de 25-30 mgrs. de aceite de alquitrán en el tejido subcutáneo del flanco izquierdo.

Como testigos, también para los ratones, he añadido ocho animales, a los cuales, cada semana, se practicaba en cambio una inyección de medio centímetro cúbico de aceite de parafina.

En cuanto a la técnica, no me he separado de la señalada por Russell; inyección con aguja ordinaria, limpieza de la piel con cloroformo para suprimir las trazas de alquitrán que hayan quedado adheridas.

En un número conveniente de animales de cada grupo, al cabo de muchos meses de comenzado el tratamiento con alquitrán y cuando presentaban nódulos sospechosos, he suspendido las inyecciones, vigilando las masas presentadas 2-5 meses, según la supervivencia de los animales. He creído oportuno practicar el injerto de todos los nódulos sospechosos en animales sanos y alquitranados.

* * *

De los animales en experimentación, la mayor parte, cerca del 60 por 100, han muerto espontáneamente en los 3-4 meses primeros del tratamiento.

La causa de la muerte ha de atribuirse a afecciones pulmonares agudas en parte, a enteritis graves (diarreas profusas, muchas veces sanguinolentas), a nefritis; a infecciones graves implantadas en la región cutána, ulcerada por la acción del alquitrán.

Naturalmente, el factor infección no ha sido la única causa en estos animales. Cuando se piensa que así en éstos como en los fallecidos de pulmonía, enteritis, etc. graves, han aparecido las lesiones por parte de los riñones, hígado, bazo, etc., todo conduce a concluir que la intoxicación por alquitrán interviene notablemente en el éxito fatal de muchos casos.

No me entretengo largo tiempo sobre el examen anátomo-patológico e histológico referente a estos animales muertos en los primeros 3-4 meses de la experimentación; también porque se está lejos del período que puede preceder a hallazgos de cierto interés. Me limito a pocos datos principales:

Las primeras inyecciones practicadas en los costados, provocan una reacción difusa en un trayecto cutáneo, doble o triple de la zona empapada por el alquitrán. La piel se vuelve gruesa, edematosa, con tendencia al enrojecimiento, no movible sobre los tejidos subcutáneos, en los cuales se va desarrollando también un proceso inflamatorio o difuso, o bien bajo la forma de nódulos correspondientes al alquitrán que se ha localizado a distancia en forma de pequeñas masas.

El pelo en la región cutánea, por encima del alquitrán, cae después de las primeras 8-10 inyecciones, y consecutivamente se hace untuoso, y se va rarefaciendo por todo el cuerpo, haciendo más visibles las alteraciones cutáneas locales, las formas nodulares provocadas por la sustancia y los procesos flogísticos producidos por ésta.

En lo que se refiere a las alteraciones de los órganos internos, trataré más adelante, al hablar de las lesiones halladas en los animales que soportaron el tratamiento por el alquitrán durante 6-8-10-12-14 meses.

En cuanto a la región, sitio de la experiencia, extirpada en masa (piel y subcutáneo), deja ver un aspecto distinto en los diversos animales, también según el tratamiento empleado.

A veces es posible encontrar una cavidad producida por el alquitrán, cavidad en que se halla contenida una sustancia friable, mezclada con alquitrán, perfectamente diferenciable de las colecciones piógenas habituales.

En otros animales se observa el mismo hecho, pero con la erosión de la epidermis, el proceso ha dado lugar a ulceraciones más o menos vastas, de las cuales, con el aplastamiento de la cavidad inferior, sale sustancia necrótica, sangre y alquitrán. Ya se trate de formas cerradas o ulceradas, en la proximidad de las colecciones necróticas aparece marcado el proceso reaccional de los tejidos, hasta el punto de provocar a veces masas tumorales de consistencia regular. Al corte, este tejido de reacción aparece muy friable y sangrante, salpicado en algunos puntos de manchas negruzcas, atribuibles al alquitrán inyectado.

En otros animales se observa también una diseminación nodular en el tejido subcutáneo; gránulos del tamaño de granos de cebada, de un guisante, y alguna vez de una pepita.

En el interior del tejido de reacción que separa los diversos nódulos se observan zonas necróticas más o menos manifiestas, zonas de tejido necrosado mezclado con alquitrán, zonas en las que únicamente puede percibirse un acúmulo de alquitrán.

Microscópicamente: en las zonas de necrosis, bien evidentes en los cortes por su coloración escasa o nula, se hallan numerosos elementos celulares reactivales más o menos bien conservados, elementos que son más numerosos y más densos hacia la periferia de las zonas necrosadas, donde existe aquel tejido de reacción riquísimo en vasos nuevos, en leucocitos, en macrófagos. En muchos casos son también evidentes zonas en las cuales se halla prolifera-

ción fibroblástica más o menos activa, que disponiéndose alrededor del alquitrán, dibujan una especie de cápsula.

La capa epidérmica aparece engrosada, y presenta hipertrofia asociada a dilatación de los folículos pilosebáceos.

Estas son brevemente las lesiones halladas en los animales muertos en los 3-4 primeros meses.

Los animales en que debe considerarse completa la experimentación son los que vivieron desde los 7 a 12-15 meses; algún ejemplar raro ha alcanzado hasta los 17 meses, después del período terminal de suspensión. De los 52 animales que restaron, 18 pertenecían al grupo 1.º de ratoncitos, y 34 al grupo 2.º ó ratones.

GRUPO 1.º (Ratoncitos)

De los veinticinco animales supervivientes durante el período de experimentación (diez y nueve tratados con alquitrán mineral y seis con aceite de alquitrán), cinco murieron al séptimo mes después de haber recibido veintiocho inyecciones de alquitrán; dos murieron al octavo mes con treinta y dos inyecciones; uno después de diez meses con treinta y una inyecciones de aceite de alquitrán; siete después de once meses aproximadamente de las inyecciones, con un total de 40-42 inyecciones en cada uno; dos, después de doce meses, con sólo treinta y seis inyecciones, puesto que al octavo mes se suspendió temporalmente el alquitrán por la agravación del estado tóxico; tres después de trece meses, con cuarenta y cinco inyecciones, habiendo suspendido el tratamiento al 11.º-12.º mes; dos después de catorce meses, con treinta y siete inyecciones de aceite de alquitrán; dos después de quince meses, con cuarenta y dos inyecciones de aceite de alquitrán, porque el alquitrán fué suspendido al 13.º mes; el último, pasados los diez y seis meses, con cincuenta y dos inyecciones y con suspensión al 13.º mes. En los ratoncitos, como también en los ratones, el aceite de alquitrán ha resultado mucho más tóxico que la suspensión de alquitrán mineral.

Marcha de la experimentación. — Durante las experiencias se han observado también en estos animales las lesiones locales relatadas anteriormente respecto a los ratones y ratas muertos en los 3-4 meses primeros; retracción del miembro, caída de los pelos, enflaquecimiento, palidez progresiva notable de la piel y mucosas visibles; síntomas los dos últimos limitados, y diré casi detenidos consecutivamente, quizá por una tolerancia mayor a la cantidad semanal de sustancia tóxica inyectable.

Las alteraciones a cargo de la región de experimento, no difieren en los tres primeros meses de las halladas en los animales descritos anteriormente.

Sin embargo, mientras en dos animales las lesiones ulcerosas cutáneas superpuestas a las bolsas necrosadas se han ido reduciendo, no ha podido observarse esto en un tercer animal; una tumefacción semejante a una nuececita, primero dolorosa y dura, se ha ido ulcerando, ha dado salida a la sustancia caseosa ordinaria, y la ulceración ha continuado hasta la muerte del animal. No obstante, en este ratoncito ha quedado una masa dura y dolorosa al lado de la ulceración, que ha aumentado en los meses sucesivos, y que sólo se ha estacionado en los períodos de suspensión del alquitrán, reduciéndose quizá.

En cambio, en otros seis animales, se han encontrado numerosos nódulos diseminados en una pequeña extensión de piel; nódulos que han ido adquiriendo mayores dimensiones, y se han presentado siempre de consistencia dura, fijos en masas profundas en estado de inflamación, pigmentados de negro quizá por la diseminación del alquitrán e inclusive en las capas más superficiales de la piel.

En estos casos, los nódulos han aumentado luego de dimensiones, con crecimiento lentísimo, hasta la muerte del animal.

En cambio, los nódulos han permanecido *estacionarios en diez animales, aún después de 2-3 meses de suspensión de las inyecciones.*

Macroscópicamente.—Extirpado en su totalidad el trayecto piel-subcutáneo, sometido a las inyecciones, he podido observar en las secciones verticales que, yendo de la piel hacia las capas profundas, se halla una masa de volumen variable, compacta, constituída por un tejido de tipo fibroso, surcado de zonas menos densas, amarillentas. Este tejido, de consistencia muy dura, chirría al corte, sangra poco (especialmente en los animales que fueron sacrificados en los últimos días de su vida), y su aspecto es el de un tejido fibroso, formado anormalmente en la capa subcutánea, al extremo de dejar ver una masa conjuntiva uniforme, revestida exteriormente de una tenuísima capa córnea. Interiormente se hallan estrías negruzcas, que no pueden separarse sin lesionar la composición del tejido.

Estas son, naturalmente, las lesiones que se encuentran en las diversas zonas circundantes, porque en la proximidad misma de los nódulos el tejido fibroso se hace más abundante, de aspecto blanco-gris, con alguna estría negra; con éste se intercalan zonas circunscritas, pequeñas, de un tejido rosado y rojo, muy sangrante, más bien blando, fácilmente destruíble. Este tejido se halla preferentemente en las cercanías de grandes aglomeraciones de alquitrán, y por lo tanto en los animales sometidos a las inyecciones hasta el final.

El tejido conjuntivo citado envuelve completamente los grandes nódulos formando cuerpo con ellos, en el sitio en que las tumefacciones están formadas esencialmente de tejidos que no se diferencian en nada del fibroso citado.

La capa dermo-epidérmica en este punto, y con mayor razón, ha perdido sus caracteres estructurales; y mientras en la superficie no puede distinguirse más

que la capa córnea, en la profundidad se halla un tejido muscular que forma cuerpo y se funde con el tejido fibroso en cuestión.

En cuatro animales los nódulos, del tamaño de un grano de cebada al de un guisante, están formados por un tejido fibroso, más o menos compacto, de color blanco-gris en algunos puntos, estriado de negro por el alquitrán en otros.

Son nódulos muy duros al corte, y que no presentan en modo alguno aquel aspecto característico blanco-lardáceo, no muy compacto, que hubiera podido hacer pensar en la naturaleza neoplásica conjuntiva, quizá sarcomatosa.

En cambio, en otros animales, a la ulceración cutánea, sigue en la profundidad un saco de contenido necrótico más o menos abundante, a veces mezclado con verdadero pus.

El saco, variable entre el volumen de un guisante al de una pequeña nuez, no se ha presentado nunca como una verdadera cavidad de tipo quístico con paredes propias, sino más bien como una cavidad cuyas paredes, irregulares, recortadas, ulceradas y empapadas a veces de pus, están constituídas por un tejido laxo, sangrando fácilmente, desmenuzable, al cual sigue luego un conjunto más regular, más o menos condensado de tejido fibroso sumamente empapado de alquitrán; complejo que da a la masa unas dimensiones dos o tres veces mayores que el volumen de la cavidad necrosada.

En un animal, una tumefacción más bien voluminosa no comunicando con el exterior, es la expresión de un saco de contenido caseoso; saco que al abrirse no muda los caracteres expuestos en los otros casos, a excepción de las lesiones flogísticas por infección secundaria piógena.

Finalmente, en algunos de los animales ahora descritos, junto a nódulos de tejido fibroso propiamente dicho, se han encontrado otros en los cuales, con mucho menor tamaño, existían cavidades de contenido necrosado, rodeadas de tejido de reacción. En los casos en que las tumefacciones están formadas únicamente por una masa carnosa, hay todo un conglomerado de tejido fibroso que aparece surcado diseminadamente por colecciones más o menos grandes de alquitrán.

En lo concerniente a las porciones de los animales en los cuales al período de inyección ha sucedido un período de suspensión, variando de uno a cuatro meses, diré que el resultado macroscópico no demuestra grandes variaciones, apoyando la observación sobre los animales que no habían presentado más que reducciones ligerísimas a veces, en algunos nódulos.

Existe en estos animales una falta casi absoluta de aquellas zonas de tejido de color rosado y rojo, desmenuzable, sangrante, expresión de un proceso de reacción con lesiones recientes. Al corte, en estos casos, a las zonas necrosadas, acompáñase un tejido más compacto y sólo escasas señales del tejido de granulación.

Microscópicamente.—Al examen primario de los preparados con pequeño

aumento, es dable notar una variación de aspectos que, de las cavidades de contenido de sustancia necrosada, conducen gradualmente a nódulos de tejido de estructura bien definida.

Las cavidades de contenido necrótico, que son muy frecuentes en los preparados, varían de dimensión, y si alguna aparece incluída en el campo de la visión microscópica, otras ocupan en cambio la mayor parte del corte que se examina. También son bien diversas unas de otras por la manera de presentarse; algunas circunscriben todo el proceso de necrosis; otras tan sólo en parte, porque la masa amorfa se funde gradualmente en un espacio mayor o menor, a modo de pedúnculo, con el tejido de reacción que en breve espacio muestra sus variaciones hacia el conjuntivo adulto. También otras de estas cavidades presentan una pérdida de sustancia, especialmente hacia la capa cutánea, donde el proceso se ha abierto paso al exterior; en estos casos especialmente, las cavidades aparecen vacías o poco menos; y entonces aun a la simple observación de las secciones extendidas sobre los cristales como con el examen microscópico, es dable observar una masa de tejido más o menos compacta que se detiene bruscamente, siguiendo una línea bien definida, en semicírculo, en círculo, detrás de la cual existe un espacio vacío o bien un espacio surcado de masas irregulares de una sustancia sin los caracteres del tejido, o bien masas de alquitrán mezclado con tejido en estado de completa destrucción. (Fig. 1).

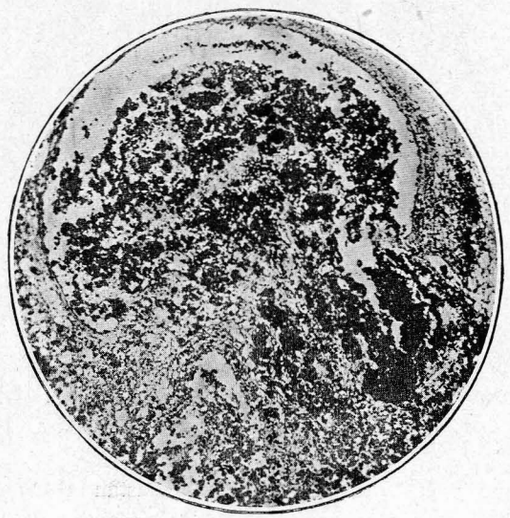


FIG. 1.

En los estados tumorales, en los que existen cavidades de tipo cerrado, así macro como microscópicamente, pueden observarse grandes masas de una sustancia

teñida uniformemente por el color plasmático, surcada a veces por estrías negruzcas, la cual aparece bien circunscrita por un verdadero tejido que la rodea; a veces hay 2-3-4 y más saquitos de dicha sustancia encerrados en un tejido de reacción más o menos abundante.

La sustancia necrosada, coloreada uniformemente por el reactivo protoplasmático, como hemos dicho, hasta el punto de no poderse distinguir en ningún sitio la estructura del tejido, a veces deja ver hacia la periferia un número más o menos abundante de elementos celulares bien coloreados, variando desde los leucocitos polinucleares a los diversos elementos de la serie macrófaga. Otras veces dicha sustancia aparece más o menos fuertemente mezclada al alquitrán y entonces no es fácil hallar elementos de infiltración parvicelular en aquella mezcla negruzca. Finalmente, en otras bolsas necróticas, dicha sustancia está ampliamente invadida por elementos celulares y entonces, leucocitos, histiocitos, Plasmazellen, células de tipo gigante, y en la periferia elementos con todos los caracteres de los fibroblastos, hacen pensar en un proceso de reabsorción de la sustancia caseosa, en aquel proceso de reparación por el cual el tejido de granulación está ya en camino de la proliferación conjuntiva propiamente dicha. (Fig. 2).



FIG. 2.

Todo alrededor de las divesras bolsas de sustancia amorfa aparece una abundante masa de tejido de reparación. Tejido que sin embargo sólo en muy pequeños puntos repite las primitivas fases observadas en los animales muertos en los tres primeros meses de experimentación.

Las más de las veces, este tejido reaccional próximo se presenta en relación

con los distintos sacos necróticos del mismo tipo. Se encuentra así bajo forma de una capa muy densa y que en conjunto no ha adquirido aún caracteres estructurales claros; tejido formado en su mayor parte de elementos celulares de la serie blanca, leucocitos, histiocitos, linfocitos, Plasmazellen y células gigantes.

Más allá de esta capa de tejido reactival se pasa gradualmente a un tejido conjuntivo en sus diversos períodos de desarrollo algunas veces, casi totalmente del tipo adulto otras. Hállanse así zonas de un tejido fibroso en el cual los haces aparecen dispuestos siguiendo una dirección determinada. Es un tejido más o menos compacto, según la proximidad de las masas de alquitrán; aparece a veces rico en elementos reaccionales, polinucleares, etcétera, mientras otras aun se observa el predominio de los fibroblastos, los

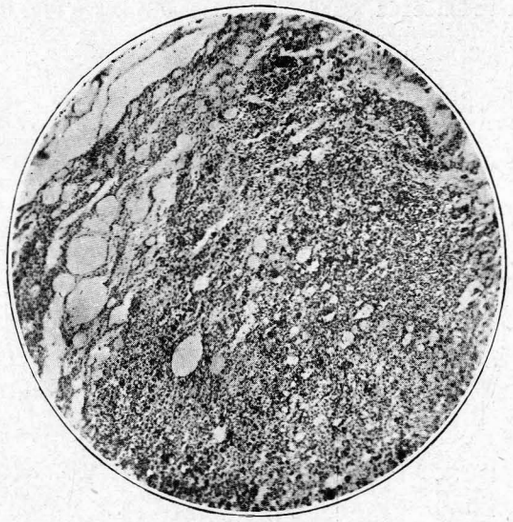


FIG. 3.

cuales, por su condensación en algunos puntos, por sus caracteres (células redondeadas, con núcleo grueso vesicular, con abundante protoplasma, muchas de ellas en fases diversas de carioquinesis), correspondiente a las fases más incipientes de desarrollo pueden hacer pensar, a un ojo poco experto, que se trata de un tejido sarcomatoso.

Entre estos fibroblastos jóvenes se encuentran con frecuencia ejemplares grandes, con dos o más núcleos, que pueden confundirse fácilmente con las verdaderas células gigantes antes citadas; hallazgo éste frecuente en los puntos en que al tejido necrótico en reabsorción va sustituyéndose el tejido del tipo reparador en cuestión. (Fig. 3).

Este tejido aparece bastante rico en vasos; vasos que sólo en los puntos en que el tejido conjuntivo resulta muy joven se presentan con la sola pared endotelial; mientras que en los más se sitúan alrededor del primitivo tubo endotelial, con orientación particular, células y fibras conjuntivales, elementos musculares y fibras elásticas.

La mayor parte del tejido que circunda las capas periféricas, las bolsas necróticas, aparece en cambio en modo máximo como un conjuntivo más evolucionado; conjuntivo en sus fases avanzadas de estabilización.

Obsérvanse así puntos en que este tejido aparece rico en elementos celulares, los cuales, emitiendo ramificaciones que con toda probabilidad se unen entre sí, forman casi una delicada trama que alberga en sus mallas además de elementos del exudado, una parte de los fibroblastos jóvenes, que han conservado la forma redondeada, quedando independientes. (Fig. 4).

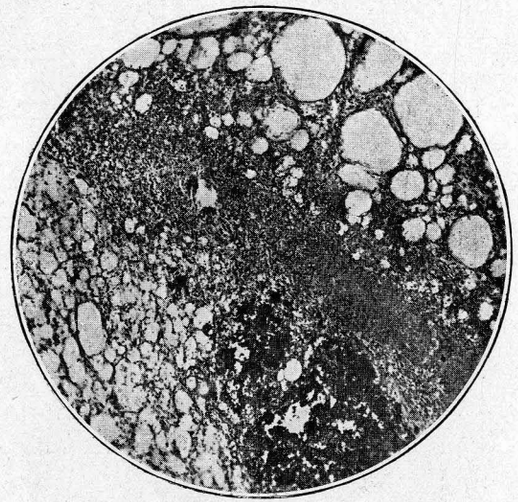


FIG. 4.

Los vasos se reducen en número hasta ser muy escasos; y dispuestos en forma de asas o arcos irregulares en aquel tejido conjuntivo bien formado, en el cual son también escasos los elementos celulares, existiendo un número abundante de vacuolizaciones.

Este tejido rodea en algunos puntos masas más o menos grandes de alquitrán, sin demostrar reacción flogística alguna de proximidad.

El alquitrán aparece francamente englobado en la red conjuntival hasta el punto de poder considerarse como un verdadero enquistamiento del mismo. Otras veces, en cambio, está esparcido en pequeñas trazas por el conjuntivo

mismo; se observa una diseminación de gránulos en el estroma, sin notar aquí

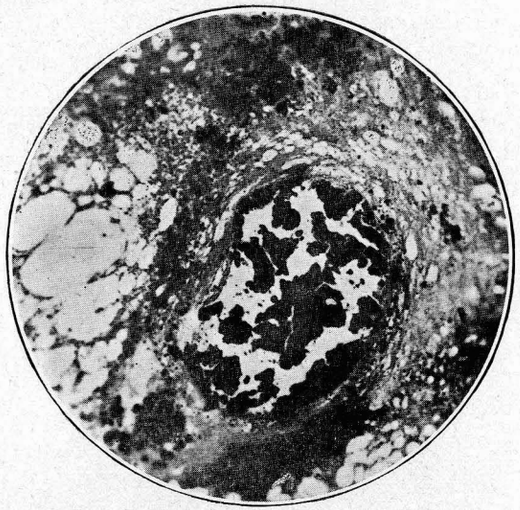


FIG. 5.

tampoco reacciones inflamatorias interesantes, o sólo un ligero aumento en el número de los elementos celulares conjuntivos. (Figs. 5 y 6).

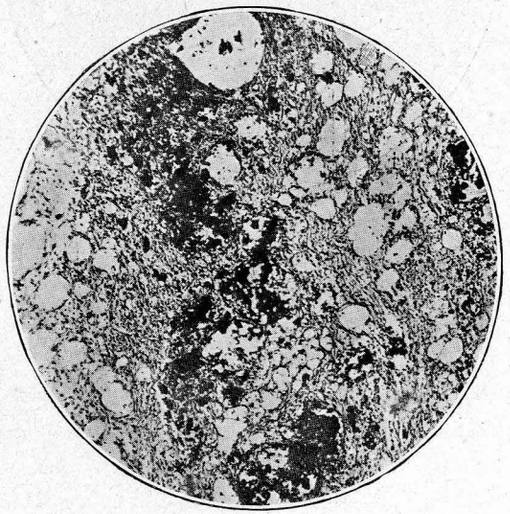


FIG. 6.

En algunas preparaciones es dable observar mejor las diversas fases de la

transformación conjuntiva en tejido adulto; existe toda una serie de glóbulos conjuntivales que se observa microscópicamente. Algunos, constituídos por tejido laxo, muy pobre en elementos celulares, riquísimo en vacuolas y con escasos vasos; otros, en cambio, formados por tejido conjuntivo más denso, más rico en elementos celulares adultos casi desprovisto de vacuolas; otros formados por un estroma más joven, rico en vasos con infiltración parvicelular y células jóvenes del conjuntivo más o menos juntas a estas últimas, y dispuestas con cierta regularidad en el seno de las mallas conjuntivales; en cambio, otras veces estas células, aun siendo numerosas, están irregularmente dispuestas y aglomeradas en el seno de un tejido que deja ver aún elementos de la serie leucocitaria, macrófagos, y rastros de tejido necrótico en reabsorción.

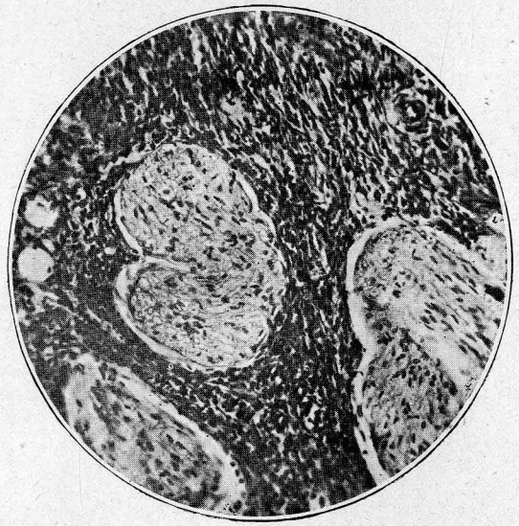


FIG. 7.

Estas lobulaciones del conjuntivo están a veces reunidas entre sí por un estroma laxo; y en el seno de algunas de ellas se encuentran aún trazas de alquitrán.

En otras secciones, en las que aparece una ancha red conjuntiva de tipo adulto, no es raro el caso de encontrar pequeños enquistamientos de un tejido conjuntivo laxo, pobre en núcleo y sólo reconocible por la disposición del estroma. Son pequeñísimas lobulaciones conjuntivas, aprisionadas en la gran masa de tejidos de reparación que hacen pensar en pequeñísimos sacos necróticos precedentes, pasados, antes del tejido de proximidad a través de las diversas fases de inflamación, hasta el tejido de reparación adulto. (Fig. 7).

En los cortes de otros animales, junta y separadamente de las bolsas necróticas, se ha observado como dije antes, el hallazgo de nudosidades formando cuerpo con la piel y desbordando con ésta del plano cutáneo. Nódulos de las dimensiones de un guisante unos, de nuececitas otros, de consistencia dura en unos, blanda elástica, en un menor número.

Estos nódulos que al corte se han presentado ya diversos unos de otros como constitución del parénquima y que se presentan como constituídos algunos por un tejido de color gris-blanco, de consistencia fibrosa-dura, y otros por un tejido tendiendo a amarillo, más húmedo, más uniforme en su constitución, sin estrías fibrosas evidentes, más blandos, fácilmente sangrantes, han mostrado microscópicamente diferencias mínimas con relación al hallazgo antes referido.

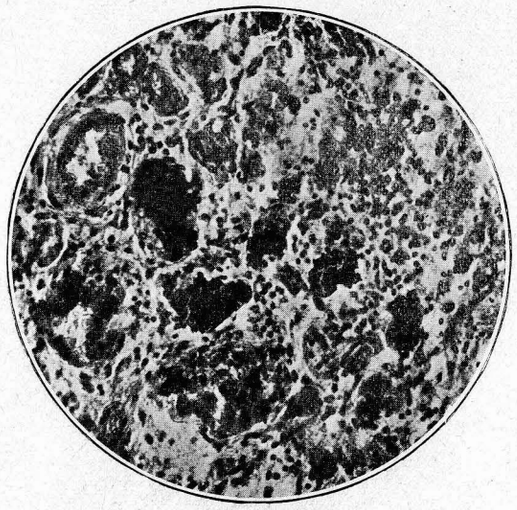


FIG. 8.

En las nudosidades de tipo fibroso predominante existe toda una masa conjuntiva desde las capas más superficiales de la piel, donde se hallan numerosísimas glándulas pilo-sebáceas y bulbos pilíferos con atrofia marcada, hasta las profundas, músculo-peritoneales. Tejido conjuntivo formado de anchas mallas, rico en vacuolas, con células estrelladas, con núcleos bien evidentes y numerosos en algunos puntos.

Tampoco faltan en estos nódulos zonas de tejido conjuntivo más compacto, especialmente en aquellos puntos en que existen trazas de alquitrán; y entonces se observa un conjuntivo más joven, más rico en células, que en parte

conservan aún la forma de elementos jóvenes del conjuntivo, condensados en algunos puntos y dispuestos regularmente según la disposición del tejido

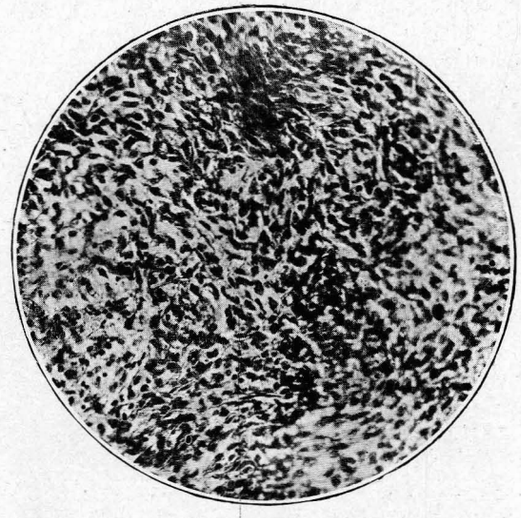


FIG. 9.

en que se deposita; dispuestos irregularmente en otros, particularmente en la proximidad de los pequeños focos de necrosis o de alquitrán. (Figs. 8 y 9).



FIG. 10.

Los nódulos de consistencia más blanda, y constituídos por un parénquima uni-

forme (desprovisto macroscópicamente de travéculas fibrosas y de color amarillento) se han presentado al examen histológico bajo la forma de un tejido conjuntivo joven. Lobulaciones grandes de un tejido en las primeras fases de transformación, algunas de las cuales se presentan ricas en alquitrán en el seno del tejido de reacción; constituídas otras por tejido formado exclusivamente por fibroblastos, elementos de la serie leucocitaria, histiocitos y macrófagos, y otras también que se presentan con puntos en los que es evidente un proceso de reabsorción y de reparación en un viejo foco necrótico. (Figuras 10 y 11).

También en este caso las células jóvenes del tejido conjuntivo se presentan redondeadas, con gran núcleo, y están regularmente dispuestas en muchos

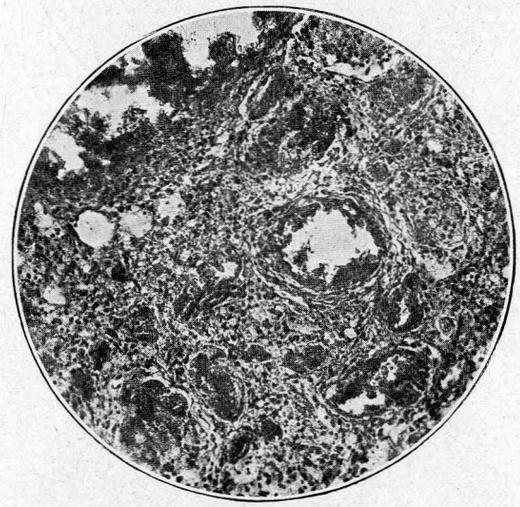


FIG. 11.

sitios, mientras en otros si bien conservan la misma morfología, modificándola en el sentido de haber adquirido ya una forma más ovalar y casi en huso, aparecen irregularmente dispuestas, haciendo dudar entre elementos normales o de la serie neoplásica sarcomatosa. (Fig. 12).

En los animales portadores de nódulos del tipo antedicho, en los cuales ha habido una suspensión en las inyecciones de alquitrán, variando de uno a cuatro meses, antes de la muerte espontánea o provocada, es raro el hallazgo de zonas de tipo inflamatorio propiamente dicho. Además, el alquitrán diseminado en pequeñas trazas o agrupado en pequeñas masas, se encuentra siempre enquistado en un tejido conjuntivo de reacción flogística escasa o casi nula.

Los *vasos* son escasos en estos nódulos, y se presentan con pared bien cons-

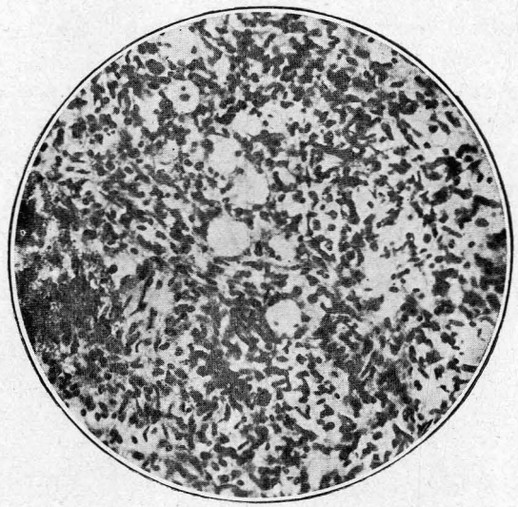


FIG. 12.

tituída, y sólo más densos donde el tejido conjuntivo es de formación más reciente.

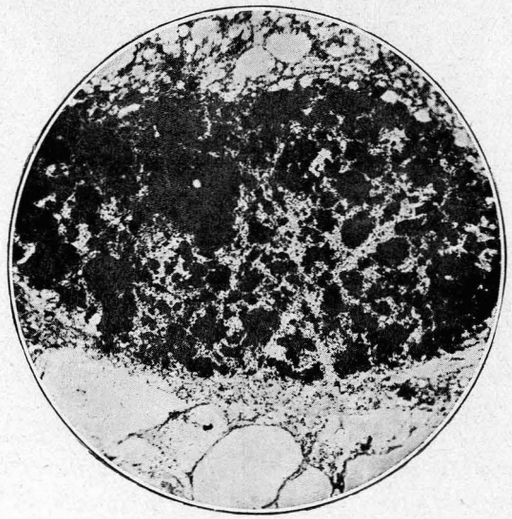


FIG. 13.

En lo que concierne a la *capa cutánea* superior a las tumefacciones referidas,

también microscópicamente se confirma el hallazgo macroscópico de una reducción notable de la capa dermo-epidérmica. Dicha capa, en casi todos los animales, aparece las más de las veces reducida a una delgadísima lámina que hace pensar tan sólo en la capa córnea; y esto porque debajo de esta última se observa una abundante producción conjuntival, con desaparición casi completa de las estratificaciones epiteliales. (Fig. 14).

En cambio, en otros casos o en puntos diversos de las preparaciones, la capa epitelial, aun siendo delgadísima, es, sin embargo, bien visible por la coloración, más o menos intensa, que adquieren aún algunas capas de células y algunas vellosidades epiteliales que se hunden en la trama del conjuntivo. Sin embargo, estas capas epiteliales aparecen muy modificadas por el proceso

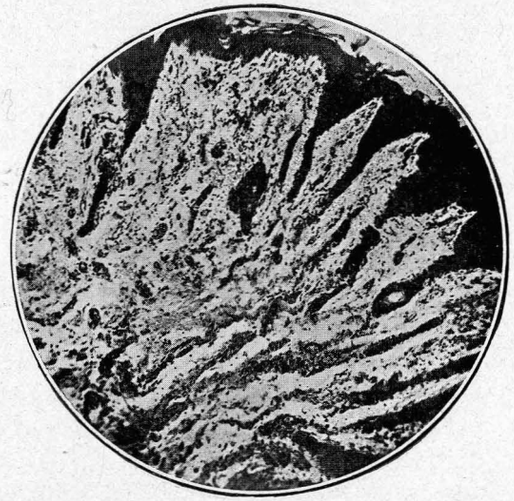


FIG. 14.

tóxico-irritativo y reparador próximo. Las capas constituídas por conjuntivo laxo, por vasos, por lagunas, están salpicadas diseminadamente por agrupaciones epiteliales correspondientes a las papilas que se alejan de las capas epiteliales cutáneas. Estas agrupaciones son muchas veces de células bien conservadas, dispuestas en capas concéntricas, regulares; mientras que otras veces, especialmente hacia el centro de las clavijas, existe tendencia a la queratinización, y en algunos grupos celulares se observa también una capa de corneificación.

Donde las células están en varias capas, se ven los elementos celulares simples aumentados de volumen, con protoplasma pálido, apenas visible, con contornos poco netos. El núcleo es a veces voluminoso, con red cromática bien evidente, llevando con gran frecuencia pequeños gránulos de sustancia negra anormal, que

ha de considerarse debida al alquitrán. En cambio, en algunos puntos, los núcleos celulares están empequeñecidos, y en otras células han desaparecido dejando vacuolas. De la estructura celular citada se llega muchas veces a la fase de queratinización de las clavijas celulares epiteliales.

Las glándulas pilosebáceas han desaparecido completamente en algunas zonas, mientras que en otras y en otros casos se halla una señal, y en otras preparaciones se encuentran también bastante numerosas; están vacías, atrofiadas, y es apenas visible el revestimiento epitelial, evidenciado por la coloración. (Fig. 15).

El tejido muscular subyacente a los nódulos, en casi todos los casos permite ver su participación en el proceso flogístico y su fusión con el tejido conjuntivo



FIG. 15.

reactival dispuesto por encima. En algunos puntos, el tejido muscular aparece presa de un proceso de infiltración principalmente polinuclear, mientras en otros, allá donde existen residuos de alquitrán, se encuentra una abundante cantidad de tejido conjuntivo que, además de englobar los resíduos del alquitrán, envuelve los varios haces musculares hasta alcanzar el peritoneo. Los haces musculares se presentan disociados en muchos puntos, e invadidos por brotes conjuntivales más o menos ricos en células en las diversas fases de evolución.

(Concluirá en el número próximo).

SOBRE UNA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LAS OTITIS MEDIAS

POR EL

DR. RODOLFO C. BELTRÁN

Antiguo Asistente de la Clínica Oto-rino-laringológica de la Facultad de Medicina de Bordeaux

Médico del Hospital del Niño

LIMA (Perú)

ENTRE las diferentes afecciones del oído medio existen algunas cuya denominación clínica no corresponde actualmente al proceso anátomo-patológico, base indispensable de toda buena clasificación.

Este elemento primordial faltaba en la mayor parte de los estudios hechos anteriormente, y faltaba por la sencilla razón de que, como es lógico de pensar, desde luego, nadie moría de una simple afección del oído medio y, por consiguiente, las necropsias eran raras y las que podían haberse practicado se habían hecho sobre piezas anatómicas cuyos elementos epiteliales u otros estaban ya modificados, ya sea en parte o en su totalidad, y es así cómo en la gran mayoría de los casos las clasificaciones estaban basadas únicamente en el examen otoscópico.

Estudios recientes han podido llevarse a cabo con todo esmero, dando un resultado verdaderamente halagador. Es sobre todo en Zurich, en donde han podido hacerse un gran número de estudios a ese respecto; es allá donde existe un servicio muy bien organizado, y en donde los asistentes del servicio de oto-rino-laringología se dedican a seguir en los hospitales todos los enfermos que padecen de una enfermedad grave, otra que de la especialidad y que presenten, sin embargo, una lesión ótica concomitante. Una vez sobrevenida la defunción, las necropsias son practicadas lo antes posible, y es así como se ha logrado completar con la anatomía patológica el examen únicamente clínico que se había hecho en el transcurso de la enfermedad.

El doctor Georges Portmann, profesor del Servicio de Oto-rino-laringología de la Facultad de Medicina de Burdeos, posee actualmente una de las mejores y más completas colecciones de microfografías de los diferentes procesos anátomo-patológicos del oído medio, desde el simple estado pre-perforativo hasta los más complicados procesos de otitis tuberculosas, colesteatomatosas, otóespongiosis, etc., etc., y es basado sobre estos estudios profundizados del profesor Portmann, nuestro amigo y respetado maestro, que emprendemos este

estudio cuya importancia está fuera de duda, ya que él trae como consecuencia la transformación completa de un gran número de entidades morbosas, ya sea suprimiendo algunas, ya reemplazando otras.

«Si queremos llegar a un común acuerdo, dice Portmann, sobre las denominaciones a adoptar sobre las diversas formas de afecciones del oído medio, es absolutamente necesario que la designación de una lesión corresponda a su proceso anátomo-patológico y a su cuadro clínico».

La terminación *itis,* significa, en Medicina, inflamación, y por consiguiente toda afección del oído medio debe corresponder a una inflamación, manifestación de un proceso anátomo-patológico.

Basándonos en estos principios y según la nueva clasificación propuesta por el profesor Portmann, habría que abandonar toda clasificación que no entre en el cuadro de las inflamaciones.

Si bien es cierto que el término de *catarro* o *catarral* de los antiguos autores corresponde bien a un proceso inflamatorio, sin embargo, en la práctica lo empleamos corrientemente para indicar un proceso distinto del proceso inflamatorio del oído medio. Así empléase corrientemente el término de Otitis catarral para indicar las *Obstrucciones tubáricas,* sean simples o con trasudado, otopatía, que Bezold se esforzó en aislar de la otitis media.

En la Obstrucción tubárica no hay inflamación, hay únicamente una hiperhemia *«ex vacuo» de la mucosa,* infiltración serosa, trasudación; derrame seroso mecánico, debido a la disminución de la presión endotimpánica.

Scheibe, Brieger y Brock han demostrado que el trasudado de la obstrucción tubárica es aséptico. No hay, por consiguiente, inflamación, y el término de *«Otitis catarral»* debe ser abandonado y reemplazado por el de *«Obstrucción tubárica»* (simple, con trasudado o con depresión persistente del tímpano atrofiado).

La denominación de *«Otitis cicatricial»* que no corresponde a ninguna inflamación debe ser igualmente abandonada; ella no tiene otra significación que la de ser secuela de las otitis; necrótica, crónica simple o colesteatomatosa.

Las *«Otitis esclerosas»* no son otitis medias; ellas pertenecen sea a la Otoespongiosis o a la Laberintosis.

El término de *«Otorrea»* no es una entidad morbosa, es únicamente un síntoma que indica supuración; ella no indicará en lo venidero más que el síntoma supuración de las Otitis crónicas, supurada simple, de la colesteatomatosa o de la tuberculosa.

La *Obstrucción tubárica,* ocupando el lugar de las antiguas *Otitis catarrales,* y los términos de *Otitis cicatricial, esclerosa* y *otorrea,* abandonados como denominación de entidad morbosa, vamos a ocuparnos someramente de los otros

términos de la nueva clasificación, dejando el estudio detallado de cada una de ellas para artículos ulteriores.

La «Otitis media catarral exudativa aguda»

Será reemplazada en lo venidero por dos formas de otitis medias:

a) *Otitis aguda simple.*

b) *Otitis aguda necrosante.*

Ambas en su estado inflamatorio y no perforante.

La «Otitis media supurada aguda»

Corresponderá a las dos formas anteriores en su estado perforante:

1.º) *de la Otitis simple.*

2.º) *de la Otitis necrosante.*

La primera, caracterizada por sus dolores, por una fuerte inflamación exudativa de la mucosa, por una sordera del aparato de trasmisión, por la presencia de un exudado inflamatorio, por la presencia de numerosos leucocitos, linfocitos, fibrina y mucus; esta otitis evoluciona en un tercio de los casos hacia la perforación que, por otra parte, es mínima, puntiforme, y cuya presencia se manifiesta por las pulsaciones del pus a su nivel. Su pasaje al estado crónico es raro, y su retorno al estado normal es casi la regla.

Esta clase de otitis no deja secuelas, pero en cambio es susceptible de dar complicaciones (mastoiditis, etc.).

La segunda forma, o sea la *Otitis necrosante,* es generalmente una complicación de las fiebres eruptivas; se caracteriza por sus dolores, siendo su carácter principal un proceso necrosante que interesa la mucosa, los tejidos subyacentes y el hueso mismo; los vasos son dilatados, la perforación es grande y a veces simple; ella es timpanal central o epitimpanal marginal. Su evolución hacia la curación por cicatrización es generalmente la regla, pero es susceptible de pasar al estado crónico y los trastornos auditivos provocados son persistentes.

La «Otitis media catarral exudativa crónica»

Corresponde, según lo hemos visto más arriba, a la *Obstrucción tubárica* acompañada de trasudado.

La «Otitis crónica seca»

Corresponderá según la nueva clasificación:

1.º *A la obstrucción tubárica,* si se manifiesta por una depresión persistente del tímpano atrofiado.

2.º *A secuelas de la otitis aguda necrosante.*

3.º *A secuelas de la otitis simple a repetición.*

En las secuelas de la otitis aguda necrosante, el tímpano se traduce por una coloración opaca, oscura, o por un aspecto algodonoso difuso o algodonoso marginal, o por la presencia de placas calcáreas.

El desarrollo de adherencias a nivel de la caja del tímpano, la anquilosis de los huesecillos y la sordera progresiva, no se han observado jamás como resultado de las *otitis medias simples a repetición.* El epitelio, en el curso de esas inflamaciones, ha conservado siempre su integridad anatómica, sólo las capas sub-epiteliales muestran los caracteres de una inflamación exudativa. El retorno al estado normal es la regla. Esta otitis no deja ninguna huella visible a la otoscopia.

La «Otitis cicatricial»

Corresponderá a las secuelas de las otitis:

1.º *Necrótica.*

2.º *Crónica simple.*

3.º *Colesteatomatosa.*

Las secuelas de la otitis necrótica no son sino el resultado de un proceso necrosante destructivo del epitelio, de la mucosa o del hueso mismo. La inflamación en este caso ha modificado el epitelio o ha dejado placas calcáreas a nivel de la membrana timpánica. El tímpano, al examen otoscópico, se presenta oscuro, opaco, *«terne»,* algodonoso difuso o algodonoso marginal, o con placas calcáreas diferentes en forma y extensión.

Las secuelas de la otitis media crónica simple, se presentan bajo la forma de una perforación grande y seca. La sordera que resulta es persistente.

Las secuelas de la otitis colesteatomatosa se caracterizan por una perforación seca epitimpanal posterior o por una perforación epitimpanal anterior (membrana de Shrapnell).

Las «Otitis esclerosas»

No son otitis medias, y por consiguiente no serán objeto de nuestra descripción.

La *Otitis esclerosa atrófica* no es otra cosa que la *Otoespongiosis.*

La *Otitis esclerosa hipertrófica* es una *Laberintosis.*

La «Otorrea»

La Otorrea, como lo hemos visto más arriba, no es sino el *síntoma supuración* de las otitis:

Crónica supurada simple,
Crónica Colesteatomatosa, o
Crónica tuberculosa.

Para mejor comprender la nueva clasificación de las otitis medias, creemos necesario resumirlas en un cuadro y acompañarlas de los términos correspondientes de la antigua clasificación, cuadro desde luego que no es sino el propuesto por el profesor Portmann en su magnífico tratado *«Les Otites Moyennes»* (Masson, Editeur. 1929).

1.º La Otitis media hiperhémica aguda,

Corresponde actualmente a la Obstrucción simple de la trompa de Eustaquio.

2.º La Otitis media catarral exudativa,

Corresponde a la forma no perforante:

1.º *de la Otitis aguda simple,*

2.º *de la Otitis aguda necrosante.*

3.º Otitis media supurada aguda,

Corresponde a la forma perforante:

a) *de la Otitis simple,* o

b) *de la Otitis necrosante.*

4.º Otitis media catarral exudativa crónica,

Corresponde a la Obstrucción tubárica con trasudado.

5.º Otitis crónica seca,

Corresponde a:

a) *Depresión persistente del tímpano atrofiado; Obstrucción tubárica.*

o b) *Secuelas de la Otitis aguda necrosante,*

o c) *Secuelas de la otitis simple a repetición.*

6.º Otitis cicatricial,

Corresponde a secuelas de las Otitis:

a) *necrótica,*

o b) *crónica simple,*

o c) *colesteatomatosa.*

7.º Otitis esclerosas,

No son otitis medias; ellas pertenecen a la Otoespongiosis o a una Laberintosis. El tímpano modificado no tiene nada que ver con esa clase de sorderas.

8.º Otorrea,

Síntomas de Otitis crónica supurada simple,
Síntoma de Otitis crónica colesteatomatosa,
Síntoma de Otitis crónica tuberculosa.

SECCIÓN PRACTICA

LA PIELOGRAFIA CON INYECCIÓN INTRAVENOSA

POR EL

DR. PEDRO CIFUENTES

Decano - Jefe del Hospital de la Princesa
Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina
MADRID

HASTA ahora la exploración de pielografía se venía haciendo por medio de inyección de un líquido opaco practicada con una sonda ureteral, en la pelvis renal; es la pielografía llamada *ascendente*, y con este medio que ha significado un gran progreso en la Urología se han obtenido positivos resultados en la exploración.

No obstante, este método no deja de tener en muchos casos señalados inconvenientes por lo que se refiere a producir imágenes que no responden al estado normal de la pelvis renal y uréteres. En efecto, la sonda ureteral y el líquido inyectado obran como cuerpos extraños y pueden alterar la motilidad de los conductos excretores, produciendo también a veces falsas imágenes por la excesiva distensión causada con el líquido inyectado, facilitando errores de interpretación en las radiografías.

La radiografía descendente o por inyección intravenosa de una sustancia que al ser eliminada por el riñón sirva como medio de contraste por ser opaca a los Rayos X, ha sido siempre la esperanza, el ideal de los urólogos, para obtener así la imagen de la pelvis renal, cálices y uréteres dentro de su más normal anatomía y fisiología. Esto ha sido conseguido por Litchtenberg en la Clínica Urológica del Hedwigskrankenhaus, de Berlín, y por su colaborador Lichtwitz, utilizando la inyección intravenosa del producto denominado Uroselectan. Desde hace algunos meses se viene hablando mucho de este método en España y en el extranjero, principalmente en Alemania, Italia y Norteamérica.

El Uroselectán es un perfeccionamiento de los anteriores productos Selectán y Selectán-neutro, obtenidos por Binz y Rath, y que fueron empleados como antisépticos. El Uroselectán es un derivado de la Piridina, conteniendo un 42 por 100 de iodo orgánico, lo que hace de él una combinación iodada muy tolerable para el organismo, pudiendo inyectarse en un hombre de sesenta kilogramos de peso hasta 180 gramos de este producto, sin producirse trastornos de intolerancia (3 gramos de Uroseleptán por kilogramo de peso); en las

aplicaciones clínicas no se ha llegado nunca a esta dosis ni es necesario, siendo pues un producto que aplicado en la dosis habitual es completamente inocuo.

Su fácil eliminación por el hígado y principalmente por el riñón (del 80 al 90 por 100) unida a la tolerancia que para el iodo orgánico tiene el organismo, alejan los peligros del iodismo y han permitido, después de las primeras observaciones de Litchtenberg y Lichtwitz, con experimentos en animales, aplicarlo por inyección intravenosa al estudio radiográfico del aparato urinario, habiéndose aumentado las observaciones de estos autores con las de Roseno, Ziegler, Hutter, Ravasini, Raffo, Lasio y otros. Comencé mis primeras exploraciones con este método en marzo de 1930, por haber sido puesto el producto a mi disposición por el profesor Litchtenberg.

También está en uso, aunque ha sido lanzado a la experimentación con posterioridad, el producto denominado Abrodil de la I. Farbenindustrie (antigua casa Bayer), producto análogo al Uroselectán, a base de iodo orgánico del cual contiene un 50 por 100; su solución es isotónica y de él pueden tolerarse en el organismo hasta 6 gramos por kilogramo de peso. Su eliminación se hace también en su mayor parte por el riñón, siendo eliminado en una hora el 47 por 100 y en tres horas el 75 por 100.

Para la exploración radiográfica se emplean 40 gramos de Uroselectán disueltos en 100 gramos de agua destilada, solución que se esteriliza al autoclave, o durante veinte minutos al baño-maría. La inyección se practica lentamente en dos mitades, recomendándose que entre una y otra haya un lapso de tiempo de unos tres minutos.

Del Abrodil se emplean 20 gramos disueltos en la misma cantidad de agua, con la misma técnica de desinfección y de inyección.

Como efectos generales producidos por ésta se citan, sensación de calor en todo el cuerpo y séd intensa; algunas veces dolor a nivel de la vena inyectada, escalofríos, en algunos casos poliuria, manifestada ya en la primera hora que sigue a su aplicación; en ciertas ocasiones se presentó dolor de cabeza con náuseas y vómitos, y en lo que concuerdan todos los que han experimentado estas sustancias es en que nunca se han observado trastornos graves. Estas sustancias se han empezado a ensayar también como medio de contraste en la radiografía renal, administrando por ingestión su dosis disuelta en 250 gramos de agua.

La intensa eliminación de estos productos en la orina ha servido a algunos autores para estudiar el aumento de densidad de la misma que en ella se produce, a medida que la eliminación se establece, pudiendo obtenerse así una curva de la densidad en tiempos sucesivos, que estando en relación con

la eliminación de estas sustancias pueden servirnos como un dato para conocer la eliminación renal global.

También pudiera servirnos el conocimiento de la cantidad de iodo eliminado para el mismo objeto, y a este fin ya algunos autores se ocupan del estudio del ritmo de la eliminación iodada que puede servir como exploración de la función renal. No dudamos de que es interesante el estudio del peso específico y de la dosificación del iodo eliminado, aunque creemos que su valor intrínseco, como prueba de función renal, no ha de ser superior a otras pruebas análogas (prueba de concentración y de dilución de Straus, eliminación

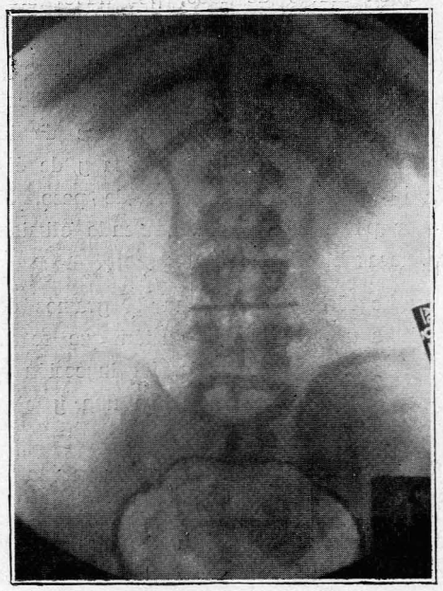


FIG. 1.

de fenolsulfonaftaleína, etc.). Para nosotros el verdadero valor de la aplicación del Uroselectán y del Abrodil está en su primordial condición de servir de medio de contraste radiológico, ofreciéndonos la imagen de los conductos excretores del riñón.

Litchtenberg, ha aconsejado en su primera comunicación sobre este método, practicar tres radiografías después de la inyección, una a los quince minutos, otra a los cuarenta y cinco y otra a los setenta y cinco minutos. El objeto de estas tres radiografías tan distanciadas en tiempo, no es otro que el de poder observar la distinta intensidad de la sombra radiográfica en relación

con la marcha de la eliminación, y poder obtener así, entre las tres, una radiografía más demostrativa, según el estado de la eliminación renal en cada caso, ya que si sistemáticamente en todos los enfermos se hiciese la radiografía en el mismo período de tiempo, obtendríamos sombras muy distintas, según las condiciones de cada caso.

Según esta técnica, de las tres radiografías que aconseja Litchtenberg, en los casos de buena permeabilidad renal, las sombras serán más visibles en la primera; por el contrario, será más demostrativa la obtenida a los setenta y cinco minutos en ciertos casos de eliminación retardada. La sombra correspondiente a la vejiga, será tanto más precoz e intensa cuanto más normal y rápida sea la eliminación por el riñón.

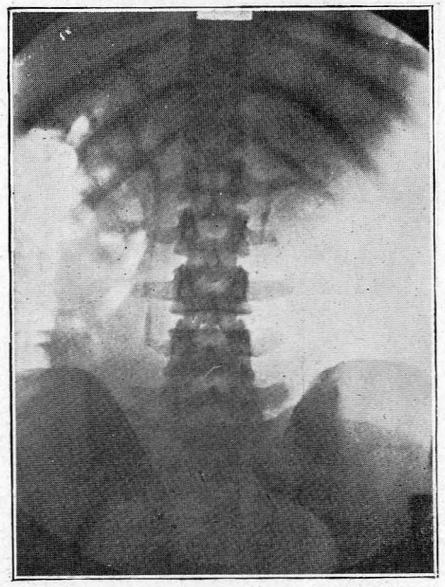


FIG. 2.

La imagen radiográfica que obtenemos con la pielografía intravenosa, nos da principalmente la sombra correspondiente a la pelvis renal y cálices; la correspondiente al uréter es menos pronunciada que éstas, sobre todo en casos de uréter normal, sin estrecheces que produzcan estancamiento; la orina cargada de Uroselectán o de Abrodil, al caer en la vejiga, produce una sombra radiográfica correspondiente a este órgano, tanto más pronunciada cuanto más tiempo ha pasado de la inyección, por haber sido ya eliminada la mayor

cantidad de producto. Es interesante el ver que en esta exploración radiográfica, además de la imagen de la pelvis renal y cálices, se observa, aunque no tan neta ni pronunciada, la imagen correspondiente al riñón, pudiéndose apreciar en algunos casos todo su contorno con bastante perfección. La exploración radiográfica con estos productos, es pues una verdadera nefro-pielo-urétero-cistografía.

En general podemos admitir como ley en esta exploración que *la intensidad de la sombra radiográfica en la pelvis renal y cálices está en razón directa con la buena eliminación renal y en razón inversa de la permeabilidad del*

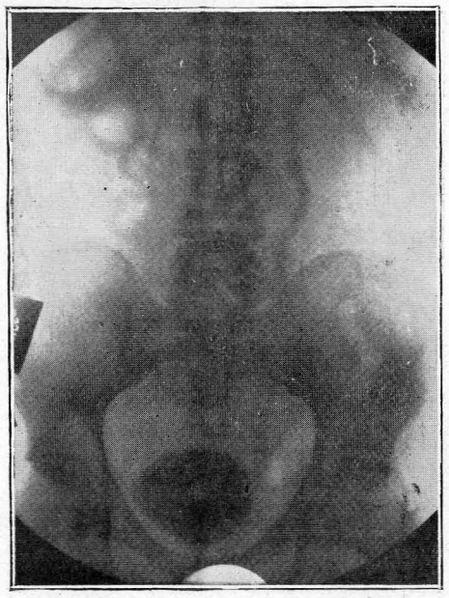


FIG. 3.

uréter y pelvis renal. Cuanto más normal es la función del riñón, la eliminación del Uroselectán y del Abrodil será más intensa y rápida; pero si la pelvis y uréter tienen una permeabilidad normal, el producto eliminado no se detiene en estos conductos, sino que cae a la vejiga dentro del ritmo normal de su función. Si con un riñón, normal en su eliminación, coexiste un uréter más o menos estrechado que permita cierto estancamiento de orina y de los productos eliminados con ella, en la pelvis renal, éste será el caso en que la sombra radiográfica, con la pielografía intravenosa, se nos ofrecerá más pronunciada. Si la función del riñón está muy alterada, aunque esa

condición de estancamiento exista, la sombra no será muy intensa debido a la mala eliminación, y sólo en ciertos casos podremos obtenerla muy visible si la radiografía se practica tardíamente en proporción con ese retardo de la eliminación.

Es conveniente al hacer la pielografía intravenosa, conocer previamente el estado de la permeabilidad renal global; esto podrá servirnos de guía para determinar el tiempo en que la radiografía debe ser hecha. Nosotros hemos obtenido imágenes muy demostrativas desde los diez minutos hasta los setenta y cinco minutos, y estos límites tan extremos dependen de las di-

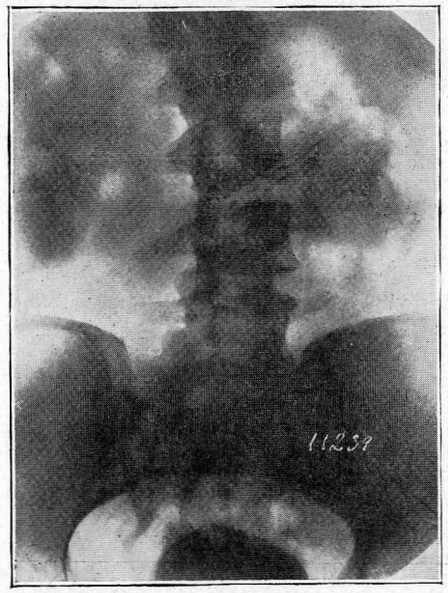


FIG. 4.

ferentes condiciones de función renal y de permeabilidad de los uréteres. De aquí que no haya aun un acuerdo, una pauta fija a seguir en el tiempo preciso de obtener las pruebas radiográficas. Por eso y hasta que una larga y detenida práctica de esta exploración nos oriente mejor en ese sentido, estimamos que como regla general a seguir, debe obtenerse la radiografía a los cinco o diez minutos de la inyección, si la prueba de eliminación renal es buena; de los veinte a los cuarenta, si es de mediana intensidad; y entre cuarenta y setenta y cinco si su resultado ha sido defectuoso. Es de bastante

valor utilizar la fenolsulfonaftaleína, como prueba de función renal global, así como la prueba de dilución de Strauss.

No es necesario vaciar la vejiga al hacer esta exploración radiográfica, como algunos autores aconsejan, más que cuando nos interese el obtener la imagen de la totalidad del uréter y poder ver la extremidad inferior del mismo; ésta quedará siempre oculta por la imagen radiográfica de la vejiga si no se tiene la precaución de vaciar ésta. A excepción pues de esos casos y cuando sólo nos interese conocer la imagen de la pelvis renal y porción abdominal e ilíaca del uréter, no precisa practicar ningún sondaje al enfermo.



FIG. 5.

También algunos autores recomiendan que la radiografía sea obtenida en posición de Trendelemburg, con objeto, al decir de ellos, de que la acumulación de producto opaco eliminado sea más contenida en los conductos excretores, produciendo así una sombra más intensa. Esta aseveración es un tanto problemática, pues el insistir sobre ella es olvidar, por el momento, la fisiología normal de la pelvis renal y del uréter; tanto uno como otro, merced a la capa muscular de sus paredes, poseen contracciones peristálticas que impulsan la orina desde la pelvis renal, por el uréter, a la vejiga. El descenso de la orina por el uréter, no obedece a la *vis a tergo* como defienden los que

esa práctica recomiendan, sino a esas contracciones peristálticas que se realizan por segmentos intermitentes y que se propagan en ondas progresivas desde la pelvis renal hasta la extremidad ureteral inferior. En las posiciones más variadas del cuerpo humano, incluso en la de Trendelemburg, esas contracciones pelvi-ureterales siguen con la misma intensidad y ritmo, y estas leyes de fisiologismo no pueden ser anuladas por la acción de la gravedad y por muy invertida que sea la posición que se dé al cuerpo humano. Las contracciones de la pelvis renal y del uréter están regidas por centros motores autónomos, y estando los conductos permeables, el vaciamiento de los mismos se hará con la misma normalidad en una posición como en otra.

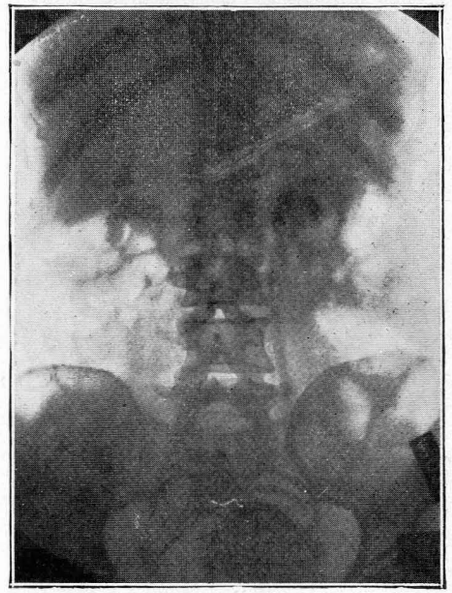


FIG. 6.

Todas las afecciones reno-ureterales son justiciables de la exploración con pielografía descendente, sobre todo en los casos en que sospechemos la existencia de éxtasis pielo-ureteral. Así, pues, las hidronefrosis pequeñas y medianas, las dilataciones ureterales debidas a estrecheces, acodaduras o cálculos, son los casos en que más datos elocuentemente objetivos nos proporcionará esta exploración. En ectopías renales, neoplasias de riñón y de pelvis renal, divertículos ureterales y diagnóstico de falsos cálculos, será también un poderoso auxiliar para el diagnóstico. En los enfermos muy depauperados, con graves

lesiones hepáticas y marcada insuficiencia renal, no es aconsejable su uso. Estará siempre indicada esta exploración en los casos en que, deseando conocer la imagen del riñón, pelvis renal y uréter, no sea posible practicar la pielografía ascendente por imposibilidad de cateterismo ureteral, bien sea esto debido a intolerancia de la vejiga, a estrechez uretral o a estrecheces ureterales infranqueables.

* * *

Teniendo en cuenta este último grupo de indicaciones, consideramos que

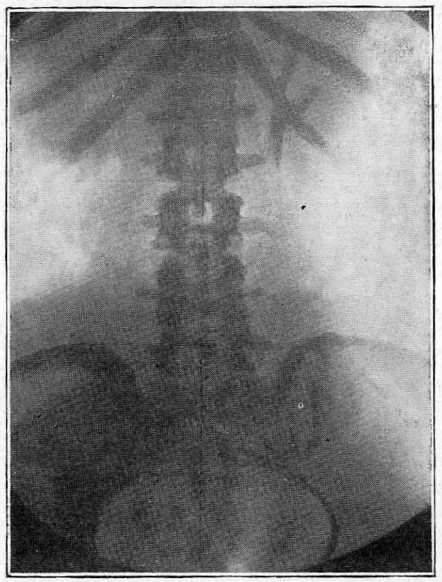


FIG. 7.

uno de los mayores servicios que la pielografía intravenosa puede proporcionarnos es en la exploración radiográfica de la tuberculosis renal, cuando el cateterismo ureteral es imposible.

Es frecuente observar muchos casos de tuberculosis renal en los que la intolerancia de la vejiga, por cistitis intensa, o la imposibilidad de ver los orificios ureterales borrados u ocultos por intensas lesiones vesicales, nos impiden hacer la exploración de separación de orina por cateterismo ureteral, sin que podamos localizar cuál es el lado sano y el lado enfermo, exploración que es siempre nuestra mejor guía por establecer la indicación de la nefrectomía. Sometida la vejiga a un tratamiento con objeto de mejorar su capacidad y lesiones, si algunas veces lo conseguimos y podemos ulteriormente realizar esa exploración, en la mayoría de los casos ese tratamiento fracasa y estos enfermos se agravan en su estado sin que el cirujano pueda intervenirlos, a menos que de la noche a la mañana una pionefrosis voluminosa en uno de los lados nos acuse noticias del lado enfermo que podremos tratar con una nefrostomía previa, para después, si las exploraciones sobre el otro riñón pueden practicarse, y está sano, efectuar ulteriormente una nefrectomía secundaria.

La escuela de Necker no hace muchos años preconizó la posibilidad de ne-



FIG. 8.

frectomías hechas con la sola garantía de la prueba global, siempre que estemos seguros de cuál es el lado enfermo; aunque esto sea posible en muchos casos, no es aconsejable esta conducta como regla general, y únicamente quedará limitada su aplicación a los casos excepcionales en que no sea posible indagar directamente el estado del riñón supuesto sano.

Pero dado el que, conociendo cuál es el riñón enfermo, y si las pruebas de eliminación global son normales, podamos hacer una nefrectomía y que ésta sea tolerada, este hecho autoriza en nuestra opinión a intervenir ciertos enfermos tuberculosos renales con imposibilidad de cateterismo, cuando sepamos

cuál es el lado enfermo. Siguiendo este criterio se ha practicado en estos casos la llamada exploración cruenta para conocer *de visu* el riñón enfermo, intervención que muchas veces necesita la doble lumbotomía, bien en una sesión o en dos sesiones separadas. Sobre esta cuestión hicieron interesantes estudios Rochet, Küster, Rowsing, Marion, etc. Nosotros, sobre este asunto, hicimos una comunicación al Congreso Francés de Urología en octubre de 1925.

La pielografía intravenosa viene a nuestro juicio a evitar la exploración cruenta con doble lumbotomía, pues al darnos la imagen radiográfica de los dos riñones, si en esta imagen hay marcadas diferencias entre uno y otro

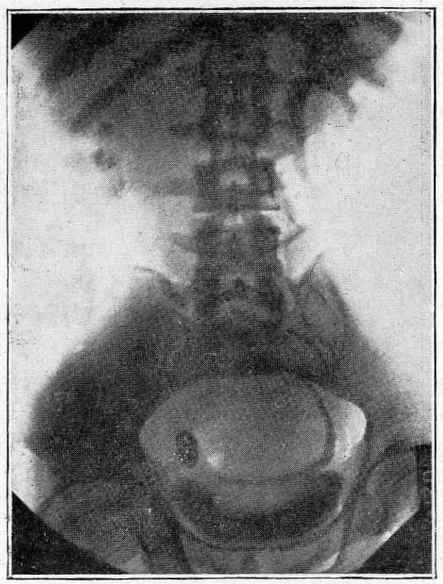


FIG. 9.

lado, podemos deducir que en el lado donde la sombra por eliminación de Uroselectán o de Abrodil no se ha producido, o es débil, irregular y deforme, corresponde al lado enfermo, siempre que la del otro lado ofrezca caracteres normales en su forma e intensidad.

He empleado este método en una serie de casos de tuberculosis renal en los que el cateterismo era imposible; en uno de ellos no poseíamos ningún signo de sospecha sobre cuál era el lado enfermo; en otro, el dolor persistente y los síntomas recogidos por la palpación nos ofrecían datos para pensar en la existencia de una pionefrosis del riñón izquierdo, por lo cual

practicamos a la enferma una nefrostomía. Después de esta operación hicimos en ella una exploración radiográfica con Uroselectán para conocer la imagen del lado supuesto sano.

En los casos de imposibilidad de cateterismo ureteral en la tuberculosis renal, dos situaciones pueden presentarse: 1.ª, conocimiento o sospecha del lado enfermo por una simple radiografía o por datos adquiridos con la palpación, si el riñón está muy aumentado de volumen; y, 2.ª, ausencia completa de estos signos que puedan indicarnos o guiarnos hacia el lado enfermo. En estos dos casos la radiografía descendente será un poderoso auxiliar por

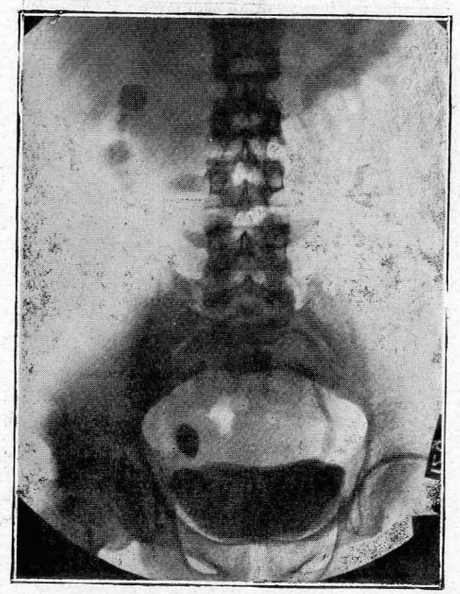


FIG. 10.

darnos a conocer qué lado es el que elimina normalmente y que produce la sombra radiográfica más normal, lo que, unido a una buena función renal global, nos permitirá tratar por nefrectomía y curar o aliviar a estos enfermos, que de otra manera quedarían condenados a la marcha progresiva y fatal de su mal. Se nos podrá objetar que a pesar de una buena eliminación renal, el riñón que suponemos sano puede presentar algunas lesiones. Esto es evidente; el perfecto conocimiento de la integridad anatómica de ese riñón nos permanecerá ignorado, pero ello no impide a nuestro juicio el practicar una nefrectomía sobre el otro riñón muy enfermo, teniendo en cuenta que éste

es un peligro próximo para la vida del enfermo, y además, no olvidemos que en casos excepcionales está justificada y admitida la nefrectomía del riñón más enfermo en algunos casos de tuberculosis renal doble, a condición de que el otro conserve una capacidad funcional normal, único medio de aliviar y procurar una supervivencia a estos desgraciados enfermos.

* * *

Exponemos a continuación algunas radiografías entresacadas de la serie que ya poseemos de pielografías con inyección intravenosa, y que podrá de-

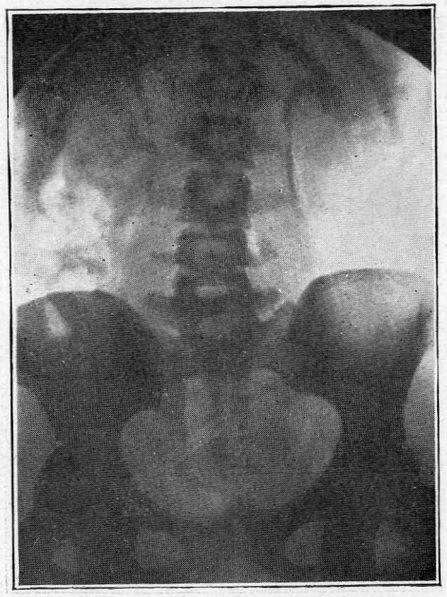


FIG. 11.

mostrar los caracteres de esta exploración en diferentes afecciones, unas hechas con Uroselectán y otras con Abrodil.

En casi todos los enfermos en que hemos realizado esta exploración, ha sido ésta hecha obteniendo dos y tres radiografías en tiempos distintos. No mencionamos en cada caso más que una, la que ha proporcionado más detalles, indicando el tiempo en que fué impresionada después de la inyección, pudiendo así, con arreglo a cada enfermo, determinar cuál ha sido el momento útil de obtenerla.

En estas exploraciones colaboraron con nosotros los ayudantes de mi Clínica,

Luque, Molina y Osuna, así como el radiólogo del Hospital de la Princesa, doctor Navarro Cánovas, y en algunas de la clínica privada el radiólogo doctor Arce.

Núm. 1. — (Exploración hecha con Uroselectán). Caso normal. Obtenida la radiografía a los cuarenta y cinco minutos. Se ven marcadas las pelvis renales de ambos lados y parte superior de los uréteres, que por ser su vaciamiento normal, no se ven en toda su longitud.

Núm. 2. — (Abrodil). Enferma de nefritis dolorosa, diatésica, con función renal normal. La imagen radiográfica es normal en ambos lados. Radiografía obtenida a los siete minutos.

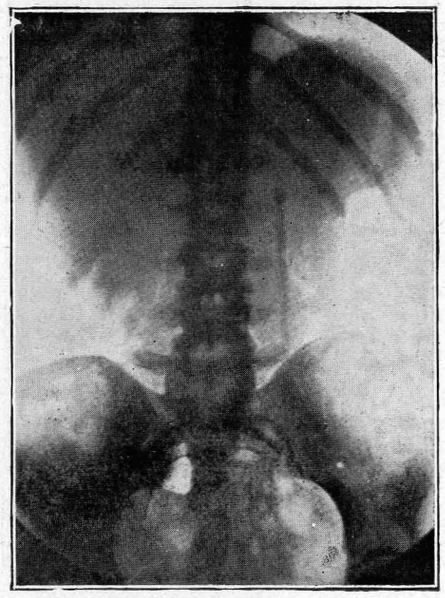


FIG. 12.

Núm. 3 — (Uroselectán). Enfermo de pielonefritis y cistitis crónica. Obtenida a los cuarenta y cinco minutos. Se ve la imagen correspondiente a la pelvis izquierda, normal. En el lado derecho se aprecia dilatación ureteral.

Núm. 4. — (Uroselectán). Enfermo prostático con pielonefritis ascendente y cistitis. Obtenida a los cuarenta y cinco minutos. En el lado derecho se ve la sombra renal muy aumentada y apenas marcada la imagen de la pelvis y uréter. En el lado izquierdo, sombra de pelvis y uréter normal.

Núm. 5. — (Uroselectán). Enferma de pionefrosis del riñón izquierdo, con

nefroptosis de ambos lados. Obtenida a los setenta y cinco minutos. Se ve la sombra bastante normal correspondiente al riñón derecho; en el lado izquierdo, además de la imagen de un cálculo en la pelvis renal, aparecen sombras grandes e irregulares de retención uro-pionefrósica. Fué operada de nefrectomía.

Núm. 6. — (Abrodil). Enferma de pielonefritis y cistitis crónicas; nefroptosis. Uréteres dilatados, sobre todo el del lado izquierdo. Obtenida a los quince minutos.

Núm. 7. — (Abrodil). Enferma padeciendo estrechez del uréter pelviano del lado izquierdo consecutiva a operación ginecológica. Se aprecia la pelvis renal de

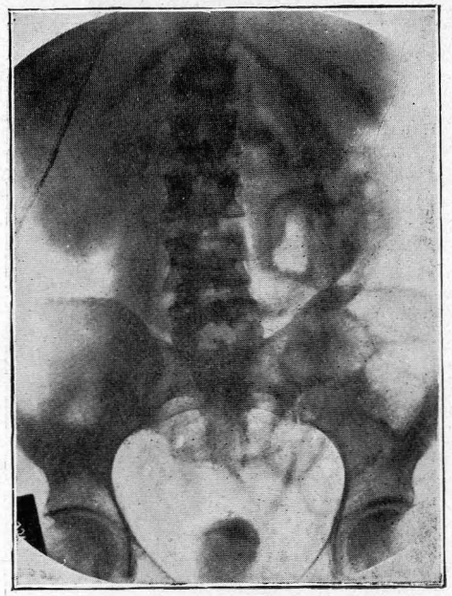


FIG. 13.

ese lado, dilatada, así como cierto ensanchamiento de la porción ilíaca y pelviana del uréter.

Núm. 8. — (Abrodil). Enferma con nefroptosis del lado derecho en tercer grado. Obtenida a los diez minutos con media dosis de Abrodil (10 grs. de sustancia en 50 de agua). Se aprecia bien la sombra de las pelvis, el contorno renal y una pequeña acodadura en la porción superior del uréter derecho.

Núm. 9. — (Abrodil). Enfermo con cálculo en la extremidad inferior del uréter derecho. Radiografía obtenida a los diez minutos. Se aprecia la imagen

de la pelvis renal izquierda, normal, así como el uréter. En el lado derecho pequeñas manchas correspondientes a cálices dilatados.

Núm. 10. — (Abrodil). El mismo caso, obtenida la radiografía a los treinta minutos. La sombra correspondiente al riñón izquierdo va desapareciendo por la eliminación de la sustancia inyectada, que se ve acumulada en mayor cantidad en la vejiga que en la anterior. Las sombras de dilataciones hidronefrósicas en los cálices del riñón derecho se ven más pronunciadas. Fué operado el enfermo por ureterotomía pelviana.

Núm. 11. — (Uroselectán). Enferma de pielonefritis colibacilar y estafilocócica del riñón derecho. Obtenida la radiografía a los cuarenta minutos. Imagen izquierda, normal. Lado derecho con ligeras dilataciones y alargamiento de los cálices. Operada de nefrectomía.

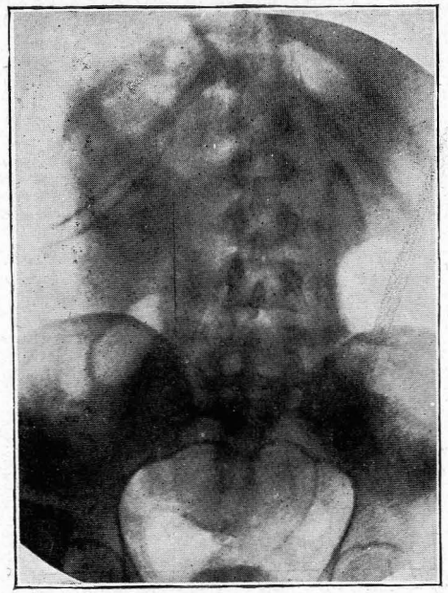


FIG. 14.

Núm. 12. — (Uroselectán). Enferma de tuberculosis renal con cistitis intensa y cateterismo ureteral imposible. Radiografía obtenida a los quince minutos (proyección posterior). Se ve la imagen de la pelvis renal derecha y uréter, normales. En el lado izquierdo, sombra renal aumentada, sin imagen de pelvis y uréter. Fué operada de nefrectomía, sobre esta prueba y examen de función renal global.

Núm. 13. — (Uroselectán). Enferma de tuberculosis renal con imposibilidad de cistoscopia y cateterismo ureteral. Obtenida la radiografía a los sesenta minutos (proyección posterior). Riñón izquierdo (enfermo) muy aumentado y sin apreciarse la pelvis renal. Lado derecho, imagen de pelvis renal, normal, en riñón descendido. Fué operada de nefrectomía del riñón izquierdo, sobre prueba global.

Núm. 14. — (Uroselectán). Enferma de tuberculosis renal del lado izquierdo. Intensa cistitis que impide el cateterismo ureteral. Por apreciarse evidentes signos de pionefrosis del riñón izquierdo, es operada de nefrostomía de este



FIG. 15.

lado. Ulteriormente, y como la vejiga no mejora para intentar cateterismo del lado derecho, hacemos la radiografía con Uroselectán, obteniéndola a los quince minutos (proyección posterior). Se ve en ella la imagen del riñón izquierdo (operado) aumentada, con el tubo de desagüe de la nefrostomía. Imagen del riñón derecho con pelvis renal normal. Las pruebas globales eran buenas y se practicó la nefrectomía secundaria a los cuarenta días de la primera operación. La vejiga fué mejorando lentamente.

Núm. 15. — (Uroselectán). Enfermo de tuberculosis renal; cistoscopia imposible por intolerancia vesical. Radiografía con pielografía intravenosa obtenida a los

cuarenta y cinco minutos. Se ve en ella la imagen de la pelvis renal, cálices y uréter del lado derecho, normales. En el lado izquierdo (proyección posterior), sombra renal aumentada con dilataciones intrarrenales. Mi malogrado ayudante, doctor M. Luque, le practica la nefrostomía en agosto. A los cincuenta días fué por mí operado de nefrectomía secundaria, basada en pruebas globales, pues los intentos de citoscopia fueron infructuosos por las lesiones vesicales que tenía y que aunque con capacidad mejorada, no permitían ver los orificios aun con la cromocistoscopia.

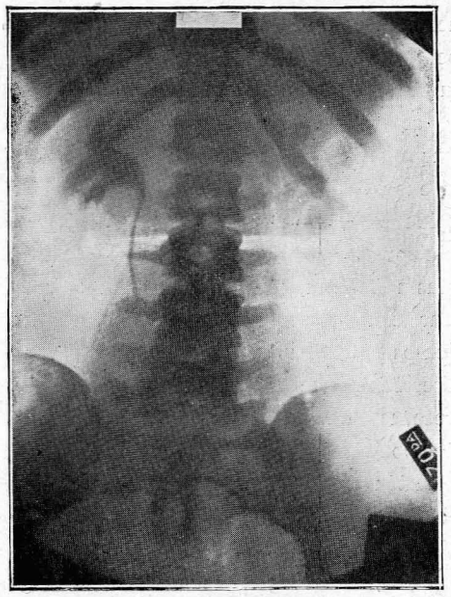


FIG. 16.

Núm. 16. — (Abrodil). Enferma de tubercuolsis renal izquierda. Radiografía obtenida a los diez minutos. Se aprecia la imagen del lado derecho normal; en el lado izquierdo nada perceptible. En esta enferma se había practicado previamente el cateterismo ureteral. Fué operada de nefrectomía.

* * *

Al mismo tiempo de empezar a ser conocido este método, comienza a ser discutido con bastante calor, y aparecen algunos detractores que lo combaten casi sin haberle ensayado.

Si comparamos las imágenes obtenidas con la pielografía por inyección

intravenosa, con las obtenidas con la pielografía ascendente, es evidente que con esta última son más visibles, netas y mejor dibujadas, siendo aparentemente más sugestivo el método antiguo por ofrecernos esas sombras con más contraste. No olvidemos, sin embargo, que en muchos casos esas sombras tan netas, tan perfectamente visibles de la pielografía ascendente, no responden a la realidad por la distensión más o menos forzada de esas cavidades y las alteraciones que la sonda produce en su motilidad. Esta es la gran objección que merece la famosa pieloscopia, que no logra reunir adeptos.

La radiografía renal con inyección intravenosa, sobre evitar esos inconvenientes, es menos molesta para los enfermos, de fácil ejecución, por lo menos más fácil que la practicada con la sonda ureteral, y todo lo que supone comodidad y falta de peligro para el paciente, ha de tener su valor en estas selecciones. Por el momento no podemos exigir a este método más de lo que actualmente nos da; se encuentra en período de formación, de estudio, y es muy lógico afirmar que el porvenir de la exploración urétero-pielográfica será del método intravenoso. Día llegará en que estos productos se perfeccionen, perfeccionándose también el método, con menos dosis de producto, etc., etc.

La técnica de pielografía ascendente siempre tendrá un positivo valor. Siempre fuí un entusiasta de ella y la sigo utilizando cuando la creo indicada con objeto de precisar con más exactitud ciertas deformaciones pielo-renales, dilataciones, ciertos casos de cálculos, anomalías, etc., pero esto no es óbice para reconocer los servicios que la inyección intravenosa de sustancias de contraste pueden ofrecernos en la radiografía del aparato urinario y acoger este nuevo y hace tiempo esperado método, con la simpatía y entusiasmo que merece. La sola indicación de su empleo en los casos de imposibilidad de cistoscopia y cateterismo ureteral, debida a múltiples causas, es indiscutible, y obliga a aceptar su uso no sólo en estas circunstancias señaladas, sino a hacer estudios comparativos, contribuyendo así a su exacta y metódica aplicación.

UN PROCEDIMIENTO MAS, PARA DESCUBRIR EL ASTIGMATISMO LATENTE

POR EL

DR. RAMÓN LANDA SANZ

Del Instituto Oftálmico Nacional

ZARAGOZA

Mi estancia de dos años en el Instituto Oftálmico Nacional, al lado de grandes figuras de la Oftalmología Española, a donde acudí para irme formando en la especialidad que tanto me atraía, casi completamente me ha servido para imponerme en ella; pues aun cuando he visitado otras clínicas de enorme importancia, como la del Hospital de San Andrés, de Burdeos, ufano me siento como español diciendo, sin pasión, que no precisamos salir de nuestro suelo patrio los que a este ramo de la Medicina nos inclinamos, para adquirir unos conocimientos tan completos como sean los existentes hasta la actualidad.

En el Oftálmico Nacional pude apreciar que entre el trato afable que de todos sus profesores recibimos, no igualaba ninguno al del hoy ya no entre los vivos, el tan sabio como modesto doctor Teobaldo Bustos; y no es que quiera dedicarle un recuerdo, es que reconozco justo el confesarlo y él en vida, haríalo constar igualmente. Todos mis compañeros alumnos de mi época estarán convencidos de que cuando lo perdimos nos quedamos sin una eminencia, sin un verdadero compañero, sin un sincero amigo.

El doctor Bustos, que tan pacientemente daba oídas a nuestras preguntas y tan claramente resolvía nuestras dudas, hizo nacer en mí una afición por cuanto a la corrección óptica hace referencia, mayor si cabe, de la que siento por las cuestiones de clínica.

Con él, me impuse prácticamente en todo lo que a la corrección del Biastigmatismo hace referencia, que en el Tratado del mundialmente conocido doctor Márquez había detenidamente estudiado, y merced a aquél pude hacerme con una copia de las preciadas Tablas, ya entonces agotadas (1).

Presencié varias ocasiones de su aplicación en enfermos del Instituto, y tal es mi entusiasmo por estos trabajos, que en el Curso de Perfeccionamiento,

(1) Las Tablas para la corrección del Biastigmatismo pueden obtenerse mediante la que, para el valor de una Dioptría, figura en la obra del doctor don Manuel Márquez, sin más que, como ya en ésta se dice, multiplicar cada uno de los números por el valor dióptrico cuya tabla se quiere obtener, 0'25, 0'50, etc.

dado este último verano en Burdeos, me atreví a preguntar si lo practicaban, apenándome bastante al serme contestado que no, pues no había caso que no hicieran ellos la corrección completa con un solo cilindro.

En mi ejercicio profesional, digo con enorme satisfacción que me ha servido de éxito grande, precisamente con un compañero en que, imposible de corregir totalmente por Oftalmometría, ni subjetivamente con un solo cilindro, pudimos darle una visión igual a la normal mediante la corrección por doble cilindro, cuando su agudeza visual sin corrección era de 1/8.

Los conocimientos de trasposición de cilindros y demás reglas que para el mismo son precisas conocer, dieron en nosotros qué pensar sobre la posibilidad de servirnos también de cilindros para investigar de una forma más, el astigmatismo oculto o latente.

No nos referiremos aquí a los casos en que el paciente, ante la estrella de los Optotipos, nos dice que ve desiguales las distintas rayas, ya que entonces se trata de un astigmatismo manifiesto, sino de aquellos individuos que al hacerles el examen subjetivo, nos acusan la estrella uniforme.

Son varios los procedimientos de todos conocidos y, por decir así, clásicos, para comprobar si existe o no un astigmatismo. Tenemos el hacer miope al enfermo, el someterlo a la Oftalmometría, o también la Esquiascopia con cilindros; mas como a nuestro modo de ver, todos presentan sus inconvenientes, y de otra parte el nuestro es compatible con todos ellos, hace que nos lancemos a describirlo seguidamente.

Decimos que a nuestro entender tienen todos los conocidos sus inconvenientes, porque en cuanto a lo de hacer miope al individuo, puede ya tratarse de una persona con miopía, y sin embargo poseer un astigmatismo sin manifestar, siquiera sea ligero.

El Oftalmómetro todos sabemos que no nos da, en realidad, el astigmatismo más que en su parte corneal, es decir, acusa la esfericidad o no esfericidad de la córnea; y en cuanto a la Esquiascopia con cilindros, presenta sus dificultades cuando se trata de pequeños astigmatismos y aun en los de importancia, pues requiere mucha más práctica y, sobre todo, precisión superior a la Esquiascopia con esféricos.

Por otra parte, se nos podrá alegar que podemos servirnos de la parálisis de la acomodación del paciente, y a ello únicamente nos permitimos indicar que al igual que para la corrección de la Hipermetropía latente, no conviene abusar de ella, pues puede tratarse de personas en que el período que están bajo la acción de la parálisis, les ocasione perjuicios en sus ocupaciones, por no poderse valer para sus trabajos de la acomodación que en los mismos requieren.

El procedimiento por nosotros seguido, y que invitamos a ensayar, es sencillo y no precisa aplicarlo más que en los casos que estamos en duda de la existencia de un astigmatismo no manifestado.

Sometemos al individuo a las diferentes pruebas para su corrección miópica o hipermetrópica si la padece, y puesto en condiciones de distinguir con claridad la estrella o circunferencia con sus radios uniformemente iluminados, previa Oftalmometría, ocurre: que unas veces ve todas iguales y otras distintas, la mayoría de las veces independiente de los datos que nos ha facilitado el Oftalmómetro.

En el primer caso, pues en el otro ya manifiesta claramente su astigmatismo, obramos como si se tratase de un Biastigmatismo que se quiere corregir por el procedimiento denominado del «Tún-tún», es decir, colocámosle delante del ojo a examinar un cilindro, positivo o negativo, de una o una y media dioptría. Preguntamos al enfermo qué rayas están para él más enfocadas y qué rayas están menos; cuáles ve más y cuáles ve menos negras.

Como el eje del cilindro se le ha puesto caprichosamente, observamos si el enfermo acusa la desigualdad en consonancia con el grado del eje; si así es, ya podemos anticipar que no existe astigmatismo, y para confirmarlo, le colocamos otro cilindro del mismo valor dióptrico, del mismo grado, pero de signo contrario, con lo cual, el ojo examinado acusará una pérdida de luminosidad, debida a la interposición de los dos cristales, pero dice vuelve a ver todas iguales, por haberse neutralizado totalmente el efecto de los dos cilindros.

En el caso de que al colocar el primer cilindro se presente disconformidad con lo que éste debiera producir, ya podemos asegurar que se trataba de un astigmático latente, pues debido al obstáculo interpuesto ante su ojo, éste rompe el equilibrio de acomodación a que estaba sujeto.

Efectivamente; las rayas más negras y destacadas que acusa son debidas a la resultante de la acción del cilindro de prueba interpuesto y al astigmatismo oculto existente, que el estado de acomodación no dejaba manifestarse.

Ya en casos como éste, buscamos el cilindro que neutralice e iguale todos los radios y por medio de las tablas, con la trasposición y demás reglas a observar, damos al individuo un cristal, que le ahorra la acomodación que venía obligado a poner en juego para corregir su astigmatismo.

Resumiendo lo anteriormente expuesto, diremos, que obramos siempre que sospechamos de la existencia de un astigmatismo como si de corregir un biastigmatismo se tratara.

Cuando el astigmatismo no existe, habremos colocado dos cilindros, positivo y negativo, del mismo valor dióptrico y con el mismo grado de inclinación, y no se precisará la pérdida pequeña que representa el manejo de las Tablas, pues de antemano conocemos que esos dos cilindros se neutralizan totalmente y hacen el efecto de un vidrio neutro.

Y en el caso contrario, cuando el astigmatismo se ha puesto de manifiesto,

bien merece la pena el poco de tiempo que las sencillas operaciones con las Tablas requieren, la satisfacción de ver coronado nuestro trabajo por el éxito alcanzado con tan poco esfuerzo.

Para terminar y facilitar la comprensión, exponemos a continuación el caso de un cliente, corregido mediante este método:

J. V., de diez y siete años, dedicado a trabajos de escritorio, viene a consultarnos por presentársele dolores de cabeza y fatiga ocular cuando trabaja más de una hora seguida, aun en inmejorables condiciones de iluminación.

Su agudeza visual, sin corrección, es de 2/3 en ambos ojos, logrando con esfuerzo acomodativo la unidad.

Con esféricos, no logramos que gane. El Oftalmómetro da los siguientes datos:

O. D. = 115 + 25 = 0'25 dioptrías.
O. I. = 115 + 25 = 0'25 dioptrías.

Ante la estrella de los Optotipos acusa uniformidad en los radios, incluso con la interposición de un esférico de 1'50 D.

Vistos los datos que anteceden, le colocamos en el O. D. un cilindro de una dioptría positiva de 90º. Si se tratase de un sujeto sin estigmatismo, como por el examen subjetivo se desprende, debía de acusar como líneas enfocadas las de las VI y las XII, ya que corresponden a la dirección del eje del cilindro, en la cual el efecto de éste sabemos que es nulo. Consecuentemente las rayas con desenfoque máximo serían las de las III y las IX, muy comprensible, ya que están en el diámetro horizontal, o mejor dicho, a 0º, donde existe el diámetro de máxima acción del cilindro.

No sucedió así con este enfermo, pues acusó como más destacadas las correspondientes a la I y I y media, con sus prolongaciones de las VII y VII y media.

Simplemente, esta brevísima prueba nos bastó para que asegurásemos que se trataba de un astígmata latente, en virtud de su trabajo acomodativo, que fué roto sencillamente con la colocación del cilindro positivo de I dioptría.

Con este dato facilitado por el paciente, corregímosle subjetivamente, logrando que llegara nuevamente a ver igualados los radios todos, lo cual fué conseguido con otro cilindro positivo de 1'50 D. a 160º.

De donde, la fórmula que corregía su O. D. era + 1 D. a 90º con + 1'50 a 160 grados.

Haciendo uso de las tablas, para la reducción de los dos cilindros a uno, encontramos como valor mínimo de ambos el correspondiente a los 140º, y que era de 0'7622 dioptrías, valor que como sabemos es el del esférico que definitivamente se ha de prescribir. La suma máxima de acción de los dos cilindros, era la correspondiente a los 50º, de 1'7376 D.

Deduciendo del valor mayor, 1'7376, el menor de 0'7622, conocimos el valor del cilindro, igual a 0'9754, cilindro que como todos sabemos debía de colocarse a 140º, por ser el de mínima acción en conjunto de ambos cilindros.

Así llegamos a la fórmula siguiente:

O. D. = + 0'7622 D. esf.º con + 0'9754 D. a 140º.

Al no existir dichos valores en la caja de ensayo, le colocamos los más aproximados, o sea + 0'75 esf.º con + 1 a 140º, composición con la cual el enfermo logró una agudeza visual normal, sin fatiga alguna.

El mismo caso fué el ojo izquierdo, con el que se llegó a la misma fórmula.

Dicho enfermo lleva esta corrección en ambos ojos, desde hace cinco meses, no habiéndosele presentado en todo este tiempo ninguna de las molestias que le obligaron a consultarnos.

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

Les affections douloureuses de l'intestin terminal. Diagnostic - Traitement, (La Pratique Médicale Illustrée), par **C. Bonorino-Udaondo,** Professeur à la Faculté de Mèdecine de Buenos-Aires, Membre de l'Académie Nationale de Médecine; et **Lucio V. Sanguinetti,** Médecin de l'Hôpital Ramos Mejia à Buenos-Aires. — 1 vol. in 8.° de 28 pages avec figures dans le texte. 9 fr.

Editeurs: *Gaston Doin & C.ie*.—París. 1931.

La monografía, va abriéndose camino y cada día adquiere importancia más considerable; éstas que forman «La Pratique Médicale Illustrée» son prueba bien elocuente. Fáciles de adquirir, fáciles de sustituir o de completar, cada una de ellas es una demostración de que el porvenir editorial está aquí, porque ello es para el médico más útil y más práctico que los grandes tratados, costosos y pronto envejecidos.

Tomando el síndrome dolor como base para hacer el diagnóstico, los autores americanos, bien conocidos entre nosotros, estudian, en forma resumida y magistral, las afecciones que pueden asentar en el instentino terminal y su terapéutica adecuada.

En su estudio, bien documentado y puesto al día, podemos decir que hay tres partes. La primera, en la que hacen una exposición de las nociones anatomo-patológicas más esenciales. La segunda, en que analizan los dolores funcionales del recto (crisis de la tabes, encefalitis epidémica, coccigodinia). La tercera, en la que estudian los dolores en las afecciones orgánicas del recto (hemorroides, fisuras de ano, inflamaciones, tumores, abscesos).

Siguiendo a los autores en su estudio, se obtienen indicaciones de gran valor para el diagnóstico y tratamiento de estos procesos, tan frecuentes en la práctica diaria. Por ello su trabajo es doblemente interesante: científica y prácticamente.—Doctor Horno.

Les infantilismes (La Pratique Médicale Illustrée). par **E. Apert,** Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, —1 volume in-8° de 70 pages, avec 18 figures dans le texte et 2 planches hors texte, 20 fr.

Editeurs: *Gaston Doin & C.ie*.—París. 1931.

Contra la creencia generalizada, el infantilismo no es uno; las alteraciones profundas y crónicas de casi todas las vísceras pueden dar lugar a variedades

muy distintas de infantilismo; y cada variedad patogénica tiene su morfología y su sintomatología especial; y cada variedad tiene que tener, según la etiología, una terapéutica muy diferente.

Por ello Apert titula su trabajo «Los infantilismos», pluralizando como es lógico el concepto equivocado. Y la importancia de su labor es de gran valor práctico, porque si no siempre pueden curarse estos estados, pueden casi siempre atenuarse, lo que encierra gran interés social.

La monografía, muy completa, comienza por un preámbulo de definición e historia, y tras ello, sucesivamente, estúdianse el infantilismo tiroídeo, hipofisario, suprarrenal; el nanismo e infantilismo renal; la enfermedad celíaca o infantilismo intestinal; el hepato-esplénico, el cardíaco y el regresivo de Gaudy. Numerosas láminas y figuras permiten darse cuenta «de visu» de las diferencias morfológicas de tales estados. El trabajo termina con un capítulo de fisiología general y de indicaciones generales para el diagnóstico y tratamientos.

Libro práctico y de interés, pueden sacarse de él interesantes conocimientos para la profilaxia y tratamiento de estos estados que si en ocasiones son incurables, pueden siempre mejorarse haciendo menos penoso su paso por la vida. Por ello merece el doctor Apert todo nuestro aplauso.—Doctor Horno.

La Sciatique. Clinique et thérapeutique (La Pratique Médicale Illustrée), par **J.-A. Chavany,** Chef de clinique à la Faculté de París, Médecin Assistant de l'Hôpital de la Pitié, Médecin de l'Institut Municipal d'Electro-Radiologie.—1 vol. in-8° de 50 pages, avec figures dans le texte et hors texte, 18 fr.

Editeurs: *Gaston Doin* & *C.ie*.—París. 1931.

El diagnóstico de *ciática* parece sencillo a todos, aun al vulgo; sin embargo el diagnóstico exacto es relativamente complicado, y de ahí los múltiples fracasos terapéuticos que en la práctica diaria se observan.

Chavany hace aquí un estudio muy completo y muy grato, que ilustra con radiografías y esquemas utilísimos.

En su trabajo analiza con todo esmero la *ciática-enfermedad,* la más frecuente en la práctica, cuyas variadas formas anatómicas individualiza con la mayor claridad. Estudia luego la *ciática-síntoma,* derivada de los más variados procesos de patología médulo-raquídea inferior, que expone claramente en cuadros clínicos precisos. Y por último describe las *pseudo-ciáticas* también muy detalladamente.

Después, dedica a la terapéutica la segunda parte de su labor. Y como a falta de otra mejor, admite la etiología reumática, a esta terapéutica acude demostrando al mismo tiempo todos los beneficios que pueden obtenerse con

las inyecciones calmantes y los diversos agentes físicos. Como buen práctico, en toda su descripción no omite el más pequeño detalle de técnica. Y del mismo modo señala con toda imparcialidad los resultados de su personal experiencia.

Dada la frecuencia de este proceso en la práctica diaria y la perfecta exposición que del asunto hace Chavany, estimamos que su labor ha de ser muy bien acogida.—Doctor Horno.

Eléments de sémiologie médicale par le **Docteur F. Robert.**—1 vol. in-8° de 732 pages, avec 61 figures dans le texte et 24 planches en couleurs hors texte, 90 fr.

Editeurs: *Gaston Doin & C.ie*.—París. 1931.

Creemos que el libro que nos ocupa, que hemos leído con gran deleite, ha de ser muy bien acogido y ha de rendir gran provecho, sobre todo a los escolares cuando comienzan a iniciarse en los trabajos de la clínica.

De una manera clara y muy detallada, el autor expone la manera de abordar un enfermo, interrogarlo, examinarlo, en forma que no pueda omitirse ningún síntoma que pueda tener importancia diagnóstica.

En el libro se describen las técnicas de exploración con todos los datos precisos; únicamente en lo que afecta al estudio funcional de los órganos se exponen tan sólo los medios de análisis que pueden realizarse a la cabecera del enfermo sin necesidad de recurrir al laboratorio.

El autor, con criterio muy acertado, al estudio semiológico de órganos como el hígado, páncreas, bazo, etc., hace preceder un breve recuerdo anatómico, recuerdo más detenido en lo que al sistema nervioso se refiere teniendo en cuenta los progresos que en estos últimos años ha tenido la patología nerviosa.

La descripción de los síndromes es clara y va además acompañada de numerosos esquemas en negro y color que todavía facilitan esta claridad de exposición.

Todo el plan seguido en el libro es nuevo y muy bien concebido. Es por ello una obra nueva y de valor considerable para todos, médicos y estudiantes, pues hace fácilmente rememorar las nociones de semiología a veces olvidadas y de tanto interés en la práctica. La labor del doctor Robert es pues digna de alabanza.—Doctor Horno.

La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G., Experimentation et Pratique par le **Dr. Roland Chaussinand,** Préface du Professeur **A. Calmette.**—1 vol in-8° de 196 pages, 38 fr.

Editeurs: *Gaston Doin & C.ie*.—París. 1931.

En estos últimos tiempos se ha escrito tanto sobre la vacunación antituberculosa por el B. C. G., que todos los médicos tienen sobre el método juicio formado; quizá sea sin embargo incompleto. Y dada la pasión que el empleo del bacilo Calmette-Guerin despertó, muchos juzgaron de él sin base suficiente.

El Congreso de tuberculosis celebrado en Oslo ha consagrado este método de vacunación contra la tuberculosis preconizado por Calmette. Y por ello el autor presenta hoy en este libro cuanto a tal método afecta, tratado de una manera clara y completa, como no lo había sido hasta la fecha.

El libro abarca tres partes. En la primera se exponen todas las observaciones experimentales practicadas con el B. C. G., y se discute cuanto afecta a la estabilidad del bacilo y de la alergia a la tuberculina. En la segunda se presentan las observaciones clínicas publicadas en los diversos países y se dan los datos precisos para realizar una vacunación correcta y eficaz; aporta el autor además, demostraciones convincentes de la absoluta inocuidad del B. C. G. en los niños y notables perfeccionamientos a la técnica de vacunación por vía subcutánea e intramuscular. En la tercera parte se presenta la bibliografía de cuanto sobre el asunto se ha publicado.

Ha hecho bien el profesor Chaussinand publicando este libro; lo primero por él mismo; después porque así tienen los médicos un medio de juzgar serenamente sobre el método; además porque de este modo podrá ponerse en práctica siguiendo una técnica segura que Calmette avala en su prólogo.

Todos, en más o menos proporción, hemos tenido ocasión de apreciar resultados contradictorios con el B. C. G.; quizá no se empleaba adecuadamente, quizá se obraba sin base suficiente, quizá la técnica no era correcta... Hoy ya no podrá alegarse ignorancia del menor detalle, porque en este libro se dan completísimos.

Y si el B. C. G. es un medio eficaz e inocuo, la vacunación antituberculosa deberá entrar en una nueva era.—Doctor Horno.

Tratado de Ginecología general y especial, por el **Dr. D. Enrique López Sancho,** Catedrático de Ginecología de la Facultad de Medicina de Valencia y Médico númerario del Hospital General. Prólogo del **Dr. J. L. Faure,** Catedrático de Ginecología de la Facultad de Medicina de París. 2.ª edición. Tomo I.

Un volumen de 598 páginas (24'50 x 16'50 ctms.), con 149 figuras y 9 láminas en colores, encuadernado en tela.

Editorial *Pubul*.Barcelona. 1931.

Está escrito este libro por uno de los hombres a quien más sinceramente admiro hace muchos años; lleva un prólogo del Maestro de quien más he aprendido; trae en su primera página una dedicatoria sencilla y honrosa

para mí. Todo ello podría colocarme en situación delicada para emitir un juicio, si el autor, el prologuista y el libro no estuvieran a una altura en la que la parcialidad es innecesaria y aun perjudicial.

Hace unos cinco años, el doctor López Sancho publicó su Ginecología General, y entonces, al ocuparnos de aquélla, señalábamos la conveniencia y el deseo de que el libro llegase a tener una segunda parte.

Hoy, la Ginecología que el ilustre catedrático de Valencia nos presenta, abarca ya los dos extremos; la parte general, tan magistralmente expuesta el año 1925 y la parte especial complementaria de aquélla. El primer tomo ocupa por entero la parte general.

A pesar del poco tiempo transcurrido desde el año 1925 a hoy, han sido tantas y tan importantes las adquisiciones científicas, tal la cantidad y calidad de modificaciones que el autor ha realizado, que bien podemos afirmar sin esfuerzo que este primer tomo, manteniendo la orientación y los principios fundamentales, es obra casi nueva y desde luego muy distinta a la anteriormente publicada.

Por condición personal, parece ser el autor hombre muy enamorado de las ideas generales, en las que con muy pocas palabras se abarcan conceptos de gran extensión, que permiten más tarde su práctica y racional aplicación a los casos concretos; ideas base de toda labor científica seria, pues son las que marcan el camino de la investigación clínica. Y claro es, con tal concepto, el autor desarrolla magistralmente esta parte general de la Ginecología, y en cada página adviértese la personal concepción, el juicio propio, el resultado de una labor científica seria y dilatada, depuradora de la verdad.

Lo dijimos ya, lo repetimos hoy con placer: la Ginecología General del doctor López Sancho es obra maestra y obra modelo; es algo que define una recia personalidad; es algo que satisface plenamente al lector y que le proporciona enseñanzas positivas y de trascendental valor.

La anatomía deductiva, la fisiología del aparato genital, especialmente el estudio de la serosa peritoneal, están trazadas con una claridad, con un vigor descriptivo, con un acierto, que pueden como modelo presentarse. La semiología ginecológica, así como la etiología y patogenia de sus procesos, son admirablemente concebidas y están admirablemente expuestas.

La confección de una historia ginecológica, lo más interesante en la práctica puesto que en ella ha de basarse el tratamiento, ya que de ella ha de deducirse el diagnóstico, es un capítulo tan completo, tan claro, tan lógico, que siguiendo al autor la labor se hace perfecta.

Casi la mitad de este volumen lo ocupa la exposición de los tratamientos, de la terapéutica general, que expone muy metódicamente y con un criterio personalísimo lleno de prácticos detalles y de valiosos juicios; en la parte operatoria sus descripciones llevan un sello de serenidad de juicio, de competencia, de razón, que convence y atrae hasta en puntos en que uno mismo difiere en el criterio.

Y la parte general termina y el libro acaba con dos soberbias descripciones de los accidentes que la pubertad y la menopausia suelen ir acompañadas.

El doctor López Sancho escribió estas páginas con un criterio didáctico para que sus alumnos tuviesen en ellas la base fundamental de su estudio; pero al escribirlas no pudo excluir su personalidad y con ella trazó un libro para estudio y meditación de los profesionales y de los especializados, que no pocas veces se olvidan de que la especialidad sólo puede sostenerse sobre la base de las leyes generales de nuestra organización.

Desde el año 1925 servíanos de consulta el libro, que «puesto al día» forma hoy este primer tomo del Tratado de Ginecología General y Especial, del doctor López Sancho; ha de continuar siendo nuestro inseparable compañero, pues a pesar del gran número de obras que llenan nuestra biblioteca, en pocas encontramos tan gran cantidad de ideas y de juicios acertados.

Esperamos el tomo segundo, que fundadamente creemos ha de ser digno del primero, y entre tanto, cumplimos un deber al dedicar al autor con nuestro respeto, nuestro aplauso sincero; su libro merece más que esto; merece conocerse.—Doctor Horno.

El estreñimiento. Sus peligros. Su tratamiento, por el **Dr. José Sandoval Amorós.** — Un volumen de 112 páginas (18 × 12 centímetros) con 10 figuras en el texto.

Editorial *Chena*.—Madrid. 1931.

En medicina hay un no pequeño número de procesos importantes cuyo origen radica muy especialmente en los errores higiénicos debidos, unas veces al desconocimiento, otras al abandono. El estreñimiento, cuyas perniciosas consecuencias son de todos conocidas, ocupa un primer lugar entre aquellos procesos.

El autor de este librito, escrito muy correcta y claramente, se ha propuesto divulgar entre el público no médico, las causas, los síntomas, las consecuencias del estreñimiento; y como corolario, las normas para evitarlo o tratarlo, que en resumen están vinculadas en una higiene cuidadosa.

En estas obras divulgadoras, el mayor peligro es hacerlo mal. El autor de este librito no sólo evitó el peligro, sino que ha realizado su misión de un modo perfecto. Por ello, no sólo el gran público, sino los mismos médicos

sacarán de su lectura provechosas enseñanzas, pues el autor condensa en su trabajo el fruto de una sabia y dilatada experiencia.

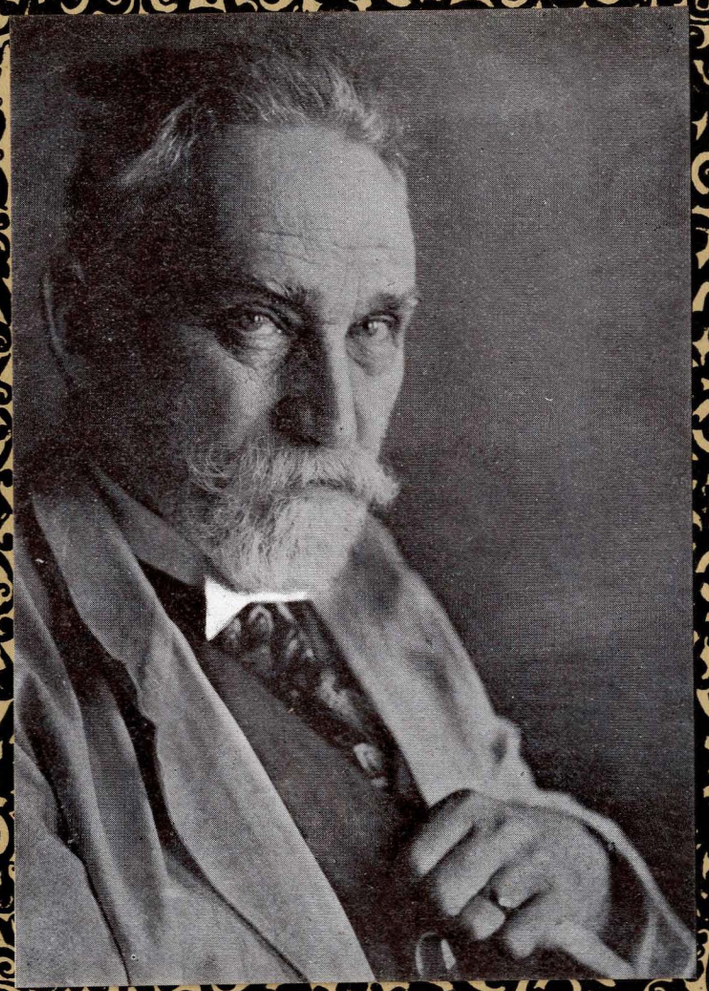
Resulta a nuestro juicio la obra del doctor Sandoval un precioso guía que debieran tener en sus manos todos los educadores. Y por el acierto y la sencillez con que está escrito merece el autor nuestro sincero aplauso.—Doctor Horno.

Medicina y Cirugía de urgencia. Cuestiones de actualidad (Año 1929-1930), por los **Médicos internos de guardia del Hospital Provincial de Madrid,** con un prólogo del **Dr. J. Codina.**—Un volumen de 262 páginas, con grabados.

Editor: *Javier Morata.*—Madrid. 1930.

Comprende el presente volumen una recopilación de artículos de los médicos de guardia del Hospital Provincial de Madrid, todos sobre cuestiones prácticas muy interesantes y expuestas con gran claridad, constituyendo una colección de lecciones muy provechosas destinadas a facilitar el estudio y la práctica a internos y médicos de guardia, muchas veces incompletamente preparados para la difícil misión que han de realizar.

Como dice el doctor Codina, Decano de la Beneficencia Provincial, al prologar el libro: «el médico de guardia, tiene que resolver problemas inquietantes, con extrema rapidez, con verdadera urgencia, en aquel mismo instante en que se ve al enfermo por primera vez; una intensa hemorragia, una perforación intestinal, traumática o no, por no citar más ejemplos, encaminan directamente al enfermo desde el atrio del cuarto de guardia a la sala de operaciones», encontramos acertadísimas estas palabras y esperamos que la clase médica acogerá con simpatía esta publicación.—R. Horno Liria.



PROF. DR. A. FRAENKEL
HEIDELBERG

FIGURAS MÉDICAS
CLÍNICA Y LABORATORIO

PATOLOGIA GENERAL

J. BOTTIN (Lieja). — *La reacción del rojo neutro de Roffo en el diagnóstico del cáncer.* — («Revue Belge des Sciences Médicales»; núm. 9; noviembre de 1930. Bruselas).

Actualmente, todos están de acuerdo en el problema del cáncer, en que la condición primordial para el tratamiento es su diagnóstico precoz. Para ello tenemos dos caminos a seguir: uno, el anatomopatológico, la biopsia, el mejor puesto que nos proporciona todos los datos referentes a la malignidad, tipo del tumor y características histológicas; otro, los métodos serológicos, basados en las profundas y variadísimas modificaciones que presenta el suero de los cancerosos. (Reacciones de Kahn, de Roffo, de Botelho, de Abderhalden, etc.)

El fundamento de la reacción de Roffo consiste en que si añadimos a un cultivo «in vitro» de tejido normal y neoplásico una solución de rojo neutro, las células neoplásicas se dejan impregnar más por el colorante que las células constituyentes del tejido normal.

La técnica es la siguiente: obtenida la sangre del enfermo por punción venosa, se la deja reposar durante veinticuatro horas, pasadas las cuales se centrífuga, recogiéndose 1 c. c. de suero limpio, al cual se le añaden cinco gotas de rojo neutro de Grubler en solución acuosa al 1 por 1.000. Si el suero sigue amarillo, se trata de un sujeto no canceroso; si pasa a rojo, el enfermo es portador de un cáncer. La reacción positiva puede presentar dos grados distintos, siendo el color: rojo débil o anaranjado, y se señala por ++; o francamente rojo, y la reacción se marca por +++; otras veces, los sueros pueden dar una reacción dudosa que se representa por $\pm$; en estos casos basta añadir 1 c. c. de agua destilada y cinco gotas de la solución de rojo neutro para que la reacción se oriente definitivamente en uno u otro sentido, según se trate o no del suero de un canceroso.

El autor, después de pasar revista a las estadísticas presentadas por los autores que más se han ocupado de esta cuestión, las reúne, para dar así en conjunto una visión general de su valor, y resulta, que de más de 1.211 casos de tumores malignos en que esta reacción ha sido estudiada, se ha obtenido un 70,5 por 100 de resultados positivos; y sobre más de 3.807 afecciones no cancerosas, se ha encontrado un 13,4 por 100 de resultados positivos.

La estadística del autor realizada en el laboratorio anatomopatológico y Centro

Anticanceroso de la provincia de Lieja, arroja sobre 140 casos de cáncer: 89 positivos (o sea 63,5 por 100); 50 negativos (35,7 por 100), y uno dudoso (0,7 por 100); y de 140 casos no cancerosos, obtiene: 45 resultados positivos (32,1 por 100), 89 negativos (63,5 por 100) y 6 dudosos (4,3 por 100).

Lo cual le lleva a la conclusión de que para el clínico no tiene valor desde el punto de vista práctico, pues le expone a errores diagnósticos peligrosos, impresión que difiere de la sustentada por los autores argentinos en general, partidarios del valor práctico de la reacción de Roffo.

Estudia luego las causas que influyen sobre el mecanismo de la reacción, pH, lipoides, albúminas, etc., que en general tienen escasa o nula influencia; siendo en cambio importante la alta tensión de la sangre en CO_2 que parece debida a un desequilibrio susceptible de atravesar las membranas inflamadas, y la caquexia llamada cancerosa, en gran parte independiente del tumor primitivo y que proviene de fenómenos tales como la infección, la uremia, la inanición, hemorragias, etc.

Sin poder establecer un paralelismo absoluto entre el estado general del enfermo—canceroso o no—y el signo de la reacción, parece desprenderse que el Roffo positivo coincide con un estado general poco satisfactorio, siendo estos los que dan un mayor porcentaje de resultados positivos.—R. Horno Liria.

MEDICINA GENERAL

L. BARRAQUER FERRE (Barcelona). — *Sobre la lipodistrofia céfalo - torácica. (Síndrome Barraquer-Simons).* — («Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo»; núm. XXIV; 15 noviembre, 1930. Barcelona).

Barraquer Roviralta, con el nombre de atrofia del tejido célulo adiposo, en el año 1906 y 1907 publicó la historia clínica de una joven cuyo curioso síndrome despertó el interés de los clínicos.

Posteriormente la historia de esta enfermedad, con el nombre *lipodistrofia progresiva,* ha sido enriquecida con otras publicaciones.

Simons, en 1911, describió esta enfermedad en un notable trabajo.

Marañón, en 1920, y posteriormente con Blanco Soler y Alvarez Cascos, se ocuparon de esta enfermedad.

José M.ª Pardo publicó en 1924 con el nombre de «*Un caso de enfermedad de Barraquer*», su interesante trabajo.

En aquella publicación hacía notar el autor su primer interés el denominar al síndrome por el propio nombre del primer autor que la descubrió. Lo propio había hecho Marañón y Pende.

René de Saint-Périer, en sus curiosos estudios de Antropología publicó un curioso trabajo.

Marañón y Alvarez Cascos, recientemente, en 1930, en un completo trabajo, proponen la denominación personal de «*síndrome de Barraquer-Simons*», o bien la denominación objetiva de «*lipodistrofia céfalo-torácica*».

Pero la cuestión de su *terminología* tiene realmente relativa importancia.

Los caracteres clínicos de la enfermedad que nos ocupa fueron detenidamente descritos en su segundo trabajo por Barraquer R., haciendo referencia a la enferma de su primera publicación.

Varios otros autores se han ocupado muy provechosamente de la *lipodistrofia,* entre ellos Boissonas, Christiansen, Walter M. Kraus y Rodríguez Arias.

Clínicamente, lo que compone el síndrome es la desaparición de la grasa en el cuerpo, cara y brazos, con la sobrecarga muchas veces, otras la normalidad de ella, en las nalgas, muslos y piernas, caracteres que dan un aspecto tan curioso que llama prontamente la atención al observador.

Las adjuntas fotografías, figuras 1.ª y 2.ª, corresponden a una niña cuyos padres, alarmados por el enflaquecimiento de su cara y cuerpo, decidieron recurrir al consejo médico.

Trátase de una niña de catorce años. Sin ningún antecedente personal que merezca mencionarse aquí. Anamnesis familiar de ningún interés.

Ninguna molestia; juega y tiene la expresión propia de su edad, pero su hábito exterior ligeramente asténico.

Exploración nerviosa, normal; orina, también normal.

Sus padres dicen haber notado principiar el enflaquecimiento de su cara y cuerpo desde hace unos cuatro años.

Llama la atención del presente caso la edad prematura en que se inició el proceso lipodistrófico, el más precoz de los que nosotros hemos visto y entre los cuales no hemos visto un solo hombre.

Marañón refiere haber tratado a dos enfermas con insulina, y es curioso observar cómo sólo a expensas de su mitad inferior del cuerpo que han engordado sus enfermas y por lo tanto naturalmente aumentando la deformidad característica de la enfermedad.

Del citado trabajo tiene especial interés su valor de investigación *anatomopatológica,* que viene a controlar las apreciaciones clínicas, es decir, ausencia casi absoluta de grasa en la mitad superior del cuerpo y presencia de grasa normal o aumentada en la mitad inferior del cuerpo.

Parece ser que se ha podido confundir esta enfermedad con otros estados lipomatósicos, en los cuales la pérdida de la grasa se halla en todo el cuerpo y aun en distribución tal vez atáxica, pero como dice tan acertadamente Marañón. «Acaso patogénicamente puedan reunirse todas estas variedades en un solo grupo, pero clínicamente su diferenciación es muy precisa».

Interesa hacer constar también la diferenciación de este síndrome que nos

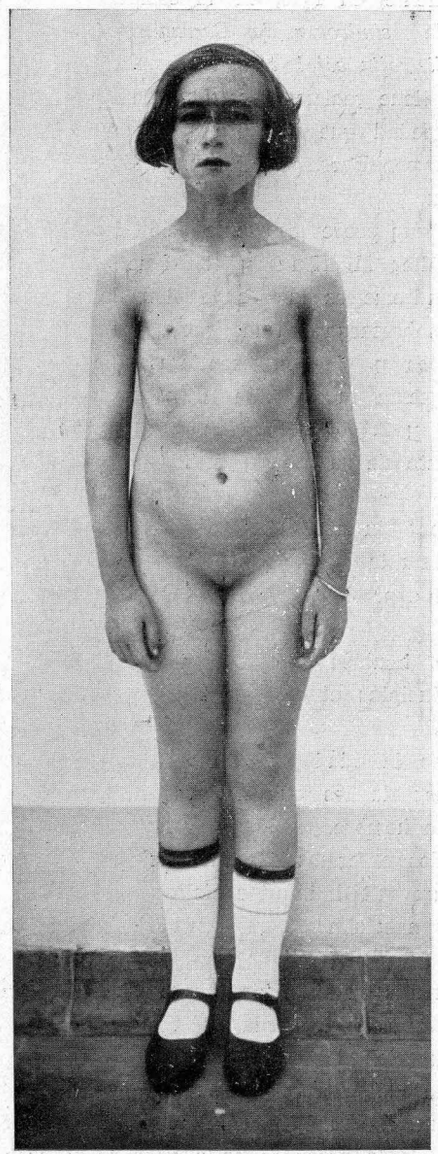


FIGURA 1

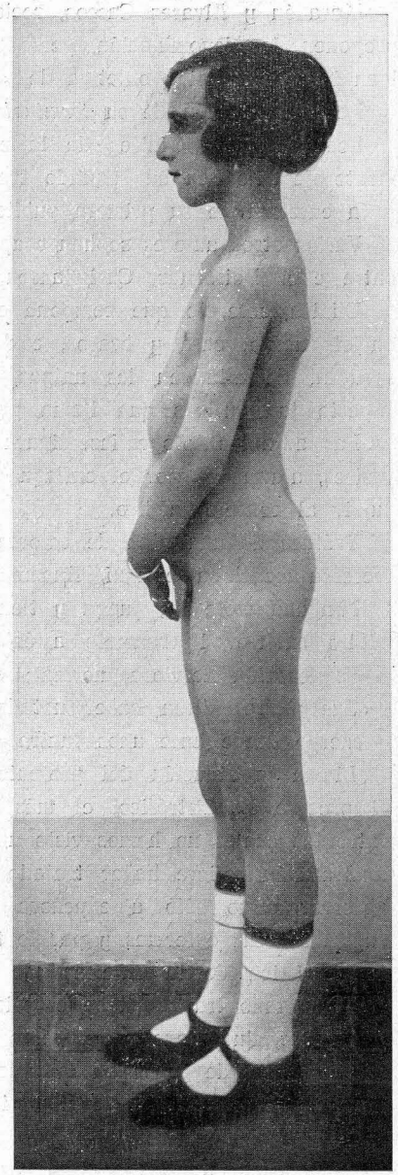


FIGURA 2

ocupa, con la hemiatrofia facial de que han hablado Marbrurg, Huesler y

Wartenberg, también citados en el reciente trabajo de Marañón y Alvarez Cascos.

En primer lugar, la lipodistrofia puede empezar por la cara, y tal vez la posibilidad no constante de aparecer más marcada en una mitad de la cara, pero siempre su distribución, aun desde su comienzo, es más extensa e invade al mismo tiempo al cuerpo, sobre todo al tórax.

En la hemiatrofia facial la atrofia es bien circunscrita y jamás invade otras regiones.

Y ahora vamos a otros datos anatomo-patológicos que creemos deben consignarse por su valor clínico para su *diagnóstico diferencial* y también con seguridad protogénicamente.



FIGURA 3

Por todos los autores es aceptado que en la *lipodistrofia* de *Barraquer-Simons* el proceso distrófico se limita al tejido graso, es decir, en la fusión de la grasa con pérdida lipofílica (Marañón) en su mitad superior del cuerpo, con la conservación o aumento de grasa en la mitad inferior del cuerpo. Y constantemente el proceso distrófico tiene esta misma distribución y jamás invade a otros tejidos.

En la hemiatrofia facial la atrofia puede invadir a otros tejidos, según demostró Barraquer R. en una enferma, en la cual la atrofia interesaba al tejido óseo

expresada por la disminución de densidad ósea y reducción de volumen del malar, y de cuyo trabajo copiamos las figuras 3.ª y 4.ª.

Cierto que la ausencia o disminución de tejidos blandos pueden hacer caer en el error de interpretar la diferencia de diafanidad o grosor de ambos huesos simétricos entre sí, pero para salvar este error se recurre a repetidas pruebas radiográficas.

En cambio, la libertad voluntaria motriz y la investigación eléctrica no se ha comprobado modificada en la hemiatrofia facial al igual que en la lipodistrofia, como ya hizo notar en su clara descripción Barraquer R.

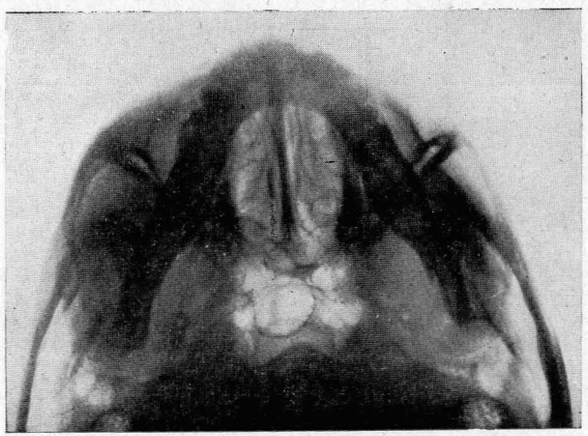


FIGURA 4

Por los actuales conocimientos debemos admitir que la *patogenia* de la lipodistrofia resulta de una colaboración endocrina-nerviosa y vegetativa, y que el proceso actúa sobre una disposición constitucional y en el período de evolución endocrina determinados.

Para Marañón, entre las causas, serían las lesiones de la hipófisis y los estados hipertiroídeos, fundándose en sus propias observaciones, en el hallazgo de un elevado metabolismo basal en alguna de sus enfermas y de una curva glucémica de tipo diabetoide. El propio autor cita el caso de un enfermo de Ziegler, que terminó siendo diabético.

Es curioso observar el hecho que corrobora el proceso actuante inhibidor del poder lipofílico en la mitad superior del cuerpo, como lo demuestra el aumento de peso a expensas de una sobrecarga de grasa en la mitad inferior del cuerpo.—R. HORNO LIRIA.

J. PAVIOT y J. MOULINIER (Lyon). — *Ileus biliar (consideraciones diagnósticas).* — («Le Journal de Médecine de Lyon»; núm. 265; 20 enero, 1931. Lyon).

La oclusión intestinal por cálculo biliar o «íleo biliar» merece ser más conocida por los médicos, pues la mayor parte de las observaciones han sido referidas por los cirujanos como hallazgos operatorios. Por ello es útil que el médico pueda hacer un diagnóstico precoz y causal de una oclusión intestinal por obstáculo situado sobre el intestino delgado al objeto de poder intervenir útilmente.

El diagnóstico tardío tiene su explicación en: el conocimiento imperfecto de esos hechos considerados como más quirúrgicos que médicos; en la esperanza de que la evacuación espontánea será posible, resolviendo el caso felizmente; en la existencia de una forma discontinua de oclusión por grueso cálculo solitario; en la variabilidad del sitio del dolor abdominal que no debe considerarse como prueba de pausas y progresos sucesivos del cálculo (síndrome de Karewski) puesto que basta para explicarlo la movilidad del asa donde el cálculo se ha detenido; en la percepción del cálculo detenido, que es demasiado rara; en signos engañosos como la hemorragia premonitora o malestar en el momento del paso del cálculo a través de la fístula vésico-intestinal; en la frecuente ausencia en estos enfermos, de antecedentes biliares o hepáticos.

Estas nociones conducirían al médico a las conclusiones formuladas por Querru; existe menos riesgo en operar que esperar, y la indicación la da menos un preciso diagnóstico de «íleo biliar» que un conjunto sintomático de oclusión alta sobre el intestino delgado, sobre todo en una mujer y de edad avanzada. — R. CELMA.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRIA

LAFORA y LOPEZ AYDILLO (Madrid). — *El insomnio de la hiperglucemia diabética y prediabética (aglucosúrica).* — («Academia Médico-Quirúrgica». Sesiones del 10 y 17 de noviembre de 1930. Madrid).

Entre los síntomas observados en la diabetes, figura el insomnio; la frecuencia del mismo no debe ser estadísticamente muy grande, pues escasa-

mente se le menciona. Marañón, en su monografía de los estados prediabéticos de 224 casos en que revisa diversos síntomas como poliuria, sed, adelgazamiento, prurito, principalmente vulvar, reumatismo y dolores reumatoides, astenia, etc., no lo cita, siendo probable que estuviese incluído entre los casos de astenia. Noorden escribe acerca de la neurastenia de los diabéticos: «Uno de los síntomas más frecuentes del cuadro de la neurastenia de los diabéticos es el insomnio, que repercute de una manera perjudicial sobre la glucosuria. Después de una noche de insomnio, la orina de la mañana tiene azúcar, aunque el desayuno no tenga hidrocarbonados, mientras que por el día toleran cantidades análogas a las ingeridas por la mañana y no hay glucosuria; resulta de esto que la hiperglucemia influye sobre el sueño y a su vez el insomnio sobre la glucosuria de los diabéticos».

Entre los estados psíquicos de la diabetes se citan los estados depresivos y obsesivos, la irritabilidad, las convulsiones maníacas y las convulsiones epilépticas, pero no el insomnio.

Desde el punto de vista de la neurastenia, el insomnio figura como síntoma constante en la forma llamada irritativa, que tiene como característica la curva elevada de glucemia alimenticia y la intolerancia por los hidratos de carbono; en la forma apática sucede lo contrario; los apáticos están siempre somnolientos, y los irritativos tienen insomnio.

En las enfermedades nerviosas y mentales también es muy frecuente el insomnio, haciendo el doctor Lafora un estudio sobre la regulación de los hidratos de carbono en estas afecciones para establecer una relación entre el metabolismo de los hidratos de carbono y el insomnio, fundándose en un trabajo de Raiter; así en los maníacos depresivos se comprueba hiperglucemia en un 50 por 100 de los casos y a veces glucosurias. En la esquizofrenia hay una regulación normal del azúcar sanguíneo en más de la mitad de los casos; cuando hay alteraciones son de tipos diversos, como hipoglucemias con curvas bajas o glucemias normales con curvas altas o retardadas. En la epilepsia se observa más frecuente la hipoglucemia y a veces hiperglucemia, sobre todo cuando hay trastornos paratiroideos.

Muy interesantes son los hallazgos de glucosurias e hiperglucemia en las afecciones de los ganglios basales del cerebro; fundado en esto y en experiencias en animales, Lewy cree que en el núcleo paraventricular del tercer ventrículo hay un centro de la regulación del azúcar muy próximo al centro del sueño en el suelo del tercer ventrículo.

El doctor Lafora, en colaboración con el doctor Sanz, ha conseguido provocar una glucosuria después de pequeñas lesiones en la parte anterior del infundíbulo en dos gatos, no consiguiendo en otros tres animales el mismo efecto.

Presenta dos casos de enfermos en que es bien manifiesto el insomnio: uno neurasténico con retardo de la curva de glucemia alimenticia e hipertensión, en el que los hipnóticos, reposo mental y tónicos generales no producen más que una mejoría transitoria. Este enfermo no se dejó hacer análisis; vuelve al cabo de dos años y hechos análisis da curva normal con ligero retardo; urea en sangre, orina y reserva alcalina normales. Se instituye un tratamiento de insulina, 20 unidades diarias, y el enfermo después de cuatro meses mejora, duerme mucho mejor y gana en peso; esta mejoría no puede atribuirse a que haya bajado la hipertensión, que es próximamente igual, ni a la hiperglucemia, pues que la curva de glucemia es semejante a la anterior con cifras algo más altas; pero si el insomnio no puede atribuirse a estas causas, sin embargo, el tratamiento insulinario indica que un factor común engendra el insomnio y la hiperglucemia, siendo esto motivo suficiente para que la comunicación del doctor Lafora y Aydillo resulte altamente interesante y de gran actualidad, poniendo en pie un problema de los más complejos. Unos autores creen que la hiperglucemia aumenta el sueño; otros, por el contrario, que produce insomnio, llegando en algunos casos de diabetes a ser el síntoma dominante, que el enfermo se duerme en todos los sitios. ¿Cómo se podría interpretar esto? El tiene la impresión de que la hiperglucemia no tiene la culpa de los trastornos del sueño, no existiendo relación de cantidad; como se ve en el primer caso que refiere el comunicante, que el segundo análisis de sangre dió una curva glucémica de cifras más altas y, sin embargo, el azúcar sanguíneo puede modificarse por la insulina. El otro caso es un insomnio diabético en un enfermo que hacía quince años que había tenido glucosuria, que se corrigió con la insulina. Actualmente, desde el invierno del año 1929, tiene gran insomnio, adelgaza cinco kilos, come poco, mucha sed y orina mucho; la curva de glucemia es: 0,96 en ayunas; 2,30 a la media hora, y 2 gr. a la hora; el dintel renal normal; no hay glucosuria, pero a la hora de tomar 25 gr. de glucosa hay unos ocho gramos en orina. Se le pone insulina, 10 unidades en días alternos, y a la primera inyección duerme como hacía mucho que no dormía.

Dr. Carrasco: En los tratados de diabetes no está claro la relación que puede haber entre el sueño y la hiperglucemia; en un caso suyo, el enfermo dormía mejor con el tratamiento insulínico, siendo debido sin duda a la regulación con el gasto metabólico de los hidratos de carbono.

Dr. Piga: El problema planteado por el doctor Lafora en realidad no se le da la importancia que tiene. El tratamiento del insomnio es uno de los problemas difíciles de resolver, no habiendo medicamento hipnótico y sí una terapéutica hipnótica, pudiendo considerarse como hipnótico la insulina en los casos presentados por el doctor Lafora; no cree en la relación que puede

haber entre el centro del sueño y el centro que regula el metabolismo hidrocarbonado, pues que hay autores que niegan en absoluto que haya tales centros. A pesar de todas las teorías ideadas para explicar el sueño, no se ha llegado a una conclusión; no sabemos su mecanismo. En cuanto al mecanismo del insomnio sí lo sabemos, porque muchos de estos insomnios son debidos a diversos trastornos nerviosos, cardio-vasculares, etc., todos aquellos que producen excitación dan lugar a insomnio; por lo que con los hipnóticos no se conseguirá nada, y sí con aquel tratamiento que se dirija a corregir los trastornos causantes de él.

Dr. Oliver: Opina que existen los centros diencefálicos que regulan el metabolismo de los hidratos de carbono, demostrados por experiencias hechas en animales, y que el doctor Lafora también ha puesto de manifiesto con los dos gatos en los que con picaduras mínimas de cerebro tuvieron glucosuria; hay una cadena vital constituída por el sistema nervioso, hígado y aparato circulatorio, cadena vital que se altera de muy diversos modos, pudiendo conducir algunas de estas alteraciones al insomnio, observándose en muchos enfermos con hiperglucemia y con insomnio, que son hipertiroídeos; sin embargo, no puede tomarse al pie de la letra la fórmula de los americanos de que los hipertiroídeos tienen el metabolismo basal alto y los hipotiroídeos el metabolismo basal bajo.

Insiste en que no se debe aceptar la fórmula de los americanos de hipertiroidismo igual a metabolismo basal alto por varias razones, puesto que hay personas que presentan todo el cuadro clínico del hipertiroidismo y sin embargo el metabolismo se mantiene igual o incluso bajo, no estando el metabolismo basal intervenido sólo por la hormona tiroídea, sino por otros muchos factores, como la cadena vital a que ya hizo referencia, constituída por los centros nerviosos, hígado, páncreas, etc.; se extiende en otras consideraciones, citando la opinión de diversos autores, afirmando que la inyección de adrenalina en individuos con constitución hipertiroídea y sin metabolismo basal elevado puede dar lugar a un aumento excesivo de éste.

Dr. Izquierdo: Está conforme con el doctor Lafora en considerar que existe una relación entre los centros reguladores del metabolismo hidrocarbonado y el del sueño, como lo prueban las curvas glucémicas encontradas en la encefalitis; en cuanto al tratamiento por la insulina del insomnio, unos ceden a la insulina y otros no. El insomnio no se puede considerar sólo debido a la hiperglucemia porque, como ha dicho el doctor Lafora, hay casos en que con curvas altas de glucemia y glucosuria no existe el insomnio, y en otros con curvas casi normales lo hay; estudia la relación entre hiperglucemia e insomnio en maníaco-depresivos y en los acromegálicos, afirmando que en estos últimos son frecuentes las glucosurias; cita el caso de una enferma con

síntomas acromegálicos en que hace tres años se descubrió su glucosuria en ocasión de una fiebre tifoídea, padeciendo un insomnio pertinaz que no cedió con la insulina, no siendo su glucosuria grave, ya que esta enferma hizo un tratamiento irregular, dando curvas de glucemias bajas en oposición con lo que ocurre generalmente en los acromegálicos con glucosurias, en los que las curvas son altas. También cita casos de neurosis diabética, como una enferma con prurito vulvar intenso e insomnio pertinaz, que no se corrigió con la insulina, pero en esta enferma había que considerar una causa de hiperexcitabilidad cerebral, porque estuvo durante un año velando a una parienta que no dormía, sufriendo ella el insomnio desde entonces. Hay que tener presente también la relación con la acidosis, hablándose actualmente muy a la ligera de reserva alcalina normal, sin tener en cuenta en su investigación más que algún factor y no preocupándose de la influencia que pueden tener otros. En los hiperacetónicos al principio hay insomnio; cita como ejemplo el caso de un escritor que al final de su dolencia escribía durante diez y ocho horas, no durmiendo más que tres horas, encontrándose perfectamente bien; este enfermo murió de coma acetónico.

Dr. Planelles: En la comunicación que tan brillantemente ha presentado el doctor Lafora, hay dos puntos esenciales: la relación del centro del sueño con los centros reguladores del metabolismo hidrocarbonado; en los casos expuestos por el comunicante no parece que exista una relación estrecha entre las curvas de glucemia y los casos de insomnio, porque hay insomnios pertinaces con curvas que son muy poco superior a la normal, y otras con hiperglucemias elevadas y glucosurias en los que hay tendencia al sueño. Otro punto a considerar es lo que hace referencia a la acidosis; en muchos enfermos se dice a la ligera que la reserva alcalina es normal, sin parar la atención que con una misma reserva alcalina, por ejemplo, de 0,45 pueden existir todos los grados de alcalosis y acidosis. También hay que tener en cuenta, por lo que se refiere al insomnio, la concentración del ácido carbónico y del oxígeno, habiéndose encontrado durante el sueño cantidades muy pequeñas de oxígeno, pudiendo afirmarse en algunos casos, como el citado por el doctor Izquierdo, que la hiperexcitabilidad cerebral es debida a una hiperventilación.

Dr. Lafora: El objeto de mi comunicación no ha sido sentar que los casos de insomnio fueran debidos siempre a una hiperglucemia, porque todos sabemos que la etiopatogenia del insomnio es uno de los problemas más difíciles de resolver, ni que cedieran con el tratamiento insulínico, sino el llamar la atención sobre esta coincidencia y provocar la discusión para oír otras opiniones, porque yo mismo tengo mis dudas con respecto a la relación que pueda existir entre los centros reguladores del metabolismo hidrocarbonado y el centro del sueño; ahora lo que no cabe duda es que hay casos en que la

insulina modifica, a veces con la primera inyección, el insomnio, incluso en casos antiguos; es interesante investigar cómo actúa la insulina, puesto que en la mayoría de los casos no actúa sobre la curva de glucemia y en algunos, como en uno de los presentados por mí, la curva permanece más elevada y el enfermo duerme desde las primeras inyecciones perfectamente. Hace consideraciones sobre la relación de la acidosis y el insomnio, felicitando al doctor Izquierdo por la manera de enfocar su intervención.—A. N. P. M.

P. HARTENBERG (París). — *Hiperpnea y epilepsia.* — («Bull. et Mem. de la Soc. de Med. de París»; núm. 1; enero, 1931. París).

La hiperpnea o respiración forzada, consiste en repetir quince o veinte veces por minuto inspiraciones profundas seguidas de expiraciones prolongadas. Y tiene el efecto curioso de provocar al cabo de algunos instantes un acceso de tetania artificial.

Esta tetania se atribuye actualmente a una hiperexcitabilidad del sistema nervioso, particularmente a una sinapsis neuro-muscular de la placa motriz, debida a la hiperalcalosis y a la carencia en iones calcio, consecutivas a una excesiva eliminación del CO_2 por la respiración intensiva.

La hiperpnea provoca algunas veces manifestaciones epileptiformes en los comiciales. Pero esta acción epileptógena no puede considerarse como específica; es simplemente la consecuencia de la hiperexcitabilidad del sistema nervioso y no puede representar más que una causa ocasional de naturaleza banal al igual que otras muchas provocadoras de paroxismos comiciales.—Doctor Horno.

CLÍNICA TERAPÉUTICA

R. J. WEISSENBACH y GILBERT-DREYFUS (París). — *Reumatismo articular agudo (Tratamiento por el salicilato de sosa. Generalidades).* — («L'Année Médicale Pratique»; volumen anual en preparación. París, 1931).

R. J. Weissenbach y Perles, han consagrado al tratamiento del reumatismo articular agudo una importante memoria, en la cual están expuestas con todos los detalles útiles, la posología y la forma de administración del salicilato de sosa.

El salicilato de sosa queda como el medicamento verdaderamente específico de la enfermedad de Bouillaud. Lo que necesita para ello es: 1.º prescribir una dosis suficiente, y 2.º, hacerlo tolerar.

1.º Prescribir el salicilato en dosis suficientes es abandonar las dosis clásicas de 4 gramos habitualmente, 10 ó 12 gramos en los casos severos (el Código indica como dosis máxima, la de 12 gramos por veinticuatro horas), para reemplazarlas por dosis cotidianas de 12 a 24 gramos (Krause), 15 a 25 gramos (Danielopolu, Rieux y Zoeller), de 15 a 25 y 30 gramos en el adulto, según la gravedad y la forma de la afección, peso, sexo y edad del sujeto, estado de los grandes aparatos, etc.... (Pilod, Weissenbach y Perlès). La insuficiencia de las dosis explica una gran parte de casos de salicilo-resistencia, y se ha probado que es responsable de determinaciones viscerales.

2.º Para hacer tolerar el medicamento y evitar los accidentes de pequeña y grande intolerancia (alteraciones sensoriales, calambres musculares, astenia, disnea, delirio, alucinaciones, alteraciones del ritmo cardíaco), la mayor parte de las cuales exaltan la acidosis (Langmeed), es preciso añadir al salicilato una dosis doble, en peso, de bicarbonato de sosa (se controla la alcalinización del organismo apreciando la reacción de la orina al tornasol). Es preciso, además, prescribir el salicilato diluído en una cantidad de líquido relativamente grande. Es importante, por último, repartir las dosis, esparcirlas, y no dar demasiada cantidad de una vez; de este modo la acción del medicamento sobre el enfermo es constante, y como ya se sabe se elimina muy rápidamente (el salicilato aparece en la orina cinco o veinte minutos después de la ingestión).

Se formulará, pues:

Salicilato de Na. químicamente puro . . . N. gramos.
Bicarbonato de Na. . . . . 2 N. gramos.
para un paquete núm. X.

A disolver en 500 c. c. u 800 c. c. de agua. A tomar en diez veces, *cada dos horas durante el día y cada tres horas durante la noche.* Cada dosis, medida con un vaso graduado, se absorberá pura, o mejor, adicionada con agua de Vichy, jarabe de frambuesas, jugo de frutas. Inmediatamente después del medicamento tomará el enfermo una taza de the, de café con leche, o de una tisana caliente azucarada.

El médico deberá ingeniarse para variar la presentación del medicamento para adaptarla al gusto del enfermo, tomando como base las precedentes reglas, todo ello tendiendo a aminorar la intolerancia gástrica.

El salicilato no debe jamás prescribirse en sellos (Ségard) ni en poción alcohólica (Danielopolu).

Por otra parte, es preciso distinguir bien en la posología del salicilato la dosis *diaria inicial,* la dosis *óptima,* la dosis *máxima.* Deben éstas variar según diversas eventualidades que estudiamos más adelante. Según los casos, la dosis inicial será inferior o igual a la dosis óptima. La dosis óptima es la que es preciso administrar para obtener la desaparición de los síntomas y

la curación. Ella es variable según los casos y etapas de la afección. Puede determinarse aproximadamente por la eficacia reconocida a esta dosis en un gran número de casos análogos, pero ella no puede fijarse exactamente para un enfermo dado, sino constatando los efectos obtenidos. La dosis máxima es aquella que no se puede sobrepasar sin provocar la intolerancia, entendiéndose que el medicamento ha sido administrado según las reglas resumidas anteriormente. La observación clínica muestra que en la mayor parte de los casos la dosis óptima es en estas condiciones netamente inferior a la dosis máxima.

S. Andrieu, en una revista general, muy documentada, ha expuesto las opiniones y los argumentos de diferentes autores. Sus conclusiones coinciden poco más o menos con las reglas de posología y de administración del medicamento indicadas anteriormente.

H. Grenet, considera por el contrario que «un *tratamiento* salicilatado intensivo es aquel que alcanza los límites de la tolerancia cualquiera que sea la dosis dada» y «no vacila en llegar progresivamente a la dosis máxima que el enfermo puede soportar, sin fijarse otro límite». No sabríamos compartir esta manera de ver ni recomendar este modo de proceder. H. Grenet, no hace, en efecto, ninguna alusión en este artículo a los medios que se han de poner en práctica para hacer tolerar el medicamento, medios que no pueden silenciarse cuando se toma para fijar la dosis diaria de salicilato, el criterio del límite de la tolerancia. Hablar de la intolerancia de un sujeto en una dosis determinada, no significa nada si no se indica al mismo tiempo el modo de administrarla en este caso. Hemos visto varias veces a enfermos que soportan una dosis doble o triple de la que no hubiera sido tolerada administrada de otra forma, cuando les fué administrada según ciertas modalidades. También hemos visto frecuentemente enfermos que han curado, y por tanto que no presentaban ningún signo de intolerancia después de la absorción de una dosis más elevada que aquélla que no tolerarían anteriormente y que sin embargo había sido ineficaz porque era insuficientemente elevada. La intolerancia no indicaba en absoluto, en estos casos, que la dosis útil se había conseguido, sino más bien que el modo de administrarlo era incorrecto. — *(Texto íntegro del artículo).* — R. Horno Liria.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

G. CANUYT (Strasbourg). — *El cáncer de la laringe.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.»; mayo, 1930. París).

Expone el autor la historia de un enfermo afecto de cáncer laríngeo de tipo epitelioma pavimentoso estratificado de globos epidérmicos, tratado por medio de la radioterapia profunda hace nueve años, y cuya curación persiste todavía «siendo absolutamente imposible reconocer—dice—el lado que estuvo enfermo y diferenciarlo del lado sano», de cuyo caso deduce que «es preciso recurrir a la radioterrapia profunda en el cáncer de laringe siempre que se juzgue este tratamiento indicado, sin temor a los accidentes de radionecrosis que pueden y deben ser evitados».

Comentario.—Conocíamos perfectamente la opinión del ilustre profesor de Estrasburgo sobre el tratamiento del cáncer de laringe, tanto por sus interesantes publicaciones cuanto por los datos y referencias que durante nuestra permanencia en su admirable Servicio habíamos tenido ocasión de recoger de sus propios labios. Y de acuerdo con ello sabemos la predilección que tiene por el tratamiento fisioterápico. No podemos por lo tanto sorprendernos de que preconice su empleo.

Pero es el caso que, y como él mismo ha escrito en un notable trabajo publicado en «Archives de Laryngologie», «El tramamiento quirúrgico es, a la hora actual, el mejor tratamiento del cáncer de laringe», «completado por las aplicaciones de radioterapia profunda». No comprendemos, por lo tanto, cómo si la radioterapia ha de ser un tratamiento coadyuvante (y en ello hay que reconocer que Canuyt está de acuerdo con las modernas tendencias), pueda juzgarse indicado *exclusivamente* este agente físico. Y mucho menos se nos alcanza que pueda recomendarse la radioterapia profunda como *único* agente terapéutico en casos que como el que cita, las lesiones invadían toda una hemiglotis.—J. Duerto.

M. SOURDILLE (Nantes). — *Sobre el tratamiento quirúrgico de la otosclerosis.*— (Comunicación a la Sección de Otología de la Real Sociedad de Medicina de Londres; sesión del 2 de mayo de 1930. Londres).

Ocúpase el autor en su interesante trabajo de su método de tratamiento quirúrgico de las otosclerosis, pero lejos de insistir en la técnica que ya ha expuesto en otras ocasiones, trata de justificarla saliendo al paso de las objeciones que se le han hecho, indicando la verdadera finalidad y las ventajas de cada uno de los dos tiempos operatorios de que la intervención consta.

Da cuenta de los resultados lejanos obtenidos en seis casos que, muy resumidamente expone, y termina sentando las siguientes conclusiones:

Quirúrgicamente, este método en dos tiempos da el máximun de seguridad deseable, siendo, por decirlo así, casi nulas las probabilidades de infección del

laberinto. El estado de la fístula laberíntica puede ser controlado en todo momento, y las reintervenciones son posibles y fáciles.

Funcionalmente, suministra la prueba de que, en presencia del blocaje de la ventana oval por el estribo y aun la coexistencia de alteraciones neuro-epiteliales del laberinto membranoso, la realización de otra ventana laberíntica en su vecindad, en particular sobre el arco del canal horizontal, permite la recuperación de una importante parte de la audición. Esta puede ser conservada si se llega a obturar esta ventana artificial por una membraná de caracteres particulares.

La recuperación de la audición parece función de cinco elementos:

1.º El grado de sordera anterior a la operación;

2º. La descompresión de la perilinfa;

3.º La extensión del orificio de trepanación;

4.º El acceso directo al laberinto de las ondas sonoras por este orificio de trepanación; todo obstáculo interpuesto entre la perilinfa y el medio aéreo disminuye la audición;

5.º Esta recuperación toca a la vez a la audición aérea y a la ósea; es marcada sobre todo para los sonidos graves, los más útiles para la comprensión de la voz de conversación.

La conservación de la audición parece depender esencialmente del estado de esta membrana que es preciso interponer entre la perilinfa y el aire exterior para evitar la infección y la destrucción del laberinto.

Esta membrana debe ser epidérmica por fuera, para resistir el contacto del aire y de sus impurezas, y epitelial por dentro, donde queda en contacto con la perilinfa. Debe ser delgada y adherir íntimamente al orificio de trepanación laberíntica de modo que trasmita íntegramente las vibraciones del medio aéreo a la perilinfa.

El método que yo propongo permite realizar estas condiciones fisiológicas. Creo poder llegar próximamente a perfeccionarlo de manera que se disminuyan todavía las causas de fracaso. Si como espero los resultados de mis otros enfermos en tratamiento vienen a confirmar estos primeros trabajos, en cierto modo experimentales, habremos adquirido nuevas y preciosas líneas directrices para nuestra conducta futura frente a estos desgraciados enfermos moral y socialmente atacados, y para los que no se veía más consejo que la inacción, el celibato o la esterilidad voluntaria.

COMENTARIO. — En anteriores trabajos nuestros, nos hemos ocupado con la atención que esta nueva terapéutica de las sorderas merece. Durante nuestra permanencia en Francia, pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios, tuvimos ocasión de ver operar al doctor Sourdille algún caso, así como nos fué dado también poder observar los resultados obtenidos en otro de los

anteriormente por él operados. Así, pues, no hemos de insistir sobre lo ya dicho por nosotros anteriormente (1).

Sin embargo, no hemos de pasar por alto un comentario a propósito de la modestia con que el ilustre otólogo de Nantes justiprecia los éxitos hasta ahora logrados, toda vez que son ya bastante numerosos los casos para que pueda deducirse que se sigue en el terreno experimental. El método de Sourdille, basado en sólidos fundamentos científicos, parece que resiste la mayor prueba que a esta cirugía puede exigirse, cual es la del tiempo. Y siendo así, forzoso es rendirse a la evidencia y admitir que se dispone de un tratamiento contra una enfermedad que hasta el momento estábamos inermes.—J. DUERTO.

G. GOUFAS (Atenas). — *Sobre un caso de laringocele interno e inferior post-sifilítico.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.»; núm. 5; mayo, 1930. París).

Expone el autor la historia clínica de un enfermo afecto de laringocele consecutivo a lesiones sifilíticas del órgano vocal, del cual hace un acabado estudio diagnóstico, estableciendo las características diferenciales con el bocio quístico, la adenitis pretiroídea bacilar, la pericondritis lenta bacilar, el aneurisma mixto arterio-venoso, el divertículo faríngeo-esofágico, el quiste bronquial infra-hioídeo lateral y el pneumatocale profesional simple.

Se extiende a continuación en una serie de consideraciones de orden patogénico y terapéutico, y termina con las siguientes conclusiones:

a) El caso que acabamos de exponer demuestra que en todo laringocele inferior debe practicarse la laringoscopia directa, a fin de descubrir, no sólo un tumor del órgano vocal, sino y sobre todo, una afección crónica de éste, como la sífilis o la tuberculosis.

b) Que en presencia de un proceso morboso sub-glótico crónico de naturaleza dudosa, es preciso proceder siempre a un examen detallado del enfermo, sin descuidar un tratamiento de prueba así como el examen histológico, que darán la clave de diagnóstico e indicarán el tratamiento lógico de la afección causal.—J. DUERTO.

S. VALENTI (Firenze). — *Valor clínico de las pulsaciones del seno transverso.* — («Bolletino delle Malattie dell'Orecchio..., etc.»; mayo, 1930. Firenze).

Empieza el autor su trabajo haciendo algunas reflexiones sobre las dife-

(1) Véanse nuestros artículos de CLÍNICA Y LABORATORIO, marzo, 1930, y «Revista Española y Americana de Laringología», sobre «El Tratamiento quirúrgico de las ótoesclerosis».

rentes teorías sustentadas por cuantos autores han prestado atención a este asunto, y tras de un acertado resumen de la fisiología de la circulación sanguínea, como base fundamental para comprender e interpretar los datos derivados del acto operatorio, termina fundándose en los resultados consignados en la estadística de la Clínica de Oto-rino-laringología de Florencia, sentando las siguientes conclusiones:

1.ª El seno transverso normal, no late.

2.ª El seno transverso late cuando una alteración patológica cualquiera, como sucede en las trombosis, reduce notablemente su elasticidad. La pulsación del seno transverso es indicadora de un profundo trastorno que asienta, ya en el interior del vaso (trombosis total), o bien, y ello es más raro, en sus paredes (trombosis parietal).

3.ª Es posible observar, en algunas ocasiones, un latido aparente, consecutivo a trastornos de periflebitis por la compresión que sobre el seno ejercen, cuyo latido cesa tan pronto como la causa desaparece.

4.ª El movimiento pulsátil es determinado por la transmisión de las pulsaciones de la masa encefálica.

5.ª Algunas veces no late el seno a pesar de estar trombosado, lo cual es debido a que el trombus ha sufrido la fusión purulenta y queda muy blando e inconsistente.—J. DUERTO.

A. PAGANO (Nápoles). — *Consideraciones sobre siete casos de trombo-flebitis del seno lateral y de la yugular interna.* — («Archivio Italiano di Otologia..., etcétera»; fasc. 5.º; mayo, 1930. Florencia).

Describe el autor siete casos de trombo-flebitis del seno lateral y de la yugular interna de origen ótico, a propósito de los cuales se extiende en consideraciones de orden etiológico y patogénico, sintomático y, sobre todo, terapéutico, para hacer resaltar la importancia que una precoz ligadura de la yugular tiene en el tratamiento de estos procesos.

Termina con las siguientes conclusiones:

1.ª No se puede ni se debe sentar una línea de conducta única para todos los casos de trombo-flebitis del seno lateral y de la yugular interna, sino que la conducta del otólogo debe adaptarse a las exigencias de los acontecimientos en cada caso particular.

2.ª La ligadura de la yugular interna se muestra como la intervención más adecuada para dominar un proceso trombo-flebítico difuso, a condición de practicarla muy precozmente.

3.ª Se debe tener presente que en los casos en que el organismo reacciona fuertemente al proceso infeccioso, oponiendo a la difusión barreras naturales

bajo la forma de trombus, puede acaecer que la supuración bloqueada en la luz del vaso se abra nuevas vías a través de las paredes vasales, difundiéndose a los tejidos circunvecinos y originando así flemones periflebíticos muy graves.

COMENTARIO. — Conformes en absoluto con el criterio ecléctico del autor, respecto a la actitud que debe adoptar el otólogo, pues es evidente que no puede seguirse una línea de conducta sistemática que sobre no ser racional no da lugar más que a fracasos, cabe en cambio la discusión respecto a la rotunda afirmación de que la ligadura de la yugular sea *siempre* la sola solución que para atajar el proceso le queda al otólogo.

Ciertamente que la ligadura permite incindir el seno y hacer el legrado sin que haya hemorragia, pero de ello, a pretender que detenga por completo la difusión de los gérmenes y de los productos sépticos, media un abismo, puesto que sobre que para difundirse pueden seguir la vía que le ofrecen los senos de la base del cráneo, puede dar lugar a una hipertensión craneal persistente, resultando no ya inútil al objeto propuesto, sino que incluso peligrosa. Buena prueba de ello son los casos en que la ligadura no ha sido suficiente para atajar los fenómenos pío-hémicos, como lo es también los de curaciones, pese a la difusión séptica por el organismo de los gérmenes oriundos del trombus sinusal con o sin ligadura de la yugular. Nosotros recordamos un caso operado hace cuatro años de un enfermo que padecía una trombo-flebitis, y el cual curó a pesar de no haberle ligado la yugular.

Las estadísticas prueban por otra parte nuestro aserto, mostrando que la proporción de curaciones es sensiblemente la misma con ligadura que sin ella. No cabe, pues, ser sistemático, siendo de extrañar en el trabajo de Pagano el contraste que ofrece su eclecticismo de la primera conclusión, con el exclusivismo de la segunda, tanto más cuanto que este exclusivismo lo es en asunto que, cual el de la ligadura de la yugular en las trombo-flebitis, no está aún dilucidado.—J. DUERTO.

E. CASTERAN (Buenos Aires). — *La laringitis flegmonosa.* — («Revista Médica Latino-Americana»; 1930. Buenos Aires).

Hace el autor en su extenso trabajo un documentado estudio de la laringitis flegmonosa, extendiéndose en atinadas consideraciones de orden anatomo-quirúrgico y anatomo-patológico, para, tras pasar revista a la etiología y patogenia así como a la sintomatología, diagnóstico, complicaciones, pronóstico y tratamiento, y exponer seis interesantes observaciones personales, terminar con las siguientes conclusiones:

La laringitis flegmonosa es una localización infecciosa que ataca tanto a los adultos como a los niños, aunque sea más raro en éstos.

Puede aparecer en el curso tanto de la evolución de las enfermedades infecciosas, especialmente gripe, difteria, escarlatina, tifus y roseola, como también como consecuencia de afecciones localizadas de vecindad, adenoiditis, amigdalitis, etc.

Las lesiones producidas por esta afección se localizan especialmente por orden de frecuencia, en la cara lingual de la epiglotis, en el espacio interaritenoídeo, en el repliegue ariteno-epiglótico, en el vestíbulo de la laringe, la cara externa de las cuerdas vocales, y por último, más rara vez, en el espacio sub-glótico.

El diagnóstico de certeza de la afección sólo es factible por la laringoscopia directa e indirecta, presentando esta última ventajas evidentes.

El diagnóstico por los signos de probabilidad es imposible.

El pronóstico es siempre serio, pues la complicación «síncope-inhibitorio» es siempre de temer, pudiendo terminar rápidamente con la vida del enfermo, auan en los casos que nos parecen más benignos.

El tratamiento de la afección se hará de acuerdo con el estado de la misma y las complicaciones que se presenten durante su evolución.

El tratamiento médico abortivo en la primera etapa hecho a base de higiene local y vacunoterapia, da en muchos casos excelentes resultados.

Establecida la colección purulenta, cualquiera que sea su localización, sólo existe un tratamiento: el drenaje.

El se hará siempre por las vías naturales, utilizando bisturíes laríngeos o mejor el gálvano-cauterio.

En los casos difíciles de abordar por su localización, se facilitará enormemente su intervención utilizando la laringoscopia directa con el laringoscopio de Chevalier Jackson. Esta indicación debe extenderse a los niños.

Las complicaciones disnéicas tendrán fácil remedio en la traqueotomía. En los niños será de rechazar sistemáticamente la intubación, por ser esta intervención de difícil realización en estos casos, y por el peligro que implica en los niños la apertura extemporánea de una colección purulenta, sin ser posible la aspiración del pus de la misma, la cual iría directamente a los pulmones, con todas sus consecuencias.—J. DUERTO.

BENCIOLINI (Venecia). — *El comportamiento del epitelio esofágico en los viejos en relación con la estructura anatómica considerada como asiento del cáncer.*— («Archivio Italiano di Otologia..., etc.»; fasc. 5; mayo, 1930. Torino).

Tras de ocuparse detenidamente en la exposición de las diferentes teorías etiológicas y patogénicas del cáncer en general y de su localización esofágica en particular, expone el autor las investigaciones llevadas a cabo en cuarenta y

cuatro casos, en los que con el fin de señalar la posible y eventual desviación maligna, ha hecho el examen histológico y de la estructura anatómica del epitelio esofágico humano, resumiendo sus trabajos en las siguientes conclusiones:

1.ª Es innegable que durante la deglución la morfología del tubo esofágico favorece por su estructura la atricción mecánica de la mucosa.

2.ª Mientras en gran parte de los casos el epitelio de revestimiento permanece indiferente a este estímulo, en algunos pocos demuestra una cierta capacidad reactiva.

3.ª La reacción siempre módica se manifiesta bajo diferentes aspectos, probablemente en relación con la intensidad del estímulo: del espesamiento hemogéneo y la paquidermia, a la infiltración celular y una evidente vivacidad del estrato basal con tendencia a llegar a través de la membrana basal, á la submucosa.

4.ª La ausencia de una verdadera y propia actividad celular *desordenada,* y la de elementos neoformados con caracteres francamente neoplásicos, no autorizan a pensar en que las pequeñas desviaciones observadas en el epitelio representen una orientación precancerosa: los tejidos vecinos de las estenosis anatómicas no muestran más que signos de simple flogosis por causas más o menos continuas.—J. DUERTO.

RAYOS X RÁDIUM

IRIGARAY e IPARRAGUIRRE (San Sebastián). — *El rádium en el tratamiento del cáncer.* — («Guipúzcoa Médica»; núm. 176; enero, 1931. San Sebastián).

Basados en una estadística personal, si no muy numerosa, sí muy cuidadosamente observada, los autores estudian primero los fundamentos físico-químicos de las radiaciones sobre las células, así como los fundamentos biológicos.

Analizan después las radiaciones de las sustancias radiactivas y las de los rayos X para exponer las ventajas de las primeras. Presentan los fundamentos de su actuación terapéutica y la técnica de Nabías, por ellos seguida, que según sus propias palabras ha sido aplicada en la forma siguiente:

En los cancerosos de piel, aplicaciones de rádium en superficie mediante pasta de Colombia y en rádium puntura si se trataba de epiteliomas vegetantes, calculando la dosis por el número de m. c. d.

En los cánceres de mama, previa roentgenterapia de región axilar, subclavicular y mamaria interna, aplicación de rádium en superficie en el sitio de la lesión *a tres centímetros de distancia.*

En los cánceres uterinos irradiación previa de parametrios por anchas puertas de entrada, dos anteriores y dos posteriores; a los tres días, rádium intrauterino y vaginal por medio de sonda y pesario, dando en total 45 m. c. d.; si el orificio del cuello permanece cerrado por la lesión, se hace una aplicación en superficie y generalmente a los cinco días ya puede hacerse penetrar la sonda porta rádium completándose la aplicación: la dosis röentgenterápica la dan en ocho días, y la dosis radiactiva en este mismo período.

Los linfosarcomas, sarcomas, linfocitomas, así como las metástasis ganglionares, las tratan con rádium.

Los cánceres de recto, unas veces los tratan por röntgenterapia pélvica y sonda porta-rádium en el sitio de la lesión; otras por röntgenterapia y radiopuntura. Los ano-rectales, por aplicaciones en superficie.

Durante el tratamiento inyectan a los enfermos, preparados de arsénico, iodo, extracto de hígado, etc.

Los resultados estadísticos son halagadores; precisa como es lógico que el tiempo transcurra para poder sacar consecuencias reales. Sin embargo, no podemos aceptar el criterio de irradiar siempre, aunque así lo sostengan otros autores, porque la cirugía sigue siendo, en tiempo oportuno, el recurso ideal del tratamiento de muchos cánceres.

En un trabajo de conjunto como es el presentado por Irigaray e Iparraguirre, no puede hacerse más que sentar ideas y hechos en general; y los autores lo hacen muy acertadamente.—Doctor Horno.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

E. DE GREGORIO (Zaragoza). — *La alergia cutánea en Dermatología. Su comprobación, interpretación y valor diagnóstico.* — («Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía»; núm. 62; enero, 1931. Madrid).

En este trabajo, muy documentado e ilustrado, el doctor De Gregorio llega a sentar las conclusiones siguientes:

I.—Las intradermo-reacciones de Ito, Bruck y Frei, prueban un estado alérgico en el chancro blando, blenorragia y linfogranulomatosis inguinal subaguda respectivamente.

II.—La comprobación de esta alergia cutánea es de fácil realización y de gran utilidad en el diagnóstico de estas enfermedades.

III.—La intradermo-reacción de Ito, hoy perfectamente estudiada, es específica del chancro blando y bubón venéreo, y prueba que la alergia producida por su germen productor dura bastantes años después de curada la enfermedad.

IV.—En la blenorragia la intradermo-reacción de Bruck es específica de esta enfermedad, pero no útil en el diagnóstico, por no ser constante en su intensidad, muy variable, de difícil interpretación y nula en gran número de ocasiones.

V.—La intradermo-reacción de Frei facilita y ayuda considerablemente la realización del diagnóstico de la linfogranulomatosis inguinal sub-aguda, tiene un valor absoluto cuando es de gran intensidad; por el contrario, las reacciones menos positivas y hasta dudosas, por presentarse en enfermos con procesos ganglionares sifilíticos y venéreos, hacen perder valor a esta reacción y exige cautela su exacta interpretación.—Doctor Horno.

R. DE BLASIO (París). — *Sobre la probable acción del ultravirus tuberculoso en la etio-patogenia del eritema indurado de Bazín.* — («Rinascenza Medica»; número 2; 15 enero, 1931. Nápoli).

De sus experiencias de inoculación a los cobayos, el autor cree poder afirmar que la sangre de los enfermos atacados de eritema indurado de Bazín no contiene bacilos tuberculosos patógenos, cuya virulencia sea normal, pero sí un bacilo ácido-resistente cuya acción sobre el cobayo es casi análoga a la del ultravirus tuberculoso. Por ello el doctor De Blasio cree que como las tubercúlides, el eritema indurado es debido al ultravirus tuberculoso que llega a la piel a través de la vía hemática.—Doctor Horno.

CIRUGÍA GENERAL

G. KOVACS (Budapest). — *La importancia del omento en la nutrición del canal intestinal.* — («Rinascenza Medica»; núm. 2; 15 enero, 1931. Nápoli).

En una serie de experiencias sobre animales, el autor ha estudiado las condiciones que hacen posible la necrosis de una parte de intestino de la que se ha separado el epiplón. Este estudio tiene una importancia práctica considerable, puesto que dadas las alteraciones circulatorias de los vasos del mesenterio durante una operación, es extremadamente difícil poder establecer si el asa intestinal correspondiente es aún capaz de vivir.

El autor deduce, por comprobación experimental, que el mejor método es ejecutar la operación en varios tiempos a fin de que la circulación colateral pueda establecerse.—Doctor Horno.

M. ROEDERER (París). — *Algunos casos de traumatismos vertebrales.* — («Bull. et Mém. de la Soc. de Med. de París»; núm. 1; enero, 1931. París).

En este trabajo, Rœderer vuelve a insistir sobre la cuestión de las secuelas

de los traumatismos raquídeos, tan bien tratadas por él en su comunicación al Congreso de Cirugía de octubre último.

Analiza algunos casos interesantes: uno de fractura desconocida; otro, un Kummel-Verneuil; y un tercero en el cual la radiografía de perfil (hecha en razón de los dolores sobrevenidos tras un esfuerzo), demuestra la calcificación de un núcleo pulposo desplazado hacia adelante.

En otro traumatismo reciente en un adolescente, el autor ha logrado demostrar que se trataba de una anomalía preexistente, probablemente de naturaleza congestiva.

Rœderer insiste sobre la forma del Kummel-Verneuil larvado, sin etapas clásicas, que radiológicamente sólo muestra un encajamiento de las vértebras sin que éstas se hallen deformadas.

Y el autor se pregunta, si en el adolescente, el traumatismo obrando por reacción sobre los discos, no podría incluirse entre las causas etiológicas de la cifosis esencial.—Doctor Horno.

TERAPÉUTICA APLICADA

T. MARTINEZ FRAILE (Barcelona). — *Observaciones clínicas sobre el Arcanol.*

En los primeros días del mes de julio del año pasado se declaró en la Sala de Cirugía de Niños, que dirige mi querido maestro el profesor Martínez Vargas, una epidemia de anginas malignas con cuadro febril elevado, disfagia intensa, etc., etc., y teniendo ya alguna experiencia personal del producto que prepara la casa «Schering» con el nombre de «Arcanol», decidí usarlo para afianzar más mi criterio sobre la eficacia del preparado, utilizándolo solamente en la mitad de los casos, y observé que, efectivamente, en los casos en que utilicé el «Arcanol», fué cuestión de horas tan sólo, en algunos de ellos, para notar excelentes mejorías. Utilicé dosis de una o dos pastillas fragmentadas, en los niños de cinco años.

Conviene tener la precaución de hacerlo tomar junto con alimento o agua bicarbonatada, por las molestias que en algunos estómagos sensibles llega a producir. En los casos más rebeldes, a las veinticuatro horas se notaban sus efectos, pues descendía la temperatura, desaparecía la disfagia, indicando los mismos niños la sudación que las pastillas les producía; cualidades que hace muy beneficiosa la acción del medicamento.

En los casos que no utilicé el «Arcanol», vi que el cuadro clínico empeoraba, hasta que lo utilicé y observé las mismas mejorías que en los casos anteriores.

El preparado «Arcanol» lo considero, pues, como un buen auxiliar del médico, por su magnífica combinación de ácido acetilsalicílico y novatophan,

asociación medicamentosa que le da propiedades antiflogísticas, antipiréticas y antiinfecciosas.—A.

P. L. DROUET (Nancy). — *El tratamiento de la enfermedad de Durhing.*

La dermatitis de Durhing fué individualizada por dicho autor en 1884, bajo el nombre de dermatitis herpetiforme.

Confundida con el pénfigo crónico y el eritema multiforme por la escuela de Viena, fué llamada, por los antiguos autores franceses, pénfigo de pequeñas burbujas o pénfigo pruriginoso. Los ingleses, después de T. y C. Fox, prefieren el nombre de hidroherpetiforme.

Para Brocq, que ha hecho un estudio profundo de esta cuestión, tal enfermedad es bien distinta del pénfigo, estando la erupción lejos de ser siempre herpetiforme. Ha ampliado el cuadro propuesto por Durhing y creado un grupo de dermatosis polimorfas dolorosas, que comprende numerosas formas y variedades. Su manera de ver ha sido adoptada por todos.

Cuatro caracteres clínicos individualizan la dermatitis de Durhing: el polimorfismo de la erupción, los fenómenos dolorosos habitualmente muy acentuados, la conservación de un buen estado general y la tendencia a las recidivas.

La erupción es polimorfa y se presenta bajo aspectos muy variados. Está formada de placas eritematosas, de pápulas, de vesículas, de burbujas y a veces de pústulas.

La erupción procede por el aumento de tamaño de los elementos primitivos y por la producción de nuevos elementos, que aparecen en pequeño número, cada dos o tres días o por fuertes brotes cada cinco o diez días. Pero la duración de los elementos es limitada y a la vez se hallan elementos de las más variadas épocas.

En general la erupción afecta una simetría muy marcada, atacando principalmente los miembros inferiores, las caderas, el pecho, después tiende a cubrir el cuerpo entero con excepción de las palmas de las manos y las plantas de los pies. En casi la mitad de los casos, la mucosa bucal está invadida.

Los fenómenos dolorosos son uno de los caracteres fundamentales de la dermatitis de Durhing. Consisten en sensación de prurito, de quemadura, de dolor agudo. Pueden preceder algunos días a la erupción, pero siempre acompañan a cada brote y se exacerban por la tarde y por la noche.

El estado general, a pesar de las lesiones cutáneas tan extensas, a pesar del prurito y el insomnio, está perfectamente conservado. La evolución es variable. El ataque dura de seis semanas a tres meses, a veces un año. Yendo seguido de una calma, después sobreviene un nuevo ataque y así continúa con plazos variados.

A veces la enfermedad se prolonga hasta la muerte, que raramente es

producida por esta dermatitis, pero sí de una afección intercurrente. Por lo tanto, si la dermatitis de Durhing—dice Darier en su manual de Dermatología—merece ser declarada muy grave, es más bien por su larga duración, por los sufrimientos que ella occasiona, por la interrupción de la vida social que ella impone, que por lo que afecta a las funciones vitales.

Anque rara de una manera absoluta, la dermatitis de Durhing es, sin embargo, la más común de las dermatosis con burbujas. Parece se halla más extendida en Inglaterra y en América. Se la observa en los niños, en los adolescentes, en la edad madura y en la vejez, por igual en los dos sexos.

La etiología es desconocida; se achaca al estado neuropático, al agotamiento, las emociones morales, las intoxicaciones alimenticias o medicamentosas. La enfermedad no es de ninguna manera contagiosa ni inoculable.

Dos hipótesis principales reúnen a la mayoría de los autores. Para unos, las toxinas endógenas o exógenas, microbianas u otras, actuarían sobre el sistema nervioso para producir el prurito y la erupción. Para otros, la eosinofilia que, en esta enfermedad existe a la vez en la sangre y en las lesiones cutáneas, probaría su origen hematógeno, siendo atacada probablemente en primer lugar la médula ósea.

El tratamiento clásico es un tratamiento local protector de las burbujas y la autohematoterapia.

En la reunión dermatológica de Nancy del 14 de diciembre de 1929, Mr. P. L. Drouet presentó la observación de un niño de quince meses atacado de dermatitis de Durhing.

Ante la imposibilidad de la autohemoterapia, ensayó la heterohemoterapia con sangre de la madre, sin resultado. Después, inyectó el líquido de una burbuja cada dos días. Con cinco inyecciones, la erupción se atenuó y desapareció cuando añadió la administración por vía oral de la Peptalmine. En un mes desapareció la dermatitis, y al cabo de un año el niño no había tenido recidivas.

De esta observación, el autor cree se desprende claramente que la enfermedad tiene relación con los trastornos gastro-intestinales y quizá más seguramente con los fenómenos de sensibilización, puesto que una terapéutica de choc seguida de la absorción de sustancias llamadas desensibilizantes hizo desaparecer las lesiones.

Es, pues, necesario retener que además de la autohemoterapia en la enfermedad de Durhing, la medicación por la Peptalmine puede producir la curación e impedir las recidivas.—A.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE ALGUNOS CASOS DE DELIRIO DE CELOS

POR EL

DR. A. VALLEJO NÁJERA

Académico C. de la Nacional de Medicina - Director del Sanatorio Psiquiátrico de San José (Ciempozuelos)

MADRID

La penuria casuística de paranoia pura de Kraepelin estimula a los psiquiatras a seguir la recomendación de Neisser y analizar cuantos casos puedan encajar en el concepto formulado por el profesor de Munich.

No hemos de hacer la historia de la paranoia anterior a Kraepelin, porque en realidad nada nos ilustra sobre el problema. El mismo Kraepelin, en las sucesivas ediciones de su magistral obra, ha modificado paulatinamente el concepto de la enfermedad, habiendo de atenernos al formulado en la edición octava (1915). Nos dice el tantas veces mencionado autor, que la paranoia es *«una psicosis caracterizada por el desarrollo de un sistema delirante crónico e incontrovertible, de evolución lenta, producto de causas endógenas, pero conservándose la perfecta lucidez y la normalidad de la ideación, de la voluntad y de la actividad, a todo lo cual suele unirse una radical transformación de las ideas sobre la vida.»*

Los síntomas de la paranoia son muy pobres fuera del sistema delirante, puesto que se conservan normales la comprensión, la percepción y la memoria, cuando no están influídas por el delirio. Las alucinaciones no encajan en el cuadro de la paranoia; su existencia es suficiente para declarar el caso impuro. En cambio juegan importante papel las alucinaciones mnésicas, que incrementan y mantienen el delirio unidas a las paramnesias y vivencias

oníricas. También alimentan las ideas delirantes, la interpretación sobrenatural de los fenómenos naturales y las supersticiones.

Rozando, como estamos, la génesis del deli[rio] hemos de indicar algo acerca del delirio de alusión o de auto-referencia, [co]nsistente, como es sabido, en relacionar con el dolor y bienestar propios los acontecimientos del medio y las impresiones recogidas del mundo externo. Situado el paciente en el punto central de su medio ambiente, supone que el último tiene fija en él la atención, se preocupa de él en todo momento y ocasión, por lo cual, nada de lo que ocurre a su alrededor es indiferente o casual, sino que tiene una relación profunda con su persona. Las falsas relaciones que el enfermo establece con el medio ambiente, y la incapacidad para separar lo que es producto de la realidad y de la fantasía, determinan la construcción paulatina de un sistema delirante, polarizado casi siempre, en virtud de su origen, en el sentido de una hipertrofia de la personalidad y perjuicios causados.

El delirio paranoico verdaderamente kraepeliniano ha de hallarse sistematizado regularmente, ha de experimentar incesante elaboración psíquica, ser coherente intrínsecamente, sin ofrecer grandes contradicciones. Pueden darse todas estas condiciones, en primer término, porque el paranoico se forja una idea del mundo adaptada a su uso particular; y en segundo lugar, porque la refutación interna de las objeciones que continuamente le ofrece la realidad, conduce a que el delirio se transforme en un elemento de la personalidad psíquica.

Es inútil cuanto intento se haga de convencer al paranoico del error en que vive: precisamente se ha considerado la inmutabilidad de las ideas delirantes como un carácter específico de la paranoia. Concede el paranoico de buena gana que carece de pruebas, o que éstas son insuficientes para mantener las afirmaciones que hace, pero aunque flaquee en algún momento, no tarda en estar firmemente convencido de la realidad de sus ideas delirantes, posiblemente como resultado del rudo combate que ha entablado consigo mismo.

Las oscilaciones del equilibrio afectivo no son propias del cuadro de la paranoia, pero en su patogenia desempeñan cierto papel los complejos afectivos. Compréndese que el humor del paranoico dependerá del color de las ideas delirantes y oscilará con las variaciones de las últimas, puesto que, en último término, nada separa las representaciones y vivencias del paranoico de los temores, deseos y esperanzas del individuo sano, experimentando ambos idéntica sensación de inseguridad y anhelo de felicidad.

Conocidos los caracteres fundamentales de la paranoia, hemos de suponer que la conducta y los actos del paranoico no deben separarse de la normalidad mientras no se rocen sus complejos delirantes. Sin embargo, observamos que aunque el paranoico se desenvuelve perfectamente en la vida práctica y está

dotado de suficiente capacidad profesional, suele acontecer que llama la atención por sus extravagancias, por su orgullo, por su carácter. La sobrevaloración de la personalidad llévale, además, a empresas fuera del alcance de su inteligencia.

El paranoico vive su vida [a]rmentado por las representaciones delirantes, hasta que la enorme tensión afe[c]iva le impulsa a cometer un delito, casi siempre de sangre.

Expuestas las características de la paranoia, según el concepto kraepeliniano, vamos a examinar unos cuantos casos, con objeto de ver si encontramos alguno puro que permita mantener el indicado concepto.

CASO PRIMERO

Trátase de un guardia civil, de treinta años de edad, casado. Está procesado por insulto de obra a superior. Abstemio. Ha estado preocupado una temporada por una antigua sífilis. Voluntario en el Ejército, pasó a la G. C. con notas irreprochables.

Cualidades temperamentales

Psicoestesia: susceptible, hipersensible. — *Diatesia:* malhumorado. — *Tempo psíquico:* retardado. — *Psicomotilidad:* arrebatado, tímido. — *Posición ante la sociedad:* quejoso, reservado, huraño. — *Diagnóstico del temperamento:* hiperestésico de matiz paranoide.

Instintos: a) De *crueldad:* sumisión servil a los fuertes, brutal, tendencia a las tiranías física y psíquica. Deseo de poder, resentimiento; b) *Sexual:* Desarrollo precoz, inhibición débil, mediana apetencia, pudor. Tendencia a la masturbación, frecuente y prematura; c) De *defensa:* Asustadizo, cobarde. d) De *conservación:* Sentimientos materialistas. Tolerancia para el hambre y la sed. Tendencia al ahorro.

Comportamiento social: Egoísta, envidioso, tendencia a la calumnia, inconstante, colérico. Ininfluenciable, obstinado. Subordinado a la fuerza. Malquisto. Pérdida del sentimiento familiar. Muy religioso; sin ideas políticas; odia la música.

Desarrollo del delirio y contenido delirante (datos autobiográficos)

Se casa con antigua vecina, de la que estuvo enamorado en la pubertad, con la idea de tener hijos y fundar una familia. Se encuentra obligado a compartir su pabellón con un compañero «ensoberbecido por la protección que le dispensaba el Primer Jefe». Por pequeñas cosas mantienen frecuentes disputas, creyéndose siempre perjudicado en los gastos que hacen a medias. Con motivo del Carnaval organizan un baile los guardias e invitan a los recién casados. El enfermo no sabe bailar y renuncia; la mujer baila forzadamente con dos o tres guardias. La condescendencia de

la esposa le disgusta y la ordena que se acueste, pues de pronto recuerda que en un baile anterior se criticó mucho la conducta de la mujer de uno de los guardias. La esposa, criada en el campo, es analfabeta e inculta; se produce con expresiones y acento cuya fealdad resalta más entre los norteños, por cuyos motivos le previno que no hablase demasiado en las reuniones de la vecindad. Se le tenía por celoso, pero él no lo era, sino que temía las críticas.

Un altercado con el compañero de pabellón motivó el cambio de destino de ambos: «pero el otro iba a un puesto bueno y yo a uno malo». En el puesto nuevo «quise vivir en armonía con todos. Sabía que procurarían perjudicarme, pero confiaba en mi buena voluntad y constancia, poniendo todas mis atenciones en el cumplimiento de mi deber».

En enero de 1927, oye decir a su mujer durante la comida: «ese tío qué mala sombra tiene», refiriéndose a un cabo que al parecer la cortejaba. A mediados del mes siguiente, se despierta una noche en el momento que su esposa vuelve del pasillo; tranquiliza sus celos diciéndole que viene del retrete. Quince días más tarde, en el momento de acostarse, comprueba que su mujer tiené destrozadas las ropas interiores, despertándole sospechas que la participa; pero ella llora desconsoladamente y no puede arrancarle una palabra. A partir de este momento, al no lograr la confesión del adulterio, se preocupa, pierde el apetito, permanece unos días «como dislocado», sin darse cuenta de lo que ocurría, alimentándose de un poco de leche y sopa. Vigila y somete a repetidos interrogatorios a la esposa, sin lograr la confesión. Un día observa, al fin, una señal evidente de adulterio; sería una coincidencia, pero suficientemente demostrativa para ponerse en guardia. En ocasión de estar su mujer de visita en una casa, pudo advertir que el cabo «se arregló» y salió a la calle, pasando por delante de la casa en que ella estaba de visita; poco tiempo después regresaba su mujer al pabellón: coincidencia sospechosa. Llevaba unas cuantas noches sin dormir, cavilando y sin poder comprobar sus suposiciones; pero decidido a averiguar la verdad, un esfuerzo de voluntad le permitió permanecer vigilante, aunque disimuló y se hizo el dormido. De madrugada oye pasos en la puerta del dormitorio, pero conserva la necesaria sangre fría y se finge dormido para sorprender al adúltero en flagrante delito: «pero mi sueño no lo fingí como debía haberlo fingido y los amantes se dieron cuenta». Sintió que los pasos se retiraban, sin duda por haberle hecho una señal convenida y, enfurecido, cogió una pistola, empuñando la cual salió al pasillo, oyendo cómo el cabo—supuesto amante—bajaba la escalera y el portazo que dió al encerrarse en su casa. No puede precisar los detalles de lo ocurrido después; sabe que amenazó e insultó al cabo, que intentó agredirlo.

La mujer no era mala, sino tonta e infeliz; la envolvería la malicia de las personas que habitaban el cuartel. La existencia de las relaciones adúlteras era conocida de todos los compañeros del cuartel y de sus esposas, que le tosían para darle a entender la infidelidad de su mujer. La lucha que consigo mismo traía y las negativas y llanto de su mujer, le hacían la vida imposible. Le ha ocurrido levantarse varias noches de la cama, sin darse cuenta, hasta que el frío, algún choque con la pared, o las llamadas de su esposa le volvían a la realidad.

Las ideas delirantes permanecen inmutables desde que comenzó nuestra observación, sin posibilidad de convencerle, no obstante lo equivocado de sus sospechas e injustificados celos, según resulta de las declaraciones prestadas en el sumario.

En la Clínica le observamos que habla en alta voz mientras trabaja, suponiendo que padece alucinaciones, que niega. Las interpretaciones delirantes son continuas y motivo de altercados con los compañeros. Estos le aluden constantemente con sus gestos y toses, en el comedor le llaman c....; ha agredido a otro enfermo en ocasión de jugar al dominó por haber creído que aludía a su desgracia conyugal. Otro día intenta golpear a un compañero con un azadón por creer le ha insultado. Cuando tose el Hermano enfermero, le llama c.... y le indica que la Iglesia perdona. Una reyerta grave con otro enfermo nos obliga a solicitar su ingreso en la Clínica de presos. Hemos encontrado a este enfermo hace pocos meses, goza de libertad, su delirio

persiste inmutable, con frecuencia es despedido de las obras en que trabaja, sin duda por sus altercados.

Comentarios al caso I

No podemos decir que en este caso exista un delirio endógeno, crónico, sistemático y progresivo, pues apareció y se desarrolló muy rápidamente, como reacción a vivencias desagradables.

Las ideas delirantes se han concretado en un delirio de celos, pero teniendo en cuenta su génesis, vemos que se trata de una reacción paranoide. Primeramente, envidioso de la prosperidad económica e influencia de su compañero de pabellón, le arma camorra, le tacha de beneficiarse a su costa y termina por denunciarle a los superiores. Está avergonzado de la incultura de su esposa, de la inferioridad que en todos los aspectos muestra frente a otras mujeres del círculo de sus amistades, y de ello brotan unos celos injustificados, en que simboliza que la mujer no es digna de él. Surge ahora un odio a su mujer, que no ha de amortiguar la cárcel, el hospital, ni el manicomio.

El delirio no se consolida por no surgir de causas endógenas; por eso no se preocupa de aportar pruebas que armonicen la realidad con sus ideas delirantes. Unas frases de su mujer, el destrozo que se figura de las ropas interiores y los pasos que cree oír, provocan una reacción que termina con la agresión al cabo. No estamos ante un paranoico que espía, observa, relaciona hechos, acumula datos, reúne «pruebas morales»; en nuestro caso la reacción es inmediata, brusca, brutal; no existe deformación de la realidad, sino protesta contra ella, intentos de compensar la propia inferioridad, tratando de imponer su personalidad por la fuerza.

Las alucinaciones eliminan este caso del cuadro de la paranoia kraepeliniana y lo desplazan hacia la parafrenia, donde hemos de incluirle, al menos provisionalmente, hasta que aparezcan la disgregación de la personalidad y una perturbación de la inteligencia. Claro está que tal eliminación se produce dentro de una rigurosa ortodoxia de escuela, pues son muchos los autores que no se adhieren a la opinión de Kraepelin y nos hablan de formas alucinatorias de la paranoia crónica (Binswanger, Siemerling) y de alucinaciones en la paranoia (Mayer). Tampoco creemos que este caso sea semejante a los descritos por Albrecht, de delirio pleitista de comienzo alucinatorio que luego siguen un curso semejante al del delirio paranoico. Aun admitiendo el diagnóstico provisional de parafrenia, ha de tenerse presente que nos hallamos ante un oligrofrénico con rasgos psicopáticos paranoides.

En el terreno psicopatológico tiene interés este caso por confirmar la opinión de Klages de que en la producción de las reacciones paranoides juega

un papel muy importante la sobreestimación de la propia personalidad unida a una inferioridad material o psíquica que sumen al individuo en una situación que le imposibilita de alcanzar sus aspiraciones.

CASO SEGUNDO

Trátase de un sargento de inválidos, de treinta y ocho años de edad, internado en un pabellón del Sanatorio. Cuando lo observamos estaba procesado por maltratar de obra a su esposa. Estudió la carrera de maestro, luchando con las dificultades dimanadas de su escasa memoria, pero su firme voluntad se impuso y logró terminarla a la edad de diez y siete años.

La exploración mental la hacemos con dificultades; no muestra interés por resolver los tests; muéstrase despectivo ante un examen que le parece que implica un rebajamiento de su personalidad y sabiduría. No alcanza el coeficiente mínimo para adultos de Yerkes.

El afecto fundamental polarizado en odio y deseo de venganza de la mujer; valencias afectivas de despecho, rencor, envidia y venganza.

Exaltado concepto de la personalidad.

Cualidades temperamentales

Psicoestesia: hipersensible (silencioso, susceptible, colérico).

Tempo psíquico: acelerado.

Psico-motilidad: desigual (arrebatado, tímido, taciturno).

Posición ante la sociedad: reservado, pasivo.

Diagnóstico del temperamento: hiperestésico con rasgos paranoides.

Instintos: a) *Sexual:* Débilmente desarrollado, tendencia a la eyaculación prematura, impotencia psíquica; afirma no haberse masturbado. Primeros destellos e iniciación del apetito sexual a la edad de diez y siete años. Posibles tendencias homoxesuales. *Vivencias eróticas:* Primera novia platónica, a la edad de ocho años; relaciones platónicas a la edad de diez y ocho años, rotas por parecerle que la familia de la novia quería apresurar la boda (esta novia murió dos años después, pidiendo verle horas antes de agonizar, pero él no quiso visitarla, por desprecio). Relaciones con una señorita de mejor posición social, que le lleva seis años, mantenidas en contra del padre de ella, pero rotas para casarse con su actual esposa; b) *De crueldad:* Propensión a las tiranías física y psíquica; placer por sufrir y hacer sufrir a las personas que le están sometidas; c) *De defensa:* Atrevido, astuto, reservado; d) *De conservación:* Tolerancia para el hambre y la sed. Impulso al ahorro.

Comportamiento social: Desde joven es raro, retraído, voluntarioso, terco y voluble. Los amigos murmuran de él y de su carácter. Egoísta, insensible a la compasión, colérico, vengativo. Humilde ante el superior. Carece de aficiones literarias y artísticas.

Desarrollo del delirio y contenido delirante (datos autobiográficos)

En 1919, a la edad de 26 años, ejerciendo el magisterio en una aldea, entabla relaciones con la hija de un labrador acomodado; se casa precipitadamente a los dos meses de las relaciones. La tarde de la tercera amonestación pudo sustraer una carta del bolsillo del delantal de su novia; es la carta de un antiguo novio, relaciones terminadas hace tiempo. Se celebra el matrimonio; la mujer se hace embarazada a los cinco días, embarazo sospechoso, pues dada su impotencia «no sabe si al casarse fué padre o fué primo». No lleva diez días de casado y los celos han alcanzado enorme desarrollo; salidas de la mujer de la habitación para beber agua, ir al retrete, etc., cree son pretexto para entrevistarse con su antiguo novio (que hace ahora el servicio militar en Africa). En el pueblo se han difundido los disgustos del matrimonio y los vejámenes de que es objeto la esposa; por eso una noche que disputan, grita un vecino: «deja a esa mujer, ¡canalla!». Sale a la ventana y desafía al supuesto amante de la esposa. Súbitamente abandona la mujer, para volver a los dos meses y entablar demanda de divorcio. Observa en su mujer toda suerte de vicios, uno de ellos el de la bebida. Nace el primer hijo en casa de los padres de ella; él denuncia a la esposa por abandono del domicilio conyugal, resolviendo el Juez la unión del matrimonio.

Con objeto de que la esposa cambiase de conducta, pidió destino al lado de los padres de él y lejos de los de ella, sin conseguir lo que se proponía. La conducta de la esposa era detestable; bebía vino, le sorprendió botellas escondidas, no le hacía la comida, ni le lavaba la ropa, ni se ocupaba de atenderle. Tampoco hacía caso de los buenos consejos que le daba, ni de las instrucciones para ser buena esposa, pero en cambio, se dedicaba a murmurar con los vecinos y a desacreditarle ante los compañeros, quienes sugestionados por sus calumnias, empezaron a decir que era celoso y daba mala vida a su mujer. Esta última era testaruda, coqueta, le gustaba excitar la admiración de los hombres; esto no despertaba sus celos porque carecía de pruebas, pero como no le agradaba, tomó la repentina resolución de alistarse en el Tercio de Extranjeros. Cierto que abandonó un hijo de año y medio de edad, pero aunque lleva su apellido es un hijo espúreo.

Sirvió en el Tercio tres años y pico; participó en cincuenta y ocho combates, mereciendo el ascenso a sargento por méritos de guerra. Herido en el brazo, hubieron de amputársele. Con su mujer no había vuelto a tener correspondencia, pero cuando la comunicaron oficialmente su herida, tomó la iniciativa de pedirle perdón y se reconciliaron. (En realidad había escrito varias veces a su mujer—cuya intachable conducta hemos comprobado—y hasta le envió cincuenta pesetas en una ocasión; al caer herido la llamó e hizo ir a Tetuán). Sabe que mientras él estuvo en el Tercio, la mujer fué a vivir con su padre, pero la expulsaron de la casa por su mal carácter y querer mandar en todo.

En 1925 vive el matrimonio en Ciudad Real, al lado de la madre del enfermo; él se gana la vida con unas representaciones, cuyo producto, unido a la paga de inválidos, les proporciona desahogada posición económica. Cierto día sorprende a su mujer conversando con una vecina, dedicada a proferir graves injurias contra su madre. Impone su autoridad de marido, ella se somete en apariencia, pero persiste en su táctica de difamación y le denuncia por malos tratos. Los disgustos son continuos en el matrimonio y decide ingresar en el Hospital de Carabanchel, sin decir a nadie dónde iba. Ella pide judicialmente el divorcio y alimentos, asunto que ignora cómo se zanjó. Estuvo siete meses en el Hospital, uniéndose el matrimonio gracias a la intervención de los oficiales del Cuerpo de Inválidos. Se le concede un pabellón en la Casa-Cuartel de Inválidos, donde vive tranquilo ocho días, comenzando de nuevo los disgustos por dedicarse la mujer a criticarle.

No tarda en observar indicios que le ponen en la pista de una inteligencia entre su mujer y un sargento; carece de pruebas de tal inteligencia, pero los hechos observados son concluyentes. Un día le despierta, a las cuatro de la mañana, el ruido en el pasillo de los pasos de una persona calzada con alpargatas; luego oye que con los nudillos dan tres golpes en la puerta del piso, después en la ventana y, por último, en la puerta de la cocina. De repente se explica por qué no le dieron la llave de la puerta de la cocina al entregarle el pabellón. Permanece inmóvil en la cama, fingióse dormido, para esperar acontecimientos. Su mujer tosió ligeramente, señal convenida, pues también tosió la persona que estaba fuera, saliendo en seguida a otro patio, señal de haber entendido la contraseña. Sospecha que en todo esto ha intervenido el sargento antes indicado, y días después le interpela descencajado, diciéndole no está dispuesto a mantener hijos que él no hubiera engendrado (la reconciliación del matrimonio se sigue del embarazo de la mujer a los pocos días). Ahora se

dedica a recoger pruebas de la inteligencia de los amantes: echa harina en el picaporte de la cocina y allí quedan impresas las huellas de una mano izquierda, seguramente las del sargento, pues tiene deformada la mano derecha; recogida esta prueba ató el picaporte con un alambre. Entretanto, tenía prohibido a su mujer que saliera de casa, ni siquiera a la compra, que hacía el niño de siete años, hijo de ambos; a su mujer la encerraba con llave. Vela noche y día para sorprender a los adúlteros, a quienes termina por denunciar. Las relaciones ilícitas también es posible que las mantuviera con el suboficial P. El suboficial y el sargento están protegidos por el Coronel; los tres, conjuntamente con otros jefes y oficiales, le quieren mal y buscan motivos para imponerle un castigo y quitarle el pabellón y destino que tiene. Los compañeros y subordinados le desprecian con indirectas, por lo cual abandona todo y alquila una casita en las afueras. La conducta de nuestro enfermo llama la atención de la portera desde el primer momento: toma precauciones para que nadie salga ni entre en su piso, deja encerrados a la mujer y el hijo, manifiesta públicamente a varios vecinos que su mujer habla a altas horas de la noche por la mirilla de la puerta con personas desconocidas.

Durante los meses de agosto y septiembre de 1927 debió vivir el enfermo en estado de gran exaltación. La noche pásala paseando por el pasillo, amenaza de muerte a la mujer con grandes voces; acusa a su mujer de masturbarle mientras dormía con objeto de desgastarle y pervertir a su hijo al que, según afirma, termina por violar. No deja salir de casa a la mujer, a quien entrega una peseta para que se alimente con su hijo, mientras él se reserva cuatro para sus gastos fuera de casa. La situación de la esposa es tal, que tiene que ser socorrida por los vecinos; por último, llevando ocho días sin probar bocado, pide socorro al sobrevenirle una hemoptisis; pero ha de intervenir la policía, pues el marido no quiere abrir la puerta a los médicos.

Declara el enfermo a la policía no ser cierto quiere matar de hambre a su mujer, como ella afirma, sino que hace ocho días se le había acabado el dinero y no podía darle para la compra. Justifica el encierro de la esposa y del hijo, diciendo que no quiere que hable con las vecinas y le desacredite.

Por los jefes y compañeros es considerado como un desequilibrado, de carácter extraño, observándole siempre solitario y taciturno. Parece ser que le han sorprendido en comercio homosexual. El suboficial P. no conoce ni de vista a la mujer del enfermo; el sargento que supone amante, la conoció por haber subido a su pabellón llorando para quejarse de los malos tratos de que era objeto.

Cuando ingresa en nuestra Clínica manifiesta no estar loco, y que se trata de una conjura tramada con ánimo de perjuicios mayores y para reirse de él descaradamente. El hijo que va a tener es adulterino, como el primogénito; él es muy virtuoso, tiene poca potencia genital y está incapacitado para tener hijos. A los pocos días se produce una reacción pleitista y nos entrega un documento plagado de redundancias, preguntas capciosas, frases irónicas y despectivas, elogios a su persona, virtudes militares y civiles. Acusa concretamente de conjura a todos los jefes y oficiales de Inválidos. A la esposa la califica de adúltera, terca, viciosa y borracha: «mala bestia humana incorregible, ex-mujer», dice, mostrando odio mortal contra ella.

A nosotros nos acusa de estar de parte de su mujer y en inteligencia para encerrarle en un manicomio. Durante el tiempo de la observación se comporta bien, es subordinado, se le observa aislado y que se resiste a las exploraciones, cuya finalidad desconoce. En sus escritos posteriores se aprecian ligeros rasgos de disgregación. Está en el pabellón de tranquilos, sin que varíen sus concepciones delirantes.

Comentarios al caso II

Nuestro caso segundo tampoco encaja en el cuadro de la paranoia con arreglo a los cánones establecidos por el psiquiatra muniqués. El color de las ideas delirantes coincide con el delirio de celos paranoico de Kraepelin, pero no sucede lo mismo con su contextura y desarrollo, en primer término por faltarle una elaboración sistemática, pero además por faltarle una visión paranoica del mundo en relación con las ideas delirantes: en una palabra, no se trata de un delirio «incrustado en la sangre y en la carne del paciente». Observamos en nuestro caso que las ideas delirantes guardan cierta relación con los acontecimientos externos: son reacciones psíquicas que brotan de las vivencias del individuo (temores-deseos) y no se desarrollan a expensas de sí mismas, «como el óvulo fecundado por el espermatozóo». Tampoco tienen un desarrollo independiente.

Las tiranías física y psíquica, los continuos reproches e inculpaciones, los malos tratos, el orgullo y desconfianza del enfermo son causa de varios intentos de separación judicial del matrimonio. La iniciativa de la separación parte de él, pero también la reconciliación. En la última reconciliación procrea un hijo, no obstante el odio feroz que profesa a su «ex-mujer». La conducta del enfermo no obedece al desarrollo del delirio, sino a la irritabilidad afectiva inmotivada.

Por otra parte hay indicios para suponer la existencia de alucinaciones auditivas, en cuyo caso no se trata de una paranoia. Hemos de pensar más bien en una parafrenia, donde según la fórmula de Kraepelin-Lange, se asocia el delirio paranoico a pseudopercepciones, especialmente auditivas. Es difícil determinar si los pasos oídos por nuestro observado «a las cuatro y siete minutos de la madrugada» son producto de una alucinación ideogenética o de una idea delirante, pues la distancia entre una y otra no es muy grande. Puede tratarse también de una paramnesia o de una fabulación, que tantas veces se presentan en estos enfermos. En cambio hemos de considerar como una alucinación cenestésica «el desgaste de la naturaleza» de que acusa á su mujer. La conducta que ha seguido en varias ocasiones es la de un alucinado, lo cual nos inclina a admitir la existencia de alucinaciones en este

caso, pues siempre que el enfermo no confiese sufrir alucinaciones, observaremos su conducta para deducirlas.

Si ahora intentamos bucear en las raíces psicológicas del delirio y de la conducta de este enfermo, hemos de resaltar que se observa en él una irritabilidad afectiva y un desarrollo del instinto de conservación, traducidos en un fuerte egoísmo y negación de toda suerte de sentimientos amorosos, rasgos destacados por Klages como origen del delirio paranoico. Ahora bien, precisamente en los rasgos adjudicados por Klages al carácter paranoico encontramos una razón para excluir este caso de la paranoia, pues no hemos hallado en el enfermo el menor vestigio de romanticismo, de fantasía, de tendencia a los ensueños.

Observamos en nuestro paciente que las reacciones son siempre en el plano de la psicoestesia, que el tempo psíquico está acelerado y que guarda una posición fría, reservada ante la sociedad, rasgos esquizoides que corroboran las ideas de Bleuler y Hoffman sobre las relaciones entre la esquizofrenia y los procesos paranoicos. Creemos, sin embargo, que Bleuler ha ido demasiado lejos suponiendo que la paranoia y la esquizofrenia brotan de la misma raíz: de la esquizopatía. Efectivamente, en muchos paranoides sucede lo que en el presente caso: falta uno de los caracteres fundamentales de la esquizopatía, el autismo. Pero de todas suertes, si hay que buscar un carácter diferencial a la paranoia, para distinguirla de otros procesos muy semejantes, en el supuesto de que este carácter sea la existencia del síndrome esquizopático, en nuestro caso está imcompleto, pues el enfermo no se ha encapsulado en un mundo interior propio, antes al contrario, preocúpase únicamente de demostrar la realidad de las ofensas, ultrajes y perjuicios de que se cree objeto; de evidenciar los vicios y faltas que atribuye a su esposa.

Ha llegado el momento de que hagamos unas consideraciones sobre la llamada hipertrofia del Yo, acerca de la sobreestimación de la propia estimación de propia persona, del orgullo de los paranoides. Dimana, según Birnbaum, de una perturbación del equilibrio psíquico, desplazado en un polo, que ahora es el predominio del Yo. Sérrieux y Capgrás conceden tanta importancia a la hipertrofia del Yo, que unida a ausencia de la autocrítica, constituiría el origen de la paranoia. Kraepelin se aparta de estas exageraciones y no cree que el origen de la enfermedad sea el hipertrofiado concepto de sí mismo, pero si concede que es uno de los signos de las enfermedades paranoicas. La formula actual de Bleuler es algo más complicada, pues en la génesis del delirio intervienen la sugestividad y la afectividad, la última en forma de descargas catatímicas, predominando sobre las holotímicas; pero este último autor vuelve a conceder una participación al orgullo en la génesis del delirio.

En nuestro caso II observamos fuerte orgullo, pero en su cualidades todavía

domina más lo que Frey y Wigert han llamado «Eigengeltung» que mal traducido quiere decir imposición del Yo, deseo de imponer a los demás la propia autoridad. Nuestro observado es un orgulloso y un egoísta, pero también un déspota que tiraniza continuamente a su infeliz esposa, a la cual imponía «la autoridad de marido», «la daba consejos»; si vuelve a reunirse con ella es «creyendo que los tres años de Africa la hubiesen servido de escarmiento». Tal «Eigengeltung» es más potente en el momento dramático del encierro de la mujer, después de ocho días en casa sin probar bocado, cuando sin poderse tener en pie, de inanición, asustada por la hemoptisis pide socorro, y el enfermo niega la entrada a los médicos. Para justificar este inhumano proceder dice «me sobrepuse con mi autoridad de marido y la aconsejé la conducta». La «Eigengeltung» es muy frecuente en paranoicos y paranoides, y creemos por eso justificado que Lange la oponga a la fórmula actual de Bleuler, de sobrevaloración paranoica de la personalidad.

El caso presente confirma la idea de Bleuler de «especie de debilidad sexual de los paranoicos». Kehrer ha insistido mucho en las relaciones que existen entre la sexualidad y la concreción de las representaciones delirantes en un delirio de celos; pero supone que tales relaciones resultan de anomalías somáticas. El último autor mencionado señala en la mayoría de los paranoicos «una posición irregular frente a la sexualidad» que data de la pubertad, habiendo encontrado siempre datos somáticos y psíquicos de «una fórmula sexual desacostumbrada». Hemos visto que nuestro paciente nos habla de haber sido muy virtuoso en la juventud, a lo cual atribuye su débil potencia genésica, pues su abstención del cóito y de la masturbación ha detenido el desarrollo de los órganos sexuales. Su impotencia impide la procreación, luego el hijo no es suyo y, por consiguiente, la mujer es adúltera. Tal conclusión y tales premisas evidencian una falsedad de juicio, otro de los rasgos de la paranoia.

Resumiendo lo dicho vemos que nuestro caso segundo no puede incluirse entre los de paranoia kraepeliniana pura, ofreciéndonos en cambio muchos de los rasgos asignados por Kraepelin a la personalidad paranoide. La evolución que sigue la enfermedad, especialmente el desgaste de la personalidad y la leve disgregación de la inteligencia, aparte de las alucinaciones, acercan este caso a la parafrenia sistematizada, mucho más que a la paranoiá celosa.

CASO TERCERO

Guardia civil, de treinta y ocho años de edad; observado en 1926. Está procesado por incesto y deserción, causa sobreseída en el curso de la observación, por falta de pruebas.

Coeficiente intelectual próximo al medio normal. Orientado, consciente.

Cualidades temperamentales

Diatesia: de alegre a deprimido (afectuoso, simpático).

Tempo psíquico: vivaz.

Psicomotilidad: adecuada al estímulo.

Posición ante la sociedad: afable, humorista, conciliador, práctico.

Diagnóstico del temperamento: sintónico con rasgos paranoides.

Instinto: a) *Sexual:* fuerte, precoz. Se sospecha que ha abusado de una hija de cuatro años; b) *De crueldad:* sumisión servil, brutalidad; c) *De defensa:* astuto, prudente; d) *De conservación:* sentimientos materialistas.

Personalidad ingenua (primitivo impulsiva).

Carácter: sensitivo-expansivo.

Comportamiento social: altruísta, compasivo, tendencia a la calumnia, aplicado, acomodaticio, bienquisto.

El contenido de las representaciones y asociaciones obtenidas en la exploración gira en torno de múltiples pormenores relativos a sus desdichas de marido burlado y padre afrentado, perseguido por sus superiores y compañeros, sin que encuentre una persona que quiera convencerse de que no es un loco, sino una persona que pide justicia.

Se observan paramnesias, especialmente acentuadas en lo que concierne al comienzo del delirio.

Desarrollo del delirio y contenido delirante (datos autobiográficos)

Casados en 1918; a los quince días se golpean los esposos a consecuencia de una reyerta. Las disputas y peleas del matrimonio son diarias y varias veces le llaman la atención los jefes por los alborotos que provoca. En 1924 ha de cambiar de destino, pero en el nuevo prosiguen los disgustos por notar en la mujer cierto desvío hacia él y sus hijos; de esta conducta nacen los celos que tiene de ella, pues la mujer que descuida sus deberes de esposa y madre en nada bueno puede pensar. En octubre del indicado año se incorpora al puesto un guardia joven y soltero, que trata de intimar con el matrimonio. Trata de cortar esta amistad «por todos los modos y sin violencia, ahora que el mal está en embrión». Un día sorprende al guardia y la mujer hablando cuando se creían solos; desde este momento procura no perder de vista a su esposa. Los días que le tocaba servicio de puertas hacía todo lo posible por no dormirse, pero su empeño era en vano, pues hacia las once de la noche notaba en los oídos un zumbido que por momentos crecía, terminando por dormirse. De esta forma transcurrieron unos meses en que los disgustos matrimoniales eran continuos; en un altercado le dijo su mujer que estaba loco y que hasta el guardia nuevo lo había dicho. Llamó al guardia y ante su esposa le reprochó llamarle loco. No hay un momento de paz en el matrimonio: ella, «con cualquier pretexto armaba un escándalo y salía llorando», creando así una atmósfera que le perjudicaba, pues todos le tenían por un monstruo. Para evitar una mala nota en la Hoja de servicios, envía a la esposa y los hijos a Málaga, durante una temporada.

El viaje lo emprenden el 14 de marzo, y el 16 (1925), amanece con orquitis y blenorragia (reactivada, sin duda, de una anterior que consta en su filiación sanitaria). Inmediatamente se da cuenta de que le ha contagiado su mujer, pues no ha tenido comercio sexual con otra. Para convencerse hace regresar a su esposa, con el pretexto de una reconciliación, pero con la idea de matarla y también al autor de su desgracia si las sospechas eran ciertas. Cuatro días después, en

ocasión de hacer servicio de puertas, nota que el guardia nuevo «hacía pantomimas demasiado significativas». Arrebatado de ira, empuñó una pistola, agradeciendo a Dios que pudo contenerse. El otro huyó a buscar al jefe del puesto, quien le arrestó e instruyó expediente; las cosas pudieron arreglarse con la petición de nuevo destino e ingreso en el hospital mientras se le concedían. En el hospital le diagnostican de neurastenia y afirman no padece la blenorragia de que se queja.

Sale de alta el 10 de abril, se incorpora a su antiguo destino, pero el jefe le dice se dé de baja mientras se le concede el que tiene pedido. Unos días después, su hija Isabel, niña de cuatro años, se queja de dolor al orinar; observa inflamación en los genitales de la niña, la cual, según el explorado, dice textualmente: «que don Manuel, el guardia nuevo, la había tocado con su c... grande, la hizo sangre y se la limpió con un trapo». Denunció el hecho al jefe del puesto, quien le aconsejó que viera a un buen médico y recogiese un certificado de lo que pudiera tener la niña. El médico del puesto le dijo que la niña tenía lombrices que al pasar a los genitales los irritaban. No satisfecho, visita a otro médico que dice que la niña tiene, efectivamente, un desgarro, si bien producido por ella misma. Tampoco se satisface y consulta con otro médico que expide un certificado de que la niña padece sífilis secundaria con vulvitis. (En confidencias posteriores explica el explorado que este último médico apenas reconoció a la niña, por estar preocupado por tener que ir urgentemente a curar a un compañero que se había fracturado una pierna y que creyó todo lo que le dijo). Provisto de este certificado da parte del guardia Manuel; los jefes intentan disuadirle de cursar este parte, pero ante su obstinación, le ordenan incorporarse a su destino y que espere instrucciones. Insiste en cursar el parte con la idea de que se haga reconocer a su mujer y al guardia y averiguar por este medio si ella ha faltado a sus deberes de esposa.

Se incorpora en primero de mayo a su nuevo destino, pero el jefe le hace darse de baja «a la fuerza, para no entregarme el armamento»; se niega también a cursar los partes, mientras hace las necesarias diligencias para proponerle como presunto demente. Los escándalos promovidos por el matrimonio debieron ser formidables, pues el jefe del puesto arrestó al explorado. Percatado del giro que tomaban las cosas, entrega a su mujer el certificado, con el encargo de ir a Sevilla y presentárselo al Coronel. Ella accedió gustosa en apariencia, y antes de marchar le invitó a tomar una taza de café, que bebió de un trago, mientras la esposa salía apresurada para tomar el ferrocarril. Momentos después siente una especie de escalofrío por todo el cuerpo, se le eriza el pelo, y presa de fuerte temblor cae al suelo. Comprende que estaba envenenado; se levanta con gran esfuerzo y toma de una alacena una botella de aceite que se bebe, mientras intenta el vómito por todos los medios. Llamada la mujer, vuelve gritando que él es un cobarde que se ha envenenado con la medicina que le prescribió el médico para echarla la culpa. Acude el médico y confirma un intento de envenenamiento. Le encierran en una habitación próxima a la Sala de Armas, en la que conferencian el jefe del puesto, el médico, el guardia Manuel y un hermano del último; oye decir al cabo que todos están comprometidos gravemente y propone sacarle de noche, llevarlo a un barranco y matarlo, dando la disculpa de que quería fugarse. Al médico le parece esto muy escandaloso y propone envenenarlo y certificar que ha muerto de una pulmonía. Al oír esta conversación forma el propósito de escaparse; se niega a tomar el alimento que le presentan, pero suplica que le dejen beber agua del pozo, pues le abrasa la sed, sacándole al patio con las esposas puestas, «como un criminal». Por la noche logra fugarse, pero una patrulla formada por guardias y mineros le detienen a cuatrocientos metros del cuartel. El cabo capitaneaba la patrulla y daba grandes voces, diciendo que si intentaba escaparse que tirasen sin miedo, pues había intentado violar a su hija; los acompañantes, enfurecidos por las palabras del cabo, le golpeaban con las culatas de las carabinas, y le decían era una fiera. (Carecemos de detalles del suceso, pero parece deducirse que el día del supuesto envenenamiento intentó violar a la hija, y sorprendido, se tomó el contenido de la botella, de alguna fórmula hipnótica, prescrita por el médico que le asistía).

Según el explorado, al llegar al día siguiente el capitán de la línea, amedrenta a su hijita y le hace decir que su papá la había violado; también saquearon su habitación y le robaron el certificado del médico y la copia de todos los partes. Al día siguiente ingresa en el Hospital de Huelva, en concepto de presunto demente; se queja al director de estar intoxicado, replicándole es ilusorio tal envenenamiento. «Yo estaba convencido de lo contrario, pues nada saciaba mi sed ni mi apetito; no podía obrar; la boca me amargaba; sudaba mucho; la sangre parecía fuego en mis venas y circulaba con mucho trabajo; las piernas se me quedaban dormidas». El día 15 de mayo, se fuga del hospital, se interna en Portugal, pasa muchas penalidades, hasta lograr trabajo como zapatero en un pueblecito, donde permanece mes y medio; de súbito se marcha sin despedirse del maestro ni cobrar el jornal, con intención de ingresar en el hospital civil de Badajoz, pues le parece habérsele inflamado el vientre. Desde el hospital escribe al Director general de la G. C., exponiéndole lo sucedido y rogándole se le conduzca a su presencia; por temor de ser arrestado, no espera la respuesta, pide el alta y vaga sin rumbo por varias poblaciones, hasta llegar, a pie y sin dinero, a un pueblecito de la provincia de Málaga, donde residen sus padres. Escribe una larga y des-

atinada carta al Presidente del Directorio militar, denunciando el envenenamiento y la conjura de que ha sido víctima. La carta, fechada en 24 de julio, la firman también sus padres. Molesto por una, al parecer, enterocolitis (cuyos síntomas atribuye a un envenenamiento), empeñan los padres cuanto tienen para venir a Madrid y someterse a un tratamiento. En el viaje le acompaña la madre, consulta con varios médicos; uno de ellos le diagnostica una neurastenia y le prescribe unas inyecciones que le sientan muy bien. Próximos a agotarse los recursos, la madre regresa al pueblo, entregándole veinte duros para que termine de curarse. Este dinero lo gasta alegremente, pues había decidido presentarse y suponía que habían de ingresarle en un hospital. El 10 de agosto se presenta en la Dirección general de la G. C., y por orden de la superioridad ingresa en el Hospital Militar de Carabanchel para sufrir observación.

En la Historia Clínica del H. M. de Carabanchel se indica haber apreciado obsesión de estar envenenado, ideas de persecución, carácter susceptible y desconfiado, reservado, quisquilloso, interpretaciones delirantes y celotipias. Siempre estuvo consciente y orientado. Padeció alucinaciones auditivas y visuales. (Hemos de advertir que la observación no fué practicada por especialistas, y que las alucinaciones no han existido después). En octubre de 1925 escribe a su mujer pidiéndole perdón de todas las calumnias e infamias que le ha levantado, lo mismo que a su hija, pues continúan los síntomas del supuesto envenenamiento por el narcótico que le hacía tomar la esposa «para aprovecharse de mi sueño y menoscabar mi honra». En estos días confiesa al médico observador que los médicos le dijeron que la vulvitis que padecía la niña era producida por ascárides, y que el certificado tantas veces mencionado se lo arrancó casi por sorpresa al médico. Se da cuenta ahora de que ha padecido una enfermedad mental.

Casi un año más tarde, en junio de 1926, comienza nuestra observación. Apreciamos un sistema delirante cuyo contenido queda descrito, persistencia de las representaciones hipocondríacas y ambivalencia. Oscila su afectividad en dos polos: por una parte, deseos de vengar los agravios recibidos; por otra parte, deseos de perdonarlo y olvidarlo todo, estos últimos menos profundos. Acaso disimula para ser declarado útil y vengarse cuando recobre la libertad. De cuando en cuando se lamenta de estar envenenado; le echan polvos en el café, igual que hacía su esposa.

En los últimos días de la observación insistía en ser declarado útil para volver al lado de su mujer e hijos. Estas manifestaciones que nos hacía, contrastaban con el hecho de pasarse dos meses sin fumar para no hacer lo del tabaco, que en unión de unos comestibles (que hubo que tirar) le envió su mujer. Sale de alta de la Clínica sin modificación del delirio.

Comentarios al caso III

El sistema delirante de este caso aproxímase más que los anteriores al paranoico puro. Las alucinaciones no han sido confirmadas, si bien pudieron existir antes de nuestra observación. Al pretender encasillar el presente caso, hemos de hacer el diagnóstico por exclusión, como aconseja Kraepelin, siempre

que se trata de supuestos casos de paranoia. Este consejo es de gran utilidad práctica, porque el síndrome paranoico puede injertarse en otra psicosis endógena, especialmente sobre una ciclofrenia.

Hemos de recordar que hasta Cramer se consideró la paranoia como una psicosis de la afectividad, ideas renovadas en 1901 por Specht. Insiste este último autor en la importancia del afecto primario en la paranoia y la relaciona con la psicosis maníaco-depresiva. Supone que los delirios de grandezas, pleitista e invención representan fases de manía crónica, mientras los delirios de persecución y perjuicio corresponden al cuadro típico de la melancolía. Combatidas rudamente estas hipótesis (Bumke, Willamans), Ewald vuelve en 1921 a insistir sobre ellas, estudia las relaciones entre la psicosis m. d. y el carácter, la constitución y la figura corporal del ciclotímico; considera a la paranoia como una variedad especial de la psicosis circular, condicionada por las peculiaridades del carácter. Unicamente serían paranóicos los individuos predispuestos a ello en virtud de su labilidad afectiva. En el último trabajo (1925) insiste Ewald en que la paranoia radica en oscilaciones depresivas de la afectividad, presentadas en individuos que ofrecen una especial disposición caracterológica.

Nuestro caso tercero ofrece precisamente rasgos que permiten estudiar la influencia de la afectividad biotómica sobre el desarrollo del delirio y las supuestas relaciones entre el síndrome paranoico y las fases de la psicosis m. d.

Antes de analizar el caso, haremos unas consideraciones sobre la configuración corporal de los tres enfermos que hemos estudiado, pues hallamos diferencias esenciales entre el biotipo de nuestro caso tercero y los que presentan los restantes. Hablamos de un diagnóstico de impresión, pues no hemos determinado el biotipo antropológicamente. Con arreglo a la nomenclatura de Kretschmer, el caso primero es un atlético; el segundo un leptosomático y el tercero un pícnico. Repito que este diagnóstico está hecho por el hábito externo y no por la correlación de los índices.

Ante un individuo con figura pícnica y oscilaciones del afecto fundamental, hemos de pensar en la posibilidad de una ciclofrenia. Claro está que solamente se trata de una sospecha y en el sentido de una psicosis m. d. leve y encubierta por el síndrome paranoico. Por lo que respecta a nuestra observación, han sido raros los días y más raros los períodos de ánimo levantado. Cierto es que nuestro paciente se muestra sociable y comunicativo, afable con el médico y los compañeros, trabajador y obediente, amigo de aprovechar toda ocasión de divertirse; pero predominan en él raptus de cólera y valencias depresivas. Las representaciones hipocondríacas están y han estado muy acentuadas en el desarrollo del delirio, cuyo origen parece radicar en ellas, toda vez que las ideas delirantes de envenenamiento surgen de las molestias di-

gestivas, manchas en la piel y diversas parestesias. Aislado del medio ambiente en que se desarrolló el delirio, transcurrido algún tiempo de observación prolongada, consciente de la necesidad de llegar a una situación social favorable, llega un momento en que parece va a desmoronarse el sistema delirante. Reprodúcense las representaciones hipocondríacas, pero ahora no achaca las molestias a estar envenenado por sus enemigos o padecer sífilis, sino que critica sus concepciones delirantes y llega a una serie de «deducciones»; su mujer no le envenenaba, pues siente ahora lo mismo que antes. De esta «deducción» llega a la de que su mujer tampoco le contagió la sífilis que suponía padecer, ni el guardia nuevo a su hija, que tampoco debió ser desflorada, de lo cual se desprende «que él es un calumniador y debe pedir perdón a todos».

Esta crítica de las ideas delirantes, y, sobre todo, llegar en determinado momento al convencimiento de su falsedad, aunque luego se reproduzcan, es un carácter que no se registra en la paranoia de Kraepelin. En efecto, como antes dijimos, en la paranoia es cada vez más profundo el convencimiento e indestructibilidad de las ideas delirantes; el delirio se afianza e hipertrofia con el tiempo. Esto nos hace eliminar este caso de la casilla paranoia kraepeliniana.

La inclusión del caso tercero en la psicosis m. d. suscita muy graves objeciones y carecemos de elementos para mantenerla. En primer término, la observación no ha sido lo suficientemente prolongada para que en su curso se hayan presentado fases de remisión completa, de hipomanía y de melancolía, evolución cíclica que fundamenta el diagnóstico. Se han apreciado alternativas oscilaciones de la afectividad, incrementos y palidez de las ideas delirantes, pero las últimas noticias (1927) son de que éstas persisten en gran parte y no podemos hablar de remisión. Las cefaleas, trastornos digestivos y representaciones hipocondríacas no pueden servir de base para diagnosticar una fase depresiva de la psicosis circular; falta el afecto deprimido que es lo fundamental. Resulta por consiguiente, que no obstante la configuración pícnica, el temperamento sintónico, las oscilaciones de la afectividad y la crítica de las ideas delirantes, el caso no puede diagnosticarse de ciclofrenia, ni sirve para sustentar la tesis de Ewald.

* * *

Reflexionando un momento sobre las peculiaridades que ofrecen los tres casos que acabamos de estudiar, deducimos en primer término la escasa importancia que tiene en psiquiatria el contenido delirante. Un delirio de celos se ha presentado en tres enfermos que, nosográficamente, pertenecen a una especie distinta. En segundo lugar, vemos que no hemos de apresurarnos a formular el diagnóstico de paranoia por haber observado un delirio crónico. Kraepelin ha precisado exactamente el concepto de la paranoia, y mientras se

encuentren casos que ofrezcan los caracteres señalados por él, no puede derrumbarse este concepto; en los enfermos dudosos, analizaremos todos los aspectos de la psicosis, haremos el diagnóstico polidimensional, antes de precipitarnos a un falso diagnóstico.

El caso primero podemos diagnosticarlo de psicópata paranoide, de escasa imaginación e inteligencia, que acentúa las reacciones paranoides. Orgulloso, egoísta, susceptible y malhumorado; este psicópata ha de tener muchas contrariedades en la vida, y seguramente terminará sus días en un manicomio.

El caso segundo es un esquizoide constitucional, ambicioso, altivo, inferior sexual, vencido en la vida, cuya inteligencia comienza a disgregarse. Esta disgregación de la inteligencia y las alucinaciones de la cenestesia cuando se acentúen, pueden llevar a este individuo a una esquizofrenia paranoide; entretanto hay que incluirlo en la parafrenia sistemática.

El caso tercero es de muy difícil clasificación, no nos atrevemos a ponerle etiqueta. Si algún día volvemos a observarlo, acaso entonces tengamos más elementos para establecer el diagnóstico.

A nuestro juicio, es indiscutible que ninguno de los tres casos estudiados pertenece a la paranoia.

INSTITUTO DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE LA UNIVERSIDAD REAL DE PAVIA
DIRECTOR: PROF. GAETANO FICHERA

EFECTOS DEL ALQUITRAN INYECTADO EN EL TEJIDO SUBCUTANEO(*)

POR EL

DR. GIAN CARLO PERACCHIA

MILÁN (Italia)

INJERTOS

En nueve animales de los antes citados, portadores de nódulos de cierto tamaño y por lo tanto sospechosos de neoplasia sarcomatosa, ha sido extirpado asépticamente un fragmento y trasplantado a otros ejemplares sanos alquitranados y a los mismos portadores de los nódulos.

Han sido sometidos diez y nueve animales al trasplante en el subcutáneo y en el peritoneo, de pedacitos de nódulos más sospechosos.

Para los experimentos de injerto se han utilizado diez y ocho animales, sometidos a 12-14 inyecciones subcutáneas.

Cuatro animales portadores de nódulos han sido sometidos al injerto de pedacitos de nódulos extirpados a cada uno de ellos un momento antes.

No ha existido desarrollo alguno interesante en el sitio trasplantado, mientras se ha notado la involución progresiva lenta hasta la desaparición total de las tumefacciones producidas por los trozos introducidos; hecho éste comprobado también en los animales sometidos a la autotrasplantación.

En lo que se refiere al examen histológico regional en estos animales, sometidos a la autotrasplantación y a la trasplantación, el cuadro há sido siempre el de una reabsorción lenta progresiva y el proceso consecutivo de sustitución conjuntival.

TESTIGOS

Ocho animales han sido sometidos a inyecciones semanales de medio c. c. de aceite de vaselina durante un período de doce meses, paralelamente a los arriba citados, en experiencia con el alquitrán.

En la zona inyectada se ha observado una condensación conjuntiva, a veces formaciones quísticas, sin otras lesiones interesantes de ninguna especie.

GRUPO 2.º

Comprende treinta y tres ratones que sobrevivieron durante el período

(*) (Conclusión. Véase el número anterior).

de experiencia, tratados veintiséis con alquitrán mineral y siete con aceite de alquitrán. Cuatro murieron al octavo mes, después de haber sufrido treinta y una y treinta inyecciones de alquitrán mineral en el tejido subcutáneo del flanco derecho; tres murieron al noveno mes con veintiséis y treinta y cuatro inyecciones; siete, al décimo mes con 34-37 inyecciones; seis, al dozavo mes con 36-38 inyecciones; dos, murieron en los 13-14 meses con 43-45 inyecciones de alquitrán; dos en quince meses, después de dos o tres meses de suspensión del alquitrán; *siete murieron después de los diez y seis meses con 42-44 inyecciones de alquitrán, porque el tratamiento fué suspendido al dozavo mes; uno murió después de los diez y siete meses con tratamiento suspendido a los catorce meses; uno murió al cabo de diez y ocho meses, habiendo sido suspendidas las inyecciones al décimo quinto mes.*

Es de notar que el aceite de alquitrán ha sido también mucho más tóxico en los ratones que la suspensión de alquitrán mineral, debiendo decir que los ratones han sido mucho más sensibles que los ratoncillos a la toxicidad del aceite de alquitrán, si se piensa que en ellos ha ocurrido en los tres primeros meses una mortalidad de un 85 por 100, mientras que en los ratoncillos era de un 62 por 100.

Marcha de la experiencia. — Las lesiones no han resultado distintas de las halladas en los ratoncitos del primero y segundo grupo. Unicamente hay que hacer observar que, dado el tamaño mayor de los ratones, las lesiones son más evidentes y notables; así: retracción de la extremidad en la proximidad del sitio de las inyecciones; caída del pelo más abundante, así general como local, enflaquecimiento, y un estado de anemia creciente, que se ha atenuado consecutivamente, probablemente por una mayor tolerancia por parte del animal a la sustancia tóxica. También en estos animales, sin señalar todas las variaciones halladas, ha habido que admitir un conjunto de vejez precoz precediendo a la muerte en breve plazo.

Y hablando de las lesiones por parte de la zona experimentada, resulta ante todo el hecho de la mayor frecuencia de ulceraciones cutáneas, superpuestas a bolsas necróticas. Ulceraciones, que se han presentado a intervalos de tiempo diverso en varios animales, y que en parte han dado lugar a su vez a supuraciones piógenas secundarias en el foco necrótico subyacente. Sin embargo, las curaciones continuadas han favorecido la mejoría y alguna vez también la curación del foco supurado, sin disminuir las masas tumorales, más bien voluminosas (nuez grande, nuez pequeña), que rodeaban el foco mismo; masas tumorales que en los últimos meses de experimentación no han aumentado de volumen, y que se han reducido ligeramente en aquellos animales que han tenido un período de 2-4 meses de suspensión de las inyecciones.

En otros animales, en lugar de las lesiones ulcerosas, se han hallado tumor-

citos, únicos o múltiples, diseminados en un espacio restringido de piel, cubriendo la zona inyectada; nódulos que han alcanzado en algún caso las dimensiones de una gruesa nuececita, desbordando francamente del plano cutáneo, y se han presentado siempre de consistencia dura, fijados a masas profundas de igual consistencia, pigmentadas de negro, a veces, en su parte superficial.

Algunos de dichos nódulos se han presentado sólo con tendencia a la reducción de su volumen después de 2-4 meses de suspensión de las inyecciones de alquitrán, mientras otros se han reducido notablemente.

Macroscópicamente. — Extirpada en masa la región cutánea y subcutánea, sitio de la experimentación, y tratada por secciones verticales, presenta: las capas dermo-epidérmicas reducidas a un debilísimo indicio, mientras que por debajo de ella, en el expesor de 1-2 cm., aparece un tejido de consistencia muy dura, que chirría al corte, poco sangrante en general, y mayormente en algunos puntos circunscritos. Tejido del tipo fibroso con intercalación diseminada de pequeñas manchas de sustancia negra, las cuales, en algunos puntos, están rodeadas de tejido más blando y sangrante.

En la proximidad de los nódulos antes citados, como en los animales del grupo primero, el tejido conjuntivo se condensa más; adquiere al corte un aspecto más uniforme, y casi desprovisto de aquellas travéculas fibrosas, evidentes macroscópicamente.

En cambio, en otros animales, sigue en profundidad a la ulceración cutánea una o más bolsas de contenido necrótico abundante, muchas veces mezclado con verdadero pus. Bolsas variando en sus dimensiones, de una pepita a una nuez pequeña, nunca de tipo quístico, sino con paredes irregulares, recortadas, ulceradas, sangrantes, empapadas a veces de pus y de sustancia amorfa. Paredes formadas por un tejido laxo, friable, sangrando fácilmente, al cual sigue luego una ensambladura más regular, más o menos condensada, de tejido fibroso, muchas veces considerablemente empapado de alquitrán. Complejo éste que da a la tumefacción las dimensiones dobles o triples de la bolsa necrótica, y por lo tanto el volumen de una nuececita.

Otras veces, las bolsas necróticas están cerradas y llenas de sustancia amorfa, sola o mezclada con alquitrán; o bien ocupadas por un tejido muy friable y sangrante, que no es otra cosa que el principio de la fase de reaparición y por lo tanto de reabsorción del material necrosado.

Finalmente, también en los ratones, se han observado a veces, junto a nódulos del tipo fibroso, nodulaciones enclavadas en la gran masa conjuntiva, de aspecto amarillo-lardáceo uniforme, poco sangrante, constituída por un tejido de consistencia un tanto blanda, si se compara con la del tejido fibroso.

En los animales en que al período de inyecciones ha sucedido un período de suspensión del alquitrán, se hallan escasísimos focos de tejido de granulación, y en cantidad menor el alquitrán precedentemente inyectado.

Microscópicamente. — También en este grupo, aunque se trate de ratones y no de ratoncillos, las lesiones microscópicas corresponden exactamente a los hallazgos macroscópicos ya señalados.

Existe así una variación de aspectos que, de las cavidades de contenido necrótico pasa a los de nódulos de estructura bien definida.

Cavidades de contenido necrótico más o menos grandes, alcanzando algunas la casi totalidad de la sección microscópica. Algunas más pequeñas, numerosas, enquistadas en un tejido de reacción muy denso y rico en elementos celulares hasta formar una verdadera cápsula circundante. Estas cavidades se presentan si bien cerradas, con escaso contenido que se tiñe uniformemente del color protoplasmático, y que no presentan ningún rastro de alquitrán.

Las cavidades de contenido necrótico, de mayores dimensiones, presentan a

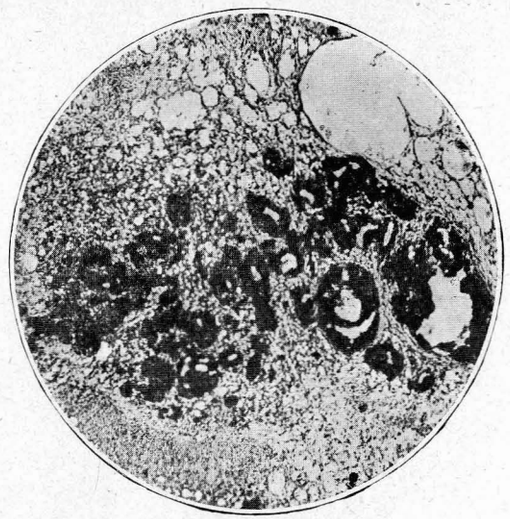


FIG. 16.

veces una pérdida de substancias hacia la capa cutánea, en el sitio en que el proceso se ha abierto paso al exterior. Especialmente en estos casos las cavidades aparecen vacías o casi tales, dando microscópicamente la impresión de un espacio vacío y de estrecha proximidad con una ensambladura más o menos vasta de tejido de reacción.

En las zonas neoformadas con cavidad de tipo cerrado, como en el primer grupo de los ratoncillos, se hallan abundantes masas necróticas, surcadas a veces de masas de alquitrán, o punteadas solamente en negro por alquitrán diseminado. (Fig. 16).

Las masas de tejido en estado de proceso necrótico avanzado a veces, dejan

ver hacia la periferia un número más o menos abundante de elementos celulares bien coloreados (leucocitos, histiocitos, macrófagos), mientras otras no presentan rastro de elementos celulares, porque las masas necroticas están fuertemente mezcladas con el alquitrán. Finalmente en otras bolsas, las masas amorfas están fuertamente invadidas por diversos tipos de células que, de los leucocitos, histiocitos, Plasmazellen, llegan a células gigantes verdaderas, y a aquellos tipos de células gigantes que no representan más que una agrupación de células jóvenes del conjuntivo; estas últimas se hallan especialmente hacia la periferia en el sitio en que los elementos celulares, con todos los caracteres de los fibroblastos, son muy numerosos. En estos casos nos hallamos por lo tanto frente a una fase de reabsorción del tejido necrótico, y de aquel proceso de reparación por el cual el tejido de granulación está ya en el camino de proliferación del tipo conjuntivo. (Fig. 17).

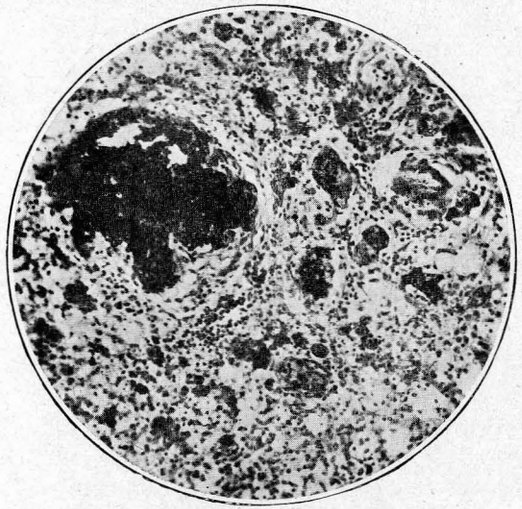


FIG. 17.

En cuanto al tejido que rodea las diversas bolsas necróticas, los cuadros no cambian con relación a los descritos en el grupo primero. También aquí se halla muchas veces una capa muy densa de tejido, el cual, en conjunto, no ha adquirido aún caracteres estructurales bien claros, tejido formado en su mayor parte por los elementos celulares ya dichos. El tejido tumoral que rodea las bolsas en las capas periféricas es un conjuntivo más adulto que el situado detrás de la sustancia amorfa o en vía de organización. Este tejido rodea en muchos puntos masas de alquitrán sin presentar por ello reacción flogística alguna de proximidad. El alquitrán aparece englobado en la

red conjuntiva a veces; esparcido en cambio otras, y se observa entonces una

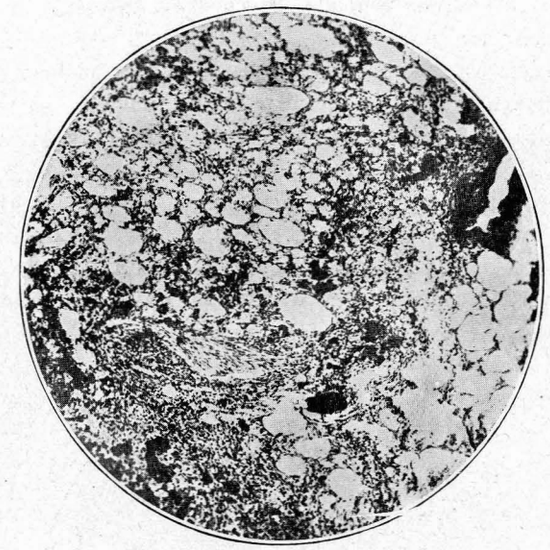


FIG. 18.

diseminación de gránulos en el seno del estroma, sin presentar reacciones inflamatorias interesantes, o sólo un ligero aumento de número de los ele-

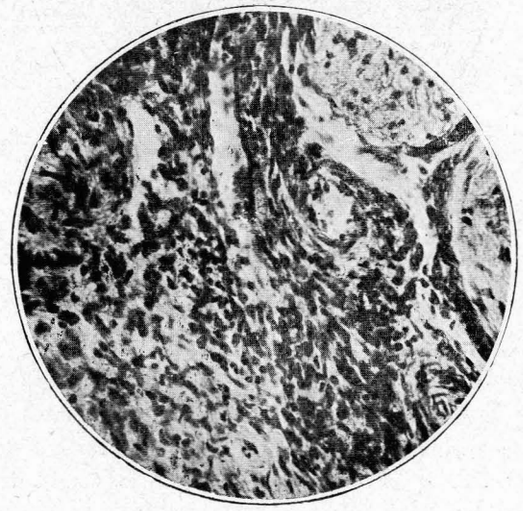


FIG. 19.

mentos celulares del conjuntivo. (Fig. 18).

En otras secciones, también en este grupo, no es raro el caso de hallar glóbulos conjuntivales en el conjunto de la masa tumoral. Lóbulos a veces de grandes dimensiones y en las distintas fases de reparación, intercalados con otros más pequeños, reunidos entre sí por un estroma laxo.

Los nódulos que a la sección se han mostrado distintos entre sí por constitución del tejido, no han presentado al examen microscópico una diferencia en el cuadro. Así algunos están formados de nudosidades de tipo francamente fibroso, en que prevalece el conjuntivo de anchas mallas, rico en vacuolas, con células estrelladas más o menos numerosas en algunos puntos y carencia en otros. Otros nódulos, en cambio, están constituídos por un parénquima desprovisto macroscópicamente de travéculas fibrosas, más húmedos, de as-

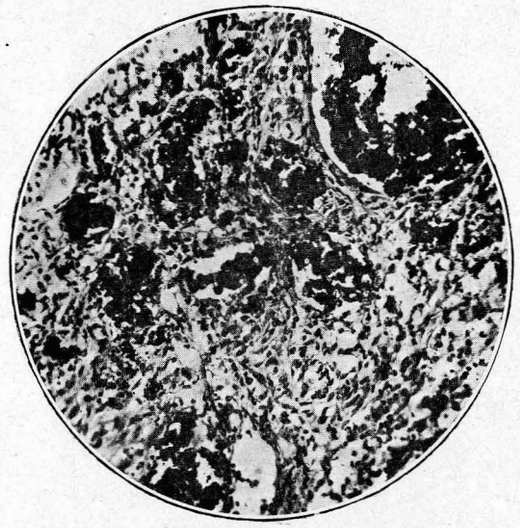


FIG. 20.

pecto casi lardáceo, formados por un conjuntivo más joven, el cual, reunido en numerosos lóbulos, aparece en las distintas fases de reparación observadas ya anteriormente. (Fig. 19). Hállase en ellos tejido muy rico en células jóvenes de conjuntivo, células redondeadas con gran núcleo vesicular, con protoplasma abundante, muchas de las cuales se presentan en fases distintas de carioquinesis.

Y este tejido es el que nos ha dejado muy perplejos para hacer un pronto juicio microscópico y para excluir *a priori* una formación tumoral de tipo sarcomatoso. (Fig. 20).

En los animales portadores de nódulos de tipo antes citado, en los cuales ha existido una suspensión de las inyecciones de alquitrán, variando de uno

a cuatro meses, antes de la muerte espontánea o provocada, el cuadro microscópico no cambia respecto a los animales del primer grupo tratados igualmente.

INJERTOS

Pequeños trozos de nódulos de catorce animales antes citados, en que podía existir duda de neoplasias sarcomatosas, extirpados asépticamente, han sido trasplantados a animales sanos, alquitranados y a algunos de los mismos portadores de los nódulos.

Veintiocho animales sanos, diez y siete alquitranados con doce inyecciones, y otros siete portadores de dichos nódulos, han servido para la prueba biológica en cuestión.

Como en el primer grupo no ha ocurrido desarrollo tumoral alguno interesante en el sitio de la trasplantación, mientras se ha notado la desaparición progresiva, lenta de las tumefacciones producidas por los trozos trasplantados en los meses sucesivos, paralelamente a la reabsorción lenta, continúa hasta la sustitución conjuntiva.

TESTIGOS

Han sido sometidos a inyecciones semanales de medio centímetro cúbico de aceite de vaselina durante un período de doce meses ocho ratones, pralelamente a los tratados por alquitrán.

El resultado es igual al de los animales del grupo primero.

GRUPOS 1.º Y 2.º

Las lesiones halladas en los diversos órganos se agravan con el avance del alquitranamiento.

En los *pulmones*, a simple vista, son evidentes pequeñas manchas hemorrágicas, esparcidas por el parénquima y en la subpleura; hemorragias que se asocian no rara vez a engrosamientos del tejido pulmonar. Microscópicamente, además del cuadro hemorrágico, se nota una congestión difusa y lesiones inflamatorias correspondientes a los engrosamientos citados; no rara vez se observan también lesiones de esclerosis pulmonar.

El alquitrán, bajo la forma de pequeños granos, se halla en las paredes vasculares, en los endotelios, en el conjuntivo intertubular y en las células de revestimiento de los alvéolos y de los bronquios.

El *corazón* aparece flácido, pálido. Se notan en el mismo focos de miocarditis intersticial, representados por una infiltración parvicelular abundante. Los elementos contráctiles van perdiendo sus caracteres de coloración, mientras las fibras pierden su estriación característica, y con mucha frecuencia aparecen los núcleos hinchados y vesiculosos. Los gránulos de alquitrán se hallan en los

focos flogísticos, en las cavidades cardíacas, en los vasos del corazón y en los endotelios de los mismos.

El *hígado* es uno de los órganos en que se deja sentir más la toxicosis por alquitrán. El parénquima adquiere un color más claro con el avance del alquitranamiento; la superficie se vuelve áspera; en muchos animales adquiere un color de nuez moscada. Microscópicamente, son evidentes muchos focos de infiltración parvicelular. Las células hepáticas presentan lesiones degenerativas que, desde la sencilla hinchazón turbia va a veces al edema. En los casos en que desaparecen en los núcleos celulares las células hepáticas, tienden a la fusión formando gruesas tiras. Las células de Kupfer aparecen primero hipertrofiadas, para hacerse luego menos visibles y perder en parte su estructura primitiva. El alquitrán se halla diseminado en pequeños granos.

En el *bazo,* de un aumento inicial de su volumen se pasa gradualmente a la atrofia. Son visibles lesiones de periesplenitis, hemorragias subcapsulares y del parénquima.

Microscópicamente desaparece la estructura normal porque el tejido esplénico se hace más compacto por el aumento de los elementos celulares. Los folículos están mal distribuídos y difíciles de reconocer; el conjuntivo más denso. El alquitrán es abundante, libre en el parénquima, en los endotelios, en los leucocitos, en las células del retículo-endotelial.

En el *páncreas* se halla una congestión más bien intensa, acompañada de focos de infiltración parvicelular. Los islotes de Langherans se presentan a veces íntegros, mientras otros son asiento de procesos regresivos. El alquitrán se halla en los islotes en cantidades mínimas.

En los *riñones* son visibles hemorragias que se asocian muchas veces a alteraciones graves del parénquima renal, tales como: la infiltración parvicelular, la tumefacción del epitelio de los tubos contorneados, y a veces una verdadera destrucción de los mismos tubos. Constantemente se hallan cilindros epiteliales y hialinos, y leucocitos más o menos abundantes en los tubos contorneados. En los glomérulos se hallan las fases del proceso de esclerosis. Son escasos los gránulos de alquitrán.

En los *testículos* y en los *ovarios* se hallan lesiones de tipo degenerativo.

Los *ganglios linfáticos* se presentan sumamente aumentados de volumen.

Histológicamente se nota un aumento notable de los elementos celulares, así de los linfocitos como de los folículos. El alquitrán existe bajo la forma de gránulos pequeños.

Raras lesiones se hallan por parte de la mucosa *gástrica,* siendo más marcadas las alteraciones *intestinales,* correspondiendo a las abrasiones, ulceraciones, flogosis, visibles macroscópicamente.

* * *

Si se consideran en conjunto los resultados de las experiencias que he ido exponiendo, es lícito afirmar que, por lo menos en mis animales, ratoncillos y ratones, sometidos a inyecciones subcutáneas semanales de alquitrán mineral, continuadas hasta durante 12-14 meses, no se ha obtenido la producción de sarcoma.

Si se piensa en el número y en la estructura de las masas, bajo la forma de nódulos, únicos y voluminosos, o múltiples y de menores dimensiones, observadas en diversos animales de los dos grupos, puede argüirse que podrían quedar dudas si, al examen macro y microscópico de los trozos extirpados no siguieran precisamente las pruebas biológicas del injerto y de la suspensión del tratamiento con ulteriores plazos de observación.

Una parte de mi estudio ha sido precisamente la de la vigilancia prolongada, sobre un número considerable de animales de los dos grupos, de la marcha de las formaciones, antes aparecidas, en el período sucesivo a la suspensión de las inyecciones de alquitrán.

Como dije en la descripción de las experiencias, los nódulos de dichos animales, en lugar de aumentar su volumen y alcanzar dimensiones más notables, como corresponde a una neoplasia maligna, especialmente del tipo sarcomatoso, han ido, si bien lentamente, reduciendo el volumen, se han endurecido, mientras a la vez mejoraba el estado general.

Otro dato ha sido proporcionado por la prueba biológica del trasplantamiento de los nódulos a otros animales de la misma clase que los sometidos a experiencia, alquitranados o no. En los casos en que el tejido reaccional bajo la forma de nódulos más o menos voluminosos, aparecía al corte sospechoso de naturaleza neoplásica, no se descuidó el injerto homogéneo.

Tuvo lugar en ellos la reabsorción constante con sustitución fibrosa en 2-3 meses aproximadamente.

Los resultados negativos de mis investigaciones llevadas a cabo sobre ciento setenta, entre ratones y ratoncillos, contrastaban por lo tanto con las precedentes experiencias de Russell, por el hecho de que este autor había conseguido en dos animales la producción neoplásica sarcomatosa por alquitrán.

Mis investigaciones corresponden, en lo concerniente al período de experimentación, la técnica de alquitranamiento, el estudio macro y microscópico a las llevadas a cabo por Rusell; pero además del cuidadoso examen microscópico, he creído necesario:

1.º Estudiar la marcha ulterior de los nódulos formados en cada animal superviviente después de la suspensión del alquitrán al décimo-duodécimo mes.

2.º Comprobar con la prueba biológica del injerto en veintidós animales un buen número de nódulos macroscópicamente sospechosos e histológicamente dudosos.

En las experiencias de Russell, los hallazgos considerados positivos bajo la base de la comprobación microscópica, han sido encontrados en dos animales en el octavo mes, todavía en período de alquitranamiento, habiendo dado resultado positivo en la autotrasplantación.

En cambio en mis investigaciones, como ya he dicho, el auto-injerto de los nódulos sospechosos en ratoncillos y ratones normales o alquitranados, ha continuado constantemente negativo.

En los otros cuatro ratones de que habla Russell en un segundo trabajo, existiría una suspensión del alquitrán al duodécimo mes, mientras los animales habrían sobrevivido luego otros 2-4 meses. En tres de éstos, el autor pasa por alto, afirmando que han muerto sin circunstancias especiales. En cambio, en el cuarto, habría notado la persistencia de un nódulo durísimo, considerado microscópicamente como un ósteo-sarcoma, pero en el que fracasó el auto-injerto.

Se podrá objetar que el alquitrán empleado por mí no haya sido examinado en sus cualidades oncógenas.

Duda que ha de excluirse teniendo en cuenta que el mismo alquitrán empleado en el Instituto por otros colegas, mediante pincelaciones cutáneas, ha provocado repetidamente neoplasias epiteliales malignas.

La mayor parte de los autores que se han ocupado experimentalmente de la cuestión del sarcoma por alquitrán (Yamagiwa, Suzuki, Murayama, Dupuis, Babes), han obtenido resultados negativos en sus investigaciones, aun después de repetidos experimentos en grupos más o menos numerosos de animales.

Son, por lo tanto, muy escasos los resultados de Russell, para asegurar que «la transformación sarcomatosa del tejido mesodérmico, mediante el alquitrán, sea hoy un hecho admitido generalmente». Ante todo, porque si el alquitrán desplegase realmente una acción estimulante adecuada al desarrollo sarcomatoso, debería conducir a un porcentaje menos dudoso de dichos tumores, como ocurre en los epiteliomas por alquitrán; mientras, existiría sólo un medio-uno por ciento, basándose en un criterio microscópico estructural difícil. En segundo lugar, porque un porcentaje positivo tan bajo pierde aún más valor ante los resultados nulos de numerosísimos trabajos, conducidos metódica y escrupulosamente. Finalmente por la falta positiva de confirmación biológica, con transmisión repetida en generaciones sucesivas.

Como es sabido, en los animales sometidos a un largo tratamiento con alquitrán para el epitelioma cutáneo, y en los animales con epitelioma confirmado se ha observado constantemente una toxicosis grave, demostrada a través de las lesiones de todos los órganos internos de los animales de experimentación; toxicosis que conduce a la pérdida de los poderes antiblásticos del organismo (Fichera, Piccaluga, Peracchia), constituyendo predisposición al cáncer.

Esta toxicosis por alquitrán, como demuestran las investigaciones de Russell y las mías, es bien evidente también en los animales sometidos a inyecciones subcutáneas de alquitrán; así en el décimo-duodécimo mes de experimentación en los ratoncillos y ratones, las lesiones de los órganos internos (como dice el examen anátomo-patológico e histológico que he reseñado) son muy graves, y la caída del poder oncolítico del suero señalada por primera vez por Piccaluga es en esta época casi completa (Peracchia).

No puede pensarse, por lo tanto, que sea el estado general el que contraste la evolución sarcomatosa; por lo cual creo que nuestra atención debe dirigirse al tejido conjuntivo por sus diferencias biológicas; escasa aptitud a la metamorfosis blastomatosa en las condiciones generales y locales aquí observadas, frente a la notable admitida hoy respecto a los epitelios cutáneos.

En confirmación de esta opinión, no deben olvidarse las investigaciones de Petroff y Krotkina, Maissin y Dupuis, Carrel, Murphy y Landsteiner, Wereschinski y Babès.

Por dos veces Petroff y Krotkina citan como resultado de sus experiencias de injerto embrionario asociado a inyecciones de alquitrán, de arsénico, de indol, la formación de embriones en los ratones; las cuales sólo dos veces habrían evidenciado la degeneración sarcomatosa, no confirmada, sin embargo, por la prueba biológica.

Carrel, Murphy y Landsteiner, Wereschinski, con investigaciones sobre pollitos y sobre cobayos, llegan a resultados muy dudosos respecto a formaciones tumorales malignas de tipo conjuntivo.

Finalmente, Babès, inyectando 0,5-0,7 c. c. por cada kilogramo de peso, de suspensión oleosa de alquitrán en el subcutáneo de conejos, no ha obtenido tumores propiamente dichos. Ha observado focos de necrosis, y alrededor de ellos una infiltración abundante de leucocitos eosinófilos, y a veces zonas de proliferación activa de las células del tejido conjuntivo.

Sólo las investigaciones de Fischer, de Laser y las de Bisceglie (cultivos «in vitro» de elementos celulares normales y embrionarios en presencia de agentes químicos o físicos inespecíficos, como el alquitrán, el arsénico, los rayos X, etc.), estarían en contradicción aunque indirecta con mis resultados, por el hecho de que el desarrollo de células sarcomatosas por el procedimiento citado, ha tenido lugar muchas veces.

Pero los resultados de Fischer y Laser han sido negados por sucesivas contrastaciones (Maisin, Dupuis, Landsteiner, etc.), por lo cual puede añadirse que admitiendo el caso de la metamorfosis «in vitro» no se oponen al éxito negativo obtenido por las inyecciones de alquitrán en ratones y ratoncillos. Porque «in vivo», han de tenerse en consideración las defensas que se oponen al desarrollo neoplásico, factor que no entra en juego en lo que concierne a los cultivos.

Defensas que como es sabido, y como demuestran las recientes investigaciones de Sechi respecto a la influencia del alquitrán sobre la formación heteroplástica de hueso en el riñón del conejo, se desarrollan diversamente en cada uno de los animales sometidos a un mismo tratamiento.

En conclusión; la rareza de los casos de verdaderos sarcomas obtenidos por inyección subcutánea, de los cuales sólo algunos resisten a la crítica y excepcionalmente pocos resultan avalorados por las pruebas biológicas, contrasta con la relativa frecuencia de los cánceres cutáneos provocados con el mismo medio, como también con la aseveración de la transformación blastomatosa fácil, de elementos mesodérmicos tratados «in vitro».

Dicho contraste puede explicarse, quizá, admitiendo que los elementos conjuntivales son menos sensibles que los epitelios a la situación oncógena (que el estímulo local con los fenómenos de proliferación y la toxicosis general con la caída de los poderes antiblásticos crean) y que aun «in vivo», a pesar del contacto persistente íntimo de los elementos celulares con el alquitrán, quedan defensas suficientes para impedir o limitar a pocos casos la metamorfosis neoplásica del mesénquima.

BIBLIOGRAFIA

APPELMANS. — Les Epithélio-Sarcomes. — «Archives Internat. de Médicine Exper.»; fasc. 2; 1926.

BABES. — Les injections sous-cutanées de goudron chez le lapin. — «Bull. Assoc. Fran- Etude du Cancer»; pág. 111, núm. 1; 1929.

BABES. — Sur les cellules fusiformes de l'épithélium pavimenteux stratifié semblables aux fibroblastes. — «Bull. Assoc. Franc. Etude du Cancer»; pág. 280, núm. 3; 1929.

BALBI. — Sulle alterazioni del sangue e di alcuni organi interni nel topo con cancro da catrame. — «Pathologica»; núm. 401; 1925.

BISCEGLIE und SCHAFFER. — Die Gewbezüchtung in vitro. — Berlín, Spinger, 1928.

BISCEGLIE. — De la genèse des Tumeurs. — «Le Cancer»; núm. 4; 1928.

BISCEGLIE. — Sulla produzione di sarcomi mercè innezto di poltiglia embrionale e carcinomatosa inattivata. — «Tumori»; vol. III, fasc. 2; 1929.

BLOCH und DREYFUSS. — Ueber die experimentelle Erzengung von carcinomen mit Lymphdrüsen ecc.Schwett. — «Mediz. Woch.»; núm. 45; 1921.

BORGHI. — Le alterazioni precoci, lócali e generali, negli animali catramati con speciale riguardo all'apparato reticolo-endoteliale. — «Tumori»; anno XII, fasc. 3; 1926.

BRANCATI. — Tumori sperimentali rari da stimolo (catrame, radio). — «Atti. R. Acc. Med.», Roma; fasc. 2; 1926.

BRANCATI. — Tumori sperimentali. — Atti Congr. Soc. Ital. Chir., Padova; ottobre, 1926. — «Policlin. Sez. Pratica»; núm. 48; 1926.

CARREL. — Sarcome du gourdron, de l'arsenie, de l'indol. — «Soc. de Biol.»; vol. 92-93; 1925.

CLUNET et RAULOT-LAPOINTE. — Su due sarcomi del sottocutaneo, dei ratti, dovuti a lunghe e ripetute X (radiazioni) Citato. — «Tumori».

DEELMAN. — Quelques remanques sur le cancer experimentale du goudron. — «Bull. du Cancer»; pág. 225; 1923.

DENTICI. — Ricerche sulle proliferazioni cutanee da catrame. — Atti Soc. Ital. Chir.; ottobre, 1922. — «Tumori»; fasc. 4, anno IX.

DODERLEIN. — Der Teer Krebs der Weissen Maus. Eine experimentelle studie. — «Zeitsch. f. Krébsfor.». Bd. 23, Ht. 4-5; 1926.

FIBIGER. — Acta Chirurgic. Scandinavica. — «Zeitsch. f. Krebsforsch.». Bd. 12; 1913.

FICHERA. — La lotta contro il cancro. — Ed. Zanichelli, Bologna; 1924.

FISCHER. — Eime stamm bösartiger Sarkomzellen in vitro. — «Klin. Woch.»; Ig. 3; 1924.

FISCHER. — Sur la culture indéfiniment prolongèe, en dehors de l'organisme de cellules provenaint de tumeurs malignes. — «Comptes. Rendu Sean. Soc. de Biol.»; mars; 1924.

FRANCO ed AFFONSO. — Le alterazioni precoci di alcuni organi interni dei topi trattati con catrame. — «Pathologica»; núm. 379; 1924.

KENNAWAY. — Expèriences avec quelques substances cancérogènes. — «The Britsch Medical Journ.»; número 366; 1925.

KOTZAREFF. — Deux cas de cancer expérimental ecc. — «Bull. Ass. Franc. Etude du Cancer»; número 2; 1925.

ITCHIKAWA-NAKAHARA-UWATOKO. — Etude expérimental et comparée du cancer. — «Bull. Ass. Franc.». Etude du Cancer. Núm. 5; 1924.

JOSHIAKI KAZAMA. — Recensione in Pathologica. — Giugno; 1925.

KINOSITA-KASHIWAGI-OGAWA-FUKUDA-YAMAGIWA-MURAYAMA-KANEKO.—Experimentelle Studie nüber die Resistenzsteingerung gegen Carcinom. — «Arch. Virchow.». Bd. 245; 1920.— Gam. Tokio; vol. 17; 1923; vol. 20; núm. 1; 1926.

YAMAGIWA et MURAYAMA. — The experimental production of mammary carcinoma en rabbits. — «The Journ. of cancer Research»; pág. 119; 1924.

LACASSAGNE ed MONOD. — Essai de production de cancer par iniections interstizielles de goudron dans le testicules. — «Annal. d'Anat. Path. Med. Chir.»; París; pág. 61; 1924.

LASER. — Uber Zellverbindungen in vitro als Vorbedingung für Zellwachstum. — «Extr. from the Departement of Anat. Univ. of. Chicago». Bd. 1, s. 125; 1925.

LEITCH. — Produzione sperimentale del cancro. — Conf. sul Cancro, Amsterdam, Ott.; 1922.

LEONE. — Sulla possibilità della produzione sperimentale dei tumori della vescica. — Atti Congr. Soc. Ital. Chir.; 1926.

LIPSCHUTZ. — Ricerche sulla produzione del cancro sperimentale da catrame del topo. — «Zeitsch. für Kresbforsch.». Bd. 21. Ht. 1; 1923.

LOWENTHAL. — Experimentelle Erzeugung von Sarkomendurch Intraperitoneale Teerölinjektione bei der Mars. — «Klinische Wochenschrift»; núm. 30; 1925.

LOWENTHAL. — Weitere untersuchungen über experimentelle Teersakome. — «Klinische Wochénschrift»; número 45; 1927.

LOPER et TURPIN. — Influence de la castration testiculaire sur l'évolution de greffes d'épithelioma. — «Bull. Ass. Fr. Etude du Cancer»; fasc. 6; 1925.

MAISIN. — Congresso Internat. del Cancro; Strasburgo; 1923; Refeat in «Presse Med.»; números 67-68; 1928.

MAISIN et DUPUIS. — Embryomes et Cancer. — «Revue Belge de Scien. Médical»; núm. 5; 1929.

MAISIN et JACMIN. — Méthode d'ottention de goudron non cancerigène. — «C. R. Soc. Biol.»; París; página 767; 1926.

MAISIN et PICARD. — Production experimental d'un épithelioma epidermoide de la vessie chez le rat blanc. — «C. R. Soc. Biol.»; pág. 999; 1924.

MAND e STOHR, loco citato.

MENETRIER. — Les étapes histologiques du cancer du goudron. — «Bull. Ass. Fr. Et du Cancer»; números 7-8; 1924.

MERTENS. — Ueber einige Wirkungen von paracutan angewantdten Teer. — «Zeitsch. f. Krebsforsch». Bd. 23. Ht. 4-5; 1926.

MURRAY and WOGLOM. — Experimental far cancer in mice. — «Cancer Research», Londres; página 45; 1921.

MURPHY et LANDSTEINER. — Sarcoma du goudron chez le poule. — «Journ. of Exper. Med.»; volumen 41; 1925.

NATHER. — Disposition und Krebskrankeit. — «Schweiz Med. Woch.»; núm. 31; 1924.

NORIYOSHI-KIMURA. — Produzione sperimentale di cancro per insufflazione endobronchiale di catrame. — «Recensione in Pathologica»; núm. 352; 1923.

PARODI. — Sulla produzione sperimentale di tumori epiteliali nel topo. — «Pathologica»; núm. 329, 1922; núm. 346, 1923; núm. 369, 1924; núm. 357, 1923; núm. 358, 1923.

PERACCHIA. — Milza ed oncolisi. — «Rivista di Biologia»; fasc. 3-4; vol. X.

PERACCHIA e CASTELLANO. — Ectomia della milza, e tumori da catrame dello stomaco.—«Tumori»; año 1928.

PICCALUGA. — Ricerche sperimentali sul problema dell'immunità nei tumori. — «Tumori»; anno XI; 1925.

PETROFF e KROTKINA. — Greffes, embryonnaires et tumeurs malignes. — «Bull. Ass. Fran. Etude du Cancer»; núm. 8; 1928.

PETROFF e KROTKINA. — Nouveaux cas de tumeurs malignes crées par des greffes embryonnaires.— «Bull. Ass. Franc. Etude du Cancer»; núm. 8; 1929.

POLETTINI. — Cancro sperimentale da catrame nel topo bianco. — «Pathologica»; núm. 387, 1925; número 397, 1925; núm. 349, 1923; núm. 352, 1923.

PUHR. — Ueber die durch Teer verursachten, verändernungn des nagens der Ratter. — «Zeitsch. f. Krebsforsch.». Bd. 23; 1926.

PUCCINELLI. — Influenza del tratamento col catrame sugli innesti di tumori. — «Pathologica»; número 453; 1923.

REMOND. — Las condiciones humorales de la cancerización. — «Ars Medica»; noviembre, 1925.

RUSSELL. — The experimental production of far sarcoma on mice and rats. The Invest. of the Imper. Cancer-Research. Fund.; 1923.

RUSELL. — Experimental osteo-sarcoma of rat Brit. — «Med. Journ.»; dec., 1922. — Imper. Cancer Research.; 1923.

SECHI. — Influenza del catrame sulla formazione eteroplastica di osso nel rene del coniglio. — «Rivista di Patologia Sperimentale»; núm. 1; vol. V; 1929.

SEEDORF. — Production experimental du cancer mamario chez le lapin et la souris blanche sous l'action di goudron. — «C. R. Soc. Biol.»; pág. 467; 1922.

TEUTSCHLAENDER. — Zur Histopathogenese des experimentellen Teer Krebses ecc. — «Zeitsch. f. Krebsforsch». Bd. 23. Ht. 3; 1925.

TRUFFI. — Tumori umani e sperimentali da agenti chimici. — Neoplasmi, I. S. M., Milano. 1926.

WERESCHINSKI. — Sarcome experimental chez un cobaye. — «Virchow's Arch.»; vol. 253; 1924.



Dr. ANTONIO VALLEJO NAJERA

MADRID

FIGURAS MÉDICAS

CLÍNICA Y LABORATORIO

ESTADOS PRELEUCÉMICOS

POR EL

DR. SANTIAGO CARRO

Profesor de Vías digestivas del Instituto Rubio. C. de la Real Academia Nacional de Medicina

MADRID

Es indudable que los estados leucémicos pasan por una fase de incubación y desarrollo unas veces rápida y otras lenta, durante la cual, la pobreza de síntomas clínicos no nos sugiere la sospecha del diagnóstico, encaminándolo por otros derroteros y haciéndonos perder la mejor oprutunidad para una terapéutica útil.

El profesor Pittaluga, en una reciente comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina (abril, 1930), puso de relieve la extraordinaria importancia que tiene el pronto diagnóstico de los estados preleucémicos, aportando casos clínicos de gran interés y haciendo resaltar los resultados obtenidos con el tratamiento etiológico, siempre que podamos esclarecer la verdadera causa de tales estados preleucémicos.

Uno de los enfermos citados por el doctor Pittaluga, minuciosamente historiado y seguido por nosotros, merece, por su gran interés clínico, algunas consideraciones que coinciden en un todo con la tesis sostenida por el citado Profesor.

La primera consideración es que si nos hubiéramos guiado por un solo análisis de la sangre, se nos hubiese escapado el elemento de más valor diagnóstico.

Nuestro enfermo, niño de doce años, visto por primera vez el 20 de noviembre de 1922, había aquejado un cólico, al parecer de tipo apendicular, seguido en pocos meses de cuatro más, sin otras molestias, en los intervalos de las crisis, que un poco de decaimiento y flojedad general y dolor en fosa ilíaca derecha al hacer ejercicios activos. Aspecto anémico; dolor, a la presión, en la fosa ilíaca derecha.

El estudio radiológico dió coloptosis en V por caída del ángulo hepático del colon, sin observarse adherencias, pericolitis, estenosis ni otra alteración que la estática ya consignada. Estómago hipotónico, con tonicidad normal.

Temperaturas, normales. Prueba de cutirreacción a la tuberculna, negativa. Análisis de la orina, nada anormal.

El primer análisis de la sangre dió 5.350.000 hematíes y 10.400 leucocitos, con 57 linfocitos, 3 formas de transición, 38 polinucleares neutrófilos y 2 eosinófilos por 100. Fué hecho el 23 de noviembre de 1922.

Sospechamos se tratase de un proceso de inflamación apendicular crónica y le sometimos al oportuno tratamiento. Dos semanas después, o sea el 7 de diciembre, se hizo nuevo análisis de la sangre (doctores Megías), dando 5.025.000 hematíes y 9.600 leucocitos, con 59 linfocitos, 4 formas de transición, 31 polinucleares neutrófilos, 4 eosinófilos y 2 monocitos azurófilos por 100.

Continuamos tratando al enfermo, poco satisfechos de los resultados alcanzados, si bien no había tenido crisis dolorosas, y, a mediados de febrero de 1923, aquejando algunos dolores abdominales, malestar general, astenia, inapetencia y aumento moderado del bazo, se practicó el tercer análisis de la sangre (doctor Durán de Cottes), comprobando que los hematíes habían descendido a 4.250.000 y los glóbulos blancos ascendían a 60.000, con 81 linfocitos, 14 polinucleares neutrófilos, un mononuclear grande y 4 eosinófilos por 100.

En vista de este análisis, que acusaba importantes alteraciones hemáticas, solicitamos el concurso del profesor Pittaluga, quien practicó otro análisis de la sangre a los pocos días del anterior, con el siguiente resultado: 4.100.000 glóbulos rojos, 47.000 glóbulos blancos. La fórmula leucocitaria da 10 leucocitos polinucleares neutrófilos, 5 eosinófilos, 2 Mastzellen, un metamielocito, 2 mieloblastos, 13 monocitos, 59 linfocitos propiamente dichos, 6 macrolinfocitos y linfocitoides de Pappenheim y una célula plasmática.

El doctor Pittaluga interpretó esta fórmula como de hiperleucocitosis subleucémica, poniendo de relieve:

1.º Existencia de eosinofilia relativa y absoluta (5 por 100).

2.º Movilización de formas inmaduras de la serie mieloide.

3.º Predominio extraordinario de las formas linfocitarias típicas adultas.

4.º Existencia de buen número de monocitos con gran predominio de los monocitos azurófilos (70 por 100).

5.º Gran escasez de formas linfoblásticas relativamente al número de células linfoides adultas (2 por 100). Se trataba, en fin, de un «proceso reactivo linfoide con síndrome subleucémico».

Nosotros, después de pensar en el apéndice, a la vista de estos datos, orientamos el diagnóstico en el sentido de existencia de ganglios abdominales ó proceso fímico incipiente, del que dependerían las tan acusadas reacciones linfoides.

Por la herencia luética del enfermo, el doctor Pittaluga se inclinó a atribuir al síndrome una etiología específica y, en consecuencia, se estableció una terapéutica algo activa, administrando sulfarsenol por vía endovenosa, además del tratamiento tónico general, reposo, régimen dietético, etc. Al mes y medio, la mejoría general era notable, con aumento de dos kilos y medio de peso y desaparición de la astenia, dolores abdominales y demás síntomas. El análisis (4 de marzo de 1923) hecho por el doctor Pittaluga, dió:

Hematíes	5.400.000.
Leucocitos	11.200.

Fórmula: Leucocitos polinucleares neutrófilos, 52; eosinófilos, 1; monocitos, 13, y linfocitos propiamente dichos, 32. Como se ve, la leucocitosis es ya ligerísima, y también es mucho menos pronunciada la linfocitosis.

Se insiste en el tratamiento tónico y en la medicación arsenical, y tres meses después, el 30 de mayo, el análisis de la sangre da los siguientes resultados:

Leucocitos	9.800.

Polinucleares neutrófilos, 40; leucocitos gránulobásicos o Mastzellen, 1; monocitos, 17; linfocitos propiamente dichos, 42.

El examen morfológico no demuestra alteración alguna importante en los hematíes, salvo una ligera anisocitosis y algunos hematíes con granulaciones basiófilas y azurófilas (signos de regeneración globular). El estudio de la fórmula leucocitaria demuestra una reacción linfoide algo acentuada, pero representada por células linfoides completamente normales y maduras, sin que se aprecien linfoblastos. Existe, además, una monocitosis, representada por gruesos monocitos azurófilos en su mayoría.

El enfermo siguió clínicamente bien, sin que haya vuelto a tener ninguna molestia abdominal. Actualmente, transcurridos siete años, continúa en excelente estado de salud.

El estudio de este caso sugiere, entre otras deducciones, la del enorme interés clínico que tiene la investigación hematológica reiterada para descubrir procesos preleucémicos, pues si nos hubiésemos atenido a un solo análisis, se nos hubiera escapado el elemento de mayor valor diagnóstico. Apoya también la conclusión del profesor Pittaluga, en el sentido de que el éxito terapéutico depende de un pronto diagnóstico, pues no es lo mismo luchar contra un estado preleucémico que contra una leucemia constituída, por lo que debemos siempre, ante cuadros abdominales oscuros, hipertrofias de bazo, etc., examinar cuidadosamente la sangre. Por último, las alteraciones hematológicas, al aclarar la etiología del síndrome abdominal, nos indican claramente los recursos terapéuticos a emplear.

VACUNOTERAPIA EN LAS GALACTOFORITIS Y LINFANGITIS MAMARIAS

POR EL

DR. ANTONIO GOTA GALLIGO

Director del Laboratorio Municipal de Bacteriología

ZARAGOZA

Hace bastantes años, cuando las necesidades de la vida me obligaban a simultanear el ejercicio de la profesión con las prácticas de laboratorio, me vi requerido, con inusitada frecuencia, para asistir a enfermas afectas de linfangitis y galactoforitis, sobrevenidas casi siempre en sus puerperios y cuando habían sido dadas de alta las menos veces por sus médicos, las más por las comadronas que las habían asistido.

Estas afecciones, bien diferenciadas desde el punto de vista científico, pero que el vulgo femenino de nuestra región designa con la calificación de «pelos», tiene escasa importancia desde el punto de vista individual, no así desde el social, ya que muchas veces dan al traste con una lactancia materna comenzada bajo los mejores auspicios.

Desilusionado con la ineficacia de los tratamientos en uso, que en modo alguno impedían la periodicidad de las recidivas, pensé en la preparación de autovacunas que, en último término, serían otro agente terapéutico a fracasar, más absolutamente inocuo.

Por aquel entonces estudiaba en el Laboratorio Municipal la bacteriología de las leches, lo mismo las procedentes de reses enfermas (la mamitis se daba con singular frecuencia) que la que se expendía al público y que en nuestra ciudad no se sofisticaba ni más ni menos que en las otras grandes poblaciones. Estaba habituado a usar los medios de cultivo más convenientes para aislar y cultivar los gérmenes que en las leches existen, ya porque se tratase de animales enfermos, como antes decía, o ya porque se hubiesen añadido con el agua, siempre impura, que como fraude se adicionaba.

Partí del supuesto de que la infección era producida por un agente piógeno, estrepto o estafilo, fácilmente cultivable, y al que la acidificación de la leche, con la consiguiente precipitación de la caseína, ofrecía un espléndido medio natural de vida y proliferación.

Como medio de cultivo elegí el agar, con suero de leche y el agar con leche descremada. Aseptizado el pezón, en lo posible, y ordeñada cuidadosamente la glándula, sembraba una pequeña porción del líquido en el medio mencionado. Estufa a 37º durante veinticuatro a cuarenta y ocho horas, y suspensión de los gérmenes en solución salina al 8,50 grs. por 1.000.

Media hora a 55º y dos gotas de tricresol bastaban para matar los gérmenes (en todos los casos encontré tan sólo el estafilococo); los cultivos, efectuados en agar, acreditaban su esterilidad; las inoculaciones a conejos la falta completa de toxicidad.

Con el hematímetro (hoy hubiera procedido de otro modo) dosificaba la vacuna a razón de 50 a 500 millones de gérmenes por c. c. e inyectaba, en la nalga 1 c. c. cada dos o tres días. Nunca obtuve reacción focal, ni general de importancia, y en cuanto a los resultados terapéuticos, a mi juicio, fueron muy estimables, dignos de tenerse en cuenta.

De entre los casos tratados recuerdo tres que voy a referir:

Primer caso. — Primípara, de treinta y dos años. A los catorce días de puerperio sobreviene la primera linfangitis, con fenómenos generales de extraordinaria violencia. Antitérmicos, analgésicos, cataplasmas de hielo y moderada compresión logran yugular «el pelo», que se repite seis días más tarde, y cuatro días después.

Propongo y es aceptada la autovacuna. Cultivo de la leche; se aisla un estafilococo que, convenientemente preparado, se inocula a las dosis de 100, 200, 300, 500 y 500 millones de gérmenes. No aparecen nuevos brotes de linfangitis.

Segundo caso. — A los diez y ocho días de dar a luz, violento escalofrío, intensa cefalalgia, fiebre de 40,6, ligero delirio y, más tarde, profusos sudores. Cuadro clínico completo, sin que falten las manifestaciones locales características. A los dos días ceden los síntomas. La mujer nota una disminución en la cantidad de leche. Ocho días después, nuevo ataque, repetido a los diez días. En ellos se acentúa la pérdida de secreción. Preparada una autovacuna, inyecto dosis altas, 150 millones para empezar. Ligera elevación febril, con dolor de cabeza, que cede prontamente. Se hacen diez inyecciones (de 150, 150, 200, y paulatinamente hasta 500 millones); no se observan nuevos ataques; la secreción láctea aumenta de nuevo.

Caso tercero. — Galactoforitis característica. Cede a la autovacuna empleada a dosis bajas (50 millones) y repetidas, pues no tolera cifras superiores. Ignoro por qué causa dejo de asistirla como médico; tiene un nuevo parto; en el puerperio, según mis noticias, presenta complicaciones mamarias. No se

le aplican vacunas, mas se le forma un absceso retro-mamario que hay necesidad de abrir ampliamente.

Esto nos demuestra, a mi juicio, que no puede fiarse en la vacunación como profiláctica, a larga fecha, en esta clase de procesos.

En cuanto al tratamiento, en mi modesta opinión, es tan inocuo e indoloro que bien merece la pena de experimentarse en todos los casos en que aparecen estos procesos con desesperante repetición.

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

Etiología y transmisibilidad del reumatismo poliarticular agudo, por el **Dr. P. Carrasco Martínez.**— Un volumen de 76 páginas (25'50 × 16'50 centímetros), Precio. 5 pesetas.

Editor: *Javier Morata.*—Madrid. 1930.

Igualmente que el título, que obedece al deseo del autor de desarrollar el tema propuesto por la Academia Médico-Quirúrgica, podría encabezarse este volumen «Estado actual de nuestros conocimientos sobre el reumatismo poliarticular agudo».

Desde luego nos parece muy bien orientado, habiendo sabido salir el autor con un criterio sano, adelante, sin dejarse alucinar y convencer por afirmaciones y experiencias de la parte más intrincada del problema, que es la que refiere el origen infeccioso del reumatismo poliarticular agudo.

Esto escrito con gran escrúpulo científico y con un conocimiento, podríamos decir, perfecto del asunto en sus aspectos teóricos y prácticos, es decir, el autor además de conocer una extensísima Bibliografía sobre la materia, ha vivido el problema en nuestro Marruecos, pudiendo estudiar los brotes reumatismales agudos después de grandes marchas de nuestras tropas y a través de las inclemencias del tiempo, principalmente lluvias, en la vida al aire libre de las tiendas de campaña.

Sirve de introducción a este trabajo una llamada a las estadísticas pará demostrar la importancia del problema, no ya por el elevado tanto por ciento de morbilidad y mortalidad que presentan, sino por las complicaciones, sobre todo cardíacas e inutilidades temporales y aun permanentes que lleva consigo. Alude al Comité Internacional del Reumatismo, que lleva a cabo una poderosa labor, gracias a su secretario, el doctor Van Bremen (de Amsterdam), cuyos esfuerzos son secundados en España por el profesor Rodríguez Pinilla.

Es completa la exposición en este trabajo cuando se refiere al problema etiológico.

Analiza cuatro factores:

Primer factor etiológico: el ambiente. De éste las observaciones y estadísticas son contradictorias en *climas* y *estaciones;* idem en *habitaciones;* se ve más clara la influencia de la *alimentación,* aunque necesitada de mayor estudio; referente *a profesiones y géneros de vida,* propenden más al reumatismo aquellas

que predisponen al enfriamiento o la fatiga. Entre *traumatismos* y esta afección aguda no ve esa relación tan estrecha que le señalan algunos autores.

Segundo factor: el individuo. *Raza, edad, sexo,* observaciones que nada concluyen. La *fatiga* es una causa indudable con numerosas observaciones de ejércitos en campaña; causa que se ha podido apreciar muy poco en la pasada guerra europea, indudablemente por los buenos transportes de que disponían los ejércitos. La *herencia,* mientras unas estadísticas la admiten en una elevada proporción, otros la consideran dudosa; en lo que el autor y el que suscribe estamos de acuerdo es en apreciar que «el reumatismo es hereditario solamente en el sentido de trasmitirse por este medio un conjunto de rasgos constitucionales que permitirán el desarrollo de la enfermedad dadas las condiciones desfavorables del medio en que el enfermo vive». *Constitución:* «Su importancia es cada día más grande a medida que el fracaso de las investigaciones bacteriológicas encaminadas a descubrir el germen específico, afirmo la creencia de que la enfermedad es en último término la manifestación de una especial modalidad de reacción del organismo frente a gérmenes diversos o los productos por ellos elaborados». «Al profundizar en el conocimiento de este factor constitucional, se han investigado las alteraciones o trastorno endocrino, más frecuentes en los enfermos reumáticos. Por lo que a la forma articular aguda se refiere, tres son las modalidades de estos trastornos más frecuentemente observados, las alteraciones del tiroides, las del ovario y la insuficiencia pluriglandular. Las alteraciones del tiroides son fundamentalmente de tipo hipo. Por lo que hace al ovario, su intervención se manifiesta más claramente en los casos que aparecen en la época de la pubertad o en la de la menopausia».

Tercer factor: los microbios. Dice el autor que todos los microbios que se ha pretendido enumerar como agentes etiológicos del reumatismo no pueden resistir una crítica serena. La hipótesis de la filtrabilidad del virus reumático no cuenta en la actualidad ningún defensor, añade. Y como los trabajos de estos años han ido tras el descubrimiento de un estreptococo especial, causa del reumatismo, resume los trabajos de James Craig Small sobre el «streptococcus cardio arthritidiss», que son los que más intensamente llaman hoy la atención, y contra la pretendida especificidad de este microbio opone la opinión del «Journ. of Amer. Med. Assoc.» que declara estos trabajos faltos de suficiente base experimental. Los beneficiosos efectos que se notan en la aplicación de estos sueros los carga, y creemos que con mucha razón, a la cuenta de la proteinoterapia.

Cuarto factor: la infección. Explica en este punto las tres teorías que se disputan la primacía. La *teoría diatésica,* cuya importanccia es innegable, pero que no es suficiente para explicar el desarrollo de la enfermedad. La *teoría infecciosa pura,* respecto de la cual lo más que puede decirse, según frase del profesor Sahli, es que es la «pálida imagen de una septicemia», ya que no puede ni explicar la esterilidad de la sangre y de los derrames articulares producidos durante la evolución del acceso reumático. De todas formas, la intervención de los gérmenes microbianos es indudable: así principia a demostrarse (Marañón y Tapia) la importancia de la sepsis dentaria en la explosión de los ataques reumáticos, y más todavía la localización de los microbios a nivel de las amígdalas (documentadísimo trabajo de Kaiser, más de 40.000 niños, número mucho menor de casos reumáticos en los que se les han extirpado las amígdalas) y otras sepsis locales. Finalmente da cabida en este cuadro a la *teoría anafiláctica,* única explicación que hay hoy día de que procesos reumáticos encalmados se reactiven fuertemente de súbito por medio de pequeñísimas causas, aduciendo experiencias positivas realizadas en conejos.

En la segunda parte de este trabajo analiza el doctor Carrasco Martínez la transmisibilidad del reumatismo agudo, afirmando que hoy día no se puede mantener científicamente ésta, si bien se citan casos por diferentes autores muy dignos de estudio.

Esto es, en resumen, el meritísimo trabajo del doctor Carrasco M. sobre punto de tan gran importancia y que interesa a todos por igual, al investigador con sus horizontes nuevos y al clínico práctico, porque en él se encuentran orientaciones ya sólidas que deben tenerse en cuenta para la buena dirección de un tratamiento.

Más bien que felicitar a su autor, me felicito a mí mismo por el placer de encontrar en él admirablemente condensadas mis propias tendencias.—D. G. LACAUSTRA.

La Fondation Rockefeller - Rapport annuel - 1929.
Un vol. de 426 pages (22 × 14'50 ctmts.) avec 298 gravures.

Editeur: *The Rockefeller Fondation.*—New-York. 1930.

Esta admirable Institución, reorganizada en 1929, cuya labor es mundialmente aplaudida, presenta en este volumen las Memorias de Secretaría, Tesorería, del Director de la División de Higiene Internacional y de los Directores de Ciencias médicas, naturales, sociales y humanidades, correspondientes a la labor realizada en 1929.

Es en el volumen, todo merecedor de estudio y de aplauso, todo digno de la magna obra que la Fundación se ha propuesto realizar. Pero llama poderosamente la atención lo que a la Higiene pública se refiere, y entre ello lo que afecta a fiebre amarilla, paludismo y anquilostomiasis; en la campaña

se marca el deseo de logar un tipo de campaña sanitaria proporcionada a los recursos de las poblaciones interesadas, sobre una base permanente y científica.

Señálase asimismo como una preocupación de la Fundación la formación de un cuerpo de enfermeras bien competentes y adaptadas a la misión que deben cumplir.

Fuera del aspecto médico, la Fundación Rockefeller ha dedicado gran actividad y medios durante el año 1929 al progreso y solución de los problemas sociales, así como a las humanidades.

Para nosotros, poco acostumbrados al manejo de sumas de tal consideración, bastará con decir que el capital que la Fundación poseía en 31 de diciembre es de $ 218.290.272,62 $ y que lo gastado durante dicho año en las diversas atenciones que sobre ella pesan fué $ 86.441.144,16 $.

Con tales elementos la obra realizada es admirable, pues para ello se acude, sin reparar en sacrificio alguno económico, a los elementos de mayor prestigio y valía mundiales. Por ello las páginas de este libro son de lectura útil y provechosa cual pocas.

España debiera hacer lo posible porque la Fundación fijara en ella un poco más de atención.—Doctor Horno.

Faisceau oratoire. Des paroles pour les idées des actions, des realisations. (Allocutions et discours de 1898 a 1930), par le **Dr. Louis Dartigues**. Présentation par le **Dr. Raymond Molinéry**.—Un vol. de 396 pages (25 × 15'50 centímetres).

Editeur: *Gaston Doin.*—París. 1930.

Los que han disfrutado escuchando la cálida y bella palabra del doctor Dartigues, nunca remisa y siempre oportuna y justa, sentirán un verdadero placer en la lectura de este volumen en el que su autor ha tenido la feliz idea de reunir una buena parte de su «obra hablada». Los que al autor no escucharon nunca, admirarán con la fecundidad de ideas la belleza de su expresión.

Dartigues posee el arte de la expresión y su palabra arranca siempre ovaciones clamorosas. Y como al arte, une el ingenio y a los dos la ciencia, sus obras habladas o escritas encierran siempre positivo valor. Además, siempre hay en Dartigues algo propio, personal, original, que le hace merecedor de aplausos y de estudio.

Algo de esta originalidad representa este volumen, primero de la trilogía que ha de seguir con su obra escrita y su obra científica. Cuando los tres volúmenes puedan consultarse, la obra de Dartigues se verá tal como es en su gran importancia.

El libro comienza con un capítulo bellísimo sobre la elocuencia, cuyo valor ha sido, es y será siempre inestimable; y a él siguen la mayoría de los discursos pronunciados por el autor con ocasión de sus diversas presidencias científicas o intervenciones del más variado orden. Y como es lógico, en cierto modo en estos discursos se ve la historia y la evolución de la obra de Unión Médica Latina a la que tanto entusiasmo y energía consagró Dartigues.

Pero en el libro hay también algo original, y es: que cada discurso va precedido de unas pocas líneas con las que presenta el tema fundamental, las ideas madres sobre las que la alocución está basada.

La lectura de este volumen es grata y es amena; es asimismo instructiva. La personalidad de Dartigues se ve en él con toda su magnitud.—Doctor Horno.

«**Biología y Patología de la mujer**». (Tratado de Obstetricia y Ginecología), por los profesores **Halban y Seitz,** con la colaboración de los Dres. Adler (I.), Albrecht (H.), Albrecht (O.), Aschner (B.), Baisch (K.), Dietrich (H.), Dietrich (H. A.), Drahn (F. R.), Eckelt (K.), Enfinger (H.), Engenhorn (E.), Essen (E.), Ewald (G.), Eymer (H.), Fischer (I.), Fraenkel (L.), Freund (H.), Freund (R.), Fülh (H.), Grosser, Guggisberg (H.), Guthmam (H.), Halban (J.), Hammerschlag (S.), Heynemann (Eh.), Heynemann (Th.), Hinselmann (H.), Hirsch (M.), Hitschmam (F.), Hochne (O.), Jaschke (K. Th. v.), Kehrer (E.), Keller (K.), Kermauner (Fr.), Knauer (E.), Koger (H.), Köehler (R.), Krukenberg (H.), Labhardt (H.), Lahm (W.), Laqueur (A. L.), Lenz (Fr.), Lindig (P.), Linzenmeier (G.), Lubochs (W.), Marthius (H.), Martín (E.), Mathes (P.), Matzepaner (R.), Mayer (A.), Neurath (R.), Novak (I.), Nürnberger (L.), Oertel (O.), Pancow (O.), Polano (O.), Reiflersch (K.), Reuss (A.), Schade (H.), Schiflmann (I.), Schmaltz (R.), Schmid (H. H.), Schmidt (H. R.), Schöder (R.), Schur (H.), Schwarz (E.), Seitz (L.), Sellheim (H.), Seuffert (E. v.), Sigmart (W.), Sternberg (C.), Stickel (M.), Stransky (E.), Stratz (C. H.), Taler (H.), Wagner (G. A.), Walthard (M.), Weibel (W.), Weinberger (M.), Wiesel (I.), Winter (G.), Yagle (N.). — Tomo V, traducido directamente del alemán por **Joaquín Núñez Grimaldos,** con la colaboración técnica del doctor **don Arcadio Sánchez López.**

Un tomo de 618 + 8 páginas, impresas en magnífico papel couché, con 163 grabados en negro y algunos en color, 3 láminas policromadas y 4 en negro. — Precio, 40 pesetas.

Editorial: *Plus Ultra.* — Madrid, 1930.

Durante el pasado año 1930 y conforme han ido llegando a nuestras manos los sucesivos tomos de esta admirable obra que el doctor Núñez Grimaldos se encargó de publicar en castellano con un esfuerzo digno del mayor éxito y de la gratitud de todos los médicos de habla española, hemos nosotros ido

dando cuenta a nuestros lectores de cuantas bellezas encierra la obra maestra de los autores alemanes. Hoy nos corresponde dar a conocer el tomo V y ya tenemos sobre nuestra mesa de trabajo el siguiente, pues el editor y traductor no se dan punto de reposo.

Suu contenido lo forman cuatro capítulos.

El primero debido a Guggisberg, de Berna, está dedicado a la ósteomalacia, enfermedad de enorme trascendencia en la mujer. El autor ha hecho una completa monografía, por lo que su lectura satisface plenamente, sobresaliendo lo que a la etiología y patogenia hace referencia, pues analiza de modo preciso las teorías mas en boga, y siendo de positivo valor sus consideraciones terapéuticas.

Al mismo autor se debe el siguiente capítulo sobre la clorosis, que como el anterior es algo perfecto y completo.

Kermauner, de Viena, estudia en el tercer capítulo los defectos de desarrollo de los genitales femeninos y de sus vecinos el aparato urinario y el recto. Este capítulo es magnífico y soberbiamente ilustrado; todas las malformaciones conocidas tienen una descripción y un estudio embriogénico completo y todas ellas están clasificadas, agrupadas de modo etiológico. El capítulo lleva un final dedicado al sexo dudoso, en el que los diferentes hermafroditismos encuentran su perfecta descripción.

Y Reifferscheid, de Göttingen, cierra el volumen con el capítulo dedicado a exponer las modificaciones en la forma y en el emplazamiento de los genitales femeninos, de tanta importancia en la práctica ginecológica; su descripción está hecha con gran claridad, que todavía aumenta con los múltiples esquemas y figuras con que va ilustrado.

Y así el quinto volumen de la obra de Halban y Seitz, siguiendo la norma trazada por los directores, es algo no superado y por ello admirable. La impresión dada ante la lectura del primer volumen, no solamente no decae, sino que se afirma más y más conforme vamos teniendo ante nosotros la labor de conjunto.—Doctor Horno.

Paralelo entre la cirugía clínica y la cirugía operatoria. Discurso leído en la solemne inauguración del curso de la Real Academia de Medicina de Valladolid, por el **Dr. Federico Murueta Goyena,** Académico de número. Precedido de la memoria del año 1930, leída por el Secretario perpetuo, **Dr. Isaías Bobo Diez.**— Folleto de 58 páginas (24 × 16 centímetros).

Editor: Talleres *Cuesta*.—Valladolid. 1931.

El discurso del doctor Murueta, presentado modestamente por su autor, es

un trabajo que merece ser leído y que necesariamente, después tiene que ser aplaudido.

De lo que era el antiguo cirujano (barbero, charlatán), al cirujano actual, media el abismo de los siglos que sucintamente recorre el autor, sacando deducciones, aquilatando hechos para dar la solución de la antigua divergencia entre la cirugía clínica y la cirugía operatoria: aquel problema pasó.

Pero en su expresión, el doctor Murueta vierte a raudales el fruto de su cultura y de su talento y hace una labor de análisis y crítica digna de aplauso, en la que señala las cualidades que deben adornar al cirujano de nuestros días, anatómico y clínico a un tiempo, y de una moral sana y bien templada. El discurso es merecedor de todo encomio.—Doctor Horno.

Index-Merck. Séptima Edición. — Un volumen de 656 páginas (25 × 18 centímetros), encuadernado en tela.

Editor: *E. Merck*.—Darmstadt. 1930.

Esta edición, en español, de la interesante obra de Merk, es mucho más que un catálogo, pues puede servir como libro de consulta. En él se expone brevísimamente la parte física, química, terapéutica y farmacológica del producto, seguido de los necesarios datos bibliográficos.

Este libro tiene dos secciones: en una se expone cuanto a los preparados de la casa Merck se refiere; en otra los alcaloides, principios amargos y glucósidos que no pertenecen a la casa. Lleva un índice general, uno de abreviaturas y un cuadro de pseudónimos.

El libro, es un excelente medio de orientación para el práctico y merecedor de encomio. — Doctor Horno.

SECCIÓN ANALITICA

HISTOPATOLOGIA

F. KLINGE (Viena. — *La hiperreceptibilidad a las albúminas de las articulaciones (histoanafilaxia). Estudio anatomo-patológico experimental sobre la patogénesis del reumatismo articular.* — («Zieglers Beiträge», vol., 83, página 185; 1930. Viena).

El autor inoculó albúmina (2 c. c.) en la articulación de la rodilla por cinco veces consecutivas en el término de unos cuatro meses, y aplicó después en la piel la misma sustancia, provocando de este modo una artritis y periartritis destructivas, con necrosis hialinas subendoteliales que condujeron a la ulceración. En el exudado que se produjo en el tejido conjuntivo se encontraron células histiocitarias, monocitos y elementos eosinófilos; en los músculos existía necrosis con reabsorción; en las arterias había necrosis hialinas subendoteliales que alcanzaban hasta la capa media; la pared de las venas también estaba afectada de lesiones degenerativas semejantes. De especial interés es el hallazgo de lesiones en las válvulas cardíacas, las cuales aparecían con proliferaciones mixo-edematosas, formadas por abundantes células entre las que se encontraron masas hialinas. Además, en el miocardio se encontraron nódulos intersticiales situados preferentemente en la adventicia, con necrosis e infiltración celular.

En otro tipo de experiencias, se inoculó albúmina en la rodilla por dos veces, tratándose posteriormente al animal durante varios meses con suero de inyecciones hipodérmicas, practicadas en diversas partes del cuerpo. Se originó una artritis monocito-histiocitaria con necrosis hialina en focos de la sinovial, ulceración de nódulos de grandes células.

Dos animales tratados durante algunos meses con diez inyecciones de pequeñas cantidades de albúmina, practicadas subcutáneamente en sitios diferentes, enfermaron de poliartritis difusa, localizada preferentemente en las grandes articulaciones y algunas pequeñas.

Todas las lesiones encontradas en los casos estudiados tienen microscópicamente gran semejanza con el reumatismo articular humano.—I. COSTERO.

H. GROLL (Viena). — *Para el diagnóstico del estado timo-linfático.* — («Zieglers Beiträge»; vol. 83, pág. 144; 1930. Viena).

De las investigaciones minuciosas del autor se deduce, como más importante

conclusión, el interés que tiene la investigación del contenido del bazo en nitrógeno de bases púricas para el diagnóstico exacto del *Status thymico-lymphaticus*. El aumento considerable de este factor es un indicio importante que puede permitir llegar a la seguridad en los casos dudosos.—I. COSTERO.

W. H. SCHULTZE (Viena). — *Sobre un corioepitelioma extragenital en el hombre con ginecomastia.* — («Zieglers Beiträge», vol. 84, pág. 673; 1930. Viena).

En un hombre de veinticinco años se encuentra un corioepitelioma en una formación teratoidea retroperitoneal, combinado con hipertrofia mamaria. Es el segundo caso descrito hasta ahora. La ginecomastia en los tumores se encuentra solamente cuando existen alteraciones en la función testicular, por lo que la hipertrofia en la mama en el caso estudiado no puede considerarse como una reacción específica de sustancias semejantes a las hormonas placentarias llegadas a la sangre desde el tumor.—I. COSTERO.

C. WEGELIN (Viena). — *Anatomía patológica de la anemia por los rayos Roentgen.* — («Zieglers Beiträge», vol. 84, pág. 299; 1930).

En un caso estudiado por este prestigioso autor se demostraron lesiones primitivas e intensas en la médula ósea, escasas en los ganglios linfáticos y hemosiderosis intensa del bazo y médula ósea en relación con un aumento en la hemolisis y quizá con una alteración de las células reticulares. La anemia en este caso tenía tipo aplástico, en lo que se diferencia esencialmente de las producidas por el rádium, en las cuales no está totalmente abolida la actividad de la médula ósea. En ambas formas se encuentran en la sangre normo y megaloblastos.

Según el autor, esta clase de anemias producidas por las radiaciones, deben separarse de las del tipo de Biermer. La anemia por los rayos Roentgen va generalmente acompañada con atrofia testicular grave, como consecuencia de la acción directa de las radiaciones.—I. COSTERO.

W. G. BUTOMO y J. I. SCHERRESCHEUWSKY (Berlín). — *Para la cuestión de las alteraciones menstruales en las heterotipias extragenitales.* — («Virchows Archiv.»; vol. 274, pág. 716; 1930. Berlín).

Los autores han estudiado un caso de adenoma umbilical que, como es ya conocido por la descripción de otros anteriormente publicados, aparece en las mujeres de edad media, relacionado con la menstruación. Según los estudios realizados en este caso, se demuestra en el epitelio y en las glándulas umbilicales alteraciones periódicas comparables a las uterinas durante la mens-

truuación. Los fenómenos morfológicos encontrados son: en la capa córnea, se forman cavidades llenas de células emigrantes y leucocitos, así como de células cornificadas desprendidas; las glándulas contienen restos celulares, pigmento sanguíneo, leuco y eritrocitos y moco; en el estroma hay eritrocitos libres entre las células.—I. COSTERO.

I. COSTERO (Madrid). — *Sobre la capacidad inmunizante de los autolizados musculares homólogos.* — («Zeitschr. für Krebsforschung»; vol. 33, pág. 261; 1931. Berlín).

Con el objeto de demostrar la esencia del conocido fenómeno de la falta de metástasis musculares en los tumores inoculables de Ehrlich, se han realizado experiencias para probar si con los autolizados de tejido muscular homólogo, inoculados en animales con tumores en diferentes circunstancias, se podría producir inmunidad. Los resultados de las experiencias no permiten demostrar ninguna alteración clara en el curso de los animales concerosos tratados con productos procedentes de la autólisis muscular.—*Auto-referencia.*

I. COSTERO (Madrid). — *Estudio del comportamiento de la microglia cultivada «in vitro». (Datos concernientes a su histogénesis).* — (Memorias de la «Sociedad Española de Historia Natural». 1930. Madrid).

Este admirable trabajo de Costero, hijo de una experimentación seria y continuada, avalado con un sinnúmero de microfotografías, puede resumirse, siquiera precisa para su total conocimiento, completa lectura:

Todas las variedades morfológicas descritas para la microglía normal y patológica del encéfalo, pueden reproducirse experimentalmente «in vitro».

En los cultivos de tejido nervioso logrados con la técnica usual, la microglía sufre un ciclo de transformaciónes morfológicas, dependientes en gran parte del estado físico-químico del plasma, que se repiten en cada pase y que determinan la aparición sucesiva de formas redondeadas embrionarias, elementos amiboides, células en bastoncito, formas seudopódicas y estrelladas y, por último, cuerpos gránulo-adiposos.

El desarrollo de la microglía no comienza hasta pasadas veinticuatro horas después de la siembra. Durante este tiempo de latencia del cultivo, la microglía fagocita, productos celulares de derribo (especialmente derivados de la mielina), a los que debe el aspecto groseramente granuloso de su protoplasma.

Las células de Hortega poseen «in vitro» prolongaciones seudopódicas filamentosas (seudópodos cilioides), además de los seudópodos vulgares; parece probable la existencia de estos filamentos seudopódicos en los microgliocitos de los centros nerviosos.

La microglía tiene en los cultivos una marcada tendencia a formar agrupaciones de gran número de elementos y a aglutinarse. Resultado de estas propiedades es la constitución de una serie celular limitante, que se sitúa entre la porción del coágulo licuada en torno del fragmento matriz y la que conserva su consistencia normal. Con frecuencia se forman también series ramificadas, por la agrupación de elementos bacilares, y otras diversas fusiones, morfológicamente muy variables, de las cuales tienen especial interés los aspectos sinciciales producidos por la adhesión de los extremos de las finas prolongaciones de los elementos estrellados.

Todas las anastomosis que adquieren en los explantados las células microgliales son pasajeras, se originan de modo accidental, por las especiales condiciones físico-químicas del medio y no tienen ninguna influencia sobre el desarrollo del cultivo.

Las células en bastoncito representan formas de emigración de la microglía, y los cuerpos gránulo-adiposos, elementos con escasa movilidad de traslación y gran poder fagocitario. La microglía degenerada por las malas condiciones del medio en los cultivos viejos, adopta formas morfológicamente semejantes a los cuerpos gránulo-adiposos.

Las variedades morfológicas distinguidas por Olivo y Kapel entre las células emigrantes del tejido nervioso, no tienen ninguna significación y representan variantes circunstancias de una misma estirpe celular.

La estructura de la microglía en los cultivos es semejante a la normal; la única diferencia notable estriba en la mayor laxitud del protoplasma, que se observa siempre en las células de los explantados.

Debido a la laxa estructura del coágulo, las células estrelladas, provistas de largas y prolijamente ramificadas expansiones, son menos frecuentes en los cultivos que en el encéfalo, lo que corrobora la idea de Río-Hortega de que la forma se relaciona en gran parte con la complicación de la trama del tejido.

La microglía goza de una activa movilidad en el coágulo, demostrada principalmente por el continuo desplazamiento de las vacuolas e inclusiones esféricas del protoplasma y por los cambios de posición sucesivos que experimentan de continuo los seudópodos cilioides. Los movimientos de traslación de tipo amiboide son de extraordinaria intensidad, sobre todo cuando en el trayecto a recorrer por la microglía se encuentra algún elemento que preste sólido apoyo a sus poderosos y activos seudópodos.

La facultad estereotrópica de la microglía resalta con gran claridad «in vitro» y hace que las células emigrantes se adapten de continuo a todas las suuperficies próximas, tanto vivientes (fibroblastos) como inertes (superficie

del cubre-objetos, estrías de la mica, etc.), así como a los cuerpos extraños (filamentos, etc.). Esta propiedad de la microglía explica la naturaleza de las frecuentes relaciones entre las células de Hortega del encéfalo y los restantes elementos formes, para constituir las llamadas satélites neurales, neuróglicas, vasculares, etc.

La capacidad fagocitaria de la microglía se manifiesta por el englobamiento en su protoplasma de los productos de derribo acumulados en el fragmento matriz, así como también por la captura y digestión intracelular de hematíes y leucocitos que del tejido sembrado se desprenden al plasma. También son fagocitados con gran intensidad muchos de los cuerpos extraños accidentalmente situados en el coágulo, así como los colocados experimentalmente con este fin (carmín, bacterias, hongos, etc.).

Las células de Hortega pueden detener el desarrollo invasor de ciertos gérmenes organizados (algunas bacterias y hongos que infectan ocasionalmente los cultivos), fenómeno que se realiza merced a la formación de una barrera defensiva de cuerpos gránulo-adiposos en plena actividad fagocitaria, que impide el crecimiento de la colonia en la dirección del fragmento matriz.

Los productos fagocitados por la microglía no comprometen, por ló general, la vitalidad de estas células, las cuales prosiguen su interrumpida emigración con las sustancias englobadas, transportándolas a largas distancias del punto donde se encontraron. Son particularmente demostrativas en este sentido las experiencias de fagocitosis de carmín. Se comprueba «in vitro» por tanto, la posibilidad del *Stofftrasport* por la microglía.

Las células microgliales se reproducen frecuentemente en los cultivos por división directa. Nunca hemos observado figuras mitósicas.

Todas las propiedades demostradas «in vitro» por la microglía coinciden, en sus principales características, con las que muestran los macrófagos y monocitos de los explantados.

La microglía se desarrolla en los cultivos con total independencia de la neuroglía genuina (poli y oligodendroglía) y del epitelio ependimario.

No hay ninguna diferencia notable entre los cultivos de microglía obtenidos de los fragmentos de tejido nervioso, sea cualquiera su localización topográfica. Las células de Hortega proliferan también, aun cuando el fragmento matriz proceda de un embrión muy joven (pollo de siete días de incubación), pero el desarrollo en este caso es mucho más lento y los primeros elementos aparecen más tardíamente que en el caso de partir del tejido nervioso de un embrión completamente desarrollado.

Según todos los datos recogidos en pro, sin hallar ninguno en contra, la microglía está constituída por elementos mesodérmicos que proceden de células

gérmenes (microglía potencial), situadas en todo el tejido nervioso desde edades muuy tempranas del desarrollo embrionario.—*Auto-referencia.*

PATOLOGIA GENERAL

J. A. COLLAZO (Berlín). — *Nueva contribución al estudio de la hipervitaminosis D.* — («Crónica Médica»; núm. 37; enero, 1931. Valencia).

Como es sabido, la vitamina D influye de un modo electivo sobre el metabolismo del calcio y del fósforo en el período de crecimiento y osificación, favoreciendo la fijación o retención del calcio y los fosfatos, provocando por precipitación en las zonas predispuestas, la osificación del cartílago de conjugación.

El autor en esta comunicación ha estudiado en perros, gatos y conejos en hipervitaminosis D por grandes dosis de ergoesterina irradiada, con fases de descanso, que permiten desarrollar un proceso crónico, el metabolismo de los hidratos de carbono, de los fosfatos, del calcio, de la colesterina y del glutation, y deduce las conclusiones siguientes:

1.ª El glucógeno y la glucemia ofrecen pequeñas oscilaciones que descartan una intervención importante del metabolismo de los hidrocarbonados: pequeña variación o tendencia a disminuir del primero y elevación de la segunda.

2.ª El ácido fosfórico de la sangre está aumentado a veces a valores muy elevados, el ácido fosfórico del músculo e hígado presenta una retención de sus combinaciones superior a los límites normales.

3.ª El ácido láctico de la sangre, músculos e hígado está aumentado, denunciando una insuficiencia de su resíntesis sobre el glucógeno.

4.ª El glutatión de la sangre presenta oscilaciones debajo el límite inferior de los valores normales; el de los músculos y el hígado tienen también modificaciones apreciables por debajo lo normal.

5.ª El Ca. de la sangre y el de la orina aumentan considerablemente, hipercalcemia y calciuria; el P. de la sangre y de la orina se mueve paralelamente al Ca, hiperfosfatemia y fosfaturia, bajo la influencia de la vitamina D.

6.ª El residuo seco de la sangre, músculo e hígado no ofrece variaciones importantes.

7.ª La colesterina aumenta en la sangre durante la hipervitaminosis.

8.ª En la hipervitaminosis el metabolismo de los hidratos de carbono no presenta alteraciones que expliquen la caquexia grave. Se observa una alteración del metabolismo mineral y grasa, tanto en los animales carniceros como en los vegetarianos.

9.ª El proceso fundamental que domina el cuadro de la hipervitaminosis D es la hipermineralización y la inhibición de las grandes síntesis biológicas de

productos de reserva plástica y energética, como si al romperse el equilibrio vitamínico la sinergia y coordinación funcional de las vitaminas fallara en su totalidad, polarizando el metabolismo bajo la acción intensa de la vitamina D con gran desorden e insuficiencia de los efectos de las vitaminas restantes.

10.ª La infiltración intensa de lipoides y de fosfato y carbonato de calcio en los diversos epitelios y las túnicas arteriales, coincide con el aumento, a veces considerable de calcio, fósforo y colesterol en el medio humoral. Aunque esta condición no es necesaria para producir la primera, en el caso de la hipervitaminosis grave se reúnen las dos al mismo tiempo.

Acompaña a este trabajo que el autor ha realizado en el Dep. de Biología experimental de la Universidad de Berlín, una copiosa y muy selecta bibliografía y el protocolo de experiencias.—R. Horno Liria.

MEDICINA GENERAL

W. J. MAYO (Chicago). — *El tratamiento médico del cáncer.* — («Surgery, Gynecology and Obstetrics», enero, 1931. Chicago).

Según ha dicho concisamente Lord Moynihan, el cáncer es un sucio combatiente y una de cada siete personas de más de cincuenta y cinco años muere de esa enfermedad. Ahora bien; si por el momento desatendemos a aquellos enfermos de cáncer, que son operados pronto en el curso de su enfermedad, y a aquellos que son curados por radioterapia, podemos decir, observando el promedio de la población, que el 10 por 100 de ésta tiene cáncer y el 90 por 100 restante no. El cáncer jamás se desarrolla en tejido sano. En todo lo que es analizado, tanto por la experiencia avalable cuanto por la clínica y experimentación, hay una corroborada convicción de que el cáncer no es causado por influencia alguna de fuera del organismo, sino por cambios que tienen lugar dentro del cuerpo, y de que el 90 por 100 de las personas están suficientemente bien protegidas contra las alteraciones locales ordinarias que pueden ser causa de cáncer, siempre y cuando sean susceptibles de prevenir la enfermedad. Nosotros debemos presumir que la tal protección, dado que la resistencia natural no es siempre del mismo grado, puede desarrollar en ciertas personas extremadamente susceptibles una breve fase precancerosa, en tanto que en otras únicamente desarrolla un prolongado estado de irritación crónica.

La clasificación del cáncer, de Broder, basada en el criterio establecido por el reciente trabajo de Wilson y Mac Carty, hace posible una concepción gráfica de esta enfermedad.

Los tipos menos malignos de la clasificación de Broder, grados 1 y 2, pueden ofrecer la más alta resistencia, en tanto que los tipos más severos, series

3 y 4, la más baja, según que la gravedad de la enfermedad indique una diferencia en las causas que la dominen. Si tuviésemos algún medio de medir la resistencia del individuo al cáncer, podría ser posible alguna vez el saber el tiempo en que la resistencia baja pudiera ser reforzada.

Creciendo, las células embrionarias del corion (células de Langhan) parecen células malignas en la rapidez de la división y crecimiento. La célula cancerosa, a pesar de su poder de rápido crecimiento, carece de la fuerte herencia de las células de Langhan y es mucho más susceptible que la célula normal, a influencias destructoras. Si analizamos clínicamente casos de cáncer, encontraremos que las principales causas del dolor son, el envolvimiento de nervios, la interferencia con la función de una víscera y las infecciones debidas a la rotura de tejido canceroso.

Se sabe desde hace mucho tiempo, que el cáncer en una situación relativamente estéril, en la cual no envuelve nervios y tiene sitio para su expansión sin seria presión sobre otros órganos, por ejemplo, un cáncer en el hígado, puede crecer y llegar hasta un gran tamaño sin causar al enfermo mucho dolor. En cambio, en otros casos, si un individuo tiene un cáncer de un órgano, por ejemplo, del recto, está amenazado de muerte dolorosa por invasión de la vejiga y genitales e infección; si el crecimiento puede ser evitado sin demasiado riesgo, se daría tal vez en la presencia de una invasión secundaria incurable en otra parte del cuerpo. La vida del paciente podrá así no solamente ser prolongada, sino hecha más fuerte en los estados terminales.

Uno de los métodos por los cuales el cuerpo ofrece resistencia al cáncer es la encapsulación de las células cancerosas en tejido conectivo, el cual obra como un mecanismo protector para prevenir la completa expansión. Las células cancerosas, sin embargo, pueden permanecer durante años enteros en tal «invernadero», tan sólo para romperlo en algún tiempo futuro.

Ha sido sugerido, especialmente por aquellos que trabajan en tuberculosis pulmonares, que si la lesión primaria podía ser evitada, el crecimiento secundario a menudo es diferido en su actividad por un proceso de inmunidad, una resistencia aparentada del mecanismo protector del enfermo, y que quizás éste es tan verdadero en el cáncer como en la tuberculosis.

Hablando del tratamiento médico del cáncer, sin embargo, no se piensa en el cuidado de la enfermedad, sino en aquellas medidas paliativas, las cuales pueden ayudar acrecentando la resistencia tanto como efectuando la destrucción de la célula cancerosa. ¿Estamos preparados para decir que no existen medicamentos que puedan diferir los progresos del cáncer o aumentar la resistencia del individuo que tiene ya esa enfermedad?

Se consideró durante algún tiempo que el arsénico tomado internamente aumentaba la resistencia del cuerpo y difería el crecimiento del cáncer. El

uso de plomo y oro coloidales por observadores adiestrados ha parecido tener tal efecto. Lo que necesitamos actualmente es un reconocimiento de esos posibles métodos de adquirido relieve para ver si son medios de acrecentar la resistencia del paciente a la enfermedad, y al mismo tiempo un reconocimiento de los efectos de cirugía, radioterapia, y algunos o todos los agentes que en el pasado o en el presente tuvieron la reputación de ser valiosos en el tratamiento del cáncer. Aunque la profesión médica mire con escepticismo cualquier forma no científica de tratamiento del cáncer, éste es lo suficientemente importante para ver sin prejuicios cualquier forma de tratamiento que puueda tener un valor determinado.—Doctor Horno.

I. SNAPPER (Amsterdam). — *Paratiroides y enfermedades de los huesos.* — («Bruxelles-Médical»; número especial, dedicado a las «Journées médicales de 1930. Bruselas).

Recordando las estrechas relaciones entre el funcionamiento de las glándulas endocrinas y la fisiología de los huesos, el autor, en su comunicación, menciona el caso de un enfermo de sesenta años, afecto de enfermedad poliquística de los huesos, entrañando una impotencia funcional completa por falta de calcificación del sistema óseo.

La radiografía de la pelvis, que podría parecer defectuosa, no es en realidad difícil de interpretar, atendiendo a que por la desaparición de las sales de calcio quedan apenas perceptibles los huesos coxales y los fémures. Sin embargo, existe en el enfermo una marcada hipercalcemia 23,6 por 100 en lugar del 10.

El autor, sospechando un tumor al nivel del tiroides, al intervenir y levantar esta glándula descubre un pequeño adenoma en una de las paratiroides. Ocho días después la calcemia desciende a 7 por 100; siendo sustituída la hipercalcemia por una hipocalcemia. El enfermo presenta fenómenos irritativos y tetania.

Sometido al tratamiento de inyecciones intravenosas de calcio y administración de extractos paratiroides, al cabo de un mes su calcemia vuelve a ser normal. Los huesos se han recargado suficientemente de cal para hacer las radiografías bien aparentes y el enfermo puede andar ayudándose de muletas.—R. Horno Liria.

C. A. HELLURG (Kansas). — *Enfermedad de Graves.* — («Surgery, Gynecology and Obstetrics», núm. 1; enero, 1931. Chicago).

El autor resume su trabajo con estas conclusiones:

Nuestro estudio no confirma la teoría de Warthin y Simpson, de que en la enfermedad de Graves, la glándula tiroides no es el principal factor patogénico, sino una complicación incidental, secuela de una anomalía constitucional.

Lo más importante del criterio histológico en la enfermedad de Graves no es la presencia de folículos linfáticos hiperplasiados por toda la glándula, pues en nuestras observaciones en casos de mal de Graves y tireotoxicosis, sólo el 66 por 100 tenían por tejido linfático en el tiroides; y de los casos sin síntomas clínicos de tireotoxicosis, mostraban infiltración linfocitaria el 38,5 por 100. Apareciendo en nuestros casos típicos de estado tímico-linfático, la glándula tiroides libre de linfocitos.

La infiltración linfocitaria del tiroides no es, pues, una manifestación de una latente anomalía constitucional, sino que es una sencilla respuesta local a la hiperplasia e hipersecreción de la glándula, estando nuestros resultados en completo acuerdo con la teoría de Moebius, que afirma que la hipersecreción de la glándula tiroides es la causa esencial de la enfermedad de Graves.—R. Horno Liria.

PECHO Y CORAZÓN

A. ZAMBIANCHI (Bologna). — *Sobre la posibilidad de reproducir el neumotórax terapéutico anteriormente suspendido.* — («Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi», enero, 1931. Bologna).

Después de la suspensión de un tratamiento neumotorácico, no siempre se verifica un proceso de sínfisis entre las hojas de la pleura que se ponen en contacto. El autor ha podido observar seis casos de neumotórax precedentemente suspendido, en los cuales sin alguna dificultad se pudo restablecer el neumotórax terapéutico. En otros dos casos el neumotórax no pudo ser constituído; en uno de ellos se habían verificado adherencias pleurales por pleuritis adhesiva durante el primer tratamiento; en el otro, habiendo sido suspendido el neumotórax en plena actividad del proceso tuberculoso, se constituyó en el intermedio de una córtico-pleuritis con sinequia pleural y retracción torácica. Es opinión del autor que el neumotórax terapéutico conducido con las debidas reglas de técnica y asepsia, no constituye de por sí un traumatismo suficiente a provocar procesos pleurales de adherencias.—Gil Chóliz.

G. BOCCASSINI (Venecia). — *La insulina como medio de engorde en la tuberculosis pulmonar.* — («Tubercolosi», enero, 1931. Roma).

El empleo de la insulina como medio de engorde en la tuberculosis pulmonar no está exento de peligro; el extracto insulínico es un medicamento de estímulo, frente al cual el organismo del tuberculoso en continuo equilibrio inestable, reacciona al igual que a otros remedios orgánicos o inorgánicos es-

pecíficos o no, y hay que usarlo con la misma cautela que se emplea con las diferentes sustancias activantes específicas. La insulina debe limitarse a los casos no graves, tórpidos, de marcha poco progresiva y poco extensos, en enfermos del tipo estabilizado. No debe emplearse en los tipos eréticos tan corrientes en los tuberculosos y comunísimos durante la evolución tuberculosa.

En los enfermos de formas extensas y avanzadas verdaderamente estables, puede ser empleada la insulina, siempre que estén muy debilitados, la inapetencia sea grande y el peso estacionario bajo. — GIL CHÓLIZ.

M. TORELLO CENDRA (Barcelona). — *Nuevos puntos de vista en Fisio-Patología cardíaca.* — (Tesis Doctoral. Un vol. de 54 págs. (17 por 24 centímetros), con grabados. Barcelona. 1931).

El presente trabajo queda resumido en las siguientes conclusiones:

1.ª Debe borrarse el nombre de insuficiencia cardíaca y sustituirlo siempre por el de insuficiencia circulatoria.

2.ª A los individuos con insuficiencia circulatoria cuyo origen está en el corazón, los llamaremos *cardíacos;* a los de insuficiencia circulatoria de origen renal, arterial, pulmonar o hemática, los llamaremos respectivamente *reno-cardíacos, arterio-cardíacos, neumo-cardíacos, hemo-cardíacos.*

3.ª Cuando existe un obstáculo o lesión en el aparato cardio-vascular, es compensado o forzado, sólo por la parte del mismo, que se encuentra detrás de la lesión, en el sentido de la corriente sanguínea.

4.ª El ventrículo izquierdo no está hipertrofiado en la insuficiencia mitral.

5.ª Los soplos en las cardiopatías no tienen la importancia que se les ha concedido hasta el presente.

6.ª Los soplos por sí solos no son patológicos, sean orgánicos o funcionales, aunque naturalmente la existencia de un soplo implica un fisiologismo anormal.

7.ª Los soplos funcionales son debidos a una disminución de la tonicidad de la fibra muscular cardíaca, disminución que puede estar solamente localizada en el anillo valvular.

8.ª Las alteraciones de la tonicidad no siempre están ligadas a la degeneración de la fibra muscular cardíaca (miocarditis).

9.ª El regismo del tono cardíaco está disociado, en tonus de las cavidades y tonus de los orificios, estando probablemente regida la primera por el sistema vago y la segunda por el sistema simpático.

10.ª Los denominados soplos anémicos o anorgánicos no son más que propagaciones anormales de los soplos de insuficiencia mitral funcional.

11.ª El ruido de galope es un ruido anormal cardíaco, en el que el primer tono está formado por la superposición de dos, diferentes en intensidad, timbre y duración.

12.ª Esta alteración del primer tono cardíaco, en el ruido de galope, es debida a un alargamiento del ruido muscular que entra en la formación del primer tono.—GIL CHÓLIZ.

P. BULL (Oslo). — *La toracoplastia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.* («Acta Chirurgica Scandinavica»; vol. LXVI, fasc. VI; 31 enero, 1931. Stockholmo).

Los enfermos atacados de tuberculosis pulmonar unilateral o casi unilateral, en los que el neumotórax artificial es impracticable o ineficaz, pueden ser curados por una toracoplastia extrapleural, total o parcial, combinada o no con un neumotórax o una frenicectomía.

Esta operación no debe realizarse más que cuando el médico de cabecera ha llegado a un definitivo pronóstico después de largo tiempo de observación.

El otro pulmón debe estar exento de todo signo clínico de tuberculosis o al menos éstos deben ser insignificantes y estacionarios.

La toracoplastia extrapleural se efectúa mediante una incisión para-vertebral con resección desde la primera a la décima o undécima costilla, tan hacia atrás como sea posible hasta el nivel de las apófisis transversas. Su gravedad es algo menor haciéndola en dos tiempos, pero en todo caso no lleva consigo ninguna incomodidad permanente apreciable. La anestesia local o general no influencia sensiblemente los resultados.

Debe recurrirse a la toracoplastia cuando después de tres o cuatro meses de tratamiento sanatorial el enfermo no ha mejorado y cuando el neumotórax artificial no puede practicarse con eficacia. Una indicación complementaria la constituyen las hemoptisis repetidas.

El autor ha observado que la toracoplastia cura más rápidamente las cavernas grandes y más seguramente que con un tratamiento de acción lenta.

Si después de una toracoplastia no se obtiene el colapso completo de una caverna, puede así lograrse por una neumolisis, un injerto de tejido adiposo, un plombage de parafina, un taponamiento o hasta un drenaje.

Las formas que obedecen mejor a la toracoplastia son las fibrosas crónicas; las exudativas puras son por el contrario las que presentan más riesgos operatorios.

De los enfermos que no mejoran por otros métodos, un 35 a 45 por 100 pueden salvarse con la toracoplastia recobrando por completo su capacidad de trabajo. Además un 20 por 100 obtienen un considerable beneficio temporal aunque

más tarde sucumban a su tuberculosis. Un 16 por 100 no obtienen beneficio alguno con la operación; un 6 por 100 se agravan con ella y un 10 por 100 sucumben en las ocho primeras semanas subsiguientes a la toracoplastia.

De aquí concluye el autor que todos los médicos de sanatorios y todos los prácticos o internistas debieran conocer los resultados y las indicaciones de la toracoplastia extra-pleural, ya que nadie tiene el derecho de privar de la salud a cuantos enfermos pueden beneficiarse de esta operación.—Doctor Horno.

E. CHAGAS (Río de Janeiro). — *Contribución al estudio de las alteraciones del corazón en la fiebre tifoidea. (Estudio electrocardiográfico).* — («A Folha Medica»; núm. 3; 25 enero, 1931. Río de Janeiro).

Las anomalías del electrocardiograma expresivas de defectos de las actividades del corazón en la fiebre tifoidea han sido estudiadas por Clerc y Levy, Gravier y Blanc, Lutembacher y por Chagas. Las irregularidades más frecuentes las constituyen la inversión de la onda T o su achatamiento o difasismo; son menos comunes la disminución de amplitud de R y los diferentes tipos de bloqueo intra-auricular, aurículo-ventricular e intra-ventricular.

La razón patogénica de estas anomalías debe residir o en el proceso tóxico del sistema nervioso cardio-regulador, o en alteraciones miocárdicas propiamente dichas. El autor estima que ambas causas contribuyen para determinar estas irregularidades por las razones siguientes:

a) El aspecto electrocardiográfico de los diferentes casos sometidos a observación es distinto conforme a la evolución clínica con o sin taquicardia. Los signos de bloqueo cardíaco sobrevienen en general en aquellos que no muestran aceleración del ritmo. La taquicardia lleva consigo el difasismo de la onda T, pudiendo ir acompañada de alargamiento total del complejo ventricular.

b) La existencia de manifestaciones tardías como consecuencia evidente de la infección encierra probabilidades de transformación de focos degenerativos en focos de esclerosis miocárdica.

c) La inyección venosa de emulsión de bacilos vivos en animales reproduce el difasismo de la onda T, pudiendo ocasionar también la aparición de signos de bloqueo intraventricular, según demuestran las experiencias publicadas por el autor y las que tiene en curso.

d) La sección fármaco-dinámica del neumogástrico con grandes dosis de atropina (0,006 por 100 por cinco kilogramos) produce las alteraciones de la onda T, observadas en la infección, pero no ocasiona la aparición de los signos de bloqueo.

De ello se deduce que hay casos en que predominan los fenómenos tóxicos del sistema cardio-regulador y otros en que dominan los síntomas de miocarditis. — Gil Chóliz.

W. JULLIEN (Pau). — *La evolución de los neumotórax dobles simultáneos.* — (Comunicación a las Jornadas Médicas de Zaragoza, el 11 y 12 de octubre de 1930).

En algunos años el neumotórax doble se ha hecho paso a pesar de la resistencia de sus más encarnizados enemigos.

El desarrollo del método de Forlanini pone cada día al especialista en el trance de tomar una determinación frente a una bilateralización, instituyendo un segundo neumotórax.

Mas los tisiólogos, queriendo que la colapsoterapia dé su máximo rendimiento, llegan a instituir el neumotórax doble d'emblée, en presencia de lesiones bilaterales circunscritas.

El primero ha sido más fácilmente aceptado, puesto que es menos escabroso, por los tímidos.

El neumotórax doble d'emblée cuyas primeras observaciones fueron desdichadas debido a la falta de experiencia, van siendo ahora más halagüeñas con el perfeccionamiento de su técnica.

Las complicaciones del neumotórax doble, son: más inherentes al colapso de los dos pulmones (sínfisis que hacen imposible el despegamiento, anoxemia, derrames, perforación); otras imputables a la evolución de la enfermedad y a la falta de reacción del sujeto; otras debidas a enfermedades intercurrentes.

Las sales de oro y los rayos ultravioleta, debidamente conjugados con el neumotórax doble, pueden dar felices resultados. No hace falta insistir sobre la necesidad de una cura higiénico-dietética apropiada, siendo de rigor al principio del tratamiento un reposo absoluto.—Gil Chóliz.

W. JULLIEN (Pau). — *Comunicación interpleural sobrevenida en un neumotórax doble después de dos años de instituído.* — («Revue de la Tuberculose», número 8; 1930. París).

El autor presenta el caso de una comunicación interpleural sobrevenida en el curso de un neumotórax doble después de dos años de existencia, que se produjo el día en que el enfermo manifestó brusca dificultad en la palabra, consecutiva a una embolia gaseosa.

La perforación era en válvula, no pasando el aire más que en un sentido y casi inmediatamente de la pleura derecha a la izquierda, realizando un

excelente colapso izquierdo y no teniendo alguna acción sobre el pulmón derecho.

El fenómeno no se produjo de una manera dramática, pero las consecuencias de esta comunicación fueron graves, pues las lesiones derechas evolucionaron de nuevo.

Nada permite determinar la causa provocadora de esta perforación.

El autor ha buscado en vano en la literatura médica una observación idéntica.—GIL CHÓLIZ.

J. CODINA CASTELLVI (Madrid). — *La prueba de la imagen invertida en el neumotórax selectivo.* — («La Medicina Ibera», núm. 664; 20 diciembre, 1930. Madrid).

El autor describe esta prueba que consiste en hacer una radiografía, en un caso de neumotórax selectivo, con el tórax del enfermo invertido, o sea con el diafragma en el plano superior, observando que todo el gas del hemitórax se desplaza ocupando una notable extensión que separa el diafragma de la base pulmonar.

Con esta prueba de la imagen invertida demuestra que en la localización selectiva del neumotórax intervienen como factores, además de la pérdida de elasticidad distensiva del lóbulo enfermo y la persistencia de la elasticidad retractiva, estática o estructural, el factor físico de la diferencial de densidades, factor que tal vez explica la dificultad, o la rareza, o la imposibilidad, según los autores, de la existencia de un neumotórax selectivo en la base del pulmón, estando libre de adherencias la gran cavidad de la pleura.—GIL CHÓLIZ.

J. ESPLUGUES (Valencia). — *El infiltrado de Assmann y el comienzo agudo de la tuberculosis pulmonar.* — («Crónica Médica», núm. 57; 15 enero, 1931. Valencia).

Al comienzo apical de la tuberculosis pulmonar se ha concedido siempre importancia extraordinaria, hasta llegar a considerarlo como dogma. De aquí la importancia que a la auscultación se concedía (rudeza respiratoria, espiración prolongada, respiración rumoreante y entrecortada).

Las observaciones repetidas de hechos contradictorios hicieron que Assmann formulara su doctrina del infiltrado precoz, que causó un golpe mortal a la teoría apical.

El criterio de Assmann, sentado ya sobre sólidas bases, hace radicar el foco tisiógeno inicial, en un lugar extra-apical, de situación infraclavicular

(infiltrado infraclavicular de Assmann, infiltrado precoz de Simon y Redeker, infiltrado pretísico de Ubrini), que se tiende a denominar infiltrado de Assmann. Este síntoma no es de apreciación auscultatoria, sino radiográfica, y aparece como una sombra bastante regularmente redondeada, que alcanza el tamaño desde una moneda de a peseta hasta una mandarina, situada entre el hílio y el tercio externo de la clavícula en la región intercleidohiliar. Esta sombra parece traducir un proceso de infiltración que es el comienzo del proceso tuberculoso, siendo por otra parte una lesión de reinfección de origen externo según Assmann.

La teoría de Assmann, de fundamento exclusivamente radiográfico y estadístico, se basa:

1.º En la frecuencia de la aparición del infiltrado de Assmann, quedando el vértice libre y desarrollándose a partir de él una tuberculosis evolutiva.

2.º En el posible desarrollo de pequeños focos apicales a partir de un infiltrado precoz que se reabsorbe.

3.º En la falta de casos que demuestren documentadamente con radiografías la aparición de una tuberculosis evolutiva a partir de una apicitis.

4.º En la frecuencia de cavernas en la región infraclavicular.

5.º En el valor de la estadística, que solamente da de un 7 a un 10 por 100 de casos de tuberculosis desarrollados a partir de una apicitis.

Sobre el valor tisiogenético del infiltrado precoz como *primum movens* del proceso tuberculoso, no todos los tisiólogos están conformes.

Según el autor de este trabajo dos hechos resaltan de las teorías alemanas sobre el comienzo del proceso tuberculoso. El primero e importantísimo es la forma de empezar el mal. Esa preferencia del comienzo agudo, con su cuadro sintomático, que aunque vago e indefinido tiene cierto sabor que hace pensar en la tuberculosis, presenta un valor extraordinario, es de gran interés el descubrir su momento, porque este momento es el del comienzo, el que verdaderamente permite, tras de haberse apercibido, poder establecer la precoz cura del mal, con un tanto por ciento muy grande de probabilidades de éxito; es de advertir que dada la rápida tendencia caseificante del infiltrado precoz, como lesión exudativa que es, como lesión que ocurre en un organismo sensibilizado con un cierto grado de resistencia que esta misma sensibilidad da y, por lo tanto, con tendencia a la rápida formación de un secuestro que elimine la parte más atacada, rápidamente se va a la formación de la caverna precoz, que la eliminación por vía bronquial de los productos caseosos es la principal causa de la formación de nuevos focos broncógenos, a cuyo mecanismo hay que atribuir la propagación del mal, y que, por lo tanto, hay que evitarlo a todo trance, no existiendo otro medio que el colapso pulmonar precoz a la menor señal de reblandecimiento, tanto

más eficaz cuanto más precoz; es, pues, el neumotórax artificial el tratamiento de elección del infiltrado de Assmann; en esto se hallan conformes todos los autores. Aparte el régimen dietético higiénico, que no debe de faltar, peligro de las dietas exageradas en los casos febriles indefinidos. Es, pues, importantísimo tener en cuenta que muchos de esos estados febriles indefinidos, cortos o largos, que llevan al médico preocupado, sin que pueda pensar en un diagnóstico cierto e inconmovible, y que se encajan en el grupo de las gripes, de las fiebres gástricas, de los empachos febriles, de todo ese mundo de diagnósticos frágiles que no descansan sobre bases sólidas, cuya formación sólo nace de una exploración clínica inconexa, no ayudada por otros medios más fuertes de buscar la verdad, y que descansan sobre un buen aparente estado general que tranquiliza al médico y a los familiares, son, en realidad, procesos tuberculosos que se inician. Son el principio de algo muy serio para la vida del enfermo, que abandonado al azar sólo la casualidad dirigirá su curso con todos los peligros, las tristezas y los sinsabores que esperan a un tuberculoso que empieza su carrera.

Las teorías del infiltrado de Assmann han puesto estos hechos al descubierto, han señalado el trazo de unión de esos estados febriles anfibios y las tuberculosis que luego, a *posteriori*, evolucionan, y han puesto en nuestras manos un precioso medio, la interpretación recta de una buena radiografía, para hacer un diagnóstico exacto que permita una buena terapéutica.

El segundo hecho, manifiestamente claro, puesto de relieve por las nuevas concepciones, es el fracaso rotundo de la auscultación como medio precoz para diagnosticar.

Ya desde hace tiempo muchos autores insistían en lo fácilmente equivocables que eran los juicios sentados sobre la auscultación de un sujeto. Todos sabemos las grandes sorpresas que hemos experimentado al creer que un tuberculoso apenas tenía lesiones y encontramos en la pantalla con que éstas eran extensas y graves. ¿Cuánta no es la dificultad para diagnosticar una granulia discreta por auscultación? Y es que muchas veces no queremos comprender que la existencia de zonas de pulmón bastante extensas afectas de un proceso cualquiera no dan signos estetoscópicos perceptibles, porque por su profundidad y el estar rodeadas de una capa de pulmón sano que trabaja normalmente no deja percibir más que los ruidos normales de esta zona, y porque las pequeñas lesiones dan signos tan pequeños que difícilmente se oyen. ¿No existen neumonías, las profundas, que sólo la radiografía descubre?

Pero desde que el nuevo orden de cosas sentado por las concepciones de Assmann ha alcanzado la consagración de realidad es cuando la auscultación, como base del diagnóstico, ha decaído, y puestas de manifiesto la rareza del principio apical y el poco valor clínico de las lesiones limitadas al ápice,

todo el conjunto de pequeñas modificaciones auscultatorias ha pasado, sin por ello perder el total de su valor, a un plano muy secundario para dejar el primer sitio a la radiografía, *no a la radioscopia,* pues el ojo no ve en la pantalla los detalles que luego se graban en una buena placa. Es, pues, indispensable radiografiar a todos los enfermos febriles que no puedan ser diagnosticados con certeza de un proceso definido. Es preciso, como dice Valdés Lambea, prodigar las radiografías en la gente joven a cualquier proceso sospechoso que padezcan; de esta forma y sólo de ésta, serán puestas de manifiesto precozmente las tuberculosis pulmonares, permitiendo así el tratamiento *ad hoc* y el número de curaciones aumentará notablemente.—Gil Chóliz.

G. STIRPE (Roma). — *La colesterinemia en el curso del neumotórax artificial terapéutico por tuberculosis pulmonar.* — («Tubercolosi», núm. 10; octubre de 1930. Roma).

El autor, habiendo practicado dosificaciones de la colesterina del suero de la sangre de sujetos afectos de tuberculosis pulmonar mono y bilateral, antes y después del tratamiento con el neumotórax artificial terapéutico uni y bilateral, ha encontrado un aumento del índice de colesterina en el suero después del neumotórax, aumento que ha sido más sensible en los casos de neumotórax bilateral. Hace una serie de consideraciones sobre la génesis del fenómeno.—Gil Chóliz.

CIRUGÍA GENERAL

A. GUTIERREZ, V. RUIZ y B. LABANDIBAR (Buenos Aires). — *Sobre tumores inflamatorios abdominales por cuerpo extraño.* — («Revista de Cirugía de Buenos Aires», núm. 11; noviembre, 1930. Buenos Aires).

Los autores realizan un minucioso estudio de conjunto de esta cuestión, añadiendo a las observaciones personales aquéllas que han podido reunir en la bibliografía nacional.

Designan como tumores inflamatorios diversas lesiones que se caracterizan anatómicamente por el desarrollo infiltrativo y proliferativo del proceso flogístico, y clínicamente por su evolución crónica y por simular comúnmente neoplasias malignas.

Los cuerpos extraños que los originan son de variada naturaleza, y su procedencia puede ser exógena o endógena. Los tumores inflamatorios abdominales se dividen por su localización en intracavitarios y parietales.

La patogenia de los tumores inflamatorios cuyo origen es endoentérico la interpretan así: el cuerpo extraño perfora lentamente las paredes del tubo gastro-intestinal, lo que favorece la formación de adherencias de la serosa intestinal, primero al epiplón y luego al peritoneo parietal vecino. El cuerpo extraño, al continuar su emigración hacia la superficie, da lugar a la formación de un tumor que puede ser visceral, paravisceral o parietal.

Desde el punto de vista anatomopatológico pueden adoptar distintos aspectos: en algunos, el proceso flogístico es de tipo exudativo (abcesos), y en otros de tipo infiltrativo y proliferativo, pudiendo llegar en algunas circunstancias a producir una necrosis más o menos intensa.

El diagnóstico histopatológico diferencial entre ciertos tumores inflamatorios y las neoplasias, especialmente el sarcoma, es verdaderamente difícil, pero posible, pues poseen elementos propios que los individualizan.

Clínicamente, los tumores inflamatorios parietales se presentan bajo la forma de una tumefacción localizada, de tamaño y consistencia variable a la que pueden añadirse los otros síntomas de la inflamación (rubor, dolor, calor). A estos síntomas locales se suman trastornos más o menos intensos del estado general. Como síntoma constante de los tumores viscerales los autores mencionan el dolor espontáneo con caracteres variables en cada enfermo, al que se agregan los síntomas propios del órgano afectado.

En la mayoría de los casos estos tumores evolucionan en forma tórpida e insidiosa.

Los tumores inflamatorios parietales tienen una localización variable, aunque con ligero predominio de la región umbilical; en cuanto a la forma cavitaria tienen predilección por órganos del tramo digestivo: intestino grueso y estómago. Los tumores parietales pueden confundirse con procesos neoplásicos benignos o malignos.

El diagnóstico diferencial de los tumores viscerales y las neoplasias de los mismos órganos es muy difícil desde el punto de vista clínico.

El tratamiento médico de las formas parietales puede intentarse en el comienzo de la lesión, pero lo mejor es la exéresis quirúrgica. En las formas viscerales, el tratamiento quirúrgico es el de elección, y la gravedad de la intervención varía, de acuerdo con la localización del tumor.

A continuación, los autores resumen las observaciones publicadas sobre el tema a las que agregan cuatro personales. En la primera el tumor inflamatorio localizado en la región pilórica se originó alrededor de una cinta de hilera utilizada para cubrir el píloro en una gastroenterostomía. En el segundo caso, el tumor asentaba en la región umbilical, habiendo sido causado por la acción irritativa prolongada de un hilo de seda empleado como material de sutura. En la tercera observación la tumoración que en el acto operatorio se presentó como paraintestinal, se habría originado probablemente en la pared misma del colon sigmoídeo, sobre el cual descansaba. El agente causal en este caso fué una espina de pescado. El cuarto caso está constituído por una tumoración localizada en la región umbilical, de aspecto inflamatorio, que encerraba en su interior una espina de pescado de origen entérico.

Este excelente trabajo, en el cual los autores hacen un admirable estudio, va ilustrado con multitud de grabados.—R. HORNO LIRIA.

PEDIATRIA

H. L. KRETSCHMER y W. G. HIBBS (Chicago). — *Tumores mixtos del riñón en la infancia.* — («Surgery, Gynecology and Obstetrics», núm. 1; enero de 1931. Chicago).

Los autores examinan una serie de diez y siete casos, de tipo extraño, de tumores del riñón que, aunque raros en la especie humana, son frecuentes en el cerdo. La mayor parte de los casos fueron observados cuando ya la tumoración había alcanzado un enorme tamaño, llamando la atención el hecho de que la hematuria, tan corriente en el adulto, es por el contrario rara en el niño, aun cuando se presente alguna vez. Su pronóstico es gravísimo, habiendo muerto diez y seis de los diez y siete pacientes examinados.—R. HORNO LIRIA.

G. MOURIQUAND (Lyon). — *La precarencia en el niño; sus aspectos clínicos y biológicos.* — («Bruxelles-Médical», número especial, dedicado a las «Journées Médicales de 1930». Bruselas).

Los regímenes de carencia, muy frecuentes en el niño, no alcanzan obligatoriamente manifestaciones características tales como el raquitismo, xeroftalmia, beri-beri, escorbuto, etc., sino que frecuentemente la afección no llega más que al estado de precarencia.

Este estado es difícil de diagnosticar fuera de toda noción alimenticia, pero es lo más importante, pues permite una profilaxia casi siempre eficaz y evita las alteraciones graves y a menudo irreparables de la carencia afirmada.

En lo concerniente al raquitismo deben considerarse los signos clínicos e igualmente los radiográficos, como tardíos. La precarencia raquítica se manifiesta mucho antes de la aparición de estos síntomas por una pérdida de sales de cal y de fósforo (orina) que pueden ser encontradas en los dos o tres primeros meses, mientras que el raquitismo no se instala generalmente sino más tarde, hacia el octavo o duodécimo mes.

Por lo que se refiere a la xeroftalmia (avitaminosis A), ésta no parece ser muy frecuente en la forma típica, al menos entre nosotros; pero es fácil darse cuenta experimentalmente, de que las lesiones oculares «clínicas» son precedidas varias semanas antes de su instalación, de lesiones apreciables al microscopio ocular que ceden en algunos días a la ingestión de dosis débiles de aceite de hígado de bacalao. Existiendo allí un estado de precarencia muy característico, imposible de diagnosticar sin el empleo de la técnica anteriormente indicada.

La cuestión de precarencia se presenta más a menudo aún en lo que concierne al escorbuto. Se puede decir que los regímenes escorbúticos se imponen frecuentemente al niño que reacciona raramente a esta carencia bajo la forma de escorbuto típico. Por el contrario multitud de «pequeños signos» indican la existencia latente de la distrofia: retardo de la marcha, astenia, palidez, anemia del tipo ordinario u oligosiderémica; todos estos signos desaparecen por el empleo de jugos frescos (limón, naranja), ricos en vitaminas C.

Las investigaciones llevadas a cabo por el autor le han permitido precisar un cierto número de factores que hacen pasar al organismo carente de este estado de precarencia al estado de carencia afirmada.

El desequilibrio en la ración (fuera de su insuficiencia en vitamina C) precipita a menudo estas alteraciones. Hay en ellas igualmente aumento de la actividad nutritiva; un organismo joven presenta con una misma ración escorbutígena más fácilmente signos escorbúticos que un organismo de más edad, que en las mismas circunstancias puede mantenerse en el estado de precarencia.

La ingestión de extractos tiroídeos al aumentar el metabolismo basal transforman el estado de precarencia en estado de carencia. Por el contrario, una inanición relativa obtenida mediante un régimen de carencia, no es favorable a la evolución de un escorbuto típico que se desarrolla mientras esta ración es aumentada.

Debe investigarse la relación entre la cantidad de calorías y vitaminas, pues corresponde a gran cantidad de calorías, débil cantidad de vitaminas. Por lo que se refiere a la vitamina C, cuanto más grande es la variación tanto más rápidamente se desarrolla el escorbuto.

Prácticamente, sobre todo en el niño, se encuentra más a menudo la precarencia compleja (desequilibrio de la ración carente en diversas vitaminas, avitaminosis A, B, C, etc.). Un niño que mama en estado de equilibrio, puede oponerse desde este punto de vista a un niño alimentado con biberón; pues este último, como indica la clínica (facilidad de gastroenteritis, y sobre todo de atrepsia), se encuentra en un estado de desequilibrio latente, lo mismo sucede en los tratados por leches carentes, por la esterilización, conservación, condensación, etc.

El diagnóstico precoz de estos diversos estados de precarencia, frecuentes en patología infantil, permitirá a menudo conocer y separar en sus comienzos estas graves alteraciones nutritivas, que la clínica «clásica» no puede prever ni pensar en combatir.—R. Horno Liria.

E. SALAZAR (Valladolid). — *Algunas consideraciones clínicas sobre el enfisema mediastínico y subcutáneo en la edad infantil.* — («Paidoterapia», núm. 103; enero, 1931. Barcelona).

El autor hace referencia en su estudio a unas interesantes observaciones del llamado enfisema subcutáneo, grave complicación de las afecciones respiratorias. El enfisema subcutáneo debe considerarse como una manifestación a distancia de otras más graves alteraciones enfisematosas de los pulmones y tejido conjuntivo del mediastino, la cual va seguida de muerte en el corto plazo de unas horas o de cuatro-cinco días a lo sumo.

Los casos observados fueron cuatro; en tres de ellos el enfisema fué consecutivo a bronconeumonía; el cuarto se provocó por la aspiración de un cuerpo extraño.

Estos tres casos de enfisema subcutáneo consecutivo a bronconeumonía, figuran entre otros bronconeumónicos por gripe y tos ferina observados en la inclusa de Valladolid; entre 268 bronconeumónicos observados por el autor en la Policlínica de la Facultad de Medicina y durante el mismo período de tiempo, no ha visto ningún otro caso de enfisema subcutáneo.—R. Pérez Barrachina.

E. STRANSKY (Viena). — *Sobre la etiología de la anemia alimenticia en el lactante.* — («Paidoterapia», núm. 103; enero, 1931. Barcelona).

El autor, mediante demostración experimental en animales, comprueba que empleando una alimentación impropia puede provocarse una anemia, que tiene características idénticas a la alimentación de los lactantes.

Por la invasión bacteriana del intestino delgado que se produce en la anemia perniciosa de adultos, cuya invasión no se presenta secundaria al curso de la enfermedad, sino que debe considerarse como la causa primitiva de la misma según la opinión de varios investigadores, se piensa en que la anemia «alimenticia» pueda ser ocasionada por una primitiva invasión endógena.

Esto lo demuestra también la experimentación animal como causa de la invasión bacteriana puede considerarse una falta de sustancias alimenticias accesorias, que originan una disminución de la resistencia general y por ende de la fuerza bactericida local del contenido del intestino delgado. De aquí

que cuanto tienda a aumentar las resistencias, ya sean vitaminas, ya una transfusión de sangre, tiene una gran importancia terapéutica. En cambio no tiene valor alguno la clásica terapéutica por el hierro.—R. PÉREZ BARRACHINA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

P. F. SCHNEIDER (Illinois). — *La hormona* test *para el diagnóstico precoz del embarazo.* — («Surgery, Gynecology and Obstetrics», núm. 1; enero, 1931. Chicago).

El problema del diagnóstico precoz del embarazo y su diferenciación de otros procesos pélvicos, puede realizarse actualmente con bastante exactitud merced a la prueba de Ascheim-Zondek. Prueba basada en dos hechos fundamentales: 1.º, la mujer embarazada elimina por la orina, desde los primeros días hasta el parto, grandes cantidades de la hormona del lóbulo anterior de la hipófisis; 2.º, recogida la orina que contiene esta hormona e inyectada a ratones no maduros, produce en ellos una activación de la función ovárica provocando la ovulación.

Conforme a estas ideas, el autor ha aplicado la reacción en cien casos, y aunque esta pequeña serie es inadecuada para establecer conclusiones definitivas, puede servir como base y orientación para un futuro trabajo que determine las limitaciones que han de ponerse a esta prueba.

Las conclusiones que establece el autor de este trabajo son las siguientes:

1.ª La sencillez y exactitud de la prueba, indica que tiene un valor práctico extraordinario como medio de diagnóstico, avalado, por el hecho de que el procedimiento entero puede ser completado en veinticuatro horas.

2.ª Las experiencias con esta serie de casos permiten esperar que un futuro refinamiento de técnica hará decrecer el tiempo necesario para la prueba, a ocho o doce horas.

3.ª La aplicación de esta prueba mostró su valía efectiva diferenciando inmediatamente los casos de gestación precoz de los de irregularidades menstruales debidas a otras causas, masas pélvicas simulando embarazo, etc. Primeramente esta diferenciación requirió varios días y alguna vez semanas.

4.ª La aplicación de esta prueba para el diagnóstico precoz del embarazo, excluye la instrumentación uterina, inyección de aceites yodados, trabajos operatorios pélvicos, uso terapéutico de rádium o rayos X, y tantas otras maniobras que deberían eliminarse en casos de embarazo, por los desgraciados accidentes a que dan lugar.

5.ª La rápida desaparición de la hormona después del parto y la persistencia de la reacción en casos de aborto incompleto o muerte del feto, indican que puede aprovecharse el valor de la reacción para el diagnóstico de tejido decidual retenido por aborto incompleto.

6.ª La cuestión del diagnóstico de embarazo ectópico, mola hidatidiforme y corio-epitelioma no ha sido encontrada en esta serie de casos, pero ofrece considerable campo a la futura investigación.—R. HORNO LIRIA.

C. STAJANO (Granada). — *El drenaje filiforme en las mastitis de la lactancia.* («Actualidad Médica»; núm. 74; febrero, 1931. Granada).

El autor expone la experiencia recogida en doce años de observación a la vez que de comparación entre el tratamiento clásico y el tratamiento que aconseja en el curso de las inflamaciones agudas de la glándula mamaria en pleno período de lactancia.

Expone la técnica del drenaje filiforme, sus indicaciones y contraindicaciones, para llegar a las siguientes conclusiones:

1.ª Cree útil aconsejar en la terapéutica de las mastitis de lactancia la práctica del drenaje filiforme, correctamente practicado, prescribiendo las distintas incisiones que se practican corrientemente.

2.ª Sostiene que la cirugía, bajo forma de incisiones, no sólo no es necesaria, sino que es excesiva, y es por otra parte perjudicial por sus consecuencias inmediatas (función mamaria actual) y sus reliquias tardías (lactancias ulteriores), esclerosis residuales.

3.ª Por otra parte, no está justificada: a) por la naturaleza anatómica de la región; b) por la naturaleza de la infección glandular; c) por la escasa virulencia del proceso a pesar de su sintomatología ruidosa.

4.ª El drenaje filiforme contempla la función glandular, no impidiendo la lactancia. Contempla la estética del seno. Permite repetir sin consecuencias los drenajes con el mismo resultado, si otros lóbulos participan del mismo mal. Acorta, sin duda, la evolución total del proceso.

5.ª Evita las fístulas persistentes del seno, consecutivas a drenajes quirúrgicos insuficientes y prolongados, especialmente en aquellos casos de drenajes tubulares hechos en malas condiciones.

6.ª Los accidentes de retención de leche y sus consecuencias son secundariamente mecánicos y por obstrucción. Primitivamente la retención es exclusivamente espasmódica y domina por el color (síndrome fisurario del pezón).

7.ª La profilaxia de estos accidentes consiste en la profilaxia de las afecciones del pezón, y el tratamiento de los mismos cuando ya existen.

8.ª La verdadera y práctica indicación del drenaje filiforme es en:

a) La fase inicial de retención acinosa de leche.

b) La fase supurada y enquistada de la retención lechosa.

c) No puede solucionar con la misma simplicidad dos casos de panmastitis. En estos casos es sólo un precioso adyuvante, favoreciendo el múltiple drenaje sin los inconvenientes de la múltiple incisión, requerida en estos casos muy graves de la patología mamaria.—R. PÉREZ BARRACHINA.

A. GUTIERREZ MOYANO (La Coruña). — *Valor y génesis de la sintomatología menstrual en las salpingo-ovaritis.* — («Galicia Clínica»; números de 1930 y número 2, febrero, 1931. La Coruña).

De este estudio, muy bien expuesto, el autor deduce las siguientes conclusiones:

Los procesos inflamatorios de los genitales internos modifican extraordinariamente la menstruación.

La mayor frecuencia de los cambios menstruales corresponde a las afecciones ováricas.

Dichos trastornos se repiten por el siguiente orden: dismenorrea, menorragia, irregularidad, amenorrea u oligomenorrea y metrorragia.

Cada alteración menstrual no corresponde específicamente a un determinado proceso, mas sin embargo, muchas veces reviste caracteres tan peculiares (dismenorrea premenstrual e irregularidad en las afecciones ováricas; amenorrea destilante en las tubáricas y dismenorrea mecánica en las uterinas), que constituyen una base evidente de diagnóstico.

Siempre en la sintomatología de los procesos genitales inflamatorios el estado de la función menstrual es un dato de verdadera significación práctica.

Los antecedentes menstruales expuestos con amplitud deben figurar en la historia de toda afección ginecopática. Es indispensable recogerlos metódicamente, insistiendo hasta aclararlos de una manera minuciosa, pues sólo teniendo garantía de su certeza podemos utilizarlos.—DOCTOR HORNO.

M. L. PEREZ y L. ROSENWASSER (Buenos Aires). — *Quiste de ovario tuberculoso.* — («La Semana Médica»; núm. 5; enero, 1931. Buenos Aires).

Siendo la tuberculosis del ovario bastante rara, debido a la resistencia especial de sus tejidos al bacilo tuberculoso y relativamente frecuente la de trompas y peritoneo, se admite que la infección tuberculosa es generalmente propagada por lesiones de los órganos vecinos, peritoneo o trompas, aunque también puede realizarse por vía hemática o linfática. Los tubérculos se desarrollan en la albugínea y epitelio de revestimiento y de allí se propagan a la sustancia medular, donde confluyen y dan lugar a la formación de ca-

vernas que pueden incluso hacer desaparecer el órgano, dejando múltiples adherencias.

La infección tuberculosa de un quiste puede ser primitiva, muy rara, o secundaria, que es lo más frecuente; el contenido del quiste aunque muy variable suele contener un líquido acuoso, gelatinoso o más raramente purulento; su examen puede mostrar linfocitosis, pero son extremadamente raros los bacilos de Koch.

En esta comunicación, los autores refieren el caso de una mujer de veinticuatro años, en amenorrea desde hace once meses, y que a la exploración presenta en el fondo de saco vaginal izquierdo una tumoración dura que pelotea siempre en el mismo punto, de forma irregular y del tamaño de una mandarina; en el fondo de saco vaginal derecho e hipogástrico se cree delimitar una tumoración flácida que llegaría hasta el ombligo; por palpación abdominal se aprecia una tumoración móvil, de consistencia dura, situada en la fosa ilíaca izquierda. Abierta la cavidad peritoneal, se observa un quiste de gran desarrollo, flácido y con múltiples adherencias a los órganos vecinos; el peritoneo que recubre la pared y el que reviste las asas intestinales está sembrado de pequeñas tumoraciones, del tamaño de una lenteja y de color blanquecino. El examen histopatológico del quiste reveló su origen tuberculoso, apareciendo en las preparaciones numerosas células gigantes, nódulos con degeneración caseosa, etc., aunque no se encontró el bacilo de Koch.—R. HORNO LIRIA.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

E. ESCAT y A. VIELA (Toulouse). — *Osteo-angiotripsia aplicada a ciertas hemorragias recidivantes de las arteriolas intra-óseas del tabique nasal.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.»; núm. 6; mayo, 1930. París).

Pese al concepto generalmente admitido en Rinología de que la casi totalidad de las veces las hemorragias nasales de alguna importancia, tanto por epístasis espontánea como por traumatismo o consecutivas a una intervención quirúrgica sobre el septum nasal, son consecuencia de un foco hemorrágico que radica en el tronco o los ramos de la arteria del tabique que corre en el corion de la mucosa, lo cierto es que muchas veces se observan hemorragias recidivantes que provienen de arteriolas intra-óseas de calibre superior a la media, especialmente en los casos de operaciones quirúrgicas hechas sobre la lámina perpendicular del etmoides, o más frecuentemente en el mismo vómer.

Exponen los autores cinco casos de estas hemorragias que no han cedido, ni a las cauterizaciones químicas ni gálvano-cáusticas, ni aun al taponamiento más apretado, y para cuya detención han recurrido al método que preconizan de aplastar el sitio de la hemorragia por medio de una pinza actuando a la manera de angiotribo.

Termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

Es realmente un principio de hemostasia poco clásico e incluso de utilización excepcional, pero susceptible de dar reales servicios.

Aunque se puede llegar a lograr la hemostasia con diversos instrumentos, tales como la pinza nasal para fibromas de bocados dentados, la pinza de Mounier de bocados romos, es preferible la pinza de epistasis ideada por nosotros, aunque estimamos que varias pinzas de bocados no cortantes pero potentes, pueden ejercer un aplastamiento moderado y suficiente para llenar este papel.

COMENTARIO. — Siquiera no haya sido con la intensidad y rebeldía de los casos citados por Escat y Viela, no han sido raras las ocasiones en que al practicar una resección submucosa de séptum nos ha ocurrido la desagradable sorpresa de llenarse el campo operatorio de sangre, el extirpar los espesamientos vomerales ántero-inferiores. Recordamos un caso operado no hace mucho tiempo, en el cual al resecar el pie del tabique con la gubia, se produjo una intensa hemorragia por rotura de una arteriola que a su largo corría, pudiendo verse perfectamente cómo salía el chorro de sangre, y la cual, es indudable que procedía de la arteria nutricia del vómer anormal y excesivamente desarrollada. No obstante su intensidad pudimos llegar a cohibirla mediante un taponamiento apretado.

Nuestra experiencia nos pone pues de acuerdo con los autores en cuanto a la existencia de estas hemorragias. Pero aun cuando son realmente rebeldes, discrepamos de su opinión, al menos por los casos hasta el momento observados, de que sea preciso apelar al angiotribo. El cual, por otra parte, siendo puramente intra-óseo el vaso sangrante, no se nos alcanza cómo puede llevarse a cabo esta angiotripsia en un espacio tan reducido, Y SIN PRODUCIR DESGARROS EN LAS MUCOSAS DEL SEPTUM.—J. DUERTO.

R. MORENO (Habana). — *Observaciones sobre la radical del seno maxilar por el método de Denker.* — («Revista Cubana de Oftalmología y Oto-Rino-Laringología»; núm. 5; mayo, 1930. Habana).

Expone el autor tres casos por él observados, a propósito de los cuales hace las siguientes reflexiones:

¿Es superior el Denker al Cadwel-Luc, en definitiva? Creo poder contestar esta pregunta afirmativamente, por ser según mi modo de ver, más anatómica, el poder obtener con ella más amplitud en el campo operatorio, favoreciendo

este hecho, la estrecha observación del mismo, y por consecuencia, ponernos al abrigo de las recidivas por intervenciones incompletas, como son generalmente las practicadas en campos reducidos.

Otro punto importante a notar es la conducta a seguir con la pared externa de las fosas nasales. En oposición a la técnica de Cadweld-Luc, en el Denker, por resección de dicha pared, las cavidades nasal y sinusal, que previa conservación de la mucosa externa del revistimiento nasal y la propulsión de ésta hacia el suelo del seno, dará lugar a una epitelización de toda su superficie interna, con reintegración de la mucosa, dando al método franco éxito quirúrgico por establecer una comunicación permanente.

Por último, yo creo que esta técnica tiene su indicación precisa en las sinusitis crónicas recidivantes, y aun en las crónicas simples inveteradas, reduciendo el campo de las indicaciones del Caldwel-Luc.

Algunas observaciones hemos anotado en nuestros casos. Estas son:

(A). — Inflamaciones transitorias a repetición.

(B). — Neuralgias en igual forma. — J. DUERTO.

E. ROTH (New-York). — *La simple operación mastoídea. Una técnica modificada.* («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.»; núm. 7; julio, 1930. París).

La ventaja capital de la simple mastoidectomía clásica de proporcionar una amplia visión está contrarrestada en ocasiones por inconvenientes en la cicatrización, que no tiene efecto más que a costa de la persistencia de una fístula retro-auricular de la de una cicatriz indeleble y antiestética consecutiva a la reunión de la herida (o al menos de su segmento inferior) por segunda intención, y al de la necesidad de llevar durante bastante tiempo un vendaje en la cabeza con todas las molestias que su presencia produce.

Para obviar todos estos inconvenientes, propone el autor un método que permite el cierre completo e inmediato de la incisión retro-auricular, efectuando las curas de la cavidad mastoídea por el conducto auditivo externo y a través de una ventana abierta en la pared posterior de dicho conducto que establece la comunicación entre él y la mencionada ventana.

A juicio del autor el método tiene las siguientes ventajas:

1.ª Mejor preservación del periostio del córtex mastoídeo; lo que permite una mejor curación de la herida y disminuye la frecuencia de una profunda depresión retro-auricular.

2.ª El cierre de la incisión mastoídea retro-auricular permite la unión primaria.

3.ª Está asimismo impedida la posible formación de una fístula retro-auricular persistente.

4.ª El examen visual de la cavidad mastoídea es posible durante el acto de la curación con las consiguientes ventajas.

5.ª En caso de abceso recurrente puede ser abierto por una simple incisión practicada en la pared posterior del conducto, vía preferible a la transmastoídea, tanto por que la evacuación es más fácil, toda vez que hay menos distancia a recorrer por los exudados, como por los resultados que proporcina desde el punto de vista plástico.

6.ª El vendaje de la cabeza puede ser suprimido a partir de la primera cura.

COMENTARIO. — Es indudable que la mastoidectomía clásica lleva consigo los consiguientes enojos derivados de una operación de tal naturaleza en tan visible lugar como es la región mastoídea (cicatriz poco estética, necesidad de llevar un vendaje en la cabeza durante algún tiempo..., etc.). Pero si estos inconvenientes pueden ser subsanados por el método que preconiza Roth, no creemos que éste supere al clásico en cuanto a la vigilancia de la cavidad operatoria se refiere. La visión que la brecha retroarticular proporciona de esta cavidad, es a todas luces mucho mayor que la que da una ventana por amplia que sea abierta en el espesor del conducto; por la cual, por otra parte, tampoco puede ser llevado a cabo un drenaje en tan favorables condiciones como por la herida retro-auricular.

Carecemos de experiencia sobre el mencionado procedimiento, y por lo tanto no podemos exponer una opinión más que basada en deducciones teóricas. Pero de su lectura deducimos que no juzgamos suficientes ventajas las de poder suprimir pronto el vendaje y la de proporcionar una cicatriz casi inapreciable (hay que tener en cuenta el sitio para ver que esto tiene en realidad una importancia muy secundaria) para introducir una innovación que incluso puede determinar accidentes (retención purulenta). — J. DUERTO.

J. N. ROY (Montreal). — *El método de elección para la corrección de la nariz convexa.* — («Revista Cubana de Oftalmología y Oto-Rino-Laringología»; número 6; junio, 1930. Habana).

En presencia de una nariz gibosa, hay que practicar en primer lugar un examen completo de esa región. Si existe una desviación del tabique, una cresta o una rinitis hipertrófica, debe hacerse primeramente una resección sub-mucosa, resecar la cresta o reducir el cornete inferior. Si la faringe está afectada, debe también ser tratada en consecuencia.

Se entretiene en algunas disquisiciones sobre el valor estético de las incisiones externas e internas, así como de los diferentes medios propuestos para la extirpación de las gibosidades; expone un caso muy interesante y termina su trabajo afirmando que el método de elección para la corrección de las narices convexas consiste:

1. En practicar siempre la incisión por vía endo-nasal.
2. En hacer la resección de la cresta ósea con la cizalla de doble bisel de Sheeman.
3. Y finalmente, si hay que intervenir sobre la rama ascendente del maxilar superior para disminuir la longitud de la base de la pirámide nasal y evitar un aplanamiento del vértice, debemos servirnos de la sierra de Joseph.— J. DUERTO.

C. BORRI (Torino). — *La irrigación continua de la brecha mastoídea en las mastoiditis agudas.* — («Archivio Italiano di Otologia..., etc.»; fasc. 6; junio de 1930. Torino).

Expone el autor un método de irrigación continua de la cavidad resultante de la trepanación mastoídea, que en cinco casos, algunos de ellos con graves complicaciones, le ha dado excelentes resultados, abreviando el curso post-operatorio y aliviando los sufrimientos del enfermo.

El método, basado en el principio de hacer estéril una cavidad séptica por el paso continuado de un líquido antiséptico, consiste en colocar dos tubos de goma de dos milímetros de calibre en la cavidad mastoídea, uno para la entrada y otro para la salida del líquido, colocados en la parte superior e inferior respectivamente, a través de los cuales se hace pasar una solución de Dakin, Carrel, solución de euclorina..., etc.

Según su autor, el método presenta las ventajas siguientes:

1.ª Detersión continua del foco operatorio tras la intervención, de modo que los coágulos sanguíneos no constituyan un terreno de óptimo cultivo para los gérmenes que han determinado las lesiones.

2.ª En un tiempo relativamente breve se llega a hacer aséptica una cavidad operatoria séptica, con lo que se obvian las complicaciones sépticas graves, muy frecuentes en las afecciones mastoídeas, y abrevian el período de la enfermedad.

3.ª Se disminuyen los dolores post-operatorios, quedando abolido el taponamiento de la herida con ahorro del material de cura.

COMENTARIO. — El trabajo de Borri se presta a algunas consideraciones, que no podemos, realmente, pasar por alto. Ningún inconveniente hay en admitir el método que preconiza para el tratamiento post-operatorio de las mastoiditis, siquiera a decir verdad no sea una novedad. En lo que sí lo hay es en admitir que la cavidad post-operatoria, cierre más rápidamente que con cualquier otro procedimiento; la cura seca aséptica, por ejemplo. Nosotros hemos empleado todos los procedimientos recomendados hasta la fecha y no vemos ninguna ventaja en ninguno sobre este último, auxiliado por las radiaciones U. V.

Tampoco estamos de acuerdo con la frecuencia de las complicaciones sépticas post-operatorias de las mastoiditis: en más de 300 casos intervenidos por nosotros no hemos observado ninguna. Quizás ello sea debido a la escrupulosa limpieza que hacemos del campo operatorio, no dando por terminada la operación hasta que nos convencemos de que no queda ningún foco de supuración ni ninguna célula infectada. Y por último, es de todo punto inadmisible el principio del ahorro en terapéutica quirúrgica. Además que en el mencionado procedimiento, aunque se ahorren apósitos es a costa de un mayor gasto de desinfectantes. Y váyase lo uno por lo otro.—J. DUERTO.

H. RETROUVEY (Burdeos). — *Pólipos de las fosas nasales.* — («Revue de Laringologie»; núm. 11; 15 junio, 1930. Bordeaux).

Tras un ligero estudio de la etiología y patogenia en el que pasa revista a las distintas teorías (parasitaria, nerviosa, ósea e inflamatoria) que pretenden explicar la formación de los pólipos nasales, así como de un bosquejo anatomopatológico, examina las formas clínicas de estos tumores benignos que clasifica en los tipos siguientes:

Pólipos mucosos.

Pólipos sinuso-coanales.

Pólipos coanales.

Pólipos sifilíticos, y

Pólipos sangrantes del tabique,

cuya sintomatología expone, indicando los caracteres diferenciales que les separan de la hipertrofia de cornetes y de los tumores benignos y malignos.

Se ocupa a continuación del tratamiento que debe ser exclusivamente quirúrgico, comprendiendo dos etapas: sintomática la primera, en la que se lleve a cabo la ablación; y etiológica la segunda, dirigido contra la lesión anesial causal, debiendo tener presente la rebeldía de las formas recidivantes, en las cuales las reacciones etmoidales, aun las más extensas y por vía externa, no dan más que fracasos.

COMENTARIO. — Es verdaderamente extraño, en el documentado y notable trabajo del doctor Retrouvey, *la falta de atención* que con las etmoiditis tiene al hablar del tratamiento, a las cuales no dedica más que las líneas transcritas, siendo así que es en una infección del laberinto etmoidal, donde radica el origen de estos tumores la mayoría de las veces.

Cierto es que en las formas recidivantes (ya lo dice la palabra) de nada sirve en la mayor parte de los casos ni la reacción de todas las células etmoidales, pero también es verdad que no todas las formas tienen esa tendencia a la recidiva y aunque el raspado por vía endo nasal no suele dar resultados,

una cura radical del etmoides, *no del seno maxilar* (aunque a veces sea también ésta necesaria por la frecuencia con que la sinusitis etmoidal va acompañada de la maxilar) proporciona una curación definitiva.—J. DUERTO.

U. MAGGIOROTTI (Firenze). — *Sobre las intervenciones cruentas en los lactantes.* — («Bollettino delle Malattie dell'Orechio..., etc.»; núm. 6; junio, 1930. Firenze).

Piensa el autor que la incontestable gravedad de la mastoidectomía no es más que un solo aspecto de la gravedad que todas las intervenciones cruentas tienen en el lactante. De las diferentes teorías enunciadas para explicar la muerte rápida en hipertermia y palidez, deduce algunas reglas que, a su juicio, pueden servir de guía al cirujano. Son las siguientes:

1.ª Si se sospecha un estado tímico-linfático, deben ponerse en práctica todos los tratamientos dietéticos y terapéuticos propios de la diatesis exudativa, antes y después de la intervención.

2.ª Recurrir todo lo menos posible a la anestesia general, especialmente demasiado prolongada.

3.ª Si la operación no es evitable, ser relativamente precoces, para poder obrar en un organismo que no esté demasiado intoxicado.

4.ª Evitar en cuanto sea posible la pérdida de sangre, a lo que el lactante es muy sensible.

5.ª Practicar una aspiración de sangre cuando se intervenga en regiones que pueden permitir su deglución e inhalación.

6.ª Reducir la intervención al mínimun posible, traumatizando lo menos posible y procediendo con la mayor rapidez.

7.ª Habida cuenta de que los primeros síntomas aparecen con las primeras ingestiones de leche, no deben suministrarse al lactante operado más que bebidas débilmente alcalinas en las primeras veinticuatro horas.

8.ª Siguiendo el consejo de algunos autores, pueden ponerse a título profiláctico del edema pulmonar y de complicaciones catarrales, revulsivos débiles dentro de las cuarenta y ocho primeras horas.

COMENTARIOS. — Muchas han sido las teorías que para explicar la muerte súbita de los lactantes operados se han emitido, sin que a decir verdad ninguna aporte datos que permitan considerarla como algo más que una simple teoría. Que si la hemorragia; que si el *choc;* que si la virulencia del microorganismo; que si la meningitis sobreaguda; que si la muerte tímica; todas estas causas se han invocado como factores patogénicos, sin que ninguno aduzca la más insignificante prueba.

En un anterior trabajo nuestro (1), decíamos: «*Para nosotros un hecho resalta terminante, y es, que con el empleo de la anestesia general morían muchos niños operados de mastoiditis, sin que pudiese aseverarse de un modo rotundo cuál era la causa de su muerte, y en cambio con el empleo de la anestesia local hemos visto que esta lamentable terminación ha sido eliminada de las estadísticas*», y más adelante: «*La verdadera importancia, por el contrario, estriba en la anestesia general y en la dilación de la intervención operatoria, y de acuerdo con este criterio, estimamos que los niños afectos de mastoiditis deben ser operados muy PRECOZMENTE Y NUNCA BAJO ANESTESIA GENERAL*». Por lo tanto, para nosotros las reglas que de las enunciadas por Maggiorotti tienen interés, son la segunda y tercera, que creemos fundamentales, no siendo las restantes más que meramente accesorias.—J. DUERTO.

E. FELDSTEIN (París). — *La amigdalectomía simplificada en el niño.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.»; núm. 6; junio, 1930. París).

Describe el autor su procedimiento de amigdalectomía, simple, rápido y desprovisto de peligro, según dice, que consiste en liberar la amígdala por medio de la sección de las adherencias entre este órgano y el pilar anterior primero, de la del pliegue de His después y del recesus palatino por último, por medio de una hoz especial, que no se diferencia de la de Ruault, más que por ser cortante en una de sus caras, a fin de permitir el despegamiento por el plano de clivage, conseguido lo cual, y no estando ya la amígdala unida a su celda más que por su polo inferior, se extirpa por medio de pinza de Ruault, como en el procedimiento clásico.

COMENTARIO. — Es indudable que frente al antiguo criterio de no extirpar más que la porción exuberante de las amígdalas hipertrofiadas en los niños practicando más bien una amigdalectomía, impropio nombre con que se designa a lo que es verdaderamente una amigdalectomía parcial, se alza la moderna tendencia de extirpar por completo todo el órgano; y aunque es cierto que se abusa con demasiada frecuencia de esta intervención, no hay razón para *practicada en los casos en que realmente está indicada,* se efectúe una operación incompleta, que como la extirpación parcial no resuelve el problema. Conformes, pues, con Feldstein, en que la sola operación que debe ejecutarse es la amigdalectomía, *a condición de que la indicación operatoria sea bien precisada.*

No podemos, en cambio, participar de su opinión en lo que al método se refiere, pues aun cuando es verdad que gracias al despegamiento la operación pierde mucho del carácter peligroso que toda intervención, a base del inútil

(1) Duerto. — «*La anestesia local en cirugía mastoidea infantil*». — «Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades», 14 julio, 1928.

y perjudicial instrumento de Ruault, reviste; también es cierto que el peligro de una hemorragia cataclísmica por herida de la carótida, subsiste.

Además, pese a la simplicidad que su autor le asigna, es bastante complicado, sobre todo si se compara con el procedimiento de Sluder, que es la sencillez misma. Y no digamos nada de la ausencia de peligro que hay con este procedimiento, que seguimos reputando como insustituíble en la amigdalectomía de la infancia.—J. DUERTO.

OFTALMOLOGÍA

A. VAN LINT (Bruselas). — *Sobre la extracción extracapsular de la catarata.* — («Bruxelles-Médical», número extraordinario, dedicado a las «Journées Médicales de 1930». Bruselas).

El doctor Van Lint, profesor agregado de la Universidad, se ocupa en este trabajo de la operación de la catarata, asunto siempre de actualidad en oculística.

Después de pasar revista a las diferentes mejoras que ha introducido en la técnica quirúrgica, después de treinta años de experiencias, y algunas de las cuales, como la parálisis temporal provocada de los párpados, son universalmente adoptadas; aconseja la extracción lateral extracapsular de la catarata, procedimiento que ya describió en 1926, este método que da toda garantía, pone al abrigo de la catarata secundaria y permite operar cataratas no maduras, devolviendo así a sus ocupaciones a enfermos que durante años estuvieron incapacitados para el trabajo.—R. Loscos.

WORMS y SOURDILLE (París). — *Importancia del éxtasis papilar en el diagnóstico entre encefalitis epidémica y tumor cerebral.* — («Archives d'Ophtalmologie», abril, 1930. París).

Presentan un caso interesantísimo, cuya historia clínica resumida es la siguiente: enfermo sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, que en abril de 1923 empieza con fiebre, sialorrea, dolores articulares, estrabismo interno, diplopia, siendo diagnosticado de encefalitis epidémica. Un año después aparecen crisis muy pasajeras de hipertensión cerebral que se reproducen y duran hasta el año 1926, en cuya época se presentó por primera vez un éxtasis papilar bilateral. Se practican en fechas distintas tres punciones lumbares que si bien de momento mejoraban al paciente, en seguida quedaba igual; al poco tiempo se le hizo una trepanación decompresiva, experimentando

con ella una mejoría transitoria, volviéndose a presentarse los mismos accidentes cuatro meses después. Un tratamiento de inyecciones intravenosas de salicilato de sosa y luego de urotropina hacen que el enfermo mejore notablemente hasta el extremo de hacer vida casi normal, hasta julio de 1929, en cuya época a pesar de aquella mejoría, vuelve a perder la vista y aumentar el éxtasis papilar. Se le hace una ventriculografía que revela la presencia de un tumor cerebral en el lado izquierdo. Se le practica una intervención quirúrgica y se extrae el tumor, que era alargado en el sentido de la rama horizontal de la rama horizontal de la cisura de Sylvio.

El enfermo, al poco tiempo, tenía la agudeza visual casi normal; los discos papilares muy pálidos y aplanados; los vasos normales; su estado general notablemente mejorado, pudiendo dedicarse a sus ocupaciones, en un regimiento de infantería de la guarnición de París.—R. Loscos.

C. DUVERGER y E. VELTER (París). — *El tratamiento quirúrgico del glaucoma crónico.* — («Archives d'Ophtalmologie», enero, 1930. París).

Aclaran primeramente el significado del término «glaucoma crónico», ya que hay unos cuantos estados patológicos del ojo en los cuales hay hipertensión permanente y no deben ser considerados como glaucomas; hay una serie de hipertonías en las que conocemos bien la causa (afecciones inflamatorias de córnea e iris, sinequias anteriores y posteriores, leucomas adherentes, estafilomas, traumatismos y luxaciones de cristalino, tumores intraoculares, etc.), pero no son sino hipertonías secundarias que no reclaman un tratamiento quirúrgico contra dicha hipertensión, sino un tratamiento etiológico variable según los casos.

Hay írido-ciclitis y coroiditis muy atenuadas que durante muchos años han han sido consideradas como glaucomas, ya que el único síntoma era el aumento de tensión, pero hoy con los medios de exploración de que disponemos, el microscopio corneal, han podido diagnosticarse. Con esta precisión de diagnóstico, se ha podido limitar exactamente el dominio del glaucoma crónico verdadero y separarlo de las hipertonías inflamatorias, de evolución lenta, pudiendo así limitar el tratamiento quirúrgico contra la hipertensión; esta intervención es inútil cuando hay probabilidades de verla desaparecer con un tratamiento médico apropiado a la enfermedad inflamatoria causal.

Quedan por lo tanto como glaucoma crónico primitivo las hipertonías en las cuales es imposible encontrar o suponer la causa por todos los procedimientos de examen disponibles; como entonces no puede usarse una terapéutica etiológica, hay que recurrir al tratamiento sintomático, o sea, a combatir la elevación del tono ocular.

Con el tratamiento médico, usando los mióticos, se obtienen buenos resultados, pero finalmente fracasan, habiendo necesidad de recurrir al quirúrgico. Se

muestran los autores partidarios de la esclerecto-iridectomía de Lagrange, con alguna pequeña modificación por ellos impuesta, cuyos tiempos son:

1.º Incisión con cuchillo de Graefe del colgajo escleral y del colgajo conjuntival por punción y contrapunción a un milímetro por detrás del limbo, distanciadas una de la otra de 5 a 6 mm. máximo.

2.º La disección minuciosa con el cuchillo de Graefe del colgajo conjuntival hasta la línea de adherencia de la conjuntiva al limbo.

3.º La resección del colgajo escleral con el cuchillo de Graefe, dirigiendo el corte hacia atrás y abajo.

4.º Iridectomía periférica.

Hacen los autores algunas consideraciones comparando su técnica con otras (Elliott, iridectomía de Graefe), y terminan afirmando que la esclerecto-iridectomía es en el momento actual la mejor terapéutica quirúrgica del glaucoma crónico simple primitivo, habiendo obtenido ellos el 93 por 100 de curaciones en su estadística de 150 operaciones de Lagrange hechas en quince años.—R. Loscos.

J. BISTIS (Atenas). — *El papel del simpático en el glaucoma.* — («Archives d' Ophtalmologie», febrero, 1930. París).

Muchas son las teorías invocadas para explicar la génesis del glaucoma primitivo y la causa del aumento de la tensión. De Graefe se explica dicho aumento por una *coroiditis serosa*. Donders (1862) una exageración de las secreciones intraoculares consecutiva a una irritación de los nervios secretorios. Jeager, un trastorno nutritivo determinado por lesiones vasculares. Ulrich (1884), admite una alteración y obliteración de los vasos del iris con hiperemia consecutiva de los procesos ciliares e hipersecreción. Coccius, admite una retracción de la esclerótica que disminuye el volumen del ojo comprimiendo su contenido. Priestley-Smith cree en la dificultad de excreción de los líquidos posteriores del ojo a causa de un estrechamiento del espacio comprendido entre el cristalino y los procesos ciliares. Knies (1876), admite la obliteración del ángulo írido-periquerático por inflamación local. Wecker explica el aumento de la tensión por lesiones orgánicas. Para Panas y Rochon-Dewigneaud, la arterioesclerosis retiniana es uno de los fenómenos capitales del estado glaucomatoso.

Hace el autor una ligera crítica de todas estas teorías; todas las alteraciones descritas por sus partidarios son de desarrollo lento, y el glaucoma puede presentarse súbitamente como sucede con la forma aguda, recurriendo para su explicación al sistema nervioso.

Adamueck, excitando el simpático cervical en el perro y en el gato, ha observado un aumento de la tensión ocular seguida de disminución. Jonnesco

(1900), en doce resecciones de simpático cervical por glaucoma tuvo seis mejorías.

Describe sus experiencias hechas con seis conejos, a los cuales con corriente farádica excitaba el simpático cervical, habiendo conseguido en todos un aumento de la tensión ocular de 5 a 10 mm. Hg.; de estas pruebas saca la consecuencia que la excitación del simpático cervical puede causar una elevación transitoria de la tensión intraocular, contribuyendo al desarrollo del glaucoma, si bien para que pueda obrar este desequilibrio nervioso es necesario un terreno preparado por condiciones locales y generales, como la rigidez de la esclerótica, los vicios de refracción, la arterio-esclerosis y trastornos de las glándulas de secreción interna.—R. Loscos.

W. H. MELANOWSKI (Varsovia). — *El puente conjuntival en la esclerectoiridectomía de Lagrange.* — («Archives d'Ophtalmologie», febrero, 1930. París).

El colgajo conjuntival que recubre la fístula escleral en las operaciones para combatir el glaucoma, tiene una importancia grandiosa. Su adherencia imperfecta, una soldadura incorrecta puede dar lugar a una infección secundaria; la cicatrización del colgajo puede determinar un reflejo insuficiente de líquido intraocular bajo la conjuntiva.

Estudia ligeramente las técnicas de diferentes autores, y termina con la suya, cuuya modificación principal es el colgajo; hace la punción y la contrapunción, la primera al nivel de la I hora, y la segunda de las X horas; una vez hecha la escisión de una lengüeta escleral de 0,5 a 0,7 mm. de altura, hace el colgajo conjuntival como para la extracción de la catarata, pero diferenciándose de éste en que lo desvía hacia afuera; practica después la esclerectomía y la iridectomía con gran facilidad mientras un ayudante mantiene con unas pinzas el congajo conjuntival. Con esta técnica se evitan los puntos de sutura y no complica nada los diferentes tiempos de la intervención.—R. Loscos.

A. CAMISON (Santander). — *Valor del análisis bacteriológico de la conjuntiva como examen previo en cirugía ocular.* — («Páginas Médicas», núm. 2; 25 de enero, 1931. Santander).

Deduce el autor, de cuanto expone detenidamente, que el simple examen en frotis, sin más comprobaciones, aun cuando éstas sean numerosas, es un método que conduce a desagradables sorpresas; cuando son negativos tienen valor nulo desde el punto de vista de la profilaxis quirúrgica.

El método de Ehchnig-Ulbrich, según el autor de este trabajo le hace confiar hasta el extremo de desechar la idea de una infección postoperatoria de origen exógeno.

En los casos de conjuntivas impuras, el tratamiento profiláctico de Betti, hoy ya tan extendido y comprobado en oftalmología, destruye los gérmenes con tal rapidez, que a los cinco o seis días de su empleo, podemos intervenir, porque las más delicadas técnicas de examen no consiguen descubrir la existencia de agentes patógenos para el globo ocular.—R. Loscos.

G. BIETTI (Florencia). — *Investigación del «Bacterium Granulosis» (Noguchi) y observaciones sobre su valor en la etiología del tracoma.* — («Bollettino d'Oculistica», octubre, 1930. Florencia).

En septiembre de 1927, Noguchi provocó en el chimpancé y en el macacus Rhesus una conjuntivitis granular semejante al tracoma con panus y cicatrices inoculando en las conjuntivas de aquéllos un gérmen Gram-negativo por el aislado, en cuatro o cinco casos de tracoma cicatricial.

En el material obtenido por Noguchi, mediante expresión de los folículos tracomatosos en cinco casos de tracoma, diluído en una solución salina estéril, aisló, entre otros, dos tipos de gérmenes muy pequeños Gram-negativos; de estos dos, uno era semejante al bacilo del xerosis, pero más pequeño y Gram-negativo. En los cultivos jóvenes media 0,25 a 0,30 micras de ancho por 0,80 a 0,25 micras de largo; una característica era la movilidad; crecía en cultivo de agar con sangre o suero, mejor de caballo que de conejo y mejor a 30 grados que a 37. A las cuarenta y ocho horas aparecía una colonia pequeña grisácea que después cambiaba poco a poco hasta tomar un tinte amarillento como en los cuultivos viejos. Noguchi le dió el nombre de *Bacterium granulosis.*

Inoculando este germen en las conjuntivas oculares de los simios, se presentaban lesiones análogas al tracoma, encontrándose en los folículos el germen que se inoculó, así como una constitución histológica semejante a la del folículo tracomatoso del hombre.

Addanio, Linderer, Morax, creen que el germen descrito por Noguchi no es el agente específico del tracoma; otros lo han encontrado en algunos casos de tracoma.

Bietti describe detalladamente su técnica seguida para llegar a poder aislar el germen en cuestión; dice que dadas las características morfológicas y culturales, cree que el germen por él aislado es el mismo que describió Noguchi con el nombre de Bacterium granuloso; ahora bien, las pruebas de inoculación y trasmisión del tracoma, no están tan conformes con Noguchi, pues no ha podido obtener resultado positivo más que en dos casos de diez y seis;

cree como otros autores, que da lugar a la aparición de folículos parecidos al del tracoma humano, pero sin ser granulosos.—R. Loscos.

M. FILIPPO (Florencia). — *Sobre el blefarochalasis.* — («Bollettino d'Oculistica», octubre, 1930. Florencia).

Ha estudiado clínica e histológicamente cuatro casos de blefarochalasis típica en mujeres en las cuales parece ser más frecuente que en el hombre. El autor pone de relieve las alteraciones observadas en los capilares y linfáticos de la piel del párpado afecto. Tras un examen detenido admite que dicha afección se manifiesta en individuos con diatesis especial que obra de factor predisponente y de otro determinado representado por una alteración hormónica asociada o del tracoma humano, pero sin ser granulosos.—R. Loscos.

DEJEAN (Montpellier). — *La hemianopsia bi-nasal.* — («Archives d'Ophtalmologie», abril, 1930. París).

La hemianopsia bi-nasal es la supresión de los dos hemicampos visuales internos, derecho e izquierdo, admitiendo generalmente que es debida a la compresión bilateral del quiasma por lesión simétrica de sus bordes derecho e izquierdo.

Son muy diferenciadas las observaciones de hemianopsia bi-nasal; un solo síntoma las une y es, la forma del campo visual. Hace el autor dos grupos: primero, aquellas que se acompañan de lesiones oftalmoscópicas, y segundo, las que carecen de éstas.

Las primeras son más numerosas y están caracterizadas por la presencia de una atrofia óptica. Rakowicz observó el escotoma bi-nasal en un individuo afecto de neuritis óptica bilateral; se presentaba después una atrofia del nervio y al mismo tiempo el campo visual se oscurecía. Es una atrofia óptica en evolución pasando por una fase de hemianopsia bi-nasal. Esta evolución ha sido observada muchas veces en los tabéticos. Cita varios casos observados por distintos autores, y cuyas causas más frecuentes han sido la sífilis, atrofia óptica tabética, un caso de neurorretinitis brígtica, otro de neuritis óptica consecutiva a una pulmonía, otro, en fin, en un diabético. Estas observaciones tienen un punto común y es, que la hemianopsia bi-nasal aparece en el curso de una atrofia óptica en evolución. ¿Por qué mecanismo?; la causa en estos casos no es por compresión quiasmática. La infección causal ataca quizás con predilección, o mejor con prioridad, las fibras directas correspondientes al campo visual-nasal. La lesión recae probablemente delante del quiasma, entre éste y el globo ocular o en este mismo, ya que ella se traduce por modificaciones oftalmoscópicas de la papila.

Las del segundo grupo son raras; en éstas los síndromes bi-nasales son por lesión cierta del quiasma, dividiéndolas en tres clases, según que la etiología invocada sea vascular, tumoral o meníngea.

Knapp, cita un caso comprobado por la autopsia, en el que se encontró una degeneración ateromatosa del círculo arterial de Willis, en el que las dos arterias comunicantes engrosadas por el ateroma comprimían los dos bordes laterales del quiasma. Citan casos en los que atribuyen la compresión quiasmática a aneurisma de la carótida interna, a la carótida interna ateromatosa, tumores de la hipófisis comprobados por radiografía y, finalmente, otros atribuyen la compresión lateral del quiasma a la meningitis de la base del cráneo y especialmente a la meningitis sifilítica.

Presenta un caso por él observado en un niño de siete años, que desde hacía dos años observaban que para mirar las cosas, sobre todo de cerca, lo hacía lateralmente; en sus antecedentes hay unos ataques que le aparecieron al año y medio, con pérdida de conocimiento de uno a cinco minutos de duración, cara pálida, sin convulsiones en los miembros, sin morderse la lengua, sin pérdida de orina; le formularon el sedobrol, y desde los tres años desaparecieron completamente. El aspecto general del niño es sano y bien desarrollado; hecho con gran dificultad, por no haber visión central, el examen del campo visual, presenta una hemianopsia bi-nasal, no quedando del campo visual más que el segmento externo e infero-externo de cada lado; el fondo de ojo es normal; no hay albúmina en la orina; la reacción Bordet-Wassermann, negativa; nada en los senos; después de dos radiografías se nota una modificación de la silla turca. Hace el autor algunas consideraciones sobre este caso y termina diciendo que la única causa aparente de esta hamianopsia bi-nasal es el ataque de meningitis sobrevenido a los dos años y cuya traducción fueron las crisis nerviosas epileptiformes.—R. Loscos.

VIAS URINARIAS

G. SODERLUNG (Stockholm). — *Röentgendiagnóstico de la tuberculosis renal.*— («Acta Chirurgica Scandinavica»; vol. LXVI, fasc. VI; 31 enero, 1931. Stockholmo).

El autor analiza 162 casos de tuberculosis renal que ha examinado radiológicamente. De ellos ha comprobado que en 52 el examen radiológico dió una conclusión positiva y en 29 de éstos cierto. Estos 29 casos los distribuye el autor en seis grupos:

I. Seis casos. — Cataterismo de los dos uréteres. Nada de bacilo de Koch en la vejiga ni en la orina ureteral. Ninguna modificación tuberculosa de la vejiga.

II. Cuatro casos. — Cateterismo del riñón sano. Nada de bacilos de Koch en la vejiga ni en la orina ureteral. Ninguna modificación tuberculosa de la vejiga.

III. Cuatro casos. — Cateterismo del uréter de un lado con presencia de bacilos inflamatorios, y en tres casos bacilos de Koch (en un caso cateterismo de los dos uréteres con bacilos tuberculosos en uno de ellos). El examen radiográfico demuestra igualmente una tuberculosis del otro riñón.

IV. Seis casos. — Cistoscopia irrealizable por estrechez infranqueable de la uretra.

V. Cuatro casos. — Cateterismo del uréter imposible por modificaciones de la vejiga.

VI. Cinco casos. — Tuberculosis renal cerrada; en el momento del examen ninguna extensión del proceso tuberculoso a la vejiga.

De estos 52 casos de resultados positivos, en más de 42 se percibe sobre la placa radiográfica, a nivel del riñón o del uréter, sombras calcáreas debidas al proceso tuberculoso; en 31 de estos casos estas sombras son tan características de tuberculosis que basta para el diagnóstico este solo examen radiológico. En dos casos la naturaleza de las sombras era dudosa y en nueve su aspecto parecía inclinar a pensar en una calculosis.

En los diez casos restantes con examen radiológico positivo, uno presentaba un estrechamiento de la sombra renal a nivel del hílio correspondiente al polo renal inferior; otro era demostrativo de cavernas; en otros dos la existencia de cavernas se manifestaba por un doble contorno de la sombra renal; en un caso la esclerosis de un uréter era claramente visible en la sombra renal; por último, en dos casos, se comprobaba una distensión de la pelvis renal, y en tres una exageración de la sombra renal del lado enfermo. — Doctor Horno.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

T. PESET y R. URIARTE (San Sebastián). — *Estudio comparativo de las reacciones de Wassermann, Meinicke y Khan.* — («Crónica Médica», núm. 57; 15 enero, 1931. Valencia).

Basados en 1,500 análisis de sangre, de los que sólo 31 estuvieron en franca discrepancia, los autores deducen en este trabajo las conclusiones siguientes:

1.ª De una manera general puede decirse que existe concordancia absoluta entre estas tres reacciones.

2.ª Las reacciones de floculación y enturbiamiento así como las de hemolisis tardan en presentarse más de trece días desde la aparición del chancro (en veinticuatro enfermos con chancro positivo diagnosticado por ultramicroscopia con fecha de aparición inferior a trece días las reacciones de Wassermann, Meinicke y Khan fueron constantemente negativas). Su aparición no es simultánea, sino que la última en aparecer es la de Wassermann, presentándose antes y con mayor intensidad las de Meinicke y Khan.

3.ª En casi todos los enfermos tratados por neosalvarsán, y correspondiendo con el final de alguno de los períodos de este tratamiento, se notan diferencias de intensidad en los resultados de estas reacciones.

4.ª La reacción de Wassermann parece negativizarse antes que las de floculación por el tratamiento específico, principalmente en los casos de sífilis florida.

5.ª La reacción de Meinicke sigue una marcha paralela a la de Khan, tanto por lo que respecta a su aparición como a la intensidad.

6.ª Dadas las posibles discrepancias antes estudiadas es necesario, para conseguir un diagnóstico cierto, la práctica de reacciones de hemolisis y de floculación simultáneamente, siendo nuestra modesta opinión la de conceder la supremacía a las de Wassermann, Meinicke y Khan.

Según manifiestan los doctores Peset y Uriarte, continúan sus estudios de ampliación para dar a sus conclusiones todo el mayor valor posible.—Doctor Horno.

TERAPÉUTICA

V. DELFINO (Buenos Aires). — *La lucha contra el mal del mar.* — («Medicina Latina», núm. 34; enero, 1931. Madrid).

Desde muy antiguo se ha tratado de combatir este penoso y molesto síndrome, en el cual predominan los fenómenos vagotónicos (náuseas, vómitos, pulso lento, reflejo óculo-cardíaco positivo, etc.), y para ello se han propuesto diversos fármacos, casi todos derivados de la belladona.

Ultimamente el doctor Pace, de la marina italiana, ha experimentado con resultados satisfactorios un derivado de la belladona, denominado «bellafolina», medicamento que se tolera bien, no tiene contraindicaciones, y se puede administrar sin inconveniente durante un tiempo más o menos largo, pudiendo emplearse en solución, en comprimidos y en inyectables.

Pace, emplea en los casos graves (vómitos violentos e incoercibles), cuando el pulso es de frecuencia normal o superior a la normal, 0,5 c. c. de la ampolla (un cuarto de miligramo); cuando el pulso es sub-normal, 1 c. c., repitiendo la dosis cuando éste vuelve a su antigua frecuencia, continuando después la administración de bellafolina por vía interna, hasta llegar como dosis total de 0,77 a 1 miligramo por día.

En las formas menos graves, la dosis máxima suministrada ha sido 120 gotas de la solución u ocho comprimidos, notando en todos los casos si no la desaparición absoluta de los síntomas, una mejoría evidente en las condiciones generales.

También lo ha ensayado como preventivo en 72 personas que manifestaron haber sufrido en otras ocasiones de «mal de mar», dándoles seis comprimidos diarios durante cuatro días, suspendiendo el tratamiento un período de tiempo igual y empezando después por suministrar en días alternados un solo miligramo por día (cuatro comprimidos); de las personas que siguieron este tratamiento, tan sólo dos presentaron mal de mar, con sintomatología leve sin embargo, y sin vómitos, los demás no presentaron molestia alguna.

De aquí, deduce el autor, que la bellafolina constituye el remedio más seguro para vencer y aun impedir la aparición del síntoma más penoso del mareo, esto es, el vómito, llegando este fármaco en su eficacia preventiva hasta impedir la aparición del mareo o atenuar sus síntomas si se presentara.—R. Horno Liria.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

MIS APORTACIONES AL ESTUDIO CLÍNICO DE LA PULMONÍA [1]

POR EL

Dr. Mariano ALVIRA Lasierra

Médico numerario del Hospital Provincial y Profesor A. por oposición de la Facultad de Medicina

ZARAGOZA

Etiología de las pneumopatías

En mis primeros años de ejercicio profesional practiqué muchos análisis de esputos procedentes de enfermos del Hospital provincial. No tenía yo bien estudiados estos enfermos y, por lo tanto, no puedo asegurar que padeciesen todos pulmonías lobulares típicas.

En diferentes ocasiones encontré el pneumococo, el pneumobacilo de Friedlander, el cocobacilo de Pfeifer, el estreptococo, el estafilococo y el micrococus catarralis. Entonces pensé en la posibilidad de hacer una clasificación etiológica de las pneumonías. Más tarde, en aquellos enfermos en que actué como médico desde el principio de su enfermedad y pude precisar mejor los síntomas, observé que en las pneumonías genuinas sólo encontraba el pneumococo o el bacilo de Friedlander, y en casi todos los casos de pneumonías asténicas y contagiosas aparecía un diplococo Gram positivo, con la misma morfología del pneumococo, pero sin cápsula. Creo en la posibilidad de que existan pulmonías determinadas por pneumococos no capsulados, porque en un caso de meningitis encontré pneumococos capsulados en unos campos mi-

(1) Fragmentos del discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Febrero 1931.

croscópicos, y en otros aparecían sin cápsula y, por lo tanto, lo que pasa en las meningitis también puede suceder en las pulmonías.

En aquellos enfermos en los que se encontraron estafilococos en abundancia, su pulmonía había terminado por supuración.

El estreptococo también produce pneumopatías, pero determina, más bien que verdaderos bloques lobulares, conglomerados de lobulillos inflamados, resultando en definitiva una broncopneumonía. Tal sucedió en una enferma operada por el doctor Roncalés, de un flemón del ligamento ancho, en la que apareció tos y disnea, determinada por un brote de broncopneumonía. En cada uno de los episodios se apreciaban nuevos estertores en otras zonas pulmonares, hasta que de un modo progresivo quedaron invadidos los dos pulmones, produciendo la muerte de la enferma. En los esputos sólo encontramos estreptococos.

Otro caso de proceso pulmonar en que se encontraron estreptococos tenía antecedentes de haber padecido una osteomielitis de la tibia, y como más tarde se le presentó una hemiplejia, es de suponer que su enfermedad del pulmón fuese también de origen metastásico.

Los enfermos a los que nos referimos en este trabajo tenían en los esputos pneumococos, si no de un modo exclusivo, cuando menos en inmensa mayoría y precisamente en los campos microscópicos en donde se encontraban las células alveolares del pulmón.

Para nosotros, la pulmonía serofibrinosa y lobular es determinada casi siempre por dicho agente patógeno, que fué visto por primera vez por Pasteur en la saliva de un enfermo atacado de rabia en 1880, y cultivado por Talamón y por Fraenkel en 1883. No hemos querido complicar más las cosas hablando de las pneumopatías ocasionadas por otras bacterias, porque en ese caso, insensiblemente nos pasábamos del estudio de las pulmonías al de las broncopneumonías.

Un caso de pulmonía complicado con pleuresía purulenta

Las pulmonías se complican con mucha frecuencia con pleuresías, que unas veces evolucionan alrededor y otras después de terminar aquélla, llamándose las unas pleuresías *para,* y las otras *metaneumónicas.* Cuando ya ha terminado la evolución del foco pulmonar, es fácil diagnosticar la pleuresía; pero como su formación empieza antes de terminar aquélla, aun en los casos en que el derrame aparece más tarde, resulta que los síntomas de la pulmonía quedan modificados, como se demuestra en la siguiente historia clínica:

Un querido compañero, clínico eminente y hombre humilde, se sintió enfermo con un escalofrío, tan solemne, que le hizo pensar a un cirujano en la posibilidad de que se tratase de un acceso palúdico. Yo fuí requerido al

tercer día para hacer una preparación de sangre y llegué en el preciso momento en que el enfermo expectoraba por primera vez.

A mi pregunta de ¿cómo se encuentra usted? me contestó el clínico: Mire ese esputo; tengo una pulmonía. Y, efectivamente, en la escupidera había un esputo patognomónico: transparente, aireado, pegajoso y de color de herrumbre.

No obstante, le contesté: Si le parece, podemos aprovechar para el análisis de la sangre la que nos dé una ventosa escarificada, que pondremos en la región donde usted note alguna molestia, y practicaremos el análisis micrográfico de la expectoración. Accedió el enfermo, más por condescendencia que porque lo creyese necesario.

Es digno de hacer notar el hecho, de que en este caso no hubiese dolor de costado, a pesar de que se estaba fraguando una complicación pleural. Tampoco la disnea era muy manifiesta. Esto me hace suponer que el dolor de la pleura es principalmente determinado por la congestión del principio, mientras que la supuración es más bien causada más tarde por la transmisión de la infección por medio de los linfáticos, desde el foco pneumónico en parte supurado.

El aspecto microscópico del esputo era tan característico como el macroscópico: encontré sobre un fondo formado por moco y por algunas gotas albuminosas sin ninguna estructura, muchas células alveolares, glóbulos rojos, algunos leucocitos polinucleares y, sobre todo, el agente causal, el típico pneumococo de Talamón-Fraenkel. Es de recordar el hecho de que los pneumococos no eran muy numerosos, pero en cambio no había en la preparación otras bacterias si se miraban los campos microscópicos en donde estaban las células alveolares.

Pero el caso fué que la enfermedad que empezó con un escalofrío y siguió con la manifestación de un esputo neumónico, no continuó con una evolución tan regular. El séptimo día de la enfermedad existía una zona mate en toda la región posterior del hemitórax derecho, con disminución de las vibraciones vocales, y a la auscultación no se apreciaba ni estertores ni soplo alguno. La fiebre alta y la gravedad de los síntomas generales motivó una consulta entre varios compañeros.

Yo hice la afirmación de que se trataba de un proceso de indudable etiología: el pneumococo que se había encontrado en los esputos. Coincidí, con todos, en que los síntomas no eran de una pneumonía típica; cada uno dió sus explicaciones y, para final, otro muy experto cirujano me hizo el siguiente emplazamiento: Si esto es o no una pulmonía, lo veremos mañana, en que se cumplen los nueve días de enfermedad. Efectivamente; llegó el siguiente día; la crisis no se presentó tan rápida y típica como lo fué el escalofrío

inicial; pero apreciamos una pequeña crisis; el enfermo durmió por primera vez desde el principio de su enfermedad, la noche del noveno al décimo día; la temperatura descendió desde 40 a 38,5, y a los tres días de este descenso apreció que había desaparecido la macicez en el lóbulo medio del pulmón derecho, persistiendo más intesa en el lóbulo inferior.

El mismo día de la crisis parcial analicé los esputos, no encontrando neumococos ni bacteria alguna. Hice nuevo análisis dos días después y apreciamos células bronquiales, *tractos* de mucina y diversas clases de bacterias. El enfermo continuaba con 38 grados por las tardes, y comprobada por todos la persistencia de la macicez y la abolición de las vibraciones vocales, decidimos hacer una punción exploradora. Salió un pus espeso, que yo me encargué de analizar. Encontré también neumococos, inyecté una gota de pus a un ratón y le ocasionó la muerte entre las veinticuatro y treinta y seis horas. Hice un frotis con los coágulos extraídos del corazón y encontré el mismo neumococo capsulado típico y virulento, que procedía de la pleura de nuestro enfermo, en ocasión en que ya hacía quince días que habían desaparecido de la expectoración.

El mismo cirujano que dudó de nuestro diagnóstico, intervino con gran habilidad y curó al enfermo. Cada uno estaba dentro de su esfera de acción, y no creo que al publicar estos detalles que parecen innecesarios, haya motivo de molestia; de día en día se hace más necesaria la colaboración entre los que, teniendo un origen común de médico-cirujano, se especializan más tarde, pero a la cabecera del enfermo debe contrastar sus observaciones.

Evitamos de este modo, que quede rota la unidad científica y se imita a la naturaleza, que tampoco separa la intervención de todos sus órganos para combatir las enfermedades, aunque la localización predomine en uno de ellos.

Conclusiones de este caso clínico. — Ante un enfermo neumónico es de necesidad precisar los síntomas pulmonares, diferenciándolos de los debidos a la participación de la pleura. Determinando en cada observación la evolución y predominio de cada uno.

Es también conveniente que el mismo clínico examine la preparación de los esputos para que pueda establecer la relación entre lo que en ellos aprecie y los síntomas clínicos. Con motivo de estas observaciones yo pude precisar los siguientes extremos:

1. Que los neumococos se encontraron con exclusión de las otras bacterias desde el tercer día, al noveno de la enfermedad.

2. Que hubo un período de tránsito durante el que no se encontró ninguna bacteria alrededor de las células alveolares procedentes de las vesículas del pulmón.

3. La flora saprofítica reaparece cuando predomina en los esputos el moco y las células bronquiales, indicando de un modo claro su procedencia extra-vesicular.

4. Que el hecho de desaparecer el neumococo de los esputos y de persistir con virulencia en la pleura, indica que además de la inmunidad general, oponiéndose al desarrollo de una septicemia, se produce un mayor grado de inmunidad local.

5. El perfecto drenaje realizado por una operación bien acabada impidió que en el caso reseñado se presentasen recidivas.

Pneumonías de evolución benigna en los viejos

Si bien es verdad que los viejos suelen padecer pulmonías gravísimas con manifestaciones locales poco ostensibles, no es menos cierto que se dan algunos casos de neumonías benignas, debido a que sus reacciones de inmunidad se encontraban exaltadas por haber padecido otras pulmonías.

Ahora bien; estas pequeñas neumonías de los viejos no se diagnostican como no sea el mismo médico de cabecera, a la vez que clínico, hombre que haya vivido la práctica de laboratorio. De este modo está en mejores condiciones para relacionar los datos clínicos con los que le proporciona el análisis de los esputos.

Caso clínico. — S. B., de sesenta años, sin otros antecedentes patológicos que el haber tenido procesos pulmonares repetidas veces. El primero, cuando era joven, con todos los síntomas de una pulmonía franca. De las siguientes enfermedades ya no hace un relato preciso. Un eminente médico que la visitó varios años, la tenía diagnosticada de tuberculosa.

La primera vez que yo la visité tenía un proceso catarral de localización bronquial. Al explorarla pude apreciar un tórax abultado y no retraído, como se encuentra en las tuberculosis fibrosas. A la auscultación, evidentes signos de bronquitis, roncus y estertores de gruesas burbujas en una de las bases del pulmón. Aquella bronquitis evolucionó con poca fiebre en unos siete días.

Yo interpreté que esta enferma tenía en sus pulmones algunas zonas con enfisema y con alteraciones bronquiales, como cosas residuales de sus repelidas pulmonías, y por lo tanto predispuesta a enfermar del aparato respiratorio.

Transcurrieron tres meses y fuí llamado con urgencia; tenía la enferma 39 grados de fiebre y disnea. Además, al referirme su estado, me dijo: He sentido un dolor en este pulmón izquierdo, que me ha hecho recordar otro parecido, pero más fuerte, que tuve cuando me empezó la pulmonía; ya se me ha aliviado; de todas formas no he podido dormir en toda la noche.

Por la exploración sólo pude apreciar disminución del murmullo vesicular en el sitio del dolor, comparándolo con el de las zonas inmediatas. Ordené

que recogiesen los esputos, y aunque no tenían los caracteres típicos del esputo neumónico, mirados al microscopio no dejaba lugar a dudas de que procedían de un enfermo de pulmonía.

La monja enfermera puso en duda mi diagnóstico, fundándose en que no se había presentado el esputo herrumbroso, y en que la enfermedad había hecho crisis antes del noveno día. Yo tampoco hubiese hecho el diagnóstico de no haber tenido a la vista la preparación microscópica, con los típicos neumococos capsulados.

Este caso lo comentaba con el compañero que había sido médico de cabecera de la misma enferma, durante varios años, y me dijo: Yo asistí a esa señora tres o cuatro veces por unos procesos, que me hacían pensar en un principio que pudiera tratarse de pulmonías, pero evolucionaban con tal brevedad que me hacían diagnosticar solamente una congestión pulmonar.

Y, en efecto, clínicamente, eran congestiones determinadas por neumococos, cuyas lesiones no habían evolucionado en todo su ciclo, y, por lo tanto, debían considerarse como pneumonías abortadas. El diagnóstico de estas congestiones de repetición, que se presentan cada tres o cuatro años en individuos que anteriormente tuvieron pulmonías típicas, debe hacerse con los brotes congestivos de la tuberculosis y con las congestiones de origen cardíaco. Estas últimas tardan más días en evolucionar y no van acompañadas de tanta fiebre. No obstante, debe tenerse presente que también los enfermos del corazón pueden tener pulmonías. Por lo tanto, sólo valiéndonos de todos los medios auxiliares de la clínica, podremos desentrañar las múltiples combinaciones que las enfermedades presentan en la práctica diaria.

No todas las pneumonías de los viejos son debidas a la inmunidad adquirida por otras anteriores

Ignoramos todos los factores que pueden influir para que unos casos de neumonía sean graves y otros benignos. La siguiente historia clínica lo demuestra: J. L., de setenta años, sin antecedentes de haber padecido enfermedad grave del aparato respiratorio; pero hay en su familia coincidencias patológicas especiales, dignas de nuestra atención.

Su mujer tuvo varias pulmonías. En época cercana a la que él enfermó, un hijo murió de pulmonía también. Más tarde a otro hijo se le presentó un proceso agudo del pulmón que le interesó todo el pulmón derecho y algo de la base izquierda.

El médico de cabecera pidió una consulta, y me encontré con un enfermo que además de la doble invasión pulmonar tenía una embolia séptica en la safena izquierda. La temperatura y los focos pulmonares estaban en principio de regresión, cuando se presentó un escalofrío seguido de alta temperatura y de dolor en el miembro inferior, que indicaba la verdadera causa del retroceso.

El estado general del enfermo era de gran inquietud, sin poder dormir apenas. La fiebre fué cediendo en los días sucesivos, para repetir en la misma forma, indicando claramente la existencia de un estado septicémico. A partir de esta segunda recaída se apreciaron en el enfermo síntomas de obnubilación cerebral con hemiparexia, que le produjeron la muerte.

Habrían transcurrido unos veinte días desde la muerte de este segundo hijo, cuando su padre, de edad de setenta años, empieza a quejarse de dolores en los miembros, acompañados de lengua saburral y de fiebre ligera. Sin que se hubiese quejado de dolor de costado, una noche tosió un poco y echó un esputo de sangre. La alarma en la familia fué la que correspondía a la triste experiencia adquirida por los enfermos anteriores. El diagnóstico lo habían hecho antes de llamarme y también se figuraban que el pronóstico sería fatal.. Si los anteriores individuos de la familia, siendo jóvenes, habían sucumbido, ¿qué podían esperar de un viejo?

Efectivamente, aquel viejecito tenía un foco neumónico en la base del pulmón derecho; pero no se apreciaban síntomas de gravedad; como síntomas focales, submacicez, a la auscultación, silencio respiratorio en la zona central y algún estertor subcrepitante.

En el análisis microscópico de los esputos encontré típicos neumococos capsulados. La enfermedad evolucionó con toda regularidad y en la noche del séptimo al octavo día hizo la crisis.

¿Qué pudo influir para que una pulmonía adquirida por un viejo, en un foco familiar de tanta gravedad, evolucionase en una forma tan benigna? Yo no creo otra explicación aceptable que la siguiente: Este viejo de setenta años convivió muchos, antes de este último contagio, con su esposa, que, como hemos dicho anteriormente, había tenido pulmonías de repetición; indudablemente adquirió alguna inmunidad padeciendo en alguna ocasión infecciones pulmonares determinadas por el neumococo, de tan leve intensidad que no dejó recuerdo en la historia patológica del individuo.

Sea por estas circunstancias, o por otras no conocidas, debemos repetir lo que se ha dicho al principio de este capítulo: Que si bien es verdad que los viejos suelen padecer neumonías gravísimas con manifestaciones poco manifiestas, se dan en ellos algunos casos de poca gravedad.

Al clínico no se ocultan los enfermos de gravedad, si se fija en el aspecto de la lengua, parecida a la lengua de los urinarios, aun independiente de algunos casos en que se asocian síntomas de este origen, ya que no es infrecuente que en los neumónicos graves se presente una retención de orina, fatal para el enfermo si no se diagnostica pronto. También la intensidad de la disnea y los síntomas cerebrales sirven de buena guía para el pronóstico.

Como resumen, he de manifestar que ante un viejo con pulmonía, nuestro pronóstico debe ser severo, pero no fatal, y nos guiaremos, lo mismo que en el adulto, por la evolución de la enfermedad apreciando cada día el aumento de intensidad o la regresión de los síntomas.

Pneumonías del vértice del pulmón

La pneumonía de vértice ha sido muy bien estudiada por los clínicos franceses del siglo pasado. Se la diferenciaba, por la gravedad de los síntomas generales y funcionales entre los que predominaban los del sistema nervioso. El aspecto de la lengua es, desde el principio, de mal pronóstico: seca y como tostada. Los síntomas físicos son atenuados o poco apreciables y esto contrasta con el delirio u otras veces con la intensa depresión que presenta el enfermo. La mortalidad es más elevada que en las pneumonías de otra localización.

Truseau, en una de sus lecciones clínicas, reconoce la mayor gravedad de esta localización, pero, no obstante, describe dos casos de pneumonías de vértice en individuos robustos que evolucionaron con regularidad y sin ningún síntoma grave del sistema nervioso, terminando por una franca resolución.

La dificultad en apreciar los síntomas focales estriba en que la condensación del lóbulo superior empieza por la línea axilar y, por lo tanto, tardan a ser notados los síntomas, si se ausculta a nivel de la región infraclavicular o de la fosa supra espinosa; en cambio pueden ser notados en la parte más alta del hueco axilar.

La mayor gravedad de las pulmonías localizadas en el vértice se la cree debida únicamente a la circunstancia de que tal localización se da con mayor frecuencia en los viejos y en los individuos debilitados; pero por un lado hemos descrito en el anterior capítulo dos casos de pneumonías en viejos que se localizaron en la base del pulmón y fueron de evolución benigna, y por otro, de una de las dos historias que vamos a describir se deduce una nueva causa de mayor mortalidad, y *es la facilidad con que la pneumonía de vértice se propaga hacia las regiones inferiores del pulmón.*

Historia clínica. — El cuarto día de enfermedad soy llamado por un compañero para visitar a su padre. Se trataba de diagnosticar la enfermedad de un viejo de ochenta años, que tenía vómitos; lengua seca, fiebre de 38 grados; alguna vez tos y expectoración aireada y no herrumbrosa, disnea manifiesta y subdelirio. Nuestro compañero, bacteriólogo ilustre, había encontrado neumococos en los esputos, pero no acertaba a comprender la enfermedad de su padre.

En la expectoración encontramos silencio respiratorio en el vértice derecho y ligera submacicez. En el aparato urinario, retención incompleta de orina.

El diagnóstico quedó precisado y el pronóstico de incurabilidad se cumplió también.

En el segundo caso que vamos a exponer no estuve tan acertado en cuanto al pronóstico en la primera visita. El enfermo era un hombre de cuarenta y cinco años, bastante agotado por exceso de trabajo y por preocupaciones familiares. Estaba asistido por un compañero que hizo pronto el diagnóstico de pneumonía de vértice. Se me llamaba para que viese si había algún remedio que pudiese mejorar un cuadro clínico de mucha gravedad, entre cuyos síntomas predominaban los cerebrales y la retención de orina.

El enfermo experimenta ligera mejoría al séptimo día de enfermedad, coincidiendo con un principio de resolución del foco del vértice. Al siguiente día, nueva agravación de los síntomas, a la vez que se apreciaban signos de condensación en la base del pulmón. La evolución de este segundo foco fué la que produjo la muerte del enfermo.

Yo analicé los esputos, encontrando gran cantidad de neumococos, pero sin asociación alguna de otras bacterias. Fundado en este dato y en que el enfermo no era viejo, aconsejé al compañero esperar para dar el pronóstico de extrema gravedad hasta ver los efectos de la poción de digital con cafeína y de los treinta centímetros cúbicos de suero antineumónico optoquinado que se le prescribieron al enfermo el día de la consulta.

En seguida nos dimos cuenta que mis ligeras esperanzas resultaban fallidas por la aparición del nuevo foco. Por lo que hemos descrito se puede deducir una mayor gravedad de la pneumonía de vértice; pero no solamente por las malas condiciones orgánicas, sino también por el hecho de que dicha localización favorece la propagación de la enfermedad a las zonas inferiores del pulmón.

Bien es verdad que en los niños la pneumonía de vértice es mucho más benigna que la de los adultos, mas no creo que esté bien comprobado que sea también más leve que las pneumonías que padecen los mismos niños con otra localización. El diagnóstico diferencial de la pneumonía de vértice debe hacerse con la pneumonía caseosa de la misma región. Aquélla es producida por el neumococo; ésta por el bacilo de Koch, y el pronóstico de la pneumonía caseosa es todavía peor.

He observado bastantes casos de tuberculosis fibrosas de evolución lenta, que durante muchos años han dado una sintomatología muy semejante a la de la bronquitis crónica, hasta que al empezar la vejez se presenta un foco con degeneración caseosa localizado en uno de los vértices del pulmón.

Cuando la zona degenerativa es pequeña, generalmente se anuncia por una ligera hemoptisis, siguiendo un período febril que suele durar de dos a tres meses. Durante este tiempo se elimina el tejido caseificado mediante la expectoración, quedando formada la caverna.

Cuando el foco caseificado es mayor, se presenta una sintomatología semejante a la pulmonía. En apoyo de esta apreciación expondremos el siguiente caso: S. P., de sesenta años, con antecedentes de haber padecido varios procesos pulmonares. Enfermo con fiebre elevada y síntomas gastro-intestinales de alguna consideración. En el vértice del pulmón izquierdo apreciaron durante unos quince días un soplo suave. Cuando yo vi al enfermo, tenía estertores gruesos con timbre metálico, indicadores de la existencia de una caverna. El médico de cabecera me dijo confidencialmente: creo que esta pulmonía, aunque de evolución anómala, terminará por resolución, porque donde ahora se aprecian estertores, se oía antes un soplo y ha coincidido este cambio de fenómenos estectoscópicos con la mejoría de los síntomas generales.

No cabe ninguna duda que la evolución de los fenómenos estaba bien observada. Sin embargo, yo le expuse mi opinión contraria respecto del pronóstico. Me fundaba en que el enfermo tenía una lengua recubierta de gruesa capa de saburra, a la vez que trastornos digestivos y un estado de profunda intoxicación. Además, los caracteres de los estertores, que en lugar de ser subcrepitantes eran gruesos, con algún timbre metálico, indicaban que no se trataba de una pneumonía de vértice producida por el pneumococo, sino de una degeneración caseosa determinada por el bacilo de Koch.

A juzgar por este caso, extraña sobremanera que los libros no hablen del diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades: la pneumonía de vértice y la pneumonía caseosa de la misma región.

En la pulmonía de vértice de los niños debe hacerse el diagnóstico diferencial con las meningitis, con las otitis primitivas, pues las secundarias se dan como complicación de la misma pneumonía, y con la apendicitis por el dolor del abdomen que con tanta frecuencia se presenta en los niños pneumónicos.

Sobre algunas particularidades de la pulmonía de los niños

Aunque me dedico a visitar adultos, en una práctica de veinticuatro años he tenido que asistir a algunos niños, y cuando padecían del pulmón me he fijado, para comparar sus procesos pulmonares, con los que padecen los adultos.

He observado que frecuentemente comienza la pulmonía en los niños con trastornos gástricos, vómitos repetidos sobre todo. La propagación de la infección al oído, unido a algunos signos de meningismo, suele desorientar el verdadero diagnóstico. Las complicaciones purulentas de las pleuras y alguna vez del pericardio, creo que todavía son más frecuentes que en el adulto.

Todo esto parece indicar una mayor tendencia a la generalización del proceso pneumónico. Indudablemente el niño tiene más resistencia orgánica; pero

carece de la inmunidad que el adulto se ha ido creando con anteriores infecciones. He visto algunos niños curarse de un empiema metapneumónico mediante punciones repetidas y también después de la evacuación del pus por una fístula bronquial. El proceso fibroso de la pleura consecutivo determina cierto grado de escoliosis, que también puede corregirse haciendo que el niño duerma en una cama dura con mayor elevación de los pies.

En cambio he tenido ocasión de comprobar acentuadas desviaciones de la columna vertebral en los adultos, consecutivas apleuresías purulentas del niño, que no fueron diagnosticadas y se dejaron que evolucionasen espontáneamente.

Expondremos en resumen la historia clínica de tres casos de pulmonías en niños cuya edad oscilaba entre los tres y siete años, porque la diferente marcha del proceso parece indicar una mayor tendencia a las complicaciones, cuanto menos edad tiene el niño.

PRIMERA HISTORIA CLÍNICA. — A. L., niño de tres años de edad; enfermó súbitamente, con fiebre de 40 grados. Al segundo día de enfermedad se notaba disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo y respiración vicariante en el derecho. En los días siguientes aqueja dolor cuando se le toca el vientre. Aumentan los gritos y la agitación, pero el signo de Koernig es negativo.. A pesar de que no se quejaba cuando se le hacía tracción del pabellón de la oreja, o se le comprimía en la apófisis mastoides, un día se le perforó el tímpano, pudiendo desde entonces conciliar el sueño.

La fiebre seguía alrededor de 38 grados, y a los quince días del comienzo de la enfermedad, apreciéé una submacidez en el hemitórax izquierdo. Hice una punción y saqué unos cien gramos de pus cremoso que produjo una ligera mejoría. En los días sucesivos se acentuó la taquicardia, el color terroso de la cara y la tendencia al enfriamiento. En la región precordial encontramos una zona mate que llegaba en el lado derecho hasta la línea paraesternal. Cuando pensábamos hacer una punción del pericardio, murió el enfermito de un colapso.

SEGUNDA HISTORIA CLÍNICA. — J. G., niño de cinco años de edad; enfermó con un proceso pulmonar agudo, y era asistido por un compañero, que según nos cuenta, presentó los síntomas de una pulmonía. Se inició alguna mejoría al noveno día, pero como el niño continuaba con un estado febril atenuado, decidieron llamarme en consulta.

Apreciamos una macicez de tabla en todo el pulmón derecho, y en el acto hicimos una punción extrayendo trescientos centímetros cúbicos de pus. A la familia se le aconsejó que se hiciese al enfermo una resección costal, mas por entonces no se decidieron a que fuese intervenido quirúrgicamente. Una

semana más tarde repetimos la punción aspiradora, sustituyendo el pus por aceite gomenolado.

El estado general del enfermito mejoraba, pero no se pudo evitar que se perforase el abceso en el pulmón. La cantidad de pus que salía por la fístula pulmonar era cada día menor, a la par que se acentuaba la mejoría, pero la esclerosis que se iba formando en la pleura determinaba una desviación de la columna vertebral, que se le pudo corregir durmiendo en una cama dura. El niño se curó completamente de su proceso pneumónico y de la escoliosis.

TERCERA HISTORIA CLÍNICA. — Un niño, de siete años, enfermó con brusquedad, con fiebre alta, tos y vómitos repetidos. La familia creyó que se trataba de una indigestión. Yo apreció todos los síntomas de una pulmonía del lado izquierdo, que hizo cirisis al noveno día. A las veinticuatro horas de estar sin fiebre, ascendió nuevamente la temperatura; como a nivel de la lesión seguía la macicez y a la auscultación había silencio respiratorio, manifesté a la familia la posibilidad de una complicación pleurítica; pero en los días sucesivos todo volvió a la normalidad.

Indudablemente el segundo abceso de fiebre lo determinó la reabsorción de algún exudado pleural que no llegó a producir pus.

Si hemos expuesto los tres anteriores esbozos de historias referentes a los niños de diferente edad, es porque parece deducirse una menor tendencia a la generalización de los procesos pneumónicos a medida que se avanza de los tres años hasta los siete.

Pneumonías de los alcohólicos

En los alcohólicos se da la pneumonía de vértice cuando menos con tanta frecuencia como en los viejos, y además de las particularidades que ya han quedado consignadas en el apartado correspondiente, presentan los enfermos un estado de mayor agitación y de intranquilidad aun en el caso en que el alcoholismo no haya dejado huellas muy manifiestas.

Expondremos dos resúmenes de historias clínicas. En el primero de estos casos la evolución de la enfermedad tuvo lugar por focos sucesivos, y en el otro se desarrolló desde sus comienzos el *delirium tremens*.

El enfermo de pneumonía emigratoria era un estudiante, tipo excepcional, de treinta años, alcohólico inveterado desde los principios de su juventud, que ya había sido recluído por hechos delictivos cometidos en sus frecuentes estados de embriaguez.

Enfermó con una pneumonía atípica y un delirio referente a sus habituales ocupaciones, tal como la causa de sus repetidos suspensos y la de sus

riñas. En la casa de patrona no podían cuidarlo bien, porque además era opuesto a cumplir los mandatos de su médico de cabecera. Algunos compañeros suyos, también estudiantes, se prestaron para cuidarlo, y a pesar de ello no podían impedir que el enfermo se levantase de la cama en las ligeras remitencias de la fiebre coincidentes con la resolución de alguno de los focos.

Cuando yo fuí llamado apreció un foco pneumónico, con soplo, macicez y esputos característicos; después de haber notado el enfermo alguna mejoría, debida a la incompleta resolución de la primera zona invadida, se manifestó una nueva invasión en otro sitio próximo, apreciando a su nivel una macicez bien manifiesta. Más tarde se apreciaron los mismos signos en el otro pulmón, y, por último, murió el enfermo en un estado de septicemia.

En realidad, esta evolución serpiginosa es rara y tiene algún parecido con la broncopneumonía determinada por otros gérmenes; pero cuando estos focos sucesivos están producidos por el neumococo, resultan más densos y con suficiente plasticidad para poder apreciarlos por la percusión. En los focos invadidos por otras bacterias, la percusión poco nos dice: en cambio, por la auscultación, se aprecia la propagación a los sitios vecinos, por los estertores crepitantes indicadores de la existencia de una vesiculitis.

Este caso se presta para hacer algunas consideraciones acerca de las relaciones entre las pneumonías y las bronconeumonías.

En realidad, estas pneumonías migratorias establecen el punto de tránsito entre una y otra enfermedad.

Las bronconeumonías son casi siempre consecutivas a bronquitis crónicas o a enfermedades infecciosas, tales como el sarampión y la gripe, y se diagnostican precisamente por auscultación, apreciando cada día los estertores por donde se va propagando la enfermedad. También hay disnea persistente y fiebre irregular.

Las pneumonías generalmente son primitivas; la fiebre es en ellas más regular y el diagnóstico se hace mejor por la percusión. Las regiones invadidas dan casi siempre sonido mate. No obstante, los focos broncopneumónicos se conglomeran a veces en tal cantidad, que forman bloques denunciables también por la percusión.

La segunda historia es la referente a un individuo alcohólico, en el que se presentó desde el primer momento un gran delirio que llegó a alcanzar los caracteres del *delirium tremens*.

Este enfermo tenía la cara congestionada, los ojos de espanto, a veces se ponía de pie en la cama y quería huir de sus visiones terroríficas. Si se le llamaba con energía, contestaba acorde, por un momento, para volver en seguida al estado de delirio. Pasadas así cuarenta y ocho horas, cayó en una profunda postración.

Entonces se apreciaron los síntomas físicos de una pulmonía al parecer de poca extensión, pero debido a las pocas resistencias del enfermo, le ocasionó la muerte.

Estas particularidades de las pneumonías de los bebedores las conocen muy bien los médicos que ejercen en los pueblos.

Pneumonías de la base del pulmón

Las pneumonías de la base del pulmón, sobre todo del derecho, representan más de la mitad de todas las otras y suelen ser casos de pneumonías típicas. Sin embargo, el dolor se refiere algunas veces a nivel de la vesícula biliar y debido a esto he visto confundirla en algunas mujeres con la colecistitis. En los niños todavía está el dolor más bajo y alguna vez se ha pensado en la existencia de una apendicitis.

Además, en algunas ocasiones los enfermos tienen ictericia. Esta complicación es explicada por los autores de diferente manera: unos la creen producida por influencias mecánicas, ya sean por dificultades circulatorias creadas en el hígado como repercusión de las existentes en el pulmón, o por la propagación del catarro gastro-intestinal a los conductos excretores de la bilis, o bien por la paralización del diafragma, ya que normalmente influye con sus movimientos en la salida de la misma secreción.

Otros atribuyen la ictericia a causas biológicas, influyendo, por una parte, las alteraciones determinadas en la célula hepática, y por otras, la abundante destrucción de los glóbulos rojos, principalmente en el foco pneumónico.

Considerando la aparición de la ictericia desde el punto de vista clínico, no agrava el pronóstico cuando es atenuada, o si a pesar de estar muy manifiesta no va acompañada de otros síntomas graves, pero cuando conjuntamente aparecen intensos trastornos digestivos y alteraciones del sistema nervioso, nos encontramos ante la forma de pneumonía asténica y biliosa de los antiguos clínicos, de pronóstico gravísimo.

En la clínica del doctor Royo Villanova hemos podido observar el siguiente caso: Ingresó una enferma con ictericia intensa, fiebre alta y dolores que refería con mayor intensidad a nivel de la vesícula biliar.

No precisó bien el principio de su enfermedad y, por lo que cuenta, parece una colecistitis. En la exploración apreciamos macicez en la base del hemitórax derecho, de donde extraje por punción un poco de pus cremoso, en donde encontré pneumococos muy diminutos con una cápsula poco manifiesta.

A los cuatro días presentaba la enferma estrabismo y el signo de Koernig; hice una punción lumbar y obtuve un pus no tan cremoso como el de la pleura, pero en él encontré un cultivo puro de pneumococos con la particularidad de que las cápsulas eran mucho más manifiestas que la de los pneumococos encontrados en la pleura.

Antes de hacer el análisis del pus pleural dejamos iniciado el diagnóstico diferencial entre un principio de colecistitis con propagación de la infección a la pleura diagfragmática; un quiste hidatídico supurado con doble localización hepática y pulmonar, y tal vez, como tercera probabilidad; el que la enferma hubiese padecido una pulmonía, a pesar de que no refería antecedentes que a esta enfermedad se pareciesen, y como complicación de esta enfermedad se determinase una plauresía diafragmática y un proceso supurado de hígado.

Una vez encontrados los pneumococos en el pus que extraje de la pleura, a esta última interpretación había que atenerse, quedando desechadas las dos anteriores.

La rápida muerte de la enferma y la imposibilidad de hacer la necropsia, nos impidió comprobar la verdadera causa de la ictericia, pero yo me inclino a creer fuese determinada por una atrofia amarilla aguda del hígado, determinada por la intensa septicemia pneumónica.

Además del interés de este caso de proceso pneumónico por lo que a la ictericia se refiere, quiero insistir sobre el diferente aspecto microscópico con que aparecían los pneumococos encontrados en la pleura y los del líquido céfalo-raquídeo, porque este detalle parece darme la razón de la idea que expuse al hablar de la etiología de las pneumonías y de lo que repito en el capítulo siguiente referente a la mayor virulencia de microbios que pueden ser pneumococos sin cápsula.

Pneumonías con pneumococia; asténicas y contagiosas

Es indudable que una pequeña infección pulmonar de pneumococos puede determinar una septicemia: lo mismo pasa con las infecciones de estreptococo y de estafilococo, pero si atendemos a lo que vemos en la clínica, esto no suele pasar más que en los niños de poca edad, o en los adultos muy debilitados.

Lo que generalmente observamos es que las pulmonías que se acompañan de pneumococia son las que han invadido a todo un pulmón. Se pueden presentar unos casos en los que los síntomas generales sean los primitivos y otros en que la infección generalizada sea consecutiva a la presentación de los síntomas denunciadores de que se ha formado un gran bloque patológico en el pulmón; pero en definitiva, en el período de estado de las pulmonías con septicemia se encuentran juntas las dos clases de síntomas.

No obstante, en estas pneumonías asténicas predominan los síntomas generales sobre los focales, manifestándose tres o cuatro días antes por tras-

tornos digestivos y por subdelirios con fiebre irregular. Los focos patológicos del pulmón aparecen al principio separados, pero enseguida dan lugar, por confluencia, á un gran bloque de pneumonía. Como consecuencia se aprecia una macicez intensa y abolición del murmullo vesicular.

Pero sobre todo el carácter que las diferencia de las otras pulmonías es que son contagiosas, determinando epidemias familiares, de mucha gravedad. Clínicamente se suelen diagnosticar de pneumonías gripales. El problema está en determinar si a esta entidad clínica corresponde una misma etiología.

Yo en estos casos he encontrado en gran abundancia un diplococo Gram positivo, pero sin cápsula, que lo considero como un pneumococo modificado. En otros enfermos es el coco-bacilo de Feiffer el que se encuentra casi en cultivo puro.

Sea uno u otro el agente determinante de esta esplecnización pulmonar, en cuanto alcanza en extensión todo un pulmón, generalmente produce la muerte, porque además de las dificultades circulatorias que se crean, no es infrecuente que los síntomas de septicemia queden comprobados al encontrar las bacterias en la sangre; pero lo que nosotros deseamos dejar bien especificado en esta ocasión es que hay dos clases de pneumonías asténicas: unas con pneumococia consecutiva a una lesión pulmonar producida por pneumococos capsulados, y otra de carácter marcadamente contagioso, generalmente con síntomas asténicos primitivos y en las que he encontrado un tipo de bacteria de morfología y de caracteres tintóreos iguales a los del pneumococo, pero está desprovista de cápsula.

Ahora bien; el problema a determinar es si este diplococo, que se encuentra de un modo exclusivo y en enorme cantidad en las pneumonías asténicas y contagiosas, es o no una variedad de pneumococo. Para esto es necesario obtenerlo en cultivo puro y realizar todas las pruebas biológicas diferenciales. Por otro lado, una vez comprobada su identidad con el pneumococo capsulado, era preciso demostrar su mayor poder contagioso.

El diagnóstico diferencial de estas formas septicémicas de las pneumonías debe hacerse con la gripe, con el pneumotifus, la pneumonía pestosa, el tifus exantemático y con la psitacosis. La diferenciación con la gripe sólo es posible en tiempos de epidemia, y aun entonces he visto yo casos de pulmonías confundidos con aquélla. La completa diferenciación sólo se hará cuando estemos de acuerdo respecto del agente causal de la gripe.

En la fiebre tifoidea grave se encuentran siempre síntomas de bronquitis; pero en estas formas se aprecian también petequias en la piel del vientre. No obstante, existen casos de difícil diferenciación, como el siguiente: Se presentó en mi consulta una enferma con muestras de gran decaimiento, 39 grados de temperatura, lengua roja, 120 pulsaciones y con estertores de bronquitis en el pulmón izquierdo.

Da como antecedentes el que estaba enferma durante un mes y el haber hecho cama unos ocho días. Por radioscopia no se apreció nada en el pulmón. Le ordené que hiciese reposo y al día siguiente encontré en la piel del vientre algunas petequias características, con lo que se puso en claro un diagnóstico que en la primera visita quedó fluctuando entre una granulia, la fiebre tifoidea y un caso de fiebre de Malta, grave. Lo que más apartaba el diagnóstico de la fiebre tifoidea era el que hubiese taquicardia y el que la enferma, después del primer período febril estuvo levantada durante doce días. La fiebre continuó irregular, con escalofríos, llegando después hasta 41 grados, a cuyas elevaciones seguían grandes sudores, que hacían dudar del diagnóstico hasta que a los cuatro días de estar sometida a mis cuidados se presentó una copiosa hemorragia intestinal. A partir de este momento evolucionó la enfermedad con más regularidad hacia la curación. Hoy, que está en plena convalecencia y sin fiebre, aún persiste la frecuencia del pulso.

Vemos cómo hay casos de fiebre tifoidea en los que faltan los síntomas más característicos: lengua seca y fuliginosa, vientre timpánico, diarrea y retardo del pulso en relación con la temperatura. Si en circunstancias parecidas se acentúan los síntomas del aparato respiratorio, se puede confundir con los de pneumonía de tipo asténico o tifoideo.

La confusión con el tifus exantemático sólo puede darse al principio de la enfermedad, pues más tarde aparece el exantema característico, muy semejante al del sarampión, pero más oscuro y persistente.

La peste de forma pneumónica se da principalmente en el personal de los laboratorios que trabajan con bacilos de Yersin.

Referente a los casos de psitacosis, presentan lesiones del aparato respiratorio de tipo broncopneumónico y se puede demostrar la relación de los enfermos con los papagayos ya contaminados o portadores de gérmenes.

Pneumopatías de repetición y causas de las recidivas

A pesar de que sabíamos por los autores de Patología médica que las pulmonías no dejaban inmunidad duradera, sino que era una de las enfermedades que mayor número de veces recidivan, nosotros, en los primeros años de práctica profesional, considerábamos como tuberculosos a los enfermos que nos hacían un relato de haber tenido procesos pulmonares repetidos, si aquéllos no encajaban en el cuadro clínico de las pulmonías típicas.

Más tarde comprobamos que había algunos enfermos que habiendo tenido una pulmonía típica, padecían años después otras de evolución modificada, por las alteraciones determinadas en su aparato respiratorio y porque les quedaba algo de inmunidad.

El doctor Martín Salazar, en su libro sobre inmunidad, hace referencia de un enfermo que padecía cada dos o tres años una pulmonía, pero cada vez eran más benignas. Esta observación concuerda con otras de mi práctica, como se ha podido ver en algunos casos ya referidos en el capítulo correspondiente a la pneumonía de los viejos.

Si analizamos las causas de que las pulmonías se padezcan varias veces por el mismo individuo, veremos que se dan en la evolución de la enfermedad algunas particularidades que, a mi juicio, explican aquellas recidivas: tal sucede con los restos de pleuritis; el neumococo puede quedar en ellos acantonado varios años, y una vez que la inmunidad va disminuyendo, determinan una nueva invasión. Pues si bien es verdad que se trata de una bacteria que pierde muy pronto su virulencia en los medios de cultivo, en cambio en los medios orgánicos la conserva mucho tiempo. Encerrado en tubos de sangre con ascitis, persiste vivo y virulento durante un año.

Otras veces, los mismos restos pleurales, una vez esclerosados, tiran de la pared de los bronquios, produciendo dilataciones de su cavidad, donde quedan estancadas las secreciones y de donde parten las reinfecciones. En algunos casos persisten en el mismo tejido pulmonar algunos residuos del exudado inflamatorio que, al no ser reabsorbido, se organizan quedando enquistados los focos con neumococos.

Interesa estudiar estas causas que influyen en las recidivas, para procurar evitarlas. Cuando se intervienen las pleuresías purulentas consecutivas a las pulmonías, el mejor modo de impedir las recidivas es hacer un buen drenaje, evitando que persistan residuos en el seno costo-diafragmático. En otras ocasiones haremos labor profiláctica, tratando con perseverancia las dilataciones bronquiales y evitando las reinfecciones de las secreciones en ellas acumuladas. Los cuidados higiénicos de la boca y de la nariz y el gradual endurecimiento de la piel también contribuyen a evitar las recidivas.

Por otra parte está demostrado, desde Pasteur, que los conejos se hacían refractarios a la infección neumocócica mediante una anterior inoculación. Esta prueba del laboratorio no concuerda con las tendencias recidivantes de las pulmonías. Mas entre tanto se conozcan todas las causas, unas de evolución de la enfermedad y otras referentes a la biología del neumococo, nosotros, en el terreno clínico procuraremos tratar cuidadosamente a los enfermos con pulmonía, atendiendo a todos los detalles y no creyendo que hay poco que hacer, porque se trata de una enfermedad que se cura espontáneamente. En ésta como en todas las infecciones, aunque el organismo pone la mayor parte, nosotros, como médicos, debemos dirigir las reacciones que tienden a la curación.

Al hacer el diagnóstico debemos insistir en el hecho de que estas pulmonías recidivantes no suelen presentarse con un cuadro clínico bien determinado, por las causas que ya expuse en otro lugar. Debemos tener presente también, que el individuo que tuvo una pulmonía padecerá también procesos gripales y bronquitis por las mismas causas que los demás. También puede tener un brote de tuberculosis, o por el contrario un tuberculoso es posible que tenga una pulmonía.

El clínico necesita pensar en todas las posibilidades patológicas y auxiliarse de todos los medios, para resolver estos intrincados problemas.

Pneumonia crónica intersticial con bronquiectasias

Al describir esta entidad nosológica, nos referiremos solamente a las que evolucionan consecutivamente a pneumonías genuinas, prescindiendo de la que con frecuencia origina la tuberculosis fibrosa, la neumoconiosis, la sífilis, la consecutiva a una pleuresía anterior, etc.

En los enfermos que padecen varias pulmonías y algunas veces en los que sólo padecieron una, sucede que el exudado serofibrinoso no es dirigido por los encimas proteolíticos y, por tanto, no se reabsorbe. Al permanecer dentro de los alveólos y de los bronquios más tiempo que en otros enfermos, determina una irritación mecánica que solicita la neoformación de tejido. De los tabiques alveolares y de la pared interna de los bronquiolos parten vasos de nueva formación que invaden el exudado, dando lugar a la formación de un tejido embrionario que se transforma finalmente en conjuntivo de forma fibrosa. Las paredes de los bronquios, que ya estaban reblandecidas por el exudado, sufren entonces estiramientos que determinan dilataciones y deformidades.

A partir de este momento las secreciones acumuladas en las bronquiectasias determinan una exaltación periódica en la virulencia de los gérmenes, dando lugar a bronquitis recidivantes. Todo este mecanismo patogénico produce las lesiones propias de la neumonía intersticial crónica, con zonas enfisematosas consecutivas a los frecuentes accesos de tos y a la necesidad de suplir la función de las vesículas, que fueron atelectasiadas por las zonas de esclerosis.

Cuando estas neumonías esclerosantes son determinadas por la tuberculosis fibrosa, en el aspecto del tórax, en conjunto predominan las zonas con retracciones, y en cambio cuando son procesos derivados de bronquitis crónicas consecutivas a una resolución incompleta de la pulmonía, el tórax, en conjunto, está abultado porque predominan las zonas enfisematosas sobre las de esclerosis. Además, la total evolución de la enfermedad es diferente, como lo demuestra el siguiente caso:

J. A. Sin antecedentes familiares ni personales de interés patológico. A los

cuarenta años tuvo una pulmonía de principio agudo, pero de resolución tardía. A partir de entonces tiene accesos de tos espasmódica que terminan espectorando esputos mocopurulentos. A temporadas la expectoración es espumosa y entonces aumenta la disnea. Todos los inviernos tiene agudizaciones de su bronquitis que le obligan a guardar cama dos o tres días. Cada vez los accesos de tos eran más frecuentes y las cantidades expectoradas mayores. A los veinte años de enfermedad quedó con disnea de esfuerzo. Diez años más tarde presentaba un tórax enfisematoso, disnea constante, hipertensión y un dos por cien de albúmina en la orina. El régimen vegetariano corrigió algo la disnea, pero nunca desapareció ya y tampoco la albúmina. Ultimamente murió de insuficiencia cardíaca, localizada preferentemente en el aparato respiratorio, dando un síndrome de broncoplejia agudísimo.

En los esputos de este enfermo no se encontraron nunca bacilos de Koch.

Durante la evolución de esta enfermedad apreciamos la existencia de una pneumonía crónica acompañada de dilataciones bronquiales, que luego se complicó con enfisema, con dilatación del corazón derecho y tal vez con nefrosis producida en parte por la degeneración amiloídea consecutiva a la reabsorción de los exudados bronquiales y también por las malas condiciones circulatorias creadas por la dilatación cardíaca.

Si la pneumonía crónica hubiese sido producida por el bacilo de Koch, en tan larga evolución de treinta y siete años hubiese determinado el cuadro clínico de la tuberculosis fibrosa con el tórax retraído y el hábito exterior característico. Además, alguna vez hubiese tenido el enfermo brotes febriles de mayor duración.

En resumen, aunque con poca frecuencia, la pulmonía termina por una esclerosis lenta del pulmón, que clínicamente se diferencia de la consecutiva a otras causas.

Otras complicaciones de las pulmonías

En el curso de la exposición de los anteriores casos, ya fueron enumeradas algunas complicaciones; pero hay que hablar de algunas otras y precisar particularidades de las ya expuestas. Una complicación, que no he visto descrita en ninguna parte, es la degeneración amiloídea del bazo consecutiva a la reabsorción de los residuos purulentos de la pleura. El siguiente caso, que ya fué publicado, demuestra la realidad de dicha complicación.

G. C. L. Ingresó el 13 de enero de 1922 en las clínicas de la Facultad de Medicina. El doctor don Ricardo Lozano le apreció desde el primer momento una hipertrofia del bazo y un roce pleural en el costado izquierdo.

Los antecedentes personales tenían la importancia de haber padecido dos

procesos pulmonares de principio brusco y de resolución tardía. Dicho enfermo sirvió para que el doctor Haberer hiciese un diagnóstico diferencial con todas las enfermedades que van acompañadas de hipertrofia del bazo, terminando por reconocer que en dicho caso no se daba una sintomatología suficiente para decidirse por ninguna.

Ante estas dudas se pasó a intervenir y después de la extirpación llevada a cabo magistralmente, teníamos las mismas dudas respecto de la patogenia de dicha hipertrofia del bazo. No obstante, a través de una pequeña rotura, apreciamos cierto aspecto granoso y guardamos un trocito para su estudio microscópico. El bazo era de doble tamaño que normalmente.

Tres días después de la operación se presentó una elevación de la temperatura, que fué seguida de todos los síntomas de una pulmonía; nueve días más tarde tuvo lugar una remisión incompleta, es decir, una pseudocrisis. Desapareció el soplo bronquial y más tarde los estertores crepitantes. Este relativo bienestar duró solamente dos días, siendo interrumpido por elevaciones térmicas seguidas de remisiones y de sudores profusos.

Yo pude comprobar que en una zona del seno costo-diafragmático y a nivel de la línea axilar posterior existía macicez y abolición de las vibraciones vocales. Continuó el enfermo con el mismo estado durante diez días, y, previo el permiso del doctor Lozano, hicimos una punción, sacando veinte gramos de pus, de aspecto cremoso, en donde encontramos neumococos capsulados.

Desde el día siguiente de la punción empezó a descender la temperatura, y salió el enfermo completamente curado de la clínica.

Nosotros creemos que este enfermo volverá a padecer nuevamente otras pulmonías, a juzgar por los antecedentes y además porque sospechamos que en la pleura habrán quedado pequeños focos enquistados en donde conservará el neumococo su virulencia.

Hice preparaciones microscópicas del bazo extirpado y nos encontramos con focos de degeneración amiloídea que se habían empezado a formar alrededor de la arteria de los corpúsculos de Malpigio. Se trataba de las primeras formaciones de la degeneración amiloídea del bazo en forma de granos de *sagú* de Virchow.

Lo verdaderamente interesante para nosotros es la patogenia de dicha degeneración amiloídea. Es indudable que anteriormente tuvo el enfermo dos pulmonías de principio brusco, pero de terminación menos franca. Después de la extirpación del bazo padeció la tercera pulmonía, comprobada bacteriológicamente, y tampoco vino una crisis franca. Se inició el noveno día una remisión, mas en seguida volvió a subir la fiebre hasta que sacamos los veinte gramos de pus.

Nosotros hicimos las preparaciones anatomo-patológicas del bazo antes de

saber el curso post-operatorio del enfermo, y le informamos al doctor Lozanó de que seguramente el enfermo tendría algún foco de supuración que nos explicaría la patogenia de las lesiones encontradas. Y, efectivamente, el foco de pus lo encontramos en la pleura.

De antiguo se sabe que las supuraciones crónicas determinan la degeneración amiloídea; pero lo que yo he querido precisar al describir este caso, es que existen lesiones latentes y residuales, de otras infecciones anteriores, que producen la misma degeneración. Entre estas infecciones latentes es digna de tenerse en cuenta la que tiene su origen en focos purulentos enquistados en las pleuras como secuelas de anteriores pulmonías, y esto es lo que no estaba previsto por los autores que se han ocupado de las posibles complicaciones de las pulmonías.

Del absceso del pulmón y pleuresía interlobar consecutivos a las pulmonías

Los clínicos habían precisado desde tiempos antiguos la terminación por supuración de algunas pulmonías. Pero hay que tener presente que si juzgamos solamente por los síntomas clínicos, es posible que un absceso pulmonar de otro origen se confunda con las pulmonías terminadas por supuración. Así, por ejemplo, una embolia séptica determina un absceso del pulmón; si bien en este caso los abscesos suelen ser múltiples. También se dan casos en los que un quiste hidatídico ignorado se infecta y presenta una sintomatología aguda con hemoptisis, dolor de costado, fiebre alta y, finalmente, los síntomas de una supuración pulmonar, para terminar al final por la expulsión de la membrana del quiste.

Hoy es imprescindible para diagnosticar un absceso pulmonar consecutivo a una pulmonía que en el curso de la enfermedad primitiva se haya encontrado el neumococo de Talamón-Fraenkel en los esputos.

No es muy frecuente la terminación de la pulmonía por supuración. Nosotros hemos observado algunos casos en individuos robustos, sin diabetes ni alcoholismo, indicándonos esto que hay circunstancias etiológicas que todavía ignoramos. Generalmente, las pulmonías que terminan por supuración presentan desde sus comienzos síntomas de mucha gravedad, y al noveno día se inicia una crisis que resulta incompleta, semejante a la que hemos descrito en los casos de pleuresía purulenta metaneumónica. Pero cuando la supuración está en la pleura, los síntomas septicémicos son menos intensos y la expectoración disminuye. Todo lo contrario sucede en los casos de fusión purulenta de los pulmones. Aumenta la expectoración y cambia de carácter, observándose mayor purulencia y algunas veces se aprecian trocitos de tejido pulmonar necrosados, a la vez que las materias expectoradas adquieren un olor repugnante aun

en los casos que clínicamente no evolucionan como una gangrena pulmonar. Es, por otro lado, indudable que cuando ese olor aparece es porque trocitos de la pared del absceso están en necrobiosis o gangrena.

Un carácter distingue bien a estos abscesos posneumónicos de los originados por metástasis o por la gripe, y es que en los casos en que la enfermedad determinante es una pulmonía, el absceso es único y tiene mayores probabilidades de curación. En cambio, cuando la supuración pulmonar es determinada por embolias sépticas o por enfermedades que producen una bronconeumonía, los focos suelen ser múltiples y casi siempre producen la muerte.

Cuando el médico dispone de todos los medios auxiliares y asiste al enfermo desde el principio de la enfermedad, se conoce bien la causa originaria y las lesiones consecutivas. Mas no es infrecuente que nos encontremos con enfermos que padecen una antigua supuración del pulmón y entonces es difícil determinar la enfermedad que la originó.

Cuando lo primitivo ha sido una embolia, el principio es repentino y aparece muy pronto la hemorragia. En los que padecieron primeramente una pulmonía, los comienzos no fueron tan bruscos, y algunas veces se puede precisar la existencia de una crisis incompleta. Es decir, que la enfermedad tiene una máxima gravedad durante nueve días, se presenta después una mejoría y más tarde aparecen los síntomas de la formación del pus con fiebre motivada por reabsorción.

En los abscesos del pulmón derecho las posibilidades etiológicas son todavía mayores; debiendo tener en cuenta, además del quiste hidatídico supurado, el absceso subfrénico de posible etiología hepática, nefrítica o apendicular.

Por último, para terminar con este estudio clínico de las pulmonías, hablaremos algo de la pleuresía purulenta interlobular.

Cuando la colección purulenta tiene lugar en la gran cisura que separa el lóbulo superior y el medio del inferior en el pulmón derecho, y cuando ha transcurrido algún tiempo después de la pulmonía, se puede hacer el diagnóstico sólo por la percusión. Tal sucedió en el siguiente caso:

Se presentó en mi consulta del Hospital un practicante acompañando a un enfermo hermano suyo. En los antecedentes se pudo precisar con toda exactitud la existencia, dos meses antes, de una pulmonía franca seguida de crisis no completa. Quedó el enfermo con un estado ligeramente febril que le permitió reponer algo sus fuerzas, pero como no se encontraba del todo bien, vino a visitarse, creyendo que estaba tuberculoso.

Con la percusión pudimos demostrar la existencia de una zona mate que llevaba dirección oblicua de arriba hacia abajo y de atrás a delante, comprendida desde el hueco axilar a la mandíbula. Por encima de esta zona la sonoridad era normal y lo mismo sucedía en la zona más baja. Mediante una

punción exploradora extrajimos un pus cremoso en el que se encontraron neumococos.

A los rayos X se comprobó la existencia de la pleuresía interlobular. Le aconsejamos la intervención operatoria, pero no fué aceptada.

Finalmente, en otro enfermo pude observar la evolución de una pneumonía con síntomas de mucha gravedad, que terminó por supuración de la pleura interlobular. Yo fuí llamado en consulta el tercer día de enfermedad, y el médico, al hacerme la referencia de los síntomas, me decía que ya en la primera visita había encontrado al enfermo en un estado de inconsciencia, porque hacía veinticuatro horas que no orinaba, pero después que evacuó una gran cantidad de orina, se aliviaron algo los síntomas cerebrales.

En mi exploración comprobé los síntomas de una pneumonía, y aunque en la vejiga urinaria no había entonces retención, aconsejé la vigilancia necesaria para evitar esta posible complicación. Pasaron dos días y fuí llamado otra vez con urgencia. El enfermo se encontraba en estado semicomatoso, y como apreciamos macicez en el hipogastrio, procedimos a sondarle la vejiga urinaria. Había una retención de orina de mil doscientos gramos, y el sensorio del enfermo mejoró notablemente en cuanto se pusieron los medios para evitar la retención. Tres días más tarde tuvimos otro cambio de impresiones con el médico de cabecera. El enfermo estaba más despejado, pero se apreciaban algunos síntomas que denunciaban alteración en el sistema nervioso: tenía sordera, dificultad para tragar los alimentos y aquejaba dolores radiculares. Hicimos una punción lumbar y en el líquido céfalo-raquídeo no encontramos nada patológico.

Al décimo día de enfermedad se presentó una remisión de todos los síntomas, y la fiebre desapareció poco a poco. A los seis días de apirexia ascendió nuevamente la temperatura con algún escalofrío y diagnosticamos una supuración pulmonar. Como además la macicez de la base del pulmón derecho no desaparecía, nos decidimos a practicar una punción exploradora en la línea axilar posterior y a nivel del noveno espacio intercostal, que resultó negativa.

Habría transcurrido el mes desde el comienzo de la enfermedad cuando se presentó una evacuación de pus. A partir de este momento desapareció la fiebre y se curó definitivamente el enfermo. Cuando estuvo en condiciones de salir de casa se le hizo una radiografía en la que se apreciaba, dentro de una sombra difusa, otra de mayor densidad que llevaba la dirección de la cisura que separa el lóbulo medio del inferior.

Por lo expuesto creemos que en este caso de pneumonía con síntomas cerebrales hubo también una complicación de pleuresía supurada interlobular que no se diagnosticó mediante la percusión porque todavía no había desaparecido la zona de infiltración pulmonar por haber pasado poco tiempo desde el principio de la pulmonía. En el caso primeramente descrito habían transcurrido dos meses y los infiltrados del pulmón tuvieron tiempo para reabsorberse, quedando sólo interesada la zona cisural. Además, el enfermo era delgado y, por lo tanto, más fácil de precisar la zona de la región enferma mediante la percusión.

Debemos tener presente que tanto las pleuresías de las cisuras interlobulares como las de la gran cavidad, no siempre terminan por supuración, sino que en los casos en que la infección está atenuada se produce un exudado. Esto sucede con mucha frecuencia cuando el agente causal es el bacilo de Koch, el exudado es en este caso serofibrinoso y persiste algún tiempo sin reabsorber. Algunas veces también permanece seroso el derrame pleural consecutivo a un proceso de naturaleza gripal, como detallaremos en el capítulo correspondiente, aunque tal vez tenga el exudado menos fibrina.

También se da el caso de que alrededor de un foco neumónico se produzca un ligero exudado que se reabsorbe al terminar la infección pulmonar.

Es decir, que la naturaleza serosa o purulenta no implica una etiología obligada, aunque es verdad que ciertas particularidades del exudado o del pus puede darnos la clave para averiguar el agente causal.

CUBETAS APLANADAS PARA LA CONSERVACIÓN DE PIEZAS ANATÓMICAS

POR EL

DR. JOSÉ CONDE ANDREU

Profesor Auxiliar de Anatomía, en la Facultad de Medicina; de la Real Academia de Medicina

ZARAGOZA

ESTAS cubetas, económicas por aprovecharse para su construcción las placas usadas de foto o radiografía, resultan mejores que la mayoría de las que se encuentran en el comercio; son muy manejables; nos proporcionan una bella presentación de las preparaciones; y permiten la proyección epidiascópica de las mismas.

Hace varios años que, para la conservación de piezas anatómicas aplanadas y cortes homalográficos de dimensiones reducidas, no empleamos otras cubetas que las que nosotros mismos construímos con placas fotográficas inservibles. Y es que, las cubetas de vidrio soplado adquiridas en el comercio son aceptables para guardar piezas que no requieren una minuciosa observación; pero no ocurre lo mismo cuando se trata de preparados con numerosos y finos detalles anatómicos, en cuyo caso, las paredes defectuosas de estos recipientes nos dan imágenes deformadas, en unos puntos, y borradas o confusas en otros.

Para obviar este inconveniente, hemos seguido varios procedimientos: primero, adquirir cubetas de cristales de luna; segundo, hacer pulir las paredes de las cubetas ordinarias; tercero, adquirirlas con las caras pulidas; y cuarto, construirnos nosotros mismos las cubetas.

1. Las cubetas hechas con placas de vidrio fundido (lunas) permiten apreciar, con claridad insuperable, los más finos detalles de los objetos que contienen. Pero, presentan serios inconvenientes: el mástig que suelda, unos a otros los cristales, no resiste toda clase de líquidos (especialmente, los éteres empleados en las preparaciones diafanizadas disuelven rápidamente el mástig, filtrándose por las junturas de los cristales e inutilizando la cubeta); son menos resistentes (sobre todo las de gran tamaño), que las ordinarias de una sola pieza; y resultan carísimas. Por estos motivos, no son de ningún modo aconsejables.

2. La coincidencia de existir, próxima al Laboratorio de Anatomía, una importante fábrica de espejos, nos sugirió la idea de llevar algunas cubetas corrientes para pulir sus paredes laterales. El resultado es aceptable y, en

ciertos casos, lo seguimos utilizando: los defectos del vidrio, aunque no desaparecen totalmente, quedan bastante aminorados. Pero, el precio de las cubetas aumenta demasiado a pesar de que, para atenuar este inconveniente, limitamos el bruñido a una sola o dos caras laterales, cuando la preparación lo permite.

3. La casa Zeitz, de Berlín, fabrica cubetas de vidrio soplado blanco y con las caras bruñidas. Son muy recomendables y no tienen más inconveniente que su precio elevado. Las utilizamos para preparados delicados que, por algún motivo (forma, tamaño, etc.), no pueden guardarse en nuestras cubetas encuadradas.

4. Nuestros primeros intentos de construcción de cubetas soldando los cristales por sus bordes, como están en las fabricadas con cristales de luna, sirvieron para convencernos de que el procedimiento es engorroso y las cubetas antiestéticas y defectuosas.

El modelo preconizado por Salvador y Ara (1) (parecido al de Hover, para conservación en medios sólidos), no pudimos adaptarlo con éxito a la conservación en líquidos.

Desde que, en el Laboratorio del profesor Piquet de Burdeos, guardábamos los cortes de cerebro incluídos en gelatina, entre dos placas cuyos bordes eran cerrados con plaste de cristalero y protegidos con un marco de madera, deseábamos conseguir cubetas semejantes y capaces de contener líquidos; pero, tampoco obtuvimos buen resultado.

Posteriormente, tuvimos ocasión de ver las cubetas existentes en el museo del profesor Tändler, el cual, nos indicó además el procedimiento de que se valía para llenarlas. Esto unido a la circunstancia de haber hallado recientemente una pasta adhesiva excelente, nos hizo reanudar nuestras tentativas de construcción de cubetas, esta vez con éxito. Después de numerosas modificaciones y perfeccionamientos, hemos llegado a obtener los modelos actuales (v. figuras 1 y 2), cuyas ventajas ya hemos mencionado.

Se caracterizan estas cubetas por ser *aplanadas* y por estar *encuadradas* en un marco de agradable efecto estético con el que, la pieza gana en presentación, como ocurre a una pintura al ser colocada en un marco. Por esto, pueden denominarse cubetas «aplanadas», o «encuadradas», o bien, «homaloformes» (de *homalos*, plano), o bien, «homalográficas», por ser especialmente adecuadas para guardar piezas anatómicas de esa denominación.

* * *

Como algunos de nuestros visitantes han mostrado curiosidad acerca del

(1) Doctores Salvador y Ara: *El objetivismo en la enseñanza de la Medicina legal.*

procedimiento de construcción, queremos exponer aquí, con todo detalle, la técnica de que nos valemos actualmente.

TECNICA

MATERIAL NECESARIO. — Placas fotográficas o radiográficas, inservibles; barritas o tiras de vidrio grueso; y pasta adhesiva. Como material accesorio empleamos hilo blanco o seda para sujetar las piezas, papel negro, esmalte blanco, goma arábiga, un pincel...

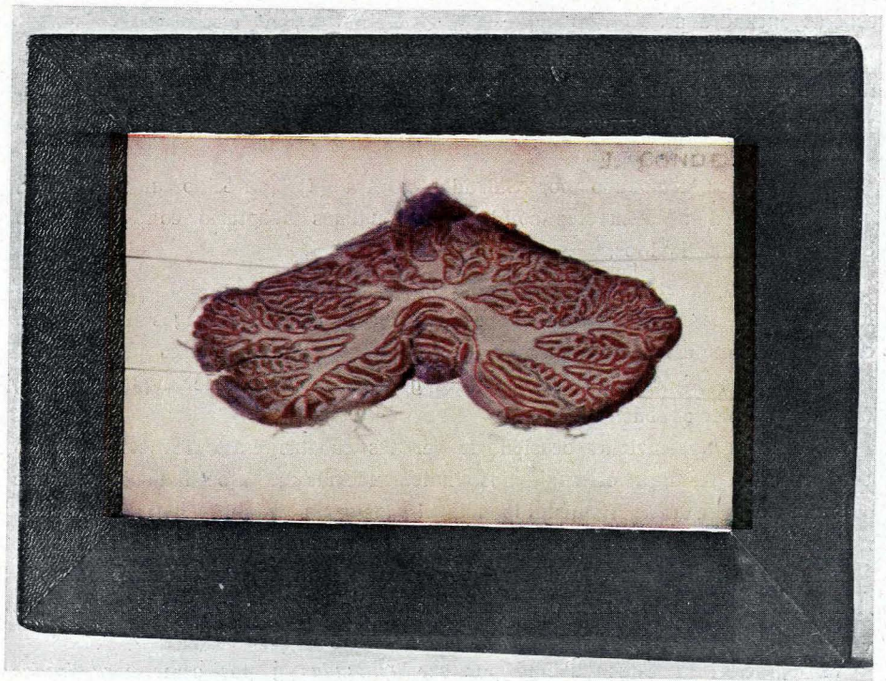


FIGURA 1. — Cubeta aplanada, con dos caras de visión, conteniendo un corte de cerebelo teñido a la cochinilla.

Las placas son excelentes para nuestro objeto y de exiguo valor (1). Los fotógrafos suelen dar, de buen grado, sus clichés antiguos a precios insignificantes.

Es cierto que podrían emplearse, en vez de placas, otros vidrios del tamaño y clase que quisiéramos; pero, los vidrios corrientes no presentan más que

(1) A nosotros, el Departamento de Radiología de nuestra Facultad, nos provee de cuanto necesitamos. Conste nuestro agradecimiento.

desventajas por su calidad o por su precio, mientras que los de clase superior son un gasto superfluo y, por su grosor excesivo, resultan muy pesados y difíciles de cortar. Sólo para las cubetas cuyo tamaño excede al de las

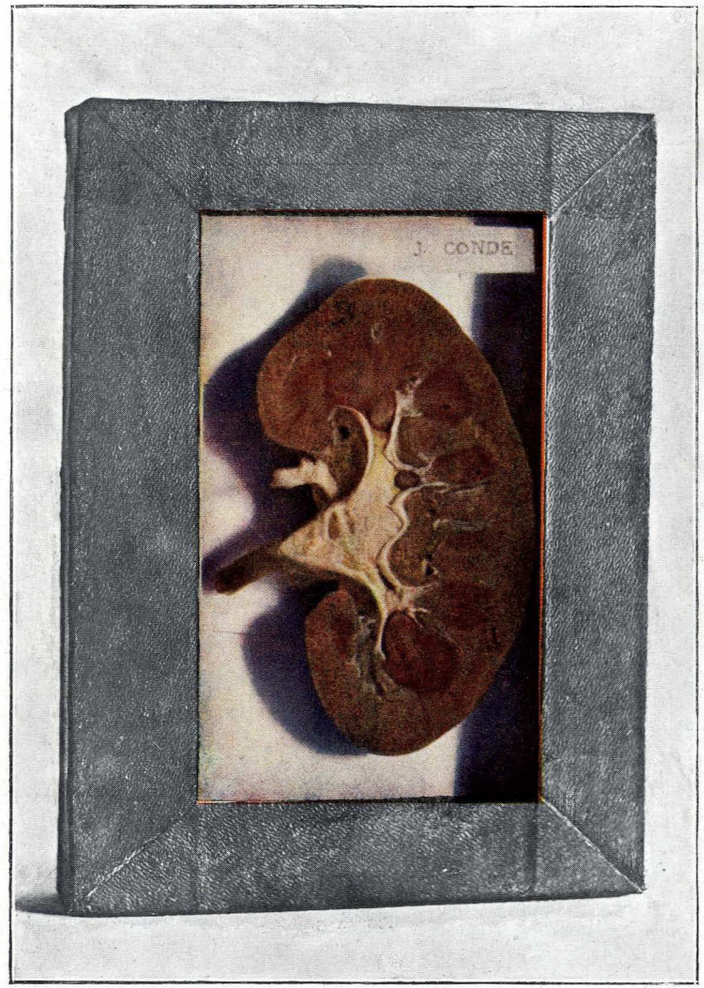


FIGURA 2. — Cubeta homaloforme, con una sola cara de visión (fondo blanco), conteniendo un corte de riñón humano conservado, con colores naturales, en nuestro líquido conservador azucarado.

placas mayores, empleamos vidrios de otra clase.

La limpieza de las placas se consigue, ordinariamente, sin más que sumergirlas en agua caliente para que desaparezca la película de gelatina. Si

después de esto no quedan completamente limpias, puede hacerse un lavado corriente con jabón o lejía.

Las barras o tiras de cristal pueden obtenerse de los trozos de deshecho que quedan en las cristalerías o en las fábricas de espejos; y deberán tener las dimensiones siguientes: longitud, 3 ó 4 cms. menos que los lados de las placas; anchura, 1,5 a 2 cms., y grosor, unos 5 mm.

Así, por ejemplo, para las placas de 13 por 18 tenemos unas tiras de

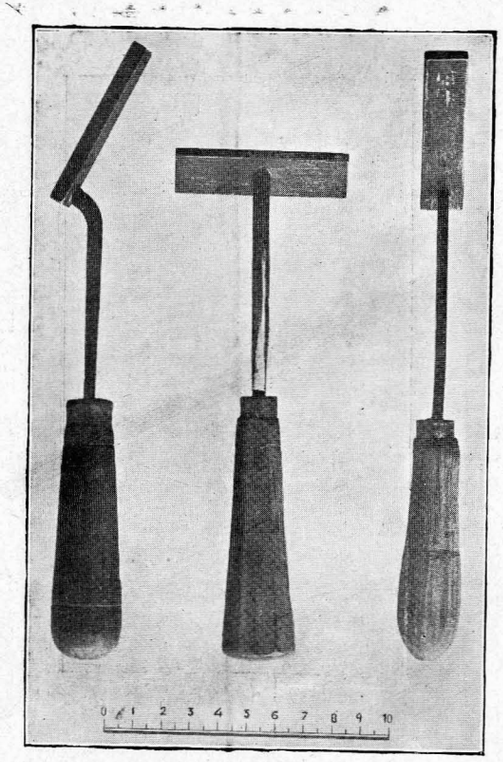


FIGURA 3.

10 por 1,5 por 0,6 cms. y otras de 15 por 1,5 por 0,6; y, para las placas de 18 por 24, las tiras cortas son de 14 por 2 por 0,6, y las tiras largas, de 20 por 2 por 0,6.

La pasta adhesiva o mástic que ha de unir las piezas de vidrio, es uno de los principales elementos con que contamos.

Siempre nos pareció necesaria para nuestro objeto una pasta adhesiva con las propiedades siguientes: gran cohesión, sumamente adhesiva al vidrio, inatacable por los líquidos conservadores, inalterable con el tiempo, y, de fácil manejo.

Hemos ensayado un gran número de productos comerciales y fórmulas recomendadas por diversos autores (Th. Kitt, Schorrr, L. Pick, Mendelejeff, Ara, etc., etc.); entre los preparados extranjeros hemos encontrado algunos, reputados como buenos, que, en nuestro clima, se reblandecen durante el estío. Finalmente, hemos hallado una masa superior a todas las ensayadas, cuya composición es la siguiente:

Asfalto	**80 partes.**
Resina blanca	**5 »**
Valvolina (1).	**50 »**

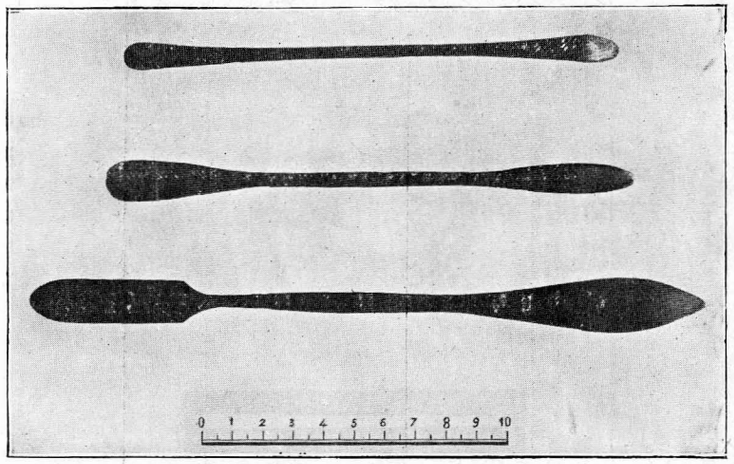


FIGURA 4.

Se calienta todo en una cápsula; y cuando se ha obtenido una fusión completa, se remueve hasta obtener una mezcla homogénea. Esta masa, al enfriarse, se solidifica y se conserva indefinidamente en la misma cápsula (como guardan la cola los carpinteros), dispuesta para usarla otra vez, sin más que calentarla de nuevo.

Es insoluble en todos los líquidos conservadores usuales (soluciones de formol, de ácido fénico, hipertónicas, líquidos azucarados, líquidos glicerinados de Kaiserling, Jores, Melnikow...) y reúne las demás condiciones de adhesividad, inalterabilidad, etc. que hemos citado anteriormente. Unicamente la disuelven los líquidos finales de Spalteholz (que se usan en muy contados

(1) La valvolina es un aceite obtenido de los resíduos del petróleo, que se emplea como lubrificante.

Institutos anatómicos); por lo tanto, sólo dejarán de ser utilizables nuestras cubetas, para guardar piezas diafanizadas según el método de dicho autor.

INSTRUMENTAL. — Aparte de algunos utensilios de uso común (como una cápsula o recipiente cualquiera para la pasta de pegar, un cazo con pico o una simple cuchara, un trozo de alambre grueso, un par de mecheros u hornillos de gas, agujas largas para atravesar las preparaciones, etc.), no empleamos más instrumental especial que el representado en las figs. 3 y 4. Consiste en unas planchuelas de hierro con mango de madera y unas espá-

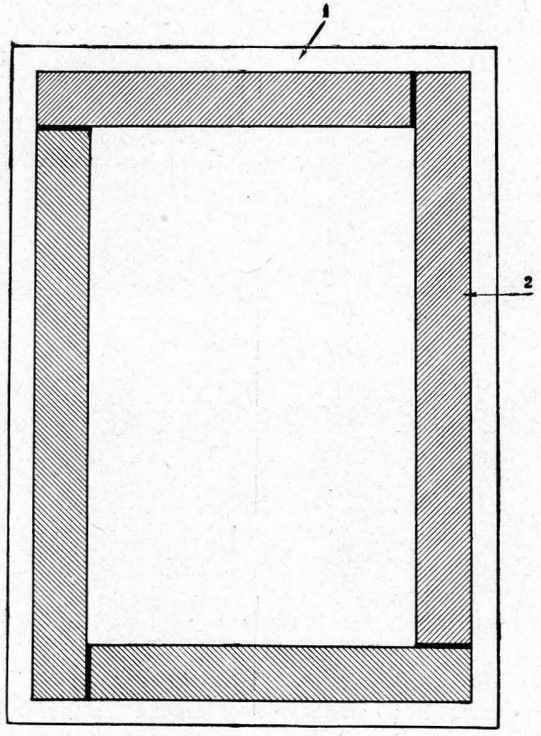


FIGURA 5. — 1, placa de vidrio; 2, barritas de vidrio, formando cuadro y dejando un espacio marginal.

tulas de hierro. Las primeras, fuertemente calentadas, sirven para trabajar la pasta adhesiva. Las hicimos construir con objeto de facilitar y perfeccionar este trabajo (que antes hacíamos con un simple hierro caliente) y ahora nos resultan insustituíbles. Las espátulas, por su escaso grosor, pueden penetrar por los intersticios que quedan entre los cristales y sirven para completar el trabajo de las planchuelas.

ARMAZÓN DE LA CUBETA. — Hay que empezar por construir, sobre una de las caras de una placa, un cuadro o marco, formado por cuatro tiras de vidrio, de modo que quede un pequeño margen alrededor del mismo, como indican las figuras 5, 6 y 7.

Digamos por adelantado que, este margen (cuya anchura puede ser de medio a un centímetro, o más, según el tamaño de las placas), al cerrar la cubeta con una segunda placa, colocada a modo de tape, quedará convertido en una ranura, mortaja o cajetín (fig. 8) que deberá rellenarse de pasta.

Conviene, antes de emplear la pasta adhesiva, cerciorarse de que las barritas

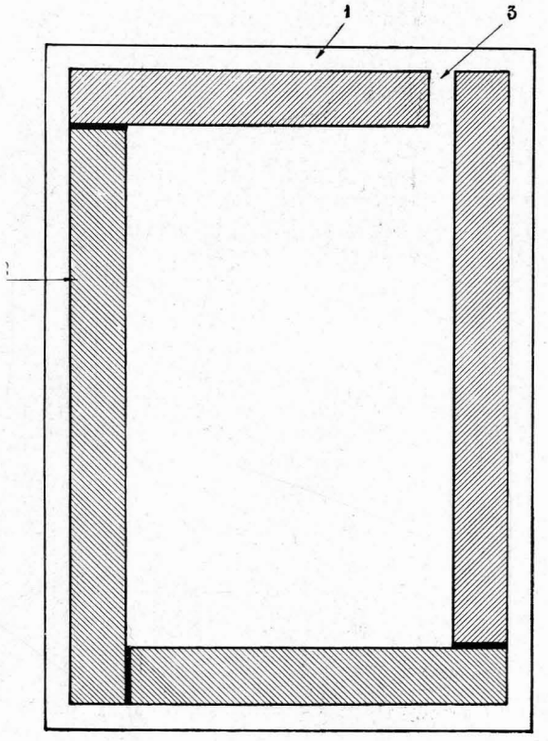


FIGURA 6. — 1, placa; 2, barritas de vidrio; 3, orificio de carga.

de vidrio tienen la longitud necesaria, y, fijarse en la posición exacta que han de ocupar, para colocarlas después con acierto, una vez echada la pasta, sin titubear y sin necesidad de desplazamientos que suelen dar mal resultado.

Una vez hecho ese ensayo, disponemos dos mecheros Bunsen en la mesa de trabajo: uno, para calentar la pasta adhesiva; otro, para las planchuelas

y espátulas, y, para que un ayudante vaya calentando todo lo posible la placa y los vidrios que vamos a emplear.

Cuando está caliente la placa, se echa una capa de mástic a lo largo del sitio que ha de ocupar una barrita de vidrio y, en seguida, se coloca encima la barrita (que formará el primer lado del cuadro que queremos construir), apretándola unos instantes con dos trozos de madera. A continuación, se coloca una segunda tira de vidrio; y así sucesivamente, hasta que el cuadro está formado.

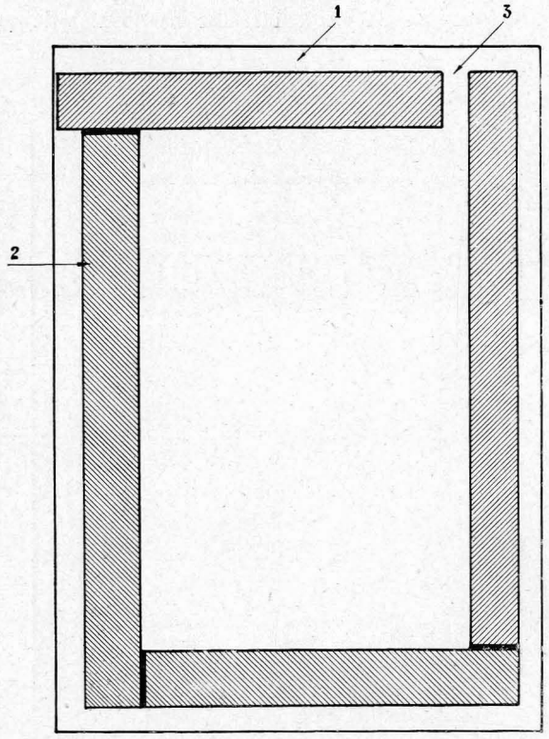


FIGURA 7. — 1, placa; 2, barritas de vidrio; 3, orificio de carga.

Si no queremos una cubeta sumamente aplanada, construiremos otro cuadro, encima del anterior, echando pasta a lo largo de las barritas ya colocadas y superponiendo otras.

Del mismo modo, se pueden agregar alternativamente nuevas capas de mástic y tiras de vidrio hasta que la cubeta tenga el grosor que deseamos; pero, téngase en cuenta que no conviene pasar de 4 ó 5 cm., tanto por el trabajo que supone como por el excesivo peso que adquiere la cubeta.

No todos los cuadritos de tiras de vidrio que componen el marco o cuadro total han de ser absolutamente iguales. En uno de ellos, y preferentemente en el primero, hay que imprimir una modificación (indicada en las figuras 6 y 7, mejor que con ninguna explicación) destinada a dejar un orificio, de 5 a 10 mm. de diámetro, por el que, finalmente, se llenará de líquido conservador la cubeta. Para conseguir nuestro propósito basta cortar una de las barritas de vidrio, un centímetro más corta que las restantes (fig. 6); o bien, como hacemos ahora para ahorrarnos ese pequeño trabajo, disponer las barritas en la forma que indica la figura 7.

Nuestra obra necesita, ahora, *un retoque*. El asfalto habrá invadido, más

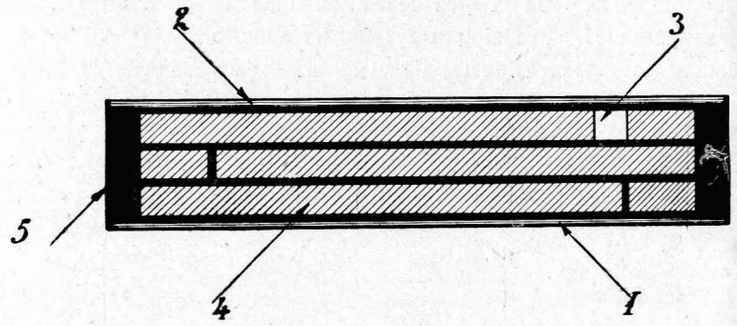


FIGURA 8. — 1, placa destinada a ser pared anterior de la cubeta; 2, placa destinada a cara posterior; 3, orificio de carga; 4, barritas de vidrio; 5, pasta adhesiva que llena la hendidura marginal y los intersticios entre las barritas.

o menos, el cristal de la placa; y los bordes de las barritas estarán descubiertas en unos puntos mientras que, en otros, los cubrirá una capa de pasta. Con una planchuela caliente, manejada a modo de paleta de albañil, se puede extender uniformemente el asfalto de modo que una delgada capa del mismo cubra, completamente, las barritas de vidrio por la parte interior del marco. Si no hay suficiente mástic para esto, agregamos el que sea necesario, fundido, y seguimos regularizando la superficie hasta que las paredes interiores están perfectamente lisas y los ángulos bien acabados. De las paredes exteriores del marco no es preciso ocuparnos por ahora.

Todavía falta una limpieza escrupulosa de la placa, ya que dicha placa ha de ser la cara de visión principal, o cara anterior, de la cubeta. Para eso, con un escalpelo viejo, se hacen saltar las perforaciones más gruesas de pasta adherida al vidrio, frotándolo a continuación con un paño humedecido con bencina.

Desde este momento la cubeta está dispuesta para ser utilizada.

COLOCACIÓN DEL PREPARADO. — Después de haber ensayado los procedimientos de montaje usuales en las cubetas corrientes (sujeción de la pieza a una lá-

mina de vidrio, o de celuloide, o bien a un marco hecho con varilla de cristal, etc.), lo hacemos nosotros en la siguiente forma, que nos parece la más sencilla y de mejor resultado:

Mediante una aguja larga, atravesamos la preparación, horizontalmente y en el sentido de su anchura, con una o dos sedas blancas, de un grosor adecuado al peso que han de soportar (v. las figuras 1 y 2). Colocada la pieza sobre la placa, bien orientada y centrada en el interior del marco, tomamos una de las hebras de seda, la extendemos sin que la pieza se desplace, y, pasando uno de los cabos por debajo de la placa, venimos a reunirlo y anudarlo al otro cabo, después de haber rodeado la cubeta.

Hacemos lo mismo con la otra hebra, cuidando de que los trayectos de las sedas sean paralelos entre sí y a los bordes superior e inferior de la placa.

Al anudar los cabos cuidamos de atirantar las sedas hasta levantar ligera-

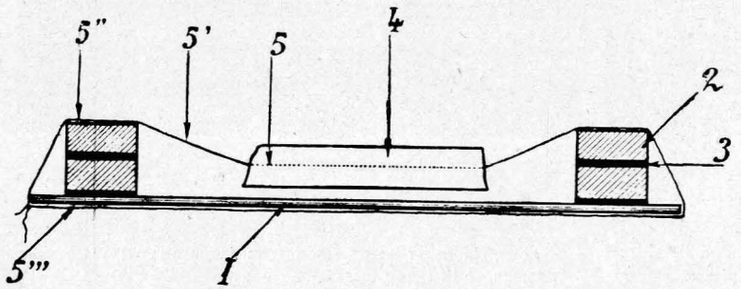


FIGURA 9. — 1, placa; 2, sección de las barritas de vidrio; 3, pasta adhesiva; 4, pieza anatómica; 5, hilo destinado a sostener la preparación: segmento atravesado en dicha preparación; 5', segmento que quedará sumergido en el líquido conservador; 5", segmento que quedará empotrado en la pasta adhesiva; 5'", segmento exterior que se quitará, una vez terminada la cubeta, cortándolo por sus extremos.

mente la preparación (de modo que apenas pierda el contacto con la placa en que está apoyada) y no más; porque, si queda muy elevada, será un obstáculo para cerrar luego la cubeta (v. fig. 9).

CIERRE DE LA CUBETA. — Se hace colocando, a modo de tapa, otra placa, perfectamente limpia y caliente, destinada a ser cara posterior de la cubeta. Para esto, se emplea como siempre la pasta adhesiva.

De no obtener una adherencia perfecta de la placa, se puede, sin dejar de oprimirla, pasear la llama del mechero alrededor de sus bordes para reblandecer la pasta de nuevo. Si todavía no conseguimos nuestro propósito, colocamos la cubeta de canto con el intersticio mal cerrado hacia arriba; echamos pasta abundante en dicho intersticio, y con la planchuela muy caliente primero, y con la espátula después, la hacemos penetrar en los puntos mal cerrados.

CARGA. — Para llenar la cubeta de líquido conservador, conectamos un embudo,

mediante un tubo de goma, con una aguja-cánula de inyecciones. Colocado el embudo en alto y provisto de papel filtro, echamos el líquido conservador para que vaya filtrando; y cerciorados de que el líquido sale perfectamente limpio por la cánula, introducimos ésta en el orificio de carga de la cubeta. Si fuese necesario, desobturaríamos este orificio con un alambre grueso calentado.

Este procedimiento, cómodo y rápido, lo empleamos para líquidos que filtran rápidamente, como las soluciones de formol; pero, si se trata de líquidos glicerinados o azucarados, nos valemos de una jeringa grande provista de una cánula que quepa holgadamente por el orificio de carga.

Llena ya la cubeta, déjese en observación durante unas horas, para comprobar que no hay salida ninguna de líquido; y ciérrese el orificio de carga con una pequeña porción de pasta, no muy fluída, ayudándose de una espátula caliente.

Con esto, la cubeta puede colocarse ya, en cualquier posición, sin que el líquido salga.

REFUERZO. — Para llenar de mástic la ranura que ha quedado alrededor del marco, apoyamos la cubeta sobre uno de sus bordes y llenamos de pasta fundida la parte superior de la montaja después de haber colocado, en sus extremos, dos cartones o bolas de papel para que no se derrame la masa.

Dejamos enfriar y repetimos la misma operación en los tres lados restantes.

Ahora es cuando quitamos los trozos de seda que han quedado exteriormente, cortándolos a su salida de la masa endurecida que los ha aprisionado.

EMBELLECIMIENTO. — Finalmente, para dar un elegante aspecto a la cubeta, se puede, a imitación de las que posee el profesor Tändler, pintarle un marco negro con un delgado filete blanco por dentro. Nosotros empleamos ahora, para este objeto, un papel tela negro, granujiento, con cierto aspecto de piel, que lo pegamos con goma arábiga; y lo mismo podrían utilizarse otros colores y otros materiales de más o menos fantasía.

Si queremos que el preparado quede visible por sus dos caras, dejamos ambas del mismo aspecto; pero, si preferimos una sola cara de visión, pegamos con goma arábiga, en la placa posterior, un papel blanco, negro o de color, después de haber ensayado varios y elegido el que proporciona un fondo más adecuado a la preparación. Este papel se cubre luego con el mismo que ha de servir para formar el marco de la cara anterior.

SECCIÓN PRACTICA

DEL PUENTE CONJUNTIVAL EN LA EXTRACCIÓN DE LA CATARATA(*)

POR EL

DR. J. PARAZOLS

Expresidente de la «Societé Médicale» de Pau. Oftalmólogo del Hospital

PAU (Francia)

Los procedimientos de extracción del cristalino en su cápsula son, probablemente, los métodos del porvenir, pero no han entrado todavía en la práctica corriente de la mayoría de los oculistas.

Entre los otros métodos clásicos de ablación simple o combinada, hay uno que no es nuevo, puesto que ya Desmarres y más tarde Pausier y Vacher lo emplearon, al que yo he recurrido casi, naturalmente, por cuanto es simple y seguro: se trata del «Puente Conjuntival». Siempre he cuidado, en el curso de mis operaciones de catarata, de tallar en la conjuntiva un amplio colgajo, para protejer lo mejor posible la cicatriz.

En una ocasión, y con motivo de operar a una mujer que tenía los ojos considerablemente grandes, tallé un colgajo tan alto y amplio, que tuve la idea de no terminar la sección en la parte superior, obteniendo el cristalino merced a las maniobras habituales con tal facilidad, bajo un puente tan elástico, que no opuso casi obstáculo a su progresión, que resolví repetir esta tentativa en lo sucesivo.

Hace cinco años que vengo utilizando el puente conjuntival, y son tantas las satisfacciones que me ha proporcionado, que he querido ofreceros el resultado de mi experiencia acerca de este procedimiento: Es de todos conocido, y por tanto me limitaré a describirlo rápidamente, tan sólo para señalar algunas modificaciones de detalle, tales como la iridectomía con el cuchillete, con la que yo he contribuído a su técnica, creyendo haberla hecho más cómoda. El cristalino puede ser extraído con y sin iridectomía. Yo procedo, en general, a la extracción combinada, reservando la extracción simple para ciertos casos, o cuando existe una dilatación atropínica máxima. Confieso que no comprendo el miedo de la mayor parte de los operadores de seccionar el iris con el cuchillo para simplificar la operación. Tengo la costumbre de practicar la iridectomía con el cuchillete al tiempo de la incisión de la córnea y no he notado ni una reacción más viva, ni una iridectomía menos correcta, ni una cicatrización más lenta. Yo cargo el iris sobre el filo del cuchillo después

(*) Conferencia en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, recogida y traducida por el doctor Palomar

de haber esperado voluntariamente que la cámara anterior se haya en parte vaciado, y lo secciono preferentemente de un solo golpe. No es obstáculo el tener que dar uno o dos movimientos de va y ven; quizá son menos importantes que el introducir, como hace Vacher, una espátula en la cámara anterior, precisamente para protejer el iris del cuchillo, o el cogerlo tirando de él con una pinza, según la técnica corriente.

Generalmente logro llevar fuera de la cámara anterior con el mismo cuchillo, al terminar la sección, el pequeño colgajo de iris excindido; otras veces lo cojo con la pinza; en ocasiones la porción de iris se desliza en la cámara anterior como huyendo de la pinza; en este caso basta apoyar ligeramente una espátula sobre la córnea, como cuando tratamos de expulsar las masas blandas, para obtener su salida o su interposición entre los labios de la herida, de donde puede ser extraído fácilmente con la pinza.

Después de la sección del iris, me ocupo de tallar un colgajo conjuntival más o menos ancho, según la forma de la catarata, pero que yo diseco de manera que su inserción superior esté lo más distante posible del limbo, puesto que su longitud aumenta notablemente su elasticidad. La maniobra de introducir el quistítomo por uno de los ángulos del colgajo no tiene ningún obstáculo. Sorprende la facilidad con que el cristalino se enuclea, deslizándose bajo el puente conjuntival muy extensible, con los habituales movimientos de presión.

Las ventajas de esta técnica operatoria son incontestables: Se opera en un ojo que, en realidad, no está abierto. La herida practicada queda recubierta por una capa conjuntival protectora. Los labios que no se entreabren, difícilmente se separarán con un movimiento intempestivo del enfermo. Gracias a la inyección de alocaína, de Van Lint y Villard, en la comisura de los párpados, y al puente conjuntival que mantiene coaptados los labios de la sección, no es de temer la pérdida de vítreo, que resulta excepcional. Se opera con una sensación de seguridad hasta ahora desconocida. Además, la herida protegida, queda más al abrigo de los gérmenes; y, finalmente, el curso post-operatorio será más rápido, puesto que la brida conjuntival, obrando a la manera de sutura natural, reúne los bordes de la incisión.

¿Por qué a pesar de estas ventajas incontestables son relativamente pocos los operadores que utilizan este procedimiento? Probablemente por reprochársele dos inconvenientes: En primer lugar, la dificultad de practicar la iridectomía; es cierto, pero ya he demostrado cómo procedo en mi práctica personal, practicando la iridectomía con el cuchillo en el momento de la incisión. Pero, los que no aprueban esta manera de obrar, pueden practicar una iridectomía preparatoria, que permite casi siempre tallar una pupila más ancha y más regular. Deliberadamente yo practico la operación de catarata en dos tiempos, para

darme cuenta de si verdaderamente se obtiene un resultado mejor, como lógicamente se puede pensar. Es posible que practicando solamente una iridectomía, con toda comodidad, el tratamiento sea menos importante y el iris menos traumatizado, deteniendo una pupila bien perfilada; es también probable que el globo, en el momento del segundo tiempo de la extracción del cristalino, presente una reacción menos viva y más breve. Esto es lo que hasta ahora vengo observando.

Añadiré, que el puente conjuntival no dificulta de ningún modo la introducción de la pinza de iris por uno de sus ángulos en la cámara anterior, pudiendo obtenerse una iridectomía un poco lateral pero correcta. Alguna vez tengo que servirme de la pinza para practicar o terminar una iridectomía que no he podido obtener a mi gusto con el cuchillo, y no tengo que lamentar dificultades especiales. Por lo demás, es fácil de tallar el colgajo conjuntival un poco lateralizado, de manera que no entorpezca ninguna maniobra.

En cuanto a la segunda crítica de este procedimiento: que el puente conjuntival dificulta la extracción o enucleación del cristalino, solamente los que no lo han utilizado no reconocerán que este reproche es ilusorio. Por poco que se haya tomado la precaución de tallar el colgajo algo alto, la elasticidad de éste es tal que el obstáculo que opone a la salida de la lente es nulo. Será conveniente tallar el colgajo en relación con la naturaleza y tamaño de la catarata que se trata de extraer. En principio, el colgajo es tanto más protector cuanto más ancho y espeso sea, pero puede tallarse más estrecho, más central o más lateral cuando se sospecha que la catarata sea grande y dura.

En resumen: reconozco que este método operatorio presenta algunas dificultades de técnica, que no son más importantes que las de los otros procedimientos, a cambio de una seguridad que ningún otro procedimiento puede ofrecer.

RADIODIAGNOSTICO EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

POR EL

DR. MARIANO VICENTE CARCELLER

Del Hospital Victoria Eugenia

ZARAGOZA

I. – Radiodiagnóstico en obstetricia

En obstetricia los Rayos X pueden ser empleados como auxiliares para obtener datos de tres orígenes, que son: 1.º, referentes a la pelvis; 2.º, referentes al feto, y 3.º, referentes a las relaciones entre pelvis y feto. siendo estos últimos los más importantes desde el punto de vista obstétrico.

1.º DATOS RADIOLÓGICOS REFERENTES A LA PELVIS.

Son de positivo valor, pues los da con gran exactitud por tratarse de sombras óseas; así, pues, nos aclarará con gran precisión todo lo referente a tumores óseos, como osteomas, sarcomas, callos cicatriciales, luxaciones de cuerpos vertebrales, pelvis anormales, oblicuas, estrechadas, pelvis de Naegele, de Robert, fracturas..., tanto, que los Rayos X diagnostican por sí solos todo lo referente a pelvis ósea.

2.º DATOS RADIOLÓGICOS REFERENTES AL FETO.

Con los Rayos X todo es claridad y exactitud en lo que se refiere a la actitud, situación y posición fetal, número de fetos, monstruosidad y anomalías, siempre que éstas recaigan sobre el esqueleto, sobre todo si el embarazo ha pasado de su primera mitad lo necesario para que haya puntos de osificación que den sombra correspondiente en la pantalla o en la placa fotográfica, constituyendo un signo cierto de embarazo la percepción del esqueleto fetal con los Rayos X.

Gran ayuda nos presta la radiografía en la solución del problema de la muerte fetal intrauterina, tratando de buscar el signo de Spalding, que consiste en el acabalgamiento de los huesos del cráneo. En una de las sesiones de la Semana Ginecológica que se celebró en Madrid, en 1926, el doctor Recasens nos mostró dos radiografías en las que era evidente este signo. El

doctor F. Carreras, de Barcelona, en un artículo titulado «El signo de Spalding para el diagnóstico de la muerte intrauterina del feto, publicado en S. O. Y. G., órgano de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Barcelona, en el mes de octubre de 1929, publica dos radiografías, una con embarazo único, en la que se aprecia de un modo clarísimo este signo, y otra con embarazo gemelar, en la que uno de los fetos (el menor) presenta el signo de Spalding y el otro no, comprobándose después por la expulsión de un feto vivo y otro macerado.

Escasas y contadas serán las ocasiones en que pueda buscarse este signo durante el parto, y en estas pensamos nosotros que este signo será de escaso valor, pues si una mujer en pleno parto requiriese hacerle una radiografía, sería por distocia; ésta, entre otras, podría ser por una pelvis estrecha (plana, raquítica...) y en éstas el parto evoluciona normalmente, reduciendo los diámetros de la cabeza fetal. Lo que únicamente puede conseguirse por acabalgamiento de sus huesos, y en este caso, si hiciéramos una radiografía, tendríamos signo de Spalding positivo con feto vivo; así pues, creemos que únicamente puede tener todo su valor el signo de Spalding cuando se comprueba durante el embarazo.

3.º Datos radiológicos referentes a las relaciones entre pelvis y feto.

Aquí el problema no es tan claro ni de tan fácil resolución.

Poseer un dato que nos dé garantías acerca de lo que va a pasar, es algo que ha preocupado a cuantos se interesan por asuntos obstétricos, sin que hasta hoy haya sido posible mejorar la única solución existente, aparte de la palpación mensuradora de Müller; me refiero a la Radiografía métrica de Fabre, que en resumen consiste en lo siguiente: Hacer una radiografía que nos permita comparar las dimensiones de la cabeza fetal con la capacidad de la pelvis, pues una pelvis normal con una cabeza grande dará lugar a una distocia, y en cambio una pelvis moderadamente estrecha, con una cabeza poco desarrollada, puede dar un parto normal y espontáneo; por esto decíamos que este tercer grupo era el más importante desde el punto de vista obstétrico.

Para hacer la radiografía métrica de Fabre, como el haz de rayos no puede ser perpendicular al plano del estrecho superior, nos tenemos que valer del siguiente artificio: tomamos unas varillas metálicas que, de centímetro en centímetro, tienen unos resaltes metálicos; de estas varillas colocamos una sobre la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar; otra, paralela a la anterior, en la parte más saliente de la sínfisis del pubis, y otras dos a los lados de las crestas ilíacas, de tal modo que entre las cuatro rodean a la pelvis (estrecho superior) como con un marco; en estas condiciones y colocada la mujer en decúbito prono sobre la mesa de radioscopia,

en la cual habremos puesto antes el chasis con la placa fotográfica en su sitio correspondiente, se hace la radiografía y en ella aparecerá el estrecho superior rodeado con las varillas metálicas; unimos los salientes de éstas por medio de líneas y ya sabemos que la distancia entre dos líneas representa un centímetro; no tenemos sino contar el número de espacios interlineales que hay entre los extremos de un diámetro para saber su distancia en centímetros; cosa sencilla, especialmente para los diámetros ántero-posterior y transversal (los más importantes, especialmente el ántero-posterior, conjugado verdadero de Baudeloque), por coincidir con las líneas que hemos dibujado. Para los oblicuos, tomamos la distancia que hay entre sus extremos, con una cinta o un compás, y esta dimensión la trasladamos a una de las líneas que hemos dibujado y contamos los espacios que abarca, y su número en centímetros será la dimensión del diámetro oblicuo.

Hasta aquí es fácil, porque el marco metálico está en el mismo plano que el estrecho superior, por tanto, las medidas son exactas; no sucede lo mismo al tratar de medir la cabeza fetal, pues como el haz de rayos es cónico y la cabeza fetal (en la posición en decúbito prono en que tenemos a la mujer) está más alejada del punto de origen de los rayos que el marco metálico, resulta que sus respectivas sombras no están en el mismo plano, y por tanto no pueden compararse sus dimensiones, pero aun suponiendo que estuviesen en el mismo plano y pudiéramos medir con exactitud la cabeza fetal, sólo podríamos medir aquellos diámetros cuyos extremos estuvieran en los límites de la sombra cefálica, es decir, unos diámetros próximos a los que van a parar a la sutura sagital, es decir, los antero-posteriores y nunca los transversales que son, en términos normales, los más importantes para el encajamiento; así es que, hoy por hoy, los diámetros de la cabeza fetal no pueden ser conocidos con exactitud; sin embargo, sabemos que la cabeza fetal tiene un desarrollo bastante uniforme, de tal modo que su diámetro transverso máximo, o sea el biparietal, tiene 7 cms. a los nueve meses (tan es esto cierto, que en ello se funda la práctica del parto prematuro artificial), y así pues, tenemos por un lado la medida exacta del diámetro ántero-posterior o conjugado verdadero del estrecho superior pelviano, y por otro, un conocimiento bastante aproximado de la cabeza fetal en los diferentes meses de su desarrollo final; relacionando ambos datos, podemos sacar conclusiones prácticas de gran importancia obstétrica, por esto decíamos que los datos referentes a las relaciones entre pelvis y feto eran los más importantes en Radiodiagnóstico obstétrico.

II. — Radiodiagnóstico en ginecología

Es un procedimiento auxiliar en el diagnóstico ginecológico, de gran impor-

tancia, aparte de que nos confirma lo que clínicamente hemos hallado referente a volumen (por el desplazamiento que los órganos huecos abdominales sufren, demostrable por los métodos corrientes de ingestión o enemas de sustancias opacas), consistencia (por la mayor o menor intensidad de las sombras), uniformidad (por sombra redondeada o multilobular), adherencias (por la movilidad o no espontánea o provocada), naturaleza (por el tono uniforme o con alternativas de zonas claras y oscuras dentro de la sombra tumoral), datos éstos que pueden ponerse más en evidencia por medio de pneumoperitoneo que puede hacerse bien por punción en la pared abdominal o por vía útero-tubaria; esta última vía, cuyo mérito de concepción corresponde de una manera indudable a Rubin (J. C. Rubin; «Journal of the American Association»; septiembre, 1920), al intentar por primera vez la práctica de pneumoperitoneo por el camino fisiológicamente abierto útero-trompas, fué uno de los hechos en que se basa el Radiodiagnóstico ginecológico. Sea por punción de pared abdominal, sea por vía genital, el objeto del pneumo-peritoneo es llevar a la cavidad abdominal una cantidad de gas con el fin de que éste, al rechazar los órganos huecos, permita una mayor claridad de las imágenes o sombras radioscópicas y poder apreciar de una manera más evidente las características que hemos apuntado y muy especialmente lo referente a multilobulación, adherencias y pedículos.

La iniciativa de Rubin ha abierto un camino fértil en enseñanzas y resultados en el capítulo de patología tubaria, sirviendo de apoyo eficacísimo en lo referente a obstrucciones, esterilidad, acodamientos, torsiones tubarias, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento o medicaciones de tratamiento quirúrgico..., pero esto nos aparta de nuestro tema; baste decir que la insuflación de gas por la trompa no tiene sino un punto de contacto con el Radiodiagnóstico ginecológico, y es la comprobación de si ha entrado o no el gas en la cavidad peritoneal (aparte de las indicaciones del manómetro, auscultación en las regiones ováricas, desaparición de la macicez hepática, dolor en el hombro derecho...), por comparación de dos radiografías, una antes y otra después de la insuflación. La insuflación no nos dice sino que son o no permeables las trompas, pero caso de ser impermeables, no nos aclara el sitio de la obstrucción. Este vacío diagnóstico nos lo viene a llenar la inyección de sustancias opacas, con radiografías consecutivas.

Los primeros ensayos de inyecciones opacas son los de Dimier (1913), que usó el colargol al 1 por 10, pero resultaba irritante al peritoneo; cuando Lafay descubrió el lipiodol (aceite de clavel yodado al 40 por 100), ya tuvimos en nuestro poder un líquido inocuo, antiséptico, suficientemente fluído y considerablemente opaco a los Rayos X. También corresponde a los americanos

la primacía en los trabajos con lipiodol, pues es el argentino Carlos Heuser quien primero lo usó, en 1924, y a partir de 1925 se vulgariza su empleo extraordinariamente.

La técnica no tiene dificultades, cualquiera de las propuestas es buena siempre que se cumplan las condiciones necesarias para su empleo; el procedimiento más simple es emplear una jeringa con cánula larga, como las empleadas corrientemente para inyecciones intrauterinas; cargada la jeringa con lipiodol, en la misma mesa que se emplea para la radiografía, se coloca la enferma, con unas valvas o espéculo se separan las paredes vaginales, se introduce la cánula en el conducto cervical, con sumo cuidado, sin forzar; puede sujetarse o no el cuello con una pinza de garfios, pero en caso de usarla procuraremos coger el cuello lejos del orificio externo y de tal manera que no penetremos en el conducto cervical; una vez que hemos pasado el orificio interno, se hace la inyección de 6-8 c. c. de lipiodol; esto podemos hacerlo bajo el control radioscópico para darnos cuenta de la contractilidad normal o anormal del útero y ver cómo va progresando el líquido por las trompas; de todas las maneras, una vez hecha la inyección, con la pinza de garfio cerramos el cuello para que no se salga el lipiodol; dejamos pasar unos minutos y hacemos una radiografía, en la cual encontraremos la sombra del líquido que llena la cavidad uterina o útero-tubaria; por tanto tendremos un calco exacto de la cavidad de los genitales internos. El estudio de estos útero-salpingogramas nos aporta gran cantidad de datos.

Sin pretender dar conclusiones definitivas, vamos a exponer algunas orientaciones diagnósticas deducidas de la útero-salpingografía con arreglo al estado actual de este importantísimo medio de exploración que constituye el verdadero Radiodiagnóstico ginecológico.

Contados serán los casos en que no penetre el lipiodol en la cavidad uterina (haciendo caso omiso de las anormalidades, ya congénitas, ya adquiridas), como el que citan los doctores F. Carreras, I. Figueras y F. Faixat, de Barcelona, en el artículo «Sobre un nuevo método de exploración radiográfica en Ginecología», publicado en la «Revista Médica», de Barcelona, núm. 29, mayo, 1926, en el cual solamente aparece la sombra de la sonda uterina, pero sin la menor señal de lipiodol, correspondiendo a una enferma con mioma intersticial, sin que ellos se expliquen el por qué de este resultado negativo; fuera de estos casos, la normalidad fisiológica genital corresponde al siguiente útero-salpingograma. En el centro aparece una sombra intensa, de límites precisos, de aspecto triangular, de base superior y vértice inferior; la base corresponde al fondo uterino, los ángulos de la base a los ángulos tubarios, y el vértice inferior al orificio interno; partiendo de los ángulos de la base y en dirección excéntrica, existen dos sombras filamentosas, filiformes,

flexuosas, que corresponden a la luz tubaria y que terminan por lo general en unos ligeros abultamientos correspondientes a los pabellones tubarios, y aún se ven algunas sombras dispersas, difusas, distanciadas, sin unión entre ellas, que corresponden al lipiodol, que ha atravesado la luz de las trompas y ha caído a la cavidad peritoneal; esto es, en esquema, una útero-salpingografía normal; todo lo que se aparte de este tipo debe llamarnos la atención.

Vamos a dar algunos esquemas patológicos, sin tener la pretensión de dejar estos asuntos definitivamente resueltos.

En casos de obstrucción tubaria, no aparecerá la sombra a partir del punto en que radica la obstrucción; así, si ésta es ampular, no habrá sombras peritoneales, y las sombras filamentosas terminarán generalmente en un apelotonamiento redondeado; si la obstrucción es ístmica, no habrá sombras peritoneales, y las sombras filiformes terminarán en punta; si el obstáculo es intersticial, solamente se verá la sombra triangular uterina con ángulos agudos, que según los autores citados de Barcelona este útero-salpingograma correspondería a una obstrucción dudosa; si la obstrucción es definitiva, la sombra uterina triangular tendrá los ángulos redondeados; estos tipos pueden combinarse de todas las formas, y su estudio es de gran interés en el problema de esterilidad de origen tubario.

Los quistes intraligamentarios, latero-desviaciones, en una palabra, todo lo que siendo unilateral o aun siendo bilateral domina el desarrollo en un lado, nos dará como resultado un descentramiento de la sombra uterina y aún nos puede deformar su aspecto triangular, alargándolo, haciéndolo incurvado..., pero por regla general sin modificar sus límites, que seguirán siendo limpios y precisos.

Los miomas intersticiales de núcleo único o de varios núcleos, pero dominando el tamaño de uno de ellos, los embarazos tubarios, darán una sombra uterina agrandada, demostrando la hipertrofia uterina, con límites precisos, desviada lateralmente, al lado contrario de la localización tumoral, incurvada, abarcando con su concavidad al proceso, sea tumor o embarazo.

Las endometritis fungosas, restos placentarios, cáncer, deforman los límites de la sombra triangular uterina, haciéndolos festoneados, picudos, dentados, en una palabra, irregulares, sirviendo por tanto de guía segura al cirujano por indicar el sitio exacto de donde debe tomarse para hacer la biopsia.

Los pólipos y miomas submucosos pediculados pueden deformar el aspecto de la sombra uterina, pero conservando los límites precisos, son sombras lacunares en las que se ven uno o varios espacios claros, generalmente de aspecto redondeado, según sean una o varias las formaciones poliposas.

A continuación resumimos en un cuadro lo que acabamos de decir como característico del Radiodiagnóstico ginecológico con sustancias opacas:

ESQUEMAS DE UTERO-SALPINGOGRAMAS

		UTERO	TROMPAS	PERITONEO
NORMAL		Triangular de límites precisos	Filiformes, flexuosas, con ligero abultamiento terminal	Con sombras difusas diseminadas
OBSTRUCCION	Tubaria dudosa	Triangular con ángulos agudos	Sin sombras, si es doble y falta una, si es unilateral.	Sin sombras si es doble y faltan en un lado si es unilateral
	Tubaria intersticial definitiva	Triangular con ángulos redondeados	Idem	Idem
	Tubaria ístmica	Triangular	Filiformes, terminadas en punta.	Idem
	Tubaria ampular	Triangular	Filiformes, terminadas generalmente en abultamiento redondeado.	Idem
Embarazo joven		Sombra un poco agrandada con una laguna redondeada de límites bastante precisos	Sin sombras	Sin sombras
Embarazo tubario		Sombra agrandada lateralizada, deformada, con límites precisos	Idem	Idem
Fibromas lateralizados		Sombra agrandada incurvada	Depende de la permeabilidad tubaria.	Depende de la permeabilidad tubaria
Quistes de ovario		Sombra sin agrandar incurvada	Idem	Idem
Endometritis fungosa. Restos placentarios. Cáncer		Deformada, sin tipo preciso, generalmente dentada	Depende de la permeabilidad	Depende de la permeabilidad
Polipos. Fibromas submucosos pediculados		Triangular, deformada, irregular, (imagen lacunaria)	Idem	Idem

Todo esto que acabamos de decir, hace referencia a los útero-salpingogramas tomados de frente, estudio que completaremos con otros tomados de perfil, los cuales nos diagnosticarán de una manera perfecta las desviaciones uterinas tanto anteriores como posteriores; también haremos otra radiografía a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas de hecha la primera, y ésta nos permitirá formular un juicio más exacto acerca de las obstrucciones tubarias, pues la primera puede darnos una imagen de obstrucción tubaria que sea debida a contractura o espasmo de la trompa, contractura o espasmo que habrá cesado cuando hagamos la segunda, y aún puede tratarse de una obstrucción ampular reciente por aglutinamiento de las franjas, y el lipiodol con su vis-

cosidad restablecer la permeabilidad; en resumen, esta segunda radiografía podrá demostrar sombras peritoneales ausentes en la primera, cosa importante en los problemas de esterilidad de origen tubario.

Como fácilmente se comprende, no pretendemos poner aquí una especie de síndrome radiográfico, sino simplemente una guía que ayude a la interpretación.

VENTAJAS DE LAS INYECCIONES INTRAUTERINAS DE LIPIODOL.

Constituyen, hoy por hoy, el único medio exploratorio de la cavidad tubaria.

Prestan gran ayuda en el diagnóstico, tanto, que Carlos Heuser las usó para el diagnóstico precoz de embarazo.

Son un importante medio terapéutico de la esterilidad de origen tubario; esto es tan cierto que el doctor Pierre Duhail da cuenta, en 1928, de siete casos de embarazo consecutivos a las inyecciones intrauterinas de lipiodol.

Son guías seguras para hacer biopsias.

INCONVENIENTES:

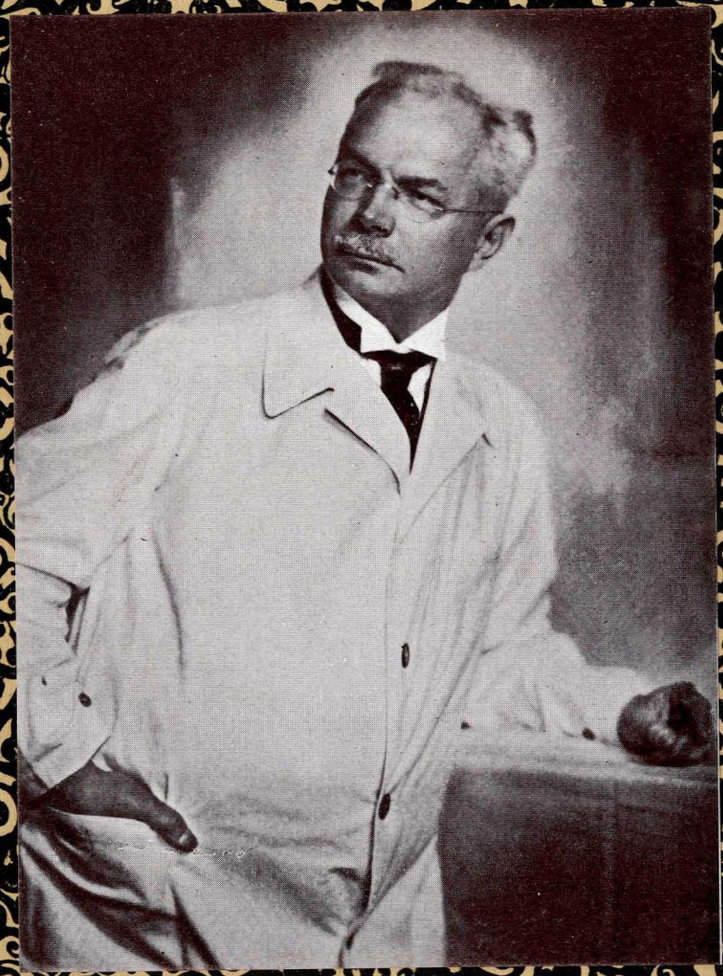
Requieren una instalación de Rayos X.

Existe la posibilidad de una rotura tubaria, si bien esto no puede suceder, según Douay, con presiones que no alcancen 200-250 milímetros de mercurio, y a estas presiones no se suele llegar nunca.

La posibilidad de formación de peritonitis adhesiva (Pierre Duhail) por la persistencia del lipiodol en peritoneo y por lo tanto de su reabsorción.

Así, pues, fuera del inconveniente de orden económico, cual es la necesidad de instalación de Rayos X, podemos decir que, usadas con la debida prudencia las inyecciones de lipiodol, no tienen inconvenientes, sobre todo si se compara con las ventajas de orden práctico que pueden proporcionarnos.

Constituyen, por tanto, un método de exploración que debemos emplear cuando tengamos una duda o queramos confirmar un diagnóstico.



PROF. DR. HUGO SELLHEIM
LEIPZIG

FIGURAS MÉDICAS
CLÍNICA Y LABORATORIO

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

Interpretación en la práctica de los análisis clínicos, por el **Dr. T. Morató Cárdenas.** Prólogo del **Prof. A. del Cañizo,** Catedrático de Patología Médica de la Universidad de Salamanca.—Un volumen de 150 páginas (23'50 × 17 cenlímetros.)

Editor: *Javier Morata.*—Madrid. 1930.

En este libro, de pequeñas dimensiones, expone el doctor Morató cuanto puede interesar al práctico en la interpretación de los datos que la mayor parte de las veces, en forma quizá demasiado escueta, proporciona el laboratorio.

Personalidad sobradamente conocida la del autor, en este género de asuntos, huelga afirmar que trata las diversas cuestiones que integran el libro con la competencia de quien ha vivido cuanto describe. Juicios propios, atinadas observaciones completamente personales, sin el menor atisbo de extrañas influencias, avaloran las páginas de este folleto que se lee con agrado, porque Morató ha sabido hermanar la amenidad con la importancia de los temas tratados.

En el prólogo de su obra fustiga Morató a los médicos que, titulándose escépticos, afirman no creer en los resultados del laboratorio, como también a aquellos otros que cayendo en el extremo opuesto aceptan como indiscutibles dogmas las conclusiones que ofrecen los resultados de análisis. Coincidimos en esta manera de pensar y estimamos que dichos datos no pueden considerarse, las más de las veces, sino como valiosas enseñanzas que deben unirse a las obtenidas por otros métodos de exploración.

Mas también hemos de tener en cuenta, que al laboratorio se le pide en ocasiones lo que no puede dar, o se interpretan torcidamente sus resultados. Todo esto motiva la necesidad de que se fije una pauta que indique la forma más adecuada para recoger determinadas muestras; la fecha o la hora en que deben realizarse algunos análisis; las reservas que deben rodear a ciertas afirmaciones y, sobre todo, el valor que habrá de concederse a toda esta clase de datos.

¿Quién duda de los errores a que podrá dar lugar el análisis histológico de un trozo de tejido, procedente de biopsia, y en cuya remisión al laboratorio no se ha tenido en cuenta si acaso se incluyó la porción verdaderamente interesante?

¿Por qué ha de achacarse al laboratorio el resultado negativo de una sero-

reacción o de un hemocultivo, en procesos clínicamente específicos, sin tener en cuenta el tiempo, poco oportuno, en que se realizó?

¿Qué duda cabe que el resultado de un análisis de orina estará influenciado por el régimen dietético o medicamentoso que el enfermo soporte?; ¿ni cómo pensar que un diabético que excreta 17 gramos de azúcar por 1.000, con una eliminación de dos litros de orina en las veinticuatro horas, está en las mismas condiciones que otro que, si bien tiene 20 gramos de glucosa por litro, apenas si alcanza la cifra de 900 gramos de orina por día?

Todas estas pequeñas cuestiones, de gran trascendencia clínica, están magistralmente tratadas en la obra del doctor Morató, primera en España, al menos que yo sepa, dedicada a estos interesantísimos temas. Cierto que en el extranjero existen algunas consagradas a tales problemas, mas la única que en nuestro país se ha popularizado algo, la de los doctores Hugel, Delater y Zoeller, ni está informada en análogo criterio, ni mucho menos posee el valor clínico que culmina en la de nuestro compatriota.

Comienza el autor su libro con el estudio de la sangre, y en pocos capítulos, creo que cinco, trata de las modificaciones en los caracteres físicos de los hematies y de los leucocitos; habla del esquema de Arneth, y del más moderno hemograma de Schilling, del que naturalmente se muestra partidario, por entender, diferencia más los dos tipos juveniles y seniles de los leucocitos, que quedaban englobados en el tipo primero de Arneth; y pone diferentes y variados ejemplos de fórmulas hemáticas en distintos procesos. Valora muy justamente los datos de laboratorio en las distintas anemias, leucemias y pseudoleucemias, concediendo que si bien los resultados del análisis son suficientes muchas veces para el diagnóstico, en otros no se presentan con absoluta pureza.

Dedica preferente atención al estudio de las sero-reacciones de aglutinación y fijación de complemento en procesos de la importancia de las fiebres tifoparatíficas, maltesa, disentérica y del tifus exantemático; sífilis, tuberculosis y quistes hidatídicos. Las modificaciones en las propiedades físicas de la sangre; viscosidad, coagulación, tiempo de sangría, sedimentación y resistencia globulares son enjuiciadas con toda exactitud, y en el examen químico concede excepcional importancia, como es natural, a las modificaciones en la cantidad de urea, constante de Ambard, dosificación de nitrógeno total y glucemia; deteniéndose en el estudio de los síndromes hipo e hiperglucémicos, y haciendo atinadas observaciones respecto del cloro sanguíneo, así como del calcio, creatinina, colesterina, ácido úrico, relación entre la serina y la globulina y aumento de la bilirubina. Dedica un recuerdo a las modernas orientaciones de Becher, respecto de la investigación en el suero del indican y de las xantoproteínas, y de su valor diagnóstico y pronóstico en las enfermedades de riñón e hígado. Por cierto que no resistimos al deseo de mencionar los

trabajos que en este sentido lleva realizados el médico zaragozano, buen amigo nuestro, doctor don Emiliano Echevarría.

Consagra un capítulo al estudio del Ph. sanguíneo y de la reserva alcalina, concediendo más valor clínico a esta última; resume las acidosis y alcalosis, siguiendo la clasificación de Haldane, y por último recuerda, en dos páginas, lo más interesante de cuanto a análisis bacteriológico, de sangre, se refiere.

Perfectamente enjuiciado todo lo que interesa en análisis de orina; variación en la cuantía de los elementos normales, aparición de sustancias anormales, investigaciones citológicas y bacteriológicas y diferentes pruebas, por eliminación, de las funciones renales, sin olvidar las recomendaciones respecto de la recogida y conservación de orinas.

En análisis de heces sigue cuanto ha dejado trazado el profesor Goiffon, y recomienda su estudio, del que afirma pueden deducirse interesantes conclusiones. Tengo el mismo criterio. Ignoro por qué se recurre tan pocas veces al análisis de heces, que en ocasiones proporciona valiosas enseñanzas, susceptibles de presidir un acertado plan terapéutico, guiado de ordinario por el más absoluto empirismo. El estudio de las heces puede dar hechos diagnósticos que corresponden a síndromes coprológicos exactos y que sin aquél es difícil o imposible llegar a formular.

Dada la importancia del análisis del líquido céfalo-raquídeo, no es de extrañar el cariño con que lo trata el doctor Morató. Lo mismo en la parte química (incluyendo en ella la de las reacciones coloidales) que en la citobacteriológica, hace las consideraciones pertinentes a conseguir que el práctico se dé cabal cuenta de la importancia que aquí tienen las conclusiones del laboratorio.

En lo referente a contenido gástrico y duodenal, menciona las variaciones que pueden ocurrir y su importancia clínica.

Difícil es escribir nada nuevo en análisis de esputos luego de los magistrales estudios de De Becanzon y Griffon y de nuestro compatriota Gargallo. No obstante, Morató sintetiza con absoluto dominio del tema cuanto se refiere a la química, citología y bacteriología del esputo.

Trata de la investigación de los gérmenes diftérico, de Vincent y del muguet en los exudados rino-faríngeos; y del gonococo, bacilo de Ducrey y espiroquete en los uretrales y de diversas ulceraciones y, por último, hace un corto resumen de análisis de otras serosidades.

Termina el libro con un estudio perfectamente vulgarizado del metabolismo basal y de su importancia en el bocio, afecciones de las paratiroides, obesidad, atrepsia y enfermedades de la sangre, corazón, riñón, etc.

No tenemos seguridad de haber sabido condensar lo mucho y bueno que tiene el libro del doctor Morató, necesario en toda biblioteca médica.

Nuestra enhorabuena al editor por su acierto al elegir una obra de tan señalado valor didáctico.—Doctor Antonio Gota.

Anales de la Clínica, del **Prof. C. Jiménez Díaz.** (Tomo II - Año 1929). Un volumen de 588 páginas, (21 × 15 ctmts.), con grabados y fotografías intercaladas en el texto. Precio: 12 pesetas.

Editorial Paracelso.—Madrid, 1930.

Es un magnífico resumen de las actividades desarrolladas durante el año 1929 en la clínica del profesor Jiménez Díaz. No he de hacer su enjuiciamiento, pues sabida es la valía de tan docto profesor, que a la par sabe rodearse de entusiastas colaboradores que contribuyen a completar su obra de manera eficaz, y sí únicamente expondré el título de cada uno de los trabajos que integran la obra, como son:

Hipotonía habitual; Los cambios gaseosos en los enfermos circulatorios; Estudios de insuficiencia circulatoria; la utilización del ácido láctico; Síndromes circulatorios de origen tiroídeo; Síndromes nefroides de origen tiroídeo; Sobre el mecanismo de la diuresis acuosa y la interpretación clínica de la prueba del agua; El valor relativo de las diferentes dosificaciones en el plasma para el pronóstico y diagnóstico de la insuficiencia renal; Concepto de la insuficiencia hepática; La lipasa sérica; Estudios sobre la génesis y tratamiento del asma bronquial; Algunas observaciones sobre el asma en España; Función antigénica de los lipoides; Contribución al estudio del problema de la degeneración amiloídea; Fisiología de las reacciones de los anticuerpos, su utilización y estado actual de su investigación; Los reumatismos vertebrales.

La editorial Paracelso ha sabido también completar la valía de estos anales dándoles una buena impresión y reproduciendo los grabados y fotografías con todo esmero.—Gil Chóliz.

Manual práctico de regimen desclorurado para tuberculosos, por **Mimicia y Adolfo Herrmannsdorfer,** traducido por **R. Burmeister.** — Un tomo de 80 páginas (13 × 19 centímetros).

Salvat Editores, S. A.—Barcelona. 1930.

Este folleto, prologado por el doctor Sauerbruch, está inspirado en la proposición de Person de desclorurar la alimentación de los enfermos de tuberculosis. En sus páginas señala las observaciones y fundamentos de esta dieta, los alimentos prohibidos y permitidos, la distribución diaria de los mismos, los consejos prácticos para su preparación y una minuta semanal para todos los meses del año.

Dado que el tratamiento dietético no es cosa fácil, la importancia de este librito, tanto para los médicos que hayan de prescribirlo como para los enfermos, es manifiesta, pues en él han de recoger toda la experiencia de la S.ª Herrmannsdorfer.—Gil Chóliz.

Manual de Anatomía, publicado bajo la dirección del **Dr. R. Grégoire,** profesor agregado de la Facultad de Medicina de París; por el **Dr. Oberlin,** prosector de la Facultad de Medicina. 6 tomos en octavo mayor, de unas 300 páginas, de 20 × 13 centímetros, en rústica.
Biblioteca del Doctorado en Medicina.

Editorial Salvat.—Barcelona. 1931.

La casa editora, firme en su criterio de presentarr una colección de obras que constituyan «La Biblioteca del Doctorado en Medicina», que permitan en poco tiempo la preparación y el repaso de todas aquellas materias que su cursan durante la carrera, nos da hoy a conocer las que se refieren a una de nuestras primeras y básicas disciplinas.

Esta obra hace la descripción del organismo humano, planteando su estudio de la forma siguiente:

Tomo I.—Miembros, cráneo, cara, tórax, pelvis.

Tomo II. — Cabeza, cuello, sistema nervioso, órganos de los sentidos.

Tomo III. — Tórax, abdomen, bazo.

Comprendiendo cada tomo dos volúmenes: texto y atlas.

En cada uno de estos segmentos, el camino seguido por el autor es el procedimiento descriptivo, pero de una manera sencilla, escueta, dando los conocimientos precisos y fundamentales en forma fácilmente adaptable, y así estudia sucesivamente:

La osteología, desde el punto de vista morfológico, prescindiendo de sus inserciones musculares.

Los músculos, en sus diferentes planos y las aponeurosis, que tan interesante papel desempeñan en la formación de los distintos compartimentos.

Conocidos los músculos, una rápida revisión permite agrupar las diferentes inserciones musculares que se observan en un hueso determinado.

Luego los vasos, arterias, venas, linfáticos y los nervios se describen juntos, a menudo agrupados en pedículos. La inervación de las diferentes masas musculares, y los territorios motores y sensitivos de los troncos nerviosos.

Por último, el estudio de las articulaciones, que es lo que finalmente se encuentra en los trabajos de disección.

El complemento de estos estudios descriptivos debía ser su preparación y visión sobre el cadáver, pues de este modo quedan hondamente grabados,

pero en la imposibilidad de verificarlo por la dificultad de este medio, se acude a los dibujos y figuras, cuyo mérito artístico está precisamente en su claridad y sobriedad de detalles, permitiendo así destacar aquellas particularidades importantes que son las que conviene fijar en la memoria; desde este punto de vista los atlas que acompañan a esta obra son realmente perfectos. El hecho de ir los dibujos en volumen aparte del texto permite fácilmente tenerlos ante la vista sin necesidad de hojear las páginas en busca de tal o cual figura; además, su corto tamaño permite llevarlo fácilmente en el bolsillo para consultarlo en cualquier momento de duda en la sala de disección.

Uno de los capítulos más interesantes es el que se refiere al sistema nervioso central donde, precedido de un estudio embriológico, aparece admirablemente descrito todo lo referente al encéfalo y sus dependencias, a los centros y vías de conducción, y a los nervios craneales.

En resumen, esta obra permite adquirir rápidamente aquellas materias necesarias para el examen, y sirve para recordar aquellos otros puntos ya olvidados durante el estudio de otras cuestiones, pues contiene todo lo imprescindible, sin ser demasiado extenso; esto, unido a su sencilla y elegante presentación, acredita a la casa editora.—R. Horno Liria.

Recientes adquisiciones en Anatomía, por **H. Wollard,** Profesor de Anatomía del «University College», de Londres; traducción de **F. Tello y Valdivieso,** con revisión, notas y prólogo de **J. F. Tello,** Profesor de Histología de la Facultad de Medicina de Madrid — Un volumen de 372 páginas (14 × 21 centímetros), con 4 láminas en colores y 73 figuras intercaladas en el texto.— Encuadernado en tela. Precio: 20 pesetas.

Editor: *Javier Morata.* Madrid. 1931.

Para aquellos que creen que la Anatomía es una materia en la que ya está dicho todo y que no cabe verdadera originalidad en cuanto a los problemas que con ella se relacionan, constituirá este libro una verdadera revelación, que pone de manifiesto los adelantos realizados en estos últimos tiempos y las nuevas orientaciones que con vistas a las aplicaciones clínicas se dan a estas materias; en este sentido esta obra no puede ser más interesante.

El libro aparece dividido en diez y seis capítulos, a cual más importantes y sugestivos, y que se refieren a: microdisección; cultivos celulares; estro, ovulación y menstruación; el huevo humano más joven; huevo de Miller; centros de crecimiento y organizadores; morfogénesis de las fibras nerviosas;

coloración vital; el origen de las células de la sangre; el líquido cerebrorraquídeo; órganos posturales; núcleo rojo; sistema extrapiramidal; cerebelo; proyección de la retina en el sistema nervioso central; sensaciones protopáticas y epicríticas; y anatomía rediológica; estos títulos dicen por sí solos bien elocuentemente de la valía de la obra.

En cada uno de ellos el autor se ocupa breve y precisamente de todo aquello que a la materia se refiere, de tal modo, que esta concisión hace más amena su lectura, sin que por ello pierda en claridad. Acompañan al final de cada capítulo los datos bibliográficos más importantes.

Al mérito del libro hay que sumar el de su presentación, bien cuidada y correctísima.—R. Horno Liria.

SECCIÓN ANALÍTICA

HISTOPATOLOGIA

E. GOTSCHLICH. — *Histología de la gastritis corrosiva experimental aguda por ácido clorhídrico diluído.* — («Zieglers Beiträge», vol. 84, pág. 632, 1930).

En los experimentos de administración a dosis escasas de ácido clorhídrico débilmente concentrado, se provocan alteraciones focales macro y microscópicas. En ellas se comprueba el hecho, señalado primeramente por Aschoff, de aumento en el relieve de la mucosa. No se comprueba la teoría de origen vascular de las erosiones. Histológicamente se observa la degeneración fibrinoide de la mucosa, seguida al poco tiempo de una reacción leucocitaria. El cuadro final es el mismo que el clásico de la gastritis péptica aguda. Las erosiones obtenidas experimentalmente pueden tener carácter hemorrágico y durar un espacio de tiempo considerable, o desaparecer a las pocas horas.—I. COSTERO.

J. F. TELLO (Madrid). — *El retículo de las células ciliadas del laberinto y su relación con las terminaciones nerviosas.* — («Bol. Soc. Esp. Hist. Nat.», vol. 30, página 357, 1930. Madrid).

El retículo fibrilar de las células ciliadas de las máculas y crestas acústicas aparece constituído por hilillos primarios, unidos entre sí por otros más finos, secundarios, que completan la red. Esta es apretadísima en el polo inferior de la célula, por debajo del núcleo. De esta condensación infranuclear parten numerosas fibritas que se dirigen hacia el polo superficial de la célula, contorneando al núcleo, y llegan hasta la porción superficial del protoplasma, viéndose filamentos colocados transversalmente en inmediato contacto con la superficie libre, es decir, en la emergencia de los cilios. En las células ciliadas del órgano de Corti, también se percibe un retículo, de caracteres morfológicos semejantes al descrito.

Los primeros retículos impregnados aparecen en los embriones de 9 a 10 mm., en cuyas crestas acústicas se aprecia que todas las células provistas de retículo poseen una gruesa expansión que se dirige al límite profundo del epitelio, donde acaba en un engrosamiento. Las fibras nerviosas, que llegan hasta el cuerpo celular, transcurren muy próximas a estos filamentos, por lo que su diferenciación es, en muchos casos, muy difícil. Para demostrar su independencia, es preciso estudiar cortes muy gruesos, en los cuales se sorprende la

totalidad de la prolongación basal de las células ciliadas. En las crestas acústicas de embriones de 12 mm., las expansiones basales son más cortas, y en los embriones de 13 mm. llegan a desaparecer totalmente. Los retículos llegan a su mayor deasrrollo en los embriones de 15 mm.; durante el primer mes de la vida extrauterina, las fibrillas se condensan, apretándose en torno del núcleo y prolongándose hasta la superficie por el estrechamiento superior o superficial de la célula. En las células ciliadas del órgano de Corti la formación fibrilar es mucho más tardía; los primeros retículos aparecen teñidos en las células internas de los embriones de 15 mm. En ellas la complicación del plexo es muy escasa y permite ver la independencia que existe entre los hilillos del retículo y las fibras nerviosas que constituyen los cálices terminales del nervio coclear, cuyas fibras se tiñen en esta época menos intensamente que las del retículo. En los primeros tiempos, en los cuales las terminaciones nerviosas se adaptan a las células ciliadas, el retículo celular está colocado muy superficialmente en la célula y se sitúa casi en contacto con las cintas y cálices terminales. Pero a medida que las células ciliadas se aproximan a su forma definitiva, el retículo, cada vez más apretado sobre el núcleo, ocupa un volumen menor en el centro de la célula y queda separado de las terminaciones nerviosas por un espacio de protoplasma, apreciándose claramente que se trata de formaciones distintas. Durante el primer mes de la vida extrauterina, la rápida formación de terminaciones nerviosas hace que sean más fácilmente coloreables por la plata que los retículos, hecho que contribuye a su diferenciación.

El parecido morfológico entre los retículos de las células ciliadas y los formaciones semejantes de los elementos nerviosos es muy grande. Sin embargo, Tello considera que los filamentos de las células ciliadas de las crestas, máculas y órgano de Corti, tienen la significación de formaciones epiteliales y no poseen carácter nervioso.—I. COSTERO.

F. FORNIELES (Madrid). — *El Glutathion en la sangre normal y en la de los cancerosos.* — («Arch. Esp. de Oncología», vol. I, pág. 349, 1930. Madrid).

El autor estudia el proceso de óxido-reducción en general y en el organismo; analiza los métodos empleados para la investigación del Glutathion y expone los resultados obtenidos en el estudio de esta sustancia en once individuos normales y en cincuenta y cuatro cancerosos.

Considera Fornieles que los procesos de óxido-reducción del organismo animal están íntimamente ligados a la respiración de los tejidos y al metabolismo celular, en cuyas funciones interviene el glutathion de una manera especialmente activa. En las personas normales, el glutathion se encuentra en la sangre en cantidades que oscilan entre 30 y 45 miligramos por 100 c. c. En

los cancerosos existe una marcada disminución en cantidad, alteración que parece independiente del sexo de los pacientes y en relación con la edad y con los estados caquéticos, ya que ambos factores exageran el fenómeno.—I. COSTERO.

C. SCHILLING. — *Estudios histopatológicos en relación con los bacilos tuberculosos de Calmet (B. C. G.).* — («Virchows Archiv.», vol. 278, pág. 462, 1930).

Los bacilos B. C. G. producen, por inoculación en las arterias, alteraciones en el pulmón del cobaya, que asemejan macroscópicamente tipos tuberculosos. En estos focos se multiplican los bacilos y van creciendo en grumos homogéneos, en los que se forma un pigmento fino. Además de la aparición de numerosas células epiteliales, acontece una intensa emigración de leucocitos polimorfonucleares, que pronto muestran signos de regresión degenerativa. Por el contrario, las células linfáticas son menos abundantes. Los elementos conectivos proliferan en la periferia de los focos, y muestran tendencia a formar cápsulas en los bordes de los territorios atacados y a esclerosar las porciones centrales. Estas neoformaciones conectivas son la causa principal de que más tarde los focos se retraigan y lleguen hasta desaparecer sin dejar restos. Las células gigantes son escasas y aparecen en pequeño número. En los estadios posteriores, los bacilos tuberculosos pierden la ácido-resistencia.

Se deduce de estos resultados que los bacilos B. C. G. no pueden considerarse como avirulentos, puesto que se reproducen en el organismo y provocan alteraciones morbosas y necrosis de los leucocitos.

Si a cobayas previamente tratados con bacilos B. C. G. se les inoculan bacilos tuberculosos virulentos intramuscularmente, aparece un engrosamiento hiperplásico de los ganglios linfáticos pulmonares.. No se llega a formar tubérculos típicos en las cuatro semanas siguientes a la reinfección, pero sí se origina una inflamación proliferante en focos, principalmente del tejido de sostén del pulmón, con participación por contacto del epitelio alveolar (neumonía intersticial). No se comprueba un aumento de los bacilos reinoculados en las lesiones patológicas, por lo que no puede ponerse en duda la existencia de una considerable acción antigénica de los bacilos B. C. G. frente a otra infección posterior con bacilos virulentos, en el espacio de tiempo empleado en las investigaciones realizadas (29 días).—I. COSTERO.

A. LIPSCHUTZ. — *Sobre el sitio de la formación de pigmento.* — («Virchows Archiv.», vol. 276, pág. 676, 1930).

El autor castra cobayas machos y les implanta, en una operación posterior, ovarios homólogos bajo la piel. Además del desarrollo intenso de las mamas en los animales así tratados, se produce un gran aumento en la intensidad de la pigmentación de la aréola y pezón; pero este fenómeno se limita a las partes ya primitivamente pigmentadas. Este hecho está de acuerdo con las afirmaciones de Bloch, según las cuales, la reacción de la dioxifenilalanina sólo es positiva donde hay células capaces de formar pigmento.—I. COSTERO.

PATOLOGIA GENERAL

E. SANFILIPPO (Catania). — *El reflejo óculo-cardíaco en los estados hipertensivos.* — («Il Morgagni», núm. 5, 8 febrero, 1931. Nápoli).

La compresión ocular graduada en forma que en el individuo normal no provoque modificaciones sobre el número de pulsaciones y sobre la tensión arterial, produce en los enfermos afectos de hipertensión esencial un aumento de la presión arterial a la vez que una lentitud de las pulsaciones.

En los hipertensos arterioesclerósicos y en los nefroesclerósicos la presión se eleva moderadamente, sobre todo en los últimos. El número de pulsaciones puede permanecer invariable o aumentar, en los arterioesclerósicos, mientras se hace totalmente irregular en nefroesclerósicos, en los cuales puede observarse, ya una disminución, ya un aumento de su frecuencia con relación a su primitivo valor.

Del complejo de los resultados aparece bien claro que la variada respuesta del reflejo óculo cardíaco en los diversos tipos de hipertensión, se halla ligada a la diversidad patogénica del fenómeno de hipertensión. — R. Loscos.

MEDICINA GENERAL

CH. GARDERE y J. SAVOYE (Lyon). — *Tetania en el curso de la fiebre tifoidea.* («Le Journal de Médecine de Lyon», núm. 264. 5 enero 1931. Lyon).

Las enfermedades infecciosas pueden a veces complicarse de tetania, pero esta manifestación es rara en el curso de la fiebre tifoidea.

Cuando sobreviene lo hace en el período de estado, en las formas de gravedad media y más en el niño que el adulto.

La tetania se manifiesta por sus signos habituales, con evolución clínica paralela a la de la tifoidea y tiene un pronóstico benigno, pues la curación es la regla.

En esta cuestión hay muchos puntos oscuros. Se ignora porque mecanismo el bacilo de Eberth es capaz de producir estos accidentes nerviosos y entre muchas hipótesis se puede preguntar si no sería por acción sobre las glándulas paratiroides, como permiten hacer pensar muchos detalles. Se desconoce si la fiebre tifoidea es la que hace estallar la tetania en los espasmófilos latentes o si la provoca por sí misma.—Doctor Horno.

PECHO Y CORAZÓN

P. VEIL (Lyon). — *De las arritmias. (Estudio crítico de las actuales concepciones de la fisiología del ritmo cardíaco. Ensayo de síntesis de los trastornos rítmicos funcionales).* — («Le Journal de Médecine de Lyon», núms. 265-266, 20 enero y 5 febrero, 1931. Lyon).

Desde 1895, la teoría de Hiss ha dominado la fisiología cardíaca. Sin embargo, recientemente, numerosos autores han sido engañados por las dificultades de interpretación de algunas modalidades rítmicas con arreglo a los datos clásicos. Sus esfuerzos acusados, tras una crítica severa de los argumentos invocados en favor de la excitabilidad de la conductibilidad del sistema especial, han llegado a deducir nuevas conclusiones que, por paradójicas que parezcan al primer golpe de vista, no están en contradicción con los resultados experimentales. Y tienen la ventaja de permitir la completa comprensión de la mayor parte de los hechos que la teoría clásica es incapaz de explicar.

El autor llega en su estudio a la conclusión de que el corazón es un órgano espontáneamente activo, dotado de vitalidad extrema, perpetuamente en movimiento, y en el cual cada parte, aun las más ínfimas al menos entre los segmentos esenciales, vibra de una manera desordenada y vibra intensamente. Un elemento interviene que coordina todo este automatismo disperso, lo reguula y lo trasforma en un automatismo reflejo, regular, eficaz. Es el período refractario.

El período refractario depende del equilibrio humoral del miocardio; sobre él obra especialmente el sistema nervioso, no solamente local o periférico, sino también central. Y es éste el que normalmente lo rige y reparte su duración.

Todas las arritmias funcionales (que son las más frecuentes), presentan un encadenamiento que si no se hace intervenir el elemento refractario, no se comprenden; en realidad son las variaciones de este período refractario las únicas que nos permiten su explicación.

La excitabilidad desordenada propia del corazón está dominada por la fase de no excitabilidad, y las arritmias para ser interpretadas y comprendidas hasta en el menor detalle, deben considerarse, no en el sentido de la excitabilidad cardíaca (antiguo automatismo) que es una fuerza difusa, siempre idéntica, pero en el sentido de la fase de no excitabilidad, que yugula el automatismo disperso y alcanza así la producción de una contracción maravillosamente reglada.—Gil Chóliz.

S. ALOIGI (Arezzo). — *Síndrome gastrálgico en el neumotórax expontáneo.* — («Tubercolosi», febrero, 1931. Roma).

El autor describe un caso de neumotórax expontáneo izquierdo con pequeño derrame, revelado durante la visita que el paciente había solicitado por un síndrome gastrálgico agudo que hacía dos días que sufría. Dada la ausencia de síntomas subjetivos respiratorios, avanza la hipótesis que pueda tratarse de un neumotórax expontáneo instaurado indoloramente y que el acaecimiento de un resentimiento pleural desencadenara por vía refleja el síndrome gástrico.—Gil Chóliz.

CIRUGÍA GENERAL

D. BRACHETTO-BRIAN (Buenos Aires). — *Las lesiones viscerales en la peritonitis aguda generalizada de origen apendicular.* — («La Semana Médica», núm. 4. 22 enero 1931. Buenos Aires.)

Hace el autor un estudio anatomo-patológico muy cuidadoso de veintidós observaciones, en las que están muy bien estudiadas las lesiones de hígado, riñón, pulmón, corazón y desde luego peritoneo, y con ellos por base, presenta las siguientes consideraciones.

La peritonitis aguda generalizada, cualquiera que sea una causa determinante, es una entidad morbosa cuyo nombre soló expresa una etapa y una faz anatomo-
es una entidad morbosa cuyo nombre solo expresa una etapa y una faz anatomo-de la infección o sea, el pasaje de toxinas y microbios a la serosa, una faz anatomo-clínica porque sólo se tiene en cuenta el proceso inflamatorio que se realiza a nivel de la vasta puerta de entrada peritoneal.

Pero hay que tener en cuenta que, no bien salvada la barrera peritoneal por la infección, el enfermo además de la peritonitis aguda tiene lesiones de gran importancia en el hígado, el riñón, con frecuencia también en el pulmón y a veces en el miocardio, que en la mayor parte de los casos son las alteraciones viscerales de mayor trascendencia y siempre las que conducen a la muerte.

De aquí que el capítulo de la patología de las peritonitis agudas generalizadas no puede permanecer limitado al conocido puro y exclusivo de las alte-

raciones peritoneales, pues debe extenderse y abarcar la descripción de las alteraciones viscerales considerando la peritonitis como un síndrome de tipo tóxico, a veces toxi-infeccioso, que expresa estas alteraciones viscerales. Así es como podrá basarse un tratamiento etio-patogénico.

Ante un enfermo de peritonitis aguda generalizada, aparece la cirugía como el arma más poderosa y heroica; laparotomía, extirpación del foco séptico, supresión de la solución de continuidad; es decir, medios que tienden a impedir que la serosa siga recibiendo mayor carga de material séptico. El autor combate el drenaje, porque a su juicio no cumple su cometido.

Todo lo demás lo ha de hacer el tratamiento médico, en el que el autor no concede valor más que al suero glucosado y la insulina, ya que todo lo demás, suero, alcánfor, calor, etc., son medios paliativos, incluso los tónicos cardiovasculares, porque los trastornos circulatorios y respiratorios son de orden toxi-infeccioso por insuficiencia hepato-renal.

Es decir, que en realidad la suerte del peritoneal agudo se deja casi siempre a la evolución espontánea de la enfermedad, ya que nada se hace contra la infección generalizada de la serosa, ni contra las lesiones degenerativas hepato-renales, pulmonares y supra-renales.

De aquí la necesidad en que nos encontramos de encauzar la terapéutica por el camino que la anatomía patológica nos señala.—Doctor Horno.

M. CIEZA RODRIGUEZ (Buenos Aires). — *¿La ectopía testicular debe ser siempre operada y a qué momento?* — («La Semana Médica», núm. 3, 15 enero de 1931. Buenos Aires).

La frecuencia, dice el autor, con que en nuestras consulta observamos monorquidias y criptorquidias en las más distintas edades, pone de relieve la anarquía que aún reina sobre el tratamiento conveniente a estas ectopías y la época para ello adecuada.

Los trabajos histológicos sobre glándulas ectopiadas nos dicen que antes de que aparezca la actividad reproductora en el sujeto, la mayor parte de los testículos presentan los caracteres de glándula normal, aun en aquellos cuyo tamaño se presenta muy reducido. En cambio, después de la pubertad se encuentran en los testículos examinados, gran cantidad de células intersticiales, no siendo posible encontrar elementos de espermatogénesis.

Agréguese a esto lo que la clínica nos dice, a saber: que los testículos ectopiados, después de movilizados y trasladados quirúrgicamente al escroto, se desarrollan hasta adquirir los caracteres de glándulas normales, aun en los casos en que existían síntomas aparentes de atrofia.

Estas dos consideraciones deben bastar para trazar la línea de conducta a seguir; operar estos casos antes de los doce años, antes de que el testículo ectopiado sufra la degeneración.

El autor lo hace así, y opera de los seis a los doce años, no haciéndolo antes por los inconvenientes que presentan los niños pequeños para las condiciones de asepsia y porque además no hay en ello ventaja alguna; de su proceder se halla plenamente satisfecho.

El procedimiento que sigue es siempre quirúrgico; moviliza el testículo desprendiéndolo de los planos vecinos; lo lleva al fondo del escroto, y hace siempre una pexia terminal para evitar las frecuentes ascensiones en el canal inguinal que se observan en caso contrario.—Doctor Horno.

C. PASQUINI (Tucumán). — *Tratamiento del ántrax por el oxígeno.* — («La Semana Médica», núm. 2, 8 enero, 1931. Buenos Aires).

El autor preconiza el procedimiento de Thiriar, considerando que la oxigenoterapia debe ser el tratamiento de solución en el ántrax y con mayor razón si se trata de un diabético.

Según el autor, esta terapéutica, sencillísima, acorta el tiempo de curación en más de la mitad que con los demás procedimientos; tiene una marcada acción analgésica local desde las primeras aplicaciones: la infiltración desaparece con la tercera o cuarta aplicación; por último, evita la destrucción de la piel enferma con lo que se consigue una cicatriz pequeña y por lo tanto más estética que por los procedimientos cruentos, bisturí, termocauterio, etc.

Por otra parte, el método sólo reclama un tubo de oxígeno del comercio, que se conecta con un tubo de goma a cuyo extremo se adapta una aguja: bastan una o dos aplicaciones al día, de media a una hora de duración.—Doctor Horno.

G. LABAT (New-York). — *Obstrucción subaracnoídea (anestesia espinal) para las operaciones del hígado y de las vías biliares.* — («Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgiens de París», núms. 1-2, enero, 1931. París).

El autor describe con todos sus detalles, la técnica que emplea. Insiste sobre la necesidad de colocar al enfermo en posición de Trendelenbourg inmediatamente después de la inyección y de mantener esta posición durante la operación y las tres horas siguientes. El autor no ha observado con su técnica ninguna complicación. Según él, la obstrucción sub-aracnoídea constituye la anestesia que se debe elegir para efectuar las operaciones en el

hígado y en las vías biliares, salvo algunas contraindicaciones, particularmente la ictericia.—Doctor Horno.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

M. R. BATLLE (Montpellier). — *A propósito de cuatro observaciones de evacuación extemporánea del útero por infección amniótica.* — («Gazette des Hopitaux», núm. 4, 14 enero, 1931. París).

Basándose en cuatro casos de infección amniótica, en los que la indicación es vaciar el útero, por fórceps o versión, si el feto es vivo, o por embriotomía si el feto está muerto.

Sirve al autor la exposición de estos casos para hacer una exposición «al día» de cuanto a la infección amniótica afecta, y tras la trascripción de los casos clínicos en los que empleó el método de Delmás, llega a hacer unas manifestaciones de interés, que dada la discrepancia que se observa sobre el indicado método, creemos interesante resumir.

El método de Delmás, aplicado en los casos indicados, ha proporcionado un excelente resultado, pues ha permitido una dilatación rápida del cuello respetando enteramente su integridad anatómica: los incidentes habidos no pueden achacarse a la raqui-anestesia.

La gran ventaja es la rapidez, mediante la cual se puede llegar a la completa dilatación del cuello, siempre que, claro está, el cuello sea dilatable, pues lógicamente se comprende que los cuellos anatómicamente rígidos no pueden dilatarse con o sin raqui-anestesia más que a costa de desgarros más o menos extensos.

Otra ventaja, en estos casos de infección amniótica, es el aumento de retracción uterina que provoca la raqui-anestesia: este aumento de retracción en una fibra uterina atacada de inercia evita los accidentes hemorrágicos.

Y el autor, como el propio Delmás, recomienda como elemento indispensable, que el método se aplique juiciosamente y tan sólo en los casos en los que una terapéutica activa está justificada. Aunque los riesgos que en sí lleva el método de Delmás sean mínimos, importa mucho que como en toda intervención los riesgos sean proporcionados a la indicación.

Y tratándose de infección amniótica, la operación de evacuación rápida del útero no deberá practicarse más que en los casos de infección comprobada, no en los de rotura intempestiva de las membranas como profilaxis de una

infección todavía hipotética. El autor quiere, y hace bien, poner un freno a los impacientes.—Doctor Horno.

J. VORON (Lyon). — *La infección puerperal autógena (Estudio clínico).* — («Le Journal de Médecine de Lyon», núm. 266, 5 febrero, 1931. Lyon).

Llámase infección puerperal autógena, a la que sobreviene en puérperas a las que no puede incriminarse ningún aporte séptico venido del exterior; es decir, extraño a la enferma. En estos casos los gérmenes se hallan antes del parto en el organismo de la propia mujer, en órganos genitales o extragenitales. Si el origen de los gérmenes está en la zona genital, la mujer puede ser una portadora de gérmenes clínicamente sana o por el contrario enferma.

No hay signo que pueda permitir afirmar la existencia de tales formas de infección; el estudio detenido de los hechos no nos permite llegar a la certeza porque se nos escapan numerosas causas de infección heterógena, y los argumentos en favor o en contra de tales infecciones son numerosos y valiosos. Un punto esencial reside en la mayor frecuencia de las infecciones puerperales durante las endemias gripales.

La evolución de las infecciones puerperales de la clase indicada, se efectúa lo más a menudo gracias a una debilidad de las resistencias generales y locales del organismo, mucho más que por la virulencia del germen.

La profilaxia, si se exceptúa la profilaxia local, no ha proporcionado hasta hoy más que muy escasos resultados.—Doctor Horno.

A. J. PAWLOVSKY, J. DE FILIPPI y E. L. OTTOLENGHI (Buenos Aires). — *Quiste inflamatorio del Douglas. (Hidrocele retroactivo de Pawlik).* — («La Semana Médica», núm. 3, 15 enero, 1931. Buenos Aires).

El trabajo de los autores está basado en un caso, cuyo error de diagnóstico y mala orientación terapéutica o quirúrgica le hace altamente instructivo. El caso en resumen sospechado, clínicamente con razón, de quiste ovárico o intraligamentario, resulta ser un quiste del Douglas.

En 1891, Panlik describe una modalidad de peritonitis exudativa, que puede presentarse en forma de pequeñas vesículas que cubren útero, anexos y demás órganos pelvianos (peritonitis herpetiforme) o que, de mayor tamaño las vesículas se agrupan en forma arracimada (peritonitis ampollosa). Pero da una tercera forma, excepcional, de verdaderos quistes por su volumen, que se sitúan por delante o detrás del ligamento ancho (hidrocele retroligamentoso) que semejan quistes tubo-ováricos o quistes de ovario pseudo-incluídos donde el exudado rodea el útero y el ovario (perioforitis capsular de Schenk).

Gruss, describe bien esta afección bajo el título de «Peritonitis encapsulada con exudación serosa simulando tumores quísticos del ovario». Son estas exudaciones generalmente pseudo-incluídas, sin pared propia, alojadas entre la hoja posterior del ligamento ancho, peritoneo pelviano, pared de órganos vecinos y membranas neoformadas. De aquí la necesidad de incindir primero el quiste para reconocer por dentro los órganos de relación.

Por regla general la etiología de estos pseudo-quistes está en relación con las anexitis inflamatorias; acompañan, dicen Villard y Michon, a las salpingitis como la pleuresía serosa a los procesos infecciosos pulmonares. La superficie interna de la pared está formada de epitelio cilíndrico, por lo que imita al tejido glandular, epitelio que procede de las células planas endoteliales modificadas por la inflamación.—Doctor Horno.

PEDIATRIA

A. B. MARFAN (París). — *Las medicaciones específicas o pretendidas específicas de la bronconeumonía.* — («Journal des Praticiens», núm. 8, 21 febrero, 1931. París).

Del estudio que el autor hace sobre todas las medicaciones, parece deducirse:

1.º Que el empleo de las vacunas, sobre todo las de Salimbeni, Duchon, Minet y Dufourt, está exento de inconvenientes.

2º. En los hospitales deben emplearse estas vacunas como un medio capaz de evitar la bronconeumonía, aplicándolas principalmente a los niños atacados de una enfermedad predisponente a la bronconeumonía (rubeola, coqueluche, difteria).

3.º En el tratamiento de las bronconeumonías graves de los niños pequeños, en vista de los resultados incompletos e inconstantes que hasta aquí ha dado el empleo de las vacunas, el autor las asocia a otras medicaciones, inyectando el primer día medio centímetro cúbico y uno los siguientes hasta el sexto, en que por regla general se detiene porque le parece inútil continuar. Y aunque los resultados no parecen decisivos, Marfan cree que obligan a proseguir su estudio con nuevas observaciones.

Según el autor, no parece que los microbios de la bronconeumonía, muertos por diversos procedimientos, o sus extractos, obren como verdaderas vacunas; no ha podido demostrarse que provoquen un estado de inmunidad.

La inmunización de los animales contra el neumococo y sobre todo contra el estreptococo, es muy difícil. Estos gérmenes tienen malos antígenos. Si merced a diversos artificios pueden provocar la formación de diversos anti-

cuerpos, no está demostrado que estos anticuerpos sean inmunizantes, ni que posean propiedades bactericidas o antitóxicas activas y constantes. Nadie sostiene que obren como verdaderas vacunas; unos piensan que con ellas se realiza una proteinoterapia no específica, lo que parece una ignorancia, ya que contienen escasas proteínas; Wright cree que la introducción de un producto microbiano en el organismo estimula sus defensas específicas contra el mismo germen de que proviene el producto; pero este estímulo sería transitorio y en nada comparable a la inmunidad.

Todo ello demuestra que la cuestión no está clara, y por ello parece a Marfan preferible emplear el nombre de bacterioterapia en lugar de el de vacunoterapia; estas mismas dudas obligan a su empleo tan sólo como medio auxiliar, sin abandonar las otras medicaciones clásicas y de eficacia comprobada.—R. Pérez Barrachina.

MOURIQUAND, SIDALLEAN y J. SAVOYE (Lyon). — *Luxación de la columna cervical en el curso de la fiebre tifoidea.* — («Lyon Médical», núm. 1, 13 de enero, 1931. Lyon).

Un niño de once años sufre en el curso de una fiebre tifoidea un dolor en la garganta, comprobándose que la pared posterior de la faringe está abombada. El tacto intrabucal demuestra a este nivel una consistencia dura que hace suponer se está en presencia del arco anterior de una vértebra desplazada. No existe dolor a la palpación, pero ella demuestra una depresión que parece corresponder a la tercera vértebra cervical.

Como síntomas nerviosos se observa trepidación epileptoide clara y signo de Babinski.

Se pone al niño en tracción y los signos de irradiación piramidal desaparecen en los días siguientes.

El niño cura de su fiebre tifoidea, pero conservando la vértebra luxada. La radiografía no demuestra ninguna lesión ósea, aunque por la infección ebertiana parece haberse provocado una clara relajación ligamentaria.—R. Pérez Barrachina.

P. B. LAUDABURE (Buenos Aires). — *Factores determinantes de la hipoglucemia en los niños diabéticos.* — («La Semana Médica», núm. 3, 15 enero, 1931. Buenos Aires).

Sobre veintiocho casos de enfermitos sujetos al tratamiento dietético e insulínico, el autor ha observado el síndrome hipoglucémico en catorce, es decir, en un 50 por 100. Las causas son dos: *a)* un factor predisponente o personal: *la labilidad de la glucemia; b)* un factor determinante: *la influencia de la dieta y la insulina.* De sus estudios el autor deduce lo siguiente:

El 50 por 100 de los niños en tratamiento dietético insulínico presentan en alguna oportunidad síndrome hipoglucémico.

La labilidad de la glucemia constituye una condición particularmente favorable para el determinismo de la hipoglucemia.

La repetición de las dosis de insulina a que obliga el tratamiento, es otro factor que contribuye a la aparición del síndrome. Dosis mínimas de insulina (2 a 5 c. c.) pueden producir hipoglucemia en los niños.

El contenido glucoformador de la dieta no impide en muchos casos la hipoglucemia consecutiva a una dosis de insulina teóricamente bien calculada.

Existe una «zona de hipoglucemia» dentro de la cual aparece el síndrome y que en los casos observados por el autor ha oscilado entre 0,70 y 0,24 por mil de glucosa en sangre.

Hasta un cierto límite no hay relación entre la tasa de la glucemia y la severidad del síndrome, pero por debajo de 0,30 la hipoglucemia se ha presentado con más severidad en los casos observados.R. PÉREZ BARRACHINA.

G. MOURIQUAND y G. CHARLEUX (Lyon). — *Resultados lejanos y evoluciones de la diabetes infantil tratada por la insulina.* — («Le Journal de Médecine de Lyon», núm. 267, 20 febrero, 1931. Lyon).

La insulinoterapia ha transformado el pronóstico inmediato de la diabetes infantil. Una diabetes ordinaria del niño, antes de esta terapéutica, evolucionaba en dos años poco más o menos. Desde que se emplea la insulina (hace ya ocho años) dicha duración ha triplicado, cuadruplicado y el porvenir mostrará sin duda alguna la posibilidad de sobrevivir mucho tiempo.

El análisis de los casos personales de los autores mostró reacciones diversas, según los casos tratados:

1.º En ciertos casos las características del estado diabético desaparecen completamente bajo la acción de la insulina y curas discontinuas pueden permitir el mantenimiento de ese estado favorable. Esos hechos son, a pesar de todo, la excepción.

2.º En otros casos, más numerosos según parece, el estado general sólo ha mejorado y los síntomas característicos de la diabetes persisten más o menos.

En esos casos difícilmente reductibles, ¿hay que hablar de insulino-resistencia? Para los unos ésta existiría; para otros no sería más que el resultado de una dietética mal comprendida o mal ejecutada (M. Labbé).

Además, es importante el considerar las complicaciones de la diabetes durante la insulinoterapia:

El coma se cura en numerosos casos. Parece poder estar en la mayoría de los casos rechazado indefinidamente. Las causas determinantes o adyuvantes se evitan generalmente.

La tuberculosis observada excepcionalmente en el niño diabético antes del empleo de la insulina, parece no ya que esté favorecida por esa terapéutica, sino que ésta permite una sobrevida más larga y da a las lesiones tuberculosas el tiempo de evolucionar.

Las enfermedades infecciosas se desarrollan en general sin complicaciones graves (coma), gracias a la insulina.

Las operaciones quirúrgicas, como en el adulto, llegan a ser menos graves por el empleo de la insulina en el diabético joven.

Durante la evolución de la diabetes infantil puede aparecer un síndrome grueso hígado, grueso bazo, ascitis, de un pronóstico grave, a menudo mortal, a pesar del empleo de importantes dosis de insulina.

El crecimiento se para a veces, pero no siempre en el diabético. Por otra parte, la diabetes aparece bastante a menudo en el niño en el momento del crecimiento pubertario o prepubertario.

Los incidentes del tratamiento prolongado por la insulina, revisten ya sea el aspecto de accidentes séricos, accidentes anafilácticos o hipoglicémicos. Estos últimos se combatirán por los medios acostumbrados.

Por la insulina, la diabetes tan rápidamente evolutiva del niño, se para. Ciertas mejoras importantes pueden permitir el esperar su curación. Pero la posibilidad de ésta no ha sido aún demostrada con hechos convincentes. — R. PÉREZ BARRACHINA.

CH. GARDERE (Lyon). — *El factor alimenticio en la constipación del niño de pecho.* — («Le Journal de Médecine de Lyon», núm. 267, 20 febrero, 1931. Lyon).

La constipación de origen alimenticio es muy frecuente en el niño de pecho, sobre todo en el curso de la lactancia artificial. Como causas principales reconoce la hipo-alimentación bajo sus diversas formas etiológicas y la intolerancia congénita o adquirida para la leche.

La intolerancia, muy rara en la lactancia al pecho, es frecuente en la lactancia artificial. La leche de vaca, por su constitución química y biológica, impone al tubo digestivo del lactante una sobrecarga de trabajo que no todos los niños pueden sobrellevar con la misma facilidad; de ahí la intolerancia de la que la constipación es una de sus formas más benignas. Lo que caracteriza esta variedad de estreñimiento es su persistencia, su acentuación progresiva y una manifestación refleja sobre el organismo entero, que se traduce por trastornos nerviosos, cutáneos, insuficiencia hepática e hipotrofia más o menos considerable. La dispepsia de leche de vaca, que comienza por una fase de constipación, representa una forma más grave de intolerancia.

En la época del destete, el régimen muy prolongado de papillas con leche, el uso de huevos, la falta de legumbres frescas y frutas, son las causas principales.

El tratamiento profiláctico consiste en reglamentar desde el comienzo de la lactancia el régimen alimenticio, a fin de evitar la sobrealimentación que provoca la intolerancia. Una vez aparecida la constipación y persistente, es preciso modificar el régimen alimenticio; utilizar leches modificadas, o mejor disminuir la cantidad de leche fresca y añadir harinas en forma de papillas malteadas. Adminístrense purés, legumbres verdes, frutas crudas; huevos con observación y mesura. Hágase tener al niño a pleno aire, y si es posible, añadir helioterapia o rayos ultra-violetas, que rápidamente mejoran la nutrición y disminuyen la intolerancia alimenticia..—R. PÉREZ BARRACHINA.

M. PEHN, A. POLICARD y J. BOUCAMONT (Lyon). — *Estudios anatomo-radiológicos. Documentos nuevos sobre las ósteopatías sifilíticas de la primera infancia.* — («Le Journal de Médecine de Lyon», núm. 267, 20 febrero, 1931. Lyon).

En este trabajo, primero de una serie que los autores van a publicar, después del examen de numerosos «films» radiográficos y basándose en observaciones realizadas por otros autores, proponen una clasificación general de las ósteopatías observadas en la sífilis congénita durante la primera infancia. Esta clasificación se apoya a la vez sobre los aspectos radiográficos ofrecidos por los huesos y sobre la Anatomía patológica.

Así, se puede distinguir:

1.º La *ósteocondritis* de comienzo intrauterino que se presenta en tres grados.

2.º La *periostitis osificante* que sucede a la anterior.

3.º Las *rarefacciones óseas*. Los autores designan con este nombre general las imágenes radiográficas más diversas. Bajo un mismo aspecto evolucionan *gomas* verdaderos, auténticos, *focos localizados de osteítis fibrosa*, y *zonas en las que las trabéculas óseas están considerablemente alargadas* por excesiva reabsorción, debida a una ósteogénesis incompleta. Las imágenes, idénticas en los «films», corresponden a lesiones diferentes. Frecuentemente bajo la influencia de un tratamiento específico, estas imágenes se trasforman y son reemplazadas por una imagen de hueso normal.

4.º Las *producciones hiperplásicas exuberantes* asentando sobre las extremidades óseas y que pueden oponerse a las precedentes.

5.º Ciertas *bandas transversales* en forma de ruban más o menos largo, ocupando la parte de la diáfisis ósea vecina a la epífisis; comienzan durante

la vida intrauterina y traducen un trastorno de la ósteogénesis bajo la dependencia de la sífilis hereditaria.

Estas diversas variedades no se presentan con la misma frecuencia. Las dos últimas son raras. Precisa sin embargo conocer y describir todas ellas.

Las unas y las otras traducen un proceso engendrado por la sífilis congénita durante la vida intrauterina y que se continúa por sí mismo o sus secuelas durante los primeros meses después del nacimiento.—R. PÉREZ BARRACHINA.

OFTALMOLOGÍA

J. ARJONA (Barcelona). — *Un nuevo caso de enfermedad de Crouzon.* — («Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos», diciembre, 1930. Barcelona).

Niña de nueve años, sin antecedentes familiares de interés. Nació bien y a los siete meses tuvo un proceso meningítico que duró un mes, quedando durante un año con vómitos y dolor de cabeza, que ella exteriorizaba con quejidos; entonces la familia se da cuenta que la nena tenía los ojos saltones y se le abultaba el cráneo por su parte alta; poco a poco desaparecieron los vómitos y el dolor de cabeza.

Es una niña de inteligencia casi normal; su cabeza, al tacto, deja percibir un abultamiento óseo central muy marcado, que empezando al nivel del lambda va acentuándose hacia adelante a lo largo de la sutura sagital, mucho más marcado a nivel del bregma, donde forma a modo de vértice de prisma, continuando cada vez menos marcado hasta difundirse en la raíz de la nariz; los lados del cráneo son menos curvos que normalmente; el macizo facial superior está como detenido en su desarrollo sobre todo el reborde orbitario inferior, siendo ésta la causa de la exoftalmia tan grande que presenta la enfermita; bóveda palatina ojival, dificultad en la respiración nasal por estrechez de las fosas nasales; mandíbula inferior bastante prognática como consecuencia del escaso desarrollo del maxilar superior con encaje de dientes superiores detrás de los inferiores: fondo de ojo, presenta atrofia papilar simple en los dos.

El examen radiológico deja ver el espesor de las paredes óseas muy disminuído con su máximo al nivel del bregma; en la base del cráneo se observa que el plano etmoidal está muy inclinado hacia abajo y atrás y no en línea continua, sino formando escalones, explicando esto la reducción de capacidad de ambas órbitas, ayudando también a la exoftalmia.

No hay muchos casos estudiados de enfermedad de Crouzon, debido en parte a que algunos autores, como los alemanes, no la consideran como enfermedad con sus caracteres propios, sino como una variedad de la oxicefalia.

Crouzon, consideraba esta enfermedad como de carácter teratológico y hereditario, pero el autor, en el caso descrito, no lo admite, ya que el proceso meningítico fué evidentemente la causa de la enfermedad, si bien pudo actuar por un mecanismo de inflamación local a lo largo de la línea central de la bóveda craneal y estimulando las suturas correspondientes provocase la sinostosis precoz de éstas; hay quien ha pensado en la sífilis como causa, otros en un origen endocrino pluriglandular, pero resulta difícil debido a los pocos casos que pueden estudiarse.—R. Loscos.

E. FEDERICI (Nápoles). — *Sobre algunas manifestaciones clínicas poco comunes de la tuberculosis de la coroides.* — («Bollettino d'Oculistica», noviembre, 1930. Florencia).

La tuberculosis de la coroides, según su aspecto clínico, tiene tres formas: tuberculosis conglomerada, coroiditis diseminada y tuberculosis miliar.

La primera no es tan frecuente, pero en cambio es más conocida que las demás bajo el punto de vista anatomo-patológico: es una tuberculosis local en un individuo sano. Según su aspecto, puede ser una tuberculosis conglomerada difusa, panoftalmia tuberculosa, tuberculosis conglomerada secundaria, tubérculo solitario o tuberculoma de la coroides. Esta última forma es la más común y la más conocida; las otras son una rareza clínica e histopatológica; en la tuberculosis conglomerada difusa, toda la coroides está invadida y sustituída por tejido tuberculoso que llega a ocupar buena parte de la cavidad del vítreo: el tratamiento es la enucleación. Cita un caso clínico de panoftalmia tuberculosa.

El carácter fundamental de la coroiditis diseminada según el autor, es lo atípico del proceso flogístico, puesto que faltan los elementos característicos del tubérculo, o por lo menos su clásica disposición. Describe un caso de una enferma con una coroiditis diseminada típica, de curso lentísimo, precedida de una iridociclitis tórpida con precipitados en la parte posterior de ambas córneas: la reacción de Pirquet y la intradermo-reacción de Mantoux fueron positivas.

Todos los autores están de acuerdo en admitir que la tuberculosis miliar de la coroides se observa frecuentemente en los casos de tuberculosis miliar aguda, en la meningitis tuberculosa, en la tuberculosis localizada y raramente en los casos donde la tuberculosis de varios órganos, pulmones, glándulas linfáticas, etc., toman un curso subagudo o crónico. El pronóstico es grave; dice Bietti en su tratado de oftalmología: «No es frecuente encontrar focos cicatriciales porque ordinariamente la afección ocular se presenta algunos días antes de la muerte del paciente. Los tubérculos miliares de la coroides

son verdaderamente la consecuencia de una tuberculosis general que aparecen cuando el estado del enfermo es de mucha gravedad».

Describe un caso clínico interesante porque demuestra que es posible la tuberculosis miliar de la coroides de curso crónico en individuos cuyo estado general no es grave, siendo susceptible de curación; se trata de una enferma afecta de tuberculosis pulmonar de curso subagudo, en la que en un momento dado se presentó brúscamente una lesión tuberculosa en ambos ojos con caracteres de una tuberculosis miliar de la coroides, habiendo podido seguir su evolución hasta la completa curación clínica, que se mantiene hasta un año después; al mismo tiempo que curaban las lesiones oculares, mejoraron notablemente las pulmonares; en el sitio de los nódulos coroídeos han aparecido unas manchitas blancas.

Una objeción cree el autor que pueden hacerle, y es, si en su caso se trataba de una tuberculosis miliar de la coroides o de una coroiditis diseminada, ya que es fácil confundir una con otra. Todos los datos oftalmoscópicos, distribución de las lesiones en el polo posterior, su forma redonda, su saliente hacia el vítreo, su contorno esfumado y sin pigmento, juntamente con su brusca aparición en los dos ojos, son caracteres propios de la tuberculosis miliar de la coroides. Es opinión del autor que dicha afección no es como dicen algunos autores, entre ellos Bietti, el signo de una tuberculosis gravísima, sino que la enfermedad general puede hacerse crónica y llegar a curarse.—R. Loscos.

T. KRETZ (Budapest). — *Astigmatismo y ptosis.* — («Bollettino d'Oculistica», noviembre, 1930. Florencia).

¿En los ojos sin ptosis palpebral se presenta el astigmatismo con igual frecuencia que en los ojos afectos de ptosis? Cree el autor no es posible contestar esta pregunta sin contar con estadísticas precisas y amplias, siendo esto algo difícil; no obstante, ha reunido un buen número de casos de distintos autores y suyos, habiendo podido comprobar que el 53 por 100 de los casos de ptosis palpebral presentaban estigmatismo, mientras que los casos sin ptosis no se presenta más que en un 23 por 100. El autor, en trece casos por él observados en el Hospital Militar de Budapest, con ptosis congénita unilateral encontró siete con astigmatismo miópico de una a tres dioptrías en el ojo con ptosis, mientras que el otro era normal en tres casos; un ligero astigmatismo hipermetrópico en dos, y en los dos restantes astigmatismo miópico de menos grado.

Hace algunas consideraciones para demostrar que el astigmatismo no debe considerarse como un defecto de desarrollo. El músculo elevador del párpado

superior tiene su antagonista que es el orbicular de los párpados; estando aquél paralítico o casi paralítico, su antagonista tendrá mayor acción, y por lo tanto el orbicular ejercerá una presión continua sobre el globo ocular. Todos los órganos humanos pueden sufrir alguna modificación en su forma en los primeros años de la vida, pero en cambio estas modificaciones son dificilísimas en la edad avanzada; esto explica que en algunos casos de ptosis tardía no haya astigmatismo así como tampoco da lugar a ningún defecto de refracción el blefaropasmo.

El astigmatismo en los casos de ptosis no es, pues, una coincidencia, sino que es determinado por una causa mecánica, precisamente, a la presión ejercida por el orbicular de los párpados sobre el globo ocular.—R. Loscos.

F. POYALES (Madrid). — *Los reflejos óculo-oculares.* — («La Medicina Ibera», 21 febrero, 1931. Madrid).

El reflejo de los párpados responde siempre a excitaciones sensitivas que vienen de distintos puntos: tiene por objeto defender al ojo de la acción de los agentes externos de tipo mecánico, hacer caminar las lágrimas, regular la intensidad de la luz y repartir en rededor de la córnea y conjuntiva la secreción meibomiana. La vía sensitiva del reflejo de los párpados es el nervio óptico o el trigémino y la motriz, el facial, el motor ocular común y el simpático. No es lo mismo el reflejo palpebral producido por la luz intensa que cuando un dedo intenta tocar el ojo. En ambos casos la excitación camina por el nervio óptico, y es el facial el que produce el reflejo, pero en el primer caso es puramente óptico, mientras que en el segundo el individuo piensa que va a ser traumatizado su ojo y la idea da la orden de contracción, o sea que en este reflejo intervienen los centros sensitivos motores corticales y el reflejo se convierte en movimiento. Casi siempre el reflejo palpebral es bilateral; es unilateral cuando la causa irritativa obra directamente sobre un solo ojo. Puede ser consciente, subconsciente e involuntario.

Reflejo pigmentario.—El pigmento retiniano desciende a lo largo de los bastones con objeto de recubrirlos y regular la intensidad de las radiaciones luminosas. La luz descompone la eritropsina, siendo este movimiento pigmentario un acto reflejo que corresponde a la acción de la luz, prueba de ello que seccionando el nervio óptico desaparece el movimiento de los elementos pigmentarios. Los pigmentos generales del organismo guardan relación directa con el pigmento visual; la prueba es que la insolación de la piel puede producir el reflejo pigmentario sin la acción de la luz sobre el ojo. Las razas del Norte, pobres de pigmento en la piel, sufren grandes molestias para adaptarse a la vida de los países tropicales. En la patología ocular, la sensibilidad del reflejo pigmentario tiene un gran valor; los individuos albinos

padecen de pigmento, y por lo tanto inadaptables a la vida con luz; los hemeralópicos cuya retina degenera con una neoformación pigmentaria, necesitan una iluminación mayor.

Reflejo pupilar.—Es el verdadero tipo de reflejo inconsciente; está destinado exclusivamente a la protección de la retina y del nervio óptico, prueba de ello que los enfermos con ceguera cortical lo tienen; es muy sensible, pudiendo decirse que el hipus, que es la contracción del esfínter pupilar de una manera rítmica, no es patológico, sino fisiológico. El reflejo pupilar está asociado al mecanismo de la acomodación, si bien la luz tiene un valor muy superior al reflejo de la acomodación. (Signo de D'Argyll-Robertson).

Reflejo de la secreción lagrimal.—Este reflejo reconoce dos clases de causas excitadoras: primera, excitación de la córnea o conjuntiva, y segunda, el dolor, ya psíquico, ya físico; el primero puede ser unilateral; el segundo, siempre bilateral. El frío y el calor determinan este reflejo.

Reflejo de la secreción meibomiana.—Es extraordinariamente interesante y poco conocido: la sustancia grasa de las glándulas de Meibomio recubren la córnea y absorben las radiaciones caloríficas. La función de la secreción meibomiana es controlar la temperatura de las lágrimas, fijando la temperatura necesaria para la córnea y conjuntiva. Debe establecerse diferencia entre este reflejo y el reflejo de la secreción ciliar. La fatiga de este último se observa en los individuos con algún defecto de refracción sin corregir, que por tener los párpados en contracción espasmódica para sostener la hendidura estenopéica determinan un estado congestivo de las glándulas sebáceas con un aumento muy marcado de su secreción.

Existe un tipo de reflejos vaso-motores en el globo ocular, mal estudiado y poco conocido, y que sólo aparece en el ojo cuando el individuo está sometido a la fatiga. El grado máximo del reflejo vaso-motor es el edema; ejemplo: el edema de los párpados después del exceso de trabajo o como signo de las grandes emociones morales son conocidos.—R. Loscos.

D. MICHAIL (Cluj, Rumanía). — *Parálisis unilateral angiospástica del nervio patético con extasis papilar bilateral, consecutivo a una caída sobre el occipucio.* — («Archives d'Ophtalmologie», junio, 1930. París).

Los traumatismos craneales pueden provocar síndromes variadísimos, entre los cuales las manifestaciones neuro-oculares son muy frecuentes. La mayoría de estas últimas manifestaciones son bien conocidas y claramente interpretadas desde el punto de vista patogénico. No obstante, se encuentran hechos clínicos raros, de interpretación difícil, entre los cuales se encuentra el caso del autor; un hombre, de cincuenta y dos años, con hipertensión, el cual a con-

secuencia de una caída que dió sobre el occipucio, perdió el conocimiento durante dos horas; fuerte cefalalgia, una diplopia característica de la parálisis del músculo oblicuo mayor izquerdo y éxtasis papilar bilateral. A los diez y ocho días de la aparición de estos trastornos visuales, el enfermo no acusaba más que cefalea, y su vista, así como el aspecto de sus papilas, es completamente normal; durante estos días el enfermo, en un acceso de risa espasmódica, se resintió súbitamente de un violento dolor de cabeza, cayendo al suelo con pérdida de conocimiento durante algunos momentos.

Entre los fenómenos aparecidos a consecuencia de un traumatismo, la parálisis del patético izquierdo ocupa lugar aparte. En efecto, el nervio patético es, de todos los nervios óculo-motores, el más raramente afecto en los traumatismos craneales.

La parálisis traumática aislada del nervio patético, tal como apareció en el caso descrito, es extraordinariamente rara; los autores insisten sobre la dificultad de diagnóstico entre la parálisis basilar y la parálisis nuclear del patético; por eso la mayoría de los autores se fijan sobre todo en fenó menos como la importancia del traumatismo craneal, la gravedad de los fenómenos cerebrales, su asociación con otros fenómenos paralíticos, para afirmar que la mayoría de las parálisis del patético tienen un asiento basilar, debido a hemorragias, a distensiones y a rupturas nerviosas; en el caso del autor no puede admitirse nada de esto; las únicas hipótesis patogénicas que pueden invocarse para la explicación del caso son, o la de una hemorragia nuclear, o la de un espasmo de la arteria nuclear derecha del nervio patético. Después de varias consideraciones, el autor se decide por la segunda de estas teorías, dada la tendencia angiospástica que en general se manifiesta en los arterioesclerósicos y en personas con hipertonía arterial esencial (el enfermo en cuestión, recordaremos era arterioesclerrósico e hipertenso).—R. Loscos.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

D'ONOFRIO (Torino). — *Dos casos de mastoiditis por traumatismo contundente.* («Archivio Italiano di Otologia..., etc.», núm. 7, julio, 1930. Torino).

Si los casos de mastoiditis traumáticas no son raros cuando se trata de heridas penetrantes del aparato auditivo o de la región mastoídea, son poco menos que excepcionales cuando el agente traumático actúa de una manera contundente.

Pertenecen a esta última categoría los dos casos que el autor expone en su trabajo. En el primero se trata de un choque violento por caída sobre la región occipito-mastoídea, seguido de hematoma rápidamente reabsorbido, con ulterior aparición de fenómenos de mastoiditis (comprobada por el acto operatorio que puso de manifiesto una apófisis neumática con grandes células llenas de pus) al cabo de veinte días..

El segundo concierne a un enfermo que, viajando en ferrocarril, permaneció durante toda la noche durmiendo con la cabeza apoyada en el brazo del asiento, en el cual los dolores se manifestaron ya al despertarse, si bien la tumefacción mastoídea no hizo su aparición hasta el tercero o cuarto día, acompañada de fiebre e *hiperhemia del tímpano.*

Se extiende el autor en algunas consideraciones de orden etiológico en cada uno de los casos, a propósito de cuyo segundo, dice: «*que cabe pensar en una ósteo-pericarditis en la que el traumatismo ha favorecido la localización en la mastoides de eventuales gérmenes circulantes en la sangre*», toda vez que «*la ausencia de antecedentes otopáticos hacen excluir una infección tubo-timpánica*».

De estas observaciones deduce D'Onofrio, que la posibilidad de mastoiditis por traumatismo sin fractura y sin flogosis del oído medio, tiene una notable importancia médico-legal.

COMENTARIO. — Tan extraordinariamente raras son las mastoiditis primitivas por contusión de la mastoides que, al menos que nosotros sepamos, no se conoce en la literatura más que el solo caso publicado por Lancelot en 1928 en «La Revue de Laryngologie». Así, pues, no es de extrañar nuestra sorpresa al leer los dos casos que el autor describe, sin que, a decir verdad haya llegado a convencernos con la explicación que da al mecanismo de producción y a la etiología, en el segundo de los casos.

Supone el autor que a consecuencia del traumatismo se ha producido un derrame sanguíneo en las células superficiales y el antro, que fácilmente se han infectado con los gérmenes procedentes de la caja timpánica, en el primer enfermo, lógica explicación que no hay ningún inconveniente en admitir, y que nos parece mucho más verosímil que la hipótesis de infección por gérmenes sanguíneos, con que pretende explicar el segundo caso. ¿Es que puede la sangre albergar gérmenes patógenos sin que se manifieste ningún fenómeno septicémico? Si la sangre es un medio que no admite en su seno, ni aun eventualmente, ningún germen sin dar lugar a graves accidentes infecciosos, forzosamente hay que convenir en que los microorganismos determinantes de la infección mastoídea tenían otra procedencia muy distinta.

Por otra parte, si en el primer caso es evidente la existencia de un agente contundente, en el segundo ésta no se demuestra tan claramente. Realmente, el hecho de estar apoyado durante unas horas en el brazo de un asiento no nos parece motivo suficiente para considerarlo como un traumatismo capaz de favorecer «la localización en la mastoides de eventuales gérmenes circulantes en la sangre».

Ahora bien; si consideramos que, como dice el autor, se observó al propio tiempo que los signos mastoídeos una *hiperhemia del tímpano,* no es aventurado suponer que había infección de la caja, de la cual pasó indudablemente a la mastoides, sin que en ello tuviera la menor participación el hipotético traumatismo. Para nosotros la mastoiditis se hubiera producido lo mismo si el enfermo se hubiese acostado apoyándose en el lado opuesto, y al contrario de lo que D'Onofrio piensa, la ausencia de antecedentes otopáticos no permiten excluir una infección tubo-timpánica, pues pudo muy bien ocurrir que las molestias del viaje, el cansancio, o el frío exacerbasen la virulencia de algún germen hospidado en la caja eventualmente con carácter saprofito, donde, al revés que en la sangre, pueden muy bien alojarse sin determinar accidentes, y sobrevenir la infección de la caja y la mastoides simultáneamente.

Y ello a menos que no se tratase de una mastoiditis latente que se manifestó e hizo aparente a consecuencia de las molestias del viaje.—J. DUERTO.

A. DE LA CIOPPA (Nápoles). — *La lucha contra el adenoidismo en las escuelas comunales de Nápoles durante el año escolar 1928-29.* — («Bollettino delle Malattie dell'Orecchio..., etc.», núm. 7, julio, 1930. Firenze).

Se extiende en atinadas consideraciones sobre las enseñanzas que del sistemático examen de los alumnos, se han derivado; clasifica el adenoidismo en tres grupos, según la diversa gravedad de las manifestaciones, y hace un detenido estudio estadístico que pone de manifiesto la existencia de 2.026 niños adenoídeos entre 11.630 alumnos examinados.

De todas estas observaciones concluye que el adenoidismo es una enfermedad esencialmente constitucional hereditaria de la edad infantil, determinada por taras hereditarias (lúes, tuberculosis), y agravada en la mayoría de los casos por estímulos externos (malas condiciones higiénicas, insuficiente alimentación).

Tanto la enfermedad como sus caracteres, se trasmiten, si no se interviene enérgicamente, por largas series, con graves peligros para el individuo y su descendencia.

El tratamiento debe ser médico y quirúrgico, debiendo éste además de llevar a cabo la extirpación de las vegetaciones adenoides, encaminarse a privar al enfermo de todas cuantas causas impiden una buena respiración.

COMENTARIO. — Digno del mayor encomio es el notable trabajo de Cioppa, especialmente por cuanto representa una labor que, como la lucha contra el adenoidismo, es merecedora de la mayor atención. Y en este orden de ideas no es posible escatimar los elogios.

Sin embargo, no podemos por menos de significar nuestra discrepancia respecto al carácter *esencialmente* constitucional que el autor otorga a las vegetaciones, pues si bien es cierto que el factor hereditario y constitucional es evidente, no lo es menos que también tiene una gran participación en su producción el elemento infeccioso. Sabido es, en efecto, la trascendencia que los repetidos accesos de anginas, rinitis y adenoiditis tienen en la infancia, los cuales acaban, a fuerza de repetirse, por determinar una hiperplasia de todo el tejido y de todas las formaciones linfoideas que integran el anillo de Waldeyer.—J. DUERTO.

J. TERRACOL (Montpellier). — *La inervación vaso-motora de la laringe.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm. 12, 30 junio, 1930. Bordeaux).

El simpático llega a la laringe por dos vías; la nerviosa y la vascular (simpático peri-arterial). La primera está representada por los nervios laríngeos superior e inferior, si bien las funciones predominantes en cada uno de ellos sean las motoras en el recurrente y las sensitivas en el laríngeo superior. De todos modos es verosímil admitir la presencia, particularmente en el superior de ciertas agrupaciones ganglionares que parecen funcionar independientes de la corteza cerebral; sin embargo, es cuestión que necesita de más investigaciones.

Por la vía vascular, el simpático llega a la laringe por la red arterial que acompaña a la arteria laríngea superior, cuyo plexo emana del carotídeo por el intermedio del plexo tiroídeo superior o del lingual, aunque reforzado, a veces, por los filetes procedentes del ganglio cervical superior.

La vaso-motricidad de la laringe está, pues, bajo la dependencia del nervio laríngeo superior y de la arteria homónima, y este dato está conforme con la embriología que muestra el origen común de la laringe y de su emanación glandular, el cuerpo tiroides.—J. DUERTO.

MAILHO y LARGETEAU (París). — *A propósito del azufre en el tratamiento del ocena.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núms. 15-16, agosto, 1930. Bordeaux).

Basados los autores en el hecho de que el azufre no sólo disfruta de un poder antiséptico, sino que también tiene una evidente acción trófica, han reanudado sus trabajos de aplicación del azufre al tratamiento de diversas afecciones de las fosas nasales, y particularmente del ocena.

Ahora bien; habida cuenta de que el mencionado cuerpo actúa especialmente por sus diversas transformaciones químicas, y muy particularmente por el hidrógeno sulfurado, y que las preparaciones coloidales son altamente inestables, estiman preferible emplear un azufre seudo-coloidal, a cuyo fin preparan una solución acuosa al 10 por 100, de reacción ligeramente ácida, y

estable durante algunos meses, que desprende por descomposición hidrógeno sulfurado, sin precipitarse ni coagularse al mezclarse con el agua.

El empleo se practica según tres procedimientos diferentes, que se aplican solos o asociados, según la intensidad del caso, los cuales son: lavados por medio de la cánula nasal, absorción de la solución por la nariz, y los toques o pulverizaciones.

Los resultados son tanto más manifiestos cuanto menos avanzada está la enfermedad y más conservada la arquitectura turbinal; se caracterizan por la desaparición de la cacosmia subjetiva en un plazo de quince a veinte días, al mismo tiempo que las costras van siendo cada vez más flúidas, y la mucosa perdiendo su palidez recobra su coloración y humedad normales; simultáneamente desaparece también la sensación de sequedad retro-nasal.

Es conveniente asociar al tratamiento sulfuroso un dulce masaje nasal, que no debe comenzarse, sin embargo, antes de que la mucosa haya recobrado su aspecto normal. En las fosas nasales demasiado anchas reporta alguna utilidd la inyección submucosa de barita.—J. DUERTO.

T. BOBONE (San Remo). — *El problema del adenoidismo y la lucha contra el adenoidismo.* — («Bollettino delle Malattie dell'Orecchio..., etc.», núm 8, agosto de 1930. Firenze).

Considerando el autor el adenoidismo como una enfermedad constitucional, recomienda y preconiza un tratamiento reconstituyente, que debe ser puesto en práctica tanto antes como después de la intervención operatoria (adenoidectomía) en los casos en que ella es necesaria; tratamiento modificador de la constitución, higiénico, medicamentoso, físico, inhalatorio, ambiental y climático.

La adenodectomía no resuelve más que una parte del problema y no está indicada más que cuando la localización adenoídea en la rino-faringe asume la forma de verdaderas hipertrofias permanentes, impidiendo las funciones respiratorias y circulatorias y el desarrollo físico e intelectual del niño.

Las tumefacciones temporales intermitentes del tejido adenoídeo del cávum y la hipertrofia estable, pero no todavía inquietante, ceden lo más frecuentemente al tratamiento médico-higiénico-climático, y sufren la involución precozmente antes del momento de la pubertad.

COMENTARIO. — Consecuente, el autor, con el criterio de la escuela italiana, que tan bellamente orienta sus actividades hacia la lucha contra el adenoidismo, participa de la opinión de ser las adenoides una enfermedad constitucional, en lo que, a nuestro entender, no pisan terreno firme. No queremos con esto negar la evidente influencia que el factor constitucional tiene en su producción,

pero sí creemos que no es éste el solo que influye, y que hay que tener también muy presente el factor infeccioso.

Así, pues, nuestra conformidad con la orientación terapéutica es absoluta en cuanto respecta a la necesidad de coadyuvar con un tratamiento higiénico a la acción del quirúrgico, el cual no creemos, al contrario que Bobone, que deba limitarse a los casos en que las vegetaciones determinan impedimento de las funciones respiratorias o trastornan el desarrollo intelectual o físico del niño, toda vez que existen pequeñas hipertrofias que, localizadas en las proximidades de la desembocadura de la trompa en la faringe, dan lugar a complicaciones a veces muy serias del aparato auditivo, y las que aun cuando ciertamente regresan antes de la pubertad, cuando esta regresión acontece ya es tarde para evitar los accidentes auriculares.—J. DUERTO.

WORMS (París). — *Tratamiento del cáncer endolaríngeo por el cuchillo de alta frecuencia.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.», núm. 8, agosto, 1930. París).

Tiene este método las ventajas siguientes: una perfecta hemostasia de la herida operatoria, mayor seguridad cuanto a los riesgos de recidivas, y más facilidad del acto operatorio.

Las constataciones histológicas hechas después de su aplicación, inducen a pensar que se produce una obstrucción de las vías linfáticas.

Pero lo verdaderamente interesante es la posibilidad de disecar los tejidos blandos endolaríngeos, pericondrio inclusive, hasta el contacto mismo del cartílago (tiroides o aritenoides), sin temor a la menor necrosis ulterior, ni a reacción alguna importante, y de ahí la evidente superioridad del cuchillo de alta frecuencia sobre los otros medios físicos (rayos X, rádium), tan propensos a determinar graves accidentes locales y generales por condronecrosis.

Esta posibilidad de actuar sobre el cartílago sin riesgo de necrosis, es una condición favorable para ensanchar el campo de las indicaciones de la tirotomía en aquellas neoplasias que sobrepasan los límites de la cuerda vocal.

El curso post-operatorio es de lo más simple, a condición de dejar abierta la herida. El autor no sólo no sutura el cartílago, sino que ni siquiera cierra las partes blandas, sobre todo cuando, para destruir las lesiones o para lograr una más perfecta hemostasia, ha de actuar con fuertes intensidades, en cuyo caso deja una mecha intra-laríngea con la cánula de traqueotomía hasta la mañana siguiente. Con esta precaución el enfermo puede levantarse a las cuarenta y ocho horas después de la operación.

El autor se muestra partidario del aparato de Hennuy, de ondas mixtas,

que permite, variando la intensidad, obtener una sección franca, neta y a la vez coagulante.—J. DUERTO.

G. COULET (Nancy). — *La epiclotectomía al asa caliente.* — («Revue de Laryngologie», núm. 13, 15 julio, 1930. Bordeaux).

La ablación de la epiglotis, en parte o en su totalidad, está indicada en ciertos casos de infiltración tuberculosa, en las formas úlcero-edematosas de la tuberculosis que se acompañan de disfagia dolorosa y hacen penosa la alimentación, en el lupus de marcha rápida y destructora, y en los tumores cancerosos fibrosos o quísticos.

Los procedimientos por vía externa son demasiado complejos y graves para ser empleados en lesiones localizadas a la epiglotis solamente, no debiendo ser empleados más que en los casos de alteraciones extendidas a la encrucijada aéreo-digestiva..

Las faringotomías están indicadas en los cánceres de la epiglotis con el pedículo atacado, y no en los casos en que el neoplasma no afecta más que al borde libre o a una porción pequeña de su superficie.

El método más simple es la intervención por vía natural en laringoscopia directa, siendo suficiente para practicarla un fuerte depresor lingual acodado, un aparato de asa caliente, como el empleado para la amigdalectomía, y una pinza de anillo que permita deslizar el asa en su derredor.

La técnica consiste en, tras anestesia por impregnación con una solución de cocaína, deprimir la lengua fuertemente para hacer aparente la epiglotis, y deslizando rápidamente el asa hasta rodear el opérculo epiglótico por su inserción, apretarla al máximun y hacer pasar una corriente lo más débilmente intensa posible. La operación es indolora y no se acompaña de la menor hemorragia. La disfagia que provoca es insignificante y no dura más que algunos días. No hay el menor «choc» operatorio. La supresión de la epiglotis no produce ningún trastorno respiratorio ni de la deglución.

COMENTARIO. — Conformes, desde luego, con el autor, en que las intervenciones en la epiglotis en los casos de lesiones limitadas deben ejecutarse únicamente por la vía natural; y siendo así, cualquier procedimiento es bueno. Lo mismo da emplear la pinza que el asa caliente o fría, ninguno de cuyos procedimientos tiene ventaja, a nuestro juicio, sobre los restantes.

En lo que ya no podemos estar tan de acuerdo, es en cuanto concierne a que la extirpación de la epiglotis no determine ningún trastorno funcional. Desde luego, no es de esperar que éstos se presenten en el acto respiratorio, toda vez que no siendo la misión de este órgano respiratoria, en nada altera la función su falta.

Otra cosa es en lo que a la función respiratoria en el momento de la deglución se refiere. Sabido es que el opérculo epiglótico tiene la misión de cerrar la cavidad laríngea al paso de los alimentos, y siendo así, al faltar el órgano encargado de la oclusión glótica, cabe el riesgo de que en determinadas circunstancias el bolo alimenticio cambie de ruta y se introduzca en el tramo respiratorio, determinando accidentes asfícticos. Sin embargo, aunque el hecho es cierto, no es frecuente, y en la mayoría de los casos se establece una especie de hábito o tolerancia que impide la desviación del alimento a su paso por las vías digestivas. De todos modos, la existencia del riesgo es constante y no puede, por tanto, hablarse de la total ausencia de trastornos.—J. DUERTO.

L. DUCNING (La Rochelle). — *La úvula bífida.* — («Revue de Laryngologie d'Otologie et de Rhinologie», núm. 2, enero, 1931. Bordeaux).

Se llama úvula bífica la malformación congénita constituída por la división del apéndice del velo.

Los documentos relativos a esta anomalía parecen ser raros. Testut y Jacob, en su tratado de anatomía, señalan simplemente esta malformación.

La especialidad oto-rino-laringológica en estos últimos veinte años no se ocupa apenas, tanto en obras como en revistas, de esta anomalía.

La bifidez de la úvula es de una frecuencia muy grande, y todo médico, y más aun los especialistas, recordarán alguno o muchos casos. Las diversas causas que son susceptibles de producir la división congénita de la bóveda palatina o del velo del paladar, pueden ser invocadas en ocasión de la bifidez de la úvula. En suma, todos los defectos de soldadura del plafón bucal, ya sean completos o parciales, están ligados a las mismas causas.

El sexo masculino parece más particularmente expuesto que el sexo femenino a esta malformación. Tampoco hemos podido advertir en los portadores de úvula bífida taras personales o hereditarias patentes.

La teoría de la brida amniótica admitida por ciertos autores para explicar la dehiscencia del paladar duro, no parece defendible en lo que concierne a la úvula, pues no se ve cómo una brida embrionaria puede netamente dividir en dos partes iguales la porción más móvil del velo.

El autor recuerda luego algunas nociones embriológicas y anatómicas relativas a esta región; entre las segundas dice: la úvula está constituída por cinco capas superpuestas:

1.ª Una capa mucosa (la primera).
2.ª Una capa glandular (la primera).
3.ª Una capa muscular.
4.ª Una capa glandular (la segunda).
5.ª Una capa mucosa (la segunda).

La capa mucosa bucal es la continuación de la mucosa palatina. Es sin embargo más fina y menos adherida a la capa subyacente que esta última.

La primera capa glandular (bucal) está formada casi exclusivamente de glándulas mucosas.

La capa muscular está constituída por el músculo palato-estafilino que, naciendo sobre el borde libre de la bóveda palatina, debajo de las coanas, se prolonga hasta la extremidad inferior de la úvula.

La segunda capa glandular (nasal) menos espesa que la primera, está compuesta de glándulas mixtas.

La segunda capa mucosa (nasal) es de la misma naturaleza que la mucosa naso-faríngea.

La transición entre las dos mucosas, nasal y bucal, se hace de una parte sobre el borde libre de los dos ángulos que siguen al borde libre del velo, y de otra, sobre el borde interno de los ángulos cuando en lugar de presentar su conformación normal, la úvula está dividida.

La sintomatología de la úvula bífida es casi siempre nula, hasta el punto de que los portadores de esta malformación no se dan cuenta de que la padecen, pues las dos partes de la úvula se unen la una a la otra por la saliva.

En ciertos casos, sin embargo, las dos partes turgescentes se separan la una de la otra y dan a la úvula un aspecto de una horquilla bicórnea.

Excepcionalmente los trastornos de la fonación y de la deglución pueden existir; son ligeros, salvo el caso de una disminución particularmente marcada del velo, o en el caso de que la bifidez se prolongue por encima de la raíz de la úvula, malformación que sobrepasa el cuadro de la pequeña anomalía que nos hemos propuesto recordar.

La ausencia casi completa de síntomas funcionales de una parte y el desconocimiento de su existencia de otra, la bifidez de la úvula no necesita más que excepcionalmente la intervención del cirujano, necesitándose ésta cuando teniendo una longitud tan exagerada obliga a practicar la amputación, la cual no produce ningún trastorno funcional.—E. Oliván Yebra.

VIAS DIGESTIVAS

G. LEVEN (París). — *El «dolor-señal». Procedimiento diagnóstico de la dilatación atónica del estómago. Errores que deben evitarse en su empleo.* — («Gazette des Hopitaux», núm. 7, 24 enero, 1931. París).

Es el «dolor-señal» un signo clínico descrito por el autor en 1911, destinado a poner en evidencia la dilatación atónica del estómago.

La razón de ser del «dolor-señal» está basada en los datos siguientes: la

hiperestesia del plexo solar debida al estiramiento de sus filetes nerviosos por un estómago dilatado, termina en cuanto el bajo fondo del estómago se levanta, porque suprimida la tracción causa del dolor, queda el dolor suprimido.

En todos los enfermos con dilatación atónica del estómago, se provoca un dolor vivo y aun insoportable, ejerciendo una presión a nivel de la línea media a igual distancia del ombligo y del apéndice xifoides del esternón. Si es cierto que este dolor ligado a la hiperestesia solar existe en grados diversos en todos los dispépticos sin dilatación gástrica, no es menos cierto que sólo en los dilatados este dolor se suprime o disminuye considerablemente con sólo elevar las regiones declives del estómago, por mínima que sea esta elevación y que el dolor reaparece en cuanto se deja volver la víscera a su primitiva posición. Cuando ocurre esto segundo, el enfermo acusa una penosa sensación de angustia respiratoria, que desaparece a su vez, volviendo a elevar el estómago, con gran satisfacción del enfermo que generalmente dice, «ya respiro».

Estas comprobaciones clínicas y a la vez radiológicas dieron origen al procedimiento del «dolor señal», que parece ser de evidente precisión.

La comprobación del «dolor-señal», se efectúa del modo siguiente:

El médico se coloca derecho detrás del enfermo. Con la mano derecha determina el punto antes indicado, sobre la línea media del abdomen y a igual distancia de los puntos de referencia, ombligo y apéndice xifoides. Después, con el borde cubital de la mano izquierda colocado perpendicularmente a la pared, explora el abdomen de abajo arriba sobre la línea media y luego a derecha e izquierda de esta línea.

Si el levanntamiento del estómago por la compresión media no hace desaparecer el «dolor-señal», se hacen necesarias las dos exploraciones laterales porque el estómago puede hallarse desviado en uno u otro sentido, y se impone entonces la elevación lateral. El mismo enfermo orienta al explorador sobre la disminución o cesación del dolor.

Cuando el «dolor-señal» ha cesado, basta abandonar el estómago a sí mismo para verlo reaparecer, siendo recomendable en los casos de gran hiperestesia hacer una descomposición gradual, porque el brusco abandono puede provocar un síncope.

Las causas de error son raras: que el estómago descanse sobre la pelvis, en la mitad del embarazo, en los casos de intensa aereocolia..., en todos ellos es fácil explicar la causa de que el «dolor-señal» no se presente con claridad.—Doctor Horno.

A. ANZILOTTI (Pisa). — *Diagnóstico radiológico de la apendicitis crónica y su control quirúrgico.* — («Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia», núm. 2, 31 enero, 1931. Nápoli).

El autor, basándose en el estudio de un gran número de pacientes exami-

nados radiológicamente y operados después, sostiene la utilidad del examen Röentgen para el diagnóstico de la apendicitis crónica. Insiste sobre la importancia de los puntos dolorosos apendiculares y sobre la posibilidad de visión del apéndice, sano o lesionado, mediante previo purgante.

De todos modos, atendiendo a la estadística personal del autor, en la apendicitis es más fácil que existan condiciones que impidan su visión. Es por ello muy importante la justa valoración de los síntomas indirectos gastro-duodenales e ileo-cólicos, y poder diferenciar una apendicitis de una colitis; de aquí que sobre todo tiene gran valor el síntoma dolor claramente localizado al proceso vermiforme, y eventualmente los signos radiológicos de periapendicitis.—Doctor Horno.

TERAPÉUTICA

S. JOUAN (Buenos Aires). — *Fundamentos y conclusiones sobre aplicaciones locales de solución saturada de sulfato de magnesia.* — («La Semana Médica», número 7, 12 febrero, 1931. Buenos Aires).

Las inflamaciones locales, como las parotiditis epidémicas o parotiditis purulentas, producen gran dolor, por la distensión de los tejidos, a causa de la inflamación; se calma el dolor y desaparece, haciendo disminuir la distensión. Esto se consigue con las aplicaciones locales de solución saturada de sulfato de magnesia que continuamente estén empapadas con dicha solución, durante veinticuatro a cuarenta y ocho horas. En las orcoepididimitis con tumefacción enorme y con 41 grados de temperatura, en las cuales han fracasado todos los analgésicos, inclusive el hielo y el calor, ya sea bajo la forma de bolsa de hielo o de cataplasmas calientes, ha obtenido muy buenos resultados con las envolturas de algodón y vendaje, teniendo cuidado de empaparlas por encima, cada tres horas, con la solución saturada de sulfato de magnesia; cada tres horas y cuando se nota el vendaje seco y endurecido como si fuera yeso. No es necesario desvendar, sino por encima del vendaje se empapan las vendas y los algodones. De este modo, en veinticuatro a cuarenta y ocho horas, las orcoepididimitis ceden, disminuye la tumefacción enormemente y el dolor desaparece conjuntamente con la temperatura.

Las artritis purulentas y las artritis reumáticas disminuyen de volumen, y conjuntamente disminuye y llega hasta desaparecer el dolor con la aplicación local de solución saturada de sulfato de magnesia, previo vendaje de las mismas, con gran cantidad de algodón. Es necesario vigilar el vendaje para que esté continuamente mojado durante veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

En las picaduras de insectos, que producen dolor y tumefacción de los miembros, desaparecen totalmente—como único tratamiento—con la aplicación local de solución saturada de sulfato de magnesia.

En las mastitis, perimastitis y paramastitis, disminuye el dolor y la tumefacción con la envoltura con gran cantidad de algodón y vendaje del seno correspondiente, durante veinticuatro a cuarenta y ocho horas, teniendo cuidado de que permanentemente esté embebido en solución saturada de sulfato de magnesia.

Cuando ha habido alguna fractura o contusión de un miembro, se favorece la reabsorción de las sufusiones sanguíneas y la disminución del dolor con la aplicación permanente de un vendaje embebido en solución saturada de sulfato de magnesia.

El mecanismo de acción se explicaría por acción osmótica entre los líquidos del tejido inflamado y el vendaje empapado en solución saturada de sulfato de magnesia, y pasaría el líquido de los tejidos inflamados hacia el vendaje.

Es un procedimiento práctico, cómodo y barato, que reporta gran utilidad a los médicos de barrio y a los médicos del campo.

En las puérperas, cuando hay intensos dolores en los senos producidos por la distensión a causa de la gran cantidad de leche, desaparecen esos dolores con la aplicación de un vendaje con solución saturada de sulfato de magnesia.

Y con estos fundamentos el autor llega a las conclusiones siguientes:

1.ª Las aplicaciones locales de solución saturada de sulfato de magnesia actúan por cambios osmóticos.

2.ª El vendaje debe estar continuamente mojado, durante veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

3.ª Produce disminución enorme de la tumefacción y del dolor en las orcoepididimitis blenorrágicas y urliana.

4.ª Disminuye la tumefacción y el dolor rápidamente en las parotiditis urlianas.

5.ª Disminuye rápidamente el dolor y la tumefacción y favorece la reabsorción en las fracturas y contusiones.

6.ª Disminuye rápidamente el dolor y la tumefacción en las artritis reumáticas.

7.ª Disminuye un poco el dolor y la tumefacción en las artritis purulentas.

8.ª Disminuye instantáneamente el dolor y la tumefacción en las picaduras de insectos.

9.ª Disminuye el dolor y la turgencia de los senos, en las puérperas que tienen demasiada secreción láctea.

10.ª Es necesario en la mayoría de los casos, continuar con el tratamiento de fondo, vacunas, sueros, etc.

11.ª Es un método económico, cómodo y práctico, especialmente para los médicos de barrio y del campo.—*Auto-resumen.*

J. C. GONZALEZ PODESTÁ y R. E. TORIRSO (Buenos Aires). — *Sobre veintiún casos de envenenamiento mercurial, tratados por el hiposulfito de sodio.* — («La Semana Médica», núm. 1, 1 enero, 1931. Buenos Aires).

El estudio que los autores han practicado en el Hospital Ramos Mejía, demuestra que se nota en estos últimos tiempos un notable recrudecimiento en las intoxicaciones por el bicloruro de mercurio y que en ellos la anuria y la azotemia son dos signos de pésimo pronóstico.

No existiendo actualmente una terapéutica de verdadera eficacia contra el envenenamiento mercurial, recomiendan el empleo del hiposulfito de sodio que usado tardíamente—después de varias horas—y a grandes dosis, cura el 42 por 100 de los intoxicados.

Los autores están ahora practicando unos estudios experimentales en animales, desde el doble punto de vista de la terapéutica de urgencia antidótica y biológica.—R. CELMA.

RAYOS X RÁDIUM

A. LOREY (Hamburg). — *Los progresos radioterápicos en los trastornos de las glándulas endocrinas.* — («Spitalul», núm. 2, febrero, 1931. Bucarest).

El autor indica los resultados positivos que ha obtenido con la radio o radiumterapia en las diversas formas de bocio exoftálmico; a la vez, precisa las indicaciones según la gravedad de los casos. Si después de un tratamiento bien aplicado los resultados no son satisfactorios, lo que ocurre algunas veces, los enfermos pueden ser operados sin inconveniente alguno.

Lorey ha obtenido asimismo excelentes resultados con radio o radiumterapia en la hipertrofia del timo y en las metrorragias de la menopausia irradiando la hipófisis o el ovario; también ha logrado grandes mejorías en los trastornos hipofisarios y en los cánceres uterinos irradiando la hipófisis.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

VENTAJAS DEL EMPLEO DE RADIACIONES PENETRANTES EN RADIOGRAFIA (*)

POR EL

DR. JOSÉ GALIAY SARAÑANA

ZARAGOZA

PARA refutar un artículo del Profesor Franz, negando condiciones como ampolla radiográfica al tubo de Terapia Lilienfeld, escribí un artículo acerca de las radiaciones de onda media emitidas por dicho tubo, estimándolas muy adecuadas para la obtención de radiografías, porque las tensiones que con él podían usarse solucionaban todos los problemas de radiografía, según mis experiencias demostraban. El escrito apareció en el número de agosto de 1925 de la «Revista de Radiología», de Berlín, y aunque iba acompañado de diversas pruebas demostrativas, la modestia de la publicación impidió se reprodujeran.

Poco después, «Journal de Radiologie de París», daba cuenta en su número de octubre de algunos trabajos presentados al Congreso de Grenoble, figurando entre las notas un extracto de la comunicación de los eminentes Profesores Belot, Nadal y Talon, del Hospital Saint-Louis, de París, sobre «Empleo de los rayos penetrantes en radiografía rápida», reconociendo que con ellos se lograban imágenes muy dulces y detalladas en tiempos muy cortos, sin el empleo de hojas reforzadoras, acortándose notablemente las exposiciones cuando se servían de ellas, abreviando los tiempos mucho más que al usar rayos blandos.

Mi observación no fué casual. Surgió de la dificultad encontrada en las

(*) Comunicación presentada en las «Jornadas médicas aragonesas», de Pau.

tablas de cálculo para radiografía, que, confeccionadas por los físicos de las casas constructoras de aparatos y tubos de Rayos X, recomendaban en términos generales el empleo de radiaciones producidas por tensiones comprendidas entre cuarenta y ochenta kilovoltios, viendo en la práctica su insuficiencia para muchos casos.

Conocíamos y admirábamos las radiografías correctas obtenidas con una técnica italiana utilizando rayos blandos e intensidades muy pequeñas con exposiciones aproximadas de doscientos segundos; y la empleada en una Institución norteamericana, que para abreviar tiempo de exposición descargaba grandes intensidades, obteniendo resultados semejantes. No obstante, en nuestra opinión, ambas técnicas adolecían de defectos irremediables, porque si en una, para obtener una imagen de una región densa era precisa exposición tan enorme como la apuntada, no siempre realizable en completa inmovilidad, la otra suponía calcular siempre con toda exactitud y para cada región el tiempo de pose, advertencia fácil de errar.

Con estos antecedentes confiábamos solucionar el problema mediante el empleo de radiaciones de mayor poder de penetración, con la esperanza de hallar un modo de simplificar y mejorar las técnicas corrientes sin recurrir a los artificios de la química y de la mecánica.

Calculábamos que si una radiación blanda por su escaso poder de penetración era insuficiente para atravesar una región densa y más aún para grabar la suma de sus componentes, no era solución usar con ella intensidades grandes, porque las características de la radiación no se modificaban; y por tanto, con poca o mucha intensidad, su empleo quedaba limitado a regiones de poca o mediana densidad.

Por otra parte, veíamos cómo los mismos físicos recurrían a la mecánica de los antidifusores para obviar las dificultades propias de las radiaciones de mayor poder de penetración, llegando con este medio a obtener radiografías de partes densas, tan correctas como jamás se habían logrado; pero no tan instructivas como era de esperar, porque el procedimiento fijaba admirablemente las sombras de los tejidos más densos a expensas de borrar la mayor parte de los tejidos blandos.

En esta situación tuvimos necesidad de radiografiar la columna lumbar de un sujeto de perímetro abdominal tan exagerado que creímos imposible conseguir una imagen siquiera regular de seguir los procedimientos ordinarios. Las ampollas de radiodiagnóstico no rendían más allá de 80 kilovoltios, 45 miliamperios segundo, características insuficientes para grabar la imagen. Hubo de recurrirse al empleo de un tubo de terapia, colocando en sus bornes 100 kilovoltios efectivos y 10 miliamperios con 10 segundos de exposición, dando por resultado esta técnica una imagen bastante fiel de la región, aunque ligeramente velada por los efectos de la radiación secundaria producida por el haz

radiógeno al atravesar la parte y por la no homogeneidad del mismo haz. Se obtuvo otra radiografía modificando las características anteriores, usando esta vez 120 kilovoltios, filtro de un milímetro de aluminio, ocho miliamperios y tres segundos de exposición, sin antidifusor, consiguiendo así una proyección casi exacta tanto de los tejidos densos como de las partes blandas.

Con esta prueba quedaba en nosotros afirmada la posibilidad de usar radiaciones de corta longitud de onda en radiografía, calculando que la cuestión quedaba reducida a estudiar los efectos de estas radiaciones sobre la placa y en las hojas intensificadoras.

Para ello se hicieron varias radiografías de un codo, empleando unas veces radiaciones blandas y otras duras, con hojas reforzadoras y sin ellas. El resultado de la observación fué el siguiente: La radiación blanda usada con técnica adecuada a la región elegida, si se utilizaba con pantallas de refuerzo daba una proyección correcta y detallada, únicamente del esqueleto, esfumándose el detalle de las partes blandas; si se habían suprimido las hojas intensificadoras, aunque se aumentara la intensidad o el tiempo de exposición, la imagen del esqueleto veíase sin detalle y las sombras de los tejidos blandos en masa y sin diferenciación alguna. Las obtenidas con radiación dura sin pantallas intensificadoras daban unas imágenes detalladas en todos los elementos, pero sin grandes contrastes, con algo de velo, ocurriendo cosa semejante al usar pantallas. Para aminorar este grave inconveniente recurrimos a distanciar el foco radiógeno y más tarde a rebajar la intensidad, consiguiendo por fin una imagen para nosotros perfecta, porque junto a la estructura del esqueleto distinguíanse fácilmente todas las capas de tejidos blandos. Las pruebas se repitieron con zonas más densas y de mayor espesor, logrando resultados parecidos.

Así las cosas, supimos que el Jefe del Gabinete de Radiología del Hospital de Bilbao usaba una técnica para obtener las radiografías en cierto modo parecida a ésta. Consistía en impresionar la placa siguiendo los procedimientos corrientes—rayo blando, miliamperaje indicado y exposición conveniente—y a poco, modificaba la tensión elevando el voltaje, consiguiendo de esta manera una imagen detallada en tejidos blandos y densos. La técnica, ingeniosa, no está exenta de inconvenientes.

Las radiaciones de longitud de onda media y corta tienen como características además de su poder de penetración grande, una actuación más enérgica sobre la emulsión de las placas, produciendo, a la vez, sobre las hojas de refuerzo una fluorescencia intensa, mucho mayor que las radiaciones blandas. Estas dos particularidades bastarían por sí solas para aventajar a las radiaciones de larga longitud de onda, por las infinitas combinaciones a que se prestan; pero a ellas hay que sumar otra no menos importante: la de ser suficiente en intensidades pequeñas para obtener mejores resultados.

Una ampolla de Rayos X, sometida a frecuentes variaciones en su régimen, acaba pronto con ella, mientras que amoldada a tensiones casi siempre uniformes e intensidades de pocos miliamperios, su vida se prolonga indefinidamente; circunstancia no despreciable, tratándose de material tan costoso.

En nuestra práctica empleamos, decididamente, rayos duros para obtener toda clase de radiografías a base de unos preceptos capaces de ser retenidos por la memoria más débil. Tensiones entre 80 y 110 kilovoltios. Intensidades entre 10 y 40 miliamperios. Tiempos de exposición entre una décima de segundo hasta cinco o más segundos. Para radiografías de esqueleto de regiones que no sean pelvis, columna y cráneo, no se emplean hojas reforzadoras; si la zona a radiografiar tiene pocos tejidos blandos, el foco se coloca a cincuenta centímetros—hombro, carpo, pie de adulto—distanciándolo más cuando son de un niño.

En casos en que se requiere el auxilio de las hojas de refuerzo—sin otro fin que el de no exceder los tiempos indicados de exposición—, aumentamos la tensión para conseguir una excitación mayor en las hojas, disminuyendo, de esta manera, los efectos de la radiación secundaria sobre la placa. Salvo casos especiales, en estas radiografías no se usa antidifusor.

Las radiografías de órganos de la cavidad abdominal requieren tensiones todavía mayores, actuando en tiempos muy cortos y con distancias de más de setenta y cinco centímetros. En riñón utilizamos alrededor de cien kilovoltios con intensidades y exposiciones cortas.

Las imágenes pulmonares se logran con bastante corrección con radiación medianamente dura, miliamperaje entre 30 y 40 centímetros y distancias de foco de un metro veinticinco centímetros a un metro cincuenta.

De lo expuesto puede deducirse lo siguiente:

1.º Los rayos duros o de corta longitud de onda graban mejor las imágenes en la placa fotográfica por su gran poder fotogénico, permitiendo esta propiedad hacer exposiciones de tiempo muy cortas y hasta a grandes instantáneas con intensidades relativamente pequeñas.

2.º Las radiaciones de corta longitud de onda no llegan a fijar en la placa fotográfica los efectos de la radiación secundaria que se engendra en los tejidos, siempre y cuando su calidad esté en armonía con la densidad de la región a radiografiar y el tiempo máximo que puede actuar en ella.

3.º Las radiaciones duras útiles en radiografía, permiten, por su poder de penetración, distanciar el foco radiógeno, lográndose con ello imágenes más fieles.

Y por último, todas estas ventajas pueden aprovecharse para obtener toda clase de radiografías, bellas y fieles, sin recurrir a ningún artificio.

FÓRMULA SENCILLA PARA DETERMINAR LA UREA

POR EL

DR. ANTONINO GODED MUR

Químico del Laboratorio Municipal de Bacteriología

ZARAGOZA

Cuando en un análisis de orina, sangre, etc., queremos determinar la urea que contiene el producto a analizar, siempre recurrimos a medir la cantidad de nitrógeno (volumen) que desprende un volumen de orina o sangre en presencia de hipobromito en exceso. Para pasar estos centímetros cúbicos de nitrógeno a gramos de urea, se emplea habitualmente la tabla que va al fin de todos los manuales o libritos de análisis clínicos; mas el que se acostumbra a calcular siempre así la urea, puede hallarse un día en grave aprieto si cuando lo precisa no halla el imprescindible cuadrito de conversión.

A evitar este lamentable caso y hacer desaparecer lo que de procedimiento empírico lleva en sí el precitado cuadrito, están destinadas estas líneas.

Para desterrar el uso, y aun el abuso, de las tablas de reducción, podamos recurrir a dos métodos: uno de ellos acientífico, que tiene sobre el método del cuadro ventajas que detallaremos más adelante, y el otro científico, exacto, aunque como tal algo complejo.

El primer método consiste en sustituir el cuadrito por una fórmula. Si la tabla de reducción ha de ser fácilmente manuable, no podrá darnos más aproximación que de medio centímetro cúbico de nitrógeno y de cinco en cinco grados de temperatura, y si ha de darnos aproximaciones del orden de la décima de grado, y de la centésima de centímetro cúbico de nitrógeno, nos serían precisas más de cien páginas de tablas.

La fórmula que a continuación indicamos puede aplicarse a lecturas de volumen de nitrógeno en las que se aprecie si se quiere hasta la centésima e igualmente en la lectura de la temperatura.

La fórmula es:

$$A = n\ (1{,}281 - \frac{T}{5}\ 0{,}02)$$

en ella A es la cantidad en gramos de urea por litro (si se trabajó sobre 2 centímetros cúbicos)

n, es el número de centímetros cúbicos—o fracción de éstos—leídos.

T, es la diferencia, positiva o negativa, entre la temperatura ambiente y 15 grados.

Vamos a demostrar mediante unos ejemplos el fácil empleo de la fórmula y sus innegables ventajas sobre el método de la tabla de reducción.

Estudiaremos primero el caso en que las lecturas de centímetros cúbicos y grados caen dentro de las tablas.

El volumen leído ha sido 16,5 c. c. a la temperatura de 20 grados.

n, vale 16,5; T, valdrá 20 — 15 = 5; sustituyendo, tendremos:

$$A = 16{,}5\ (1{,}281 - \frac{5}{5}\ 0{,}02) = 20{,}8065;$$

las tablas nos daban 20,80.

Estudiemos ahora un caso para el que nos precisaría hacer al menos una interpolación para hallar el resultado.

El volumen leído es 16,38 c. c., y la temperatura es 16,5º; si hubiésemos de emplear las tablas, nos serían precisas hacer dos interpolaciones, en tanto que empleando la fórmula nos da directamente el valor deseado.

$$A = 16{,}38\ (1{,}281 - \frac{1{,}5}{5}\ .0{,}02) = 19{,}999.$$

En el caso en que la temperatura leída sea inferior a 15º, el valor de T resulta negativo, y como el factor que contiene a T lleva signo menos, deberá en este caso cambiar de signo y pasar a ser positivo. Un ejemplo aclarará la cuestión:

Sean 11,11 los centímetros cúbicos leídos y 12,12 la temperatura a que se ha verificado la lectura.

n, valdrá 11,11; T = 15 — 12,12 = 2,88.

$$A = 11{,}11\ (1{,}281 + \frac{2{,}88}{5}\ 0{,}02) = 14{,}3597,$$

en tanto que las tablas—sin hacer las dos interpolaciones necesarias—no nos decían más que se hallaba comprendido el resultado entre 14,09 y 14,57 con un error posible de muy cerca del cinco por ciento. Si hubiésemos interpolado, tras fatigoso cálculo resulta:

Si a 11,1 c. c. corresponden a 10º 14,44

Y a 11,2 c. c. corresponden a 10º ..... 14,57, para cada décima de centímetro cúbico corresponde 14,57 — 14,44 = 0,13, y como del número leído 11,11 al menor 11,1 la diferencia es 0,01, estableceremos la proporcionalidad en la siguiente forma:

x x a 0,01 corresponde x

si a 0,1 corresponde 0,13

de donde x = 00,13 que habremos de agregar a la lecctura por defecto 14,44 y será 14,44 + 0,13 = 14,453 que corresponde a 11,11 pero a 10º.

Un razonamiento tan largo como éste nos llevaría a establecer que a 11,11 a 15º correspondía 14,234.

Y ahora decimos: si una variación de 10 a 15 grados hace variar de 14,234 a 14,453, es decir, 0,219, una variación de 10 a la temperatura leída 12,12 hará variar x.

5. . . . . es. 0,219

2,12 . . . . . es. . . . . X $\quad x = 0{,}0928$

que habrá de ser restado al 14,453, da como resultado

14,3601 que tan sólo se diferencia del que hemos obtenido por las tablas en un 0,03 por 1.000.

El verdadero procedimiento a seguir sería transformar primero los centímetros cúbicos leídos en centímetros cúbicos normales, aplicando la ley de Gay-Lussac:

$$P_t\ V_t = VP\ (1 + \alpha t) \qquad V_{t'} = V\ (1 + \alpha t')$$

de las que se deduce la siguiente:

$$P_t\ V_t = \frac{P\ V_{t'}\ (1 + \alpha t)}{1 + \alpha t'}$$

de donde se deduce el valor de $V = \frac{P\ V_{t'}\ (1 + \alpha t)}{P_t\ (1 + \alpha t')}$

Una vez conocido éste, se pasaría de centímetros cúbicos de nitrógeno a gramos de urea, por la relación de pesos moleculares.

Volumen en condiciones normales es a X grs.

como 22,4 litros es . . . . . a 60 (peso molecular).

Esta cantidad estará en los centímetros cúbicos de problema tomados, y ya es sencillísimo referirlo a un litro.

DISPENSARIO OFICIAL ANTIVENEREO DE ZARAGOZA

UN CASO DE AUTOINOCULACIÓN EXTRAGENITAL POR EL CHANCRO VENÉREO (*)

POR EL

DR. EDUARDO DE GREGORIO GARCÍA-SERRANO

Médico por oposición de la Profiláxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticss

Director del Dispensario

Fuera de la región genital, el bacilo de Ducrey se localiza y produce el chancro venéreo, generalmente en regiones perigenitales, como parte superior del muslo, ano, regiones perianales y parte inferior de vientre. En otras regiones diferentes su localización es rara; el chancro venéreo es una afección, como dicen los antiguos autores, de las enfermedades venéreas la más venérea.

El chancro extragenital puede ser producido por una localización primitiva del bacilo de Ducrey o por autoinoculación de un chancro genital. Han sido publicados varios casos; los de Nicolau (1), localizados en pecho; de localización cefálica, los estudiados por Gaucher, Dujardín y Ducré (2); Ravaut y Docourtieux (3), estudian unos situados en lengua por contagio directo y uno estudiado por Milian, situado en cara mucosa de labio inferior.

En ocasiones son localizados en miembro inferior y superior, preferentemente en mano, producidos por autoinoculaciones o inoculaciones accidentales, como los publicados por Bagon (4), Milian (5), Levy-Bing y Gerbay (6) y Morini (7).

Nuestro caso clínico puede resumirse como sigue:

Ficha clínica, 1.050. L. M., de 25 años de edad; estado soltero; jornalero.

Fecha de la primera consulta, 12 de agosto de 1930.

Sin antecedentes venéreos. Desde hace ocho días, chancros venéreos múltiples,

(*) Comunicación presentada en las «Jornadas médicas aragonesas», de Pau.

(1) Nicolau.—Soc. de Dermat. de Bucarest; 3, III, 1929; pág. 71.

(2) Dujardín y Ducré. — «Ann. des Mal. Vener.»; 1921; pág. 502.

(3) Ravaut y Docourtieux. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.»; 1925; pág. 280.

(4) Bayon. — These de París; 1920.

(5) Milian. — «Ann. des Mal. Vener.»; 1918; pág. 789.

(6) Levy-Bing et Gerbay. — «Ann. des Mal. Vener.»; 1919; pág. 359.

(7) Morini. — «Giorn. Ital. de Mal. Vener. e della Pelle»; 1919; pág. 359.

de surco y cara interna de prepucio, ligera linfangitis dorsal del pene, adenopatía satélite en ingle izquierda.

Con anterioridad al contagio venéreo, nuestro enfermo se produjo en la cara posterior de la articulación de la primera y segunda falange del dedo índice de mano izquierda una herida incisa con un objeto cortante.

En el momento de nuestra observación presenta en dicha región una lesión ulcerosa, de bordes policíclicos y despegados, con fondo sucio y supurante. La ulceración presenta un aspecto infectado, de evolución crónica, sin ajustarse a un tipo clínico definido, acompañada de intenso dolor que no permite ningún movimiento voluntario. La piel circunvecina es eritematosa y ligeramente infiltrada. La articulación no presenta ninguna alteración y sus movimientos son



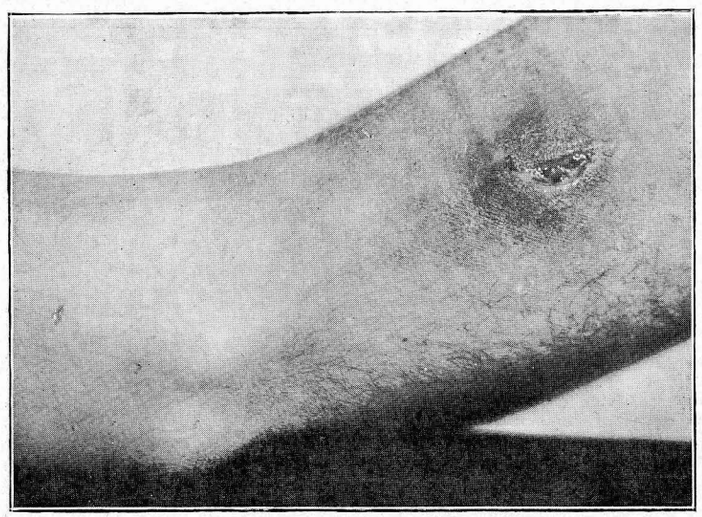
completos, aunque realizados con intenso dolor, producido por la piel al desprenderse en sus bordes.

En cara interna del brazo correspondiente, a 5 cm. aproximadamente del codo, existe una adenopatía del tamaño de un huevo de paloma, no dolorosa y ligeramente fluctuante. En este momento el enfermo abandona la consulta, y reaparece veinte días más tarde, presentando el mismo aspecto la lesión ulcerosa del dedo, y la adenopatía que fué abierta quirúrgicamente, ha supurado amplia y totalmente, y presenta un aspecto de tal naturaleza que hace pensar en una lesión infectada por un germen en actividad, tratándose para nosotros de un verdadero bubón venéreo chancrificado, lo mismo que los que acostumbramos a observar en la región inguinal. En región próxima

del mismo brazo existe una adenopatía del tamaño de una avellana, totalmente aflegniósica y rodadiza.

Este modo de pensar nos hace investigar la existencia del bacilo de Ducrey. Realizamos dos autoinoculaciones en brazo, mediante finas escarificaciones y con técnica correcta, con las que comprobamos la producción de dos chancros venéreos típicos, obtenidos con exudado procedente de la lesión ulcerosa y de la adenopatía supurada. En los chancros de inoculación existe el bacilo de Ducrey en cultivo puro, comprobado microscópicamente mediante determinadas y apropiadas tinciones.

Comprobada la naturaleza venérea de las lesiones, éstas son tratadas con débiles y repetidas cauterizaciones con una solución de sulfato de cobre, y



el día 7 de octubre es dado de alta el enfermo, previo examen serológico francamente negativo en las reacciones de Wassermann, Hecht, Meinicke y Kahn.

El 23 de diciembre reaparece en la consulta, y presenta la lesión del brazo totalmente cicatrizada con piel lisa y atrófica, pero la antigua lesión del dedo ha recidivado, en la que se comprueba existe el bacilo de Ducrey; se somete a nuevo tratamiento y cura rápidamente.

Reflexiones: Nuestro enfermo sufrió una inoculación en su herida de la mano, de unos chancros venéreos genitales; estas autoinoculaciones en piel son poco frecuentes; los chancros venéreos fuera de la zona genital son raros, lo que hace no pensemos en su existencia en gran número de ocasiones.

Nuestro caso puede catalogarse como una lesión banal por cuya puerta de entrada infectó un germen piógeno los ganglios aferentes a la lesión, pero su evolución crónica y aspecto chancrificado de la adenopatía supurada, nos hizo pensar en una infección por el bacilo de Ducrey. En este enfermo se comprueba la existencia de una adenopatía supurada, en contra de la opinión de Nicolás y Lacassagne (1), que consideran como raras las complicaciones ganglionares en los chancros venéreos extragenitales.

(1) Nicolás et Lacassagne. — «Paris Médical»; abril, 1922.

SOBRE LA NATURALEZA Y TERAPÉUTICA DE LA NEUMONÍA TÍPICA, LOBULAR O FIBRINOSA

POR EL

DR ARTURO BISCARRI DE RUBIO

PALOMAR DE ARROYOS (Teruel)

Hemos tenido ocasión de ensayar un nuevo remedio contra la neumonía en una serie de veinte casos, aunque en diferentes intervalos, que no ha fracasado en ninguno. Pero como no hay regla sin excepción ni nada infalible en este mundo, y mucho menos en nuestra espinosa profesión, hay que suponer que, reiterados esos ensayos en veinte casos más, fracase por lo menos en uno, lo que supondría aproximadamente una mortalidad del 4 al 5 por 100, cuando en realidad es actualmente, *urbi et orbe*, del 25 al 30 por 100. Excepto cuando la neumonía reviste la forma clínica denominada asténica, predominante hoy, en casi todos los países llega a veces hasta el 40 por 100. Elevadísima cifra, si bien se considera.

Habíanse fundado recientemente halagüeñas esperanzas en el nuevo suero antineumónico, pero ensayado clínicamente ha fracasado, teniendo que cesar en su elaboración casi todos los laboratorios, entre otros, la Oficina de Ciencias de Manila, por considerarlo ineficaz.

En el mismo sentido se expresan nuestros compañeros ingleses de Sierra-Leona, Costa de Oro, Nigeria y demás colonias inglesas de aquellas regiones, cuando afirman que, ensayado clínicamente por ellos el referido suero antineumónico en los individuos de raza negra, arroja en ocasiones una mortalidad hasta del 80 por 100, por lo que también lo han abandonado.

El doctor González, de la Habana, dice también: «Yo no sé a qué atribuirlo; pero lo cierto es que la neumonía típica o fibrinosa mata hoy, como antaño, el 25 ó 30 por 100 de los enfermos en todas partes.»

El doctor Williams Oscar, de Nueva York, dice también, «que la Medicina ha progresado mucho en otras ramas, pero en cuanto al tratamiento de la neumonía típica, estamos hoy como en el siglo xv.»

El doctor Alvira, de Zaragoza, dice tambien, «que la neumonía en cuestión y la bronconeumonía también, no se curan con nada, o sea, que hasta la fecha no tienen remedio alguno verdaderamente positivo o eficaz, como es lo cierto.»

Todavía hay quien trata la neumonía por la simple expectación (dieta láctea), como hasta hace poco acontecía en el Hospital general de Madrid, o

con los revulsivos, ventosas escarificadas, cataplasmas, sanguijuelas, alcohol, digital, baños fríos, etc., medios a todas luces empíricos y por lo tanto aventurados. Hasta hace poco, nada de particular tenía, dadas las absurdas teorías que sobre la naturaleza de esta enfermedad reinaban, pues en general se creía de buena fe que la neumonía típica era debida a una fluxión del pecho, a una congestión activa del pulmón o a una inflamación parenquimatosa, pero común del mismo. Bajo tal hipótesis, se sangraba y más sangraba y no se sabía otra cosa más que sangrar, hasta el extremo de provocar algunas veces el síncope, como Brussais recomendaba, y de causar algunas víctimas también. (Muerte repentina por anemia simple, a veces).

Y un sistema tan fatal era considerado en aquella época como un progreso. como un adelanto, porque en edades anteriores se trataban todos los pulmoníacos con la pura expectación (dieta rígida, láctea o no láctea, e inofensivas tisanas), sistema, en mi opinión, tan erróneo como los demás, pero más prudente, porque con él no se perjudicaba. «Primun, non nocere», que decían ellos.

Pero hoy los tiempos han cambiado, y esos absurdos sistemas de «sálvese quien pueda», hay que desterrarlos. «Distingue témpora, et concordavis jura».

Hoy se sabe positivamente que la neumonía típica (lobular o fibrinosa), es exclusivamente debida a la patógena acción del neumococo de Talamón-Fräenkel que, penetrando en los alvéolos pulmonares, la provoca o fragua y sostiene.

Infinitas son las causas predisponentes de esta afección, pero la única eficiente es esa. Es, por lo tanto, una enfermedad infecciosa, y como tal hay que tratarla. ¿Cómo? Destruyendo, «in vivo», o sea, en el propio parénquima pulmonar el mencionado neumococo y sus esporos también, lo que con la mayor facilidad se consigue en la inmensa mayoría de los casos (en el 35 por 100 hemos supuesto) con nuestro indicado procedimiento, en forma *de crisis* bastante rápida a veces, y otras, *de lisis*, más lentamente. A ser posible se deberá aplicar mi método con la debida oportunidad, o sea, en el primer período o congestivo (de infarto) de esta infección, y de no ser dable o no hallarse el diagnóstico todavía bien confirmado, en el segundo (o de hepatización roja), y que no deja ya lugar a dudas, pero sin aguardar al tercero (o de hepatización gris), en que el pulmón ya supura (pus en los alvéolos) y es ya casi imposible obtener por ningún medio la regresión del mal ni espontáneamente, o sea, por la exclusiva acción de la «Vix medicatrix», ni por degeneración mucosa, liquefacción, reabsorción, ni eliminación del exudado, aparte de que a la sazón es ya inminente la necrosis o absceso difuso del pulmón, con la consiguiente septicemia general (piohemia), que arrebata al enfermo en unas cuantas horas. (1)

(1) Algunos han supuesto que la neumonía típica era ya, desde el principio, una enfermedad septicémica; por infecciosa que sea, no lo es hasta que fatalmente entra en su tercer período y el pulmón supura.

A este propósito recordaremos una célebre frase del malogrado doctor Casas, antiguo profesor de Clínica Médica de la Universidad de Zaragoza, cuando en sus habituales y entusiastas conferencias sobre la tuberculosis pulmonar, nos decía: «el primer esputo de sangre de un tuberculoso es su sentencia de muerte». Funesto axioma que, desdichadamente, se repite hoy todos los días.

Pues bien; pequeño pigmeo de la Ciencia, de análoga manera afirmo yo «que el primer esputo purulento de un neumónico, revelador de su tercer estado, es su sentencia de muerte también». Axioma que, si Dios no lo remedia, regirá aún muchos días.

Hay que recurir, pues, antes a ser posible, o sea, en el segundo período o de hepatización roja lo más tarde, ya que no se puede luchar con el tercero, a nuestro indicado procedimiento.

Consiste éste en una maceración a más de 10º, largo tiempo, de alquitrán de hulla (residuo de la fabricación del gas del alumbrado), descompuesta por el carbonato de potasa y destilada gradualmente después, hasta obtener la separación de todos los productos que pasan entre los 150º y 170º.

Refrigerada, se acidula con ácido láctico para neutralizarla y se filtra. Se usa en forma de inyecciones hipodérmicas (jamás intramusculares y mucho menos intravenosas, contraindicadas) y que invariablemente se aplicarán en el dorso (región interescapular), derecha o izquierda, alternativamente, y en la siguiente forma:

De 0 a 4 años de edad. .	1 gramo o c. c. por inyección
De 4 a 8 años de edad. .	2 c. c. por inyección
De 8 a 12 años de edad. .	3 c. c. por inyección
De 12 a 16 años de edad. .	4 c. c. por inyección
De 16 a 20 años de edad. .	5 c. c. por inyección

Dosis máximas ya, aplicables a las demás edades y que por ningún concepto se alterarán jamás. Las inyecciones podrán aplicarse con una jeringuilla hipodérmica Lieberg o Luer, de 5 c. c. de capacidad, que se adaptará a todas las edades. Respecto al número de inyecciones aplicables en cada caso, será invariablemente de dos al día, una por la mañana y otra por la tarde, mientras la enfermedad esté en todo su vigor, y cuando esté vencida y la temperatura sea inferior a 38º, se suprimirá una, la de la tarde, y cuando el pulso, la respiración y la temperatura sean normales, señal evidente de que el enfermo ha entrado ya en convalecencia, se suprimirán todas, en cuyo caso se someterá éste al régimen higiénico y dietético adecuado para aquélla, sin permitirle levantarse, salir de paseo, ni dedicarse a sus ocupaciones habituales hasta que se halle en las debidas condiciones para ello, en previsión de una recaída. Cuando en cualquier período del mal se observen en el neumónico síntomas de astenia cardio-vascular, adinamia general, etc. (neumonía asténica), se reforzará la actividad del miocardio con pociones alcohólicas de Todd o Gubler, para tomar a cucharadas, alternando con nuestras inyecciones y algún sorbo de caldo de pollo o ternera de vez en cuando, o de café con leche bien azucarado, lo que prefiera el enfermo. Se respetará, a ser posible, el sueño de éste, si es normal, como excelente reparador de fuerzas y restaurador orgánico también, especialmente del sistema nervioso.

Cuando para asistir a un neumónico se nos requiere al principio del mal, no estando aún bien confirmado, se le tratará provisionalmente con los recursos terapéuticos habituales, pero cuando el diagnóstico esté ya bien confirmado y entre la neumonía en el segundo período de evolución (hepatización roja), con su macicez absoluta, esputos herrumbrosos, estertores crepitantes, etc., se suspenderá todo y se recurrirá exclusivamente a nuestro indicado procedimiento.

Como en el siguiente caso clínico de neumonía típica doble, por mí observado en Monterde (Zaragoza), en una muchacha de quince años, llamada Joaquina Gimeno.

En su primer estadio (de infarto), la traté con los recursos terapéuticos tradicionales, pero en el segundo (o de hepatización roja), que venía evolucionando moderadamente, la observé una tarde (21 agosto de 1918) con síntomas tan alarmantes, que su temperatura era de 41º, su inspiración, 50 por minuto, y sus pulsaciones tan aceleradas que el pulso era materialmente incontable; su tos continua, y su expectoración tan violenta, que de sencillamente herrumbrosa se había transformado en puramente sanguinolenta. Presentaba, además, delirio intenso, con ausencia del yo; cara rubicunda; rosetas en ambas mejillas y una gran astenia cardio-vascular, con adinamia general.

Ante tal cuadro sintomatológico, lo suspendí todo, y recurrí exclusivamente a mi indicado procedimiento, con exclusión absoluta de todos los demás, dándole en seguida, aquella misma tarde, la primera inyección de mi preparado.

Día siguiente, 22 Agosto: Sus pulsaciones, perfectamente regulares y contables ya, eran 36 al minuto; sus inspiraciones, 35, y su temperatura 38,5º. Al mismo tiempo, habían remitido todos los demás síntomas y su delirio desaparecido también (me conoció ya).

Nueva inyección en esta misma mañana (segunda).

Tarde del mismo día: Temperatura, 39º; pulsaciones, 86; inspiraciones, 32. Sin novedad en los demás síntomas.

Nueva inyección en esta misma tarde (tercera).

Día siguiente, 23 (mañana): Inopinadamente, hallo la enferma tan mejorada y tranquila, que su pulso, respiración y temperatura eran en absoluto normales, y su expectoración escasa y mucosa ya, por lo que la conceptúo convaleciente, pero dada la rapidez y lo inesperado de la crisis, aun le repetí aquella misma

mañana otra inyección (cuarta), en previsión de lo que pudiera acontecer, pero la convalecencia se hizo firme y no hubo necesidad de reiterarla.

Hay en cambio casos menos virulentos, que persisten más y requieren, por lo tanto, más tiempo para yugularse y mayor número de inyecciones también. Como, v. gr., los dos siguientes, tratados muy recientemente por mí, en agosto último.

Recayeron, el primero, en María Gargallo, de treinta años de edad, casada, de Crivillén; y el segundo, en Joaquina Gargallo, del mismo punto, ambas hermanas. Aunque de curso normal, o sea, sin complicaciones, sus neumonías fueron algo virulentas, rebeldes y dobles, ya desde el principio, y acompañadas de una elevada temperatura y expectoración herrumbrosa también (segundo estadio), pero sin pasar al tercero, necesitando la primera para su curación unas seis inyecciones, y la segunda, de seis a siete también. (Promedio habitual en todos).

En Monterde (Zaragoza) también, y época anteriormente citada, tuve ocasión de tratar otra neumonía típica doble en un joven de unos veinte años, soltero, y llamado N. Melguizo. En su primer estadio lo traté provisionalmente con los recursos tradicionales, pero como la enfermedad progresase y entrase ya con suma violencia en el segundo período (o de hepatización roja), sus familiares se alarmaron, y sin darme lugar a rectificar el plan, me propusieron inmediatamente una junta con mi compañero de Nuévalos, señor Gil.

Concurrió dicho señor, y aunque en principio estuvimos perfectamente de acuerdo con todos los antecedentes, me propuso dicho señor un nuevo plan, consistente en una aplicación de dos docenas de ventosas en la espalda y una poción de antimonio diaforético al interior, para tomar a cucharadas.

Pero como a las veinticuatro horas, en lugar de remitir la infección se agravase por el contrario considerablemente, los familiares se alarmaron de nuevo y me confiaron entonces el enfermo exclusivamente a mí.

No habiendo tampoco dado resultado positivo alguno el plan trazado por mi compañero, lo suspendí por ineficaz, y adopté exclusivamente el mío, dándole aquel mismo día la primera inyección de mi preparado.

Hallábase a la sazón el enfermo con 42º de temperatura, 120 pulsaciones por minuto y 42 inspiraciones; pómulos rojos; excitación cerebral traducida por algo de delirio; tos frecuente; expectoración herrumbrosa muy intensa; con síntomas de astenia cardio-vascular y adinamia general.

Aunque en pleno segundo estadio, su estado era, como se ve, muy grave y próximo a pasar al tercero (hepatización gris).

Día siguiente (por la mañana): Temperatura, 39º; pulsaciones, 90; inspiraciones, 36. El delirio, la tos y la disnea, también habían remitido algo.

Nueva inyección (segunda). Tarde: Temperatura, 38,5º; pulsaciones, 86; inspiraciones, 32. *Nueva inyección* (tercera).

Día siguiente (mañana): Temperatura, 38º; pulsaciones, 80; inspiraciones, 28. Expectoración muy escasa y casi normal ya.

Nueva inyección (cuarta). Tarde: Continúa el alivio.

Nueva inyección (quinta). Al día siguiente aparece el enfermo con pulso, respiración y temperatura normales, y expectoración escasa y mucosa ya, por lo que lo conceptué convaleciente.

Y como la convalecencia se hizo firme, no hubo necesidad de reiterarle ninguna inyección más.

En Ateca (Zaragoza), también tuve ocasión de tratar en aquella misma época, en unión del titular de allí, señor Sáinz de Medrano, otro caso de neumonía doble en una señora casada y relativamente joven, llamada N. Acero, vecina de dicho pueblo. Llevaba ya la enferma, a mi llegada, varios días en cama y se hallaba ya en el segundo estado (hepatización roja), pero muy virulento. Su temperatura era de 41º; sus inspiraciones, 36 al minuto, y sus pulsaciones, 120. Además, tos frecuente y muy intensa; considerable disnea; rosetas en ambas mejillas, y expectoración muy herrumbrosa. Intensas puntas de costado; macicez absoluta en casi toda la región torácica y estertores crepitantes. Su estado era muy grave.

Vista la importancia del caso e ineficacia de los medios anteriormente empleados, de común acuerdo determinamos suspenderlo todo y adoptar exclusivamente mi procedimiento, dándole ya aquella misma noche (doce de la misma), la primera inyección de mi preparado.

Como en la madrugada siguiente, a primera hora, tuviera en cumplimiento de mi deber que ausentarme, el mismo señor Sáinz se encargó de continuar la asistencia y repetir cuantas inyecciones fuesen necesarias, a cuyo efecto le dejé la suficiente cantidad de mi preparado, como así hizo.

A los pocos días tuve noticias de que, aunque lentamente, dada la gravedad del caso, se había resuelto éste favorablemente, y se hallaba ya la enferma en pleno período de convalecencia. (Sin novedad después).

Para no molestar más la atención de mis queridos lectores con la repetición de casos análogos, y haber relatado ya los más salientes, nos abstenemos de citar más casos clínicos.

Aunque en algún caso lento, atípico o complicado se muestre, al parecer, refractario mi tratamiento, no hay que desmayar por eso, recordando aquel sabio principio de «Omnia secundum rationem faciendi, et non secundum rationem evenientibus, non ad aliud transeundum, manente es, quod ab initio, visum est». (Aforismo de Hipócrates, núm. 52, secc. 2.ª).

Máxime en una infección de tratamiento desconocido hasta la fecha.

En lo relativo a su pronóstico, hay quien opina que la neumonía en cuestión es tanto más grave cuanto más extensa es la zona pulmonar infiltrada.

Naturalmente; cuanto mayor es ésta, menos campo respiratorio queda libre para que pueda verificarse normalmente la hematosis; de manera que si la neumonía lobular es muy extensa, el peligro de asfixia es inminente. Afortunadamente siempre queda alguna zona libre o incompletamente obstruída por el exudado fibrinoso para que pueda verificarse la función respiratoria indispensable para la vida.

Existen también casos de neumonía leve o abortiva, que se resuelven espontáneamente o con la simple expectación en el primer período; en cambio, hay otros, afortunadamente muy raros, de neumonía fulminante y contra los que no cabe recurso alguno oportuno, que matan irremisiblemente al enfermo en unas cuantas horas, y en el primer período también. Yo he presenciado algunos.

Más peligrosa que en el individuo sano y robusto de antemano, es siempre la neumonía en sujetos de tórax estrecho o deformado, o en los afectados de bronquitis crónica, asma bronquial, enfisema pulmonar, enfermedades cardíacas o renales, diabetes, o que sufren alguna otra enfermedad concomitante (por disminución de resistencia tal vez). Hay quien supone también que un solo microbicida puede destruir todas las bacterias. Podrá ser esto una realidad «in vitro» si el microbicida es suficientemente activo como, v. gr., el sublimado corrosivo al 4 por 1.000, ó el ácido fénico puro y cristalizado al 4 por 100. Pero «in vivo», en el interior de nuestro organismo, en la intimidad de nuestros tejidos, es y será siempre una utopía porque, o se intoxicarían o se destruirían.

Hay que tenerlo siempre muy presente, porque a diario se leen casos en la Prensa de numerosos ensayos terapéuticos y de vacunas también preventivas o profilácticas, seguidos de defunción.

Existen también ciertas reacciones químicas que, «in vitro», en un tubo de ensayo en la fría retorta de un laboratorio, se producen fácilmente y, en cambio, «in vivo», en el interior de nuestro organismo, en la intimidad de nuestros tejidos, no pueden producirse. Como, v. gr., la transformación en nuestro aparato digestivo del Cl Hg, en Cl^2 Hg, aun en presencia del H Cl del jugo gástrico y del Cl Na de nuestros alimentos y tejidos, especialmente de la sangre, que lo contiene nada menos que en la proporción del 4 por 1.000, y en ciertas discracis a mayor concentración aún.

Y es que la Clínica es una cosa y el Laboratorio otra, no pasando jamás éste de mero auxiliar de aquélla.

No obstante, aunados sus esfuerzos, contribuyen ambos al progreso de la Ciencia. Pero aisladas las Ciencias auxiliares nó, porque es otra su misión. A mi juicio, tanto han contribuído al progreso de la Ciencia médica Lavoisier, Liebig, Berzelius, Wurtz, Engel, Pasteur y otros *que no eran médicos*, como Galeno, Hipócrates, Avicena, Sydenham, Jaccoud, Niimeyer, Bouchard, Liebermeister, Roger, etc. *que lo eran*. Sin el descubrimiento del neumococo de Talamón-Fraenkel, se ignoraría todavía la verdadera naturaleza de la neumonía típica y se vendría, como es natural, tratando como una inflamación común.

Mientras que hoy, aunque nuestras referidas observaciones clínicas sobre la enfermedad en cuestión carezcan al parecer de importancia, no obstante, algo suponen, pues hay un axioma de Claudio Bernard, que dice: «Un experimento repetido con las mismas condiciones, da siempre el mismo resultado». Queda, pues, el campo abierto a nuevas investigaciones. Partiendo del erróneo principio de que un solo microbicida puede destruir todas las bacterias, ha habido quien, a su manera, ha pensado también que un solo microbicida o bactericida puede asimismo combatir todas las infecciones.

Error crasísimo, que la experiencia nos desmentirá todos los días.

Y como la misma indica, es evidente que, «toda enfermedad infecciosa requiere para su curación un tratamiento especial, *ad hoc*, para cada una de ellas y sin ese requisito no se combatirá.

Salvo caso de algún otro sucedáneo que posea las mismas propiedades y que, por lo tanto, pueda sustituirle, lo que puede ocurrir en algún caso.

Pero entretanto, la regla general es la referida.

De manera, que con el microbicida con que, v. gr., combatimos eficazmente, salvo raras excepciones y sin perjuicio alguno para nuestro organismo, por ejemplo, el estreptococo de Jehleisen (agente patógeno de la erisipela), no combatiremos la bacteridia de Davaine, ni con lo que destruiremos ésta, el bacilo de Löffler (difteria), ni con lo que se destruye éste, el de Eberth, ni el de Yersín, ni con el de éstos, nuestro neumococo. Y así sucesivamente.

Antes de terminar, nos permitiremos indicar a nuestros queridos compañeros, que en la aplicación de mi método tengan singular cuidado en evitar posibles errores de diagnóstico, pues he visto algunos que, guiados tan sólo por los signos físicos de la palpación, percusión y auscultación, prescindiendo de todos los demás, han confundido lastimosamente una congestión activa del pulmón, y hasta pasiva a veces, con una neumonía típica, error crasísimo, que trae consigo aparejados otro de pronóstico y otro de tratamiento, en desdoro nuestro y sobre todo en perjuicio del enfermo, que es lo más sensible. Convendrá pues, a ser posible, evitar tales errores.

A este propósito recordaremos un signo, por demás sabido, pero muy sensencillo y verdaderamente patognomónico de la neumonía en cuestión, que casi por sí solo basta para caracterizarla. Y es que todos los neumónicos genuinos presentan rosetas en las mejillas (pómulos rojos). En la del lado afecto, si es unilateral, y en ambas si es doble. Semejante signo es común también a la tuberculosis y no aparece en ninguna otra enfermedad. Pero con la tuberculosis en general es imposible confundir una neumonía típica, a mediano

criterio que se tenga. Imposible también confundir la neumonía en cuestión con una bronconeumonía, enfermedad común, que no es más que una bronquitis generalizada, o sea propagada a los bronquios finos y alvéolos pulmonares, de signos análogos por un lado como, v. gr., esplenización, disnea, tos, exagerada hipertermia (40º a veces), y distintos por otro, submacicez, estertores subcrepitantes, soplo tubárico, broncofonía, desaparición del murmullo vesicular y, sobre todo, expectoración más o menos fluída y abundante, pero siempre mucosa, mientras que en la neumonía es, como se sabe, fibrinosa, y en el segundo período más o menos herrumbrosa además. Al final, purulenta en ambas. No importa que en las enfermedades comunes del aparato respiratorio, bronquitis, laringitis y bronconeumonías catarrales aparezcan a veces en los esputos estrías sanguinolentas, pues esto es generalmente debido a la rotura de algunos capilares de sus mucosas por los esfuerzos de la tos, considerable disnea.

La ausencia de rosetas en las mejillas, así como del neumococo en los esputos, nos permitirán fácilmente diagnosticar dichas afecciones sin confundirlas con la neumonía en cuestión; las que por lo demás, requieren diferente tratamiento (común, como es natural), pero del que no nos podemos ocupar ahora. Cualquier congestión activa del pulmón (fluxión del pecho) medianamente intensa, puede confundirse con el primer período de la pulmonía, porque de marcha más activa por lo regular la congestión, podría tener entretanto un funesto desenlace.

Existen además otras neumonías, denominadas secundarias, como, v. gr., las consecutivas a la difteria, tifus, peste y tuberculosis general también que nada de particular tienen, pues por lo regular no son más que localizaciones pulmonares de estas infecciones y provocadas por sus mismos agentes patógenos, requiriendo el mismo tratamiento.

Existen también otras neumonías denominadas gripales, en mi opinión de la misma naturaleza que las típicas, o sea, debidas a la exclusiva acción del neumococo de Talamón-Fraenkel, y que por lo tanto requieren el mismo tratamiento. Una tercera parte de los casos clínicos de neumonía típica o fibrinosa, citados en mi anterior relación, fueron debidos a la anterior epidemia gripal de 1918, y como los demás de la serie tratados y resueltos favorablemente con mi indicado procedimiento; *igual en todos*. Y como «natura morborum curationes ostendunt», es de suponer que todos eran de la misma naturaleza, o sea, *neumocócicos genuinos*.

La gripe, de patogenia desconocida hasta la fecha, obraría en tal caso como causa predisponente *(no eficiente)*, ya que por la astenia general y laxitud de todos los tejidos y órganos que pronto determina, es la puerta de entrada de varias infecciones.

Existen además otras neumonías, denominadas traumáticas que, como su nombre indica, son debidas a lesiones o contusiones torácicas, por lo que ninguna relación tienen tampoco con la neumonía genuina o fibrinosa en cuestión, objeto del presente escrito.

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

La amigdalectomía total, por **G. Portmann y J. Lapouge** (núm. 20 de las Monographies Oto-Rhino-Laryngologiques). Un volumen en 8.°, de 238 páginas con varias figuras.

Les Presses Universitaires de France.—París. 1931.

El problema quirúrgico de la amígdala, planteado ya por Celso, no está resuelto todavía, y aunque realmente se ha dado en estos últimos años un paso de gigante, dista mucho de reinar un perfecto acuerdo entre los cirujanos, tanto sobre lo que respecta a las indicaciones como en cuanto concierne a la técnica operatoria.

El ilustre profesor de Burdeos, que ha sido uno de los laringólogos que más atención han concedido al asunto, y desde luego uno de los primeros en preconizar la exéresis completa del órgano por disección, ha escrito con el doctor Lapouge, de Niza, una bella monografía que es una verdadera *puesta a punto* de la cuestión. Empiezan exponiendo unas cuantas nociones de la embriología quirúrgica y patológica; tratan en seguida de las indicaciones que dividen en locales y generales, de las contraindicaciones (asimismo desde el punto de vista local y general) y pasan a ocuparse de las diferentes técnicas empleadas en la actualidad en el niño y el adulto, exponiendo con todo detalle las técnicas de Vacher, Sluder (de la que dicen «es excelente desde todos los puntos de vista»), y de Potmann, las que sobre ser minuciosamente descritas van acompañadas de interesantes figuras muy instructivas. Terminan su interesante y documentada obrita, escrita en un estilo claro, elegante y conciso, con un extenso capítulo dedicado a las complicaciones postoperatorias, especialmente la hemorragia y su manera de combatirla.

Siendo, como es, la amigdalectomía una cuestión de actualidad, la bella monografía de Portmann y Lapouge viene a llenar en la bibliografía del especialista y del médico práctico una verdadera laguna por su alto valor científico y práctico.—J. Duerto.

L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques.—II. **La clinique des endocrines — Les malformations corporelles,** par **A.-C. Guillaume.**—1 volume in-16 de 420 pages, 36 francs.

Editor: *Gastón Doin.*—París. 1930.

El primer volumen de esta obra, aparecido hace algunos meses, era un

«Estudio endocrino en la fisiopatología clínica», es decir, un estudio del papel desempeñado por las endocrinas en la ejecución normal de las grandes funciones y la génesis de las alteraciones que resultan en clínica de su desarreglo. Este volumen constituye, pues, la introducción necesaria a todo estudio formal de la endocrinología clínica, siendo así inseparable de los siguientes.

El segundo volumen es la primera parte de los dos volúmenes consagrados a la clínica de los estados endocrinos; contiene una serie de precisos estudios, originales en su concepción y exposición, de los problemas endocrinos, refiriéndose a las modificaciones de forma parcial o total del ser; es decir, aquellos estados denominados bocio, infantilismo, gigantismo, enanismo, obesidad, para citar solamente algunos de los problemas clínicos estudiados en este volumen.

La lectura de esta obra es fácil, atrayente, lo cual resulta importante en una obra de endocrinología, ya que constituye una rama que requiere por parte del médico un mayor carácter de abstracción. Siempre mirados desde el punto de vista clínico y agrupados de la manera como se presentan al médico, los diferentes aspectos de los estados morbosos estudiados en este volumen forman una serie homogénea de cuestiones actuales, cuyo marcado carácter práctico no excluye el carácter altamente científico.

En el volumen precedente, el autor mostraba la necesidad de individualizar, como una ciencia aparte, una endocrinología clínica independiente de la fisiológica, de la cual aquélla sería hermana y no hija; en este segundo volumen el autor demuestra la sólida realidad de esta endocrinología clínica.—A.

L'exploration de l'estomac et du duodénum, par **R. Morichau-Beauchant.** Professeur de Clinique Médicale á l'Ecole de Médecine de Poitiers. – 1 vol. in-16 de 200 pages avec 42 figures dans le texte.—18 fr.

Editor: *Gaston Doin & C.ie*—París. 1930.

Este libro, escrito para los prácticos, indica la marcha que es preciso seguir para el examen de un enfermo con una afección de estómago o duodeno.

Muestra cómo con sólo los recursos de la clínica puede ya el médico adquirir nociones suficientemente precisas para establecer el diagnóstico o al menos orientarlo. Se exponen claramente los resultados obtenidos por el sondaje y estudio de los líquidos gástricos.

El examen radiológico ocupa en esta obrita un lugar importante. Los médicos, cada vez más numerosos, que practican este examen en sus enfermos, encontrarán aquí los últimos datos que pueden proporcionar los Rayos X. Para los demás no será tampoco inútil; con su ayuda podrán confrontar los datos clínicos

que posean con las enseñanzas radiológicas y establecer un diagnóstico, que en definitiva, debe quedar a su cargo.

Después de haber estudiado aisladamente los síntomas, el autor, muestra en una última parte, cómo se agrupan para permitir el diagnóstico de las principales enfermedades del estómago y del duodeno.—A.

Diccionario hispano-alemán de términos de Medicina, por el **Dr. Gunther Wolf.** Berlín. (Un vol. de 200 páginas. (12 × 16) encuadernado en tela.

Editor: *Franz Deuticke.* Leipzig. 1931.

En los momentos actuales, en que merced al desenvolvimiento extraordinario de la prensa médica, ésta no se limita a los trabajos nacionales, sino que tiende a lograr una verdadera unión de toda la bibliografía universal, estableciéndose así un intercambio científico formidable, son cada vez más útiles los libros como éste, que permiten a todos, pero principalmente a aquellos que no tienen un dominio suficiente de un idoma tan distinto al nuestro, encontrar los vocablos necesarios para la traducción y obtener así el verdadero sentido de lo que se nos ofrece.

El presente librito, primorosamente presentado, con la sobriedad y buen gusto que caracteriza a las ediciones alemanas, contiene unos cinco mil términos cuidadosamente escogidos entre las expresiones técnicas y las usuales de otras ciencias que tienen relación con la Medicina.

La obra aparece dividida en dos partes: la primera es la que corresponde a español-alemán, la segunda a alemán-español, siendo la redacción sencilla y correcta. Esta obrita, fácilmente manejable, constituye pues, un precioso auxiliar indispensable en el despacho de todo médico.—R. Horno Liria.

Cirugía elemental del Médico práctico, por **J. Maisonnet,** Médico mayor de primera clase, Profesor de Val de Gráce.—Primera edición española, traducida de la primera edición francesa.—Un tomo en cuarto mayor, de 1020 páginas, ilustrado con 725 grabados intercalados en el texto. Precio: Rústica, 50 ptas. Tela, 55 ptas. Pasta, 56 pesetas.

Editor: *Salvat Editores, S. A.*—Barcelona. 1931.

Nuestros lectores tienen ya conocimiento de esta obra, pues de ella publicamos una impresión al aparecer la edición francesa. Cuanto allí dijimos, podríamos hoy repetirlo con mayor motivo, puesto que el libro se nos presenta en nuestro idioma, primorosamente traducido y editado.

La obra de Maisonnet, viene a prestar un excelente servicio no sólo a los cirujanos, sino a sus colaboradores, enfermeros, estudiantes, y médicos en

general, ya que en ella se describe con el preciso detalle cuanto a la práctica médico quirúrgica corriente afecta. El tratamiento de urgencia de un herido, la preparación de los elementos necesarios, las intervenciones que la práctica diaria reclama, etc., son estudiados claramente, sucintamente, en forma realmente magistral, pues a veces es más difícil exponer bien las materias más conocidas o más triviales.

En siete partes se divide el libro: en la primera se describe el herido, el enfermo, la habitación, los cuidados que reclama, etc.; en la segunda se describe la operación en general y con todo detalle la esterilización, anestesia, preparativos, sala de operaciones, etc.; en la tercera se describen los elementos de curación, vendajes, etc.; la cuarta parte ocúpase solamente de las fracturas, medios de transporte de estos lesionados, reducción, aparatos de contención, etcétera; la quinta parte estudia todo lo referente a los procesos articulares; en la sexta se describen los procesos y elementos quirúrgicos de ginecología y vías urinarias; y en la última queda mencionada la cirugía de los órganos de los sentidos y la estomatología.

En resumen, cuanto un médico general puede verse en trance de atender está descrito con esmero y avalado con excelentes figuras.

El libro es útil, es práctico, está bien escrito y llena una verdadera necesidad. Por ello tendrá la difusión que merece y mucho más traducido en nuestro idioma.

Repetimos hoy, al autor nuestra felicitación por su labor, y a los editores por su acierto al presentar este libro.—Doctor Horno.

Las aplicaciones prácticas del laboratorio a la clínica. Principios. Técnicas. Interpretación de los resultados, por el doctor **E. Agasse-Lafont.**—Tercera edición española. Un tomo en 4.° (25 × 17'5) de 893 páginas, ilustradas con 396 figuras en negro y colores y 4 láminas en colores fuera de texto. Rústica, 45 pesetas; Tela, 50.

Editor: *Bailly-Bailliere, S. A.*—Madrid. 1931.

Acabamos de recibir la nueva edición de la obra del doctor Agasse Lafont, obra de grandísima utilidad, para el médico, para el farmacéutico y para los estudiantes de ambas disciplinas.

En ella se expone con gran claridad y sencillez, cuáles son las investigaciones prácticas que han de ejecutarse para que el estudio de los casos patológicos sea completo, y cuáles los métodos a seguir en la determinación e interpretación de los análisis. Se ocupa también de la instalación del pequeño laboratorio.

Escrito en estilo sobrio y conciso, no omite, sin embargo, nada de lo

necesario para asegurar la buena ejecución de las técnicas. El libro es, pues, verdadera guía del práctico más que del investigador puro, y dado el minucioso trabajo de ampliación de que ha sido objeto, esta edición puede considerarse como verdadera obra nueva, a la altura de los progresos más recientes. Está ilustrada con numerosas figuras, primorosamente hechas, que facilitan su lectura y compresión.

La impresión y presentación de esta tercera edición «Las Aplicaciones Prácticas del Laboratorio a la Clínica», del doctor Agasse-Lafont, supera a todas las anteriores.—A.

La cuestión sexual, por el **Prof. Augusto Forel,** Antiguo Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Zurich.—Versión española de **Ramón M. Abella,** Ex-alumno de Psiquiatría de la Universidad de Lausana. Tercera edición española corregida y aumentada. Contiene además unas notas abolicionistas del **Dr. César Juarros.**—Un tomo en 4.° (25 × 17 $^1/_2$) de 603 páginas, con grabados y dos láminas en colores fuera de texto. Rústica, 15 pesetas, Tela, 18.

Editor: *Bailly-Bailliére, S. A.*—Madrid. 1931.

El ilustre profesor Forel, de la Universidad de Zurich, es uno de los primeros que plantearon con seriedad los problemas sexuales ante el mundo, llamando sobre ellos la atención de los hombres de ciencia. Su libro «La Cuestión Sexual», los estudia con el máximo detenimiento en sus aspectos etnológico, patológico, social, etc., y no contento con ello busca soluciónes prácticas, de las que muchas han sido ya aceptadas y otras están en vías de realización, aunque naturalmente no faltan algunas que todavía están en plena discusión, que dan origen a formidables polémicas y a una copiosa bibliografía en defensa de los criterios encontrados, causa principal de la difusión de estos importantes problemas hasta llegar a interesar a la masa general.

Los médicos, por su profesión, no pueden permanecer al margen de este movimiento, no sólo porque todos los días desfilan ante ellos enfermos sexuales, sino también porque la experiencia que su misma profesión les proporciona, es lo que mejor puede contribuir a la más acertada solución de los difíciles y complejos problemas, muchos al parecer irresolubles de la sexualidad. Y no hay duda que el libro que mejor puede orientar a los médicos en sus trabajos es este de Forel, que llega hasta la raíz y origen del problema, y en él podrán estudiarle íntegramente, sin mixtificaciones ni deformaciones, con la limpieza y corrección debidas, sin escabrosidades, pero con criterio amplio y libre de todo prejuicio.

La tercera edición de «La Cuestión Sexual», de Forel, que es la que estamos comentando y que ha salido hace pocos días, viene avalorada con unas notas muy oportunas y atinadas de nuestro insigne doctor Juarros, que nos han producido una gratísima impresión, como no podía menos de esperarse de apóstol tan entusiasta del abolicionismo.

La presentación tipográfica de la obra, magnífica; buen papel y clarísima impresión.—A.

Diagnóstico y tratamiento de la blenorragia en el hombre y la mujer, por el **Dr. Julio Janet.** Primera edición. Un volumen de 538 páginas (16'50 × 25 centímetros) con 143 grabados en el texto.

Editor: *Salvat Editores, S. A.*—Barcelona. 1931.

Nadie desconoce ya en el momento actual el peligro que una blenorragia lleva en sí tanto para el hombre como para la mujer. Pero a pesar de ello, por incultura de las gentes, por errores científicos divulgados, por el mal servicio que de los conocimientos se hace, es el caso que en la clínica vemos a diario hasta qué grado llegan los perjuicios que la blenorragia ocasiona.

Y es que los casos de la clínica no pueden estereotiparse, como dice Janet, en dos o tres modelos. Es preciso tener conciencia y consecuencia con las ideas; pero para ello es necesario primero adquirir estas ideas científicamente.

El gonococo en su invasión crea desórdenes anatómicos, tanto mayores cuanto mayor haya sido el tiempo y el abandono en que se le ha dejado. Todo el arte pues del trtamiento consistirá en desembarazar al enfermo de sus gonococos en el menor tiempo posible, reduciendo así al mínimun las probabilidades de accidentes consecutivos.

Y para ello lo primero es hacer un buen diagnóstico; después tratar en forma conveniente.

A ello tiende el libro de Janet; a enseñar científicamente el proceso, sus variantes, sus consecuencias; a lograr un exacto diagnóstico, deshaciendo errores y prejuicios; a poder sentar un adecuado tratamiento. La enorme experiencia personal de Janet, su altura científica, lo logran acertadamente.

No hay un solo punto de etiología, síntomas, complicaciones, peligros, terapéutica, etc., que no esté bien estudiado y sabiamente expuesto. No hay un detalle omitido, incluso lo que actualmente está aún en estudio. Nosotros tenemos la certeza de que si el libro de Janet se divulgase cuanto merece, haríase con ello una gran obra de profilaxis social.

Hay un capítulo entre todos de gran trascendencia: Blenorragia y Matrimonio. Los que tenemos el dolor de ver diariamente el crecido número de inválidas que la blenorragia proporciona y los sufrimientos que además acompañan a estas pobres mujeres, no podemos resistir al deseo de que tal capítulo llegue

a conocimiento de todos los médicos; evitaríase con ello que la vida fuese tan ingrata para aquellas desdichadas.

Y no éste, todos los capítulos, el libro entero, encierra enseñanzas preciosas, pues el autor vertió en él todo el fruto de sus estudios, de su experiencia y de su talento.

La casa Salvat, lo ha traducido y editado con exquisito esmero.—Doctor Horno.

Tratado de Histología, par el **Prof. Giuseppe Levi,** De la Universidad de Turín. Versión española por el **Prof. E. Fernández Galiano,** catedrático de la Universidad de Barcelona. – Un volumen de 960 páginas (17 × 25 centímetros) y 640 ilustraciones, la mayoría de ellas en color.

Editorial: *Labor, S. A.*—Barcelona. 1931.

La histología moderna no se limita al conocimiento de la estructura de la materia viva, sino que trata de buscar su origen, su razón de ser y sus modificaciones funcionales. Aunque relacionada íntimamente con otras ramas de la ciencia, tiene su cuerpo de doctrina propio e independiente, base de la patología general actual.

Levi, es uno de los maestros de mayor relieve de la ciencia italiana y con su dominio de la materia, ha escrito una obra realmente magistral.

Separándose un poco del criterio clásico en estos libros dedicados a la enseñanza, en los que se tiende a clasificar las materias como entidades independientes, siguiendo el criterio del gran biólogo Galeotti, el autor no se limita en el libro al estudio de las estructuras celulares y tisulares, sino que busca además su origen y su valor funcional.

Italia es un país en el que los estudios histológicos alcanzaron gran contenido científico aportado por sus propios maestros, Golgi, Galeotti, Bizzorero, etc., y Levi en su libro condensa de modo armónico y brillante toda la labor, haciendo una crítica y personal exposición, que la hace asequible fácilmente.

El libro abarca tres partes: una, destinada a exponer los caracteres de la materia organizada y sus métodos de investigación; otra, extensa y admirable, dedicada al estudio de la célula en todos sus aspectos; y la tercera, en la que se describen los tejidos.

Aparte el contenido, que científicamente no está superado en ningún otro libro de esta clase, llama poderosamente la atención el número y la belleza de las figurs, tan indispensable en la materia; en pocas ocasiones podremos decir con más justicia que está profusa y bellamente ilustrado.

Lleva, como apéndice el libro de Levi, una completa indicación bibliográfica, de considerable interés.

La Editorial Labor, cuya exquisita selección en sus publicaciones corre parejas con la belleza en su publicación, da en esta obra prueba elocuente de todo su valer. La traducción es correcta y esmeradísima.

Tenemos en España libros de Histología de verdadero mérito puestos en manos de los escolares; ello es innegable. Pero en el momento actual, la obra de Levi tiene por necesidad que ocupar el primer lugar; es completa, está *al día,* se halla escrita con un criterio científico admirable y además abarca todas las materias que a la moderna histología pertenecen. Estudiantes, médicos, patólogos, harán bien en servirse de ella.—Doctor Horno.

Universidad de Barcelona - Facultad de Medicina - Instituto de Fisiología (sostenido por la Diputación Provincial) - III - Trabajos publicados durante el bienio 1929-1930.—Un volumen de 352 páginas (16'50 × 24 centímetros) con grabados.

Editor: *Casa Provincial de Carldad.*—Barcelona. 1931.

En este volumen, el Instituto de Fisiología de Barcelona, da una prueba más de labor científica intensa y meritoria. Vienen en él recopilados todos los trabajos en él realizados y publicados por su personal médico.

En primer lugar aparecen los de su Director el doctor Augusto Pi Suñer, los del Subdirector D. J. M. Bellido, y tras ellos los de sus colaboradores, Puche, Carrasco Formiguera, Collazo, Doménech, Cervera, Pi Suñer Bayo, Raventós, etc.

No podemos analizar el contenido del volumen por la diversidad de sus materias. Pero sí hemos de hacer constar que el conjunto constituye una brillante contribución a la ciencia patria, que honra al Instituto y a su profesorado.—Doctor Horno.

Universidad de Barcelona - Facultad de Medicina Clínica Médica e Instituto Anatomo-Patológico del doctor Ferrer y Cagigal.—Trabajos publicados por el personal adscrito a los mismos durante el trienio Junio 1927 - Junio 1930. - Volumen II - Un tomo de 590 páginas (17 × 24 centímetros) con grabados.

Editor: *Tip. Occitania.*—Barcelona. 1930.

De emulación debiera servir este volumen, recopilación de los trabajos publicados por el personal que, bajo la Dirección del doctor Ferrer y Cagigal asiste a su Clínica Médica e Instituto Anatomo-patológico. Más de sesenta trabajos originales de observación o investigación con las firmas de

Ferrer-Cagigal, Cuatrecasas, Perpiñá, Callís, Rodríguez Arias, Subirats, Cortés, etcétera, son prueba elocuente de que la labor allí realizada es exuberante y de valor.

El ejemplo de Ferrer-Cagigal, Pi y Suñer, etc., debiera servir de estímulo a los demás centros de enseñanza, pues sólo así se crea escuela y sólo así se hace ciencia.—Doctor Horno.

El diagnóstico radiológico con sustancias opacas en obstetricia y ginecología. Tesis doctoral, por **don Angel Lafuente Hernández.**—Folleto de 96 páginas (17 × 24 centímetros) con 66 radiografías.

Editor: *Universidad.*—Zaragoza. 1931.

La memoria presentada para el grado de doctor por el autor, es un estudio completo de la materia, avalorado con un crecido número de personales observaciones que dan al trabajo gran valor. De él se deduce que el método constituye un auxiliar valiosísimo para el diagnóstico preciso de las ginecopatías dudosas.—Doctor Horno.

El cuadro hemático y su valor en la clínica (con inclusión de las enfermedades tropicales). Compendio técnico, teórico y práctico del examen microscópico de la sangre, por el **Prof. Dr. Víctor Schilling,** Jefe de la 1.ª Clínica Universitaria del Hospital de la Charité de Berlín. Traducción de la 8.ª edición alemana, por el **Dr. don Ignacio Bofill.**—Un volumen de 364 páginas (16'50 × 22 centímetros) con 44 grabados, 300 hemogramas y 4 láminas en color, encuadernado en tela.

Editor: *Editorial Labor, S. A.* – Barcelona. 1931.

Ocho ediciones en diez y seis años es una prueba elocuente de éxito. El autor inició su libro dedicando preferente atención a las enfermedades tropicales y poco a poco fué generalizándolo a todos los campos de la Medicina, pues en el momento actual el cuadro hemático debe ya ser un método de uso corriente para todos los médicos.

En el libro de Schilling se ha suprimido todo lo superfluo, simplificando los métodos de modo notable. En el libro, el cuadro hemático adquiere todo su valor sintomático, diagnóstico y pronóstico, ante la enfermedad; y no como un valor, un dato aislado, sino como una lógica consecuencia de la cadena biológica; es dato más importante que la temperatura, pulso, análisis de orina, etc.

El trabajo de Schilling abarca cuatro partes: una dedicada a la técnica hematológica; otra, que estudia la teoría del origen de los cuadros hemáticos; la tercera en la que se dan las reglas fundamentales para la sintomatología, diagnóstico y pronóstico del cuadro hemático en clínica; y la última en la que se deducen las prácticas aplicaciones deducidas del hemograma. Al final lleva dos índices, uno por enfermedades y otro por materias, cuyo interés se comprende fácilmente.

El libro es de interés para todos y está redactado a la vista de los últimos progresos y de las más variadas necesidades; como al comienzo indicábamos, está expuesto con la mayor sencillez, que es en suma la mayor facilidad para la aplicación de sus conocimientos. Se comprende así la importancia que encierra.

Es una prueba más del acierto de la «Editorial Labor» en la selección de su admirable biblioteca médica.—Doctor Horno.

Diccionario manual de análisis clínicos, por los **Dres. Karl Klos,** de Amsterdam y **Leo Halm,** de Teplitz-Schoman. Traducción por el **Dr. Lloret Barber** (De la segunda edición alemana corregida y ampliada). — Un volumen en 8.° de 276 páginas y 18 ilustraciones, encuadernado en tela y rotulaciones de oro. Precio: 11 ptas.

Editor: *Manuel Marín.* – Barcelona. 1931.

De tiempo atrás conocemos la perspicacia de don Manuel Marín, editor de la ciudad condal, para elegir entre la baraunda de libros extranjeros aquellos que deben ser traducidos a nuestro idioma.

No desmerece el brillante historial de la casa Marín con la publicación de este libro donde, por orden alfabético, se hallan claramente expuestos los diversos procederes analíticos que a diario se presentan en el laboratorio y aun en la clínica.

Aun cuando no esté en consonancia con su título, debemos decir, en honor a la verdad, que el libro que nos ocupa no es un verdadero diccionario de términos técnicos, sino más bien un manual de técnica en el que las diversas cuestiones se exponen siguiendo un índice; pero es una obra sustancial y de detalle.

No queremos desarrollar las materias contenidas en este tomito; mas tampoco resistimos el deseo de mencionar aquellas que a nuestro juicio, además de estar perfectamente tratadas, constituyen una novedad en obras de este género. Y así nos han llamado poderosamente la atención, la determinación cuantitativa de la acetona, según Messinger-Huppert; la dosificación de albúminas, por procederes colorimétricos (el de Claudius, especialmente). La investigación de bacterias en las heces; la de fermentos en jugo gástrico y duodenal, etc.

Al final lleva una serie de indicaciones de constantes, muy útiles, en todo momento en la práctica de laboratorio.—Dr. Antonio Gota.

Los tumores del cerebro. Su sintomatología, diagnóstico y tratamiento operatorio. Estudio fundado en observaciones propias, por el **Prof. L. Punsepp,** Director de la Clínica de Enfermedades Nerviosas de la Universidad de Eartu-Dorpat.—Primera edición española traducida por el **Dr. Emilio Mira,** Médico numerario del servicio de Psiquiatria del Excmo. Ayuntamiento de Barcelona.—Un volumen de 662 páginas (16'50 × 24 centímetros) con 221 figuras intercaladas en el texto.

Editor: *Salvat Editores, S. A.*—Barcelona. 1931.

La neurología actual ha entrado en una fase eminentemente quirúrgica. El autor, cirujano y neurólogo eminente, ha formado su libro con las enseñanzas deducidas de 500 casos personalmente observados, de los cuales operó 435. Y con este bagaje por base hace un estudio primoroso del diagnóstico, sintomatología y tratamiento operatorio de los tumores encefálicos, agrupados por regiones.

Como iniciación del libro expone primero la técnica operatoria; describe tras ellos los llamados pseudo-tumores y se ocupa finalmente de los verdaderos tumores encefálicos en sus diversas localizaciones.

Pero todo ello desde un punto de vista personalísimo, que hace su labor sumamente interesante e instructiva, ya que cuanto expone es resultado de la personal observación. Lleva el libro además grabados muy instructivos.

Para los neurólogos, para los cirujanos, para los clínicos en general, el libro de Punsepp contiene gran número de enseñanzas valiosas, con todo el valor que la copiosa experiencia del autor puede representar. El libro está traducido correctísimamente por el doctor Mira, uno de los neurólogos españoles de mayor prestigio.

Autor, traductor y editor merecen sinceros plácemes por su labor.—Doctor Horno.



Prof. JEAN LOUIS FAURE
PARIS

FIGURAS MÉDICAS
CLÍNICA Y LABORATORIO

HISTOPATOLOGIA

C. FUNCK (Varsovia). — *Una nueva concepción de la anemia.* — («Bruxelles Médical»; número especial, dedicado a las «Journées Médicales de 1930». Bruselas).

El autor, en colaboración con su ayudante Lejwa, ensayó el provocar la anemia experimental en la rata, variando el contenido de la dieta en sus ingredientes principales; estos ensayos no fueron coronados por el éxito, registrándose por el contrario en todos los casos estudiados una anemia fisiológica en los animales en crecimiento rápido. Anemia que curó espontáneamente con la edad al disminuir el crecimiento.

En general, el número de glóbulos rojos en la sangre disminuye cuando el peso aumenta, ocurriendo lo contrario cuando el animal pierde de peso. Las sales de cobre o su combinación con el hierro, no poseen una acción aparente si no se considera el fenómeno más que desde el punto de vista de la formación fisiológica de los glóbulos rojos.

Además de la anemia de crecimiento, se puede provocar un descenso notable de los glóbulos rojos por ingestión o inyección de levaduras o de extractos de hígado. Los resultados de un fraccionamiento químico de estas dos materias primas indica la posibilidad de existencia en nuestra alimentación, de dos sustancias activas que obran en sentido opuesto, la una aumentando el tanto por ciento de glóbulos rojos y la otra disminuyéndolo rápidamente. Una separación de estos dos principios tal vez nos diera la explicación de la causa de la anemia y el tratamiento más racional de estos estados enfermizos.— R. Horno Liria.

I. COSTERO (Madrid). — *El tonoplasma de los endotelios en la placenta de los roedores.* — («Bol. de la Soc. Españ. de Histo. Nat.», 31, 21-28; 1931. Madrid).

Este notable trabajo de Costero, demuestra que las células endoteliales de la placenta de los roedores, poseen un armazón fibrilar tonoplástico semejante al descrito por Río-Hortega y Jiménez Asúa en los endotelios de diversas regiones del organismo. Los caracteres particulares de estas formaciones filamentosas son los siguientes:

a) Curso regularmente sinuoso de sus hilillos fundamentales, que se orientan en una dirección rectilínea invariable.

b) Falta absoluta de entrecruzamientos, anastomosis y divisiones en los filamentos del tonoplasma, y

c) Sencillez y uniformidad morfológicas del armazón por ellos formado.

No puede observarse en los hilos fundamentales alteraciones que pueden afirmar la existencia de puentes comunicantes, ni es posible discernir los límites celulares por la morfología del tonoplasma. Los tonoplasmas de las células endoteliales placentarias de los roedores, no reaccionan a los estímulos que provocan toda clase de proliferaciones hipertróficas e hiperplásicas en las formaciones filamentosas de los protoplasmas de las células deciduales (deciduofibrillas).—R. HORNO LIRIA.

A. R. DARRIBA (Madrid). — *Contribución al estudio del ganguleterakis spumosa.* («Med. de los Países Cálidos»; 3, 6, págs. 481-513; 1930. Madrid).

Estudio minucioso de la estructura del *Ganguleterakis spumosa,* nematodo parásito del intestino del *Mus decumanus (Epimys norvegicus).* Se encuentran en general dos o tres ejemplares en cada animal, aunque en un caso aparecieron 45 hembras y 22 machos. Se trata de un parásito cosmopolita; el macho mide 5,7-8,4 mm. de longitud y la hembra 8,5-13,1 mm.—I. COSTERO.

J. SANZ ASTOLFI (Madrid). — *Formas vacuoladas sanguícolas (Formas seudoflageladas de Taladriz).* — («Med. de los Países Cálidos»; 3, 6, 514-519; 1930. Madrid).

Descripción de un Flagelado al que el autor da el nombre de «Formas vacuoladas Sanguicolas», encontrado en la sangre periférica de enfermos febriles tenidos por palúdicos. En las pruebas realizadas con el fin de determinar el origen y desarrollo de los parásitos, se llega a la conclusión de que se alojan en el bazo, de donde pueden ser arrojados a la sangre circulante merced a la adrenalina.—I. COSTERO.

L. NAJERA (Madrid). — *La punción de la cisterna cerebelo-medular y su importancia en la tripanosomiasis humana.* — («Med. de los Países Cálidos»; 3, 6, 520-526; 1930. Madrid).

En la Hipnosería de Santa Isabel (isla de Fernando Póo), el autor ha practicado la punción cisternal, siguiendo la técnica de Wegeforth y Essich,

en un gran número de tripanosomiásicos, sin tener ninguna complicación. La economía de tiempo y la simplicidad de la técnica hace preferible este método a la punción lumbar. Se ha empleado también aquel método con finalidad terapéutica en ciertos casos de encefalitis, introduciendo el medicamento por esta vía, con buen éxito.—I. COSTERO.

E. COELHO, H. CARVALHO y J. ROCHETA (Lisboa). — *El estado físico-químico de la sangre en las enfermedades renales y en la hipertensión arterial.* — («Lisboa Méd.»; 7, 8, 482-525; 1930. Lisboa).

Tanto en las afecciones renales como en la hipertensión arterial, observan los autores alteraciones intensas en los electrolitos y en las proteínas sanguíneas, cuyas alteraciones varían según se trate de procesos degenerativos, inflamatorios o esclerósicos. De todas las determinaciones efectuadas, las que proporcionan más datos para la diferenciación de las lesiones renales, fueron la comparación del índice de refracción con la conductibilidad; la viscosidad con la conductibilidad, y la conductibilidad con la cloremia. El Cl no desempeña un papel principal en la patogenia de la hipertensión arterial, sino que intervienen también otros electrolitos en este proceso. La comparación del índice de refracción con la viscosidad determina si hay grandes modificaciones (cualitativas y cuantitativas) en las proteínas.—I. COSTERO.

E. P. LASNIER (Madrid). — *Estudio histo-patológico de las colecistitis.* — («Bol. de la Soc. de Anat. Patol.»; 1, 7-82; 1930. Madrid).

En este trabajo se comienza la descripción del cuadro histológico de las alteraciones patológicas de la vesícula biliar. Se estudia primero la estructura normal del órgano y después las alteraciones anatómicas de los diversos tipos de colecistitis.—I. COSTERO.

A. BORGES DE SOUSA (Lisboa). — *Sobre los foto-receptores lenticulados y el mecanismo de la acomodación.* — («Lisboa Méd.»; 7, 9, 549-575; 1930. Lisboa).

El autor ha observado el estado de las fibras de la zónula durante el reposo y durante el esfuerzo de acomodación normal y en el provocado por instilación de fisostigmina. Se ha servido para ello de un enfermo portador de un largo coloboma congénito del iris, sin otras anomalías oculares. Las fibras de la zónula están rectas y tensas durante el reposo, y curvas y flotantes durante la contracción del músculo ciliar. El cristalino sufre un des-

plazamiento en el sentido del efecto de la contracción. Las pequeñas opacidades fisiológicas, situadas en la cápsula y en el núcleo del cristalino, muestran un claro temblor muy fácil de apreciar cuando se imprimen ligeras sacudidas al ojo o la cabeza del enfermo. Al mismo tiempo los procesos ciliares se hacen visibles, lo que no sucede cuando el ojo está en reposo de acomodación.—I. COSTERO.

C. M. DOMINGUEZ (Madrid). — *Actinomicosis renal.* — («Bol. de la Soc. de Anat. Patol.»; 1, 83-87; 1930. Madrid).

La actinomicosis producida por el *Actinomices bovis* es muy frecuente en Uruguay; excepcionalmente traspasa la cavidad bucal. El contagio al hombre es muy raro. Existe una inmunización parasitaria actinomicósica. Se describe un caso de actinomicosis renal.—I. COSTERO.

P. DE PENA y C. M. DOMINGUEZ (Madrid). — *Pólipos y cáncer del yeyuno en el niño.* — («Bol. de la Soc. de Anat. Patol.»; 1, 88-99; 1930. Madrid).

Descripción de un caso de carcinoma intestinal en un niño de cinco años, que determinó oclusión con íleus.—I. COSTERO.

C. M. DOMINGUEZ (Madrid). — *Estudio radiológico de los decalcificadores.* — («Bol. de la Soc. de Anat. Patol.»; 1, 175-177; 1930. Madrid).

El autor emplea la radiografía para el estudio de la acción de los decalcificadores empleados en técnica histológica. El decalcificador más rápido es el ácido nítrico, y el más lento el tricloroacético. La decalcificación no siempre empieza por la superficie de la pieza, sino que a veces se inicia por puntos centrales.—I. COSTERO.

J. M. ORTIZ PICON (Madrid). — *Variaciones de la Relación Núcleo-Plásmica en las células cancerosas durante el reposo y al comenzar la división.* — («Arch. Españ. de Oncología»; 1, 453-460; 1930. Madrid).

No existe ninguna R. N. P. específica para las células cancerosas, pero puede afirmarse que, en general, la R. N. P. se halla aumentada ligeramente en las células de crecimiento maligno, en comparación con el valor de esta relación en las células adultas normales. La R. N. P. de las células cancerosas es

semejante a la de las células embrionarias y a la de los elementos germinales del epidermis, pero estas últimas difieren de los elementos neoplásicos por su menor volumen. Los valores mínimos de R. N. P. corresponden a las células diferenciadas y los valores máximos a las células más desdiferenciadas o de tipo embrionario. La R. N. P. de las células en profase es más elevada que la de las células en reposo, por lo cual hay que admitir que la R. N. P. debe tener una gran importancia en los fenómenos de división celular. La R. N. P. en las células cancerosas está estrechamente relacionada con el grado de diferenciación de las células y con la energía y rapidez de crecimiento del tumor.—I. COSTERO.

J. GOYANES y P. DEL RIO-HORTEGA (Madrid). — *Sobre la ósteodistrofia fibrosa (enfermedad de Recklinghausen), con referencia a la forma seudo-neoplásica.* — («Arch. Españ. de Oncología», 1, 383-452; 1930. Madrid).

Se estudian muy cuidadosamente cuatro casos de ósteodistrofia fibrosa, especialmente interesantes, para deducir conclusiones sobre la etio-patogenia de esta enfermedad. La reacción de la médula ósea es acompañante y simultánea de la alteración primaria del tejido óseo. La causa de esta alteración, del tipo de la halistéresis, debe ser una perturbación metabólica de las sales de calcio, producida por influencia hormonal. En los casos locales, la alteración medular sería primitiva, y la alteración del tejido óseo, secundaria. La enfermedad parece afectar al sistema óseo total, es decir, a todos sus componentes (médula, periostio, tejido óseo). En algunos casos la alteración, visible por el examen radiográfico, comienza en la capa profunda del periostio de la diáfisis o de la metafisis.

La transformación fibrosa de la médula, aunque característica del proceso, no constituye la totalidad patológica del mismo, sino una de las principales alteraciones regionales. La ósteodistrofia fibrosa no es un síndrome producido mecánicamente, sino más bien un proceso de sustitución patológica o degenerativo-reparatoria, que no es reversible y carece de tendencia a la curación. La médula degenera en tejido fibroso; el hueso desaparece en sus sistemas laminares y es sustituído por la trama conectiva. El periostio se engruesa enormemente; las trabéculas óseas pierden la cal de los bordes al centro y son progresivamente arruinadas y reemplazadas por tejido fibroso. Las sales calcáreas se difunden en el tejido de alrededor de las trabéculas decalcificadas y originan procesos infiltrativos de calicosis. Las hemorragias parecen secundarias y consecutivas a la fragilidad de los vasos de la médula ósea. La evolución de las lesiones es muy lenta. El pronóstico en las formas locales es leve y el tratamiento debe ser el quirúrgico.

La imagen histopatológica de la ósteodistrofia fibrosa es muy variable, pero nunca falta ni la decalcificación y reabsorción de la sustancia fundamental, ni la transformación fibrosa de la médula. Los ósteoclastos no eran muy abundantes en los casos estudiados, mientras que los ósteoblastos eran más numerosos, pero ambas estirpes celulares no conservaban a la observación histológica sus propiedades características. El engrosamiento de la capa periostal estaba constituído principalmente por la gran hiperplasia de las células conjuntivas y haces colágenos. Era posible ver asociado al proceso ósteodistrófico otro proceso inflamatorio de los tejidos periostales, que se presentaban entonces muy engrosados, mostrando todos los caracteres de una flegmasía subaguda o crónica que sirve de base a fenómenos metaplásicos del conectivo o, quizá, de los ósteoblastos. Durante esta metaplasia llegaron a verse focos de cartílago fibroso en los que ulteriormente acontecen depósitos de cal que pueden darles aspecto ostenoide.

Estos depósitos de cal, granulosos y en forma de esferas brillantes, dependen verosímilmente de la sobrecarga local de sales procedentes de la redisolución de las sustancias cálcicas del hueso, perturbado metabólicamente.—I. COSTERO.

F. P. DUEÑO (Madrid). — *Contribución al estudio de la enfermedad de Ollier. Un caso con tumores fibromatosos.* — («Arch. Españ. de Oncología»; 1, 461-475; 1930. Madrid).

Se trata de un caso de enfermedad de Ollier, cuyas principales particularidades consisten en la unilateralidad evidente de las lesiones, la escasez de tumores cartilaginosos y la abundancia de tumoraciones fibrosos. Las proliferaciones fibrosas son consideradas por el autor como Dissoziations-tumoren; nacen éstos en los sitios donde el crecimiento es más rápido, apareciendo sobre todo en la adolescencia. La falta de material nutritivo adecuado hace que la diferenciación del tejido no tenga lugar y persista la estructura fibrosa inicial.—I. COSTERO.

P. DEL RIO-HORTEGA (Madrid). — *Para el mejor conocimiento histológico de los meningoexoteliomas.* — («Arch. Españ. de Oncología»; 1, 477-570; 1930. Madrid).

En este trabajo el autor aborda los seis problemas siguientes:

1) *Concepto histológico de endotelio.* — Para Río-Hortega la palabra *endotelio* debe limitarse a los revestimientos celulares internos del sistema vascular y de las serosas. Ninguna otra asociación laminar de células debe

llevar esa denominación; las que corresponden a la periferia de los vasos serían *peritelios* y las que revisten por fuera la aracnoides o forman láminas externas a los nervios, *exotelios*. Tales nombres efectúan una disociación, muy necesaria, de tres formaciones anatómicas semejantes, y con analogías fisiológicas, pero con peculiaridades que justifican su separación.

2) *Concepto de endotelioma.* — La conducta histopatológica de los endotelios, peritelios y exotelios es diferente, y los blastomas que originan poseen caracteres propios e inconfundibles. Los conceptos de endotelioma, peritelioma y exotelioma tienen firme apoyo en la respectiva procedencia histológica y en su peculiar arquitectura.

3) *Histogénesis de la leptomeninge.* — En el desarrollo de la pía-aracnoides no participan elementos emigrados del neuroepitelio ni entran elementos neuróglicos en la constitución de las membranas leptomeníngeas. Las hipótesis de los meningoblastos neuroectodérmicos no es admitida por Río-Hortega, quien considera de carácter mesodérmico a los elementos meníngeos.

4) *Origen de los meningiomas.* — Los tumores derivados de las meninges no son nunca gliomatosos, sino que tienen siempre naturaleza mesodérmica.

5) *Caracteres citológicos fundamentales de los meningiomas.* — Río-Hortega estudia minuciosamente los principales caracteres morfológicos y texturales de los tumores leptomeníngeos, cuyos caracteres principales van reproducidos en el trabajo en forma de ilustraciones microfotográficas muy abundantes. Las principales particularidades descritas estriban en que los elementos propios del exotelio aracnoídeo forman una capa continua, que en algunos sitios se espesa difusamente y en otros se concentra en nódulos, visibles también en las granulaciones de Pacchioni. En los meningoexoteliomas subsisten a menudo las disposiciones en trama continua, segmentada en cordones o descompuesta en láminas, conservándose en muchos casos la tendencia a formar sistemas nodulares. El desarrollo paralelo de vasos y la invasión por tejido conjuntivo contribuyen, con las variaciones anteriores, al polimorfismo extraordinario de los exoteliomas. En la constitución de la variedad fascicular, propia de los exoteliomas radicados en torno de los nervios intracraneales, participan las estructuras propias de la aracnoides y del perineuro.

6) *Tipos histológicos.* — Los principales descritos son: a) *nodular,* caracterizado por la tendencia de los elementos neoplásicos a formar sistemas concéntricos; su evolución natural parece ser hacia el psammoma; b) *laminar,* definido por la tendencia a formarse laminillas íntimamente asociadas y dispuestas a modo de estratificaciones; c) *difuso,* en el que falta toda sistematización; d) *funicular,* cuando las células se agrupan en cordones; e) *vasculoso,* en los tipos ricos en redes vasculares; f) *angiomatoso,* si los vasos predominan

tanto que constituyen el detalle más saliente del tumor, y g) *fasciculado*, cuyos caracteres coinciden con los del neurinoma.—I. COSTERO.

J. DIE (Madrid). — *Sobre un caso de carcinoma sarcomatodes del estómago.* — («Arch. Españ. de Oncología»; 1, 571-579; 1930. Madrid).

Acentúa el autor la importancia del estudio detenido de esta clase de tumores, ya que su diagnóstico preciso no puede casi nunca hacerse clínicamente y la diferenciación histológica puede ser en ocasiones difícil y expuesta a errores.—I. COSTERO.

N. A. PODKAMINSKY (Berlín). — *Sobre el problema del origen del enfisema.* («Virchows Archiv.», vol. 276, pág. 279, 1930. Berlín).

Todas las teorías para explicar el origen del enfisema no han podido aclarar hasta ahora tan importante cuestión. Fundado en nuevas investigaciones, anteriormente publicadas por Podkaminsky, en las cuales hace un estudio comparativo entre la estructura del epiplón y la de la pleura visceral, emite la opinión, que las alteraciones morbosas primarias que originan el enfisema, asientan en la hoja visceral de la pleura, hipótesis que pone de acuerdo la anatomía patológica de aquella afección con los síntomas clínicos que la caracterizan.—I. COSTERO.

CIRUGÍA GENERAL

R. ALESSANDRI (Roma). — *Sobre la indicación y técnica de la resección gástrica por cáncer y por úlceras.* — («Bruxelles-Médical», núm. 25; 19 de abril, 1931. Bruselas).

El autor, basándose en su larga experiencia, expresa aquí sus ideas sobre la indicación y técnica de las resecciones gástricas, por estas lesiones tan frecuentes. Para el cáncer no hay discusión sobre la indicación en la resección que debe ser lo más grande posible, siempre que el caso se juzgue operable. En cuanto a la técnica, se debe levantar el epiplón, seccionar el duodeno, y lo más alto posible, la porción del cardias, sobre todo en la pequeña curvatura; extirpar con todo cuidado los ganglios, especialmente los retro y subpilóricos y los de la curvatura menor; para la unión gastro-intestinal, el autor prefiere la cerradura del duodeno y la unión de un asa yeyunal a la porción gástrica.

Para la úlcera, la indicación es mucho más discutida, y los cirujanos no están de completo acuerdo; pero hoy día, se tiende cada vez más, a preferir la resección a la gastroenterostomía, a causa de la posibilidad de transformación de la úlcera en cáncer, de los resultados inconstantes de la gastroenterostomía y de la frecuencia del ulcus péptico yeyunal post-operatorio consecutivo a la gastroenterostomía.

Para la técnica deben hacerse resecciones amplias, sin exageración, no inquietándose por los ganglios ni por el epiplon, y con el fin de evitar la producción de una úlcera péptica post-operatoria, preferir la unión directa gastro-duodenal (Billroth I). Para el autor, el mejor método es la técnica de von Haberer, que consiste, en unir la sección lateral duodenal a la parte inferior de la sección gástrica, técnica que ha modificado haciendo la anastómosis de la pared lateral de la segunda porción del duodeno, a la pared posterior del muñón gástrico, o sea, una unión gastro-duodenal lateral.—R. HORNO LIRIA.

G. LEQUERICA (La Habana). — *Riñón en herradura.* — («Anales de Cirugía de La Habana), núms. 1-2, febrero, 1931. La Habana).

Esta anomalía, que es una de las variedades de sínfisis renal, aunque no muy frecuente, suele presentarse aproximadamente una vez cada cien operaciones renales; de aquí que su estudio merezca atención por cuantos a la cirugía urinaria se dediquen.

En este trabajo, el autor, presenta un caso de litiasis de la pelvis derecha en un riñón en herradura, cuyo diagnóstico preoperatorio se estableció por medio de la radiografía, la pielografía cistoscópica y la urografía por vía intravenosa, y en el cual practicó una pielotomía anterior por una incisión lumbo-abdominal.

Pasa después al estudio de la literatura existente sobre esta cuestión, haciendo consideraciones en lo que se refiere a su frecuencia (un caso por ochocientos individuos), aunque en las operaciones renales se encuentre el 1 por 100; al problema de su diagnóstico, hoy día fácil por medio de la urografía por vía cistoscópica y la intravenosa por medio del uroselectán; a su morfología, relaciones y nociones embriológicas. En lo que se refiere a los síntomas, el riñón en herradura no afecto de ninguna lesión, permanece en general ignorado, siendo solamente un hallazgo de autopsia; pero en otros casos, aun permaneciendo sano, puede determinar manifestaciones de compresión sobre los grandes vasos o plexos nerviosos de la región, que dan lugar al síndrome doloroso de Rovsing, o dolores epigástricos con irradiación a las regiones lumbares y que se exacerban al verificar determinados movimientos,

como alzar los brazos. Cuando está enfermo su sintomatología, es la de la afección renal que existe en cada caso.

Lo que conviene resaltar desde el punto de vista quirúrgico, es: que el riñón es fijo y no puede exteriorizarse por la incisión lumbar usual; que la pelvis es anterior, y que las arterias renales son generalmente múltiples y de trayecto anómalo. Todo lo cual implica una modificación en la técnica operatoria y así mejor que la incisión lumbar usual se practicará la incisión lumboabdominal de Eiséndrath o la de Péan; la pielotomía deberá hacerse por vía anterior y se tendrá un cuidado extraordinario con los vasos anómalos.—R. HORNO LIRIA.

M. AGRIFOGLIO (Génova). — *Investigaciones experimentales sobre la dilatación difusa del esófago.* — («Archivio Italiano di Chirurgia», vol. XXVIII, fasc. IV. 1931. Bolonia).

El autor, después de haber conseguido la enervación del cardias respetando los troncos principales del vago, estudia las alteraciones funcionales y orgánicas sobrevenidas en el esófago, tanto desde el punto de vista radiológico como histo-patológico. Ha comprobado también que en el inmediato período post-operatorio, estas alteraciones consisten en la ectasia y en la evidente atonía del esófago, mientras que el tono del cardias se conserva perfectamente.

Sucesivamente en un grupo más numeroso de experiencias permanece, aunque en menor grado, la ectasia esofágica; reapareciendo el peristaltismo, aunque sin embargo disminuído y poco profundo. Se mantiene normal el tono del cardias, que sólo se abre cuando la columna de bario ha alcanzado una cierta altura en el canal esofágico.

Un segundo grupo, menos numeroso, presenta el cuadro radiológico de la atonía esofágica que se extiende además al trazo del cardias.

Desde el punto de vista histológico se revela por parte de la pared esofágica un leve espesamiento de la musculatura a la vez que del conducto submucoso. A veces aparece la mucosa como un estrato sutil y uniforme.

El cardias es siempre normal, salvo en un caso en que se pudieron evidenciar lesiones ulcerosas.—R. HORNO LIRIA.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS. — (Resumen de las comunicaciones presentadas en la sesión del 6 de marzo de 1931). — («Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris», tomo XXVI, núm. 5. París).

La cirugía del sinus frontal por la vía endonasal. — M. Dufourmentel, hace un informe sobre un trabajo de M. Henri-Fischer (de Burdeos), en el cual

está estudiada con todo detalle la anatomía del canal fronto-nasal para poner de relieve los peligros del cateterismo y del ensanchamiento de éste. En efecto, no se puede practicar ninguna maniobra por esta vía sin un conocimiento exacto de su topografía. El autor presenta igualmente un instrumental personal apropiado.

Oclusión del intestino delgado después de una gastro-enterostomía posterior. — M. Hautefort, ha observado este caso raro, en un hombre de cincuenta y siete años. Cuatro semanas después de una gastro-enterostomía por úlcera del duodeno, apareció un síndrome de oclusión del intestino delgado. Al practicar la operación, el autor encontró una gran porción del intestino delgado (2,60 m. aproximadamente) que se había introducido entre la anastomosis y el ángulo de Treitz. Muerte, once días después.

Artritis crónica de la rodilla con ósteofitis. — Inmovilización de la rótula. Ablación de la rótula. Curación con integridad de los movimientos. M. H. Blanc, plantea la cuestión, a propósito de esta observación, del tratamiento quirúrgico de las manifestaciones reumáticas. Con frecuencia sería conveniente una operación sencilla que permitiría la vuelta a la vida normal.

M. R. Massart, ha intervenido ya varias veces con éxito por artritis reumáticas de la rodilla; cree necesario esperar los resultados ulteriores de estas intervenciones antes de poder dar una opinión.

La vía sub-rotuliana en la cirugía de la rodilla. — M. Raphaël Massart, describe esta vía utilizada por Putti (de Bologne), y muestra las ventajas que ofrece cuando se quiere conservar la movilidad articular. Gracias a este procedimiento el autor ha podido obtener excelentes resultados en enfermos que presentaban lesiones meniscales y ligamentosas. Además, permite la exploración articular perfecta y también la reconstitución articular, indispensable si se quiere movilizar precozmente a los operados y obtener un buen resultado funcional.

Sujeción con tornillos de una fractura del olécranon bajo anestesia local. — M. Dupuy de Frenelle, ha utilizado, en una mujer, una doble sujeción con tornillos, por una fractura de gran separación. Los tornillos utilizados tienen seis centímetros de largo y están implantados en el olécranon y en la pilastra ósea formada por el borde superior del cúbito. Resultado anatómico y funcional, excelente.

M. Andre Tréves, prefiere la sujeción rodeando la fractura con tendón de reno.

M. Judet, utiliza también el hilo reabsorbible.

A propósito de la sutura del olécranon con tornillos. — M. Judet, presenta un enfermo en el cual ha tratado una fractura por la sutura con tendón de reno.

Auto-injerto óseo del húmero por una amplia seudo-artrosis. Resultado al cabo

de diez y seis años. — M. Dupuy de Frenelle, presenta un herido que ha conservado un brazo robusto, de volumen y fuerza normales. El injerto utilizado fué extraído del peroné; el injerto fué consolidado con una placa con tornillos.

Resultado tardío de una autoplasia por colgajo. — M. Burty, presenta una enferma a la cual ha operado por un lupus de la mejilla izquierda. La brecha operatoria ha sido cubierta con un colgajo autoplástico, tomado a nivel de la región sub-maxilar con charnela posterior.

Hipernefrosis. Extirpación por la incisión de Louis-Bazy. — M. Víctor-Pauchet, comunica este caso observado en una muchacha de diez y seis años. Curación operatoria, pero pronóstico grave a consecuencia de las probables recidivas que se presentarán en breve plazo.

Tumor sólido del mesenterio. — M. R. Bonneau, presenta un tumor sólido en dos lóbulos, desarrollado en la parte inferior del mesenterio y cuyo peso total es superior a cinco kilogramos. Aunque la ablación fué difícil, se pudo efectuar felizmente, gracias a una sección del peritoneo por debajo del ángulo íleo-cecal y al levantamiento en masa del íleo y de los vasos mesentéricos hacia el diafragma del ciego. Han sido necesarias, sin embargo, algunas ligaduras de pedículos vasculares profundos que partían de los vasos aorta y vena cava.

Curiosa adaptación de las caderas en una luxación congénita no tratada. — M. Roederer, presenta una interesante radiografía hecha en un adulto de cuarenta años. No existen las cabezas femorales y los pequeños trocánteres se han hecho articulares. La naturaleza ha constituído, por una parte, por encima de la cabeza, y por otra, por encima del pequeño trocánter, unos estribos, y ha realizado al mismo tiempo una bifurcación de Lorenz y el estribo con resección de la cabeza.

Nuevo procedimiento de plastia por atresia post-traumática del conducto auditivo externo. — M. Dufourmentel, presenta un informe sobre un trabajo de MM. Lafite-Dupont y Henri-Fischer (de Burdeos). Los autores presentan una técnica de ensanchamiento del conducto auditivo por medio de un colgajo cutáneo tomado de la región cervical y al que dan la vuelta por torsión de su pedículo.

Sobre un caso raro de mastoiditis latente. — M. Bourguet, presenta un informe sobre un trabajo de M. Henri-Fischer (de Burdeos). El autor hace la observación de un enfermo en el que se presenta una mastoiditis en el curso de un sarampión. Su diagnóstico, a pesar de la ausencia de dolores y de inflamaciones retro-auricular, se basa en una supuración abundante. El autor opera a este enfermo y encuentra una necrosis profunda de la cortical interna que descubre la dura-madre del cerebelo. El autor sienta la conclusión de que

toda supuración auricular que se prolonga más de algunas semanas, después de una otitis supurada aguda, debe operarse.

Sobre un caso de embarazo ectópico tubárico que ha evolucionado hasta el término normal. — M. Dartigues, presenta un informe sobre un trabajo de M. Lavoix (de Saint-Lô). Mujer de veintiocho años. Al término del embarazo, detención de los movimientos activos del feto y de los ruidos del corazón fetal. La enferma espera aún dos meses y medio. El autor la opera a los once meses y medio del embarazo por laparotomía y extirpa en bloque el quiste fetal desarrollado en la trompa izquierda; el feto pesaba cuatro kilogramos. Si se hubiese sospechado este diagnóstico, hubiese sido posible extraer un niño vivo, operando en tiempo oportuno. El informador piensa que en estos casos la radiografía puede rendir grandes servicios; recuerda algunos casos de embarazos prolongados.

Curación de un íleo paralítico post-operatorio, por el suero hiperclorurado. — M. Raymond Bonneau, hace un informe sobre un trabajo de MM. Trajan Gruesco y Aurel Dragos (de Galatz, Rumania). El informador está de acuerdo con los autores en reconocer que, además de las acciones reclorurante y antitóxica, el suero hiperclorurado posée también una acción peristáltica directa particularmente eficaz en las falsas oclusiones post-operatorias.

A propósito de la acción del suero hiperclorurado intra-venoso en las oclusiones del intestino delgado. — M. P. Laurent, comunica dos observaciones: una personal, de estrangulación crural con esfacelo de un asa delgada tratado por exteriorización simple y secundariamente por anastomosis íleo-cecal; la otra, de M. Lascaux, de vólvulus del intestino delgado, tratado por resección y anastomosis término-terminal. En los dos casos el empleo del suero hipertónico, antes o inmediatamente después de la intervención de urgencia y continuado durante dos o tres días, ha producido una acción antitóxica y peristáltica de las más favorables, haciendo que las consecuencias operatorias hayan sido sencillas y asegurando la curación sin accidentes.

Gastrotomía. (Procedimiento de Depage). — M. Víctor-Pauchet, expone la técnica de este procedimiento. El autor prefiere esta técnica a los demás procedimientos, porque en los casos de gastrotomía definitiva, da una boca continente.

La anestesia interrumpida en cirugía gástrica. — M. Hautefort, presenta un informe sobre los resultados que ha obtenido interrumpiendo la administración de la anestesia durante una gran parte de la operación. El anestésico (éter, balsoforme o protóxido de nitrógeno) se administra como de costumbre, durante la abertura de la pared abdominal y la exploración de las lesiones; se suspende durante las resecciones y anastomosis y se vuelve a administrar para la sutura de la pared. El autor comunica doce observaciones, en las cuales

ha sido suficiente este modo de anestesia y parece ha reducido extraordinariamente el schock operatorio. — *Comunicación directa.*

RODRIGUEZ MATA (Madrid). — *Tratamiento quirúrgico del mal de Pott.* — («Revista Española de Tuberculosis», núm. 1; abril, 1931. Madrid).

¿Qué indicaciones tiene el tratamiento operatorio del mal de Pott? Por lo que se refiere a la edad difiere el autor de la opinión de Albee, que opera principalmente niños, pues él, en cambio, no ha operado más que adultos.

Y es que los niños no tienen terminada la osificación de la columna vertebral, y en cambio, por otros procedimientos más sencillos e incruentos, se puede obtener una curación, con corrección de la deformidad en la mayoría de los casos.

Muchos éxitos de Albee son debidos a que los niños, después de operados, hacen largas estancias en la playa.

El estado general del individuo tiene gran importancia; aquellos enfermos que tengan un grave proceso pulmonar destructivo, cavitario, no deben ser intervenidos; lo mismo hay que decir si existe una tuberculosis renal grave o una degeneración cardíaca o lesiones valvulares mal compensadas.

La técnica empleada por Albee es ya bien conocida: incisión sobre las apófisis espinosas o en línea curva a un lado u otro de la línea media para alejar la cicatriz del vértice de las apófisis. Se hienden con un escoplo ancho y fino (el autor utiliza un modelo parecido al de Albee, o los de Stille) las apófisis espinosas, de tal manera que no se haga exactamente en la línea media, sino de manera que se deje de un lado como dos tercios del espesor de la apófisis y el otro tercio es el que se bascula y fractura, para abrir campo donde colocar el injerto que se obtendrá después de la tibia; esta sección puede hacerse también con la sierra circular del motor eléctrico, si no quiere emplearse el escoplo (motor de Albee, modelo personal). Se seccionan antes o después los ligamentos interespinosos, y ya tenemos bolsada la cavidad ósteofibrosa que ha de alojar el injerto autógeno. Esta sección de apófisis espinosas ha de comprender dos vértebras por encima y dos por debajo de la lesión, punto importante, pues a él hay que acomodar lógicamente la longitud del injerto óseo.

Se obtiene después el injerto óseo de la cara anterointerna de la tibia, mediante el empleo de la sierra circular eléctrica simple o gemela. Si es preciso, se ha obtenido antes con una sonda flexible la forma y longitud del lecho ósteofibroso, para sacarlo con toda exactitud; con un poco de práctica esta medida no es necesaria. En muchos casos el autor realiza como primer tiempo

la obtención del injerto, que conserva en una compresa grande para colocarlo y fijarlo inmediatamente en el lecho de las apófisis espinosas hendidas.

La fijación del injerto «in situ» debe hacerse con puntos de sutura entrecortada, utilizando el tendón de Kanguro; este material es indudablemente el mejor para este objeto y el autor que ha estudiado y utilizado toda clase de materiales de sutura, desde el catgut hasta el hilo de Pogenstecher, no puede sino recomendarlo como el más eficaz, tolerado y seguro de todos. Es insustituible. Sutura de las fascias (hilo de catgut) y sutura de la piel (crin).

Este procedimiento, que podemos llamar *standard,* es aplicable a la mayoría de los casos. Pero los hay donde no se puede utilizar porque la cifosis es de tal radio de curvatura, que no permite el obtener de la cara anterointerna de la tibia un injerto que se acomode sin violencia a su nuevo lecho. ¿De qué modo obra el injerto óseo?

Se ejerce en tres sentidos distintos.

En primer lugar, la fijación del injerto produce una inmovilidad primitiva y consecutiva de la lesión vertebral, que es uno de los factores más importantes para la curación de la misma.

En segundo lugar, el injerto óseo o trasplante produce en el organismo, en virtud de sus transformaciones, un aumento mayor o menor de calcio circulante en la sangre, lo cual influye en la curación de la tuberculosis vertebral.

Por último, los trastornos circulatorios perifocales, con mayor aflujo sanguíneo y nuevas redes vasculares neoformadas, es muy posible también que favorezcan el proceso reconstructivo.—RAMÓN CELMA.

PECHO Y CORAZÓN

J. CODINA CASTELLVI (Madrid). — *Reflexiones acerca del neumotórax espontáneo.* — («Revista Española de Tuberculosis», núm. 6, febrero, 1931. Madrid).

De su interesante trabajo deduce estas conclusiones:

1.ª De nuestra estadística de siete casos de neumotórax espontáneo, se desprende, que ha correspondido a los hombres en el 71.43 por 100, y a las mujeres en el 28.57, y todos se han desarrollado en personas jóvenes de veinte a treinta y dos años.

2.ª El síntoma más constante ha sido la disnea, después el dolor y, por fin, la fiebre; ésta en poco más de la mitad de los casos, es el 57.14 por 100. De los signos el más frecuente y a la vez más expresivo ha sido el silencio con la desaparición de las vibraciones torácicas.

3.ª La fórmula matemática: *derrame - perforación preliminar,* no puede admitirse, porque la clínica habla en contra de tal absolutismo.

4.ª Al esfuerzo sin traumatismo se le debe considerar desprovisto casi por completo de valor en la génesis del neumotórax espontáneo.

5.ª Existe un tipo clínico del neumotórax espontáneo, llamado simple, esencial o benigno, ligado también patogénicamente, a la tuberculosis pulmonar, en nuestra opinión, aunque algunos autores disienten de ella.

6.ª Respecto a la frecuencia del neumotórax espontáneo, dada la dificultad de obtener datos estadísticos precisos y numerosos, se puede aceptar, provisionalmente, como cifra aproximada a la verdad, la del 4 por 1.000, por término medio.

7.ª En un tercio de los casos suele haber recidiva en el neumotórax espontáneo, y casi siempre estas recidivas se observan en los del tipo clínico simple o benigno.

8.ª La evolución puede ser *simple* (rápida y benigna) y *compleja* (según la clase y naturaleza del derrame).

9.ª La evolución compleja del neumotórax espontáneo sigue paralelamente la evolución del derrame, según la clase y la naturaleza bacteriológica del mismo.

10.ª La frecuencia de los derrames en el neumotórax artificial, oscila, como término medio, alrededor del 50 por 100, y en el neumotórax espontáneo aumenta hasta cerca del 82 por 100.

11.ª Las indicaciones terapéuticas son inmediatas y lejanas. Las inmediatas son las que nacen en el dolor, la disnea y la insuficiencia miocárdica, y las lejanas, en el estado general, en la perforación y en el derrame; y

12.ª Las primeras se llenarán con morfina o sus sucedáneos y tónicos cardíacos, y las segundas con la *expectación activa,* la aspiración, olólectórax y la toracoplastia en el último termino y, siempre que sea posible, precedida del óleotórax.—GIL CHÓLIZ.

E. E. MAYER (Barcelona). — *La pretuberculosis.* — («La medicina de los Niños», número 373; enero de 1931. Barcelona).

Lo que se entendía y aún siguen entendiendo algunos médicos por «pretuberculosis», era un cuadro clínico que, en el fondo y en realidad de realidades, era una tuberculosis sin prefijo alguno.

En cierta época, ningún médico emitía el diagnóstico de tuberculosis sin hallar el bacilo de Koch en los esputos.

Hoy, ya se considera este hallazgo como secundario, pues ya se sabe que existen muchos más tuberculosos sin bacilos que con ellos.

En general, las fases iniciales de la tuberculosis pasan casi desapercibidas

para los enfermos, y por ello no acuden a los consultorios médicos, hasta que las molestias les obligan a ello.

Algunos curan sin visitarse siquiera. Por algo la tuberculosis es la más inmunizante de todas las enfermedades.

En otros casos, aunque el enfermo busque el consejo de algún facultativo, bien puede ser un adenopático tráqueo-brónquico, y éstos no muestran el bacilo de Koch en la expectoración, porque no desgarran, o si lo hacen no se halla el bacilo en el esputo por mucho que se busque.

Acaso estos enfermos fueran los que se catalogaban entre los pretuberculosos con más constancia.

Seguramente las llamadas «fiebres de crecimiento» no eran más que el primer grito de un proceso bacilar.

En una palabra, ante cuadros clínicos que inspiran serias sospechas, con pérdida de peso y apetito, elevaciones térmicas discretísimas, zonas oscuras descubiertas por la percusión y confirmadas por la radioscopia, y otros síntomas, entre los que no hay que olvidar la taquicardia, debemos pensar en un proceso bacilar e instituir el tratamiento oportuno.

El médico que con un cuadro como el mencionado, obcecado por un análisis de esputos negativo o por la carencia de un estertor más o menos, dictamina pretuberculosis, incurre en grave y trascendental error.

Y no obstante, existe la pretuberculosis.

Esto no es una paradoja. Gracias a Ferrán, cuyas doctrinas han venido a arrojar una luz clarísima en el problema que durante tanto tiempo nos afligió, hoy podemos y debemos admitir la pretuberculosis. Sólo que ahora es tan amplio este término y entraña en sí tan grande significación, que esto nos ha movido a escribir un poco sobre el asunto.

Siendo el bacilo de Koch una fase de un ciclo evolutivo o, mejor aún, el vértice de un triángulo cuyos lados representan: el uno, la mutación hacia la forma ácidorresistente, y el otro, la regresión hacia la forma no ácidorresistente; y siendo las bacterias no ácidorresistentes susceptibles de transformarse en bacilos de Koch—bacterias alfa—las que infectan desde temprana época al organismo, se concibe que todos aquellos cuadros patológicos que ocasionan dichas bacterias, son otros tantos procesos morbosos que avaloran la calificación de «pretuberculosos», cada uno de ellos por separado y todos en conjunto. Y esto es tanto más cierto, cuanto que una infección causada por bacterias alfa, no importa cuál sea ni cómo se presente ni en qué forma evolucione, puede dar origen a una tuberculosis, por mutación de dichas bacterias en bacilos ácidorresistentes tuberculógenos de Koch.

Pero—y aquí está lo arduo del problema—la bacteria alfa no es una sola. Siendo, como lo es, un «genotipo, se multiplica con abundancia enorme», como

dice Ferrán; pero a más de esto, el insigne autor señala varias razas que, en un momento dado, pueden transmutarse en bacilos de Koch.

Esto demuestra el polimorfismo clínico a que dan lugar las bacterias alfa.

En este sentido, no es un secreto ni una novedad, el hecho de que ciertos padecimientos curen o mejoren con la vacuna antialfa.

Pero de todas formas, es muy difícil completar del todo el capítulo de pretuberculosis, incluyendo en él todos los cuadros clínicos que lo componen.

Acaso se pueda hablar más concretamente con el perfeccionamiento de métodos biológicos.

Pero en tanto se logra y mientras el laboratorio nos presta ayuda más eficaz, ¿no sería preferible vacunar a diestro y siniestro, desde el momento en que siendo la vacuna antialfa completamente inofensiva, no podemos causar daño alguno y sí múltiples beneficios?—Ramón Celma.

E. DOTTI (Roma). — *La desigualdad pupilar en los enfermos de tuberculosis pulmonar.* — («Tubercolosi», marzo, 1931. Roma).

El autor ha tomado en consideración el diámetro pupilar en cincuenta enfermos de tuberculosis pulmonar, y ha podido observar que en un cierto número de casos, las pupilas son anisocóricas. En estos casos la pupila más amplia corresponde en general al lado del pulmón enfermo o del preferentemente enfermo.

En los casos en que las pupilas son iguales, seguidamente a la instilación del colirio midriático, se establece una anisocoria con pupila más amplia en general del lado de la lesión pulmonar o de las lesiones pulmonares mayores en los casos de afección bilateral.

El primer fenómeno tiene escasa importancia práctica, porque se observa en general en los casos de tuberculosis pulmonar evidente; el segundo, sin embargo, de anisocoria provocada, tiene una importancia práctica bastante notable, porque se puede evidenciar antes que las lesiones pulmonares se puedan demostrar con el examen objetivo del enfermo.—Gil Chóliz.

VIAS DIGESTIVAS

H. J. D'AMATO (Buenos Aires). — *Valor de la hipotensión arterial en el diagnóstico del ulcus duodenal.* — («Archivos Españoles del Aparato digestivo y de la nutrición», núm. 1, enero, 1931. Madrid).

Deduce el autor, de su bien orientado trabajo:

1.º La hipotensión sistólica tiene valor diagnóstico en la úlcera gastroduodenal, tanto más valor cuanto más baja ella sea. La ausencia de hipotensión no significa nada.

2.º La hipotensión diastólica tiene más importancia para el diagnóstico que la anterior y llega a ser un signo valioso para el diagnóstico del ulcus cuando se obtienen cifras por debajo de 5. La normotensión diastólica no tiene valor y la hipertensión de la mínima depone en contra del ulcus.

3.º La hipotensión conjunta de la máxima y la mínima adquiere más valor que el hallazgo de una sola, y tanto más valor cuanto más bajas ellas sean.

4.º En todos los casos en que se presume la existencia de un ulcus gastroduodenal, es indispensable la exploración tensional y allí puede encontrarse no solamente un signo importante para el diagnóstico diferencial, puesto que las úlceras dan las tensiones más bajas, según queda demostrado. — Doctor Horno.

M. XIMENEZ (Valencia). — *Consideraciones acerca de un caso de úlceras gástricas múltiples.* — («Crónica Médica», núm. 767, 15 de febrero de 1931. Valencia).

Indudablemente, a la cirugía se deben los grandes progresos de la especialidad gastro-enterológica realizados en estos últimos años, con lo cual se ha visto la frecuencia de la multiplicidad de las úlceras crónicas y la existencia de localizaciones distintas y simultáneas.

Kraft (de la clínica de Haberer), en 374 resecciones halla úlceras múltiples en 149, doble en 76 por 100, triple ocho veces, cuadruple dos y en un caso hasta cinco úlceras.

Urrutia, ha tenido tres casos de úlcera duodenal estenosante, asociada dos veces a pequeña úlcera pilórica, una vez de curvadura menor, y seis casos de úlcera duodenal con úlcera de curvadura menor. Nowatt, en cuatro úlceras múltiples, en el 36 por 100 de los casos.

Kund Faber, dice que casi siempre la úlcera es única, pero que en el 20 por 100 de los casos se encuentra más, generalmente dos y a veces mayor cantidad.

Se ve, pues, que la multiplicidad de úlceras no constituye una excepción y que puede darse con mucha frecuencia la coexistencia de localizaciones gástricas y duodenales, constituyendo una verdadera enfermedad ulcerosa o diatesis ulcerosa, como la denomina Strauss.

Las úlceras gástricas se localizan preferentemente en la curvatura menor, siendo en cambio excepcional la localización en la curvadura mayor, y menos excepcional en la cara anterior y posterior.

En la estadística que refiere Urrutia, las 323 úlceras operadas se escalonan así, por orden de frecuencia:

Pilóricas	139
Curvatura menor	135
Píloroduodenales	24
Yuxtapilóricas	16
Cara posterior	7
Cara anterior	2

«Pero las yuxtapilóricas procedían todas de la curvatura menor, así como las de la cara posterior, y de las 44 pilóricas tratadas por pilorectomía, la úlcera tenía como punto de partida la curvatura menor en 32, ó sea en las dos terceras partes, de ahí que concluyamos que más del 88 por 100 de las úlceras gástricas tienen su asiento en la curvadura menor. Sólo en un par de úlceras pilóricas procedían éstas de la curvatura mayor y una tercera era de la cara anterior.»

Casi todos los gastropatólogos comparten este criterio.—RAMÓN CELMA.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

F. LEMAITRE y J. MAGDLAINE (París). — *La exclusión de los espacios sub-aracnoídeos aplicada a la extracción de los cuerpos extraños del encéfalo.* («Archives Internationales de Laryngologie..., etc.»; julio-agosto, 1930. París).

La exclusión de los espacios sub-aracnoídeos, método que los autores consideran de elección para el tratamiento de las colecciones purulentas del encéfalo, puede ser utilizado, a juicio de los autores, para la extracción de proyectiles alojados en el cerebro y cerebelo.

Exponen la historia clínica muy detallada de un enfermo por ellos intervenido con éxito, y terminan su trabajo insistiendo en los beneficios que del método pueden obtenerse, si bien ciertamente, esté sujeto su empleo a ciertas reservas que no pueden ser formuladas cuando se trata de aplicarlo a los abscesos encefálicos.

Estas reservas son: 1.ª La exclusión es a veces difícil de realizar en razón del desgarro de las meninges, por lo que puede haber interés en practicarla a distancia, al contrario de lo que debe hacerse en los abscesos. Las lesiones supuradas preparan, y aun a veces crean, la exclusión, mientras que el traumatismo desgarra sin formar adherencias.

2.ª La exclusión, que está indicada en los cuerpos extraños superficiales (2 ó 3 cmts. del córtex), sobre todo cuando están complicados de absceso, no debe ser aplicada en los profundos, pues es a costa de grandes traumatismos de la sustancia cerebral, que no los tolera, sin protesta, fácilmente.

COMENTARIO. — Pese a los reproches que se le hacen (posibilidad de provocar una meningitis purulenta, que es, por otra parte, a nuestro juicio, ilusoria), nosotros consideramos al método inventado por Lemaitre para el tratamiento de los abscesos cerebrales, como el mejor, más eficaz, y menos peligroso; por lo tanto, el de elección, como dicen muy bien los autores en su trabajo. Varias veces se lo hemos visto aplicar al eminente laringólogo del Hospital Saint-Louis, de París, y hemos quedado maravillados de su sencillez y eficacia.

Nada tiene, pues, de particular que su autor, considerando que el absceso no es al fin y al cabo, más que un cuerpo extraño infectado, tratase de aplicar su método a los cuerpos extraños asépticos.

Pero es el caso, que así como en aquéllos el drenaje filiforme que introduce en la sustancia cerebral a través de las adherencias meníngeas preexistentes, es suficiente para asegurar su evacuación completa, con lo que el traumatismo ejercido es insignificante, en los proyectiles y demás cuerpos extraños (y ello tanto más cuanto más profundos se encuentren), este traumatismo tiene que ser considerable (pues es preciso ejecutar maniobras de extracción y de presa sobre ellos) con las consiguientes complicaciones de destrucción de fibras nerviosas, encefalitis..., etc.

Cierto es que no están exentos los demás métodos de estos inconvenientes, pero a nuestro entender, cuanto menores sean las maniobras que se realicen en la sustancia nerviosa cerebral, menor riesgo hay de estos accidentes.. Y como quiera que este método lleva consigo la repetición de maniobras, juzgamos que su aplicación tiene que ser muy restringida, tanto más cuanto que existen procedimientos de referencia, más precisos.—J. DUERTO.

M. YOEL (Atenas). — *Sobre las complicaciones oto-rino-laringológicas del dengue.* («Archives Internationales de Laryngologie..., etc.»; junio, 1930. París).

En general, las complicaciones más frecuentes y más características son las inflamaciones faringo-amigdalinas, las forunculosis y las parotiditis; en menor orden de frecuencia siguen diversas adenitis y las epistaxis.

Las primeras son bastante frecuentes, aparecen hacia el fin o a la convalecencia de la enfermedad, y se caracterizan por un enantema faríngeo de pequeñas máculas de color de heces de vino en el fondo de la garganta, pilares y velo palatino; los abscesos faringo-amigdalinos rara vez se presentan,

y cuando lo hacen, lo es en enfermos que cuentan ya algunos en sus antecedentes patológicos, si bien ofrecen la particularidad de ser extremadamente graves.

La forunculosis se observa, en general, en los enfermos que han curado ya completamente de la enfermedad. Se la encuentra localizada en diferentes partes del cuerpo, pero de preferencia asienta en la cara, conducto auditivo externo, nuca, cráneo, axilas, espaldas, pecho y, por último, en los miembros. Al contrario de la forunculosis habitual, tiene gran tendencia a la confluencia y a formar abscesos.

Las parotiditis son de curso benigno la mayoría de las veces, en cuyo caso se trata de infección local estrictamente acantonada a la parótida, con tendencia a la abertura espontánea por el conducto auditivo externo. Pero hay casos muy graves que terminan fatalmente, en los que, se ve que se trata de enfermos atacados de una infección general, y de la que la parotiditis no es sino una manifestación. La muerte sobreviene en hipertermia.

Otra de las complicaciones es la adenopatía de localización preauricular, submaxilar, retro-auricular y submentoniana, por este orden de frecuencia.

Las epistaxis son también bastante frecuentes, y generalmente muy benignas.—J. DUERTO.

A. REJTO (Bordeaux). — *Del colesteatoma.* — («Revue de Laryngologie..., etc.»; números 17-18; septiembre, 1930. Bordeaux).

Aunque el examen del pus constituye, a veces, una base suficiente para suponer la existencia de un colesteatoma, cuyo diagnóstico se ve reforzado por la presencia de las masas que con los lavados se desprenden, es únicamente la presencia de los cristales de colesterina en las secreciones el único dato que puede considerarse como cierto: si bien, preciso es reconocer, que con frecuencia no se logra encontrar estos cristales, sin que su ausencia pruebe la del colesteatoma.

El autor participa del criterio de Lautenschlager, según el cual, es el efecto químico de la colesterina lo que representa el agente destructor que corroe el hueso, y no, como se creía hasta ahora, la simple presión mecánica del tumor; la epidermis inmigrada en el oído medio sería, por la cantidad de colesterina que lleva, la matriz productora del colesteatoma.

Sin embargo, es esta misma epidermis la que provoca la epitelización de las cavidades de radical mastoidea. La razón que explica la diferencia de evolución en uno y otro caso, es decir, porque en unos produce el tumor y en otros determina la curación, consiste en que la epidermis se desarrolla de una manera normal en un medio seco y aireado, mientras que por el contrario

degenera y se convierte en una matriz del tumor cuando asienta en un sitio oscuro, húmedo y poco aireado, que es lo que ocurre en la cavidad timpánica purulenta.

De ello se sigue la necesidad de alejar toda humedad del oído medio, en el tratamiento de las otitis colesteatomatosas, pero sin limitar a esto la terapéutica: es preciso, además, buscar el medio de destruir la estructura y de extraer el contenido tumoral, disolviendo la colesterina. De todos los productos químicos disolventes de esta materia (tetracloruro de carbono, alcohol, aceite de olivas..., etc.), el mejor y menos irritante es el $C\,Cl_4$.

También ha aprovechado este producto para poner de manifiesto la existencia del colesteatoma.—J. DUERTO.

P. FERNANDEZ CORONADO (Habana). — *Diagnóstico de un quiste de seno maxilar.* — («Revista Cubana de Oftalmología y Oto-rino-laringología», número 3; septiembre, 1930. Habana).

El diagnóstico de certeza de los quistes de seno maxilar ofrece a veces dificultades especiales, supuesto que aun los datos arrojados por la punción del seno suelen ser inútiles, o lo que es peor, falaces, ya que si guiados por la sintomatología que nos da un enfermo, sospechamos alguna afección del seno maxilar y hacemos una punción del mismo seguida de lavado, puede ser que al retorno totalmente límpido del líquido inyectado, excluyamos la naturaleza sinusal de los trastornos que tiene el enfermo y, sin embargo, estar ese seno ocupado por un quiste, grande a veces, causante de todas las molestias.

Por esto, frente a estos casos, nunca debe desdeñarse la antrografía, obteniendo una placa radiográfica del seno previa inyección del mismo con lipiodol. Expone el autor un caso muy demostrativo, así como la técnica empleada, que consiste en inyectar 4 ó 5 c. c. de lipiodol, sirviéndose del mismo trócar que se emplea para la punción, conectado con una fuerte jeringa, cargada de la mencionada sustancia opaca a los rayos X.

Termina su trabajo haciendo algunas consideraciones patogénicas de los mencionados quistes.—J. DUERTO.

RAMADIER, CHAUSSE y BZOWSKI (París). — *Contribución al estudio del tratamiento de las otopatías por la efluviación de alta frecuencia.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.»; núm. 9; septiembre, 1930. París).

Exponen los autores los resultados obtenidos en doce enfermos, cuyas historias incluyen, tratados por la alta frecuencia, de los cuales deducen que cabe esperar una evolución favorable en los casos de otopatías funcionales en

relación con un desequilibrio vascular endolaberíntico, efecto debido sin duda a las acciones descongestionante, antiespasmódica, revulsiva y analgésica de las corrientes de alta frecuencia.

Por el contrario, cuando se trata de lesiones orgánicas, la efluviación no proporciona ningún resultado apreciable. Sin embargo, en ciertas afecciones orgánicas (otitis congestiva, catarro tubárico, otospongiosis..., etc.), en las que el elemento congestivo juega un papel en el origen de las alteraciones, la acción analgésica de la efluviación puede realizar una acción sedante sobre los zumbidos y los vértigos.

Empleando el aparato Valter, el tratamiento comprende de seis a doce sesiones, cuya duración va aumentando de veinte hasta sesenta minutos.—J. DUERTO.

F. J. COLLET (París). — *Reflejo esófago-vasomotor.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.»; núm. 9; septiembre, 1930. París).

Cita el autor el caso de una enferma que padeciendo una estrechez esofágica, presentaba, a cada sesión de dilatación a que fué sometida, ciertos trastornos de índole vasomotora, caracterizados por una intensa rubicundez de la cara y de las orejas, al mismo tiempo que se dibujaban sobre el pecho ciertas manchas rojas iguales a las que aparecían también en los brazos y antebrazos, todo ello acompañado de hipersecreción salival, aceleración del pulso e hiperhidrosis palmar, pero sin modificaciones pupilares. El fenómeno se instalaba progresivamente por islotes espaciados al principio y confluentes más tarde, para desaparecer al cabo de media hora, aun cuando la sonda dilatadora permaneciese en su sitio.

Se pregunta el autor, si hay alguna relación entre el asiento de la estrechez y el de la vaso-dilatación cutánea, lo que no cree probable, puesto que en cuantos enfermos ha observado el fenómeno, el sitio de la erupción ha sido el mismo, tanto si la localización de la estrechez era alta como si era baja.

Lo particular es la existencia de dos fenómenos simultáneamente; el reflejo esófago-salival, y el esófago-cardíaco. En cuanto al primero, llama la atención la viscosidad de la saliva, probablemente de origen submaxilar, toda vez que presenta los mismos caracteres que los de la que se obtiene por excitación del gran simpático.

El reflejo esófago-cardíaco es igualmente manifiesto; en una enferma subió el pulso de 88 a 120 pulsaciones, con algunos extrasístoles.

Las consecuencias que pueden sacarse, se reducen sencillamente a la necesidad de abstenerse de practicar (al hacer el cateterismo) una distensión brusca, no debiendo comenzar por una sonda demasiado gruesa.

El reflejo, que parece necesitar de ciertas condiciones para que se presente (edad juvenil, sexo femenino, cierta finura de la piel y terreno neuropático o al menos un estado de excitabilidad del simpático), se atenúa por una dilatación repetida y progresiva.—J. DUERTO.

B. BRUZZI y G. ALAGNA (Firenze). — *Espasmo esofágico.* — («Bollettino delle Malattie dell'Orecchio..., etc.»; núm. 9; septiembre, 1930. Firenze).

Tras de exponer algunos datos históricos sobre los espasmos esofágicos y recordar algunos otros de anatomía y fisiología del esófago, tratan los autores de los espasmos desde el punto de vista de la patogenia, dividiéndolos en primitivos y secundarios y subdividiendo a su vez los primeros en agudos y permanentes.

Estudian la sintomatología, el diagnóstico diferencial, el tratamiento, y terminan su trabajo concediendo atención a cuanto se refiere con las complicaciones (divertículos esofágicos, megaesófago y cardiospasmo), cuya sintomatología, diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico mencionan.—J. DUERTO.

I. VASILIU (Bucarest). — *Cefalea de origen amigdalino.* — («Archives Internationales de Laryngologie, etc.», septiembre-octubre, 1930. París).

Expone el autor la historia clínica de un enfermo afecto desde mucho tiempo antes de gran hipertrofia, de amígdalas y abscesos peri-amigdalinos, acompañada de intensa y pertinaz cefalea, que se acentuaba con la aparición de los flemones, pero sin desaparecer nunca por completo, de cuyo síntoma doloroso fué curado con la extirpación de sus amígdalas.

Para explicar el mecanismo de producción de la cefalea de origen amigdalino, es preciso recordar la inervación de las amígdalas y de las meninges, y de la analogía existente entre ellas.

Pero aparte de esta manera de producción refleja, derivada de las íntimas conexiones nerviosas, la cefalea de origen amigdalino, reconoce también otro origen en este caso, cual es, la intoxicación determinada por las toxinas vertidas en la sangre por el foco de infección representado por los flemones.

COMENTARIO. — Las íntimas relaciones de las vías respiratorias superiores con el resto del organismo, cada día mejor estudiadas, permiten encauzar muchos problemas y resolver e interpretar muchos fenómenos hasta ahora incompletamente conocidos e inexplicados.

Conocida es la existencia de las cefalalgias de origen nasal, esas cefalalgias

ya presumidas por Bresger, cuando en 1894 decía *que siempre que una cefalalgia permanece inexplicable es preciso examinar las fosas nasales,* las que, lo mismo que estas amígdalas, si ciertamente como dice Vásiliu, son consecutivas a veces a intoxicaciones de orden infeccioso, otras muchas son producidas por fenómeno reflejo, como lo prueba el hecho de que desaparezcan a consecuencia de la extirpación de la posible causa (desviación del tabique, espolón del septum, vegetaciones adenoides, o amígdala hipertrófica, como en este caso que el autor expone). Y ello demuestra la importancia que tiene, frente a un enfermo que se queja de dolor de cabeza, no limitarse a recetarle un analgésico cualquiera, que lo más probable es que no surta efecto más que momentáneo, en el caso más favorable, sino estudiarle detenidamente tratando de averiguar la verdadera causa, que un examen concienzudo acabará por poner de manifiesto.—J. DUERTO.

C. FERRAN (Lyon). — *Del papel del tabaquismo como agente de agravación de las sorderas.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm. 19; 15 de octubre 1930.Bordeaux).

El uso del tabaco no trae consigo la sordera de los sujetos sanos, pero su acción es altamente nociva en los efectos de lesiones agudas o crónicas, particularmente las esclerosas, del oído, bien entendido que esta nefasta acción no se limita a los fumadores, sino también a aquellos sujetos que están obligados a permanecer en locales impregnados de humo de tabaco.

En todos ellos la agravación de la sordera se acompaña de fenómenos vertiginosos y de zumbidos, que prueban la alteración más o menos pronunciada de todos los elementos nerviosos de la audición. Parece ser que el oído interno pierde su poder fisiológico de defensa, hecho que se explica por la anatomía de esta región, en la que los órganos auditivos están encerrados en conductos óseos inextensibles, que hacen más largos y difíciles los cambios circulatorios. Es probable que la sangre, cargada de elementos tóxicos, actúe perniciosamente de una manera más profunda y duradera que en aquellos órganos en que los cambios circulatorios son más fáciles y más intensos.

La acción irritante de la nicotina sobre el nervio auditivo no se limita a simples modificaciones circulatorias. La excitación de los nervios vaso-constrictores da lugar a trastornos tróficos. Los defectos de nutrición son suficientes para provocar la paresia del funcionamiento y la atrofia del nervio mismo, en los sujetos predispuestos. Se trataría de una verdadera lesión de trofoneurosis nicotínica, especialmente intensa de la rama contenida en el caracol, hecho que explicaría los ruidos anormales y la sordera.

La neuritis no juega, sin embargo, un papel exclusivo, y lo más frecuente es que estén asociados los elementos irritativos y los brotes inflamatorios de la mucosa naso-faríngea.

Por todo ello recomienda a los enfermos de oído, y muy especialmente a los afectos de lesiones esclerosas, la absoluta abstención del uso del tabaco.—J. DUERTO.

R. MENNETI-IPPOLITO (Nápoles). — *Consideraciones clínicas sobre el tratamiento de la otorrea por la extirpación de la tonsila faríngea.* — («Archivio Italiano di Otologia..., etc.», núm. 8, agosto, 1930. Torino).

La influencia de las vegetaciones adenoides sobre el oído medio se ejerce de dos maneras, siendo una por la obstrucción mecánica del orificio faríngeo de la trompa, y la otra, por el mantenimiento en las fosas nasales de una irritación constante que se propaga a la larga al oído medio. En el primer caso se produce un cierre del orificio faríngeo que impide la renovación del aire en la caja, dando lugar además a una disminución de la presión de su interior, con lo que se origina la producción de un líquido sero-mucoso procedente de la exudación de los vasos.

Además, las masas de tejido adenoídeo hipertrófico dan lugar, por la presión que ejercen sobre las venas faríngeas y los tejidos profundos del cávum, a una hiperhemia pasiva más o menos intensa de la caja timpánica.

En todo caso, la obstrucción mecánica de la trompa no necesita para producirse de una gran cantidad de tejido adenoídeo, sino que, por el contrario, es suficiente una pequeña porción situada en los cortornos del orificio tubárico.

En el segundo caso, el mecanismo por el que las vegetaciones actúan perjudicialmente sobre el oído medio, consiste en la propagación por contigüidad del proceso catarral crónico de la mucosa rino-faríngea a la de la trompa y caja timpánica, cuyo proceso está favorecido por la insuficiencia de drenaje de las secreciones, ocasionado por la presencia de las adenoides, las cuales, en virtud de los surcos y depresiones de que están dotadas, no dejan de ser un elemento favorable para la estancación y desarrollo de aquéllas, que, al quedar estancadas, se vuelven un medio propicio para el desenvolvimiento de los microorganismos patógenos.

Las alteraciones auriculares debidas a las vegetaciones adenoides, pueden dividirse en catarrales y purulentas, siendo las primeras las más frecuentes. Ambas, con alternativas y recrudescencia y mejoría, tienden a establecerse crónicamente.

Resume las estadísticas de varios autores, en las que se demuestra que el 75 por 100 de los adenoídeos son también otopáticos, de donde deduce que la otitis media, más que como una complicación, debe ser considerada como una afección sintomática de la hiperplasia adenoide.

Expone, a continuación, once observaciones personales, y termina afirmando que muchas formas de otitis medias purulentas agudas y crónicas, rebeldes a toda terapéutica, pueden curar en un período de tiempo relativamente breve apenas se libera la rino-faringe de la tonsila hipertrófica y del moco-pus infecto.

COMENTARIO. — Si en realidad no son ninguna novedad los conceptos emitidos por el autor en su trabajo, es indudable que no dejan de ofrecer un interés práctico de la mayor importancia, toda vez que viene a ser un grano de arena que sumar al montón que la escuela italiana viene de algún tiempo a esta parte amontonando sobre el trascendental asunto de la lucha contra el adenoidismo, tan lamentablemente descuidado en nuestra patria.

De los muchos trastornos que en el organismo producen las vegetaciones adenoides, no son los del aparato auditivo los que menos importancia tienen, ciertamente, y si bien es cierto que no deja de ser una exageración la audaz afirmación del autor de que la otitis es un síntoma de la hiperplasia adenoídea (única objeción que cabe hacer a su trabajo, aparte de su falta de originalidad), su extraordinaria frecuencia autoriza a prestarle al tema toda la atención que indudablemente merece.—J. DUERTO.

WORMS, MOATTI y RATEAU (París). — *Aplicación de las corrientes electro-anestésicas de Araya en O. R. L.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etcétera»; núm. 10, octubre, 1930. París).

Si se admite la hipótesis de Araya, ha de aceptarse la existencia de un flujo nervioso que circula normalmente en el organismo desde el bulbo hacia las circunvoluciones frontales, y desde éstas, por la vía motriz, hasta todas las extremidades periféricas del cuerpo. El método de Araya tendría la propiedad de recolocar la corriente nerviosa en las condiciones normales de vibración, lo que traería consigo la supresión de las corrientes desviadas del influjo normal, que como corrientes parásitas, serían el origen del dolor.

El señor Worms, ha empleado esta terapéutica en varios enfermos, fruto de cuyos ensayos es el trabajo que extractamos, en el que da a conocer los resultados obtenidos en diez y seis enfermos (cuatro de neuralgias faciales y doce de sordera, vértigos y zumbidos).

Se extienden los autores en consideraciones sobre los caracteres de esta clase de corrientes, su modo de aplicación, y exponen los resultados logrados, terminando su interesante trabajo afirmando que las corrientes de Araya prestan apreciables servicios en el tratamiento de ciertos trastornos auriculares tenaces, en los que los medios clásicos se han mostrado anteriormente aleatorios, con la particularidad de que son completamente inofensivas, de fácil aplicación y dignas por lo tanto de entrar en la práctica corriente, en la que se muestran

superiores a los otros agentes físicos, cuando se trata de combatir manifestaciones tan rebeldes como los vértigos y los zumbidos.

COMENTARIO. — El empleo de estas corrientes no es nuevo en terapéutica. Ya Sicard lo ha empleado con éxito en distintos casos, pero de todos modos es al laringólogo de Val-de-Grace a quien corresponde el mérito de haber sido quien primeramente las ha aplicado a la especialidad.

Nosotros no tenemos experiencia sobre ellas, por cuya razón hemos de abstenernos de dar una opinión tanto favorable como adversa, pero a juzgar por lo que en una de las Sesiones celebradas por la Sociedad de Laringología de los Hospitales de París, el pasado año en el Servicio del doctor Rouget, observamos, preciso nos es confesar que su manejo es de lo más sencillo y los resultados de lo más halagadores en el tratamiento de ciertas afecciones de la especialidad.—J. DUERTO.

OFTALMOLOGÍA

TERRIEN, SAINTON y VEIL (París). — *Exoftalmia progresiva por neoformación del lóbulo frontal.* — («Archives d'Ophtalmologie», julio, 1930. París).

Observación clínica interesante por la rareza de la lesión, la evolución lenta, la ausencia de trastornos funcionales apreciables y la dificultad de diagnóstico.

Enfermo de sesenta y cuatro años, que desde hace treinta y ocho presenta una gran exoftalmia, y hace tres meses le apareció bruscamente y a consecuencia de un vahído, una hemianopsia homónica derecha completa con conservación de la visión macular. Esta exoftalmia es consecutiva a una neoformación que ocupa toda la región del lóbulo frontal, destruyendo toda la bóveda de la órbita e invadiendo la mitad superior de dicha cavidad. A pesar de la extensión de las lesiones, el globo ocular está indemne, la agudeza visual sensiblemente normal, la papila y retina sin edema ni éxtasis papilar. La parte inferior del frontal está destrozada, llegando esta destrucción por detrás hasta cerca de la silla turca, comprobado esto por radiografías estereoscópicas. No hay ningún trastorno en el dominio de la primera rama del trigémino ni existe ningún trastorno en el sentido del olfato.

La aparición de la hemianopsia hace pensar en la extensión de las lesiones originales hasta la cintilla óptica, pero cualquiera que sea el diagnóstico sobre la naturaleza de esta neoformación orbitaria y supra orbitaria derecha, la integridad del campo visual nasal derecho y la ausencia de todo trastorno objetivo, de toda lesión quiasmática, de toda parálisis óculo motriz, no permite aceptar la hipótesis de una extensión del tumor o de una metástasis tumoral

comprimiendo la cintilla óptica izquierda y determinar dicha hemianopsia lateral homónima derecha. Se trata más bien de una lesión de origen hemorrágico en el territorio de la cerebral posterior, determinando un foco de reblandecimiento de la cuña izquierda y de ahí la hemianopsia derecha mencionada. La lesión arterial puede ser la consecuencia de una arteritis sifilítica, a pesar de ser negativa en este enfermo la reacción de Bordet-Wassermann.

Hacen los autores algunas consideraciones sobre la naturaleza de la neoformación causante de la exoftalmia, y terminan diciendo que sea lo que sea, teniendo en cuenta la benignidad de esta afección, creen contraindicada toda intervención quirúrgica.—R. Loscos.

H. VILLARD (Montpellier). — *Epiescleritis Catamenial.* — («Archives d'Ophtalmologie», agosto, 1930. París).

En el aparato ocular, la menstruación es susceptible de provocar cierto número de manifestaciones morbosas localizadas en las diversas partes del mismo, pero no a todas por igual, habiendo algunas, entre ellas la esclerótica, menos frecuentemente atacadas; la mayor parte de las obras consagradas al estudio de las relaciones que existen entre la menstruación y la patología ocular, no mencionan nada de esclerótica. Eso le ha decidido a presentar el caso clínico de una señora de cuarenta y dos años, que desde hace cinco, invariablemente, unos días antes de presentarse el período menstrual le aparece una inflamación en el ojo izquierdo, que resulta ser una epiescleritis. El examen genital de la enferma acusa una metritis crónica y útero en retro-versión: reacción Bordet-Wassermann negativa. La toma de sangre necesaria para dicha reacción fué hecha por casualidad ocho días antes del período, y fué el primer mes que no se presenta la epiescleritis; al siguiente mes hizo su aparición la epiescleritis; al tercer mes se le sacó de nuevo sangre para dosificación de urea, y la inflamación ocular no se presentó durante la regla. Muy animada la enferma, se hacía una pequeña sangría cada mes unos días antes de la presentación del período menstrual, no apareciendo ninguna vez la inflamación ocular; quiso hacer la contraprueba, no sangrándose, y la epiescleritis aparecía. Por resultarle pesado sangrarse cada mes, aunque era muy poca cantidad, decide un mes sacarse seiscientos centímetros cúbicos de sangre, y la crisis de epiescleritis faltó durante seis meses. Han transcurrido dos años y la enferma está igual, es decir, si hay sangría, no hay epiescleritis, y viceversa.

Dada la constante relación de causa a efecto entre la menstruación y la epiescleritis en esta enferma, es por lo que el autor afirma que dicha epiescleritis es de naturaleza catamenial, encontrando difícil explicar por qué mecanismo la menstruación la produce.

Parece que en esto juega un importante papel la congestión ovárica precedente a las reglas en el momento de formación de los cuerpos amarillos que se producen unos doce días antes de la aparición de la pérdida menstrual, ya que en estos días precisamente aparece la inflamación ocular sin faltar esta coincidencia durante cinco años. Lo que resulta difícil de explicar es la influencia ejercida por la sustracción de una pequeña cantidad de sangre en la evolución de esta epiescleritis catamenial, ya que durante dos años ésta no se ha presentado siempre que se ha practicado una sangría ocho o diez días antes de la regla.

¿Cuál puede ser la causa de esta influencia frenatriz de la sangría sobre la aparición de la epiescleritis catamenial? No encuentra el autor una explicación satisfactoria: lo único que afirma es que no es cuestión de autosugestión, ya que la enferma no podía sospechar la acción favorable de las dos primeras extracciones de sangre para los análisis mencionados. De todos modos, en este caso hay un punto interesante e instructivo, y es la aplicación terapéutica, puesto que es un tratamiento sencillo y completamente inocuo.—R. Loscos.

E. MORELLI (Siena). — *Sobre una alteración de desarrollo de los procesos ciliares.* — («Bollettino d'Oculistica», diciembre, 1930. Florencia).

Describe el caso clínico de una niña de ocho años, que en el campo pupilar de su ojo derecho presenta sesenta y dos fibras pigmentarias completamente independientes del borde pupilar y que estaban adheridas a una catarata membranosa.

El autor hace algunos comentarios para explicarse el origen de esta anomalía, terminando por admitir la posibilidad en el sexto u octavo mes de vida intrauterina de un proceso ciclítico del ojo derecho, capaz de determinar la adherencia de los procesos ciliares al cristalino. Al seguir el desarrollo de estos procesos ciliares y formarse la cámara anterior, fueron extirpados y dieron lugar a la formación de aquellas fibrillas. Dice Morelli, es el primer caso de esta naturaleza descrito.—R. Loscos.

C. GIANNANTONI (Florencia). — *Investigación experimental sobre la acción del bacilo del tifus sobre el nervio óptico.* — («Bollettino d'Oculistica», diciembre, 1930. Florencia).

Hace el autor una recopilación de todos los trabajos publicados sobre el asunto, resultando que la neuritis óptica consecutiva a la fiebre tifoidea es muy rara: Wetz (1902), en 245 casos de neuritis óptica de orígenes distintos, solamente encuentra uno debido al tifus.

Giannantoni ha practicado inyecciones subconjuntivales de gérmenes vivos del bacilo del tifus en ocho conejos por vía subconjuntival; por vía retrobulbar, en doce, y por vía endovenosa en cuatro; con toxina tífica, inoculación subconjuntival, retrobulbar y endovenosa, dos conejos de cada forma.

Del examen histológico practicado en los nervios ópticos de dichos conejos, ha sacado la consecuencia que sólo en poquísimos casos encontró alteraciones, y aun éstas muy insignificantes. Este resultado está de acuerdo con la experiencia clínica, la cual demuestra lo raro de la lesión del nervio óptico en la fiebre tifoidea. Admite el autor que esto es debido en parte a la diversa virulencia de los gérmenes, pero todavía más importante la particular condición general o local del organismo.—R. Loscos.

A. DE LIETO VOLLARO (Milán). — *Pseudoglioma de voluminosa bolsa de equinococos intraocular.* — («Bollettino d'Oculistica», diciembre, 1930. Florencia).

Entre las varias localizaciones que el equinococo puede tener en el organismo humano, la intraocular es indudablemente la más rara, como lo demuestra el escaso número de observaciones existentes en la literatura oftalmológica. Aun en una región como Cerdeña, donde la hidatidosis representa un coeficiente importante de la casuística clínica general, el equinococo intraocular constituye una rareza excepcional.

Antes de describir su caso clínico, único según el autor publicado en Italia, menciona el notable trabajo de Demaria, «Quiste hidatídico intraocular», publicado en «Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos», en noviembre de 1916; este autor, además de un caso observado por él, estudia detalladamente cinco casos publicados por Cescheidt, Hiil, Griffith, Werner, Wood y Schöltz.

Niño de cinco años presenta síntomas que hacen pensar únicamente en un glioma de retina; se enuclea el ojo enfermo, y después de fijado e indurado convenientemente, practica en él dos incisiones antero-posteriores paralelas en sentido horizontal, con objeto de obtener una porción superior, otra inferior y una media que abarcase la región papilar. Gran sorpresa al ver que en vez de encontrar una masa sólida al hacer la primera sección, se derrama un líquido; las tres porciones hechas del globo ocular aparecían vacías y sin vestigios de vitreo, pero revestidas de una membrana de color claro, continua y homogénea, de aspecto de clara de huevo coagulada, íntimamente adosada a las membranas oculares; la superficie interna de dicha membrana presentaba pequeños granos intensamente blancos, diseminados por varios puntos: el análisis histológico de la membrana cística, además de los caracteres del líquido, confirma claramente se trata de un quiste hidatídico. Hace luego el autor algunas consideraciones respecto a las alteraciones producidas por el quiste hidatídico

en las membranas oculares, y el modo de entrar en el ojo el equinococo, que fundándose en las experiencias hechas por Dévé, en conejos, es por vía sanguínea; el asiento del equinococo dentro del ojo es, fundándose en las mismas experiencias de Dévé, subretiniano, si bien en algunos casos tiene su desarrollo en plena cavidad ocular.—R. Loscos.

L. WEEKERS (París). — *Tratamiento de los ojos dolorosos y visión dudosa por la inyección orbitaria de alcohol poco concentrado.* — («Archives d'Ophtalmologie», mayo, 1930. París).

Cuando la visión de un ojo está completamente abolida y existen dolores que obligan a pensar en la enucleación, se recurre algunas veces a suprimir los dolores y conservar el globo ocular por las inyecciones orbitarias de alcohol concentrado (80 por 100). Los efectos de dichas inyecciones sobre el síntoma dolor son muy manifiestos, si bien con frecuencia son pasajeros, no durando sino algunas semanas.

El autor ha pensado en utilizar las ventajas de estas inyecciones en las afecciones oculares en evolución, con persistencia de la visión y que provocan fuertes dolores, no combatidos con los analgésicos habituales; lesiones traumáticas, úlceras de córnea graves más o menos tórpidas, irido-ciclitis hipertensivas, afecciones herpéticas de la córnea, queratitis neurálgica, queratitis filamentosa, escleritis, etc.

Debido a la protección de sus vainas, no es atacado el nervio óptico por el alcohol.

La técnica es la siguiente: inyecta antes en la órbita un c. c. de solución de novocaína al 2 por 100, de igual forma que para practicar la anestesia retro-ocular; deja la cánula puesta y a los pocos minutos inyecta lentamente un centímetro cúbico de alcohol al 20, 30 ó 40 por 100. Hecho así, el alcohol se diluye en el edema provocado por la solución de novocaína, resultando completamente indolora.. La cánula será de tres y medio centímetros de larga, y debe tomarse la precaución de que su punta esté en el centro de la órbita en el momento de la inyección; una vez atravesada la comisura palpebral externa, se dirige la aguja hacia arriba y adentro; sin esta precaución se inyecta el alcohol contra la pared externa de la órbita, estando expuestos a provocar una parálisis del músculo recto externo que, desde luego, carecería de gravedad y sería transitorio, pero no se calmarían los dolores por no llegar a los nervios ciliares.

Los efectos de estas inyecciones son inmediatos, produciendo muy poca reacción; únicamente al día siguiente se nota un poco de edema palpebral;

durante los primeros días se nota una ligera disminución de la sensibilidad de la córnea, pero se recobra íntegramente sin que los dolores aparezcan.

La inyección de alcohol poco concentrado en la órbita, tiene una acción hipotonizante manifiesta en el glaucoma absoluto.

Aparte de su acción sobre la tensión ocular, las inyecciones analgésicas de alcohol no parecen influir en la evolución de la afección ocular; después de la inyección de alcohol, el enfermo se encuentra mejoradísimo y, en cambio, los síntomas objetivos apenas se han modificado.—R. Loscos.

FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA

J. LENTINI (Barcelona). — *Seis años de práctica en el tratamiento de las hemorroides por el tratamiento esclerosante.* — («Anals de Medicina», núm. 12; diciembre de 1930. Barcelona).

El método de tratamiento de las hemorroides, por las inyecciones esclerosantes, no ha entrado de una manera definitiva en la práctica corriente.

El primero que lo utilizó fué Mitchell, en 1871, y sucesivamente se ha ido extendiendo el procedimiento, con bastante buenos resultados.

A primeros del año 1924 se empezó a practicar este tratamiento de las hemorroides, por las inyecciones esclerosantes, en el servicio del Dr. Bersaude, del Hospital de San Antonio de París.

El autor describe la técnica, que no requiere especialización, teniendo el sencillo instrumental que se necesita. El número de inyecciones necesarias para la curación de la enfermedad, varía entre seis y doce.

Insiste mucho el autor en la limpieza más escrupulosa del recto, antes de la inyección. El enfermo ha de renunciar al deseo de defecar, que sentirá al cabo de media hora de la inyección, pues el tenesmo es pasajero y producido por el líquido inyectado.

Las inyecciones se repetirán semanalmente y, por tanto, la duración del tratamiento oscilará entre seis y doce semanas, pero si se trata de enfermos con gruesas masas hemorroidales, podrán practicarse las inyecciones con sólo cuatro o cinco días de intervalo y así el tratamiento será más rápido.

Estas inyecciones pueden ser de dos tipos: las intravenosas y las perivenosas. Las primeras, son muy difíciles, pero son las preferidas. El punto preciso para la inyección varía según los casos.

Así por ejemplo, la práctica ha demostrado, que cuando se trata de gruesas hemorroides, no se ha de pinchar jamás en plena mucosa hemorroidal, antes

al contrario, en la mucosa sana, junto a las hemorroides, ya que si no se hiciera así la mucosa hemorroidal sería una puerta de entrada abierta a la infección.

En cambio, en las hemorroides ligeras, es mejor introducir la aguja dentro de la hemorroide.

Los líquidos esclerosantes empleados por diversos autores son: el clorhidrato doble de quinina y urea, al 5 por 100; la glicerina fenicada (solución de ácido fénico a partes iguales, de agua destilada y glicerina al 10 por 100), etc., etc.

El método esclerosante es de resultados excelentes, pero no debe aplicarse a las hemorroides externas, pues éstas son tributarias de un tratamiento quirúrgico o electivo.

El procedimiento está reservado a las hemorroides internas, en sus tres grandes grupos: hemorrágicas, procidentes y dolorosas.

En las hemorrágicas, los resultados son sorprendentes desde la primera o segunda inyección, pues desaparecen totalmente las pérdidas hemorrágicas, tanto si se trata de hemorragias copiosas como de pequeñas pérdidas repetidas.

Hemos de abstenernos de practicar el procedimiento durante el embarazo, en los casos de estrangulación hemorroidal y en los que existen las hemorragias con una fisura anal.

Entre los accidentes pueden mencionarse los siguientes: 1.º fenómenos dolorosos. Cuando se domina la técnica, las inyecciones son completamente indoloras; 2.º fenómenos de intolerancia para la quinina (sordera, vómitos, náuseas), pero todos de corta duración; 3.º formación de una escara, y 4.º fenómenos de infección, únicos temibles, pero que pueden llegar a ser suprimidos extremando las precauciones de asepsia.

Conclusiones:

1.º El método esclerosante es, por la fácil aplicación y excelentes resultados, el procedimiento de elección en el tratamiento de las hemorroides internas.

2.ª Este procedimiento no ha de ser aplicado a las hemorroides externas.

3.ª Cuando coexistan hemorroides internas y externas, como éstas no son beneficiarias del tratamiento esclerosante, han de ser tratadas quirúrgicamente, y

4.ª Cabe aceptar un procedimiento combinado para las diferentes modalidades de complicaciones de las hemorroides internas.—Ramón Celma.

M. GARRIGUES ORELLANA (Valencia). — *Contribución a la crenoterapia española de algunas enfermedades del aparato digestivo.* — («Crónica Médica», número 767; 15 de febrero de 1931. Valencia).

Es preciso que en España se estudie detenidamente el asunto de sus aguas minero-medicinales, porque su riqueza es grande y sus condiciones climatológicas abonan en su favor.

Los balnearios españoles deben prodigar sus publicaciones, que condensen la labor que realizan y los resultados obtenidos por los enfermos. Es decir, los balnearios deben ser centros de estudios. Esta es la forma de que resurjan como merecen los balnearios españoles.

Cuantos enfermos lleguen a los balnearios, deben ser catalogados en cuadros precisos y ponerles el tratamiento adecuado.

Los enfermos no deben ni pueden ser abandonados a sus propias iniciativas. Una cura de aguas debe ser siempre controlada por el médico.

El autor se refiere a experiencias hechas en Hervideros de Cofrentes, y con ellas a la vista, pasa revista a las clases de enfermos que deben ser tratados por la cura de aguas.

La *litiasis biliar*. — Hoy bien estudiada por medio de los Rayos X.

Estos enfermos deben ser cuidadosamente estudiados, siendo preciso elegir el momento para aconsejar una cura de aguas. Los litiásicos biliares deben estar en perfecto estado de acoluria, en relación con la manifestación dolorosa de la enfermedad (cólico hepático), es decir, que debe transcurrir cuando menos un mes de dicha manifestación dolorosa para que se aconseje una cura de aguas, máxime teniendo en cuenta la irritabilidad de la vesícula. La infección debe estar también amortiguada.

Por otra parte, ¿cómo vamos a dar igual cantidad de agua a un litiásico biliar que tuvo su último cólico recientemente, como a otro enfermo que tiene un síndrome clínico amortiguado?

La cura hidromineral no es problema de cantidad, sino que obra por el conjunto de acciones de orden químico y físico que hacen tolerables los cálculos y modifican las paredes de la vesícula.

Cosa parecida sucede con el régimen alimenticio. En los balnearios no pueden hacerse excesos de ningún género. El reposo y la despreocupación son factores indispensables para el éxito.

Colecistitis. — Los enfermos de colecistitis que tienen su vesícula biliar con focos infecciosos latentes, hay que tratarlos con cuidado sumo, porque con gran facilidad presentan reacciones febriles y dolorosas que hacen suspender su cura de agua, a veces difinitivamente. Hay que decir, no obstante, en honor a la verdad, que si el proceso está bastante apagado y las dosis iniciales de agua son moderadas, nunca se ven reacciones vesiculares violentas y sí muchas curaciones clínicas que han favorecido enormemente al enfermo y le han evitado seguir por derroteros siempre peligrosos, pues no hay que olvidar la participación que en determinadas circunstancias toma la serosa peritoneal y el cuidado que esto reclama, pues las supuraciones vesiculares ya sabemos requieren tratamiento quirúrgico inmediato.

Nosotros, y no nos arrepentimos de ello, siempre que hemos tenido que prescribir agua a un enfermo de colecistitis, se ha tanteado la manera de reaccionar el individuo en cuestión con cantidades moderadas, aumentando estas precauciones en aquellos casos en los cuales la fase aguda de reacción vesicular era muy reciente.

Ictericia. — Dejando a un lado la ictericia por lesión de la célula hepática y que requiere un tratamiento que no es del caso, se refiere el autor a las ictericias mecánicas.

¿Qué puede tener un enfermo con ictericia completa?

Puede ser una obstrucción de colédoco debida a un cálculo o a una compresión del mismo por un cáncer de la cabeza del páncreas.

Un enfermo puede tener un cólico hepático, quedando ictericia y algunas décimas de fiebre, y en este caso la cura hidromineral está indicada.

Pero cuando el enfermo llega a un estado de oclusión completa de colédoco, aun cuando muchos tienen criterio intervencionista, se han experimentado mejorías ingiriendo pequeñas cantidades de agua en los períodos de acalmía.

En los casos de cirrosis constituídas, nada tiene que hacer la crenoterapia.

De modo es que en todos aquellos casos de colémicos, convalecencia de ictericias agudas, sobre todo catarrales, enfermos operados de obstrucción calculosa de colédoco, enfermos con trastornos mínimos de la función de la célula hepática, sí que debe hacerse una cura de agua bien reglada, y en los enfermos de obstrucción completa de colédoco, después de cuatro semanas, como máximun, de su comienzo, y ateniéndonos siempre a las condiciones del caso clínico, aconsejamos una intervención quirúrgica, pues cada día que pase, la situación empeora, dando lugar esta espera a que más tarde, agotadas las reservas de glucógeno y gravemente interesada la célula hepática, o no se puede resolver el caso o bien siendo la operación correcta muere el enfermo de acidosis, modalidad temible de la insuficiencia hepática, y a la cual tan justamente le temen los cirujanos del mundo entero.

En relación con estas intervenciones, sean de colédoco o de vesícula biliar, puede y debe realizarse post-operatoriamente una cura crenoterápica, porque, según se hace constar en otro lugar de este trabajo, el órgano fabrica cálculos por predisposiciones locales, es verdad, pero jugando un gran papel la viciación humoral, que el agua puede llevar a sus cauces propios luego que el bisturí ha quitado la espina irritativa y los cálculos capaces de alterar y dificultar la función de los órganos en los cuales asientan.

Estreñimiento. — Sabido es la multitud de facetas que presenta. ¿Qué estreñidos pueden ser mejorados con una cura hidromineral?

En todos aquellos casos de estreñimiento habitual, asociado a expulsión de membranas y moco, se han conseguido notables resultados, que equivalen a una curación clínica.

Vómitos acetonémicos. — Frecuentes en niños que sufren acetonemias como consecuencia de su insuficiencia hepática.

En estos casos se han obtenido verdaderos éxitos.

Enfermedades de la nutrición. — Obesos, gotosos, diabéticos, etc.

No está bien estudiado, pero, en general, las aguas minero-medicinales obran sobre el metabolismo, es decir, que tienen una acción general que equivale tanto como decir que actúan sobre el proceso todo de la nutrición del individuo.—RAMÓN CELMA.

F. BASCOMPTE LAKANAL (Barcelona). — *Paratiroides.* — (Sesión correspondiente al Curso de Farmacología Experimental, celebrado en el «Instituto de Medicina Práctica», 1931. Barcelona).

Las glándulas paratiroides fueron descubiertas por Sanstrom, en 1880. Su fisiología se ha estudiado practicando la paratiroidectomía en animales, operación que causa la *tetania paratíreopriva,* con sintomatología típica, en la que destacan las desordenadas contracciones musculares, el descenso del calcio sanguíneo y las alteraciones en el esmalte dentario, uñas y cabellos, que caen. El calcio es un metal íntimamente relacionado con las funciones de las paratiroides. El calcio se halla en el plasma sanguíneo, en forma de sales poco solubles, que contribuyen al sostenimiento del tejido óseo. Además, el calcio aumenta el tono cardíaco y de las fibras musculares, inhibiendo la excitabilidad neuromuscular y regulando también el tono vegetativo. El calcio se absorbe por el estómago, acto favorecido por la presencia de la vitamina D en el contenido estomacal.

Además de la paratiroides, intervienen en la regulación del calcio, el hígado y las glándulas genitales.

La incapacidad de los plasmas para retener el calcio en la tetania paratireopriva, se cree debida a una hiperguadinemia sérica, ya que la guanidina determina una hiperexcitabilidad muscular, con tendencia a la hipocalcemia sin tetania (en la diabetes) así como el caso inverso. Pueden los extractos de paratiroides corregir la tetania, sin modificar la calcemia.

Existen venenos con tropismo positivo para las paratiroides. De ellos citaremos el talio, tan empleado como antisudoral y depilatorio.

Fármacodinamia: Fueron disimilares los primeros resultados obtenidos con el empleo de las paratiroides. Muchos autores reputaban de inactivos los preparados que se administraban orales. Fueron Collip y Clark, quienes, macerando paratiroides de buey con Cl H caliente al 5 por 100, enfriando y precipitando con más ácido, alcalinizando luego y uniendo ambos precipitados, que se conservaban en la heladora, obtuvieron la «paratirina».

Se ha adoptado como unidad de la paratirina «la cantidad de paratiriná que aumenta en 5 mlgrs. por 100 c. c. de plasma, la calcemia de un perro de veinte kilogramos de peso en quince horas». Los efectos de la paratirina, son: bajar el nivel del calcio sanguíneo, reforzar la acción hipoglucémica de la insulina, bajar al nivel de los halógenos sanguíneos y aumentar la viscosidad sanguínea.

Las *indicaciones* de la medicación paratiroídea se resumían antes a la tetania, que continúa siendo hoy la principal indicación (tetania paratíreopriva postinfecciosa o criptogénica y la intermitente de los basedowianos). También está indicada en la tetania latente (con Dwchostek y calambres); en la catarata bilateral cortical (producida por hiperconcentración protéica del humor acuoso, por hipersecreción a nivel de los procesos ciliares); en los estados de hipocalcemia sin tetania. En el asma bronquial, diátesis exudativas, urticaria, raquitismo. En procesos esclerósicos: enfermedad de Dupuytren (retracción de la aponeurosis palmar) y otitis esclerosa. En la tos ferina. En los síndromes hemorrágicos (menorragia). En la tos, dolores de costado y hemoptisis de la tuberculosis pulmonar. En las úlceras duodenales que estallan con hipocalcemia. En las heridas o úlceras que cicatrizan difícilmente.

Los medicamentos susceptibles de asociarse a la paratirina son: el calcio, la opoterapia tiroídea (que unida a los extractos tiroídeos actúa favorablemente en la tetania y espasmofilia infantil); los bromuros cuya acción es así, reforzada en la epilepsia; el ácido clorhídrico. Las dosis repetidas causan un síndrome hipercalcémico, con tos seca, calor, palidez, estreñimiento, atonía nerviosa y aun hemorragias gastrointestinales.

Preparados que se emplean de paratiroides, son: La glándula fresca (oral), a dosis de 8-12 corpúsculos diarios; el polvo desecado en píldoras de 0,03 gr. (tres diarias); el extracto fluído a dosis de cincuenta a cien gotas diarias.

Preferible es el uso de extractos glicerinados a dosis de 1-2 c. c. La paratirina (media a una unidad por kilogramo de peso de la persona). El «paratormon» y el «paratotal» también son de buenos efectos.—*Comunicación directa.*

F. BASCOMPTE LAKANAL (Barcelona). — *Tiroides.* — (Sesión correspondiente al Curso de Farmacología Experimental, celebrado en el «Instituto de Medicina Práctica», 1931. Barcelona).

El tiroides tiene una influencia plástica, morfógena, sobre la osificación y desarrollo del sistema óseo, sobre los pelos y dientes, órganos genitales y sistema nervioso. Corolario de tal acción es la que posee, referente a la aceleración de las metamorfosis en batracios, renacuajos y axolotes, propiedad

que ha sido utilizada para la valoración biológica de los extractos tiroídeos. Tiene asimismo una influencia metabólica, acelerando los cambios metabólicos y respiratorios; una influencia trófica, que actúa sobre la nutrición de la piel y mucosas; una influencia neurotónica, sobre el tono del intelecto y el sistema nervioso central.

Fué en 1865 cuando Baumann descubrió la yodotirina, que fué seguida por el descubrimiento, en 1868, de la yodotíreoglobulina. El descubrimiento ulterior de la tiroxina resumió y comprendió en ella todas las actividades tiroídeas.

Pasemos a la fármacodinamia de la tiroxina y los extractos tiroídeos: La acción hiperglicémica, activadora de la glucogenolisis, es análoga a la que produce la adrenalina y los extractos hipofisarios.

La acción sobre la coagulabilidad de la sangre, es en el sentido de aumentarla.

Acción sobre el metabolismo basal: Aumenta el metabolismo basal; aumentando la eliminación de CO_2 y el consumo de oxígeno. Consecuente con esto, aumentan los extractos tiroídeos la defensa para venenos como el acetonitrilo (generador de C N H), que tolera mejor, gracias a tales extractos. Este dato ha dado base para verificar una valoración biológica de los preparados tiroídeos.

Sensibilizan el simpático a la acción de la adrenalina, aumentando el poder vasoconstrictor de la adrenalina.

La acción diurética, no bien conocida, parece ejercerse por modificaciones en la inhibición de los endotelios y el equilibrio de los plasmas.

Pasemos a la Terapéutica: Puede hacerse una opoterapia indirecta y directa; directa, se hace con injertos glandulares, de los que existen tres tipos: el autoinjerto, que en el hombre no es factible.

El homoinjerto, se hace con fragmentos de tiroides de un animal, que se injertan en otro animal de la misma especie, pero fracasa casi siempre, así como es de nulo efecto el injerto practicado en un animal, de tiroides de otro animal de diferente especie.

El empleo de la glándula fresca tiene sus inconvenientes, tales como: la repugnancia del enfermo y la alterabilidad del producto. Preferible es el empleo de los preparados desecados y los extractos glicerinados o tiroidinas.

Las indicaciones generales, son los grandes accidentes de insuficiencia tiroidea, o sea el mixedema congénito y del adulto, el mixedema parcelar, el cretinismo endémico, el hipotiroidismo paroxístico y la senilidad precoz. El hipotiroidismo traducido en signos, tales como: edemas, palidez matutina, accidentes por insuficientes termogénesis, escalofríos, accidentes por déficit vasomotor (sabañones), anorexia, constipación atónica, tortícolis, lumbago, reumatismo crónico, insuficiente desarrollo pilar, indolencia, astenia, somnolencia y disminución de la memoria.

Otros síntomas de disfunción tiroide, son: el neuro-artritismo, las crisis de enterocolitis mucomembranosa, el asma nasal, la jaqueca y la oftálmica, los edemas paroxísticos, la dermatosis, eczemas y psoriasis.

Otras indicaciones son los casos de hiperfunción tiroidea, tiroidolepsia, tiroidocrinosos; o distiroídea: temblor, taquicardia, palpitaciones, llamaradas de calor, edemas calientes y coloreados, angustia, apetito exagerado, emotividad excesiva, etcétera.

Las contraindicacioness son: Primera y principal, el Basedow. Exceptuaremos los hipertiroidismos de Plumber, por adenoma tiroideo. Además la tuberculosis febril, las cardiopatías descompensadas y el cáncer.

Los accidentes acaecidos por el empleo de esta opoterapia, eran antes frecuentes y graves, consistiendo en accidentes cardíacos, crisis epileptiformes y eritemas. Hoy son raros, observándose únicamente pequeños fenómenos de hipersimpaticotonía, temblores, angustias y taquicardias que ceden pronto.

Por la acción diurética mencionada, es útil la opoterapia tiroidea, en las formas de oliguria renales y cardíacas. En las formas hepáticas fracasa.

La dosificación es variable. Las dosis altas estarán indicadas en las grandes insuficiencias tiroideas (mixedema) y cuando se use la opoterapia tiroidea como diurética, casos en que emplearemos hasta **0.30** y 0.40 **gramos** diarios. Las dosis medias las daremos en los pequeños hipotiroidismos, concomitantes con algún síntoma hipertiroideo; siendo tales dosis de 5 a 10 centigramos. Cuando exista hipotiroidismo, pero sobre él predomine el hipertiroidismo, daremos 5-20 miligramos.

Marañón llama *mordientes* a los extractos tiroídeos, por poder ejercer dicha función respecto a otros fármacos; así el extracto tiroideo aumenta la eficacia del salicilato sódico en la poliartritis reumática aguda. El atofán, también es mejor tolerado y más eficaz si se administra junto con los extractos tiroideos.

En posología tiroídea, dos grandes principios deben de dirigir nuestra actuación: a) Hacen más efecto dosis pequeñas y sostenidas, que dosis masivas y tardías. b) La dosis de un miligramo de tiroxina requiere una semana para actuar. Recordemos siempre su actuación tardía. — *Comunicación directa.*

B. SCHIASSI (Bolonia). — *Cuál debe ser la fórmula de la solución denominada «Lebenrettende» para que sea realmente útil.* — («Il Policlinico», 2 marzo de 1931. Nápoles).

Es opinión corriente que el llamado suero fisiológico corresponde a la solución de 7 por 100 por 1.000 de cloruro sódico designada por Kroniger como la *salvadora de la vida.* Considera el autor que la introducción de este suero en cantidades algo elevadas no siempre conduce a la mejoría inmediata y

tardía del enfermo, sino que después de un período de alivio puede tener lugar la muerte del mismo en colapso progresivo. Kroniger, al imaginar su solución había tenido en cuenta únicamente el elemento mecánico e hidráulico, sin pensar en el químico y biológico. Pero como la solución exclusiva de cloruro sódico no responde a la composición químico-física del suero, ha de buscarse un medio de sustituirla y mejorar los resultados.

Después de señalar la necesidad de adicionar el calcio y el potasio a dicha solución, por cuanto el cloruro sódico en cierta cantidad es capaz de substraer el calcio a los tejidos, produciendo síntomas graves por parte del sistema nervioso, ha propuesto una solución cuya composición es apropiada para hipodermoclisis, cuya fórmula es como sigue:

Cloruro sódico	6	gr.
Cloruro potásico.	0,50	»
Cloruro de calcio cristalizado.	3	»
Glucosa blanca purísima.	3	»
Bicarbonato de sodio	0,50	»
Agua destilada	20	»

Para el uso intravenoso ha querido que la solución poseyera igual composición química, pero que a la vez adquiriera el estado coloidal necesario para evitar trastornos de los coloides intraorgánicos. A este objeto ha adicionado a la fórmula anterior 20 gr. de goma arábiga, consituyendo así un líquido dotado de propiedades isotónicas e isoviscosas.

Para el uso rectal mediante el goteo, modifica la fórmula primitiva, aumentando hasta la cifra de 50 gr. la glucosa, adicionando al propio tiempo 15 gr. de alcohol etílico puro, que dice favorecer la penetración del líquido a través de las túnicas intestinales, dilatando los vasos sanguíneos.—RAMÓN CELMA.

UNIVERSIDAD DE VERANO DE JACA

LA BELLEZA Y LA MODA VISTAS POR UN MEDICO

CONFERENCIA PRONUNCIADA POR EL

DR. RICARDO HORNO ALCORTA
ZARAGOZA

Si poseyese yo la inspiración poética de Ricardo de León, de Benavente, de Marquina, de tantos otros como son y han sido, podría deleitaros con sólo divagar, soñar un poco. Pero he de conformarme con lo que soy; y así, voy a exponeros el porqué uní esos dos nombres para dar título a esta conferencia.

Es la belleza la cualidad exterior que atrae, subyuga, domina y suscita en nosotros, por sí sola, una emoción artística no comparable con ninguna otra. Es en la mujer el arma más poderosa para obtener su soberanía.

La belleza del cuerpo, no siempre perfecta, está como veremos luego en relación muy estrecha con la salud; y la moda, cuyo único objeto es realzar lo bello y ocultar a nuestros ojos lo que así no es, perjudica a veces con sus tiránicas leyes a la salud.

De aquí la relación íntima de la salud con la moda y de ambas con la belleza; de aquí que yo, sacerdote fervoroso de la salud, quiera hablaros de la belleza y de la moda.

I

La higiene como elemento indispensable para la regeneración de la raza

La Medicina no sólo sirve para prescribir medicamentos; la Medicina persigue el buen gobierno del individuo y de los pueblos. El Médico es algo más que el clínico a la cabecera del enfermo; el Médico es, el que puede dar a conocer los peligros que flagelan a la humanidad, dando a la vez los medios necesarios para prevenirlos o para extinguirlos.

Desde que tengo uso de razón estoy oyendo y comprobando que la raza degenera, que la raza va camino de su ruina. Y esto que no es un sueño,

sino una realidad, se debe entre nosotros al abandono, al olvido de los preceptos higiénicos.

Nada hay en la tierra tan útil y agradable para el hombre como la salud. En efecto; si os encanta la naturaleza, contemplad el paisaje más hermoso; si sois artistas, la obra de arte más perfecta; si literatos, la prosa más sugestiva o los versos más inspirados; si soñáis con poseer riquezas, imaginad que las vuestras son mayores que las de todos los potentados juntos. Y si cada una de estas agradables quimeras os parece poco, figuráos por un momento que reunís en vosotros cuanto la imaginación más poderosa pueda forjar y cuanto el cariño más apasionado pueda desear. Pero suponed a la vez que vuestros pulmones no funcionan bien, o que vuestras piernas no os consienten moveros, o que vuestro estómago no tolera los alimentos, o que vuestros ojos no ven, o que os es imposible hablar... y decidme, si cuanto constituye el afán del hombre, tiene para él la importancia que tiene su salud.

La vida debe ser alegre, cómoda, laboriosa; y sin embargo cuando a la vida le falta la salud, es triste, dolorosa, inactiva. Con salud se *palpa* el placer de vivir; sin ella, se siente la tristeza de morir.

Y es por falta de salud por lo que nuestro pueblo se agota, si no en número, en condiciones de vida. Y es por abandono ú olvido de la higiene por lo que falta la salud.

La mayor parte de las enfermedades que matan nuestro cuerpo o llenan de lágrimas nuestra existencia, está en nuestras manos evitarlas. ¡Y es tan fácil conservar la salud si se atiende a la higiene!

Para hacer higiene social, higiene colectiva, es indispensable la enseñanza individual de los sencillos preceptos que deben regirnos. Y así cuando en el ánimo de todos esté el cumplir ese deber de conservar su vida pura y sana, la regeneración nacional será un hecho, porque el hombre habrá de luchar debidamente por su mejoramiento social, en defensa de su vida y para honra de su patria.

Por ello vamos hoy nosotros a dedicar unos minutos a esta nobilísima tarea de hacer patria, tratando de cosas en apariencia supérfluas, pero que llevan consigo, capital importancia para la vida y la salud del individuo y de la raza.

La lucha entre el arte y la ciencia; necesidad de su unión

Arte es la moda y ciencia la higiene. Pues bien; desde hace muchos años, desde siglos hace, la higiene y la moda se tienen por enemigas. Nacidas para vivir juntas y para obrar de acuerdo, ponen sin embargo como un placer en desafiar la lógica, en contrariar al buen sentido, en entretenernos y en exasperarnos a veces con sus continuas discordias y sus inexplicables reyertas. Un duelo descortés y formidable las mantiene frente a frente. ¿Por qué? Porque ambas se disputan el cuerpo de la mujer para vestirlo.

Sus discusiones nacen de que no se han estudiado recíprocamente; de que por no haberse visto de cerca, no se han comprendido bien; se quieren mal porque se desconocen.

La higiene se propone la conservación de la salud; sus títulos para intervenir en todo cuanto con la salud se relaciona son, por lo tanto, muy respetables. Partiendo de esta idea, nuestros sabios, los hombres de espíritu cultivado en el estudio, concluyeron por afirmar, que no sólo eran los más respetables, sino los únicos legítimos. La moda protestó de esta afirmación y poniéndose a la cabeza del ejército femenino, que la sigue con una fidelidad rayana en la servidumbre, alzó bandera rebelde y obtuvo el triunfo, tratando de imponer al vencido la dura ley del silencio.

No hay razón para que la lucha vuelva a comenzar y para que volvamos a la misma derrota, pues vencería siempre la mujer; pero tampoco puede negarse que la protesta estaba justificada, pues si la moda aspira a realzar la belleza, no pueden negarse sus derechos. ¡Y en todo momento hay que ser sinceros!

El uso del vestido no nació en las edades primitivas por la necesidad de garantirse contra las inclemencias del medio ambiente. No fué tampoco por un sentimiento nativo del pudor, pues entre los salvajes, que no se avergüenzan de su desnudez, se tendría por impúdico el vestido. Los hombres se vistieron por vez primera empujados por el afán de parecer hermosos.

«El salvaje—dice Gautier—que tiñe su piel de azul o rojo y se atraviesa la nariz con una espina de pescado, obedece a un sentimiento confuso de la belleza y trata de perfeccionar su tipo, guiado por una oscura noción del arte.»

Sí pues, desde las edades más remotas, en todos los pueblos y latitudes, el hombre, y sobre todo la mujer, en quien siempre fué más vivo el deseo de agradar, han procurado realzar los atractivos de su belleza por medio de los mudables artificios del atavío, forzoso es reconocer a la moda su abolengo y sus timbres; el sentimiento, o mejor dicho, el instinto tan generalizado y tan humano a que responde, podrá educarse, pero no destruirse; por intentar esto último fué arrollada la higiene.

Error grave, aunque disculpable, ha sido en la higiene el negarse a tratar amistosamente con la moda; por pretenderlo todo, no obtuvo nada; pudo ser maestra y prefirió arrostrar todas las consecuencias de una ruptura de relaciones que la condenó a la impotencia.

Tal estado de cosas debe cambiar, mejor dicho, está cambiado a medida que los higienistas van comprendiendo que no es posible desinteresarse de la belleza de la mujer, ni desdeñar la moda; cuando han llegado a la conclusión de que

el arte y la ciencia son conciliables, sus advertencias y sus consejos principian a ser escuchados y van transformando poco a poco el vestido femenino.

Hoy la higiene tiende su mano a la moda, y sin abandonar su campo científico, ni comprometer su dignidad, le habla así: «Tú naciste el día en que a una mujer que contemplaba su desnudez en los cristales de una fuente se le ocurrió prender entre sus cabellos desatados, un lirio silvestre; por tu ancianidad mereces respetos; por tus propósitos, indulgencia.

«Pero has cometido serias torpezas; tienes en tus manos a la mujer y tratas de hermosearla; como la Naturaleza no prodiga los dones de la belleza, quieres realzar las perfecciones y obscurecer las fealdades. Pues bien, yo entiendo de todo eso más de lo que supones; necesitas mi ayuda y te la prestaré con lealtad.

«Pero hay algo esencial que interesa reconocer para el presente y para el porvenir; la mujer no es un maniquí, sino un organismo vivo; si maltratas su cuerpo, atentas contra la misma obra que hemos de abrillantar y niegas tu propia razón de ser. Yo te salvaré esos escollos, y en ancha mar navega a tu albedrío y busca algo nuevo, bello, sugestivo, que favorezca al ídolo y avalore tu arte».

La higiene y la moda en estas condiciones serían dos hermanas bien avenidas.

¿Cuándo nos parece bella una mujer?

¡¡La belleza de la mujer!! ¡Quién fuera poeta para cantarla!

Sin entrar a discutir la opinión, que corre como excéntrica, de algunos filósofos poco benévolos con el sexo femenino, aunque no se comparta tampoco el parecer de aquellos otros que consideran como obra maestra de la Naturaleza y ejemplo vivo de la belleza perfecta al cuerpo de la mujer, bien puede afirmarse que éste posee una belleza avasalladora, que le es propia y distinta, por tanto, de la hermosura con que puedan ufanarse los demás seres creados.

¿De dónde nace esa belleza? ¿En qué consiste? Hay quien supone que nuestro ideal de la belleza femenina, el tipo que, consciente o inconscientemente llevamos presente en el espíritu y nos sirve de comparación en este juicio, está deducido de las obras artísticas, que representando a la mujer, nos impresionaron con más intensidad. Es decir que nosotros apreciamos los atractivos de la realidad por mediación del arte y con el criterio que tomamos de éste. Y eso no es verdad.

La naturaleza, con su perpetua fecundidad, crea mujeres de carne y hueso, formas palpitantes que son la desesperación del artista, impotente para reproducirlas en el mármol o en el lienzo con todo el esplendor de su belleza

viva, y que suscitan en nosotros por sí mismas, la emoción artística que produce siempre la belleza humana sin necesidad de contrastes más o menos prolijos con ninguna imagen ideal.

Anda en ello muy despierto el instinto, avisado por el interés de la especie, y no es aventurado afirmar que una mujer parecerá tanto más hermosa cuanto mayor normalidad exista en todo su cuerpo anatómica y fisiológicamente considerado. Este es criterio científico, aunque puede parecer algo positivista.

Todos los atributos de la belleza femenina, tantas veces cantados por los poetas, corresponden a la normalidad orgánica, hasta tal punto, que si un médico declara que una mujer está admirablemente conformada anatómicamente y tiene asegurado el funcionamiento regular de todos sus órganos, bien puede asegurarse que aquella mujer puede ser un excelente modelo para el artista. La mujer nos parece tanto más bella cuanto más normal es en toda su organización; *normal* y *bello* pueden ser términos idénticos; ¡tal fué la obra del Creador!

Esto en cuanto a la forma, de la que omito los ejemplos por creerlos innecesarios. Y si de la forma pasamos a otro factor importante de la belleza femenina, al color, el resultado es el mismo.

A los ojos del vulgo, el matiz de las distintas partes y facciones tiene un valor casi decisivo. De la misma manera que un lindo rostro impide ver algunos defectos del cuerpo, la belleza del color hace olvidar la incorrección de la forma. Una mujer de ojos de fuego y de carnación nítida y rosada, aunque tenga la boca grande, los labios gruesos y la nariz roma, gustará, sin embargo; por el contrario, otra, cuyos perfiles sean clásicos, no encontrará la misma gracia para las manchas de su cutis.

Esto se explica porque siendo pocas las personas realmente peritas para juzgar de la pureza y atractivos de la línea, la coloración, en cambio, se impone por sí misma a todo el mundo. La piel es el más bello de los paisajes, según frase de un pintor célebre. Sus capas externas tienen una transparencia mate que permite entrever, con más o menos claridad, según su delicadeza, el color de los tejidos subyacentes a los cuales debe sus cambiantes. Dedúcese de aquí que aun cuando la piel tenga vida propia, su belleza la debe principalmente al reflejo de una nutrición activa y de una circulación sanguínea regular; mientras más perfectas sean éstas, más luciente y más animada por tintes vivos será la piel; pues ésta no sólo sirve para recubrir el cuerpo, sino que mantiene relaciones íntimas y constantes con todos los órganos que protege, y por eso ríe las alegrías cuando el cuerpo rebosa salud, o palidece y se marchita cuando el cuerpo sufre o envejece.

Pero el cuerpo de la mujer aparte de la belleza de la forma y del color, tiene también la belleza del movimiento, lo que constituye la gracia.

No hay dos mujeres que empleen el mismo gesto o movimiento para separar de su frente un rizo rebelde, para decir adiós con la mano o para airearse con el abanico; no hay dos mujeres que tengan al andar la misma gracia. En cada una existe algo individual, propio, que las distingue y que las caracteriza. Y aquí como en todo, entra la normalidad orgánica. Un movimiento, una acción será tanto más airosa cuanto menor sea el trabajo que cueste; la gracia del movimiento será tanto mayor cuanto menor energía muscular haya necesitado gastar en su realización. Nadie elogia como graciosa la marcha pesada de un obeso o el paso vacilante de un enfermo; en uno y otro caso se descubre el esfuerzo. El andar, que generalmente se admira, la marcha garbosa que Byron elogiaba en las españolas y que por sí sola hace palpitar el corazón, es de una rapidez moderada y de una cadencia perfecta; no tiene la apariencia de un trabajo y deja la impresión de que se efectúa con facilidad y sin fatiga. Y esto sólo pueden realizarlo los sanos, los bien conformados; la gentileza en la acción es privilegio de los fuertes, porque ellos son los únicos que pueden disimular la fuerza.

Es decir, que la belleza del perfil y del color, lo mismo que la gracia femenina, están sujetas a una ineludible soberanía; la soberanía de la salud; por eso resplandecen cuando la mujer ha llegado a su completo desarrollo orgánico en la plenitud de la vida.

La salud es la que modela el cuerpo, formando relieves y curvando líneas; la salud es el hada invisible que con su aliento mágico va como la luz, poniendo colores en cuanto toca, y nacara las gargantas, tiñe de rosa las mejillas, pone púrpura en los labios y da brillo y fuego a los ojos; la salud perfecta es la que da al movimiento soltura y ritmo. En una palabra, la salud es la que despierta ese sentimiento profundo de simpatía, que se apodera de cuantos contemplan un cuerpo de mujer felizmente proporcionado, de entonación fresca y armónica y que respira el contento de vivir. ¡¡Que la belleza no es más que una flor criada por la salud!!

Por ello, si la higiene tiende a conservar la salud, perfeccionándola, *la higiene será la mejor creadora de la belleza*. Atender, pues, los consejos que ella da y no desoír los ruegos de los médicos, será el mejor medio de conservar y perfeccionar la belleza de nuestro organismo.

II

La moda como peligro de lo bello

La moda, en su constante afán de belleza, cae a veces en el peligro de dañar la salud, y con ello destruye a la larga su propia obra. Sería enojosísimo para todos el exponer con detalle estos perjuicios; yo voy a analizar ante vosotros los más importantes.

El vestido íntimo. — No es mucho en realidad, lo que debemos decir sobre el vestido interior de la mujer. El lujo de éste no lo pueden mirar los higienistas con malos ojos; el refinamiento y la coquetería en este punto van de la mano con la proligidad y el esmero en la *toilette* del cuerpo; una camisa de seda no se concibe más que sobre una piel pulida y brillante como piedra preciosa. Además este lujo no se limita a la calidad y adorno de las prendas, sino que propende también a su abundancia, facilitando los cambios frecuentes que tanto interesan a su salud.

Alabemos, pues, a los poderosos que gastan una parte de su dinero en su vestido interior y recordemos a los que no son ricos, que hay también otro lujo que está más al alcance de sus escasos recursos y que es compatible hasta con la burda estameña, y por muchas razones, indispensable; el de la pulcritud.

Las medias merecen unas palabras; si son de color y no son de calidad excelente, exponen a grandes sorpresas. Y no es lo malo que al quitárselas, su dueña pueda inopinadamente encontrarse, sobre todo en el verano, con las piernas negras, azules, rojas o rayadas a diverso matiz, sino que estos tintes vivos pueden ser irritantes y hasta causa de intoxicaciones, de que hay casos registrados.

Hasta estos últimos tiempos la liga ha venido siempre sujetando a la media por debajo de la rodilla y causando, por su fuerte opresión sobre una zona estrecha, escoriaciones de la piel, deformaciones más o menos importantes de la pierna, perjudiciales a su belleza y trastornos circulatorios de importancia (varices). Llegó la moda de las medias muy altas, y por necesidad tuvo también que ascender la sujeción de ellas; las ligas se pusieron por encima de la rodilla. Pero como la forma del muslo no permite la necesaria firmeza de adaptación (y esta circunstancia puso más de una vez en situaciones embarazosas a la mujer), bien pronto dejó de ser circular, para abrocharse lateralmente al corsé. Sin embargo, parece que esta colocación origina una desviación de las piernas, mucho más apreciable en las niñas. Ya hay autores que se preocupan de dar solución a este problema, que va haciéndose más intrincado que el problema social.

El corsé. — Es la prenda de mayor importancia higiénica en la mujer, no sólo por su rigidez y por su aplicación casi directa sobre el cuerpo, sino porque todas las otras prendas que constituyen el vestido de la mujer guardan con el corsé estrecha relación y tienen que acomodarse a su estructura.

Al corsé se le ha tenido siempre como gran pecador por médicos y moralistas; unos, por los estragos físicos que le eran imputables; otros, sobrecogidos ante el desate de pasiones que tal arma de seducción provocaba.

Como médicos, hay que reconocer sus perjuicios, y voy a exponerlos:

Su presión sobre el pecho determina una deformación del tórax. Al nivel del máximun de constricción, la pared anterior se aproxima a la posterior, y las cinco o seis últimas costillas, empujadas hacia arriba y adentro, reducen notablemente, al acercarse, el espacio de la cavidad torácica. Los músculos por su parte, también son atacados. Su contractilidad en las partes comprimidas por el corsé se hace difícil, si no imposible, y esto impide, como se comprenderá, su acción fisiológica, y ocasiona su atrofia.

Estas deformaciones óseas y musculares son las más aparentes, pero no son las únicas. Los pulmones, el corazón, el estómago, el hígado, los órganos del aparato genital y urinario sufren también la perjudicial influencia.

Como la caja torácica está estrangulada e inmovilizada en su base, precisamente donde es compresible y donde la Naturaleza ha querido que fuese móvil y dilatable, el campo respiratorio disminuye, y los pulmones no pueden distenderse aunque se intenten inspiraciones profundas, con lo cual, no sólo se hace fatigoso para la mujer el ejercicio, sino que no puede suplir, por la amplitud de los movimientos respiratorios, la falta de aire puro, cuando se encuentra en lugar confinado.

En el teatro, por ejemplo, el accidente que con más frecuencia exige los cuidados del médico, accidente que se remedia con aflojar el corsé, es el síncope causado por las trabas que el anhelo respiratorio impone al juego del corazón.

El aparato digestivo tampoco queda indemne, pues como es lógico cambia de dimensiones según se encuentre vacío o en estado de repleción. La mujer sabe por experiencia que si va muy apretada no le es posible comer a su antojo, ni puede tampoco colocarse el corsé según su costumbre cuando lo intenta inmediatamente después de haber comido. El intestino por su parte comprimido y empujado hacia abajo ejerce presión sobre los órganos de la generación, lo cual viene a perturbar la más elevada función de la mujer: la de ser madre.

En este cuadro, no creáis que están recargadas las tintas sombrías; todo sucede así. Y sin embargo todas las advertencias han sido desoídas, todos los consejos han resultado estériles; nuestro fracaso ha sido y es aún evidente y ruidoso.

No vale, no, decir que la mujer ignora el cortejo de males que lleva consigo su obstinado empeño en comprimirse y torturarse. Tampoco vale culpar a la moda, porque el corsé es el único que se ha atrevido a negarla.

La característica de la moda es la realidad. Las clases privilegiadas por la fortuna, en su afán legítimo de singularizarse, adoptan vestidos que bien pronto imitan las otras clases sociales, deseosas de confundirse con las privilegiadas. Estas buscan entonces en la novedad la distinción y el juego vuelve a comenzar una y otra vez. Pues bien; el corsé ha resistido todos los combates de la volubilidad, y desde el día de su invención se ha ido extendiendo por todos los países, aprisiona el talle de la dama linajuda y de la humilde menestrala, y seguro de su poder, e inflexible, desafía las iras que provoca y se ríe de otras tiranías.

Y el misterio es muy sencillo. La mujer cree que el corsé la embellece y voluntariamente le sacrifica su comodidad y su salud. Y por ello nosotros vamos a ver si podemos demostrar lo equivocado de esta creencia.

La mujer quiere ser bella obedeciendo a una fuerza natural, tan irresistible como la fuerza que arrastra a la piedra en el espacio. Y no sólo la mujer; el hombre y todos los seres que forman la escala zoológica, obran instintivamente cuando procuran poner en evidencia, hacer sobresalir y aun exagerar todos aquellos dones y atributos que constituyen su propia hermosura.

Está, pues, justificado el deseo de la mujer para avalorar aquellas líneas que caracterizan la belleza de su cuerpo y dan personalidad propia al sexo femenino. ¿Y cuáles son estas líneas? Todas; pero con especialidad las del tronco; el perfil anterior del pecho, los perfiles laterales del talle y la curvatura de la región lumbar. Como el arte de vestirse estriba, por consiguiente, en acusar bien esas líneas ondulantes, adorno natural de la mujer, ésta ha recurrido para ello al artificio del corsé.

Oprimiendo en todos sentidos la cintura, hace por comparación más anchos el pecho y las caderas, y más entrantes las curvas que dibujan el talle. Desde el punto de vista estético—único que examinamos ahora—, este proceder no ofrece reparo alguno; el organismo sufrirá interiormente lo que quiera; pero se ha salvado lo que ante todo interesa: la belleza plástica. ¿Pero creéis, mis amables lectoras, que esto es así? ¿Creéis que sacrificando la salud habéis obtenido el embellecimiento que buscabais? ¡Atendedme un momento!

En un cuerpo de mujer normalmente conformado, los contornos del pecho tienen por continuación natural las líneas del vientre, y la ligera convexidad de éste, se determina sólo por el relieve de los músculos, especialmente a derecha e izquierda de la línea vertical media.

La compresión del corsé produce, en primer término, un surco alrededor de la cintura, surco contranatural, que divide al tronco en dos partes. Las partes blandas del abdomen, situadas inferiormente a ese nivel, son empujadas hacia abajo y adelante, y el vientre se hace redondo y saliente.

En la parte superior, la glándula mamaria, que es la que presta al seno su redondez y su dureza, está normalmente bien sostenida por tejidos adecuados y por las costillas que, salientes hacia adelante, le ofrecen excelente soporte.

Ahora bien; como la presión del corsé reduce considerablemente el tórax

en su parte inferior y por ello su convexidad en vez de marcarse hacia afuera y adelante, se acentúa hacia adentro y abajo. Unase a esto que la presión directa del corsé sobre los senos, por su persistencia, ocasiona un estímulo de reacción sobre la capa de grasa que los envuelve y tendremos estos dos hechos: que el corsé hace los senos voluminosos y blandos y que precisamente cuando éstos más lo necesitan, no encuentran apoyo sobre las costillas, deformadas por la presión.

Si, pues, el vientre pierde su tersura y se descuelga y abulta; si los senos, viciosamente opulentos, caen también; los cuerpos así desfigurados, ¿podrían servir al artista para modelar una Venus...? Es decir que el corsé no sólo pone en riesgo vuestra salud y vuestra vida, sino que agota vuestra natural y espléndida belleza.

Pero la belleza femenina es una flor matizada y fragante, que como todas las flores, se marchita. Nace a la adolescencia, mañana de la vida, y antes de mediar el día, se han desvanecido su coloración y sus perfumes; por ello se ha dicho con razón que mueren dos veces las mujeres hermosas.

La alimentación, el género de vida, la edad, las enfermedades, el mismo vestido y otras mil diversas causas, influyendo cada una a su modo, arruinan la gallarda arquitectura, al par que van secando misteriosamente los escondidos veneros de donde brotan la salud y la alegría. En todos estos casos, que por desgracia son los comunes, el corsé es alivio y sostén de la belleza mustia y es el único que puede hacer recordar los encantos del perfil, prestando apariencia de realidad a los atractivos que en muchas ocasiones él mismo destruyó.

El gusto moderno también influye en su necesidad. El corsé pudo ser inútil en la antigüedad, cuando varones y hembras usaban trajes flotantes y decorativos, rivalizando por la elegancia de los pliegues cuyas caídas sabían disponer artísticamente, por la riqueza de los tejidos y por la armonía de los colores. Pero una vez aceptado y extendido el principio de la diferencia del vestido entre uno y otro sexo; conquistada por la mujer una indumentaria que, afirmando la feminidad, simboliza su independencia y robustece su soberanía, es no sólo imposible, sino aventurado obtener la supresión de una prenda que, sobre todas esas indicaciones, llena ya en nuestros días otras higiénicas y que, de instrumento de tortura, puede transformarse en elemento útil.

Siendo como es el corsé la pieza del vestido femenino que mayor relación tiene sobre la posición de las vísceras y sobre su funcionamiento, quienes lo confeccionan debieran tener nociones de anatomía y fisiología de que carecen. La campaña de los higienistas habría sido más provechosa si en vez de limitarse a censurar el corsé, estrellando contra la roca sus buenas intenciones, hubiesen difundido a los cuatro vientos las bases científicas sobre que había de cimentarse su construcción. Ha bastado el ejemplo de que eminentes mujeres

dedicadas al ejercicio médico hayan lanzado modelos higiénicos de su invención, para que éstos hayan ejercido marcadísima influencia sobre la moda.

Tres son las condiciones que bajo el punto de vista de belleza femenina debe reunir el corsé: dibujar bien las líneas naturales ondulantes del torso, reducir el vientre y no estorbar los movimientos del busto para conservar flexibilidad al talle y gracia a las actitudes. Pues bien; el modelo que satisfaga esas necesidades de la plástica, será al mismo tiempo el modelo verdaderamente higiénico y se impondrá en seguida.

Supongamos ahora que el vientre se redujo; que se ha recogido oprimiéndolo exactamente y en toda su extensión, desde la parte más declive hacia arriba; ¿qué sucederá? Que el corsé entonces no puede tener su punto de apoyo sobre una línea circular, trazada a nivel de la región epigástrica; y como no puede sujetarse por presión alrededor del cuerpo, tendrá por necesidad que sostenerse y descansar sobre las caderas donde su ajuste, por muy extraño que sea no puede ser perjudicial. De esta suerte, apoyándose el corsé donde debe apoyarse, y dibujando bien el contorno femenino de esas partes, se habrá conseguido: impedir la constricción en la base del tórax y su deformación; conceder libertad al funcionamiento de los pulmones y al corazón; y dejar también al estómago la amplitud necesaria para no perturbar el trabajo digestivo. Es decir, que por sujetar bien el abdomen, secundando el grito inspirado de la moda—en la actualidad *point de ventre*—, se habrán conseguido corregir las mayores imperfecciones del corsé torácico y se habrá transformado la silueta de la mujer con gran regocijo de la ciencia y del arte.

El talle de avispa, ha pasado; el corsé recto atiende a las últimas exigencias estéticas e higiénicas que hemos señalado; mientras otro más perfecto no lo destrone, bueno es que siga mereciendo la preferencia de nuestras mujeres; pero se opone a los movimientos del busto hacia adelante y esto roba soltura y gracia a las actitudes y a la estética.

El doctor Franz Gienard cree que el tipo de corsé que quedará es el que se componga de dos partes independientes, deslizables la una sobre la otra a los movimientos de flexión del tronco; es decir, una faja elástica que abarque las caderas y el vientre, y el corsé propiamente dicho, abrazando el talle y resbalando hacia abajo sobre la faja; ésta se pondría primero estrechándola más por el borde inferior, y en seguida se colocaría el corsé que, ciñéndose al cuerpo sin comprimirlo, no debe tener aceros ni ballenas más que lateralmente, siendo elástico en su parte anterior.

Y termino este asunto con un consejo: no pongáis corsés a vuestras hijas durante su crecimiento. Es fácil comprender que en esta época de la vida, cuando el esqueleto es todavía delicado y flexible, una presión relativamente débil influye, sin embargo, sobre su forma y sobre la de las partes blandas, con

mayor motivo; basta con un justillo que deje absoluta libertad a todos los movimientos. Las jóvenes pueden empezar a usar corsé el día en que vistan de largo. Recordad que «educar a una niña es formar una madre».

El calzado. — El pie, como el talle, es la parte del cuerpo que a causa de una coquetería irreflexiva, sufre mayores deformaciones. El segundo error capital del vestido moderno es el calzado estrecho.

Muchos artistas confiesan no haber visto durante toda su vida un pie femenino bello. Y sin embargo, es indudable, que esta humilde parte del cuerpo tiene también su hermosura especial. Pero el calzado se encarga de destruirla desde los primeros años de la vida.

Los dedos, prensados, pierden su forma rectilínea y redondeada; cabalgan por necesidad unos sobre otros, disponiéndose en dos planos. Los huesos se atrofian; las articulaciones pierden su juego; los músculos se atrofian también por la inmovilidad a que se les condena. Y el pie, así estrangulado, a más de sufrir roces y presentar callosidades en todas las partes salientes, pierde su belleza y hace la marcha difícil, fatigosa, molestísima.

La mujer presumida (como el hombre) procede de esta suerte; no retroceden ante ningún riesgo, con tal de hacer entrar al pie en un zapato pequeño. ¡¡Pero que nadie tiente a los dioses!! ¡Que nunca os mueva el deseo de contemplar lo que esos zapatos encierran y ocultan en su demencia!

Parece, sin embargo, que la Naturaleza se apiada de la pobre Humanidad y por sí sola va disminuyendo el tamaño de los dedos. Pero mientras la modificación natural del pie no venga, ¿qué deberían hacer nuestras contemporáneas en su beneficio? Bien claro está; meterlo donde quepa, pero sin realizar el imposible físico.

Tiene también el calzado algo que cae por fuera; el tacón. De él conviene hablar un poco.

Durante algunos años se logró que la mujer estimara como un signo de elegancia el tacón bajo, a la inglesa; pero en la actualidad se marca y acentúa la tendencia a levantarlo, y es de temer que se vuelva muy pronto al uso de aquellos tacones Luis XV, motivo de sabios e incesantes equilibrios, desde la altura de los cuales descendía el pie en plano inclinado para apoyar en el suelo únicamente la extremidad de los dedos. Quizá alguno extrañe el retroceso; nosotros, no; el tacón alto es una consecuencia del corsé recto.

Son muchas las mujeres que tienen proporcionalmente las piernas cortas. El corsé recto, por marcar el talle más bajo que el primitivo corsé torácico, hace muy aparente este defecto, que es natural se intente suprimir alzando en lo posible el nivel del pie. Por otra parte, la altura de los tacones influye

poderosamente sobre la actitud de todo el cuerpo; para conservar a éste su centro de gravedad con tacón alto, es indispensable adoptar una actitud recta y casi militar, que quiebra más la cintura y puede embellecer a la mujer.

Sin embargo, la mujer cortada con perfección por la Naturaleza, hará bien en no recurrir a un artificio innecesario. La virtud de los tacones, como otras virtudes, estriba también en un buen término.

El traje exterior. — Casi todo lo que atañe al traje y al abrigo exterior de la mujer, cae por entero bajo la jurisdicción de la moda. Respetamos por tanto su poder y acatamos sus leyes y sus fueros, digan lo que quieran numerosos adversarios y detractores.

El peinado y el maquillaje. — Sesiones y más sesiones invirtió el pasado curso la Sociedad Española de Higiene tratando de este asunto.

Nosotros, brevemente, daremos nuestro criterio; el peinado moderno, es decir, el de pelo corto, no cabe duda que aventaja en comodidad e higiene al antiguo de largos cabellos. No nos atreveríamos a decir si le aventaja en belleza... porque en ello hay para todos los gustos.

Lo que si tenemos que condenar son los tintes de toda clase, pues, aun los más inofensivos en apariencia, provocan, aparte las mortificaciones del cabello mismo, irritaciones de la piel que en ocasiones encierran gran importancia.

El maquillaje, actualmente tan generalizado, con el que la mujer tiende a poner de relieve las perfecciones de su rostro y a ocultar sus defectos, no cabe duda que realizado con preparados impuros, mortifica el dermis. Pero como la cosmética moderna, científicamente dirigida, disminuye al máximun estos riesgos, y como además su empleo reclama, para que el éxito la acompañe, minuciosos cuidados de higiene, los peligros casi se desvanecen.

Quedan, pues, ambos asuntos casi bajo el dominio de la belleza y de la moda, y como en el vestido exterior acatamos sus fueros.

Porque, en realidad, no deja de ser curioso lo que sucede. Hemos instituído, los hombres principalmente, un régimen social que no exige a la mujer perteneciente a ciertas clases sociales, otras aspiraciones y otros cuidados que los de su *toilette* y sus esparcimientos. Por la educación que recibe y por los ejemplos que encuentra a su alrededor desde su infancia, queda apartada de los trabajos serios y emplea su tiempo en invenciones extrañas; y de un lado y otro llueven sobre ella gritos y anatemas contra las dos únicas prácticas a que la hemos forzado nosotros mismos, en la mayoría de los casos; la devoción, que combaten los impíos, y la coquetería que censuramos los demás.

La moda prospera y triunfa entre nosotros, porque viene a llenar un vacío inmenso y una necesidad en la vida de la mujer. En los pueblos inmóviles de Oriente, el vestido es invariable, como lo son las costumbres. En las razas

inquietas y de imaginación lozana del Occidente europeo, perseguidoras constantes de ideas y sensaciones nuevas, no podrán jamás desacatar los fallos de la moda.

Los hombres piensan en su fatuidad que la mujer se atavía para agradarles, y no saben que la mujer es siempre lo bastante hermosa para subyugarnos y enloquecernos.

En realidad, la preocupación de lo bello es casi siempre un pretexto y una excusa que la mujer se da a sí misma. La facilidad con que abandona modas que la favorecen, para salir al encuentro de otras mal inspiradas y extravagantes, demuestra que, la mayor parte de las veces la mujer cambia, no en busca de lo mejor, sino por cambiar simplemente. Una moda que ha durado seis meses, le parece vulgar y le enoja; por eso la frecuencia de estos cambios ha llegado a ser cuestión de vanidad; y por eso en semejante terreno se entablan luchas empeñadas en las que entra principalmente la emulación.

Y es que la mujer necesita distraer sus ocios, si no ha de morir de hastío; no siéndole posible ocupaciones que exijan reflexión y estudio, se refugia muchas veces en la futileza porque ésta es la única puerta que hemos sabido abrirle.

. . . . . .

Ya veis, pues, cómo la moda y la higiene tienden al mismo fin; conservar y realzar la belleza que Dios puso en la mujer.

La higiene crea salud, la salud crea belleza y la belleza se realza con la moda.

Vivid, pues, con la moda si ello os complace, pero aconsejaros de los médicos que tienen la misión de cuidar vuestra salud.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

TRAUMATISMOS DEL APARATO GENITAL FEMENINO (*)

POR EL

DR. RICARDO HORNO ALCORTA

ZARAGOZA

EL honor que el doctor López Trigo me hizo al proponerme tomar parte en este curso de Traumatología, cuya importancia médica y social yo vislumbraba y ahora compruebo, me obligaba tanto que creí de mi deber aceptar este puesto en este día. Si lo hubiera pensado más y mejor, quizá no me encontrara hoy entre vosotros rompiendo con mi presencia el hilo continuo de brillantes conferencias que aquí se están desarrollando y que forzosamente van hoy a sufrir una deplorable interrupción.

Pero yo soy de los que creen que la fraternidad médica, tan anhelada y tan necesaria, sólo puede lograrse así, ofreciendo todos y cada uno de los médicos cuanto es y cuanto vale, por modesto que sea, para el bien colectivo. Y por ello la demanda de mi pobre concurso fué sincera y prontamente otorgada.

Perdonad pues, en aras del fin propuesto, lo insignificante de mi aportación; cubra mi modestia el glorioso pabellón de vuestra Senyera, ante la que un aragonés se postra respetuoso y la venera.

TRAUMATISMOS DEL APARATO GENITAL FEMENINO

La situación anatómica del aparato genital femenino le hace realmente invulnerable a la acción traumática; serán contados los casos de tales lesiones que cada uno de vosotros haya observado en su vida profesional; y aun los

(*) Conferencia pronunciada el día 21 de abril en el "Curso de Traumatología" a cargo del Dr. José T. López Trigo, en el Hospital Provincial de Valencia.

que hemos dedicado nuestra vida entera al estudio y tratamiento de los procesos ginecológicos no contamos en nuestras estadísticas con número merecedor de atención.

Por su extremada rareza sería pues este asunto de escasa monta para una conferencia.

Pero es el caso, que en el aparato genital de la mujer, si bien las lesiones traumáticas debidas a un puro accidente son raramente observadas, se producen con una frecuencia aterradora gran número de lesiones traumáticas, bien a consecuencia de la función genital pura, bien por deficiente actuación médica. Y es el caso que estos traumatismos llevan consigo una considerable trascendencia para la vida genital de la mujer y aun para la vida misma.

De aquí que estimemos interesante dedicar unos minutos a poner de relieve los fundamentos etiológicos y las consideraciones terapéuticas que estos procesos reclaman.

Dividiremos nuestra labor en dos grandes capítulos, según que las lesiones del aparato genital femenino se produzcan en estado de gestación o fuera de este estado.

A. Lesiones traumáticas provocadas fuera del estado de gestación

1.º Lesiones accidentales. — Pueden provocarse por acción directa del agente traumático sobre el aparato genital o por acción indirecta.

a) *Traumatismos directos.* — Los genitales femeninos, como cualquier otro punto del organismo, pueden ser alcanzados por la acción traumática de armas blancas o armas de fuego. Sería difícil establecer la clase de lesiones que en estos casos pueden producirse y las consecuencias que de ellas pueden derivarse; desde la insignificante herida cutánea hasta las más complicadas lesiones internas, pueden darse todos los grados. Merece sin embargo recordarse la gran afluencia de vasos sanguíneos y linfáticos que al aparato genital envuelve, para tener presente el peligro de hemorragia e infección que han de encauzar el tratamiento de tales heridas o traumatismos.

No he tenido ocasión de presenciar más que un caso de esta clase, hace unos veinte años, durante mi permanencia como médico de guardia en el Hospital Provincial de Zaragoza. Tratábase de una prostituta, que en una discusión con su amante fué por él agredida; no sé si por ferocidad o por pura casualidad clavó el cuchillo en los genitales de su amante, provocando una amplia herida que, de abajo arriba, interesaba los grandes labios, la pared lateral derecha de la vagina y el fondo de saco vaginal correspondiente. Pudo hacerse una sutura perfecta y el caso no tuvo trascendencia, pues no

había alcanzado vasos de importancia, aunque la hemorragia aparecía copiosa y alarmante.

Los genitales externos pueden asimismo ser asiento de lesiones traumáticas directas provocadas por caídas, golpes o choques; si las partes blandas quedan comprimidas contra el borde óseo, se presentan heridas abiertas; en otras ocasiones, sin herida apreciable, se producen desgarros vasculares subcutáneos que son causa de la producción de hematomas. Estas hemorragias, según provengan de la red venosa situada en el laxo tejido celular de los grandes labios o de la que rodea el conducto vaginal, darán lugar a hematomas vulvares o vaginales; también pueden provocarse en la cavidad isquiorectal.

De estos casos, todos habréis observado alguno; es una mujer que cae de horcajadas sobre una silla, un banco, un cuerpo duro cualquiera. Tras un dolor vivísimo, observamos o una herida de forma y asiento variable, o un hematoma. Si éste reside en la vulva, vemos una tumoración unilateral, que con dolores punzantes, aumenta progresivamente de volumen extendiéndose hacia el Monte de Venus o hacia el periné, en cuyo centro tendinoso se detiene; como obligado cortejo debemos mencionar el síncope, dolores vesicales y rectales, y a veces tenesmo; la tumoración se nos presenta azulada, tensa, brillante, dolorosa y ocultando el vestíbulo vaginal. Si el hematoma asienta en la vagina, su luz se desplaza y deforma por la tumoración, que en muchas ocasiones se hace presente en la vulva.

El pronóstico, si la infección no se produce, es favorable. El tratamiento debe ser casi expectante; primero, porque los hematomas se reabsorben en algunas semanas; segundo, porque espontáneamente se evacúan. Reposo en cama, aplicaciones frías, vaso-constrictores...; si es necesario, morfina; más tarde, calor y yodo. Si se infectan, amplia dilatación, limpieza de la cavidad y drenaje.

b) *Traumatismos indirectos.* — Lo mismo los genitales externos que los genitales internos pueden ser asiento de lesiones traumáticas indirectas, es decir, pueden sufrir las consecuencias de un traumatismo violento sufrido por el organismo entero, el abdomen o la pelvis. No habrá que hacer un gran esfuerzo para comprender, que dada la situación que en la pelvis tiene el aparato genital femenino, sus lesiones indirectas estarán casi siempre en relación con las lesiones de la pelvis misma; por ello los arrancamientos de uretra, los desgarros vaginales, los derrames sanguíneos subperitoneales, los desgarros de tejido conjuntivo pelviano, etc., más que lesiones propias son consecuencia de las que la pelvis ósea ha sufrido.

2.º Lesiones fisiológicas. — No cabe dudar que la primera relación sexual provoca en la mujer un traumatismo, desgarros superficiales del reborde himeneal, que aunque ocasionan pérdidas sanguíneas, cicatrizan con rapidez y no llevan

consigo consecuencias desagradables; es el cortejo obligado de la desfloración; es el tributo que paga la mujer a su virginidad.

Pero esto aparte, hay casos en que la violencia y brutalidad del hombre, la desproporción entre los órganos genitales, las posiciones inadecuadas para el cóito, o estados predisponentes de la mujer (hipoplasia, ancianidad, etc.), provocan lesiones traumáticas de mayor importancia; éstas son por regla general, desgarros de los genitales externos, del vestíbulo, de la pared vaginal posterior... hasta perforación del fondo de saco de Douglas; lesiones todas dolorosas, hemorrágicas y que al infectarse pueden causar serios accidentes.

Esta clase de lesiones traumáticas acompañan principalmente a los actos de violación en niñas o ancianas, pero pueden darse en mujeres bien conformadas, principalmente en su primera relación sexual.

¿Terapéutica? Si se observa el accidente de modo inmediato, la hemostasia y la sutura; si no es así la cura oclusora y aséptica.

Nosotros hemos observado en la violación de una niña de ocho años un desgarro completo del tabique recto-vaginal; en una mujer de treinta y dos años un desgarro de la pared vaginal posterior; erosiones y hematomas pequeños en lugares diversos, con alguna mayor frecuencia.

En oposición a los anteriores hechos en que la violencia o el desarrollo excesivo de los órganos genitales masculinos, son los causantes de las lesiones descritas, existen otros casos en que por anomalías anatómicas de los órganos genitales femeninos o por impotencia del varón, los repetidos intentos de cóito provocan pequeñas lesiones erosivas, que, muy dolorosas, exaltan el psiquismo de la mujer y provocan por reflejo psíquico el espasmo involuntario del músculo constrictor de la vagina y de la musculatura pelviana (aparte otros grupos musculares) que es lo que constituye el llamado vaginismo.

No es que nosotros, conformes con el antiguo y erróneo criterio, queramos achacar el vaginismo a estas lesiones; es que ellas son en muchos casos las que ponen en juego, por su dolorosa sensación, el reflejo psíquico y éste es el que provoca el vaginismo. De ello todos tenemos ejemplos numerosos y todos sabemos que, desaparecidas las pequeñas lesiones, y con un razonado tratamiento psicoterápico, el proceso cede y con él los sufrimientos.

3.º Lesiones médicas. — Llamaremos de este modo a las que la intervención del médico lleva consigo en muchas ocasiones, bien con motivo diagnóstico, bien como consecuencia de métodos terapéuticos.

Al explorar o al tratar un proceso ginecológico pueden provocarse lesiones diversas que por insospechadas pasan a veces desapercibidas y ocasionan grandes perjuicios.

La colocación de un espéculum, un pesario, una pinza de Musseaux, etcétera, ocasiona a veces pequeñas heridas del vestíbulo, de la vagina, del hocico de tenca, cuya trascendencia es nula.

Más importantes son las perforaciones uterinas por sondas o cucharas, y las del fondo de Douglas; pero si no van acompañadas de hemorragia intensa no requieren más que tratamiento expectante, reposo, hielo, drenaje y opio.

La exploración, no cuidadosa, puede también provocar roturas de adherencias peritoneales y de tumores abdominales, cuya trascendencia y tratamiento dependerá de su clase e importancia.

En todos estos casos, de los que vemos con frecuencia todos los ginecólogos, la profilaxis está en la cultura médica, pues de este modo se reducirían casi a la nada.

Los traumatismos practicados sobre el aparato genital con motivo de operaciones ginecológicas previamente deliberadas, tienen su justificación en la indicación misma; pero en nuestros días, el loable intento de los ginecólogos de salvar vidas condenadas a pronto término, nos lleva a practicar grandes operaciones que a veces producen traumatismos importantes de órganos vecinos, uréteres, vejiga, intestino, que aunque en puridad no son genitales, de ellos se derivan. Claro es que esta serie de lesiones de origen traumático son hijas de la batalla que los hombres hemos de sostener contra la enfermedad y siempre habrán de producirse aun con las técnicas más irreprochables. Sin embargo justo es confesar, que conocidas a tiempo se reparan con relativa facilidad.

Los medios térmicos y cáusticos que en terapéutica ginecológica se emplean pueden provocar y provocan quemaduras de localización distinta que producen escaras tras las que las cicatrices, estenosis y atresias diversas, pueden perturbar la normalidad fisiológica del aparato genital. Es cuestión de dosis y cuestión de técnica hacerlas desaparecer.

4.º Lesiones viciosas y protésicas. — El vicio, bien para provocar la voluptuosidad (masturbación), bien para fines anticoncepcionales y aun criminales (aborto) hace que la mujer introduzca en sus genitales gran variedad de objetos.

Agujas, lapiceros, pedazos de madera..., toda la gama de objetos capaces de provocar la sensación voluptuosa y que al escaparse de los dedos que los mueven penetran en la vagina o en la uretra, y por las contracciones musculares de estos órganos se alojan cada vez más profundamente. Su alojamiento provoca primero una congestión, como cuerpo extraño; la flora vaginal se exalta y modifica; la mucosa se exulcera, se infecta y produce una secreción pútrida; los dolores se acentúan... y si el tiempo pasa, el cuerpo extraño puede también, perforando la pared vaginal, pasar a los órganos vecinos. De este modo la acción traumática puede ser variadísima y copiosa.

Los tallos intrauterinos, los pesarios oclusores, las esponjillas, etc., utilizados como medios anticoncepcionales, por su permanencia prolongada en la vagina o útero pueden dar lugar a las mismas lesiones que los elementos de masturbación y aun mayores, pues los pesarios por su volumen y los tallos por su alojamiento intrauterino, son elementos capaces de provocar con más rapidez y mayor violencia los accidentes de perforación e infección... sin que por otra parte sean capaces de impedir la concepción como pretendían.

Con fines terapéuticos empléanse todavía gran variedad de pesarios, los que abandonados largo tiempo acaban provocando las lesiones antes mencionadas, agravadas porque las incrustaciones calcáreas que se depositan en su superficie aumentan todavía la irritación de la mucosa en la que a veces aparecen verdaderamente incrustados, ya que el pesario se apoya en las paredes vaginales.

Casos de estas diversas clases todos hemos tenido en abundancia, pero siempre recordaré el de una anciana aristócrata en la que un pesario, alojado durante nueve años, provocó una fístula vésico-vaginal y otra recto-vaginal, y para cuya extracción hube de hacer una intervención por extremo molesta y difícil.

Algodones olvidados en la vagina, tapones de gasa, ligaduras o suturas, cánulas, trozos de instrumental, tallos de laminaria..., en fin, un número variadísimo de elementos en la cavidad vagino-uterina alojados y olvidados, reproducen con harta frecuencia estos cuadros de fétida leucorrea, ulceraciones sangrantes y procesos infectivos, por su acción traumática.

* * *

Como acabamos de ver en este grupo de lesiones traumáticas del aparato genital femenino provocadas fuera del estado de gestación, las que pueden ser graves y causar la muerte, son en general raras o poco comunes, y las que se ven con inusitada frecuencia o son evitables o son de curación relativamente sencilla. Pero, en esta somera exposición de hechos, habrá llamado vuestra atención que si bien la naturaleza protegió en forma admirable el aparato genital de la mujer, el hombre y la mujer misma se dieron excelente traza para anular aquellas fortalezas defensivas.

B. Lesiones traumáticas provocadas durante la gestación o debidas a la misma

Durante la gestación, por el hecho de ella misma y de sus consecuencias, el aparato genital está expuesto a sufrir y sufre de hecho, una serie de traumatismos de la más variada importancia y que afectan muy íntimamente a su

funcionalismo. Vamos a encuadrarlos en la misma forma que lo hicimos en el anterior capítulo.

1. Lesiones accidentales. — Pueden provocarse también por acción directa o por acción indirecta.

A. *Traumatismos directos.* — Durante la gestación el aparato genital está tanto más expuesto a sufrir los ataques exteriores, cuanto más avanzada se encuentra la gestación, ya que entonces la protección ósea no le es eficaz, por encontrarse en plena cavidad abdominal. De aquí que la acción traumática de las armas blancas o de fuego tengan mayor valor y desde luego mayor importancia porque pueden con gran facilidad alcanzar el útero y perforarlo. Sin esfuerzo se comprende la enorme gravedad de estas lesiones, ya que en tales casos el contenido uterino (líquido amniótico y feto), unido a la sangre que en abundancia del útero se pierde, caen en la cavidad abdominal; solo una rápida intervención laparotómica puede en tales casos salvar la vida, terminando la evacuación del útero, haciendo su perfecta sutura y realizando una cuidadosa toilette abdominal.

Algunos casos se citan, no son muchos sin embargo, y no es de esperar que ellos se presenten con mayor frecuencia ante vosotros.

Los genitales externos, durante la gestación, están menos expuestos a lesiones traumáticas, porque la embarazada cuida más de sí misma y porque el embarazo por sí le cohibe muchos movimientos; pero en todo caso, se reproducirían aquí las lesiones que al comienzo describimos, agravando el pronóstico, sobre todo ante la posibilidad de infección.

B. *Traumatismos indirectos.* — Propios de la gestación encontramos dos grupos de hechos, que algunos de vosotros habréis presenciado.

1. *Desprendimientos ovulares.* — De antiguo se recomienda a la mujer embarazada la abstención de cuanto pueda significar bruscos movimientos o trepidaciones orgánicas, porque ellas pueden ser causa de que la gestación se interrumpa. Si esto es así, y lo es, no cabe dudar que un violento traumatismo sufrido por el organismo puede repercutir en el útero gestante provocando la interrupción del embarazo, bien por desprendimientos placentarios, bien por muerte fetal, bien por rotura de membranas, bien por estímulo de las contracciones uterinas.

Ello, en verdad, no es infrecuente y muchos abortos tienen este origen. Aquí pues el traumatismo, se traduce por la pérdida de la vida fetal.

Pero hay casos en los que un traumatismo indirecto puede provocar lesiones de extraordinaria gravedad. He aquí un caso:

Una señora de excelente posición social, en el octavo mes de su primer embarazo, se dedica un día a disponer la habitación en que ha de alumbrar; provista de una escalera de mano se halla ordenando unos armarios, cuando la fatalidad

hace que se rompa el peldaño sobre el que está sostenida, cayendo al suelo con la natural violencia. No se produce lesión alguna visible; sólo aqueja un dolor en el vientre, que poco después va seguido de mareos; con extraordinaria rapidez se inician y suceden las lipotimias, palidez, sudores, frío... y a la vez el vientre que se abulta, se abulta.

Un compañero ve a la enferma, piensa en todo lo posible y soy con urgencia requerido; el caso es malo, la enferma está con pulso incontable, el útero es realmente gigantesco; ¿qué puede ser? Un desprendimiento placentario provocado por traumatismo indirecto. Como el caso urge, como la vida se escapa, como no hay medio de seguir otro camino, hago una rápida y forzada dilatación de cuello, rompo membranas y me veo envuelto en una ola de sangre; una extracción podálica de feto ya muerto y una recogida de la placenta desprendida en su totalidad, terminan mi actuación.. Afortunadamente aquella señora vive y ha gestado después normalmente... pero yo estoy seguro que no habrá vuelto a realizar aquel trabajo, como estoy seguro de no haber pasado en mi vida momentos más angustiosos que aquellos.

Un traumatismo indirecto puede pues, durante el embarazo, provocar fenómenos graves que ponen en peligro la continuidad de la gestación y aun la vida misma. Merece la pena por lo tanto tenerlo en cuenta.

II. *Inundación peritoneal.* — Un segundo grupo de hechos aún frecuente, que creemos de nuestro deber incluir en este lugar, es el que se refiere a la rotura de un embarazo tubárico, pues aunque aquí el traumatismo no viene del exterior y se provoca en el organismo mismo de la gestante, traumatismo es al fin y de fatales consecuencias.

Aun no existe en el público la cultura necesaria para conocer que los estados de gestación presentan anormalidades que, conocidas, evitarían serios fracasos: en cuanto una mujer ve suprimidas sus reglas, observa la modificación de las mamas y sufre los trastornos simpáticos y nerviosos característicos de la gestación, da por seguro su embarazo y no concede valor a otros síntomas como la aparición de pequeñas pérdidas de sangre negruzca y el dolor abdominal, continuo o por crisis, y lateralizado, que tenidos en cuenta llevarían fácilmente a un diagnóstico, de embarazo sí, pero de un embarazo que en lugar de proporcionar la felicidad de un hijo, va a terminar en drama.

Satisfecha con su gestación, sin conceder importancia a esos dos claros síntomas, un día se ve atacada de un vivo dolor, tras el cual la facies se decolora, la sudación se hace profusa, la respiración frecuente, el pulso rápido... y el síncope se presenta. Es la ruptura de la trompa gestante, es el traumatismo violento, agudísimo, que da lugar a la salida de sangre que inunda la cavidad peritoneal y que de golpe o por brotes sucesivos puede acarrear deplorables consecuencias, hasta la muerte misma.

No es esta la ocasión de exponer ideas ni juicios sobre la etiología y patogenia del embarazo tubárico; aquí nos interesa no más conocer el hecho traumático y sus consecuencias. Y conocido el hecho, diagnosticada la rotura de la trompa y la inundación peritoneal, lo correcto es intervenir por vía abdominal, con anestesia local si otra no es posible y en posición horizontal; se retiran los coágulos y se yugula la causa de las hemorragias extirpando la trompa.

Hay en este asunto criterios muy distintos, que en un trabajo nuestro quedaron expuestos; nosotros obrando así, sólo podemos felicitarnos de los resultados obtenidos.

2. Lesiones fisiológicas. — La gestación tiene un término, el término es el parto; y el parto, aun fisiológico, lleva consigo una serie de traumatismos que provocan lesiones de la más variada clase y forma, según que estas lesiones se traten convenientemente en el momento de su producción o después de pasado algún tiempo.

a) *Desgarros.* — El trabajo de expulsión fetal, el paso del ovoide fetal a través de la hilera genital provoca, fisiológicamente, pequeños desgarros del cuello uterino, de la vagina a veces, del periné. Por regla general, no tienen estos desgarros trascendencia, pues son insignificantes.

Pero a veces, por excesivo volumen fetal, por anomalías de presentación, por rapidez o lentitud exagerada en la expulsión, el traumatismo es formidable y las lesiones que como consecuencia se provocan son de mayor trascendencia.

El útero sufre siempre en el cuello pequeños desgarros; ellos dan la formación del hocico de tenca, característico de las pluríparas. Pero a veces estos desgarros son más extensos y sus cicatrices provocan estenosis, molestas siempre, graves en ocasiones, sobre todo por las anomalías que pueden dar al trabajo en partos posteriores. En casos excepcionales, no muchos por fortuna, el útero puede sufrir extensos desgarros, mortales si rápidamente no se diagnostican y corrigen; tal puede ocurrir en los casos de presentación de hombro, abandonada o de presentación de frente, descuidada también.

Y así como los casos ligeros, de pequeños desgarros de cuello, apenas merecen nuestra atención, estos otros reclaman una urgentísima terapéutica operatoria. Casos de rotura conocemos en los que el feto había pasado a través de la herida a la cavidad abdominal en una casi totalidad. No hay que esforzarse para comprender la trascendencia de estos hechos.

La vagina, salvo en las presentaciones anormales, sufre en el parto espontáneo escasas lesiones; sin embargo se observan algunas veces amplios desgarros, que sangran profusamente y cuya sutura precisa hacer con todo esmero.

El periné, es el que normalmente padece el traumatismo mayor, y sus desgarros, de variada forma y extensión, si no son bien restaurados, dan lugar a variados procesos ginecológicos.

La conclusión surge pues decesiva; los desgarros todos que el trabajo del parto provoca, deben ser restaurados inmediatamente para evitar cicatrices o estenosis cicatriciales, que será indispensable corregir más adelante.

Por no hacerlo así, son numerosas las enfermas que a nuestras consultas acuden con desgarros perineales incompletos, completos y centrales; desgarros cervicales laterales, medios y múltiples; estenosis y soldaduras uterinas y vaginales, etc., con todas sus molestas consecuencias. El tratamiento inmediato de los traumatismos tocológicos, evitaría gran número de estas lesiones genitales.

B. *Fístulas.* — Afortunadamente hemos ido viendo en esta última veintena de años, una progresiva disminución de estos procesos, cuyo origen radica en un traumatismo continuado durante el trabajo. Estas fístulas se provocan por compresiones intensas y duraderas de las partes blandas del canal genital por la cabeza fetal; ellas se provocan principalmente en los casos de estrechez pelviana y en los puntos de predilección del anillo óseo (promontorio, eminencias óseas anormales). La compresión de las partes blandas, origina primero la isquemia, luego la mortificación, la necrosis; es una gangrena de presión; cae la escara y quedan en comunicación los órganos contiguos, uréter, vejiga, uretra, intestino, con útero o vagina.

Estos casos sólo la cultura profesional puede evitarlos con diagnóstico y tratamiento oportuno; en puridad de verdad, mucho se ha logrado, pero aun hay que intensificar la enseñanza para alcanzar fruto más óptimo. Porque las fístulas, son en ginecología, un calvario para las enfermas, una constante preocupación para nosotros.

3. Lesiones medicas. — Aunque el nombre nos sonroje, el hecho es cierto; la mayor parte de las lesiones traumáticas que el parto acabamos de ver provoca y que debieran por nosotros ser evitadas, pues ello es nuestra principal misión, se presentan con mayor frecuencia y aun con mayor intensidad, a consecuencia de intervenciones operatorias. Así al menos lo demuestra la clínica y no digo la estadística, porque en ella siempre se encuentra medio de disfigurar la realidad.

El deseo de terminar pronto un trabajo normal, el uso inmoderado y poco consciente de medicamentos activadores de la tonicidad muscular, las operaciones mal indicadas o practicadas en forma poco correcta... estas y otras muchas causas, hacen que la obstetricia actual presente, con asombro, en nuestros días, un número más elevado de distocias y un número muy crecido de accidentes traumáticos de origen operatorio.

Las aplicaciones de fórceps *a granel,* las versiones, el uso abusivo de la pituitrina, provocan hoy elevadísimo porcentaje de accidentes traumáticos, uterinos, vaginales, perineales.

Y ello es explicable; pretender forzar las condiciones que la naturaleza previsora señala en los diversos tiempos del trabajo, o intentar que éste se realice

sin tener en cuenta la mecánica obstétrica, es provocar siempre un desastre. Y la pituitrina que tetaniza el útero, y la versión que se intenta practicar sin condiciones, y el fórceps, que ya se emplea con la misma asiduidad que el termómetro, rompen, desgarran, traumatizan de modo violento y brutal; y es en estas condiciones en las que observamos la mayoría de esas mortales roturas uterinas, de esos enormes desgarros vaginales y perineales... que se evitarían con una observancia más escrupulosa de los consejos prudentes de la obstetricia.

¿Ejemplos? Para qué; están en la conciencia de todos. Lo único que puede ser eficaz, es la comparación de los casos en que se ha intervenido con precipitación, o con no exacta seguridad en el diagnóstico, y aquellos otros en qué se obró correctamente o se dejó actuar a la naturaleza misma.

Claro es que, aunque no sean tantas, distocias hay y hay que resolverlas; pero es la indicación terapéutica la que hay que sentar y luego practicar también en adecuadas condiciones.

Que cada cual analice sus actos y del examen sincero deduzca los resultados.

Ahora bien, no es sólo con palabras como puede remediarse el problema, que o es de cultura o es de moral. Yo estimo que el remedio es uno solo; cultura, enseñanza. Mientras nuestras Facultades se olviden, que ante todo y sobre todo deben ser Escuelas para prácticos, y sin abandonar la investigación la encaucen debidamente sin confundir uno y otro aspecto; mientras pueda ejercerse y aun ostentar el membrete de especialista habiendo, cuando más, visto a distancia uno o dos partos y algunas grandes intervenciones, el problema seguirá en pie.

Aunque sea una gedeonada, hay que hacer prácticos... practicando. Así se logrará primero mayor hábito, segundo mejor conciencia profesional. Y como secuela una disminución considerable de estas y otras muchas lesiones.

4. Lesiones sociales. — Los que ya llevamos largos años de ejercicio profesional, hemos visto paulatinamente aumentar el porcentaje de unas lesiones de origen traumático, insignificantes en apariencia, pero de consecuencias desastrosas, ya que siempre llevan consigo la pérdida de una vida y a veces de dos. Me refiero al aborto criminal.

Mucho han cambiado los tiempos, mucho las ideas, pero yo no me puedo habituar a dar otro nombre al aborto provocado sin más finalidad que la de destruir la vida en embrión.

El ambiente social en que nos desenvolvemos, las exigencias económicas, el egoísmo, la desviación monstruosa de las teorías malthusianas, la amoralidad, nos han traído esta nueva enfermedad: el abortismo.

Antes, eran las meretrices, para quien la maternidad constituía una carga insoportable, las pobres mujeres engañadas y abandonadas, para quien la Sociedad no tenían compasión, las únicas que en el aborto buscaban la desaparición

de su estorbo o de su deshonra. Los médicos oíamos con indignación la menor insinuación sobre tal asunto.

Hoy, el mal se ha hecho epidémico y España sigue el movimiento mundial sin que en ello haya clases ni jerarquías; y no sólo se mira el hecho con indiferencia, sino que la justificación se hace ya desde la tribuna médica. No participo de ese criterio y ante él elevo mi voz, modesta, pero virilmente.

Si lo más noble de nuestra profesión es el cuidar de la vida, no es posible, no es lícito que seamos nosotros los ejecutores de la vida misma. Ello me parece monstruoso sin entrar en consideraciones de orden religioso ni filosófico; con ser médicos basta. Nosotros no hemos laborado tanto, no hemos edificado nuestra ciencia a costa de años y años de sacrificios para acabar destruyendo la vida en su misma fuente de origen.

Pero pese a nuestro criterio, el hecho es que a nuestras clínicas llegan uno y otro día desdichadas mujeres con lesiones traumáticas las más variadas, nimias a veces, brutales en algún caso, provocadas por maniobras abortivas. Y estas lesiones, que en su iniciación ya originaron la muerte del hijo, producen una mortalidad materna considerable y procesos ginecológicos que en sí llevan la invalidez genital para nueva maternidad.

Algunas veces, son perforaciones uterinas que dan lugar a peritonitis mortales; las más, son erosiones traumáticas de la pared uterina que provocan por infección los cuadros más variados de la septicemia; otras, son lesiones complicadas causantes de hemorragias amenazadoras.

La mortalidad materna es alarmante; en mi estadística personal acusa un 40 por 100 entre los casos de aborto; un 9 por 1.000 entre los casos de gestación. Y se explica; estas pobres mujeres llegan a nosotros cuando todos los recursos que silenciosamente pudieron poner en práctica, fracasaron. Y llegan anemiadas, infectadas, con manifestaciones propagadas ya, en verdadera ruina fisiológica.

Y en ello radica el arma que ya Rusia esgrime y que se quiere generalizar: si la mujer se ha de hacer abortar, que sea el médico quien practique el aborto científicamente; así el peligro será menor y la mortalidad materna disminuirá. La teoría es curiosa.

En lugar de refrenar el instinto, modificar las costumbres, moralizar la vida, se pretende *refinar* el crimen y cargar sobre los médicos toda la responsabilidad. Y los médicos no solamente parecen someterse, sino que hasta ensalzan el hecho. ¡Tanto cambia el mundo que ya casi casi no vamos a conocerlo!

Y vosotros aquí, estudiando, laborando a costa de fatigas y privaciones para adquirir mayor suma de conocimientos con los que podáis salvar una vida. Resulta paradójico el hecho.

No y mil veces no; nosotros tenemos por única misión defender la vida, evitando la muerte; desde los tiempos más remotos esa es nuestra más noble

ejecutoria; seguir el camino que quieren trazarnos los egoístas, los viciosos, los pervertidos, sería llenarnos de cieno... y el médico ha de estar siempre muy por encima de todo si quiere ser digno y respetado.

Castíguese o no al autor del hecho, no a la mujer que en su inconsciencia o su dolor busca el remedio; esto es cosa de los que legislan. Pero a los médicos no se nos mezcle en estas afrentosas disquisiciones.

Nuestra misión es curar, curar los males que el organismo sufre o los que le inflingen los demás... y levantarnos en una «cruzada» honrada y valiente contra el abortismo. Que así seremos dignos de llamarnos médicos.

. . . . . .

Ya habéis visto, como en cinta cinematográfica, cuántos y cuán variados traumatismos sufre el aparato genital de nuestras mujeres, de nuestras madres, a pesar de que en la traumatología no se incluyan. Si ello os fué útil y os fué grato, yo quedaré satisfecho; en todo caso siempre os guardaré el más profundo agradecimiento por vuestra cortesía y por vuestra atención.

DISPENSARIO OFICIAL ANTIVENEREO DE ZARAGOZA

DOS NUEVOS TRICOFITONES TODAVIA NO DESCRITOS, ENCONTRADOS EN NUESTRO PAIS

POR EL

DR. EDUARDO DE GREGORIO Y GARCÍA-SERRANO

Médico por oposición de la Profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas

Director del Dispensario antivenéreo

ZARAGOZA

El seguir con nuestras aficiones en el estudio de las tiñas, motiva que en esta pequeña contribución a su estudio describamos dos nuevos gérmenes que hemos tenido ocasión de estudiar en esta población, los que hasta la fecha después de un detenido estudio bibliográfico, consideramos no han sido todavía descritos y pretendemos ser nosotros los primeros que los estudiamos por vez primera en España.

Seguramente en nuestro país existirán variedades de gérmenes no conocidos hasta la fecha, como existen otros propios de todos los países, comprobados por diversos autores. Por razones de clima deben existir posiblemente múltiples no descritos, cuyo estudio exige un examen atento de los enfermos para que podamos enriquecer la dilatada colección estudiada por Sabouraud y otros autores extranjeros.

Nuestro primer germen fué productor y aislado de una tricoficia de la región zigomática en un niño de nueve años, observado en marzo de 1929.

El aspecto clínico de la lesión era de una tricoficia con pelos rotos al ras de la piel, pelos en tirabuzón, recubiertos de finas escamas. Microscópicamente, el germen presenta la morfología de los tricofitones endotris, con esporos, de aspecto regular y uniforme.

Este germen, como el que describiremos posteriormente, fué cultivado en los diversos medios de Sabouraud, con glucosa, maltosa y miel, utilizando en su preparación una técnica correcta, con el empleo de peptona granulada de Chassaing, maltosa y glucosa de Chaunt para evitar determinadas causas de error por las variaciones en la morfología de un mismo dermatofito, según el azúcar y peptona utilizados en su cultivo.

* * *

GERMEN NÚM. 1. — DESARROLLO DE LOS CULTIVOS. — S. Peptona. En peptona el crecimiento es lento; en su principio su forma es plana, de color amarillo crema; pocos días después aparece un abultamiento central de forma rugosa

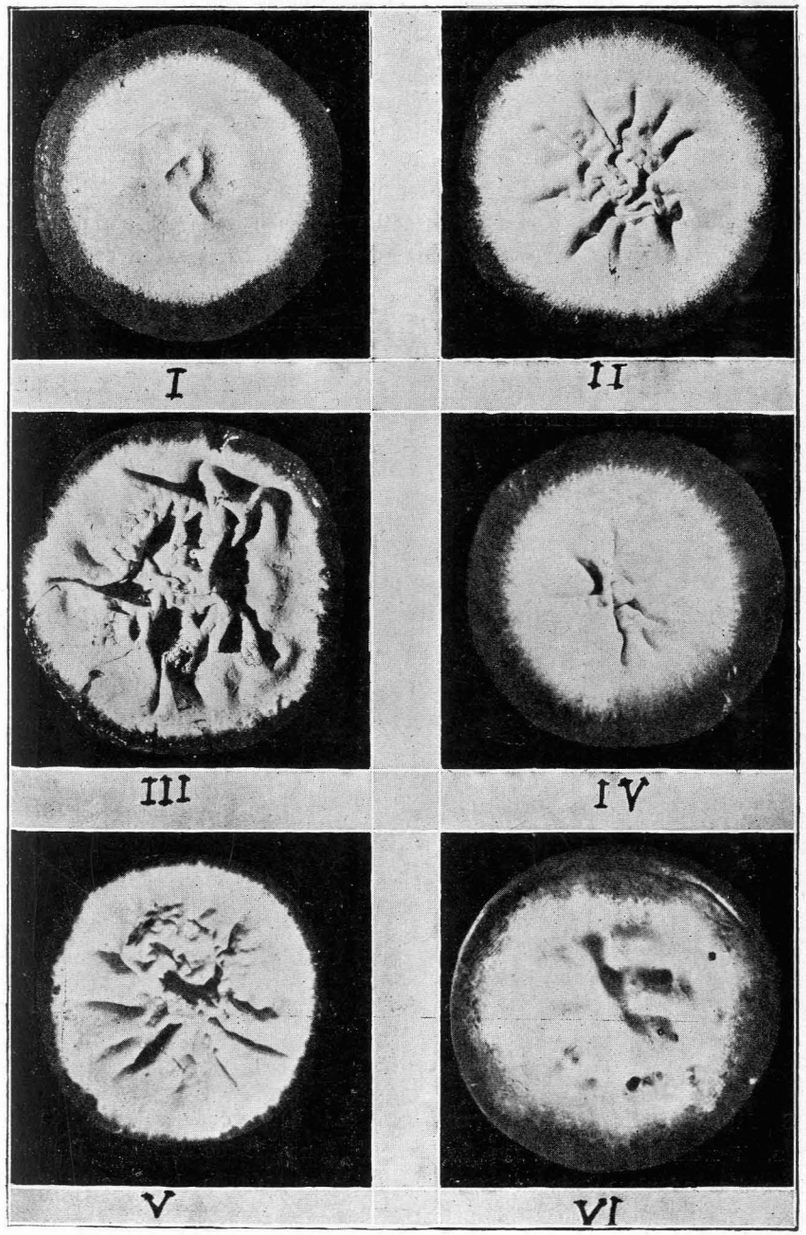


FIGURA 1.—Germen I

y ligeramente circunvuliforme, aspecto rugoso que se extiende días más tarde en toda la colonia, en la que aparecen rugosidades y surcos no muy acentuados. La colonia adquiere a los dos meses una dimensión poco más de una moneda de cincuenta céntimos, de color amarillento, muy próximo al color del cultivo; sus bordes son lisos y limitados, únicamente existen en éstos finas prolongaciones filamentosas. (Fig. 1-I).

S. Glucosa. — La colonia, en su comienzo, es de forma redondeada, de color blanco amarillento; poco más tarde se aplana y crece en forma aplanada; su crecimiento es circular y uniforme; su superficie es lisa, de color amarillo crema, ligeramente granulosa. Pasados aproximadamente treinta días, el centro sufre un ligero hundimiento de forma semicircular. Sus bordes son definidos ligeramente, filamentosos y granulosos. El tamaño de la colonia adulta llega a adquirir como máximun un diámetro de cinco centímetros (Fig. 1-II), la que tiene tres meses de desarrollo.

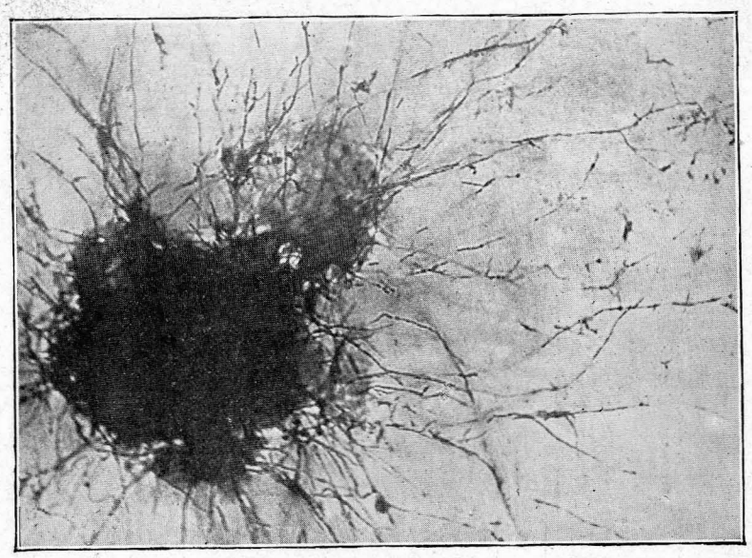


FIGURA 2.—Cultivo en gota pendiente.—Germen I

S. Maltosa. — Su desarrollo comienza con una colonia blanca, de forma plana, ligeramente rugosa con radios en forma de depresiones. Después de quince días adquiere toda su superficie un color amarillo de crema; los surcos o depresiones se hacen más profundos; el centro sufre una ligera transformación en cúpula; los bordes son ligeramente dentados y finamente filamentosos. Un mes más tarde tiene un tamaño de una moneda de cinco pesetas, de color

amarillo intenso, de forma ligeramente circunvuliforme; los bordes finos y ligeramente dentados con contorno circular no policíclico. Posteriormente se hace más circunvuliforme, acentuándose las depresiones y elevaciones de forma bastante uniforme en toda la superficie del medio de cultivo. (Fig. 1-III).

A los dos meses y medio adquiere su forma adulta, de un tamaño de seis centímetros de diámetro, del mismo color y más circunvuliforme.

S. Miel. — El comienzo de su desarrollo, en forma y colorido, es casi idéntico al del cultivo en maltosa; únicamente su forma es más fina, con surcos y depresiones más pequeños, menos rugosa y cupuliforme su superficie. (Fig. 1-IV).

A los treinta días de desarrollo la colonia es de color amarillo crema claro,

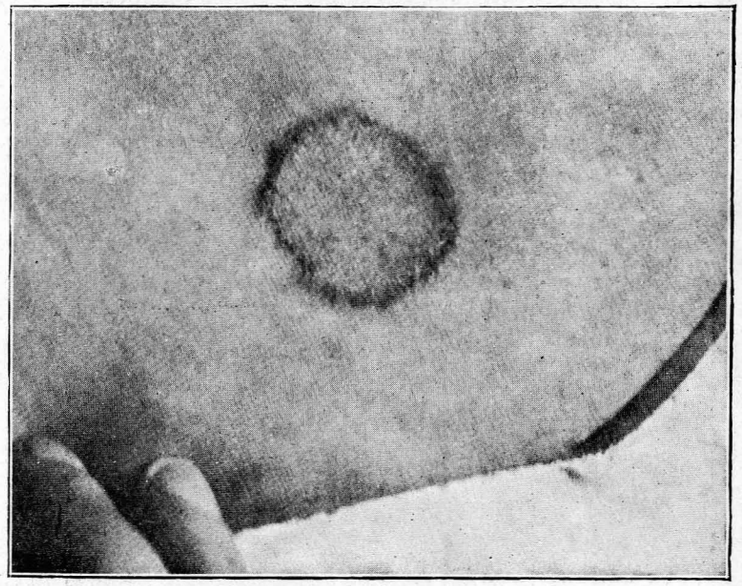


FIGURA 3.—Tricoficia cutánea producida por el Germen II

con un abultamiento central del que parten surcos que la dividen en varios sectores; sus bordes son filamentosos, de color amarillo más claro, casi blanco, pero menos definidos que cuando se cultiva en glucosa y maltosa. Su desarrollo es bastante rápido; en un mes adquiere un tamaño de cuatro centímetros de diámetro. (Fig. 1-V).

PLEOMORFISMO. — Este comienza con la presentación de un vello amarillento claro, que lentamente se torna de color blanco (fig. 1-VI). Se hacen nuevas siembras y obtenemos colonias totalmente blancas, de forma redondeada, con superficie plana y finamente filamentosa.

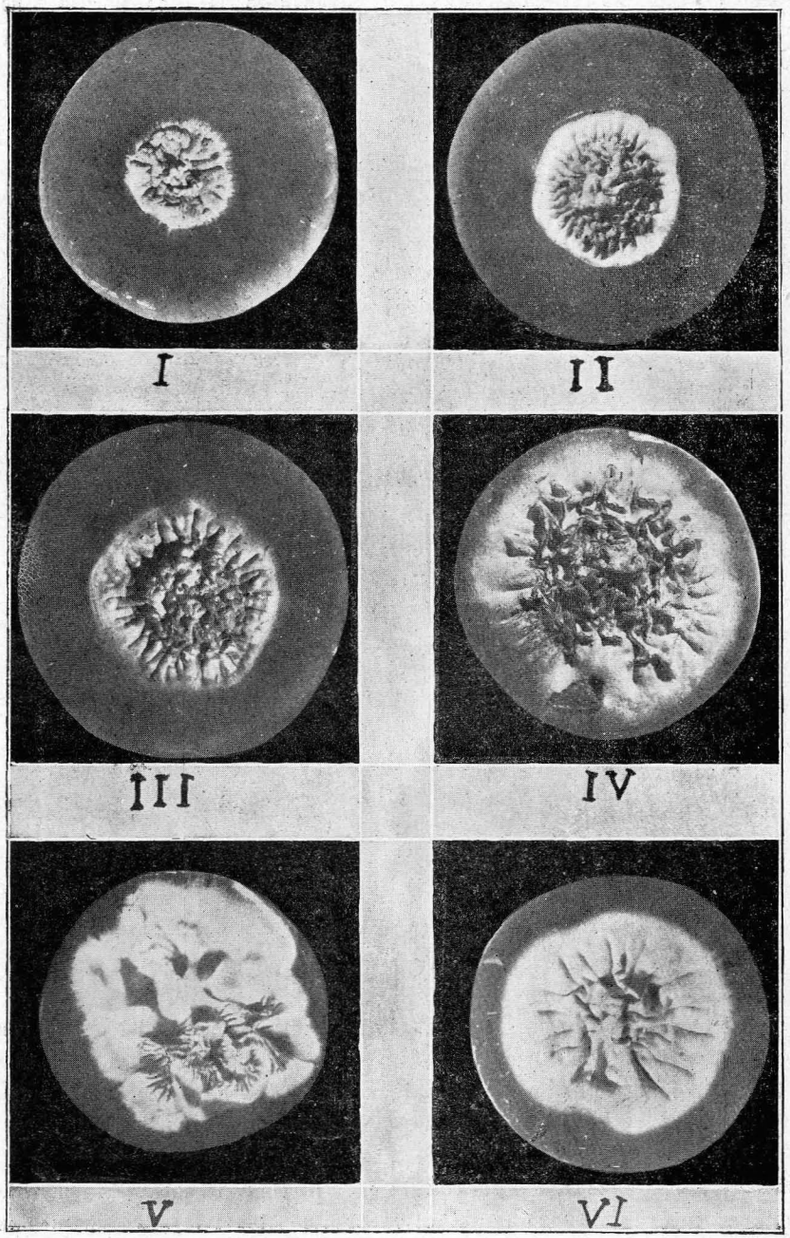


FIGURA 4.—Germen II

Lo estudiamos en medios líquidos en gota pendiente. La micología corresponde a lo que acostumbramos a observar en los tricofitones endotris. El cultivo en gota pendiente, examinado al microscopio con pequeño aumento, se observa el centro formado por una malla espesa de los filamentos micelianos. A mayor aumento se observan filamentos esporíferos, con gran cantidad de esporos más o menos diferenciados, el tallo esporífero terminal o lateral se divide y subdivide y cada una de sus ramificaciones se cubren de esporos.

En algunos filamentos se comprueban gruesas células simulando clamidósporos como en otras especies de tricofitones endotris.

En algunos cultivos se comprueba el fenómeno de emigración protoplasmática

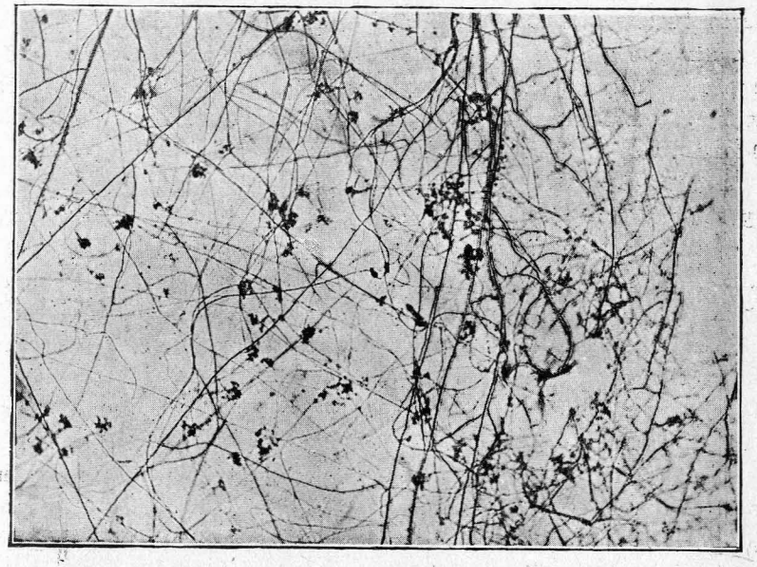


FIGURA 5.—Cultivo en gota pendiente.—Germen II

descrito y estudiado por Sabouraud. Coloreados convenientemente los filamentos, se observa que ciertos fragmentos no son coloreados y teñidos; existe una falta de protoplasma a cambio de los esporos formados, y por el contrario, otras zonas en las que los filamentos no han dado esporos, son intensamente teñidas.

Las inoculaciones al cobaya son negativas, no hemos conseguido inocular el germen ni por escarificación ni friccionando, con una emulsión con miel.

* * *

GERMEN NUM. 2. — El germen 2.º ha sido aislado en dos ocasiones, primeramente en una tricoficia cutánea de la región torácica en una mujer, y por segunda vez, en otra tricoficia de cara interna del muslo en extremo superior, en otra mujer.

En ambas ocasiones, la lesión estaba constituída por un herpes tricofítico típico, en forma de círculo cerrado, formado por finas vesículas, con su superficie finamente escamosa. En el primer caso, era del tamaño de una peseta y algo mayor que una moneda de cinco pesetas, en el segundo caso.

Microscópicamente, el germen se presenta en las escamas en forma de filamentos micelianos, compuestos de esporos de mediano tamaño, no demostrables en gran cantidad.

S. Peptona. — En este medio el germen comienza su desarrollo por una colonia ligeramente filamentosa y blanca de aspecto pleomórfico, después se aplana en su crecimiento, en el centro adquiere un tinte ligeramente violado y blanco en el resto de la colonia; pasados de 18 a 25 días, en el centro sufre un agrietamiento, se hace circunvuliforme en toda su extensión, y en la zona pigmentada aprécianse bastante violados los hundimientos producidos.

Su crecimiento y evolución es lento, llega al cabo de seis meses a adquirir un tamaño de una moneda de cincuenta céntimos y apréciase en sus bordes, ligeramente dentados, unas largas prolongaciones filamentosas que se extienden excéntricamente de forma radiada sobre el medio de cultivo.

S. Glucosa. — La colonia comienza su desarrollo de forma ligeramente aplanada y de color blanco; más tarde, adquiere un colorido amarillento, pierde su aspecto claro para hacerse cincunvuliforme con elevaciones y surcos no muy acentuados. Su crecimiento no es muy rápido, se hace cupuliforme en su centro. Los bordes son definidos, conservando el primitivo color blanco, como puede observarse en la figura 4-II de un cultivo de cuatro meses, en el que ha adquirido un tamaño de una moneda de dos pesetas.

En el mismo medio sigue conservando su forma y con un lento crecimiento, cambia lentamente su color amarillo crema por un colorido violado intenso, con bordes lisos y definidos (fig. 4-III). Más tarde, adquiere un aspecto francamente cerebriforme, con un colorido violado bastante intenso, sus bordes son de aspecto más plano, liso en algunos sectores o finamente granulosos. Llega a adquirir un tamaño de cuatro centímetros de diámetro, el que no sobrepasa por tiempo que se conserve el cultivo en el Laboratorio. Véase figura 4-IV en su forma adulta.

S. Maltosa. — Después de cuatro días de sembrado el germen, aparece la colonia de color blanco, crece después de forma rugosa, su superficie blanca es recubierta de un fino vello del mismo color, sus bordes son irregulares y circinados. Un mes más tarde, su aspecto es muy circunvuliforme de forma muy irregular de aspecto y color blanco ligeramente filamentoso. En unas zonas y sectores sufre un ligero y fino agrietamiento con un tono ligeramente violado. Observando con atención su crecimiento se hace más circunvuliforme, con elevaciones bastante intensas en algunas zonas y en otras francamente agrietada, cuyas grietas dejan apreciar claramente el pigmento violado de que antes nos

ocupabamos. Sus bordes son irregulares en forma policíclica y ligeramente filamentosa. Su tamaño a los cuarenta días, es aproximadamente de tres centímetros y medio de diámetro. (Fig. 4-V).

S. Miel. — Crece al principio y se desarrolla como en todos los azúcares, bajo una forma plana finamente vellosa, de forma redondeada, con bordes deprimidos y limitados; quince días más tarde se hace ligeramente rugosa en su centro con un color ligeramente rosado. Conserva su forma redondeada con bordes lisos y definidos.

Pasado un mes, se hace más intensamente rugosa y pigmentada en su centro; se producen finos hundimientos en forma de surcos que dividen la colonia en varios sectores; su superficie adquiere un color ligeramente violado; bordes finos y ligeramente filamentosos, con un tamaño de tres centímetros al mes de su existencia (fig. 4-VI), en la que los surcos son más profundos y ligeramente pigmentada toda su superficie.

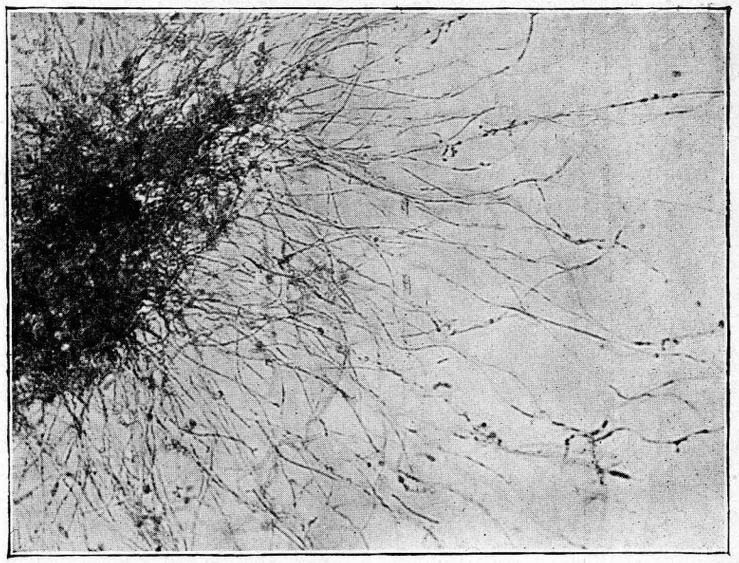


FIGURA 6. — Cultivo en gota pendiente. - Germen II

En su posterior desarrollo se hacen sus surcos más profundos y adquiere a los tres meses un colorido violado no intenso, el que con el tiempo se vuelve más intenso; sus bordes son finamente filamentosos y con un tamaño de ocho centímetros de diámetro.

PLEOMORFISMO. — En medios azucarados se hace totalmente de color blanco,

conservando en parte su forma rugosa, la que desaparece y se hace totalmente blanca y lisa, con finos filamentos en sus bordes al realizar nuevas siembras. Como en todos los cultivos pleomórficos, siempre las colonias son idénticas, de color blanco, sin conseguir obtener la forma primitiva.

El aspecto microscópico en gota pendiente de este germen es muy parecido al anterior. Las colonias jóvenes formadas de filamentos muy entrecruzados presentan a gran aumento múltiples flexuosidades para convertirse en clamidosporos. Igualmente existe una emigración protoplasmática en los filamentos cuyo protoplasma se condensa y acumula en los esporos, presentando por lo tanto los citados filamentos zonas no coloreadas por falta de protoplasma.

Los engrosamientos de los filamentos son de forma variada, y su extremo terminal de forma redondeada, en forma de raqueta más o menos aguda, con elementos esporíferos.

Los cultivos de más edad presentan sus filamentos escasamente teñidos por la formación de múltiples esporos agrupados en racimos entre la malla formada por los filamentos micelianos.

Las inoculaciones de este germen en el cobaya son positivas; los pelos parasitados generalmente presentan filamentos micelianos formados por esporos de igual tamaño, de forma ligeramente cuadrangular. Dichos filamentos rodean al pelo y no son muy abundantes. En ocasiones se pueden comprobar algunos filamentos que penetran y atraviesan la cutícula atacando el pelo.

Los parásitos crecen de forma abundante en las escamas con idéntica morfología, en forma de verdaderas cadenas compuestas por múltiples elementos.

SECCIÓN PRACTICA

EL PERIODO SECUNDARIO DE LA SÍFILIS [1]

POR EL

DR. ENRIQUE ALVAREZ SAINZ DE AJA

MADRID

SEÑORES: Es la segunda vez que tengo el honor de ser presentado por uno de mis discípulos. Máxima satisfacción para mí, sólo comparable a la que producirá verse un padre guiado, conducido, acompañado por un hijo en difícil caminata.

Mayor resonancia social, pública, tendría un hombre ilustre como introductor mío en este acto. Mayor alegría íntima, personal, es la que experimento por ser Sánchez Velasco mi padrino. Vaya por delante mi gratitud para él; mi enhorabuena a Muélledes por tal acierto en la designación, y mis excusas a todos por este descargo de mi corazón.

* * *

Abordando el tema que me ha sido designado, una cuestión previa hemos de plantearnos:

¿Puede subsistir hoy la división de lúes en primaria, secundaria, terciaria, etcétera, como en el pasado siglo?

Para nosotros sin duda alguna, pero acomodándola a los tiempos actuales.

Cabe rechazar tal división; yo todo lo admito y disculpo.

Lo que no puede hacerse es admitirla a lo Fournier; lo que no se debe es hablar de período primario sero-positivo y sero-negativo.

Ni de sifílides papulosas terciarias porque estén agrupadas en una región o dispuestas en corimbos.

Lo que no debiera hacerse es hablar de período cuaternario, porque ni en sentido cronológico, ni en el anatómico, hay motivos para calificar de cuaternario lo que es por regla anterior a lo terciario y lo que lesionalmente es consecuencia de secundarismos olvidados y no de terciarismos.

* * *

Con estas salvedades admitimos que debe subsistir la división de la Avariosis en períodos; y concretándonos al secundario, objetivo de mi conferencia, examinaremos sucesivamente:

1.º Fundamentos de su existencia.

2.º Sus límites.

3.º Sus características.

(1) Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de Salamanca, el 19 de octubre de 1930.

Fundamentos del período secundario

Nos los suministran: a) La Clínica.
b) La Anatomía Patológica.
c) La Terapéutica.
d) El Pronóstico.

Clínicamente, tenemos: en lo *primario* una lesión inicial, con su linfitis y adenopatía, una serología negativa y una invasión pasiva, latente, del organismo por los treponemas. En suma, *infección* clínica *local.*

En lo *secundario* un síndrome inicial de septicemia, de difusión, con su exantema, adenopatías, febrícula, bazo aumentado, albuminuria esporádica y con serología en sangre, exudados, trasudados y secreciones. Es decir, todo cuanto caracteriza una *infección general* en actividad.

En el terciarismo la lesión es única o regional, de todo o parte de un aparato, sin repercusión ganglionar, con escaso número de gérmenes, más bien patología de órgano que otra cosa, y con serología tan pronto positiva al máximo, como negativa. En estos momentos la lúes se conduce como una *infección regional.*

Tenemos pues: tipo de afección local en lo primario, general en lo secundario y regional en lo terciario.

* * *

La Anatomía Patológica nos enseña sin reservas ni dudas que son cosas bien diversas la *esclerosis chancrosa,* la infiltración y textura de la *pápula* del secundarismo y el *goma. Chancro, Pápula, Goma,* son tres arquitecturas clínico-histológicas que bien a las claras enseñan lo que debe ser respectivamente primario, secundario y terciario.

* * *

La terapéutica por su parte indica: posibilidad de *cura abortiva* durante el primer período; posibilidad de *curación* durante el secundarismo; *no hay cura radical* desde que el goma entra en escena, aunque los síndromes existentes sean susceptibles de curación o más corrientemente de paso a latencia.

* * *

El pronóstico a su vez de *favorable* que es en el período primario, se hace *reservado o grave* en lo secundario, y llega a *grave o mortal* en lo terciario.

* * *

Límites del período secundario

Antes, la *roseola* marcaba el comienzo; y la aparición del *goma* el fin de este período. Hoy no puede estimarse la roseola como frontera, por ser inconstante, de difícil observación, desaparecer espontáneamente aun sin medicación y por haber otro sistema mucho más precoz, mucho más constante y que no desaparece en tanto no se haga tratamiento eficaz. Nos referimos a la *reacción positiva* de sífilis *en sangre.*

Para nosotros la *aparición del chancro* marca el principio del período primero; la *aparición de reacciones serológicas positivas* el comienzo del segundo período; y el *goma* el comienzo de lo terciario.

Al criterio antiguo, puramente clínico debe reemplazar el criterio biológico y el anatomo-patológico. Y con este guía no puede ni debe hablarse de período primario seropositivo y seronegativo como muchos hacen, ni debe mantenerse a la inconstante y fugaz y tardía roseola como línea fronteriza primo-secundaria. cundaria.

No hay fecha para término del secundarismo; y sólo puede decirse que su final es la *curación,* el paso a *latencia,* el *terciarismo* o la *parálisis.*

Características del secundarismo

Secundarismo es la toma de posesión del organismo por el treponema.

Es el modo de comienzo de la lues en el feto.

Es el debut de las *sífilis por absorción* de gérmenes, sin lesión primaria, como de siempre la clínica mostraba y han comprobado experimentalmente Kolle y Elsa Everts.

Es la época de arraigar los treponemas en tales o cuales órganos y por tanto el punto de arranque de visceropatías precoces si una medicación, bien conducida, no se aplica a tiempo.

Los síndromes meníngeos, aórticos, renales, hepáticos, etc., son iniciados en el primer año de una lues mal cuidada, ignorada o no diagnosticada.

Desde la aparición de los Salvarsanes, el período secundario es cuando la sífilis deja de ser dermatológica e invade los más variados capítulos de la Patología Médica.

Bien a las claras se ve ésto en nuestras consultas y clínicas. Por cada sífilis dermatológica, por cada caso con sifílides cutáneo-mucosas, hay diez de aortitis o nefrosis, de síndromes meníngeos o hepáticos, de neuritis ópticas, acústicas, parálisis faciales, etc.

Y a la lupa y barra de nitrato de plata, a los repugnantes cromos que poblaban atlas y museos, han reemplazado el esfigmomanómetro y estetóscopo, la punción lumbar y la estrecha colaboración de internistas, otólogos, oftalmólogos y sifiliógrafos.

* * *

La *pista* del secundarismo luético es el *aparato circulatorio*; en lo linfático al comienzo; en lo sanguíneo después. La exploración de los grupos ganglionares y de la zona cardio-aórtica, han reemplazo a la inspección con que antaño el sifiliógrafo analizaba los exantemas y enantemas específicos.

En su comienzo, con exantema, poliadenopatías, esplenomegalia, febrícula, etc., es una infección general con todas las particularidades de tal.

Pasados meses o años, es afección de órgano o aparato, nerviosa, ósea, etcétera.

Más adelante, es una lesión orgánica ya constituída y poco modificable; mesaortitis, cirrosis, nefritis, artritis, etc.

* * *

El sifilítico secundario viene a ser una *solución saturada* de treponemas; y por eso no se reinfecta, todo lo más se superinfecta; por ello no prenden en él las nuevas inoculaciones.

¿Es inmune? No. Está saturado de infección.

En lues no existe inmunidad; y resulta un contrasentido cuanto en este nombre se afirme.

El hombre es receptible para el treponema en tanto está sano; y caso de ser ya específico sigue siendo receptible en aquellas partes de su cuerpo no invadidas *aún* o no invadidas *ya*; continuando nuestra primera expresión diríamos que es receptible en aquellos lugares donde la solución ya no es saturada o donde ya no hay treponemas o ambiente infectivo.

Cuando el inoculado no reacciona positivamente se dice que hay inmunidad general, regional o local. No hay tal cosa. El que no reacciona es por ser ya sifilítico; y no sé de ninguna enfermedad en que se diga que quien la padece es inmune a ella.

Conste pues, que no hay inmunidad en sífilis; y que cuanto en este sentido se habla y escribe es emplear incorrectamente término tan conocido y de significado tan preciso, como el de inmunidad en Patología.

* * *

Importancia social del secundarismo; es el *contagio* para el que se dan en este período el máximo de condiciones favorables.

Importancia familiar del mismo; es *la transmisión a la descendencia* como caso particular del contagio que acabamos de mencionar.

* * *

Ante la Terapéutica sigue el *Salvarsán* y derivados siendo el recurso supremo; imprescindibles, pero como segundones el *Bi* y *Hg;* y comienza en las fases tardías la era del *ioduro potásico* y *iódicos* en general, pero no con las indicaciones y dosificación que en el terciarismo usamos, sino como agentes modificadores de circulación periférica, rebajadores de tensión, en suma como medicación de vasculares, no como antisifilítico directo o fundidor de gomas.

Es ocasión de *tratamientos no específicos,* en los que se defienden mal, más por razón de individuo que de lúes graves; y comienzan las indicaciones por órgano enfermo desde que se advierte síndrome visceral determinado.

* * *

¿Qué es lo que ocurre en la piel del avariósico secundario?

Manchas, pápulas, pústulas en casos malignos, úlceras, costras, cicatrices; todo esto lo creo menos interesante que la noción de cómo es en sí, íntimamente, en sus derivaciones de accidentes, este período de sífilis.

Aparte de que en descripciones y grabados los hallaréis, mejor que yo pudiera describirlos, en todas las obras de la especialidad; pero cada vez los veréis menos en los enfermos; y acabarán por ser excepcionales a medida que se manejen mejor las medicinas, que éstas se perfeccionen y que los enfermos, con mayor y mejor cultura, acudan precozmente a nuestros cuidados.

Lo importante en lúes secundaria no es su cara cutánea, dermatológica, externa, sino su evolución visceral, interna, médica. Hay que conocer la sífilis *por dentro,* siempre más útil que limitarse a mirarla *por fuera.*

Señores: No me permito continuar abusando de vuestra benevolencia, y termino la exposición de algunas consideraciones acerca del secundarismo luético, sin la pretensión de agotar tema tan interesante.

Permitidme que en el momento de dar fin a esta amistosa charla salude con el respeto y devoción que merecen a dos de mis guías médicos en mis tiempos escolares: a los doctores Peralta y Cañizo, cuyas enseñanzas alcanzan en la actualidad su máximo esplendor en esta Facultad de Medicina.

LOS FIBROMAS NASOFARINGEOS

POR EL

DR. FERNANDO ALONSO LEJ

Profesor de la Facultad de Medicina. Profesor del Dispensario Antituberculoso.

Especialista de garganta, nariz y oído.

ZARAGOZA

Los fibromas nasofaríngeos nacen en la pared póstero-superior de las fosas nasales, cerca del cávum; no tardan en pediculizarse, enviando prolongaciones a las partes vecinas, fosas nasales, senos accesorios, órbitas y fosas pterigomaxilares.

Tienen casi siempre tres fases:

1.ª De iniciación, sin síntomas apenas.

2.ª De evolución, con ligera sintomatología.

3.ª De rápido crecimiento, con síntomas impetuosos.

Extenderme en consideraciones sería hacer interminable esta comunicación.

Expondré un caso de los muchos que llevo operados, pues creo que su historia reflejará claramente a los fibromas nasofaríngeos, por su volumen y las circunstancias que en él concurrieron.

HISTORIA CLÍNICA. — A. V., veintinueve años, casada, natural de la Puebla de Híjar, provincia de Teruel, habitante en la Puebla de Híjar.

Antecedentes, nulos. Funciones, normales.

Viene a consultarme por aquejar una gran obstrucción nasal desde hace un año próximamente, y aumentada progresivamente en los tres últimos meses. Al principio no le dió importancia, creyendo fuese un coriza vulgar, pero en la actualidad le preocupa hondamente por haberle aparecido grandes cefalalgias, aprosexia, anosmia, sequedad de fauces, modificación de la voz (rinolalia cerrada), secreción nasal mocopurulenta, dureza de oídos y zumbidos, epitaxis espontáneas y hemorragias seudohemoptóicas, que al mismo tiempo que le debilitan mucho le deprimen el ánimo pensando sean hemoptisis.

Exploración. — Por la fosa nasal izquierda no sale nada de aire, y si por la derecha quiere conseguirse, es haciendo esfuerzo la enferma.

Por rinoscopia anterior no se observa nada anormal.

Después de aplicado un toque con solución de cocaína adrenalizada en cada fosa nasal, y transcurridos cinco minutos, puede observarse una tumoración al nivel de ambas coanas, teniendo una pequeña prolongación anterior en el lado derecho. Dicha tumoración se moviliza y sangra con el contacto del estilete, sintiendo la enferma dicha sensación de movilidad, observando

yo que también se movía al efectuar la enferma un movimiento de deglución.

El estilete por la fosa nasal izquierda no podía alcanzar la pared vertebral de la faringe, pero por la derecha, siguiendo la pared externa, sí se toca dicha pared. Al deprimir la lengua, con el fin de inspeccionar la faringe, vi que el paladar blanco estaba abultado. Por rinoscopia posterior vi una gran masa amorfa, ligeramente sonrosada, que ocluía ambas coanas y llenaba el cavum.

Por el tacto nasofaríngeo pude observar la movilidad del tumor, dándome cuenta de su dureza leñosa. Procuré movilizarlo y, aunque con dificultad, se desplazaba a los lados, haciendo este dato pensar que eran pocas o nulas las adherencias, siendo sostenida la tumoración por un pedículo. El tacto, aunque procuré fuese suave, produjo una pequeña hemorragia.

Diagnóstico. — Con los datos sintomáticos recogidos en la exploración, diagnostiqué fibroma nasofaríngeo voluminoso de probable inserción esfenobasilar.

A priori descarté la posibilidad de una oclusión congénita de las coanas, dada la fecha de aparición de los síntomas, así como también una oclusión adquirida, por no existir ningún antecedente que me indujese a pensar en ella.

La ausencia de fluctuación me daba un precioso síntoma diferencial de un absceso frío de las primeras vértebras cervicales; este dato y la edad de la enferma excluían la posibilidad de un absceso laterofaríngeo. No podían ser vegetaciones adenoídeas, ya que éstas son muy blandas al tacto, y en el presente caso el tacto acusaba un cuerpo leñoso.

Más difícil era su diferenciación de un sarcoma, pero éste es más blando, más irregular y de un color más rojo oscuro.

Con el epitelioma, para diferenciarlo, tuve en cuenta el dato elocuente de la edad, además de que se ulcera rápidamente, infiltrando el velo palatino.

La extrema movilidad y blandura de los pólipos mucosos de coanas o de la cola de los cornetes son datos que no se prestan a confusión. Una vez hecho el diagnóstico, pude razonar los síntomas.

Las cefalalgias constituyen un síntoma en gran número de enfermedades nasales y nasofaríngeas, pero su etiología se presta a errores diagnósticos, ya que pueden sobrevenir a consecuencia de enfermedades orgánicas, constitucionales, infecciosas, nerviosas, periféricas y encefálicas. En las afecciones nasofaríngeas, en las cuales se produce una hiperemia puramente pasiva, la compresión de las paredes del cávum produce un estado congestivo de los vasos de la cavidad craneal y meninges, explicable por las mutuas relaciones de los plexos nerviosos de unos y otros. En este caso aparece una cefalalgia sorda en forma típica de opresión cefálica y supresión de aptitud intelectual (aproxesia), igual que ocurre en los niños afectos de hiperplasia de la amígdala faríngea.

La anosmia de origen central es muy poco frecuente; en este caso es consecuencia de la ausencia de entrada del aire por la nariz y, por ende, las partículas olorosas, en suspensión de él, no impresionan las terminaciones neuroepiteliales del olfativo.

La sequedad de fauces es también consecuencia de la dificultad respiratoria, ya que la función nasal de calentar el aire, inspirado, tamizarlo de partículas patógenas y extrañas y saturarlo de vapor de agua durante su paso en contacto con la superficie de la mucosa nasal, está suprimida a causa del obstáculo mecánico nasofaríngeo, teniendo la enferma que utilizar la boca para suplir la función nasal, inspirando el aire en condiciones deficientísimas y perjudiciales.

La rinolalia cerrada proviene de la obstrucción permanente de la nariz, suprimiendo toda resonancia nasal en el acto de hablar.

La secreción nasal mocopurulenta sabemos que ejerce en estos procesos una oligarquía pertinaz.

La dureza de oído se comprende porque el obstáculo mecánico nasofaríngeo obstruye la abertura tubárica y, por lo tanto, la ventilación de la caja no se verifica, reabsorbiéndose el aire contenido en ella y disminuyendo la presión interna; la presión atmosférica exterior domina, empujando el tímpano, y al seguir los huesecillos este desplazamiento, el estribo comprime la ventana oval, haciendo aumentar la presión perilinfática, produciendo esto la dureza de oído y los zumbidos.

Las epistaxis y seudohemoptisis van íntimamente ligadas a estos procesos; tienen el mismo origen tumoral, pero el camino que sigue la sangre es distinto. Unas como otras debilitan y depauperan el enfermo.

Pronóstico. — No pudiendo contar con la involución espontánea del fibroma, el pronóstico es desfavorable si lo abandonamos a sí mismo; pues el término es fatal si no intervenimos enérgica y radicalmente, ya que además de poder transformarse en sarcoma, fácilmente se propaga a los senos, la órbita y meninges, siendo entonces un caso de suma gravedad.

Tratamiento. — Sistemáticamente, como en cuantos enfermos opero de nariz o de garganta, le prescribí un hemostático, que en este caso fué coaguleno, que indistintamente uso con una poción de cloruro de calcio al 4 por 100. Tomó una tableta diaria disuelta en agua durante los cinco días anteriores a la intervención, indagando durante ese tiempo, como hago siempre, el estado hemofílico, clorosis, enfermedades renales, cardíacas y de Werlnof.

¿Qué método de elección?

La electrólisis, con una corriente gradual, en sesiones sucesivas, comenzando por diez mil amperios hasta llegar a una aproximada de cincuenta miliamperios, es insuficiente en estos casos, además de reclamar mucho tiempo; se limita a la

reducción de angiomas en los cuales la intervención quirúrgica no está indicada o la susceptibilidad del enfermo la imponen.

El empleo del radio, la roentgenterapia y la electrocoagulación, creo que su valor terapéutico es menor que el de una intervención apropiada, además de que con estos medios terapéuticos, igual que en la electrólisis, los resultados son más tardíos, necesitando un tiempo de que no dispone el paciente.

Pensar en la extirpación por vía anterior nasal, además del poco espacio existente, era muy eventual para asegurar una completa extirpación. Hacer una trasmaxilonasal o una paralateronasal era un atrevimiento, que, además de producir un grave traumatismo, dejaba perenne una gran cicatriz exterior, y esto debemos tenerlo en cuenta, porque la estética es verdaderamente necesaria en materia quirúrgica, cuando con menos mutilación y menos cruentamente podemos llegar al fin deseado.

Pensé emplear el asa galvánica, excluyendo el asa fría, porque aquélla disminuye la hemorragia, tan frecuente en estos casos, aunque tiene el inconveniente de producir, como yo he visto, fenómenos de meningismo, explicables por la infiltración de los territorios del cavum, que por vía linfática comunican con los de la base del cráneo merced a las conexiones existentes entre ambos por intermedio de los senos esfenoidal y etmoidal: insinuar el asa según el método de Hopmann, por entre el contorno del fibroma y las paredes nasofaríngeas con el fin de estrangular el pedículo, era casi imposible.

¿Debía recurrir a operaciones preliminares para facilitar la extracción utilizando los métodos de Partsch o Kocher? Tienen el inconveniente de producir hemorragias profusas y son de resultados inciertos.

Seguir sistemáticamente una operación seriada, por los métodos de Kuenmel Hansberg o Koener, resulta muy bonito visto en los textos, pero la realidad debe imponerse guiando el criterio.

Así es que puse a la enferma en posición de Rose, para evitar la caída de sangre en las vías aéreas, evitando así el tener que efectuar, en caso casi seguro de hemorragia profusa, una traqueotomía, intercricotirotomía o intubación peroral de Kuhn.

Previa la aplicación del suero Dufour y anestesia local con solución de cocaína adrenalizada, por toques repetidos nasofaríngeos, completada con la colocación de dos torundas de algodón impregnadas en la misma solución y montadas en dos porta-algodones nasales largos y colocados en el fondo de cada una de las fosas nasales, preparé varios tapones nasofaríngeos de diferentes tamaños, hechos con gasa esterilizada, los até a un cabo de hilo de seda grueso y empapé con solución de adrenalina al milésimo. Decidí emplear la vía bucal sin utilizar los raspados con la legra de Doven, por las molestas y graves hemorragias.

Las ventajas de dicha vía resultan de la facilidad de técnica y la ausencia

de cicatriz. Este método debe emplearse en los tumores grandes fácilmente prehensibles, a pesar de que se ha objetado que la vía de acceso es demasiado estrecha y de lo incierto que es extirparlo por completo al carecer del control de la vista, utilizando mejor el método de Denker, que creo que es muy práctico cuando el tumor tiene prolongaciones endonasales o en caso de recidivas.

Coloqué el abrebocas depresor de Whitehead e introduje el dedo índice de la mano izquierda por la boca para explorar rápidamente y guiándome de él introduje en la nasofaringe la pinza de dientes de Escat, de convexidad posterior; con los dedos índice y medio izquierdos desplacé la unión de los dos pilares posteriores con el velo palatino hacia adelante, indagando con los mismos la buena posición de los bocados de la pinza sobre el fibroma; imprimí un movimiento de torsión rápido y eficaz, procurando no hacer la más mínima tracción, y al mismo tiempo que una gran cantidad de sangre invadía la boca y las fosas nasales, extraje un voluminoso tumor que pesaba 17 gramos, cuya longitud era tres centímetros y medio por seis de ancho y cinco milímetros de grosor en la base de inserción. El fibroma salió íntegro, inclusive la prolongación anterior derecha. En el momento solemne de la extracción no debe perderse la serenidad, pues los agobios del momento están compensados con la satisfacción del éxito conseguido.

Pasado un rato, durante el cual cesó la hemorragia, exploré el cavum, lleno de coágulos, igual que las fosas nasales, no hallando nada digno de mencionar.

Después de la intervención, la enferma se hallaba bastante deprimida y le mandé aplicar suero fisiológico. La temperatura se elevó por la tarde a 37,4, regresando a la normal al siguiente día.

Salió de mi clínica completamente curada a los cinco días.

Con intervalos de un mes la he vuelto a ver dos veces, y no sólo no he apreciado recidivas, sino que el cavum es normal e imposible de apreciar dónde estuvo implantado el fibroma.

Análisis.—Tejido fibroso en evolución, con células embrioplásticas.

De todo lo expuesto pueden deducirse la siguientes

CONCLUSIONES

1.ª No debemos dejarnos guiar, a veces, falsamente por los síntomas para sentar un diagnóstico cierto.

2.ª Prejuzgar «a priori» un caso clínico puede hacernos establecer un falso pronóstico.

3.ª El tratamiento debe imponerlo las circunstancias del acto operatorio, nunca seguir un camino preconcebido ni una operación seriada.

4.ª En nuestra profesión la práctica sin teoría, cae dentro del terreno del curanderismo y la teoría sin práctica es una utopía; aunados los dos principios llevan al éxito y crédito profesional.



PROF. PAUL LAZARUS
GRUNEVALD (ALEMANIA)

FIGURAS MÉDICAS
CLÍNICA Y LABORATORIO

PRIMER CONGRESO HISPANO-PORTUGUES DE TOCOLOGIA Y GINECOLOGÍA

MADRID, 28 ABRIL - 4 MAYO 1931

COMUNICACIONES

NOVAIS Y SOUZA (Coimbra). — *Tratamiento de las hemorragias por placenta previa.*

Conclusiones:

Primera.—En las hemorragias del embarazo o del parto debidas a inserción baja central o marginal de la placenta, el tratamiento preferible desde el punto de vista del pronóstico materno y fetal debe ser la operación cesárea.

Segunda. — La cesárea clásica del cuerpo del útero satisface mejor que cualquier otra, aun para los casos sospechosos, que dudamos en considerar absolutamente puros asépticamente; la exteriorización total del útero, con una práctica adecuada a evitar los posibles riesgos de infección, hacen a la cesárea clásica la más ventajosa, por ser más rápida, de técnica más simple, de más fácil hemostasia, y permitir evitar la herida de la placenta.

Tercera. — Como método anestésico debe ser preferida la raquianestesia; existiendo contraindicaciones, el éter.

Cuarta. — La precocidad en la operación constituye una de las condiciones más necesarias para el buen resultado; debe ser practicada antes de iniciado el trabajo del parto o de la pérdida considerable o repetida de sangre en los casos en que en el embarazo a término la placenta obstruye total o parcialmente el orificio del cuello, y aun antes de ser alcanzado el término de la gestación, cuando la repetición de las hemorragias o su intensidad pueda comprometer la resistencia operatoria y suscitar dudas sobre la asepsia local. De aquí se deduce la ventaja de procurar a estas embarazadas un medio adecuado para la práctica de tal operación, una vez que se ha hecho o sospechado el diagnóstico de inserción baja de la placenta.

Quinta. — En los casos manifiestamente infectados o en mujeres intensamente anemiadas por hemorragias abundantes o repetidas, la cesárea corporal, seguida de histerectomía, constituye también el mejor medio de salvar la vida de la madre y del hijo, cuando no sea posible desarrollar el parto por vía vaginal sin traumatismo placentario, sin peligro para el feto y sin determinar lesiones maternas. Para juzgar de las ventajas o inconvenientes que desde el punto de vista de la infección y la hemorragia puedan resultar de la práctica de la cesárea baja en el segmento inferior, se atenderá a las condiciones especiales del caso clínico.

Sexta. — Los métodos obstétricos por vía vaginal para el tratamiento de estas hemorragias encuentran su indicación limitada apenas a los casos en que es posible, en seguida de la rotura de las membranas, esperar un parto espontáneo y en que puedan ser practicadas sin hacer peligrar la vida de la madre o del feto, aumentando la hemorragia por maniobras sobre la placenta, lesionando el útero o traumatizando el feto.

J. MONJARDINO (Lisboa). — *Opoterapia ovárica.*

Conclusiones:

Primera. — La opoterapia ovárica, para que se muestre eficaz, debe ser efectuada con productos de confianza, bien manipulados y acondicionados o debidamente verificados por reacciones biológicas (foliculina) o garantizados por su reciente preparación y por su frescura relativa. Como para los sueros y vacunas sería lógico generalizar la regla de marcarles un límite en el tiempo estipulado para su empleo, encargándose los Institutos de Biología de estudiar y resolver este problema.

Segunda. — A falta de productos de tales condiciones serán empleados con preferencia los que sean inyectables o los contenidos en vehículo glicerinado cuando hayan de ser injeridos.

Tercera. — La acción de la diatermia como regularizadora de las manifestaciones de disfunción ovárica ha de ser ponderada por racional cuando se aplica al sistema hipofiso-tiro-ovárico, porque ya es de utilidad reconocida. Sólo el tiempo y la experiencia dilucidarán si conviene orientar en este sentido la opoterapia ovárica.

GENTIL (Lisboa). — *Estado actual de la cirugía ginecológica.*

Las infecciones pélvicas pueden ser clasificadas en tres grandes grupos: gonocócicas, estreptocócicas y tuberculosas, teniendo el agente de cada una su modo especial de invasión y causando lesiones diferentes.

En las infecciones gonocócicas, la cirugía, cuando está indicada, debe ser estrictamente conservadora; los ovarios deben ser siempre conservados, por lo menos uno, excepto en los casos en que haya absceso tubo ovárico o que no sea posible conservarle en buen estado de circulación.

Las infecciones sépticas derivan en la gran mayoría de los casos de abortos sépticos, infecciones puerperales. Los partidarios de las intervenciones operatorias en el período agudo disminuyen cada vez más; aun para el drenaje de colecciones purulentas me parece conveniente esperar a que sean accesibles a los planos superficiales, fondo de saco de Douglas, región suprapúbica. Ayudará a determinar el momento operatorio más la sedimentación de los góbulos rojos, que considero más sensible, que la fórmula leucocitaria.

En cuanto a la infección tuberculosa, procede generalmente de un foco primario extragenital y se localiza de un modo secundario en las trompas. Se diagnostican más salpingitis tuberculosas con vientre abierto que en el laboratorio por el análisis de las piezas.

Dos órdenes de casos clínicos se presentan: aquellos en que el peritoneo está infectado en gran extensión, con ascitis, y los que solamente tienen lesiones de la pelvis y las trompas. Se da como regla actualmente la ablación de los órganos afectos en los casos de peritonitis tuberculosa con ascitis. La cirugía debe ser de una extensión conforme a las lesiones, pudiendo llegarse hasta la panhisterectomía.

CUNHA MENDOÇA E MENENDEZ (Lisboa). — *A propósito de la dilatación manual bajo raqui-anestesia.*

Conclusiones:

La pequeña serie de casos en que nos fué dado utilizar la raquianestesia para dilatar el orificio uterino, nos parece tener algún valor para el esstudio de tan debatido problema.

Tuvimos casos buenos, y tuvimos otros en que aparecieron todas las anomalías que algunos dicen ser evitadas por la raqui. Hubo rasgaduras, contracturas, inercia uterina y hasta rasgaduras del periné.

Los ressultados son, como se ve, inconstantes, y esto parece demostrarnos que el mecanismo por el cual actúa la raqui sobre la musculatura uterina, es desconocido. Sólo así se pueden explicar estas anomalías.

El útero es un órgano de compleja contextura muscular, y cuyo funcionamiento desconocemos. Su inervación es también un problema no completamente resuelto. La manera cómo esta víscera se comporta, por ejemplo, en presencia de varias drogas, es extremadamente variable. Recordemos la pituitrina, tantas veces remedio heróico, despertando contracciones en la inercia; otras veces produciendo contractura y aun no ejerciendo acción alguna sobre esa víscera.

No es solamente en clínica obstétrica donde la raqui tiene sus resultados inconstantes. También en la cirugía torácica y abdominal suceden fracasos, como de todos es sabido.

La única conclusión que podemos sacar de nuestros casos, como de la extensa bibliografía sobre este asunto es la de que la raqui tiene sus indicaciones, pero que la falta de conocimiento de su mecanismo fisiológico debe explicar los fracasos.

M. CARDIA (Oporto). — *Tratamiento de las anexitis crónicas.*

Conclusiones:

Primera. — En el tratamiento de las anexitis crónicas las indicaciones quirúrgicas han sido en los últimos años considerablemente disminuídas.

Segunda. — La intervención quirúrgica continúa siendo un medio terapéutico que más debe ser utilizado en la salpingitis quística.

Tercera. — En la mayor parte de las anexitis crónicas no supuradas ni tuberculosas los medios médicos convenientemente utilizados bastan para asegurar la curación, o por lo menos trazar mejorías tan acentuadas que permitan al clínico excluir una operación mutiladora.

Cuarta. — Para poder sacarr el mayor rendimiento de la terapéutica en las anexitis crónicas, el ginecólogo debe conocer en todos sus detalles la técnica e indicaciones clínicas, los variados medios médicos y quirúrgicos utilizados en la terapéutica ginecológica.

Quinta. — Entre los agentes físicos a que el médico puede recurrir en el tratamiento de la anexitis crónica, debe considerarse la diatermia como el más eficaz y el más cómodo.

Sexta. — A la diatermia hay que unir en la mayor parte de las veces otros agentes curativos, no olvidando nunca el reposo y la antisepsia vaginal.

Séptima. — Cuando el clínico no puede disponer del aparato preciso para realizar un tratamiento completo y enérgico de las anexitis, puede conseguir algunos éxitos, y a veces la curación, con la proteinovacunoterapia asociada al reposo y a las irrigaciones calientes vaginales antisépticas.

Octava. — Para que las curaciones de las anexitis crónicas obtenidas por los medios médicos no sean seguidas más tarde o más temprano de recidivas, es necesario obtener la cura radical de las cervitis crónicas, que constituyen una fuente de nuevas reinfecciones.

GONÇALVEZ D'AZEVEDO (Oporto). — *Notas sobre algunas evacuaciones extemporáneas del útero grávido bajo raquianestesia.*

Conclusiones:

Primera. — Es un hecho que la raquianestesia facilita la distensión del periné; hay casos, sin embargo, en que las rasgaduras, si bien mínimas, son inevitables.

Segunda. — A pesar de que facilita la raquianestesia la dilatación artificial del cuello, raras veces queda éste indemne de lesiones, pudiéndose aún encontrar con grandes dosis de anestésico rasgaduras cervicales extensas.

Tercera. — Las versiones son habitualmente fáciles de practicar, aun en los casos en que hay poco líquido amniótico.

R. GANDOLFO HERRERA (Buenos Aires). — *Perforación de útero con procidencia intestinal.*

Exposición detallada de un caso en que fué diagnosticado el día de acudir a la consulta por primera vez un embarazo de dos meses, aproximadamente. Pasados dos días de este diagnóstico, vuelve de nuevo la enferma, con alguna hemorragia y dolores difusos en el vientre. El cuello aparece al examen con espéculo dilatado y permeable a un dedo. Es llevada a una clínica para hacer un legrado, y en uno de los movimientos de la pinza de aborto aparece un asa intestinal delgada, que es reconocida inmediatamente. Se suspende la intervención, practicando una laparotomía media infraumbilical, hallándose una rotura uterina, por la que se ha introducido un asa intestinal. Resección intestinal de 12 cm., sutura término-terminal, limpieza de la pelvis con suero fisiológico y colocación de un drenaje de Mickulitz y un tubo de goma en el Douglas. El curso postoperatorio fué magnífico.

El caso es interpretado como consecutivo a maniobras abortivas.

Se complace el autor en hacer resaltar su actitud conservadora, dejando a la mujer en la integridad más completa de su aparato genital.

V. CONILL (Barcelona). — *La reacción de Müller-Bellido-Burger en Ginecología.*

Cuando Bellido, hace un año, nos dió a conocer la sistematización, hecha por Bürger, de Kiel, de la hiperglucemia inicial postinsulínica como posible prueba funcional hepática, la aplicamoss en nuestra clínica, y he de agradecer a los doctores Oslé, Sanmartí y al alumno señor Pascual su estimable concurso.

En total, aportamos 34 casos.

A poco de practicarla nos impresionó el caso siguiente: una enferma algo adiposa, basstante anemizada por las menometrorragias que le causaba un fibromiona cvitario, pero sin grandes disnea y taquicardia de esfuerzo, y desde luego con exámenes de laboratorio favorables, nos sorprende una curva atípica. Desistimos de la anestesia general con Ombredane, que sin este dato hubiéramos practicado (la anestesia general etérea continúa, para nosotros, la de elección en la vía abdominal; la raquianestesia, la de elección en la vía baja), y la operamos bajo raquianestesia, El curso fué de lo peor: un cuadro de anergia, de insuficiencia hepática con trastornos incluso de la función biligénica; algo contumaz que alargó el postoperatorio fuera de medida. Nos cabe la convicción de que esta enferma, con anestesia general, la hubiéramos perdido; de hecho, debe la vida a la reacción de Müller-Bellido-Bürger.

Y ahora nos interesa hacer algunas declaraciones. En primer lugar, el llamado chock tardío debe desaparecer de la nosografía postlaparotómica, porque hay algo concreto, probablemente forme, más que humoral, orgánico, que condiciona el cuadro descrito, que con la reacción de Müller-Bellido-Bürger nos ha sido posible desnudar de sus atributos de sorpresa e inexorabilidad; que este

cuadro podría ser de hepatargia; pero aquí no tenemos derecho a manifestarnos, ni es ello primordial. Discrinias varias, sobre todo de suprarrenal, nos parece que pueden contribuir.

Se ignora hasta hoy la conducta del hígado en el embarazo, entre otras cosas, por falta de una prueba funcional que hoy tal vez no poseemos. Hemos notado que en las embarazadas los síntomas hipoglucémicos son más tardíos (sensación de malestar, vómitos, gran dejadez, lipotimias, sudor frío, hambre dolorosa...)

La técnica es: individuo en ayunas; examen de glucemia; inyección intravenosa de media unidad de insulina por kilogramo de peso y examen de glucemia a los cinco, diez, quince y treinta minutos, dando a continuación hidratos de carbono fácilmente asimilables, y si conviene, por la importancia de los fenómenos hipoglicémicos, intravenosa de suero glucosado hipertónico (del 15 al 30 por 100).

Cronológicamente, esta reacción ha pasado por las siguientes fases: en 1925, Müller, con Petersen, encuentran la hiperglucemia inicial postinsulínica en los animales de laboratorio, acción sin duda inadvertida hasta entonces por fugaz y que atribuyen a movilización de la glucosa por plucogenolisis. En el mismo año Bellido, con Puche, estudian la misma acción en el perro y excluyen la posibilidad del mecanismo nervioso, defendido por los anteriores autores, inyectando directamente en la mesaraica, o sea directamente al hígado, y encuentran, además, que sólo ocurre la hiperglucemia cuando la insulina tiene rápido acceso al hígado. Finalmente, Bürger, en 1929, proyecta a la práctica, sistematiza esta que él llama «Vorübergehende Vermehrung des Blutzuckers», utilizando los principios ya expuestos por Müller y Bellido y consignando un aumento normal de 20 por 100, y en obesas y mixedematosas un 50 por 100, aumento el primero algo inferior al que registra Bellido en el perro y decididamente al que solemos observar en nuestros casos (en los que hemos adoptado como a promedio normal un aumento de un 30 por 100).

F. TERRADAS (Barcelona). — *El porvenir de las operadas de embarazo tubárico.*

Conclusiones:

1.ª Que la experiencia adquirida de 80 casos de embarazo tubárico operados me demuestra que la frecuencia de las recidivas es muy importante, un 20 por 100 de las cuales, la mitad (10 por 100), deben reoperarse, curando las otras espontáneamente.

2.ª Que siendo aproximadamente igual el porcentaje de maternidad, no hay derecho a inutilizar la trompa sana por el solo temor de la recidiva.

3.ª Que toda mujer que ha tenido un embarazo tubárico operado o curado espontáneamente debe ser vigilada al menor retraso menstrual, por la posibilidad de tener otro embarazo tubárico.

F. CARRERAS (Barcelona). — *Hidrotubación.*

Es un medio de diagnósstico imprescindible en cuanto a esterilidad se refiere, y con este motivo estudia los diversos procedimientos que se emplean en la actualidad, pronunciándose por la técnica de Yagi.

Puesta la enferma en posición ginecológica, y previa «toilette» vulvo vaginal, se coloca el espéculum poniendo al descubierto el cuello, que se toca con tintura de yodo, aplicándole la sonda provista de una oliva de goma, que se aprieta con la presión de un tornillo y se conecta con la goma y bureta, previamente llenas de suero calentado a 38º-39º(contando con el enfriamiento durante la exploración).

No debe estar la bureta a más de dos milímetros del nivel de la paciente, ya que esta altura equivale a 150 m. m. Hg.

Se establece franca comunicación del líquido, y viendo que no hay escape en el ajuste del cuello, se anota cada treinta segundos sobre una gráfica el descenso del nivel del suero. Uniendo estos puntos se obtiene una gráfica que nos permite leer, no sólo si ha tenido lugar el paso del suero, sino la forma y rapidez del mismo.

Para interpretar el resultado hay que tener en cuenta varias circunstancias: la cantidad del líquido empleado en llenar la cavidad uterotubárica (en relación a la previa histerometría), 10 a 16 c. c.; la contractilidad (espasmo o succión debidos a la musculatura), desviaciones uterinas, constancia de presión y supresión del manómetro.

GIL VERNET (Barcelona). — *Discusiones sobre la placenta.*

Son muchos los puntos discutidos acerca de la placenta. En efecto, se discute, desde luego, sobre el origen de las cavidades o espacios intervellosos y sobre el modo de formarse. Se discute asimismo sobre el origen de las capas epiteliales o epitelioides que revisten las vellosidades coriales, dudándose si proceden de la madre o del embrión.

Es también objeto de controversia la procedencia de la fibrina canalizada, o, como prefieren otros, sustancia fibrinoide. Finalmente, otra cuestión debatida es el origen de las células gigantes, las cuales creen unos que proceden de la placenta materna, y otros, del embrión.

Estudia la placenta de cuarto mes, séptimo, octavo y noveno, y con este motivo deduce varias conclusiones. Dice, por ejemplo, al referirse al número y origen de las capas que envuelven las vellosidades coriales, que éstas son dos: una basal y otra sincicial, y ambas de origen embrional o corial.

Respecto al origen de los espacios intervellosos, manifiesta que podemos afirmar que éste se ha de buscar en los primeros estadios, cuando las vellosidades comienzan a ramificarse y expansionarse dentro de la mucosa.

En cuanto a la sustancia fibrinoide, poco podremos decir. La dificultad de señalar el origen de esta sustancia nace de que se la encuentra de ordinario en el límite entre la vellosidad corial libre o flotante (por consiguiente, sin unión con la mucosa).

E. MACIAS DE TORRES (Oviedo). — *Las fases de esterilidad y fecundidad fisiológicas de la mujer.*

Creemos útil recordar para resolver la cuestión debatida:

Primero. — Que los zoospermos humanos deben conservar su aptitud en el aparato genital interno de la mujer durante un período máximo de tres a cuatro días.

Segundo. — Que la dehiscencia folicular tiene lugar entre los días catorce y diez y seis del comienzo del ciclo en las mujeres que menstrúan cada veintiocho días.

Tercero. — Que según Fraenkel, no existe un cuerpo amarillo de la menstruación distinto del gravídico; el cuerpo amarillo «intencionalmente» es siempre pregravídico, pero involuciona al sobrevenir la muerte del óvulo si no tiene lugar la fecundación, y al involucionar determina la menstruación.

Cuarto. — El huevo, fecundado o no, inicia la migración tan pronto como tiene lugar la dehiscencia del folículo, y puede ser fecundado en cualquier punto del trayecto, incluso en la cavidad uterina.

De estas premisas, indudablemente hipotéticas algunas de ellas, pero muy verosímiles, deducimos, de acuerdo en parte con las afirmaciones de Knaus, que las mujeres que menstrúan cada veintiocho días, presentan una fase de esterilidad fisiológica que comienza el día en que aparece la regla, y dura aproximadamente hasta el día diez. En cambio, no compartimos la creencia de que después del día diez y ocho sobrevenga otra fase de esterilidad, que pudiéramos llamar premenstrual; a lo sumo podrá existir una pequeña fase de uno o dos días de esterilidad antes de las reglas, motivada porque el óvulo muere algo antes de sobrevenir la menstruación, si no es fecundado, y al morir, su representante en el organismo materno, el cuerpo amarillo, involuciona y su regresión determina el desprendimiento de la capa funcional de la mucosa uterina y la hemorragia, que caracterizan la menstruación.

En las mujeres de ciclo acelerado, cada veintiún días, por ejemplo, la fase de esterilidad premestrual está acortada proporcionalmente o reducida a la nada; en cambio, en las mujeres de ciclo retardado, la fase de esterilidad postmenstrual dura tantos días después del día diez cuanto más se retarda la aparición de la menstruación después del día veintiocho.

La primera dificultad con que se tropieza en estos casos es convencer a una pareja que ya ha tenido dos o tres hijos, y que desea no tener más, que hay una fase del período postmenstrual en la cual puede ser realizado el cóito sin ninguna preocupación anticoncepcional, y sin que vaya seguido de embarazo.

Establecido con suficiente precisión el ciclo menstrual de la mujer en cada caso particular, y desechada la fase de esterilidad premenstrual, y la fase menstrual, por razones estéticas, hemos indicado los días que en cada caso podían conssiderarse como de esterilidad fisiológica del período postmenstrual, y en efecto, en cinco de los casos no sobrevino ningún embarazo.

Así, pues, con todas las reservas que supone el reducido número de casos, nos afirmamos en que las mujeres normalmente menstruadas presentan una fase de esterilidad postmenstrual fisiológica, variable según el tipo de menstruación que presenten.

J. PUGA (Granada). — *Aportación al problema de la existencia de una «glándula intersticial» ovárica en la mujer.*

El folículo atrésico no nos da la impresión de un órgano diferenciado altamente. Documéntase la escasa significación fisiológica en su difusa limitación con el resto de tejido ovárico, por la rápida coarrugación que experimenta, por su fuerte hialinización, por la degeneración de sus vasos. También la pequeñez de sus células, la escasa capilarización, hablan contra una significación endocrina; y así realmente debemos ver en la atresia folicular sólo la expresión de una degeneración, y una desaparición del folículo como factor de una actividad funcional.

En realidad, nosotros no estamos de acuerdo con los autores que dan personalidad funcional al folículo atrésico. Ni mucho menos podemos recabar para él el concepto de glándula intersticial; no hay bases microscópicas ni fisiológicas.

La tal formación no llena los postulados necesarios a la justificación de un órgano endocrino. Realmente en el gran campo de las secreciones internas, en el que después y a costa de pacientes investigaciones hemos conseguido adquisiciones y aclaraciones notables, ni debemos ni estamos autorizados, sin contar con argumentos y realidades positivas, a introducir confusiones y desvíos, por afán de extender esa maravillosa cualidad de la interna increción a ciertos tejidos orgánicos.

El carácter y realidad de glándula de secreción interna no debe desacreditarse extendiendo tal cualidad a sustrátums anatómicos que no poseen los esenciales caracteres de un órgano endocrino.

Pues en lugar de marchar al unísono con un progreso efectivo, caeríamos nuevamente en la antigua patología humoral. No importa que toda célula orgánica se relacione con los demás tejidos mediante la vía sanguínea. Antes de imputar una actividad endocrina, debemos comprobar existe una arquitectura independiente del resto del cuerpo, de una limitación exacta y definida.

Para la glándula intersticial de los animales, las precitadas condiciones no son llenadas suficientemente. La inconstancia de su presencia muestra que no podemos unir a ella la existencia de una general e importante función. Los fundamentos para la especie humana son aún menos consistentes. Podemos concluir diciendo: Que actualmente, dentro del estado en que se encuentran las investigaciones a este respecto, no debemos admitir la existencia de una glándula intersticial a base de un cuadro microscópico, sin que posibles perfeccionamientos de la experimentación, en los sentidos antes apuntados, puedan esclarecer cuestiones oscuras, como esta, y otras más, de la complicidad fisiológica ovárica.

M. USANDIZAGA (Santander). — *La anestesia epidural en las operaciones vaginales.*

La anestesia epidural hace años que es conocida, sin que se haya generalizado su empleo. Puede decirse que son contadas las clínicas que la utilizan.

Se obtiene la anestesia sacra por medio de la inyección anestésica en el canal óseo sacro, sin llegar a penetrar en el saco dural, en forma de bloqueo de los nervios espinales en aquél alojados. Se puede penetrar en el canal sacro por una punción a través de la membrana que cierra el hiato sacro (anestesia epidural) o a través de los agujeros sacros posteriores (anestesia parasacra) o finalmente combinando ambos métodos (sacral block de los americanos).

Accidentes. — La anestesia epidural, a pesar de su aparente inocuidad, ha dado lugar a accidentes. Vamos a resumirlos:

1.º Punción intradural. — Si se profundiza excesivamente la aguja o existe un saco dural muy bajo, puede ser que se puncione éste, y entonces la inyección, en lugar de ser epidural, es intradural, con el enorme peligro que tiene la introducción de tan gran cantidad de anestésico. Este accidente es fácilmente evitable con sólo comprobar inmediatamente gran cantidad de anestésico.

Parece ser que la mayoría de los casos de muerte publicados después de la anestesia epidural son debidos a este mecanismo.

2.º Punción de una vena.

3.º Infección y necrosis locales.

4.º Ulceraciones tróficas.

5.º Parálisis.

6.º Convulsiones eclamptiformes después de la punción (Tahler). — Probablemente serían debidas a una inyección demasiado rápida de gran cantidad de líquido, que comprimiría el saco dural aumentando la tensión intradural.

7.º Accidentes por acumulación de tóxicos. — Si en una enferma fracasa la anestesia epidural y hay necesidad de hacer anestesia general, se produce una sumación de tóxicos que no sería una causa excepcional de accidentes.

8.º Rotura de la aguja dentro del canal sacro. — Resultados: Nosotros, en los últimos tiempos, hemos empleado sistemáticamente la anestesia epidural en las intervenciones por vía vaginal. En nuestros primeros casos, en los que inyectábamos menos cantidad de anestésicos, la enferma se quejaba durante la intervención; pero permitía terminarla sin otra anestesia, o simplemente con infiltración del periné con novocaína. Aumentando la dosis de anestésico hemos obtenido muchos mejores resultados, muy particularmente desde que lo asociamos con la adrenalina. Solamente en dos enfermas hemos recurrido a la anestesia general; uno de nuestros primeros casos, en que hicimos la inyección subcutánea y desistimos de nuevas tentativas. En la otra era una enferma tan indócil, que no pudimos saber si realmente la anestesia era defectuosa. Antes de comenzar la intervención la anestesiamos con éter.

Hay que tener en cuenta que la anestesia es puramente espinal y no actúa sobre los filetes simpáticos, y que por lo tanto no hay una supresión completa de la sensibilidad. Por esta misma razón, en la interposición de Schauta-Wertheim, las tracciones sobre el útero para exteriorizarlo son dolorosas.

No hemos tenido accidente de ninguna clase, ni las enfermas han experimentado el más ligero malestar. Por el contrario, salen de la mesa de operaciones con un magnífico estado general.

Resumen: la anestesia epidural con 60 centímetros cúbicos de novocaína al 1 por 100 con adrenalina, preparando convenientemente a la enferma con 0,0002 de escopolamina y 0,006 de morfina subcutáneamente, nos ha dado excelentes resultados en la cirugía de vulva, vagina y cuello uterino.

M. USANDIZAGA (Santander). — *Tratamiento quirúrgico de las cervitis. Técnica de Stumdorf.*

El fundamento de la intervención es hacer una escisión cónica del cuello, en forma que nos llevemos todas las glándulas cervicales, recubriendo la superficie de sección de mucosa vaginal sana.

Se hace presa en el hocico de tenca con una pinza de dos dientes; con un bisturí se escinde un cono, cuya base es la parte del hocico de tenca erosionada y cuyo vértice llega hasta cerca del orificio interno del cuello;

en este cono queda comprendido el conducto cervical y glándulas que abocan en él. La mucosa vaginal se aisla de lo que resta de cuello en medio centímetro aproximadamente.

Lo característico en la amputación de Stumdorf es la forma de hacer las suturas. Se pasa un punto en U por el borde anterior de la mucosa vaginal y cada uno de los cabos (enhebrándolos sucesivamente en una aguja) se hace pasar a través de la mitad anterior del cuello, del conducto cervical a vagina. Cuando tiramos de los dos cabos para anudarlos, el borde de la mucosa de vagina se aproxima al límite de la mucosa cervical. Al anudarlos queda recubierta de mucosa vaginal la mitad de la superficie cuenta que ha dejado el cono escindido. En igual forma se pone otro punto en la mitad posterior. Para afrontar los bordes lateralmente se colocan dos puntos a cada lado que comprenden en masa la sección del cuello. Es conveniente pasar estos puntos laterales antes de terminar la escisión cónica, porque así nos sirven de tractores.

Es mucho más difícil y cuesta más trabajo el describir la operación que el realizarla.

La hemos empleado indistintamente para cervitis, erosiones y laceraciones de cuello. Como hemos sentado unas indicaciones muy estrictas, solamente hemos tenido ocasión de emplearla en trece casos. La cicatrización ha sido perfecta en todas: a los quince días no parece ser un cuello que se halla operado; solamente queda de un aspecto algo más plano. La leucorrea ha desaparecido completamente. Nuestros casos son demasiado recientes para que tengamos experiencia acerca de los partos ulteriores, pero en la literatura se afirma que no se producen estenosis de cuello cicatrizado.

F. HARO GARCIA y E. CONDE GARGOLLO (Madrid). — *Esterilidad y tipos constitucionales.*

Siguiendo nosotros el criterio recientemente expuesto por Marañón en la Sociedad Ginecológica Española, y que preside el examen de las enfermas de la policlínica, hemos de considerar que la mujer encaja, prescindiendo de las displasias de tipo casi teratológico, en uno de estos tres grupos:

Grupo 1.º En que figuran las que conservan muy acusados los rasgos de la infantilidad, de la que parece no haber salido completamente.

Grupo 2.º En que figuran las de perfecta feminidad, cuyos caracteres corresponden de manera predominante a los de la mujer asténica, teniendo en cuenta que en esta denominación, hablando constitucionológicamente, no entrañ esos factores y caracteres patológicos de la astenia, que es lo que ha conducido a tantos errores de interpretación, al igual que confundir este tipo con el infantil o hipoplásico, cosa por lo demás disculpable por la proximidad

de ambos grupos primero y segundo, y la posible existencia de formas intermedias, que designaremos como primera y segunda. En este grupo segundo encontramos asimismo el gran grupo de las mujeres que presentan iniciados los caracteres pícnicos propios del grupo siguiente, pero que no son bastantes a excluirlas de una perfecta feminidad, sin bien con el tiempo, al evolucionar por embarazos o por la menopausia hacia la virilidad, presentarán muy marcados esos caracteres, que aunque sin necesidad de presentar ningún otro intersexual, permitirán que las cataloguemos en el grupo tercero.

Grupo 3.º En que figuran las que han avanzado en su evolución hacia la virilidad en forma que en ellas podemos encontrar caracteres intersexuales marcados, uno de los cuales es, sin duda, esa morfología acentuada de que antes hablábamos como propia del tipo pícnico.

Análogamente a lo que dijimos del grupo intermedio primero y segundo, encontraremos ahora mujeres de constitución francamente femenina, tipo segundo, en las que algún carácter intersexual (vello, voz, etc.), requiere su desplazamiento hacia el tipo tercero, y a las que catalogaremos dentro del grupo intermedio segundo-tercero.

Con este concepto de la constitución femenina desaparece toda la complejidad con que se nos presentaba el problema, y a fin de fijar las cosas de forma evidente, podríamos hacer un paralelo entre las denominaciones antiguas y las que significan los grupos anteriores.

GONZALEZ SERRA (Madrid). — *Contribución al tratamiento de los vómitos gravídicos por la insulina.*

Para que del tratamiento de los vómitos gravídicos por la insulina se obtengan los mejores resultados, nosotros tenemos en cuenta las siguientes condiciones:

Primera. — Emplearla sólo en aquellas pacientes en las cuales se encuentra un déficit en la compensación alcalina.

Segunda. — La dosis a emplear debe estar en relación con el peso de la enferma. Ph. de la sangre y grado de acetonuria (coeficiente de Maillard-Largebeg).

Nosotros iniciamos el tratamiento administrando mañana y tarde una inyección de diez unidades de insulina, asociada al suero glucosado, como tanteo previo, aumentando el número de unidades de insulina si no se presentan trastornos hipoglucémicos.

Tercera. — Combatir la deshidratación bien manifiesta de estas enfermas por medio de inyecciones repetidas de suero, evitando la desnutrición con régimen dietético apropiado de comidas, poco copiosas, pero sí frecuentes, frías y

metódicas, pues el apetito de estas enfermas siempre es caprichoso, cuidándonos mucho de la función intestinal.

C. MAORTUA (Madrid).—*La electrocoagulación en el tratamiento de las cervitis.*

Ante todo, diremos que hemos seleccionado para esta modalidad de tratamiento aquellas cervicitis en las cuales no existían intensas alteraciones glandulares, con producción de moco, pus abundante o acompañadas con gran laceración o marcado ectropión.
en la región lumbar, y sobre el cual descansa la enferma, se pone el cuello en sus diversas modalidades clínicas e histológicas, sin alteraciones demasiado ostensibles en los componentes endocervicales. Para estos casos preferimos las plastias a la electrocoagulación.

La técnica es muy sencilla. Previa la colocación de un electrodo indiferente en la región lumbar, y sobre el cual descansa la enferma, se pone el cuello al descubierto, se retira la secreción que lo cubre, y con una aguja adecuada para la electrocoagulación, se va introduciendo por distintos lugares y a profundidad conveniente para alcanzar todas las partes afectas, de forma que ninguna de éstas quede libre de la acción coagulante. Una vez que esto se ha logrado, bien con la misma aguja o cambiando ésta por un electrodo de bola, se deja saltar la chispa sobre la superficie erosiva hasta lograr una cauterización en superficie perfectamente visible, al mismo tiempo que se consigue una buena hemostasia de todos los puntos de punción que habitualmente dan alguna sangre.

Generalmente puede hacerse en una sola sesión; en enfermas susceptibles puede repetirse el tratamiento en un par de días, ya que, aun careciendo el procedimiento de dolor, al retirar la aguja para dejar saltar la chispa sienten el paso de la corriente, y algunas enfermas muy impresionables no lo conllevan fácilmente.

SECCIÓN ANALITICA

HISTOPATOLOGIA

F. SCHWEINBERG y F. WINDHOLZ (Wüzburg). — *Sobre las vías de propagación de la rabia desde su puerta de entrada. (Investigaciones en ratas parabiosadas).* — («Virch. Arch.», 278; 1-23, 1930. Berlín).

Los autores han inoculado con virus rábico ratas previamente unidas en parabiosis. La exactitud de la operación preparatoria se comprobó, antes de realizar los experimentos de inoculación, mediante la prueba del azul de metileno. De este modo pudieron asegurarse que, seis días después de la operación, las anastómosis vasculares eran perfectas. Inoculado entonces el virus rábico en uno de los animales, se produjo la enfermedad en el tiempo oportuno sólo en el mismo animal inoculado y nunca en el compañero con circulación común, de donde claramente se deduce que el virus rábico avanza desde el punto de inoculación periférico, hasta el sistema nervioso central, siguiendo exclusivamente las vainas de los nervios y sin ingresar en ningún momento en el torrente circulatorio.—I. COSTERO.

L. M. MGEBROW (Polonia). — *Material para el estudio de la acción de algunos productos de destilación de la hulla sobre el organismo animal.* — («Virch. Arch.», 278, pág. 610, 1930. Berlín).

El benzol es un veneno muy activo para el sistema nervioso y su administración produce vértigos, aturdimiento, alucinaciones, convulsiones, narcosis, etcétera. Es además un tóxico sanguíneo y su acción principal se realiza como leucotoxina; los síntomas más importantes en este sentido son: poca sangre, leucopenia, aleuquia a veces, agranulocitosis, púrpuras, apistaxis, metrorragias, etcétera.

También es veneno cardio-vascular y es capaz de obrar sobre el corazón y los vasos aislados. Las experiencias realizadas por el autor con benzol en los animales, se llevaron a cabo mediante emanaciones, inoculando el producto subcutáneamente diluído en aceite, introduciéndolo en el estómago con sonda y mediante aplicación al exterior en compresas, sobre la piel afeitada.

Las lesiones encontradas en las intoxicaciones experimentales fueron las

siguientes: 1. Trastornos de la circulación sanguínea, con gran hiperemia vascular, tumefacciones y sufusiones sanguíneas en riñones, pulmón, páncreas, estómago, canal intestinal, etc. 2. Alteraciones celulares representadas por necrosis y necrobiosis de los elementos hepáticos y renales. 3. Alteraciones del tejido intersticial con proliferación e infiltraciones celulares.

Además, puede producirse: neumonías, en el envenenamiento por vapores; necrosis de la mucosa gástrica e intestinal, en la administración por vía digestiva, y necrosis del tejido subcutáneo en las inoculaciones subcutáneas.—I. COSTERO.

E. HERZOG (Breslau).—*Contribución sobre arterioesclerosis en edades infantiles.* («Ziegler Beiträge»; 85; pág. 707; 1930. Berlín).

El autor ha encontrado una arterioesclerosis verdadera, muy intensa, en una niña de doce años; los vasos medianos y pequeños del riñón estaban particularmente muy afectados, así como las arterias de la base del cráneo y las coronarias; la aorta y las carótidas estaban menos alteradas. El cuadro anatomopatológico lo completaban una nefrosis arteriosclerótica, con enorme retracción del parénquima y una retinitis albuminúrica.—I. COSTERO.

I. COSTERO (Madrid).—*Observaciones histológicas sobre el estroma conjuntivo de la placenta humana.* — («Bol. de la Soc. Españ. de Hist. Nat.»; 31; 133-158, 167-186; 1931. Madrid).

El tejido conjuntivo reticular de la porción vellosa de la placenta humana normal forma un poderoso armazón fibrilar que, en los últimos períodos de la gestación constituye morfológicamente la parte más importante de las vellosidades. Los filamentos conjuntivos que forman este armazón se originan desde los primeros meses del embarazo, por el crecimiento de las fibras conectivas que acompañan a los vasos. Alrededor del tercer mes del embarazo, las células mesenquimatosas que ocupan las vellosidades, se manifiestan como verdaderos fibroblastos, diferenciándose en su protoplasma numerosos filamentos que se individualizan y contribuyen más tarde a la constitución del armazón precolágeno. Las células consecutivas adultas quedan alojadas entre las mallas del retículo fibrilar y pierden la propiedad fibroblástica. El conectivo de las vellosidades no tiene otra relación con la capa sincitial periférica que las naturales de contigüidad; con frecuencia forma bajo el epitelio de cubierta agrupaciones fibrilares membranoides a modo de membranas basales.

El sistema retículo-endotelial se halla representado en las vellosidades placentarias por numerosas células macrofágicas agrupadas en torno a algunos grandes vasos, en el interior de las zonas amorfas y repartidas en el estroma de las vellosidades.

El retículo conectivo de las zonas deciduales es menos rico en filamentos que el de las vellosidades y sus hilos muestran aspectos muy variados, disponiéndose de una manera irregular. Las fibras de precolágena que ocupan esta zona de la placenta proceden de filamentos penetrantes, que parten de formaciones conectivas próximas. Entre las células deciduales no hay verdaderos elementos fibroblásticos. El conectivo de las zonas deciduales constituye a menudo condensaciones membranoides pericelulares en torno a los deciduocitos y adquiere aspecto fibrinoso.

En la placenta materna normal, las formas macrofágicas son abundantísimas y ocupan los espacios perivasculares de los grandes vasos y todos los focos necróticos, amorfos y hemorrágicos. Entre los elementos deciduales existen normalmente numerosas células alteradas, rodeadas por elementos conectivos emigrantes que se adaptan a ellas a modo de satélites. Los elementos macrofágicos de la placenta humana no difieren, en sus caracteres morfológicos y estructurales, de los descritos para células semejantes en otros territorios orgánicos.—R. HORNO LIRIA.

I. OCHOTERENA (México). — *La inervación del páncreas.* — («Anales del Ins. de Biol.»; 1; 125-133 1930. México).

Los nervios destinados al páncreas están particular, aunque no totalmente, integrados por fibras amielínicas; emanan del plexo celíaco y son de distinta naturaleza desde el punto de vista funcional. Algunos van a la glándula directamente, pero la mayor parte siguen el curso de los vasos formando plexos; ciertas fibras siguen el trayecto de la arteria esplénica y abordan el páncreas por su cara superior; otros acompañan a la arteria mesentérica superior y penetran en el páncreas por su borde inferior; otros provienen del plexo hepático, se distribuyen en la cabeza de la glándula y siguen el camino de la arteria pancreático-duodenal. En el perro las células intersticiales son raras y el plexo interglandular pobre. En el *Phrynosoma* se observa con notable claridad la terminación de las fibras mediante una varicosidad en la cara lateral de las células glandulares. Hay dos modalidades de inervación en la glándula endocrina: a) un haz voluminoso de fibras nerviosas aborda el islote y penetra en él, ramificándose dos o tres veces entre las células; b) los cilindro-ejes llegan al islote con los vasos, forman alrededor de él un plexo

del que se desprenden ramillas que siguen el camino de los capilares interiores, para terminar en un botoncito aplicado en la membrana de las células secretoras.—I. COSTERO.

PATOLOGIA GENERAL

B. HOUSSAY (Buenos Aires). — *Hipófisis y diabetes.* — («Revista de la Asociación Médica Argentina»; noviembre-diciembre, 1931. Buenos Aires).

La hipófisis tiene un papel importante sobre el metabolismo hidrocarbonado y en la diabetes.

La glucosuria y diabetes son frecuentes en la acromegalia (adenoma acidófilo del lóbulo anterior) y son muy raros en casos de tumores cromófobos de la hipófisis. Las lesiones del hipotálamo dan glucosurias pasajeras; la diabetes no acompaña habitualmente, como el síndrome adiposo genital y la poliuria, a las lesiones tuberianas. La producción de diabetes hipotalámicas es aún insegura, y si se obtuvieran, podrían ser de encéfalo hipofisarias. La hipótesis del mecanismo de encéfalo hipofisario merece ser muy tenida en consideración. No está probado que las diabetes comunes tengan origen nervioso central, ni tampoco hipofisario; tal suposición es sólo una hipótesis muy insegura. La participación de la hipófisis en el metabolismo hidrocarbonado y en las diabetes, es evidente por varios hechos: las crisis hipoglucémicas (espontánea, de ayuno, insulínica, floridcínica, diabética, post-adrenalínica e insulínica) en los hipofisoprivos; la atenuación marcada de las diabetes pancreáticas y floridcínica por la hipofisectomía; la acción diabetógena de la implantación del lóbulo glandular de la hipófisis en el sapo sin hipófisis y sin páncreas, etc.

De hoy en adelante, al estudiar el metabolismo hidrocarbonado y la diabetes, habrá que tener en cuenta la hipófisis.—R. PÉREZ BARRACHINA.

T. ORTIZ Y RAMIREZ (México). — *El sulfato de atropina y la interpretación fisiológica y clínica del sistema nervioso vegetativo.* — («Medicina», núm. 144, 25 de marzo de 1931. México).

Según los textos de Fisiología, existe un tono general y único, un tono de equilibrio, sostenido por los influjos antagónicos del simpático y del parasimpático. La inyección intravenosa de sulfato de atropina, desencadena un conjunto de perturbaciones que producen desequilibrios anfóteros.

Resumiendo los hechos tenemos que:

Normalmente existen tonos opuestos en el tórax y en el abdomen. Demuestra la exploración de la piel que en la mayoría de los estados morbosos en que se presupone una simpaticotonía generalizada, por ejemplo, en el hipertiroidismo, el tono predominante es parasimpático.

El sulfato de atropina es incapaz de modificar de manera ostensible la frecuencia respiratoria. La taquicardia atropínica máxima, por excepción, coincide con la inhibición parasimpática ocular. La midriasis atropínica subsiste frecuentemente en ausencia de inhibición vagal. En los desequilibrados neuro-vegetativos, coinciden en un 10 por 100 los resultados de la clínica y los de la prueba de Danielopolu, y este tanto por ciento de coincidencias corresponde a enfermos con síntomas cardio-vasculares, siendo frecuentísimo encontrar por la exploración atropínica, en sujetos normales, cifras reveladoras de un desequilibrio no confirmado por la exploración física y el interrogatorio.

De la interpretación de estos resultados, el autor deduce lo siguiente:

1.º Hay seis tonos regionales: ocular, respiratorio, cardíaco, torácico, abdominal, cutáneo.

2.º No hay equilibrio fisiológico del simpático y parasimpático, sino equilibrios regionales, en que sistemas de la misma naturaleza, por ejemplo, el simpático, tienen distinto valor, diverso tono.

3.º La prueba de la atropina de Danielopolu y Carniol, no explora y mide sino el tono vago-simpático cardíaco. — R. HORNO LIRIA.

T. MALAMUD (Buenos Aires). — *El prurito de los ictéricos no es de origen colálico.* — («La Prensa Médica Argentina», núm. 28; 10 de marzo de 1931. Buenos Aires).

Repetidas veces puede comprobarse en los ictéricos de variadas etiologías la presencia del prurito sin retención de sales biliares.

Después de exponer varios casos ilustrativos, incluso un caso de ictericia con retención de sales sin prurito, se cree autorizada a concluir así: El prurito en las ictericias no es producido por los ácidos biliares; cuando la retención de éstos va acompañada de prurito, éste es seguramente independiente de tal anomalía.—R. HORNO LIRIA.

A. H. ROFFO y R. LOPEZ RAMIREZ (Buenos Aires). — *Inscripción de la tensión raquídea.* — («La Prensa Médica Argentina», núm. 29; 20 de marzo de 1931. Buenos Aires).

Utilizando el manómetro de Loeper, Lemaire y Patte, los autores han estudiado las modificaciones que en la tensión del líquido céfalo-raquídeo producen algunos colorantes y los resultados obtenidos fueron los siguientes: el verde de malaquita produce hipertensión raquídea inicial e hipotensión secundaria. El azul

de metileno, hipotensión franca y durable. El rojo neutro no modifica de una manera visible y constante la presión del líquido céfalo-raquídeo.—R. Horno Liria.

MEDICINA GENERAL

D. BOCCIA (Buenos Aires). — *La opoterapia gástrica en la anemia perniciosa.* — («Revista Sud-Americana de Endocrinología..., etc.», núm. 3; marzo, 1931. Buenos Aires).

Actualmente, la opoterapia gástrica en la anemia perniciosa, hecha ya sea mediante carne muscular previamente digerida por estómagos sanos (Castle), ya sea mediante estómago fresco o desecado (Conner), tiende a producir un rápido y notable estímulo sobre la regeneración de eritrocitos, haciendo subir y llevando a menudo a la normalidad los valores del cuadro hemático y modificando el cuadro clínico hasta a una aparente duración. Esta acción es por lo menos, equivalente a la del tratamiento por hígado, y hasta superior, por su mayor eficacia y rapidez; resultando desde el punto de vista económico más barata.

Este procedimiento, seguido por Castle, es el siguiente: hace comer a un normal 300 gramos de carne muscular de buey, y a los cuarenta y cinco o sesenta minutos, por excitación faríngea, deja que devuelva el contenido gástrico. Este contenido semilíquido, con adición de ácido clorhídrico, se deja en la estufa durante algunas horas, y se introduce por la sonda esofágica en el estómago del enfermo de anemia perniciosa, que se encuentra en ayunas desde seis horas antes y continuará así otras seis horas después. Las mejorías obtenidas por la modificación sanguínea y los progresos del cuadro clínico, son parecidos y aun más rápidos que los obtenidos por Whipple con la opoterapia hepática, por lo cual merece tenerse en cuenta en la Terapéutica clínica.—R. Horno Liria.

J. LUIS-YAGUE ESPINOSA (Madrid). — *La evacuación gástrica en las intoxicaciones exógenas agudas.* — («Unión Médica», 27 enero, 1931. Madrid).

Se pueden condensar las ideas expuestas esquemáticamente en las siguientes conclusiones:

1.ª En la intoxicación exógena aguda, es aconsejable la evacuación gástrica al exterior lo más inmediata posible de la ingestión del tóxico, siempre que no se trate de cáusticos.

2.ª Esta evacuación puede tener lugar por medio de vomitivos o del lavado gástrico.

3.ª El mejor tratamiento sería un proceder mixto, constituído en primer término por un emético (preferible la inyección hipodérmica de 2 cgrs. de apomorfina), tras ingestión de cantidad suficiente del antídoto indicado, y lavado gástrico subsigiente.

4.ª Al lavado conviene siga la administración de un antídoto universal, por ejemplo, carbón vegetal pulverizado, y las medidas recomendadas especialmente en cada caso.—R. Horno Liria.

CIRUGÍA GENERAL

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS. — (Resumen de las comunicaciones presentadas en las sesiones del 20 de marzo y del 17 de abril de 1931. — («Bulletins et Mémoires de la Societé des Chirurgiens de París», núms. de marzo y de abril, 1931. París).

La resección osteoplástica de Wladimiroff-Mickulicz. — M. Raphaël Massart presenta un informe sobre una observación de M. Lavoix (de Saint-Lô), referente al buen resultado ulterior de una intervención practicada hace catorce años en un herido de guerra. El autor estudia, a propósito de esto, las indicaciones de la operación de Wladimiroff-Mickulicz, y piensa que las tuberculosis del tarso posterior no son, como decía Ollier, indicaciones favorables. La operación de Wladimiroff-Mickulicz es, sobre todo, una operación ortopédica para alargar un miembro disminuído operatoriamente, y cuyo apoyo posterior ha desaparecido. Después de haber precisado algunos puntos de técnica, en particular la inutilidad de proteger los vasos y nervios tibiales posteriores, el autor muestra que la operación de Wladimiroff-Mickulicz proporciona, en conjunto, buenos resultados y no comprende por qué la operación de Wladimiroff-Mickulicz no se practica más que excepcionalmente.

Quiste hidatídico voluminoso del pulmón izquierdo. Intervención. Curación.— M. Gasne, presenta un informe sobre una observación de M. Mahaut (de Rabat, Marruecos). El quiste fué operado en dos tiempos, lo que permitió comprobar la existencia de sólidas adherencias pleurales y obtener un éxito operatorio. El informador se ocupa de los diferentes métodos operatorios que se aplican en el tratamiento de los quistes hidatídicos y aconseja conceder una gran importancia a la elección del anestésico que se ha de emplear y de no servirse nunca del éter.

Importantes modificaciones de la estomatoplastia del útero por sección anteroposterior, sin vaciamiento ni sutura. — M. Dartigues presenta un informe sobre un trabajo enviado por M. Théodorides (de Atenas). Este simple procedimiento consiste en una sección sagital del cuello del útero que llegue hasta el

orificio interno. En las curas durante dos o tres semanas se mantendrán separadas las dos partes laterales del cuello, pues las superficies cicatrizan solas. Varios casos de esterilidad que databan de once años y en mujeres de cierta edad, han ssido curados por este procedimiento.

Seudo-fibroma de la vejiga, por invaginación de un fibroma pediculado del cuello uterino. — M. Lavenant, comunica una observación rara en la que el diagnóstico hecho por el examen físico, la radiografía y la cistoscopia fué de fibroma de la vejiga. Después de haber practicado la cistostomía y separado el peritoneo para hacer una resección, es cuando se produjo brúscamente la desinvaginación del tumor que era un fibroma uterino pediculado.

Contribución al estudio de la influencia de la coagulación de la sangre en las flebitis y embolias post-operatorias. — M. Mayet comunica una observación en apoyo de las opiniones emitidas recientemente a propósito de la influencia de los trastornos (adelantos o atrasos) de coagulación sanguínea, sobre la frecuencia de las flebitis y embolias post-operatorias. En este caso se trata de una apendicectomía por apéndice grueso e inflamado, pero libre y cerrado, apendicectomía seguida de embolia pulmonar y de flebitis sin la menor reacción peritoneal. Pero la joven (diez y siete años) era una adiposo-genital y presentaba, además de su obesidad, fenómenos acentuados de trastornos periféricos. El autor se pregunta si no existe una relación entre el síndrome adiposo-genital y el retardo de coagulación sanguínea, que quizás no sea más que el signo exterior y fácilmente perceptible de una modificación profunda del medio sanguíneo.

Tres casos de herida del bazo por puñalada. Sutura por tóraco-freno-laparotomía oblicua. Curación. — M. Judet, hace un informe sobre un trabajo de monsieur Mahaut (médico militar). En los tres casos la herida estaba localizada en la parte inferior izquierda del tórax. La sintomatología inmediata era muy reducida. Los heridos han curado sin el menor incidente.

Tuberculosis ureteral con riñón indemne de lesiones bacilares. — M. Lavenant, presenta un informe sobre un trabajo de M. Marc Papin (de la Rochelle). Insiste sobre la rareza de tales casos que están en contra de las opiniones clásicas, las cuales no admiten la existencia de tuberculosis ureterales primitivas. Sin embargo, la existencia de éstas se ha demostrado actualmente por un cierto número de observaciones. Las malformaciones congénitas, las estenosis, juegan probablemente un papel de predisposición y se puede invocar, aparte de toda lesión folicular del riñón, la baciluria tuberculosa, para explicar las infecciones por vía descendente. También se puede admitir, en ciertas condiciones, una infección vésico-ureteral ascendente.

¿Se debe drenar el abdomen después de las resecciones gástricas? — Según monsieur Víctor-Pauchet, el drenaje es útil en las gastrectomías en el 20

por 100 de los casos aproximadamente. No se debe drenar en contacto con las suturas ni emplear la gasa que favorece la dehiscencia de ésta, sobre todo a nivel del duodeno; se utilizarán de preferencia las láminas de caucho o también de drains. El drenaje está indicado en los ulcus terebrantes, los ulcus gigantes, los ulcus que están situados muy altos, los ulcus yeyunos que penetran en el colon transverso y las perforaciones agudas del estómago y del duodeno.

Rinoplastia por colgajo con dos pedículos. — M. Dufourmentel presenta una muchacha de veintiún años, cuya extremidad inferior de la nariz había sido destruída por un lupus. La rinoplastia se efectuó por un colgajo en forma de asa con dos pedículos, colgajo que se tomó del cuero cabelludo. Diez días después de la aplicación, los pedículos fueron colocados en su sitio y se pudo modelar el injerto. Al cabo de tres semanas el resultado es completamente satisfactorio. — *Comunicación directa.*

A. RODRIGUEZ EGAÑA (La Habana). — *Estado actual del tratamiento quirúrgico del mal de Pott, en el niño.* — (Del libro de actas del II Congreso Argentino de Cirugía, 1931. Buenos Aires).

Las conclusiones de este trabajo son:

1. En el estado actual de nuestros conocimientos, el tratamiento quirúrgico es incapaz de suplantar al tratamiento ortopédico clásico en las espondilitis tuberculosas del niño.

2. La sinostosis vertebral, que constituye el tratamiento quirúrgico del mal de Pott, sólo puede servir, hoy por hoy, como coadyuvante del tratamiento ortopédico.

3. La sinostosis vertebral por sí sola es incapaz de curar un foco somático tuberculoso, sea cualquiera su localización; sólo puede acelerar la cicatrización del proceso, actuando indirectamente por inmovilización de la columna.

4. La sinostosis vertebral, como método de tratamiento del mal de Pott, en el niño, no puede ni debe usarse sistemáticamente en cualquier enfermo.

5. Se puede tratar con ella, con buen resultado, los enfermos con localizaciones dorso-lumbares y lumbares; no deben tratarse sino por excepción los enfermos con localizaciones cérvico-dorsales y dorsales.

6. No debe hacerse una sinostosis vertebral en enfermos con abscesos en evolución, excepcionalmente en enfermos fistulosos, *nunca y bajo ningún concepto* en enfermos con paraplejia o en inminencia de compresión medular.

7. No efectuar intervenciones precoces en el niño; usando el método qui-

rúrgico tardíamente, como medio mecánico de inmovilizar una columna enferma, cuyas lesiones tienden a la quietud, es como se obtienen los mejores resultados.—R. HORNO LIRIA.

M. BASTOS ANSART (Madrid). — *Sobre la patología de la artritis deformante.* («La Prensa Médica Argentina», núm. 29; 20 de marzo de 1931. Buenos Aires).

La artritis deformante es un conjunto de lesiones articulares reaccionales en torno de un proceso primitivo de metaplasia fibrosa del cartílago. No se trata de una enfermedad «per sé», sino de un síndrome lesional común a varias formas del reumatismo crónico y a diversos traumas articulares. Distintas causas, mecánicas, infectivas, tróficas y constitucionales pueden conducir a este proceso que, en todo caso, se manifiesta idéntico a sí mismo, cualquiera que sea su origen.

Parece como si una vez puesto en marcha el mecanismo que produce las lesiones, éstas evolucionaran por sí mismas y de un modo independiente. Todo hace creer que la esencia de la artritis deformante radica en un modo especial de reaccionar el organismo ante las noxas que actúan sobre las articulaciones.

Esta reacción da lugar a un proceso característico de metaplasia conjuntiva que parece idéntico al de las fibrosis y regresiones queloídeas de otros órganos del cuerpo.—R. HORNO LIRIA.

R. E. DONOVAN (Buenos Aires). — *Hidatidosis múltiple.* — («La Prensa Médica Argentina», núm. 29; 20 de marzo de 1931. Buenos Aires).

El autor refiere el caso, interesantísimo por su extremada rareza, de un enfermo por él intervenido, que presentaba múltiples quistes de equinococosis, localizados; uno, del tamaño de una cabeza fetal, en la cara anterior del hígado; tres, del tamaño de una mandarina, sobre el bazo, en plena fosa esplénica; otro en la región lumbar izquierda, sobre el polo superior del riñón; todos éstos, operados, evolucionaron bien, pero el enfermo falleció siete días después a consecuencia de un proceso gangrenoso de pulmón, originado por la abertura sucesiva de los quistes allí localizados.

Acompañan a este trabajo una serie de radiografías que permiten apreciar algunas de estas localizaciones.—R. HORNO LIRIA.

A. J. PAVLOVSKY (Buenos Aires). — *Tratamiento de los abscesos de la mama.* («La Semana Médica», núm. 15; 9 de abril de 1931. Buenos Aires).

El tratamiento clásico de los abscesos de la mama por la incisión y drenaje

seguido o no del método de Bier, es sustituído por el autor por el siguiente, con el cual obtiene buenos resultados.

1. Punción sobre el mismo absceso con aguja gruesa y de bisel corto; instilando cloruro de etilo en el sitio de la punción, ésta se tolera bien.

2. Evacuación total de la cavidad, utilizando, cuando el absceso es grande, el aspirador de Potain.

3. Lavado de la cavidad con sal de Rivanol al 4 por 1.000, inyectando con suavidad y evitando gran distensión. Puede hacerse también con suero fisiológico.

4. Se dejan en la cavidad 5 ó 6 c. c. de Rivanol. Si se ha lavado con suero, puede inyectarse en la cavidad caldo-vacuna polimicrobiano o vacuna antipiógena. Vendaje compresivo del seno enfermo.

El mismo día de la primera punción, inyección subcutánea de vacuna antipiógena en la región pectoral del lado enfermo. Si se ha reconocido en el examen del pus el germen, se hará la vacuna correspondiente. En caso de lactancia se continuará ésta con el lado sano y simultáneamente a cada tetada se extraerá la leche del pecho enfermo, con el sacaleche. Generalmente a las veinticuatro horas de la primera punción, el absceso se reproduce. Si la enferma tiene dolor, lo que es raro, se vuelve a repetir la punción, evacuación y lavado de la misma manera. Si persiste la temperatura y el pus es flúido, se dejan 5 ó 6 c. c. de caldo-vacuna polimicrobiano. Las vacunas subcutáneas no se repiten hasta el tercero o cuarto día.

En los grandes abscesos la punción, evacuación y lavado deben repetirse cuatro o cinco veces, con intervalos variables cada 48 ó 72 horas. Se observa cuando se inicia este tratamiento, calma rápida y completa del dolor, reapareciendo al reproducirse el exudado y calmándose en seguida de la segunda punción. El pus amarillo verdoso, flúido al principio, se hace cada vez más espeso, coincidiendo con la mejoría del proceso.—R. HORNO LIRIA.

N. PUENTE DUANY, J. CLARKE, M. GOMEZ CAMEJO y E. RIVERO (Habana). — *Sobre un caso de tuberculoma del ciego.* — («Revista de Medicina y Cirugía de la Habana», núm. 3; marzo, 1931. Habana).

El caso descrito es una observación de tuberculoma del ciego que por examen clínico no pudo ser diagnosticado con exactitud.

Presenta de interesante desde el punto de vista radiográfico, el hecho que simulaba una lesión de la porción terminal del íleon, estando situada la alteración anatómica exclusivamente en el ciego.

El examen anatómico demostró que las paredes del ciego alcanzaban el espesor de unos tres centímetros, y este detalle hacía reducir el calibre del

órgano hasta convertirlo en un conducto estrecho. El examen histológico mostró la estructura típica de la tuberculosis tisular.—R. HORNO LIRIA.

R. E. PASMAN (Buenos Aires). — *Estado actual del tratamiento quirúrgico del mal de Pott en el adulto.* — (Del libro de actas del II Congreso Argentino de Cirugía. 1931. Buenos Aires).

Desde que Wilkins, en 1886, y Hadra, en 1891, hicieron con hilos de plata la ligadura de las apófisis espinosas con el objeto de buscar una inmovilización segmentaria de la columna vertebral, los cirujanos han aguzado el ingenio con la finalidad de obtener una inmovilización estable y bien tolerada. Ello se ha conseguido mediante el empleo de un autoinjerto óseo. La función inmovilizante del injerto, cuando ha hecho cuerpo con las láminas vertebrales incorporándose a su esqueleto, se ha puesto bien en evidencia con la observación de las pruebas radiográficas, pero sobre todo con el examen macro y microscópico de las piezas anatómicas realizado en épocas variables después de la operación. El injerto actúa, pues, como factor inmovilizante del foco tuberculoso (corsé interno de Delbet) y no como elemento vector de sales de calcio; su papel no es de drenar o descongestionar el foco.

El procedimiento de elección es el de Albee, no sólo por ofrecer más garantías (periostio ósteomedular), sino porque su técnica es más sencilla. El injerto sobrepasará ampliamente el foco tuberculoso señalado por la radiografía. En los casos de incurvaciones cifóticas o escolióticas, se harán las variantes de técnica que se conceptúe conveniente, pero en general será más fácil la adaptación del injerto o injertos osteoperiósticos. La operación está también indicada aun cuando existan gibas, abscesos y hasta algunas veces en la paraplejia y contraindicada en focos abiertos, frente a procesos pulmonares en actividad o lesiones en vísceras importantes.

El momento mejor para realizar la operación es cuando el proceso comienza antes de las deformaciones, pero puede aconsejarse en cualquier tiempo de la evolución de la enfermedad, para calmar el dolor, permitir la deambulación y prevenir que la deformación continúe. Para realizarla se utilizará la anestesia general por sus grandes ventajas y perfecta tolerancia. Se simplifica la técnica, ya de suyo sencilla, haciendo que el cirujano ayudante prepare el auto-injerto, que se extrae con la sierra eléctrica.

El reposo en decúbito dorsal será riguroso durante siete u ocho semanas, y se prolongará o no, según cada caso, no tanto por la topografía de la lesión, sino en cuanto el período de la evolución del proceso tuberculoso, según esté o no en actitud, lo cual se comprobará por los exámenes radiográficos realizados después de la operación.

Con la operación de Albee se ha conseguido acortar el tratamiento, permitiendo al sujeto volver a sus antiguas ocupaciones, en una proporción importante. Las radiografías que presenta, muestran, junto con la incorporación del injerto a las láminas vertebrales, la unión íntima de los cuerpos, lo cual parece probar la curación absoluta del foco tuberculoso. Las cuarenta operaciones realizadas por el autor en adultos, desde 1919 hasta la fecha, le llevan a preconizar el tratamiento quirúrgico, pues los resultados que se obtienen con el tratamiento puramente ortopédico, son inferiores.—R. HORNO LIRIA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

W. SCHOELLER, M. DHORN y W. HOHLWEG (Berlín). — *Efectos de las hormonas foliculares administradas por vía bucal.* — («Medicina», núm. 144; 25 de marzo de 1931. México).

Los resultados obtenidos por los autores, en sus investigaciones en ratas, demuestran que el efecto de los preparados de hormona folicular no sólo depende de la dosis administrada, sino también de la presencia de ciertas sustancias concomitantes que favorecen la absorción de la hormona. Cuando se emplean sustancias concomitantes favorables en proporciones adecuadas, se observa una relación aproximadamente de 1 : 4, entre las dosis activas hipodérmica y peroral. Atribuyendo las proporciones más elevadas que han encontrado otros autores a la ausencia de sustancias favorables, o presencia de sustancias inhibidoras en los preparados que ellos utilizaban.

Los experimentos realizados en cobayas dieron los mismos resultados esenciales. En las monas infantiles, se obtuvo un desarrollo completo de la mama, del útero y de la vagina, mediante administración bucal de hormonas foliculares durante un período de cuatro semanas.

En el animal no tratado, las paredes vaginales están adosadas y poseen pocos pliegues; aparecen recubiertas por un epitelio pavimentoso bajo, compuesto por cuatro a ocho estratos, sin señales de cornificación. En el animal tratado, la vagina, muy hipertrofiada, presenta una cavidad llena de células epiteliales córneas. El epitelio se compone de muchos estratos; la mayor parte de los superiores presentan células córneas. Toda la mucosa está sembrada de fosas y pliegues.

En el animal no tratado, la superficie del epitelio es paralela a la de la capa submucosa, y son pocos los sitios en que se aprecian formaciones papilares; en tanto que la submucosa del animal tratado posee abundantes cuerpos papilares prominentes. En el animal testigo, la submucosa está formada por

tejido conjuntivo denso, poco vascularizado. En el no tratado, el tejido conjuntivo de la submucosa es laxo y rico en vasos sanguíneos. Se encuentran en su capa externa numerosas fibras musculares lisas.—R. HORNO LIRIA.

J. C. AHUMADA y A. CAVIGLIA (Habana). — *Estado actual del tratamiento de cáncer de la mama.* — (Ponencia presentada al II Congreso Nacional de Cirugía de la República Argentina. «Anales de Cirugía de La Habana», números 1-2; febrero, 1931. La Habana).

Las conclusiones de esta notable Ponencia son las siguientes:

1. — Considerado el cáncer de la mama como una enfermedad de iniciación local, adoptamos provisionalmente desde el punto de vista práctico, la clásica clasificación de Steinthal en tres estados evolutivos:

I.—El tumor localizado en la glándula mamaria, es bien móvil, no adhiere a la piel ni al plano profundo, no presenta adenopatía palpable en la axila ni en la región supraclavicular.

II.—Tumor de desarrollo evidente que ha tomado gran parte de la glándula, adherente a la piel. Adenopatía comprobada en los ganglios axilares.

III. — Mama invadida casi totalmente. Tumor adherido a la piel y al plano profundo. Ganglios axilares infartados. Frecuentemente se observa una adenopatía supra-clavicular.

2.—Desde el punto de vista terapéutico se debe considerar como invadida por el tumor a la región constituída por la glándula mamaria y sus linfáticos regionales. Esta región tiene por centro el tumor primitivo y afecta aproximadamente la forma de un disco biconvexo.

3.—El tratamiento curativo debe tener por objeto la extirpación o la destrucción de las células neoplásicas desparramadas en dicha zona.

4.—El cáncer de la mama es un tumor sensible a la acción de las radiaciones.

5.—Las clasificaciones basadas en el estudio de la morfología de las células cancerosas, por el momento, parecen no tener importancia práctica.

6.—Los resultados del tratamiento quirúrgico no pueden satisfacer a ningún cirujano; los resultados definitivos de la operación radical se mantienen estacionarios desde hace veinte años aproximadamente, variando considerablemente de acuerdo con el estado de evolución de la enfermedad.

7.—Desde el punto de vista quirúrgico debe considerarse como invadida a toda la masa de tejidos comprendida entre el tumor primitivo y los ganglios regionales; esta región se extiente en superficie desde la línea media hasta el borde anterior del gran dorsal, y desde la clavícula hasta el reborde costal y en profundidad hasta el plano costal.

8.—De acuerdo con este concepto consideramos como formalmente indicada la operación amplia que comprende la extirpación de la mama con una extensa zona de piel, ambos pectorales conjuntamente con la fascia correspondiente y la aponeurosis del gran oblicuo y el vaciamiento completo de la axila, de base a vértice.

9.—El mejoramiento de los resultados de este tratamiento está íntimamente ligado al diagnóstico precoz de la enfermedad. Modernamente la asociación de la cirugía con la radioterapia, permite afirmar: que la roentgenterapia profiláctica post-operatoria, mejora los resultados de la operación. La mayoría de los cirujanos que emplean la asociación radio-cirugía, prescinde de la irradiación preoperatoria. La radioterapia constituye el tratamiento de elección en los casos operables que presentan una contraindicación operatoria y en ciertas y determinadas condiciones puede transformar en operable a un tumor previamente inoperable.

10.—En resumen se puede aceptar que en los casos del primero y segundo grupo de Steinthal, el tratamiento de elección consiste en la operación amplia, seguida de irradiación profiláctica; y en los casos del grupo tercero, está constituído por la radioterapia.

11.—Planteado en esos términos, el tratamiento moderno del cáncer de la mama exige la colaboración íntima del cirujano, del radioterapeuta y del patólogo. El esfuerzo a realizar comprende la normalización de las historias clínicas, de la clasificación de los enfermos y de la confección de las estadísticas, es decir, una reorganización de las clínicas destinadas al tratamiento de esta enfermedad, sea creando institutos de alta especialidad o constituyendo dentro de las grandes clínicas secciones destinadas a este efecto.—R. HORNO LIRIA.

J. C. LLAMES MASSINI (Buenos Aires). — *La supresión del parto en la eclampsia del término de la gestación. Concepto terapéutico basado en ciento siete observaciones personales de eclampsia puerperal.* — («Anales de Cirugía de La Habana», núms. 1-2; febrero, 1931. La Habana).

Nadie, absolutamente nadie, sabe cómo va a terminar una eclampsia gravídica convulsiva, que se inicia y que es tratada por los métodos terapéuticos ordinarios; a consecuencia de esto el autor, aunque con un número de observaciones insuficientes todavía para establecer conclusiones definitivas, sostiene como resultado de su estudio las siguientes:

1.ª Al iniciarse la eclampsia convulsiva, no es posible, por ahora, hacer un pronóstico científico de su marcha.

2.ª Como no es posible establecer un pronóstico en las primeras horas

de la enfermedad, ya que ésta es mortal con mucha frecuencia, cada caso de eclampsia debe ser tratado como si fuese el de gravedad mayor.

3.ª En la eclampsia de la gestación el tratamiento sintomático no es suficiente mientras el feto continúe viviendo dentro de la cavidad uterina.

4.ª La muerte natural del feto es el tratamiento espontáneo de la naturaleza en defensa del organismo materno.

5.ª El factor esencial en la eclampsia se halla en la placenta; y en el tratamiento de la eclampsia la placenta debe ser eliminada. Pero es indispensable, para que el éxito sea completo, que su eliminación sea precoz y producida mediante procedimientos que no exciten la contracción del útero.

6.ª La acción mecánica de las contracciones del útero, obrando directamente sobre el huevo, favorece la entrada de las toxinas placentarias en la circulación de la madre.

7.ª La enferma con eclampsia convulsiva no debe ser transportada a gran distancia, para evitar la acción ocitócica y excitante del transporte.

8.ª Para suprimir las contracciones uterinas debe suprimirse el parto, haciendo la evacuación quirúrgica y precoz del útero.

9.ª Si en los casos de eclampsia del post-partum se hubiera podido suprimir el parto, seguramente se hubiera suprimido también la eclampsia.

10.ª Solamente las enfermedades tratadas precoz y quirúrgicamente dan una estadística blanca para la madre, y para el niño viable.

Del estudio que antecede se deduce la siguiente conclusión fundamental: La supresión del parto por la operación cesárea precoz en la eclampsia de los últimos meses de la gestación, con feto vivo, es el tratamiento que da mayores seguridades para la vida de la madre y para la vida del hijo.—R. HORNO LIRIA.

J. LEON (Buenos Aires). — *La suero-reacción de Manoiloff. Su valor en el diagnóstico del embarazo.* — («La Semana Médica», núm. 14; 2 de abril, 1931. Buenos Aires).

Desde hace unos años, el interés de los clínicos por encontrar un procedimiento que de una manera rápida y segura nos lleve a diagnosticar un embarazo en los comienzos de su desarrollo, ha dado lugar a la aparición de múltiples reacciones biológicas, sin que ninguna haya logrado su objeto de una manera eficaz, poniendo solamente de relieve las modificaciones importantes que tienen lugar en el suero sanguíneo durante el embarazo.

Recientemente, E. Manoiloff, de Leningrado, dió a conocer su reacción para el diagnóstico del embarazo. Utiliza cinco gotas de suero fresco no calentado, claro y transparente, que mezcla bien con 1 c. c. de una solución acuosa al 2 por 100 de diuretina químicamente pura, agregando por último una

gota de una solución alcohólica filtrada de Azul de Nilo al 0,2 por 100. Mezcla todo otra vez. A los pocos minutos, a lo sumo al cabo de una hora, lee el resultado; si la mujer a quien pertenece el suero se halla embarazada, el líquido se decolora, vira al amarillo o al amarillo rosado; tratándose en cambio de una mujer no grávida, la mezcla permanece azul, azulada o rosado-azulada.

Químicamente la reacción estaría fundada en la diferencia del grado de alcalinidad de la sangre en mujeres grávidas y no grávidas, pues el Azul de Nilo es un reactivo muy sensible a los álcalis, con los cuales su coloración azulada vira al rosa; se decoloraría más o menos de acuerdo con la reacción del suero. Mainoiloff obtuvo con esta reacción el 94 por 100 de resultados exactos.

El autor ha investigado esta reacción en 85 sueros de mujeres, grávidas, puérperas, no grávidas, sanas o enfermas y hombres. La técnica ha sido la siguiente: extrae unos 10 c. c. de sangre de la vena cubital, con aguja bien seca para evitar toda hemolisis. Deja coagular la sangre en un tubo esterilizado, que conserva en una heladora, prescribiendo cualquier medida que tenga por objeto acelerar la separación del suero. Al cabo de veinticuatro horas, centrifuga el suero obtenido y practica la reacción de acuerdo con las indicaciones de Manoiloff. Utiliza tubos de iguales dimensiones y de la más exquisita limpieza, y reactivos frescos. Examina la coloración con buena luz diurna, durante toda la primera hora. Los resultados obtenidos dan un resultado exacto en el 78 por 100 de los casos.

Pueden deducirse las conclusiones siguientes:

La reacción de Manoiloff no permite el diagnóstico precoz del embarazo, pues durante los dos primeros meses de la gestación la prueba es a menudo negativa, dudosa o apenas débilmente positiva. Sus resultados son siempre positivos a partir del segundo mes.

Esta reacción no es específica del estado de gestación, pues es frecuentemente positiva en mujeres no grávidas y particularmente en miomatosas y menopáusicas. Una prueba positiva no afirma la existencia de un embarazo de más de dos meses.

No es, pues, sino una reacción más que agregar a la larga lista de las existentes.—R. HORNO LIRIA.

R. SCHWARCZ (Buenos Aires). — *Embarazo gemelar con desarrollo extramembranoso de uno de los fetos.* — («La Semana Médica», núm. 15; 9 abril de 1931. Buenos Aires).

Se refiere el caso de un embarazo gemelar bivitelino, biplacentario, que

en el quinto mes de la gestación expulsó un feto momificado y muerto a los tres meses y medio del embarazo, con un mes de desarrollo extramembranoso, simultáneamente con su placenta, que es marginada. A las veinticuatro horas después del primer aborto, eliminó un segundo huevo completo, de cinco meses de edad.—R. HORNO LIRIA.

PEDIATRIA

C. MONCKEBERG (Chile). — *La infección tuberculosa congénita.* — («Revista Médica de Chile», núm. 2; febrero, 1931. Santiago de Chile).

El problema de la herencia tuberculosa es por demás complejo, porque se trata de infección por germen dotado de variabilidad morfológica y cada forma posee probablemente propiedades patógenas distintas, ante las cuales reaccionan los tejidos de diversos modos; además, la diversidad de reacción no depende seguramente sólo de la morfología del microbio, sino también de la calidad del terreno en el cual la infección evoluciona. La cuestión no podrá ser resuelta por fórmulas simples, sino estudiando a fondo los más intrincados capítulos de la patología general y de la herencia patológica.

Por ahora, basándonos en los hechos clínicos observados y en las experiencias de laboratorio, sólo podemos resumir el estado actual de la cuestión en los términos siguientes:

I. La herencia de la infección tuberculosa existe y puede realizarse de tres modos:

a) El pasaje de un virus filtrable.

b) La bacilosis congénita sin lesiones; y

c) La tuberculosis congénita, bacilar, anatómica.

No se trata de formas distintas de heredo-infección, sino de tres estados en la evolución de un mismo proceso patológico.

II. El estado de virulencia es con mucho el más frecuente, pero no excluye las otras formas.

Es posible observar la bacilosis congénita a la vez que la virulencia. La virulencia puede transformarse espontáneamente en bacilosis y en tuberculosis y en tuberculosis anatómica durante la vida extrauterina, bajo la influencia de causas que aún no podemos precisar.

III. El estado de virulencia correspondería a un período de incubación antes de la aparición de las lesiones específicas. Durante este período, que podríamos llamar ante-bacilar, pueden producirse accidentes graves y aun la muerte del niño; pero en otros casos la infección mantenida por los elementos

filtrables, puede permanecer latente y asintomática, localizada en el sistema linfático. Nada podemos decir de este período antebacilar.

IV. La mayor frecuencia del estado de virulencia en el recién nacido podrá explicarse, porque en esta forma ultramicroscópica el microbio puede atravesar más fácilmente el filtro placentario. Los casos de bacilosis y de tuberculosis anatómica congénita podrán explicarse por lesiones placentarias que permiten la mezcla de ambas sangres.

Puede suponerse asimismo que la ausencia o existencia de lesiones y el estado del microbio depende de la edad de la infección trasplacentaria.—R. PÉREZ BARRACHINA.

B. DANES (Barcelona). — *Tratamiento de los trastornos del crecimiento de origen endocrino.* — («Paidoterapia», núm. 105, marzo, 1931. Barcelona).

El autor expone los medios de que dispone el médico para combatir las enfermedades del crecimiento de origen endocrino, en la primera y segunda infancia. Dice que primeramente hay que precisar si los trastornos endocrinos son primitivos o secundarios. En el primer caso se trata la enfermedad fundamental (heredo-lúes, alimentación insuficiente, avitaminosis, trastornos digestivos, enfermedades meningo encefálicas, infecciones crónicas, etc.). En los casos de insuficiencia glandular endocrina, que son casi siempre del tiroides, no se olvidará de instituir un tratamiento alimenticio, clima marino, baños de sol y de mar, aire puro, evitar infecciones, corrección de trastornos respiratorios, etcétera. Además, como medicación sustitutiva y estimulante, se empleará la opoterapia tiroídea, que será continuada largo tiempo y a dosis suficientes para obtener los resultados buscados. En los estados de atraso del desarrollo por insuficiencia hipofisaria, la opoterapia tiroídea también da resultados beneficiosos, pero su eficacia puede ser aumentada por opoterapia hipofisaria y genital.

Los tumores malignos de las glándulas endocrinas que se presentan en la infancia, deben ser tratados por la radioterapia o por la extirpación quirúrgica.

Los estados de insuficiencia endocrina congénita y grave, obedecen poco a la medicación. Los estados de pequeña insuficiencia congénita o los de pequeña insuficiencia adquirida, pueden llegar a curarse totalmente o, por lo menos, obtener acentuadas y largas mejorías.—R. PÉREZ BARRACHINA.

A. CASTELLANOS (La Habana). — *Estado actual de los síndromes emetizantes del niño y en especial de la estovaino-atropinización en el tratamiento del vómito habitual.* — («Revista Médica Cubana», núm. 4, abril, 1931. La Habana).

De este extenso y bien expuesto trabajo, se deduce:

1.º La afección llamada por el profesor Marfan *enfermedad de los vómitos*

habituales, no es una entidad nosológica, es un síndrome y por la descripción clínica y sobre todo etiopatogénica dada por él, que no ha sido mejorada por nadie todavía, proponemos que se le designe *síndrome emético de Marfan.*

2.º Es una perturbación puramente funcional consistente en una hiperestesia de la mucosa gástrica asociada a un espasmo pilórico más o menos acentuado.

3.º El síndrome pilórico funcional o píloro-espasmo es una variedad del vómito habitual; es el vómito habitual en forma predominantemente píloro-espasmódica.

4.ª Debe diferenciarse el vómito habitual de la dispepsia en forma emetizante; en el primero, el vómito origina la dispepsia; en el segundo, la dispepsia da lugar al vómito.

5.º La dispepsia que se sobreañade tarde o temprano al vómito habitual puede ser tan intensa que enmascare completamente el cuadro original.

6.º La estovaino-atropinización en el orden sintomático es el desideratum en materia de terapéutica farmacológica, pues cumple los dos requisitos de abolir la hiperestesia de la mucosa y el espasmo del esfínter pilórico.

7.º Aunque su resultado es brillante en el 95 por 100 de los casos, debe asociarse, desde luego, a la terapéutica antisifilítica en los casos en que intervenga este factor.

8.º Es imprescindible también un régimen dietético adecuado a la dispepsia que tenga el lactante.

9.º Ni la estovaino-atropinización ni el régimen dietético dan resultado en los vómitos habituales de origen anafiláctico e idiosincrásico. Sólo la desensibilización para-enteral y mejor aún el cambio de leche suprimen los vómitos.—R. HORNO LIRIA.

PECHO Y CORAZÓN

V. CORDIER (Lyon). — *El hemotórax recidivante en el curso del neumotórax artificial.* — («Le Journal de Médecine de Lyon», núm. 263; 5 de marzo, 1931. Lyon).

La pleuresía hemorrágica en el neumotórax se manifiesta bajo dos formas: una pasajera y benigna, y la otra recidivante y grave. La primera es debida en general a causas mecánicas; la segunda, al contrario, es debida a una lesión grave de paquipleuritis hemorrágica.

Se traduce por signos clínicos, funcionales y generales bastante importantes, pero sólo la punción permite un diagnóstico firme.

Su patogenia es compleja. Se debe probablemente a la acción de un virus o de un bacilo tuberculoso poco activo sobre un organismo resistente. Las

intoxicaciones o las inflamaciones crónicas son causas auxiliares a su aparición; pero la insuficiencia hepática es el principal factor por su acción a la vez humoral y vascular.

En presencia de tal pleuresía, hay que saber esperar, si se trata de una paquipleuritis; si no, sólo la toracoplastia podrá tener una acción benéfica.—R. PÉREZ BARRACHINA.

T. PADILLA y P. COSSIO (Buenos Aires). — *La quinidinoterapia intravenosa en la terapéutica cardíaca.* — («La Semana Médica», núm. 14; 2 de abril, 1931. Buenos Aires).

Para utilizar la quinidina por vía venosa y preservarse de riesgos ulteriores, hay que utilizar el sulfato de quinidina químicamente puro a la dosis de 0,50 grs. disueltos en 10 c. c. de suero fisiológico esterilizado, haciendo la inyección, estando el sujeto acostado horizontalmente, con mucha lentitud. Cuando la dosis no es suficiente, puede, pasado un cierto tiempo, renovarse la inyección con una dosis mayor, pero sin sobrepasar nunca la de 0,15 grs. por diez kilogramos de peso.

Una vez obtenido el efecto deseado, debe continuarse el tratamiento administrando el medicamento por vía bucal, para que así su acción sea duradera.

La quinidinoterapia intravenosa, por su eficacia e inocuidad, está indicada en todos los casos prolongados de taquicardia paroxística que no cesan por los medios terapéuticos usuales, por detenerlos brúscamente restableciendo el ritmo normal. Está indicada asimismo en la fibrilación auricular, particularmente en la forma paroxística, por disminuir la frecuencia ventricular, produciendo un aumento de la conducción aurículo-ventricular.—R. HORNO LIRIA.

R. HANSEN (Buenos Aires). — *Tuberculinoterapia por inhalación.* — («La Semana Médica», núm. 15; 9 de abril de 1931. Buenos Aires).

Fundándose en el conocimiento de la antracosis fisiológica, se han empleado suspensiones inhalantes de carbón con fines terapéuticos, presumiendo que si las lesiones existentes ejercen una especie de atracción sobre la antracosis, ésta, al hacer reaccionar los tejidos inmediatos hacia la esclerosis, favorecería el encastillamiento de las zonas afectadas, tendiendo por este mecanismo a la curación de la enfermedad. Más tarde, con infinitas precauciones, se ha ido agregando a las suspensiones de carbón, cantidades crecientes de tuberculina, hasta obtener diluciones cuya acción resultara indiscutible y cuya absorción ha quedado demostrada por las reacciones típicas que produce.

El método inhalatorio ofrece las siguientes ventajas: No provoca accidentes, manejado con prudencia; su aplicación es sencilla, rápida y no implica molestias para el enfermo ni para el médico. La tuberculina, hallándose a gran concentración y en un medio que la pone al abrigo de la luz, se conserva indefinidamente, al revés de lo que ocurre con las soluciones de inyectables que, en pocas horas, pierden toda autoridad terapéutica. La doble acción, mecánica y humoral, es llevada al seno mismo del órgano enfermo.—R. HORNO LIRIA.

L. ANDRADE, O. HERRERA e I. HERMANSEN (Santiago de Chile). — *Consideraciones sobre pneumoconiosis.* — («Revista Médica de Chile», núm. 3; marzo de 1931. Santiago de Chile).

La pneumoconiosis es un capítulo de la Patología, que ha sufrido actualmente una revisión completa; se entiende por tal: una enfermedad pulmonar *crónica,* esclerosante, producida por la aspiración de polvos inertes suspendidos en el aire. El carácter de la cronicidad ha permitido dividir su evolución en tres períodos:

Primero: Se manifiesta al cabo de diez años de aspiración de polvos inertes; sus síntomas clínicos se reducen a ligera disnea.

Segundo: Se produce a partir de treinta años de aspiración de polvos inertes. A los síntomas del primer período se agregan brotes de bronquitis; empieza el enfisema pulmonar y a veces manifestaciones de bronquiectasia. Se agrega también a esto un síndrome de astenia cardíaca.

Tercero: En el cual alcanza la enfermedad todo su desarrollo. Se manifiesta después de los cuarenta años de trabajos en minas, o de aspiración de polvos inertes. Su síntoma predominante es la disnea; hay tos y desgarro, exagerándose por su parte los síntomas del primero y segundo período, que en esta fase tienden a instalarse en forma permanente.

El diagnóstico se funda en los antecedentes y en el examen radiológico. En el examen radiológico se distinguen también tres estadios.

Primer estadio: Sombras hiliares marcadas e irradiaciones acentuadas que parten de ella hacia la periferia.

Segundo estadio: Se agrega al partido anterior un aspecto reticular o areolar con punteado fino, del tamaño de la cabeza de un alfiler. Se distinguirá de la tuberculosis miliar por la localización de ésta en los ápices y la investigación del bacilo de Koch.

Tercer estadio: A los signos anteriores se añaden grandes manchas irregulares, densas, nítidas, casi siempre simétricas y que se localizan de preferencia entre el hilio y la región subclavicular.

La evolución prolongada, más o menos benigna y casi latente de esta afección está expuesta a dos graves complicaciones: una (la más frecuente) la tuberculosis; otra, el cáncer del pulmón.

Las principales formas clínicas de pneumoconiosis, son:

La *silicosis* o calicosis, que es la más importante y hoy día se cree que es la única que produce realmente pneumoconiosis; este tipo lo dan los talladores de piedra; en ella el pulmón, a la autopsia, es duro, gris, sembrado de nudosidades confluentes.

La *antracosis,* es la más discutida y aún hay quien niega sea debida al carbón; presenta un tipo puro (pulmones negros), en el cual no hay reacción fibrosa, y otro mixto, que se acompaña de esclerosis (antracosis-silicosis) y sólo es producida cuando al carbón acompaña la sílice, siendo tanto más intensa cuanto más sílice contiene.

Y la *siderosis* que es la producida por la inhalación de polvos minerales de hierro, pero también se ha demostrado que sólo es nociva cuando contienen sílice. De aquí se deduce el papel fundamental que la sílice juega en la producción de estos cuadros clínicos, constituyendo el fondo de toda pneumoconiosis.—R. HORNO LIRIA.

OFTALMOLOGÍA

G. MARGOTTA (Padua). — *Degeneración corneal de Groenouw.* — («Bollettino d'Oculistica», enero, 1931. Florencia).

Groenouw fué el primero en describir un cuadro morboso ocular con caracteres clínicos bien definidos y cuya enfermedad recibió su nombre: se conoce también bajo el título de queratitis nodular y queratitis gotosa.

Bajo el punto de vista de la sintomatología clínica, Fuchs distingue grandes y pequeñas manchas corneales; las grandes, en general poco irregulares, resultan de la fusión de las pequeñas, y éstas están dispuestas alrededor de las grandes; entre las manchas, la córnea está uniformemente turbia. La sensibilidad es menor que en la queratitis puntata superficial y en el herpes de la córnea.

Fuchs observó que esta forma se inicia en la juventud y dura toda la vida: él y Groenouw separaron pequeñas porciones de tejido para su análisis histológico, llegando a estar de acuerdo en sus conclusiones; no se trata de un proceso inflamatorio, el cual estaría caracterizado por la presencia de leucocitos, etc., etc., sino de alteraciones degenerativas con ligera dilatación de la laguna linfática de las capas superficiales de la córnea con consiguiente alteración difusa de ésta.

En los enfermos estudiados no se han encontrado vestigios de sífilis adquirida o congénita. Ni Groenouw ni Fuchs han encontrado ningún agente microbiano en el mismo punto de la lesión. Wehrli afirma haber encontrado un bacilo ácido-resistente que cree poder interpretar como bacilo tuberculoso.

Mientras todos los autores admiten se trata de un proceso degenerativo, Wehrli admite se trata de una tuberculosis crónica de la córnea, cuyo bacilo por efecto de la luz, a la cual está expuesto, tiene una acción más lenta y más benigna. Se funda en el curso clínico de la enfermedad, en la presencia de otros focos tuberculosos coexistentes en el mismo enfermo, en la reacción local y general a la tuberculina y en la presencia del bacilo específico.

Estudia diferentes casos de varios autores con las opiniones de cada uno de ellos, describiendo con gran detalle y profusión de preparaciones histológicas, dos enfermos por él vistos y que le sirven para apoyar la opinión de algunos autores de que es una enfermedad hereditaria, ya que sus dos enfermos eran padre e hijo.

No está conforme con la opinión de Wehrli y admite con la mayoría de autores se trata de una degeneración primaria de las fibras corneales con consiguiente alteración de las ramitas nerviosas de la córnea, y por lo tanto la sensibilidad de ésta. Respecto a la etiología de la enfermedad de Groenouw, cree es muy oscura, no estando conforme con la hipótesis de Fuchs, al considerarla como un disturbio de la nutrición en relación con el tiroides.—R. Loscos.

M. IBAÑEZ PUIGGARI (Buenos Aires). — *Extracción intracapsular del cristalino.* («La Semana Médica», núm. 14; 2 de abril de 1931. Buenos Aires).

Pocas intervenciones quirúrgicas han aguzado tanto el ingenio de los cirujanos como la operación de la catarata; de aquí los innumerables procedimientos y aparatos que se han propuesto para esta delicada operación.

En este trabajo se hacen atinadas observaciones sobre 540 intervenciones realizadas en el Hospital Oftalmológico de Buenos Aires, siguiendo el procedimiento intracapsular, por el cual se obtuvieron resultados altamente satisfactorios.

Actualmente puede decirse que el método intracapsular debe su éxito al perfeccionamiento que hoy día se tiene de la técnica operatoria, que con la anestesia profunda y la inmovilidad absoluta del ojo, permite practicarlo sin mayores riesgos. Aunque es algo más difícil que la extracción extracapsular, probablemente será en el futuro el método de elección en la mayor parte de los casos, por los resultados rápidos y brillantes que da, por la escasa reacción post-operatoria y por la ausencia de catarata secundaria que permite aplicarlo a la catarata no madura.—R. Loscos.

V. GUALDI (Génova). — *Contribución clínica y biomicroscópica al estudio de la patogénesis y de la morfología de la catarata eléctrica de corriente industrial.* («Bollettino d'Oculistica», enero, 1931. Florencia).

Presenta el autor las historias clínicas de dos enfermos; uno de ellos recibió una sacudida eléctrica (el potencial era de 27.000 voltios) que le atravesó todo el cuerpo, apareciéndole a los pocos días una catarata parcial bilateral, más acentuada en el lado izquierdo; a los trece años del accidente fué operado con éxito. El segundo enfermo, un joven de veinticinco años que, a los veintitrés, una descarga eléctrica de alta tensión le atravesó el cuello de derecha a izquierda, dando lugar a la aparición de una catarata doble, empezándo primero la izquierda, que también fué operada con éxito.

Los dos casos fueron estudiados con la lámpara de hendidura, que según el autor no son más que cuatro los casos de catarata eléctrica estudiados biomicroscópicamente, y veintinueve en total.

Como conclusión de estos dos casos, dice el autor que dicha especie de catarata presenta una morfología típica, caracterizada por opacidad situada en la sustancia cortical anterior y constituídas por fibras lenticulares opacificadas y alteradas. La acción de la corriente en estos casos fué directa y dió lugar en poco tiempo a la formación de opacidad superficial que luego, más o menos tardíamente, se extendió a la zona central. La catarata producida por el rayo, además de dicha opacidad anterior no siempre típica, presenta otra opacidad posterior característica de la forma secundaria, que en este caso sería causada por la alteración del segmento uveal anterior, producido también por la corriente eléctrica que tendría así una doble acción directa e indirecta. Alude a la importancia clínica y médico-legal de esta división, ya que el pronóstico de la extracción de la catarata eléctrica (corriente industrial), es casi siempre bueno, siendo incierto en la catarata producida por el rayo si existen lesiones del nervio óptico y retina.—R. Loscos.

J. MANUEL ORTEGA (Madrid). — *Dos casos de iritis de origen parotídeo.* — («Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos», enero, 1931. Barcelona).

Desde que Combeau, en 1867, menciona en un trabajo las complicaciones conjuntivales sobrevenidas en el curso de una parotiditis, han venido estudiándose por diversos autores las inflamaciones surgidas en las distintas membranas y medios transparentes del ojo en el curso de las afecciones parotídeas.

Si bien las complicaciones conjuntivales, aparato lagrimal, córnea, retina,

etcétera, son citadas con relativa frecuencia, las iritis son escasamente media docena los casos que según el autor, se han publicado.

Se trata de dos soldados que, uno, después de estar curado de la afección de parótidas, y otro, al mismo tiempo que éstas, aquejaban molestias en ambos ojos, consistentes en dolores y fotofobia, etc., se diagnosticó una iritis serosa: Wassermann, en los dos negativo; reaccionaron muy bien y rápidamente con los midriásicos.

Respecto a la patogenia de estas iritis, asociando algunos autores la parotiditis a otras infecciones generales como gripe, fiebre tifoidea, etc., admiten como causa las toxinas, que en mayor o menor abundancia se segregan; otros, en cambio, la mayoría, las atribuyen a causas puramente infecciosas, admitiendo la vía endógena como la única responsable.

El diagnóstico de la naturaleza parotídea de estas inflamaciones será afirmado por el hecho de recaer en sujetos afectos de parotiditis o convalecientes de las mismas, y previa exclusión de las causas más corrientes, gota, sífilis, reuma, etc.

El pronóstico es sumamente favorable, sobre todo si descubre la afección antes de formarse sinequias, cediendo fácilmente a los midriásicos.—R. Loscos.

VAM DER STRAETEN (Lovaina). — *Lesiones intra-oculares y cuerpos extraños extra-oculares de la órbita.* — («Archives d'Ophtalmologie», enero, 1931. París).

Cita tres casos clínicos que demuestran la utilidad de una radiografía según técnica apropiada, que no describe por ser de la incumbencia del radiólogo, para puntualizar la localización de los cuerpos extraños de la región ocular.

Referente a la técnica radiológica, únicamente insiste en el empleo de una especie de casquillos parecidos a los ojos artificiales, que llevan un anillo opaco a los rayos X, el cual corresponde alrededor de la córnea; se adhieren a la superficie del ojo siguiendo sus movimientos.

Las lesiones intraoculares consecutivas a la proyección de un cuerpo extraño en la región orbitaria, pueden hacernos creer que dicho cuerpo extraño está en el interior del ojo sin ni siquiera haber penetrado en él; otras veces, una herida penetrante del ojo puede hacernos pensar que el cuerpo extraño es intraocular cuando en realidad lo ha atravesado y es retro-ocular.

La movilidad de un cuerpo extraño no es prueba evidente de que éste es intraocular. Un cuerpo extraño situado por fuera del globo ocular puede seguir los movimientos de éste cuando se encuentra en los tejidos adyacentes del ojo, en los músculos motores y sus expansiones aponeuróticas, en los párpados.

Los tres casos que describe son: uno con cuerpo extraño (trozo de plomo) ocular movible con el ojo y por las radiografías según técnica, se prueba está

fuera del ojo pegado a la esclerótica: mejora rápidamente, con un tratamiento apropiado, siendo extraído el trozo de plomo a los cinco meses. El otro, un niño de doce años, con herida en la córnea e iris, diagnosticando cuerpo extraño intra-ocular, proponiendo la enucleación, pero por radiografía se comprobó que el cuerpo extraño estaba a 20 milímetros de la córnea, y tratándose de un niño, podía asegurarse estaba detrás del globo ocular. Finalmente, un tercer caso, un hombre que le salta al ojo un trozo metálico, por radiografía se le encuentra a 30 milímetros de la córnea, por lo tanto retro-bulbar.—R. Loscos.

P. VANCES (Cluj-Rumania). — *Contribución al estudio del sarcoma de coroides.* — («Archives d'Ophtalmologie». Enero, 1931. París).

Los tumores malignos de la coroides deben ser considerados como afecciones oculares menos frecuentes. Se encuentran cuatro o cinco casos cada 10.000 enfermos y aun Komoto, en el Japón, los considera más raros, ya que en su clínica de Tokío encontró solamente tres casos entre 33.000 enfermos.

La mayor parte de estos tumores malignos de coroides, exceptuando los metastásicos, son del grupo de los sarcomas; se manifiesta de preferencia entre los 40 y 60 años, pero puede encontrarse en jóvenes, el caso de Kippe era un niño de un año.

Lo difícil en los sarcomas de coroides es su sintomatología inicial; es una afección de un gran polimorfismo que varía no solamente en la naturaleza de sus elementos constitutivos, sino en sus manifestaciones y en su asiento anatómico.

Describe el caso clínico siguiente: un hombre de 30 años, que hace tres semanas notó una ligera disminución de la vista en ambos ojos; como el enfermo dijo había tenido un chancro sifilítico, se atribuyeron a la lúes los trastornos oculares, sometiéndole a un tratamiento antisifilítico con el que mejoró sensiblemente su neuritis derecha, en tanto que el ojo izquierdo se complicó un desprendimiento de retina que no cedió a tres punciones esclerales sucesivas.

Un escotoma central precoz y un enturbiamiento blanquecino ulterior de la región peripápilo-macular del ojo izquierdo constituye en este caso los síntomas premonitores del tumor coroideo.

Estos síntomas podrían, hasta cierto punto, permitir hacer un diagnóstico precoz del tumor si se hubiesen presentado unilateralmente, pero en el presente caso disminuye considerablemente su valor diagnóstico; se pregunta el autor si en este caso la neuritis óptica bilateral es la consecuencia del tumor o si es debida a la sífilis, ya que la neuritis óptica mejoró con el tratamiento antisifilítico. Dice Vances, se convenció más tarde que la neuritis derecha era en realidad una neuritis tóxica, debida al tumor del ojo izquierdo, cosa que hay que tener en cuenta en la sintomatología del sarcoma de coroides. A los dos meses

de los primeros síntomas, se presentaron fenómenos de irido-ciclitis aguda y y glaucoma secundario.

Se enucleó el ojo izquierdo; a los cuatro meses aparece una tumoración en la región temporal que se extirpa; cuatro meses más tarde, una recidiva, haciéndose entonces una evisceración completa de la órbita, conservando una pequeña parte de la conjuntiva y los párpados, A los tres meses segunda recidiva, una tumoración en el lado súpero-externo adherida al borde externo de la órbita, invadiendo a la vez las paredes óseas externa e inferior. Extirpación transpalpebral con resección de las paredes invadidas por el tumor; más tarde aparecen dolores y a las seis semanas fallece.

Bajo el punto de vista de su estructura, el tumor tenía el aspecto histológico de un sarcoma de coroides ligeramente pigmentado.—R. Loscos.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

D'ONOFRIO (Nápoles). — *La fístula de la mastoides.* — («Archivio Italiano di Otologia..., etc.»; fasc. 10; octubre, 1930. Torino).

Estudiando el autor numerosos casos de mastoiditis agudas y crónicas, ha observado entre 373 casos, 147 fistulizadas, datos en los que se basa para hacer algunas consideraciones de orden patogénico, y señalar su importancia.

Resume su trabajo diciendo que, en la mastoiditis, tanto aguda como crónica, se observan bastante frecuentemente fístulas óseas debidas, ya a deiscencias o a detenciones del desarrollo más que a necrosis. En orden de frecuencia ocupan el primer lugar las que asientan en la pared externa y anterior de la apófisis, siguiendo las de la punta y pared postero-inferior que dan origen a los abscesos de Bezold y Citelli; las que corresponden al seno lateral y a la fosa craneal media y posterior, son raras, sobre todo contrastando con la frecuencia de estas complicaciones intra-craneales. Las que comunican con el oído interno son rarísimas: sólo una vez ha observado una que ponía a la mastoides en comunicación con el conducto semicirculaar externo; se trataba de un caso crónico.—J. Duerto.

DAUDIN-CLAVAUD (Dunkerque). — *Procedimiento de vaciamiento de las amígdalas por la electro-coagulación.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm 20; 31 octubre, 1930. Bordeaux).

La abertura de las criptas amigdalinas infectadas por medio de la hoz, de la pinza saca-bocados, o por el gálvano, determina a menudo una retracción cicatricial que anula los efectos buscados.

La electro-coagulación, por cualquiera de los métodos hasta ahora usados no da satisfacción, pues los bipolares labran una especie de trinchera con el fondo anfractuoso, y los métodos masivos tienen el riesgo de, sobre no alcanzar el fondo de las criptas infectadas, sobrepasar la cápsula de la amígdala.

De aquí nace el método bipolar que preconiza el autor, el cual toma como punto de referencia las dos criptas más profundas e importantes, una superior y otra inferior, en las cuales introduce un electrodo que juega el papel atractivo, mientras que el electrodo activo, antiderrapante, paseado por la superficie de la amígdala, hace converger hacia la profundidad la corriente coagulante.

Partiendo del criterio de que las grandes amígdalas siguen siendo justiciables de la amigdalectomía, juzga aplicable su método a las amígdalas pequeñas e infectadas del adulto, a los enfermos temerosos que no aceptan la intervención quirúrgica, a los cantantes y a las personas de edad.

El curso post-operatorio es un poco doloroso, pero desde luego menos penoso que en las coagulaciones masivas y en la amidalectomía. No son de temer las hemorragias post-operatorias.

Los resultados son excelentes: suprimidas las criptas no son de temer tampoco ningún accidente infeccioso amigdalino, toda vez que, es en ellas donde nacen los flemones periamigdalinos y donde tienen lugar las reabsorciones tóxicas, pese a los restos que quedan de cierta cantidad de tejido linfoide en la celda amigdalina. Pero es que—dice el autor—, no debe considerarse y tratarse una amígdala como si fuese un tumor maligno.

Comentario. — Es indudable que la amígdala no es un tumor maligno, y cierto de toda certeza que deben ser mucho más respetadas de lo que en la actualidad son estos órganos linfoides. Pero aun cuando la diatermo-coagulación de las amígdalas responde desde luego a una tendencia completamente racional, cual es la de prevenir accidentes, especialmente los hemorrágicos, y aun cuando en ciertos casos llena por completo las indicaciones terapéuticas, no puede negarse que en ocasiones no es, en modo alguno, suficiente. Tal sucede, por ejemplo, con esas amígdalas engastadas, con prolongaciones intra-vélicas, en las que la responsabilidad de los abscesos periamigdalinos no radica en las criptas, sino en esas ocultas prolongaciones de la amígdala dentro del velo palatino, casos en que toda intervención que no sea la absoluta y total extirpación supone un constante y real peligro de recidiva de los accidentes infecciosos. Nosotros, que hemos intervenido bastantes casos de amígdalas por electro-coagulación, hemos podido observar que en ocasiones es un procedimiento terapéutico excelente, a tal punto que somos fervientes admiradores, pero en ciertos otros, como los mencionados, hemos tenido que practicar una amigdalectomía total aun después

de haberlas electro-coagulado, por la persistencia de la tendencia a repetirse los abscesos peri-amigdalinos.—J. DUERTO.

DUTHEILLET DE LAMOTHE (Limoges). — *Las inyecciones esclerosantes, tratamiento de elección de las hipertrofias de la mucosa nasal, sin malformaciones óseas subyacentes* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm. 22, 30 noviembre de 1930. Bordeaux).

El método esclerosante reduce la mucosa nasal mejor que ningún otro procedimiento, de un modo más profundo y regular que las cauterizaciones, puesto que, al contrario que éstas que obran sujetando la mucosa al periostio por las adherencias que las rayas de cauterización producen, la inyección esclerosante actúa atacando al tejido conjuntivo en su totalidad y no por zonas, y reduciendo la mucosa a su espesor normal.

Este método está indicado: 1.º, en los casos de hipertrofia simple de la mucosa sin modificación notable del esqueleto del cornete y sin desviación del tabique, y 2.º, como complemento de una intervención encaminada a la corrección de estas desviaciones.

El autor sigue la técnica preconizada por Richier y Leroux, modificándola en el sentido de efectuar cuatro inyecciones en vez de tres que practican los citados autores, o sea, añadiendo a las inyecciones que una en la cola, otra en la parte media, y una tercera en la cabeza del cornete llevan a cabo Richier y Leroux, una cuarta en la parte inferior con el fin de evitar la formación de esos engrosamientos mucosos que tienden a desbordarse por el borde libre. La solución empleada es quinina uretano al 5 por 100, que no provoca ninguna reacción inflamatoria y no determina la formación de sinequias, pero a condición de llevar la solución inyectada profundamente hasta el periostio.

El resultado inmediato se adquiere en quince a veinte días como máximun; los fracasos, consecutivos a la previa existencia de una malformación, no exceden de un 10 a 12 por 100.

COMENTARIO. — Es una tendencia muy generalizada entre gran número de especialistas, la de procurar restablecer la permeabilidad nasal en las obstrucciones, sin cuidarse ni preocuparse de la estática normal de las fosas nasales; es decir, que en presencia de una fosa nasal obstruída, se conforman con extirpar el cornete, suponiendo erróneamente que al extirpar el obstáculo que dicho órgano opone al paso del aire, éste penetrará ampliamente y la función respiratoria nasal se desenvolverá, en lo sucesivo, perfectamente. Y nada más lejos de la realidad, sin embargo. No es este momento ni lugar adecuado para extendernos en una serie de consideraciones sobre la importancia que la conservación de una normal estática de las fosas nasales tiene en la función respiratoria, pero no por ello hemos de pasar por alto los peligros que el inmoderado afán de extirpar los cornetes lleva consigo. La turbinectomía, cuando no está perfectamente indicada, además de no restablecer la respiración de una manera fisiológica, determina a la larga una rinitis atrófica con formación de costras, cacosmia, cefalalgias, fetidez de aliento.., etc. y todas las molestias que, en una palabra, tal enfermedad lleva consigo.

En este sentido, tiene, pues, gran importancia el trabajo del autor, por cuanto tiene de condenatorio de esas cauterizaciones nasales que ningún beneficio reportan, y de esas turbinectomías extemporáneas, a la larga tan perjudiciales. Pero cabe preguntar: ¿estas inyecciones esclerosantes son de resultados definitivos?; porque dada la enorme vascularización de la mucosa nasal, mucho nos tememos que sean a la larga ineficaces.—J. DUERTO.

J. RAMADIER (Habana). — *Indicaciones terapéuticas en las laberintitis infecciosas otógenas.* — («Revista Cubana de Oftalmología y Oto-rino-laringología», núm. 4; tomo 3.º; octubre, 1930. La Habana).

El problema esencial de donde derivan las indicaciones terapéuticas de las laberintitis, consiste en la distinción clínica de los estados anatomo-fisiológicos que corresponden a la alteración de los medios laberínticos que condiciona esta complicación de las otitis, los que, por otra parte, si no tienen ciertamente un valor absoluto como elementos del pronóstico, es posible, por su yustaposición, darse una idea de la gravedad del proceso.

Estudia el autor todos estos elementos de pronóstico (grado de parálisis del laberinto, circunstancias etiológicas, aparición de una complicación neurítica de vecindad y signos de alarma de una complicación endocraneana), ocupándose a continuación de las indicaciones en las diferentes formas clínicas de laberintitis que clasifica en cinco grupos, a saber:

1.º Laberintitis en el curso de las otitis agudas (precoces, tardías y necrosante).

2.º Fístula laberíntica.

3.º Laberintitis en el curso de las otitis crónicas (laberintitis agudas y crónicas).

4.º Laberintitis post-operatorias, y

5.º Laberintitis complicadas (absceso peripetroso, meningitis y absceso del cerebelo).

Termina su trabajo diciendo que, en resumen, la indicación de la trepanación laberíntica ha mejorado apreciablemente el pronóstico de conjunto de las laberintitis infecciosas otógenas, si se practica en los casos en que está real-

mente indicada (laberintitis crónicas de las otitis crónicas). El pronóstico de ciertas formas como la laberintitis aguda completa de las fases tardías de la otitis es extremadamente sombrío e impotentes para prevenir la meningitis.

Por el contrario, la trepanación laberíntica aplicada a las oto-laberintitis crónicas con el objeto de poner fin a los vértigos persistentes, es una operación muy satisfactoria, e inofensiva aun en los casos de supuración crónica de la caja; sólo tiene el inconveniente de suprimir los restos de audición que pueden quedar en el oído operado.—J. DUERTO.

A. HINOJAR (Madrid). — *Elementos de diagnóstico de la flebitis del seno lateral.* («Revista Española y Americana de Laringología..., etc.», núm. 11, noviembre de 1930. Madrid).

Es muy corriente comprender en un epígrafe genérico de tromboflebitis del seno lateral todos los procesos inflamatorios de esta vena, sin pararse a distinguir si se trata de la inflamación de la pared venosa simplemente en su pared externa; si en la pared interna se ha formado ya un coágulo parietal, o si éste coágulo es lo suficientemente grande para obturar completamente el vaso, determinando lo que realmente constituye la modalidad clínica de la trombo-flebitis del seno lateral.

Importa mucho, por lo tanto, hacer previamente una distinción entre las modalidades clínicas y anatomo-patológicas de estas flebitis, si se quiere hacer una valoración exacta de los elementos de diagnóstico.

Estudia a continuación estos elementos reuniéndolos en dos grupos (de aparición espontánea, y de experimentación clínica), que subdivide en generales y locales, citando entre los espontáneos, el dolor, las alteraciones de color y aspecto de la piel del cráneo, los signos de reacción meníngea o cerebral, las alteraciones de los nervios inmediatos, la fiebre y las metástasis. Entre los de experimentación clínica, pasa revista a los datos citológicos y bacteriológicos suministrados por el análisis de sangre, los que se obtienen de la exploración del fondo de ojo, la radiografía, la auscultación de las yugulares y los que se derivan de la punción lumbar; bien entendido que a veces es preciso abrir la mastoides y poner al descubierto el seno para sentar exactamente el diagnóstico, cuya observación tiene además el gran valor de dar la significación pronóstica del proceso.

La existencia de una flebitis puede resumirse, de una manera esquemática, por los siguientes signos: infección auricular, mastoiditis, infección general séptico-pihémica con metástasis, supuración auricular y contenido de la metástasis, leucocitosis alta y neutrofilia acentuada, los que, si une el signo de Queekensted positivo, denotan el carácter obliterante.

La mayor dificultad estriba en el diagnóstico de los casos en que existe mastoiditis doble, especialmente en el de flebitis no obliterante, en el cual hay que recurrir a la investigación comparativa de las bacterias en la sangre de ambas yugulares.—J. DUERTO.

L. LETO (Roma). — *La parálisis del recurrente en la tuberculosis apical.* — («Bolletino delle Malattie dell'Orecchio..., etc.», núm. 11; noviembre 1930. Firenze).

En las lesiones tuberculosas apicales, puede el recurrente estar interesado y de hecho lo está, en mucha mayor proporción de lo que se sospecha y hasta se suponía, pudiéndose observar la existencia de parálisis y paresias de las cuerdas vocales correspondientes a los vértices atacados, sin que por ello exista la menor alteración por parte de la laringe. Para explicar la posibilidad, recuerda el autor, las relaciones anatómicas que entre el recurrente y los tejidos vecinos (glándulas, pleura, pulmón) existen, explicando los distintos mecanismos por los que estos órganos infiltrados pueden actuar sobre el mencionado nervio.

Habiendo tenido el autor la ocasión de observar en un caso que cita la parálisis temporal del recurrente tras un neumotórax, se pregunta si éste ha podido tener influencia en la producción de aquélla, admitiendo que no ha sido mera casualidad, sino que fué debida a la acción del gas que obró sobre el nervio comprimiéndolo o estirándolo.

Termina, en fin, con las siguientes conclusiones:

1) En la tuberculosis apical puede haber una paresia o una parálisis del recurrente correspondiente.

2) El recurrente puede ser lesionado también a consecuencia de un neumotórax, por el desplazamiento que pueden sufrir los órganos sobre los que obra la acción del gas.

3) En las displegias laríngeas, el neumotórax, especialmente bilateral, está contraindicado.

4) Es de suma utilidad, practicar un examen laringoscópico en los tuberculosos pulmonares en general, y muy especialmente, cuando se ha de efectuar la colapsoterapia.

COMENTARIO. — Digno de la mayor atención es el notable trabajo de Leto, por la *puesta en punto* que en él hace de las relaciones entre las lesiones apicales de la tuberculosis pulmonar y las parálisis laríngeas, por ellas, en muchas ocasiones, producidas. No es, en efecto, raro observar (y nosotros lo hemos visto en algunos casos) si no verdaderas y completas parálisis recurrenciales, sí unos estados parésicos de las cuerdas, sin la menor lesión ni la más mínima congestión siquiera.

Así pues, forzoso es reconocer el gran interés que tiene el examen laringoscópico, que el autor recomienda llevar a cabo en los tuberculosos, Y esta colaboración de fimatólogo y el laringólogo, es tanto más necesaria cuanto que en ciertas ocasiones puede dar a aquél la clave de lesiones que por la escasez de signos físicos no eran, ni siquiera sospechadas.—J. DUERTO.

K. B. STEINMANN (Leningrado). — *Una sanguijuela en la apófisis mastoides.* («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.», núm. 11; noviembre 1930. París).

Expone el autor un caso muy curioso de un enfermo al que al ser operado de mastoiditis le fué encontrado en su mastoides, al hacer la trepanación, una sanguijuela.

Lo interesante del caso es aclarar las vías que el anélido ha seguido para pasar del intestino, donde de ordinario se encuentra, a una parte del organismo tan alejada y tan poco accesible como la apófisis mastoides. Repasa el autor todas las posibilidades de penetración por la vía natural del conducto auditivo externo y membrana timpánica, para rechazar en absoluto esta vía, Estudia a continuación las probabilidades de llegada por vía hematógena, según la cual, la larva naciente de un huevo fecundado llegado al intestino, atravesaría la pared de éste y penetraría en los vasos sanguíneos y arrastrada por la coriente sanguínea, llegaría por los capilares al antro, antes de haber sufrido todo su ciclo evolutivo y haber adquirido su completo desarrollo, vía de acceso que al autor le parece inadmisible (y a nosotros también), fundado en que las condiciones de la mastoides no son favorables al desarrollo del parásito (red vascular poco desarrollada, ausencia de material nutritivo..., etc.).

En su consecuencia, parece más verosimil admitir que la sanguijuela pasó del intestino delgado al estómago, de aquí al esófago y faringe, de donde por la trompa de Eustaquio ascendió a la caja de tímpano y de ella al antro y células mastoídeas. Y esta explicación es tanto más natural cuanto que el ascárido tenía un grosor de dos milímetros, tamaño que le permitía pasar perfectamente por la trompa, que en su parte más estrecha no tiene un calibre inferior a la citada dimensión.—J. DUERTO.

G. VERGER (Limoges). — *A propósito de los nuevos procedimientos de amidalectomía.* — («Annales des Maladies de l'Oreille..., etc.», núm. 12, diciembre, 1930. París).

Basado el autor en las dificultades con que ha tropezado en sus primeras tentativas de amidalectomía por el procedimiento de Sluder, rompe contra él,

negándole el valor que tiene, del cual dice que su manejo no es ni fácil ni agradable, y que no deja de ser peligroso, siendo el peligro más frecuente el que representa «dejar intactas las amígdalas cuando no se han hecho de antemano doscientas amidalectomías por este procedimiento».

Por todo ello prefiere la pinza de Ruault que él emplea por un procedimiento que llama *personal,* y que consiste en abrir el velo del paladar por encima de la amígdala en la unión de los dos pilares, para, introduciendo el índice en el plano de clivaje, empujar hacia abajo la amígdala y seccionar entonces el pedículo con la pinza de Ruault.

Este procedimiento que, según su autor, bate el record de rapidez, es inaplicable «lo mismo que el Sluder» en las amígdalas adherentes.

COMENTARIO. — Hasta el momento, ningún autor francés había mostrado su desprecio por el procedimiento de Sluder. Se habían contentado, salvo raras excepciones (Canuyt, Reverchon, Portmann, Didier y algún otro) con no aceptarlo, hecho que a nosotros nos había causado no pequeña sorpresa, pero, acaso con el desconocimiento que de él tenían, no habían hablado de sus *peligros.*

Y es a Verger, a quien, contra la opinión de la mayoría de los laringólogos del mundo y discrepando de la de tan prestigiosos maestros de la Laringología francesa como los citados que lo han empleado numerosas veces, corresponde el *mérito* de encontrar y descubrir al inocuo y rápido método de Sluder serios inconvenientes y graves peligros.

Ahora bien; según confiesa el autor, éstos no consisten sino en que la operación no puede ser llevada a cabo más que cuando se han hecho previamente un buen número de amidalectomías. Si comparamos este terrible accidente con la inofensiva pinza de Ruault, que tanto entusiasma a Verger, que tiene a su cargo todas las muertes producidas por hemorragia cataclísmica acontecidas en la amidalectomía, vemos que la ventaja está indudablemente de dicha pinza. Bien es verdad que el manejo de ésta es tan fácil (sobre todo cuando no se extirpa más que la porción exuberante de la amígdala hipertrofiada), que comparado con el aprendizaje que necesita el Sluder, del cual dice su inventor (y nosotros hemos podido confirmar en nuestra práctica), que hacen falta años para llegar a dominarla, permite a cualquier alumno de quinto año darse el gusto de extirpar unas amígdalas. Pero es el caso que la verdadera cirugía laringológica requiere una gran preparación y un largo aprendizaje; y siendo así, nos parece demasiado aventurado *pretender* (que no es lo mismo que conseguir) menoscabar el valor de un método operatorio que para ejecutarlo acertadamente, exige un largo período preparatorio.

Además, que porque no se sepa practicarlo, no es razón para criticarle; y menos aún para considerarle inferior a un procedimiento mandado ya retirar por las eminencias, por lo arcáico y peligroso. Buena prueba de las excelencias

del Sluder son las palabras del laringólogo de la Facultad de Estrasburgo, al decir que «cuando se ha *aprendido* a manejarlo no se puede emplear otro».—J. DUERTO.

P. RUSSI (Nápoles). — *El retículo endotelial (aparato de Goldmann) en el aparato auditivo.* — («Archivio Italiano di Otologia..., etc.», fasc. 12; diciembre de 1930. Torino).

Señala el autor la importancia que el sistema retículo-endotelial tiene en la economía como agente defensivo, y estudia su distribución en el aparato auditivo.

Expone la técnica seguida en sus investigaciones histológicas, y termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

En el tejido conectivo de las diferentes partes que constituyen el aparato auditivo, se ha puesto de manifiesto una peculiar distribución de los elementos que han mantenido los colores intravitalmente introducidos en el sujeto, y muy particularmente, que el mayor número está en el tejido conjuntivo de la mucosa del oído externo y de la trompa de Eustaquio.

Estos elementos van disminuyendo a medida que se profundiza en el oído medio, en cuyo estrato submucoso aparecen en esta parte en muy discreto número.

Más numerosos son en la zona del oído interno, especialmente en el tejido conjuntivo de la membrana basilar y en los contornos del ganglio semilunar. Bajo el periostio de toda esta zona, el número de los elementos cromófilos es muy notable.—J. DUERTO.

A. LLERENA BENITO (Madrid). — *El síndrome palidez e hipertermia en pediatría. Un caso tras esofagoscopia con curación.* — («Revista Española y Americana de Laringología..., etc.», núm. 12; diciembre, 1930. Madrid).

Expone el autor el caso de un niño de tres años que, habiéndose tragado una moneda, hubo necesidad de extraérsela por exofagoscopia, la que practicada bajo anestesia general clorofórmica, fué seguida de graves accidentes, caracterizados por el síndrome de palidez e hipertermia, si bien afortunadamente se consiguió la curación.

Se extiende el autor en consideraciones de orden patogénico sobre tal síndrome, mencionando las distintas teorías que pretenden explicarlo, sin aceptar ninguna. En su opinión—dice—«algo de dolor, ya que la anestesia fué insuficiente y las maniobras endoscópicas constituyeron el punto de partida

del (por darle algún nombre) *choc nervioso,* que vino a perturbar el aparato termo-regulador». Termina diciendo: «así que mientras reine la oscuridad sobre este síndrome, creemos como más prudente no intervenir en pequeños menores de año y medio», realizando la operación cuando no haya más remedio y «ahorrando el mayor tiempo posible en su duración».

COMENTARIO. — En repetidas ocasiones nos hemos ocupado de la gran gravedad que en el niño y sobre todo en el lactante tienen las intervenciones quirúrgicas, y en un trabajo nuestro («La anestesia local en cirugía mastoídea infantil», Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades; 14 julio, 1928), exponíamos nuestra opinión, según la cual, la muerte del lactante en palidez e hipertermia, no hay que buscarla en cuantas causas se han invocado, siendo a nuestro entender la única responsable la anestesia general la que—decíamos—, «anulando completamente, por su pernicioso influjo sobre vísceras y sistema nervioso, de suyo mucho más asequible a su acción tóxica, las ya exiguas y débiles defensas naturales del niño», «darían lugar a ese choc con estado toxi-infeccioso hipertérmico que caracteriza la muerte de los niños operados *tardíamente* (lo que facilita la difusión de la intoxicación)».

Y el hecho de que en el caso que Llerena cita se emplease la anestesia clorofórmica, viene a ser un apoyo en nuestra tesis. Los niños deben ser operados prematura y rápidamente (en ello estamos de acuerdo con el autor) sin anestesia, o todo lo más bajo anestesia local.—J. DUERTO.

E. WODAK (Praga). — *Algunas notas sobre las relaciones entre la encefalitis epidémica y el nervio acústico.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm. 23; 15 diciembre, 1930. Bordeaux).

El número de encefalíticos atacados de una irritación del nervio auditivo es tan grande que puede decirse que casi todos los enfermos de encefalitis tienen durante una fase de esta enfermedad los síntomas resultantes de un ataque del citado nervio. Lo más frecuente es que la rama atacada sea la vestibular; más raramente están a la vez ésta y la coclear; y nunca o casi nunca la rama coclear solamente.

La participación del nervio vestibular se manifiesta unas veces al principio y otras tardíamente. Los resultados del examen funcional son de lo más contradictorios, puesto que unas veces hay hipoexcitabilidad y otras hiperexcitabilidad, que afecta ya a un solo lado o a los dos a la vez. Habitualmente hay disociación entre las pruebas calórica y rotatoria.

Cuando está atacado el nervio en sus dos ramas, hay, naturalmente, síntomas cocleares y vestibulares. Estos síntomas son, sordera de tipo neurítico y zumbidos por parte del primero, y vértigos (que dependen de los cambios de

posición de la cabeza), trastornos del equilibrio, espasmos oculares, estrabismo de Herwig-Magendie, pulsaciones..., etc., siendo de notar la producción espontánea de estas últimas en bastantes casos.

Es preciso ser muy prudente en el pronóstico, pues tanto los casos graves como los benignos, duran durante semanas con igual intensidad, con la particularidad de que muchas veces los casos ligeros se reproducen, tras una remisión, con inusitada gravedad.—J. DUERTO.

FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA

J. A. SANCHEZ (Buenos Aires). — *Tres nuevas reacciones funcionales de la alanina o ácido alfa amino-propiónico.* — («La Semana Médica», núm. 10; 5 de marzo de 1931. Buenos Aires).

El autor describe tres procedimientos, basados en las propiedades y estudio químico-funcional de la alanina, que son los siguientes:

1. REACCIÓN CROMÁTICA DE LA ALANINA. — Se coloca en tubo de ensayo un centigramo aproximadamente de alanina; se agregan 20 gotas de solución de permanganato potásico al 1 por 100 y se sumerge en baño maría hirviente, agitando de continuo hasta que el líquido adquiera coloración *madera de cedro,* lo que se obtiene en menos de un minuto; se enfría y añade 5 centigramos de ácido oxálico sólido; se vuelve a agitar para decolorar el líquido y—si fuese menester—se activa la decoloración con ayuda del calor. Se vierten 2 c. c. de alcohol a 95º y 2 ó 3 centigramos de aldehido benzóico ortonitrado, y luego 10 gotas de lejía de sosa al 30 por 100. Se agita el líquido durante medio minuto con unos centímetros cúbicos de cloroformo, y se deja reposar; la capa inferior clorofórmica adquirirá hermosa coloración azul.

2. REACCIÓN IODOFÓRMICA DE LA ALANINA. — Unos miligramos de sustancia se calientan suavemente en tubo de ensayo con una gota de solución de hipoclorito sódico (agua Javel), durante breves sugundos; se agregan 2 gotas de lejía de sosa al 30 por 100, y luego, gota a gota, solución iodoiodurada hasta que se manifiesta la turbidez que no tarda en convertirse en precipitado amarillo de triiodometano, calentando ligeramente si fuera necesario.

3. REACCIÓN AMÍNICA. — Un centigramo de alanina se calienta brúscamente a fuego directo en tubo de ensayo seco y tapado; la sustancia adquiere color amarillento oscuro y se producen vapores de fuerte reacción alcalina al tornasol, que se condensan en las partes frías del tubo. Se agrega 1 c. c. de agua acidulada ligeramente con clorhídrico para disolver el producto condensado y se ensayan fracciones del líquido, con los siguientes reactivos:

React. de Bouchardat:	Precipitado	pardo rojizo	poco	abundante
Id. Draggendorff:	»	rojizo	»	»
Id. molíbdico del autor:	»	blanco	»	»

Además de estos precipitados, el líquido de origen, tratado en caliente con unas gotas de cloroformo y de potasa alcohólica, desarrolla vapores que tienen el olor característico de las carbilaminas, lo que prueba la existencia de una amina primaria.

Además de las descritas por el autor y que aprovecha para fundamentar sus reacciones, la alanina tiene un conjunto de propiedades físico-químicas que pueden resumirse así:

a) Sublima cuando se la calienta en tubo seco a 200º con precaución.

b) Cristaliza en prismas oblicuos de base rómbica.

c) Soluble en 4,5 partes de agua a 17º, más soluble en caliente; una parte en 500 de alcohol de 80, insoluble en éter.

d) Según Limpricht, el calentamiento brusco de la alanina, origina etilamina y ácido carbónico. Esta reacción ha sido descrita anteriormente.

e) Según Strecker, cuando se pasa una corriente de ácido nitroso por una solución acuosa de alanina, se desprende nitrógeno, y si se concentra la solución a suave calor, se obtiene ácido láctico, el que puede extraerse por éter etílico.

f) *Reacción de benzoilación de Baum.* — Se obtiene con gran facilidad agregando a una solución acuosa y concentrada de alanina, 1 c. c. de lejía de sosa al 30 por 100, después agitando con 10 gotas de cloruro de benzoilo, se forman laminitas blancas sedosas poco solubles en agua, mucho menos en éter y solubles en alcohol. Punto de fusión, 165º. — RAMÓN CELMA.

DIETÉTICA

J. LUIS-YAGUE Y ESPINOSA (Madrid). — *Sobre conservación de alimentos con sales de cobre.* — («El Sol», 26 abril, 1931. Madrid).

Conclusiones:

1.ª No existen motivos para permitir el reverdecimiento de las conservas vegetales mediante el empleo de lass sales de cobre; siendo éstas nocivas para la salud (cirrógenas), debe prohibirse su uso.

2.ª La vigilancia de los productos alimenticios, tanto nacionales como extranjeros, en cuanto a los análisis que exijan, debe ser efectuada por el Instituto Técnico de Comprobación, el que recibirá muestras de la producción

en cada cosecha, sin que ésta pueda ser lanzada al mercado hasta obtenida la conformidad; de no existir, se prohibiría la venta del artículo afectado.

3.ª En todos los envases se hará figurar una indicación con la fecha de la cosecha y la aprobación del Instituto.—R. CELMA.

J. LUIS-YAGUE Y ESPINOSA (Madrid). — *El zumo o mosto de manzanas y sus aplicaciones dietéticas.* — («Vida Médica», 25 marzo, 1931. Madrid).

Condensando lo expuesto en conclusiones, serían:

1.ª El zumo o mosto de manzanas constituye una solución natural de hidrocarbonados, de digestión simplísima y muy fácil de asimilar por el organismo, al que aportan elementos energéticos y reservas apreciables.

2.ª Existen en el mercado español dos zumos de manzanas con algunas diferencias. Poseen como características comunes, su contenido en hidrocarbonados y materias pécticas y su reacción muy débilmente ácida. El asturiano contiene, además, escasísima proporción de alcohol y bastante anhidrido carbónico, con sabor muy grato. El catalán carece de alcohol y apenas si contiene anhidrido carbónico, y su sabor dulzaino, es ligeramente estíptico al final.

3.ª Tras la ingestión del zumo de manzanas, se observa: aumento de la diuresis, de las tensiones vascular y muscular, sensación de euforia, mejoría de la insuficiencia hepática y ligero efecto laxante. El catalán desintoxica mejor el organismo.

4.ª Las indicaciones dietéticas principales, son: las dolencias febriles, en especial las denominadas infecciosas, diátesis reumática y uricémica, estados carenciales y hepatotóxicos o nefríticos y lesiones cardíacas compensadas. El asturiano, a más, en la hipoclorhidria e hiperhemesis no orgánica (gravídica). El catalán beneficia más las alteraciones de la célula hepática. Como sobrealimentación, en dolencias depauperantes, fimias, neurosis depresivas, avitaminosis, gestación y lactancia.

5.ª Está contraindicado en la diabetes glucosúrica, hiperacidez e hipersecreción gástrica y diarrea no gastrógena.—R. HORNO LIRIA.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE DE MALTA

Comunicación a la Academia Nacional de Medina de Barcelona

POR EL

PROF. DR. ANTONIO SALVAT NAVARRO

Catedrático de Higiene

BARCELONA

Si compusiéramos para un epítome de Patología Médica la definición descriptiva de la fiebre maltesa, por el estilo de las que *ad pedem literae* nos hacía aprender en Valencia y en nuestros buenos tiempos el veterano profesor don Julio Magraner, la terminaríamos diciendo: «...*y suele ofrecer considerable resistencia al tratamiento*».

Apelando deliberadamente al verbo *soler*, para exceptuar los casos (comprendidos en su mayoría entre las formas tifoideas o hiperpiréticas de Hughes cuando se curan) que acaban resueltamente y de una vez, al declinar en lisis poco perezosa el primero y único período febril. O, en otras ocasiones mucho menos frecuentes, siendo este episodio terminal, más intenso, como la agudización postrera *(exacerbatio prelysica)* de una forma ondulante y remisa que venía evolucionando desde meses antes. Casos en los cuales el médico discreto se abstendría de computar dicho término feliz como éxito del último remedio aplicado (evitando las falacias del criterio simplista y sofista del *post hoc, ergo propter hoc);* pues lo mismo les ocurre a veces sin un tratamiento especial a enfermos escépticos que no requieren médico alguno, y a los clientes de los homeópatas.

Todo esto lo hemos visto, principalmente, en la fiebre de Malta de los niños, la cual, por otra parte, plantea en muchas ocasiones problemas difíciles de diagnóstico, por lo enmascarado que está el síndrome. Pero es obvio que prevalecen mucho las realidades que justifican aquella tesis general que

sentábamos al principio, y que todos los clínicos que han dirigido tratamientos antimelitocócicos confirmarían por experiencia nada agradable. Efectivamente, tanto si se recurre a la bacterioterapia como a la quimioterapia o a los planes mixtos, de la misma manera que a la sueroterapia por parte de quienes creen en ella, con demasiada frecuencia se advierte la insuficiencia de los recursos, la imperturbabilidad del curso morboso acérrimo, el agotamiento de la paciencia y de la confianza de los enfermos, y el quebranto del prestigio profesional. Es cuando, como eufemismo de la renuncia terapéutica, se apela al *cambio de aires;* o sea de residencia y de localidad, aconsejando que ésta sea lejana, para mejor rehuir el compromiso.

Y sin embargo, para tratar activamente, no hay más que lo dicho: las vacunas, los quimioterápicos y los sueros. Vamos a ensayar la exégesis breve de esta concreta realidad, pretendiendo extraer la máxima utilidad de su enjuto contenido. Como comprenderá el lector, al cumplir tal propósito lo haremos según nuestro modo de apreciar las cosas; esto es, manifestando el juicio que hemos inducido de nuestras observaciones, y de la interpretación otorgada a los fenómenos. En esta ocasión, no hemos de propugnar ni de impugnar opiniones ajenas.

* * *

Empezando la crítica refiriéndonos a las acciones de los sueros, diremos que a veces hemos advertido efectos (o por lo menos fenómenos subsiguientes a la administración parenteral de los mismos) muy claros en sentido favorable; recordamos un caso en Valencia, pero uno sólo, en el que la inyección de 20 c. c. de suero de una cabra fuertemente inmunizada por vacunación, canceló brusca y definitivamente el curso ya largo de una fiebre maltesa del tipo ondulante ordinario. En otras varias ocasiones los alivios han sido relativos, aunque bien acusados; pero generalmente ha ocurrido que en vez de progresar grado por grado y a compás de las inyecciones hasta el radicalismo apetecido, aquella mejoría se denotaba sucesivamente con intensidad menor hasta desvanecerse por completo. Con lo cual el enfermo quedaba lo mismo que antes, restituído al ciclo de lentitud desesperante propio de la enfermedad en sus formas comunes: en idéntica situación que aquellos otros pacientes a quienes la sueroterapia antimelitocócica no concedió siquiera dicho alivio pasajero, y que quizás constituyen más de la mitad del censo total.

Tenemos la impresión, pues, de que esta sueroterapia resulta decisiva en las contadas ocasiones de predisposición a curar, ya lograda en virtud del proceso natural; cuando es inminente la ruptura en el sentido apetecido del equilibrio entre los dinamismos morbosos y los defensivos, y la inyección del suero la provoca. ¿Cómo? Pensamos como más posible que sea determinando en la sazón oportuna *(ocasio praeceps)* una fuerte reacción epifiláxica,

merced a la transferencia de anticuerpos que teóricamente se consideraba como el motivo principal en los éxitos de toda sueroterapia específica. Inmunización pasiva).

Corolario de dicha tesis sería que después de un intento de sueroterapia compuesto de tres inyecciones cuando más, si no se obtiene resultado definitivo, es inútil insistir. Por otra parte, un tratamiento crónico a base de suero choca con la intolerancia que suele aparecer; accidentes suéricos diversos, y con frecuencia crisis anafiláxicas de mayor cuantía. Grave contingencia que el médico tentaría imprudentemente, si se empeñase en hacer dicho tratamiento crónico *por períodos,* correspondientes a los propios del curso clínico de la fiebre maltesa. Para escarmiento de todos, hemos de confesar un caso mortal de anafilaxia que observamos en Sevilla, a la segunda inyección de 10 c. c. de suero antimelitocócico de marca acreditadísima, y a los tres días solamente de haber aplicado la primera.

No somos detractores de la sueroterapia en la melitococia; pero deseamos precisar las indicaciones, eludiendo aplicaciones superfluas, y a mayor abundamiento riesgos que desgraciadamente son efectivos. La inyección más voluminosa debe ser la primera, de 30 a 50 c. c., mientras que las subsiguientes no pasarán de 20, con intervalos de tres a cinco días (máximos de siete), y generalmente sin repetir después de la tercera. Creemos que la oportunidad mejor para esta intervención, aparece en casos que ofrecen muy evidente la intoxicación melitósica (hemotoxia y neurotoxia), en virtud de las acuminaciones hiperpiréticas de la temperatura, de la anemia rápida, de las neuralgias intensas, del insomnio acentuado, y de la irritabilidad gástrica con emesis porfiada. Especialmente es recomendable la aplicación de los sueros que tengan un poder antitóxico elevado, además del bacteriolísico, tal como el que se ha esforzado en preparar el ilustre Durán de Cottes, según técnica muy escrupulosa y conforme a criterio científico muy bien limitado.

Nos abstendríamos de objetar seriamente contra un empleo mucho más generalizado de la sueroterapia; incluso contra la aplicación sistemática, si se limitase a constituir el *acto inicial* del programa terapéutico. Es lícito intentar cuanto de dicha sueroterapia pueda obtenerse. ¿Quién sabe, entre todos los casos, cuáles se hallan en aquellas óptimas condiciones que *a priori* no cabe aforar, y que otorgan al procedimiento sus brillantes aunque escasos éxitos? Ahora bien: cuando ya el suero haya dado cuanto pueda, y ello se ve antes de la tercera inyección (o sea antes del décimoquinto día), huelga continuar por una ruta inconducente, o peligrossa inclusive. Hasta en aquellas ocasiones solemnes (mirlos blancos de la clínica especial melitósica) en que una inyección, dos o tres *parece* que han acabado radicalmente con la dolencia, nosotros aconsejaríamos hacer, *por si acaso,* un tratamiento final y

corroborador en el sentido de fortificar la inmunidad activa: es decir, por medio de la bacterioterapia.

* * *

Creemos sinceramente que la quimioterapia genuina contra la fiebre maltesa, no existe. No hay una sustancia que sea en verdad parasitótropa y parasiticida diferencial del *Micrococcus melitensis,* cuando éste habita en el medio intraórganico produciendo la infección, o sea que pueda funcionar como esterilizante sin perjuicio para el enfermo. No negamos, ni dudamos, que algunas veces hayan surgido modificaciones importantes, y hasta crisis terminales en casos muy contados, después de la administración por vía intravenosa de medicamentos especiales que tienen fama de antisépticos intraorgánicos, o *antisepticémicos* más propiamente; v. gr., la flavina (protoflavina, acriflavina y tripaflavina), el septacrol (nitrato doble de plata y dimetildiaminometilacridina). Las inyecciones intravenosas de emulsiones de metales coloidales (electrargol, por ejemplo), e igualmente las de proteínas, sin duda que también habrán producido consecuencias análogas en determinadas y raras ocasiones, computadas como de éxito resonante según criterios de simplista buena fe, o de acuciado interés particular.

Ya dijimos antes que, así por algunos términos felices hemos de juzgar la virtud de las actuaciones que precedieron, cabría asimismo proclamar las excelencias antimelitocócicas de la homeopatía, y hasta del abstencionismo absoluto. Además, la sucusión físico-química interna que en mayor o menor grado implica siempre una inyección intravenosa (traducida en caso de notoriedad expresiva por el síndrome hemoclástico) y que supone la descarga simultánea de una crisis epifiláxica, reproduce la situación ya prevista al tratar de la sueroterapia; cuando decíamos que de este modo, más que por adición de anticuerpos específicos obrarían quizá los sueros en los casos de eficacia real o aparente.

Hemos de confesar que no contamos en nuestro haber de observaciones con alguna que abone por la virtud antimelitocócica de dichos medicamentos inyectables. Lo que vamos a indicar ahora, como el lector verá, cursa por otro camino.

Sabido es que desde muy antiguo, apenas precisada la fiebre maltesa como entidad nosográfica, se administraba el arsénico a los pacientes con la intención de corregir el síndrome anémico. La introducción de los cacodilatos y del arrenal en farmacología facilitaron dicha administración; y en forma tan prodigable, que resultaría curioso averiguar cuántos litros de las disoluciones de esas drogas fueron inyectados en este mundo a todos los melitósicos (y pseudomelitósicos) que en el mismo han sido hasta el día de hoy. Con tales precedentes, no es de extrañar que las combinaciones orgánicas del

arsénico que posteriormente se han ido trayendo a la terapéutica, fuesen ensayadas como posibles remedios de la melitococia, incluyendo en la serie a los arsenobenzoles; pero al llegar, v. gr., a las inyecciones intravenosas del neosalvarsán, quizá ya no se pretendiese solamente estimular la hematogénesis, tonificar la nutrición, fomentar la reacción leucocitaria, etc., sí que también actuar en sentido bactericida directo.

No hay nociones teóricas, ni positivas experiencias *in vitro,* que justifiquen en principio las virtudes de remedio específico, para este caso, a los arsenobenzoles. Los procedimientos de su acción parasiticida contra los protozoos (considerando como tales, a fuer de proflagelados, a los virus espirilares) no son transferibles a la verdadera antisepsia interna contra las bacterias patógenas. Y sin embargo, algo especial debe ocurrir muchas veces en la intimidad orgánica del enfermo melitósico que recibe la inyección intravenossa de una dosis de neosalvarsán; pues aun siendo ésta muy moderada (0'15 grs.), con frecuencia surgen fenómenos, insólitos dentro de la mera espontaneidad del cuerpo clínico, que conducen a la curación aceleradamente, o a una modificación notoria.

Hacia el año 1916, en Sevilla, un ilustre colega, dotado de estimabilísimas prendas de observador concienzudo y de sólido razonador, nos comunicó datos muy importantes que en poco tiempo había recogido, estudiando las consecuencias de dichas aplicaciones de neosalvarsán; confiándonos, como resumen de todos ellos, una impresión favorable con respecto a la acción más beneficiosa (o siquiera menos insignificante) de dicha quimioterapia salvarsánica ante la fiebre de Malta, en comparación con los otros recursos preconizados. (1)

Secundando las inspiraciones de nuestro docto compañero, procedimos igualmente con nuestros enfermos; aunque, como verá luego el lector, siempre en combinación con la bacterioterapia. Desde luego, comprobamos en seguida que este tratamiento mixto es mucho mejor conducente al fin, que la vacunación que antes empleábamos como único recurso; pero no se crea que dicha fórmula dual signifique siempre el procedimiento seguro y breve, pues a veces fracasa, y en otras ocasiones se necesita una perseverancia que desafíe la tenacidad del curso morboso. Ahora bien; lograr como promedio general un *50 por 100* de abreviación en el mismo, con pronta mejoría visible de los enfermos, es mucho tratándose de la fiebre maltesa.

No siendo coincidentes las inyecciones vacunales y salvarsánicas en dicho procedimiento mixto, y aplicándose las segundas espaciadamente para que pasen

(1) Después, sólo bastante después de las observaciones del aludido colega, es cuando empezamos a conocer en la bibliografía las comunicaciones firmadas por médicos nacionals y extranjeros. Reivindicamos, pues, la prioridad para quien legítimamente corresponde, lamentando no recordar ahora su nombre. Si en Sevilla se lee este artículo, estimaríamos la revelación nominal del autor a quien nos referimos, para proclamarle como es de justicia.

enteramente los efectos inmediatos de cada una de ellas, es lo frecuente observar ciertos detalles bastante particulares. En primer lugar, parece como si los enfermos melitósicos tuvieran exaltada la susceptibilidad para el neosalvarsán, produciéndose en ellos más veces y con mayor intensidad las reacciones bruscas (v. gr., la crisis nitritoide) que en otras personas; ello invita a moderar mucho las dosis; pero aun con 0'15 gramos, según indicábamos antes, ocurren muy a menudo conmociones subjetivamente perceptibles. En segundo lugar, distintas y a parte de tales efectos de momento, suelen manifestarse reacciones ulteriores de origen más íntimo y profundo, que parecen expresar movimientos intraorgánicos de evidente importancia. Nos referimos especialmente a un acceso febril, destacando en la gráfica correspondiente a los días anteriores y posteriores al de la inyección; que se inicia entre las horas sexta a décima después de aplicada ésta, denotándose por sensaciones repetidas de escalofríos e intensas cefalalgias, así como también a veces por la exacerbación de los dolores reumáticos propios del síndrome melitósico, si los hay; que evolucionan en unas quince a veinte horas, terminando sin fenómenos críticos (no lo es el sudor en la fiebre maltesa); y que, en los casos más favorables, desciende en lisis hasta por bajo de la fiebre que anteriormente había, moderándose la altura termométrica media, durante la fase subsiguiente. A veces se repite menos acentuado dicho acceso dos días después de la inyección intravenosa, como si fuera una verdadera *reacción secundaria*.

Es obvio que dicha reacción, tal como la hemos observado y descrito, no es la de Hexheimer; tampoco una crisis hemoclástica, como las que se advierten tras las inyecciones intravenosas de peptona, según el método de Nolff, las de nucleinato de sosa, y otras sustancias propensas a determinarlas. A lo único que se parece mucho, quizá hasta la identidad misma, es a las reacciones normales y ordinarias que presentan los enfermos después de las inyecciones vacunales, si las dosis son algo fuertes; salvando como es natural, en el caso de la inyección arsenical intravenosa, los fenómenos locales.

En lucubración pura, incurrirían las explicaciones de semejantes hechos. ¿Es que hay, en el fondo, una reacción epifiláxica suscitada por el salvarsán, seguida de un episodio de bacteriolisis intensa a cargo de los anticuerpos movilizados y de los fogocitos estimulados? ¿Trátase, por el contrario, de una *reactivación* del proceso melitósico, que repone en la sangre masas bacterianas de los acantonamientos hísticos (bazo, médula ósea, órganos linfáticos) facilitándose entonces la destrucción de las mismas durante dicha supuesta crisis bacterihémica? Nosotros, al menos, no los sabemos. Sólo afirmamos que hemos adquirido alguna experiencia, que resulta congruente a la tesis de nuestro antiguo compañero de Sevilla, y que nos permite decir que la salvarsánica descrita en la fiebre maltesa, es la única quimioterapia,

entre las ensayadas, que nos ha concedido resultados siempre modestos; pero estimables por su mayor notoriedad y por su menor inconstancia.

Hay ocasiones en que no es aplicable el procedimiento; o bien por susceptibilidad extraordinaria del enfermo o por la existencia de nefritis. En el caso de un muchacho de catorce años, cada inyección, a la dosis de 0'15 grs., iba seguida de una crisis nitritoide violentísima, lo cual nos obligó a renunciar después de la tercera prueba. Por otra parte, la nefritis, ora preexiste a la melitococia (por recaer ésta en un brightico), ora aparece en el curso de la infección, como una organopatía de las que pueden constituirse: sobre todo, las melitococias tenacísimas, lenta e inexorablemente consecutivas, casi incurables, de las personas de cuarenta y cinco años en adelante, muestran grave tendencia a causar lesiones viscerales parenquimatosas. Son las nefritis correspondientes a este último grupo, las que hemos visto acentuarse de un modo crítico bajo la acción salvarsánica, constituyendo base de contraindicación terminante. Lo mismo suponemos que ocurriría cuando haya daño hepático, que implique disfunción importante.

* * *

Sola, o formando parte de un plan mixto, la bacterioterapia o vacunoterapia de la fiebre maltesa, fué y es para nosotros la base fundamental del tratamiento.

Las disyuntivas entre homeovacunas y heterovacunas (autovacunas o vacunas con gérmenes de colección), entre bucales y parenterales, y modernamente entre melitocócicas puras, con bacilo de Bang puro, o duales, han dado lugar a los diversos criterios correspondientes. Preferimos una vacuna polivalente en cuanto a razas, reuniendo en las emulsiones cosechas de todos los cultivos de la colección, y que suelen comportarse de un modo cuantitativamente distinto ante las aglutininas suéricas de los diversos enfermos: trátase de una vacuna-clave de considerable amplitud, para abarcar todos los subproblemas etiológicos que presente la clínica; y también para suscitar una impunidad de frente dilatado, con anticuerpos cuyas variantes en el detalle no estorban a la congruencia en la acción. Es obvio, pues, que no consideramos necesarias las autovacunas, que por otra parte tampoco pueden obtenerse en los muchos casos en que fracasa el cultivo hemático.

Sin embargo, el punto de partida para la técnica que empleamos ahora es muy otro, pues hemos llegado a concebir como más activas las vacunas francamente mixtas, con algo más que razas (o si se quiere especies) del género *Brucella*. Fué aquél, el aprecio que hicimos de la infección intestinal casi siempre asociada a la fiebre de Malta, producida por gérmenes protatógenos de la flora intestinal; cuya actuación colaborante, no sólo se advierte en el síndrome por los rasgos a veces muy acusados con que el gastricismo infeccioso se presenta, sí que también en ocasiones por reacciones aglutinantes satélites del

suero de los enfermos. Algunas veces, tal aglutinación distinta de la específica ha lugar sobre el bacilo de Eberth; otras, sobre los *proteus* de Weil y Félix, con mucha mayor frecuencia, sobre los bacilos del grupo paratífico.

Para mixtificar la vacuna antimelitocócica, hemos escogido el bacilo paratífico B, como patrón del grupo desde el punto de vista de la patología humana. En seguida tuvimos la impresión de que las inyecciones de la emulsión melitoparatífica producían mayor y más rápido alivio que las de vacuna melitósica pura. Y observamos, desde luego, que no surgían incompatibilidades (las famosas interferencias nosoterápicas de Letamendi), sino que se apreciaba, por el contrario, como el efecto de un sistema de dos fuerzas distintas, actuando en un mismo sentido. (1)

De todos modos, no pretendemos erigir la administración de dicha vacuna en sistema bacterioterápico; pues las colaboraciones por otros gérmenes que no sean el paratífico, suficientemente acusadas por las pruebas suerológicas correspondientes, inducirían a cambiar la bacteria asociada. Esto es, a confeccionar vacunas especiales para los casos destacados por alguna peculiaridad distintiva.

En cuanto al empleo para usos vacunales del bacilo de Bang, opinamos que puede ser éste uno de los tipos de *Brucella* que, junto con los demás que el bacteriólogo posea en su colección, vaya incluído en las emulsiones polivalentes que se confeccionen para dicho fin; muy especialmente si se trata de estirpes aisladas por cultivos hemáticos referentes a casos humanos espontáneos de esa clase de brucelosis, como los examinados por nosotros en Valencia en 1912, y recientemente por el doctor Durán de Cottes en Madrid. (2)

Finalmente, en cuanto a la vía de incorporación de las dosis vacunales, votamos taxativamente por la parenteral, como manera única de poner bajo el

(1) En el sistema taxomónico de David Bergey (que sin sujeción al mismo no nos otorgarían beligerancia científica hoy los *árbitros de las elegancias bacteriológicas* en España), las especies de *Brucella* pertenecen al género *Alcaligenes*, séptimo de la tribu *Bacterieae*, décimacuarta de la Familia *Bacterieae*, cuarta del orden *Eubacteriales*. El bacilo paratífico B, está considerado dentro del género *Salmonella*, cuarto de la propia Tribu *Bacterieae*, en evidente proximidad. Sube de punto ésta, considerando que entre las Salmonellas se incluye el bacilo del aborto contagioso equino, que antes se consideraba como variedad del bacilo de Bang.

Recordando ahora, y después de esto sentado, la tesis de las analogías bioquímicas de las *micoproteínas*, paralelas a las semejanzas naturalísticas que rigen las clasificaciones, sostenida por el Maestro Dr. Rodríguez Pinilla, tiene fundamento racional la afinidad antigénica congruente entre las Brucellas y el paratífico B.

(2) En el extranjero, y además de las observaciones amplias de idéntico sentido recogidas por los médicos de la Confederación Sudafricana, figuran las más recientes de Nicolle y Burnet en Francia, y de Vercellana y Garbi en Italia.

El Maestro Durán de Cottes, dualista antaño, llega a concebir la unidad específica del *Bacillus melitensis (no Micrococeus)* y el de Bang; oscilante acaso, en atributos externos, por adaptación a los portadores animales y humanos. Véase su trabajo «Un caso de fiebre ondulante por *B. abortus* debido a contaminación de laboratorio, y consideraciones de orden epidemiológico, relativas a su identidad como el *M. melitensis*». Comunicación a la Ac. Nac. de Med., Madrid, 1930.

estímulo inmunígeno *todo el organismo, y cada una de sus partes*. Cada vez tenemos por mayor falacia la tesis de la inmuniterapia en infecciones generales, a base de vacunaciones locales y por ingestión. ¿Que pueden presentarse melitocócicos curados, que usaron exclusivamente vacunas *per os?* Sin duda: tantos como curados que usaron exclusivamente la homeopatía. Pero en contra están los que hubo que desahuciar después de una porfiada aplicación de la bacterioterapia bucal, y de la parenteral también; o quienes, por el contrario, fueron ellos los desahuciadores de vacunas y vacunadores, inducidos por un tedioso desengaño. En cuanto a los muertos, no hablan; pero los médicos que no anestesiaron todavía los oídos de la conciencia, se dan por enterados de la elocuencia severa de su mudez. *¡Plus quam vita loquax, mors taciturna docet!*

* * *

Si hubiéramos de condensar en fórmulas escuetas el criterio que acabamos de exponer, desarrollado en las páginas precedentes, diríamos:

1.º Entre los rasgos cambiantes en la movediza fisonomía clínica de la fiebre maltesa (o de las *brucelosis*, para hablar con mayor propiedad), figura la curabilidad.

2.º Dicha curabilidad oscila desde la tendencia propicia que otorga las curaciones espontáneas, hasta los grados negativos de resistencia manifiesta a los tratamientos más cumplidos.

3.º El éxito favorable de muchos tratamientos es aparente, y disimula o cubre realidades de curación espontánea.

4.º Para los casos clínicos intensos, y para los recalcitrantes, el tratamiento que nos ha parecido menos ineficaz y también menos ambiguo ante la interpretación crítica de los resultados, es el mixto por neosalvarsán y por vacunas.

5.º La posología salvarsánica ha de ser discretísima, no pasando generalmente de los 0'30 *pro injectione*. Hay contradicciones casuísticas, que imposibilitan apoyar esta rama del compás o bípode terapéutico.

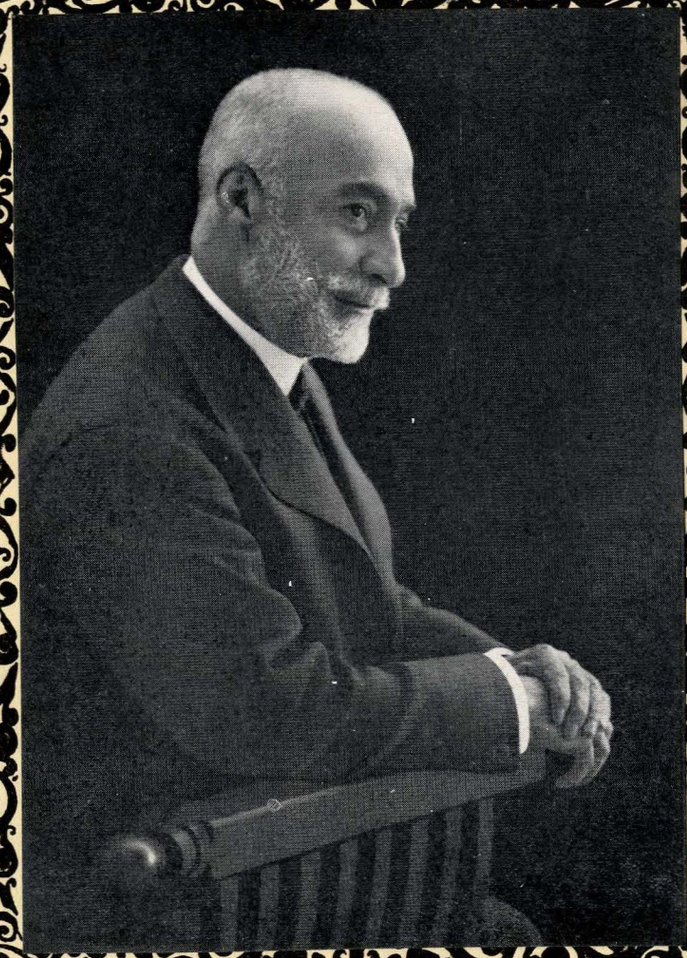
6.º Como el tratamiento para desafiar la tenacidad patogénica que de sólito presentan las brucelosis, ha de ser en justa reciprocidad el de acción máxima, la bacterioterapia ha de instituirse y sostenerse *fundamentalmente* por vía parenteral. Las vacunas *per os* son útiles, como corroborantes a mayor abundamiento; y pueden, e incluso deben, ser administradas simultáneamente; por sí solas, sin embargo, son insuficientes contra los obstáculos patológicos verdaderamente formales.

7.º Las confecciones más aptas para la bacterioterapia eficaz, son las polivalentes en cuanto a razas y a especies del género *Brucella*, incluyendo el bacilo de Bang. Huelgan las autovacunas, que además son impracticables cuando los cultivos hemáticos resultan negativos.

8.º Las colaboraciones antigénicas, bien escogidas para el fin de las acciones

concruentes, aumentan la eficacia de las vacunas antimelitocócicas. Las indicaciones de las vacunas mixtas surgen mejor destacadas, cuando hay también asociación bacteriana en la génesis morbosa. La mixtificación vacunal mediante gérmenes propatógenos intestinales, purifica el síndrome, descartando los factores gastropáticos y sus consecuencias. Como medio más adecuado en general para el caso, parece revelarse la combinación con el bacilo paratífico B, prototipo de las *Salmonelas* antropopatógenas.

9.º Aun a pesar de los mayores y mejores recursos terapéuticos, combinados más acertadamente y ponderados con estricta sujeción a los indicantes clínicos de cada caso y de cada momento, la realidad nos supera con ejemplos inaccesibles para el arte, tal y como hoy podemos ejercerlo. En consecuencia, el tratamiento de las brucelosis humanas es todavía un problema en pie, en espera de solución radical.



PROF. DR. ENRIQUE LÓPEZ SANCHO
VALENCIA

FIGURAS MÉDICAS
CLÍNICA Y LABORATORIO

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS ESTRECHECES DEL RECTO

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA VIZCAINO

Profesor Auxiliar de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina

ZARAGOZA

Las estrecheces del recto han sido objeto en estos últimos tiempos de especial estudio, y a pesar de conocerse casi por completo toda la gama de su etiología, hay algunos puntos de especial interés por las dificultades que diariamente se nos ofrecen en la clínica, relacionadas sobre todo con el diagnóstico, etiología y tratamiento.

Relacionadas con el diagnóstico, porque cuando nosotros observamos al enfermo, casi nunca se nos presenta en su fase inicial y no observamos una enfermedad, sino, como dice el Profesor Lozano, se nos presenta una afección que la mayoría de las veces «ha perdido su relación cronológica con la causa»; y he aquí la dificultad de hacer un diagnóstico, teniendo como medios de exploración únicamente los antecedentes del enfermo y ante la vista una cicatriz. Las biopsias practicadas en estas circunstancias no ofrecen ninguna luz, salvo en casos excepcionales, y hasta los casos de tuberculosis rectal son la mayoría de las veces indiagnosticables por este procedimiento; sirva como ejemplo el caso publicado por Fried y Stone (de Baltimore), en el cual, un parafinoma aparecido tras inyecciones rectales para tratar unas hemorroides, solamente pudo ser diagnosticado después de la operación (amputación perineal), ya que la biopsia tomada antes de la intervención fué interpretada por el laboratorio como un tuberculoma.

Otro caso demostrativo es el de Santy (Lyon), en el cual el examen microscopico de la biopsia fué negativo, y después de la extirpación, haciendo cortes en la pieza, se pudo comprobar su naturaleza tuberculosa.

Quiero hacer notar en estas líneas la necesidad de explorar debidamente y por todos los medios a los enfermos afectos de proctitis, por insignificantes que sean los síntomas y revisarlos periódicamente, ya que en estas lesiones rectales el tratamiento profiláctico de la estrechez puede ahorrar en todos los casos una intervención grave para la vida del enfermo y la mayoría de las veces molesta por las alteraciones de la fisiología rectal inherentes a la operación.

Las causas etiológicas que pueden determinar estenosis rectales son numerosísimas; descartaremos en su estudio los tumores malignos, cuyo estadio

final de invasión, infiltración y metástasis hace que en estos casos la estrechez resulte un síntoma de importancia secundaria.

Ningún factor etiológico tan discutido actualmente como la sífilis en las estenosis rectales. Fournier describió el sifiloma rectal como una lesión terciaria que termina por esclerosis, y evoluciona con un primer período de proctitis y formaciones condilomatosas, seguidamente infiltración con hiperplasia, esclerosis y estrechez, aumenta consecutivamente la proctitis por retención de exudados, e infecciones secundarias asociadas a la lesión, que determinan flemones y abcesos que se fistulizan en el periné.

Balzer dice que las estrecheces se producen por ulceración precoz de las lesiones secundarias.

Al lado de Fournier, Allinghan y Körte presentan su estadística y deducen que el 40 por 100 de las estrecheces rectales son luéticas.

Juliusberger admite como sifilíticas el 65 por 100 de las estenosis rectales.

Ha sido Jersild el primero que ha negado rotundamente la existencia del sifiloma rectal descrito por Fournier; considera el llamado sifiloma como una elefantiasis ano-rectal que se produce por influencia de una lesión que obra mecánicamente sobre la circulación linfática con obstrucción de los ganglios de Gerota, pudiendo llegar hasta la supuración de dichos ganglios y formación de fístulas perineales.

René Cohen defiende la misma teoría, basándose en que todos los casos de elefantiasis de la vulva y del ano van acompañados de estrechez rectal, obrando la sífilis como una ulceración cualquiera que representa la puerta de entrada a una infección linfática.

Delbet y Mouchet niegan el origen sifilítico de las estrecheces, basándose en la ausencia de lesiones histológicas y en el fracaso de los tratamientos antiluéticos.

Kelsey admite la existencia del sifiloma, aunque dice: «hay que ser parcos en diagnosticarlo y solamente hacerlo con toda seguridad.»

Girault ha presentado un caso de sifiloma claro del recto, curado por medio de supositorios de mercurio y en el que habían fracasado el tratamiento arsenical y bismútico.

Nummery hace constar la rareza de estrecheces rectales en Inglaterra, 1.ª La existencia del sifiloma rectal. 2.ª El papel de la sífilis en las estrecheces en la raza negra, donde la sífilis es rara.

De los hechos y opiniones expuestas se plantean las cuestiones siguientes: 1.ª La existencia del sifiloma rectal. 2.ª El papel de la sífilis en las estrecheces rectales.

Desde luego no existe razón fundamental para negar en absoluto la existencia del sifiloma o goma rectal, por ser bien conocida la localización sifilítica

terciaria en todo el aparato digestivo y no hay motivo comprobado para excluir al recto de esta complicación.

Sainz de Aja describe el sifiloma ano-rectal con induración y estrechez consecutivamente a un período de ulceración y supuración; no obstante, hace la reserva de no diagnosticarlo hasta reconocer debidamente el fondo de la lesión.

Siendo el sifiloma una lesión rara y con tendencia rápida a la esclerosis, la mayoría de los casos se observan en este período, en el cual, como es natural, fracasan los tratamientos anti-luéticos; y teniendo en cuenta el caso de Girault, obedeciendo sólo a un tratamiento local por el mercurio, hace pensar que no hay una comprobación exacta en contra del sifiloma, cuya sintomatología subjetiva sólo se hace patente al comenzar la fase de esclerosis.

Sabemos, además, la predilección del Spirochete por el sistema linfático, determinando linfangitis con edema duro y la tendencia de los gomas ganglionares a la esclerosis, y siendo el recto un órgano con una circulación linfática muy numerosa, las lesiones terciarias tienden rápidamente a la esclerosis y el tratamiento anti-luético no puede influir nada en la proliferación del tejido conjuntivo, que, aun esterilizado el organismo de espirochetes, tiende invariablemente a la retracción.

Como es natural, la proctitis concomitante con ulceraciones producidas por estancación y fermentación de exudados y las formaciones condilomatosas sólo desaparecen cuando la estrechez ha sido curada.

Examinando en las estadísticas el crecido número de estrecheces atribuídas a la sífilis, cabe pensar que en la mayoría de los casos obre solamente determinando lesiones de linfangitis con obstrucción linfática, edema consiguiente y destrucción de los ganglios retro-rectales de Gerota, interviniendo asociaciones microbianas, principalmente estafilo y estreptocócicas.

Por condiciones anatómicas se explica la mayor frecuencia de estrecheces rectales en la mujer. Los linfáticos de la glándula de Bartholino, los vaginales inferiores y los del cuello del útero desembocan en los ganglios pre-sacros; la obstrucción de dichos ganglios determina un éxtasis linfático del recto y las lesiones de esclerosis. En estos casos la sífilis obra sencillamente como puerde entrada a una infección asociada, que, junto con las lesiones de linfitis y linfangitis determinadas por la sífilis, explica el número tan elevado de estrecheces en enfermas sifilíticas.

En el hombre no concurren estas condiciones anatómicas; únicamente desembocan en los ganglios retro-rectales los linfáticos de la próstata, vesículas seminales y cuello vesical; cabe pensar que las estrecheces sifilíticas del hombre son debidas al sifiloma rectal o a la ulceración de placas mucosas, complicación fácil por la maceración que en ellas determina el continuo contacto con los exudados y la sepsis de la cavidad rectal.

Ahora bien; sabemos que los linfáticos inferiores del recto desembocan en los ganglios inguinales, y por esto, toda alteración local de estos ganglios influye sobre la circulación rectal, como veremos más adelante al hablar de la elefantiasis ano-vulvar.

No hemos de insistir sobre la influencia de la infección rectal gonocócica en la producción de estrecheces. La estrechez proviene siempre de infecciones no tratadas. El gonococo casi nunca profundiza más de diez o doce centímetros en el recto, y con un tratamiento inmediato apropiado, difícilmente llega a la sub-mucosa. La causa de la infección, además de la sodomia pasiva, es frecuente en la mujer por auto-contagio, al resbalar la secreción vaginal hacia el ano.

Cuando no se hace un tratamiento inmediato adecuado, el gonococo penetra en las glándulas de Lieberkühn, llega al tejido conjuntivo sub-mucoso y produce atrofia glandular e infiltración inflamatoria de las paredes rectales, junto con vegetaciones papilomatosas y las consiguientes complicaciones de peri-rectitis, abscesos, flebitis y fístulas.

Las estadísticas de la frecuencia de blenorragia rectal en la mujer por auto-contagio, dan un porcentaje de un 10 a un 30 por 100.

Para demostrar la eficacia del tratamiento, basta citar la estadística de Exner, que de setecientos casos de blenorragia rectal, sólo uno condujo a la estrechez.

Lanz, Arnaud, Cooper, Matthews y Edwards opinan que la mayoría de las estrecheces rectales que se observan son gonocócicas.

Lecene y Leriche, después de la tuberculosis, creen que el gonococo es el factor más importante.

Las estenosis consecutivas a úlceras crónicas del ano y vulva merecen particular atención.

René Cohen reúne con el nombre de síndrome ano-vulvar a las lesiones de paquidermia de vulva y ano, consecutivas a infecciones regionales, entre las que concede mayor importancia a las estreptocócicas, pero interviniendo también el B. de Ducrey, los estafilococos y gonococos, siendo solamente necesaria una puerta de entrada que determine la infección linfática. En la estadística de Cohen sólo existe un caso de paquidermia ano-vulvar, sin estrechez rectal.

Estos enfermos con ulceraciones crónicas, presentan alteraciones manifiestas de éxtasis linfático. Las lagunas linfáticas están dilatadas y pseudoquísticas, los vasos linfáticos están engrosados, la íntima es siempre la más atacada y su epitelio prolifera hasta obstruir la luz del vaso. Paralelamente, las venas y arterias regionales participan del mismo proceso aunque no en tan gran escala. La estrechez del recto se produce por el mecanismo que hemos descrito al hablar del papel de la sífilis en las estrecheces rectales.

Estas lesiones son de evolución lenta y en todos los casos encontraremos antecedentes de infecciones con invasión ganglionar. Algunos casos presentañ un comienzo agudo consecutivamente a infecciones de mayor virulencia y que pueden referirse en su evolución a una erisipela local.

La linfogranulomatosis inguinal y los bubones venéreos son etiológicamente considerados los factores más importantes en la formación de elefantiasis ano-vulvares, por las alteraciones linfáticas que determinan en los ganglios inguinales.

Rille ha llamado la atención sobre las neoformaciones peri-anales que existen en todos los casos de elefantiasis y úlceras crónicas ano-vulvares, diciendo que son patonogmónicas de estrechez rectal. Advierte dicho autor que existe, aunque muy rara, alguna excepción.

Los chancros blandos rectales directos o los propagados, pueden fagedenizarse y producir destrucciones intensas, con esfacelo de las paredes rectales, que más tarde curan dejando grandes retracciones.

Las fístulas rectales crónicas determinan una reacción conjuntiva con zonas extensas de esclerosis, y lo mismo sucede con los abscesos y flemones pelvi e isquio-rectales, pudiendo producir estrecheces.

Chiari concede gran importancia a todas las proctitis y catarros foliculares crónicos con ulceraciones de las glándulas de Morgagni.

Incluso la fiebre tifoidea puede ocasionar ulceraciones del recto, que cicatrizan con retracciones.

Las lesiones de colitis ulcerosa en el recto son erosiones o desprendimientos superficiales de la mucosa más que verdaderas úlceras, pero van acompañadas de intensa trasudación linfática, exfoliación de células epiteliales y secreción sanguinolenta procedente de su seperficie denudada; pueden persistir y profundizar a toda la pared rectal y en este caso terminan con la formación de abscesos y peri-rectitis estenosantes.

El papel etiológico de la tuberculosis en las estenosis rectales es de gran importancia. Conocemos la existencia de tuberculosis del recto, bien primitiva o secundaria a otra localización, las más de las veces pulmonar, infectándose el recto en este caso por deglución de esputos bacilíferos. Haremos notar solamente la tendencia de las ulceraciones tuberculosas del recto a establecerse siguiendo los vasos linfáticos y la rapidez con que se asocian infecciones piógenas, invadiendo en seguida la sub-mucosa, produciéndose abscesos de tipo esfacelante, ocupando grandes extensiones, esfacelándose en algunas zonas, formándose absceso en otras, terminando en fístulas y gran formación de tejido fibroso. Lapointe dice que las estrecheces tuberculosas no se dilatan.

La característica de la estrechez tuberculosa es que puede asentar en todas las porciones del recto; por esto Kümmel dice que toda estrechez rectal

que se halla por encima de doce centímetros del ano, se puede asegurar que es de origen tuberculoso.

La denominada proctitis hipertrófica es el resultado de un proceso inflamatorio del recto, cuyas causas etiológicas se han descrito anteriormente.

Del mismo modo se ha descrito una forma de linitis plástica del recto con proliferación fibrosa de la sub-mucosa e invasión de la túnica muscular, que no es más que una esclerosis del tejido conjuntivo peri-rectal que reacciona a una causa inflamatoria.

Claro está que en toda afección inflamatoria de la mucosa rectal existe reacción glandular inmediata, bien en forma de hipertrofia que conduce desde las formaciones adenomatosas con integridad del epitelio, hasta alteraciones parcelarias del mismo. Consecuencia de estas lesiones es la poliposis quística de Virchow.

Pero lo más frecuente es que la mucosa se atrofie; su epitelio cilíndrico se transforma en pavimentoso; más tarde se atrofia y desaparece; mientras tanto, la reacción del tejido conjuntivo invade la túnica muscular y comienzan a desarrollarse formaciones verrugosas y condilomatosas que constituyen neoformaciones comunes a todas las estenosis rectales, sea cual fuere su etiología. Solamente en determinadas zonas quedan restos de la lesión inicial, enmascarados por la enorme reacción del tejido conjuntivo, que aumenta rápidamente con la estrechez y las infecciones asociadas, que provocan una supuración abundante de toda la ampolla rectal.

Entre otras causas infecciosas menos frecuentes, citaremos las consecutivas a disenterias amibianas, parásitos del género nocardia (Deroche), actinomicosis, klodiosis y Bilharziosis. El parásito hay que buscarlo en las zonas de proliferación. Ward, en doscientos ochenta y siete mil quinientos veintidós casos de disentería, no encontró ninguna estrechez.

Las enfermedades de la próstata y de las vesículas seminales, como es sabido, repercuten, por proximidad, sobre el intestino recto. Los abscesos prostáticos piógenos y gonocócicos, aunque se abran en el recto, nunca ocasionan estrecheces; pueden evidentemente ocasionarlas cuando se compilcan con supuraciones peri-rectales o cuando en caso de ser gonocócicas no se practica un tratamiento adecuado y se produce una proctitis blenorrágica. Lo mismo sucede con las tuberculosis prostato-uretrales en el momento que se fistulizan en el recto y lo contagian.

Unicamente los cálculos prostáticos infectados pueden provocar una reacción esclerósica de la pared rectal y la consiguiente estrechez.

Las afecciones ginecológicas tienen una relación directa en muchos casos con las estrecheces rectales. En las pelvi-peritonitis la propagación se hace desde el parametrio a los tejidos peri-rectales, por la vaina hipogástrica. Ordinariamente sólo se produce un tejido fibroso cicatricial, pero a veces se forman además abscesos pelvi-rectales.

Otras veces, las infecciones peri-uterinas se propagan a la porción superior del recto, siguiendo el tejido celular y los linfáticos del ligamento infundíbulo-pélvico, ocasionando una recto-sigmoiditis crónica.

Las infecciones útero-anexiales pueden conducir a una estrechez rectal por acortamiento del ligamento ceco-uterino (Bensaude).

Se han descrito algunos casos de peri-rectitis esclerolipomatosa estenosante, consecutivamente a anexitis crónicas.

Desde que se practica la curieterapia del cuello uterino en caso de cáncer del mismo, se han observado algunos casos de estrechez rectal después del tratamiento.

Los movimientos de la enferma o una técnica deficiente, hacen que se desplacen los tubos de rádium determinando una inflamación de las paredes rectales, que termina con proliferación conjuntiva y esclerosis. Jeanneney presenta una estadística de veinte casos que corresponden al 3'3 por 100 de los casos tratados.

Las enfermas presentan un período de rectitis aguda con intensos dolores, tenesmo y emisión de falsas membranas sanguinolentas; un segundo período de rectitis crónica y, finalmente, se establece la estrechez. Insiste dicho autor en que no influyen las dosis de rádium empleadas, sino una técnica defectuosa de aplicación.

Migniery atribuye la estrechez so sólo al rádium, sino a la naturaleza de la neoplasia, basándose en que la mucosa rectal está intacta, siendo la estenosis por peri-rectitis. Sus casos constituyen el 3 por 100 de los tratados.

La misma opinión sustentan Berard y Cressel; observados los casos de estrechez después de radiumterapia, encontraron en todos una celulitis crónica de los parametrios. Preconizan como medida profiláctica los cuidados de desinfección pre-operatoria.

Algunas intervenciones quirúrgicas practicadas deficientemente pueden ser causa de estenosis rectales.

La cura del prolapso rectal por el procedimiento de Mickulitz, expone, en el momento de obliterar el fondo de saco peritoneal y suturar los dos extremos intestinales, a comprometer la circulación rectal y determinar una necrosis intestinal.

Lo mismo puede suceder en algunas histerectomías, en las cuales la ligadura de la hemorroidal superior origina una zona de necrosis en el recto.

Las operaciones de hemorroides, cuando éstas ocupan toda la luz del recto, pueden dejar una estrechez si las suturas se hacen en el sentido de su eje vertical.

La ablación de la totalidad de la mucosa anal en el tratamiento de las hemorroides (operación de Witehead) produce algunas veces una estrechez rectal, si bien linear y pequeña, que cura con una simple incisión.

Todos los tumores rectales pueden ocasionar una obstrucción de la luz del mismo, pero su estudio no corresponde a este trabajo, ya que su naturaleza definida, su diagnóstico claro por las biopsias o piezas extirpadas, no es un problema a resolver en el intrincado campo del diagnóstico etiológico de las estrecheces rectales infectadas. Lo mismo diremos de las compresiones extrínsecas y de las propagaciones tumorales de los órganos vecinos: de la matriz, vagina y tabique recto-vaginal en la mujer, y vejiga, próstata y vesículas seminales en el hombre. Así como los neuro-epiteliomas que se desarrollan a expensas del tubo neural primitivo y cordomas procedentes de vestigios de la cuerda dorsal que, atravesando el sacro, comprimen el recto.

Los cáusticos mal empleados pueden ulcerar y necrosar la mucosa, que se infecta secundariamente, y terminar por una retracción.

Sobre todo el empleo del ácido nítrico en el tratamiento de ulceraciones y condilomas puede ocasionar estos accidentes.

Nosotros hemos observado un caso de proctitis intensísima, consecutiva a un enema de sublimado. El enfermo, afecto de una oxiuriosis, hizo la disolución en el mismo irrigador, añadiendo un comprimido de sublimado, groseramente machacado. Indudablemente, algunos fragmentos del comprimido penetraron en el tubo del irrigador y pasaron al intestino sin disolverse. La mucosa rectal se necrosó en una extensión de tres centímetros, circularmente, en su porción inferior. Al curar la proctitis quedó ya una relativa estrechez. Desgraciadamente, este enfermo no lo hemos vuelto a ver, no obstante las advertencias que le hicimos para prevenir la estenosis.

Los cuerpos extraños del recto, llegados por deglución o introducidos con fines lúbricos, cuando se estacionan, erosionan las paredes y determinan intensas proctitis supuradas y flemones.

Las rupturas del recto por compresión de origen obstétrico, bien sean por desgarro completo del periné o las llamadas centrales (que son rarísimas), pueden cicatrizar defectuosamente cuando no se sigue un tratamiento apropiado.

Las llamadas roturas por esfuerzo, casi siempre en enfermos con prolapso, son rarísimas en la literatura médica y terminan casi siempre con la muerte.

Todas las heridas del recto con desgarro total de la pared, son susceptibles de determinar una estrechez por las complicaciones sépticas unas veces, y otras por la naturaleza del traumatismo.

Aunque en este trabajo no hacemos mención de las estrecheces congénitas, haremos notar que algunas pueden pasar desapercibidas en la juventud, dando solamente síntomas claros en el adulto. Se trata casi siempre de un desarrollo

anómalo de una válvula de Huston, con mayor frecuencia la situada a seis centímetros del ano y que parte del lado derecho, o de una estrechez diafragmática bastante amplia. En los primeros años de la vida, el tejido fibroso es muy elástico, la musculatura vence fácilmente el obstáculo y los síntomas son insignificantes; con la edad, el tejido fibroso pierde su elasticidad, la musculatura se debilita, las heces se estancan en la ampolla y se desarrolla una proctitis que aumenta rápidamente la estenosis. Trelat y Reclús han insistido particularmente sobre estos accidentes.

* * *

Todos los casos observados por nosotros han sido de estrechez ya constituída. Los enfermos acudieron a la consulta por la dificultad de expeler las heces y la supuración rectal. De los interrogatorios hemos deducido que había precedido a la estrechez un espacio de tres a siete años de proctitis supurada, antes de presentarse los trastornos de la defecación.

Todos presentaban crisis alternantes de estreñimiento y diarrea; su estado general era muy precario, el color terroso y la inapetencia muy acentuada. El síntoma de heces aplastadas, laminadas y cilíndricas de pequeño diámetro, lo observaron todos. Uno acudió en una crisis de obstrucción aguda, que desapareció rápidamente con un enema rectal de aceite, puesto con una sonda esofágica de muy pequeño calibre. Sólo uno presentaba fístulas perineales, cuya estrechez era consecutiva a una tuberculosis rectal y en el cual existía una tuberculosis de ambos epidídimos, vesículas seminales, próstata y uretra. La presencia de condilomas en la margen del ano, faltó en tres de ellos.

La estrechez más baja estaba a tres centímetros del ano, y la más alta a diez centímetros. En un caso había dos estrecheces. En todos menos uno, la estrechez era anular, la mucosa rectal estaba alterada y presentaban úlceras y vegetaciones. A nivel de la estrechez, el proceso de peri-rectitis era muy acentuado. En un caso la estrechez era cilíndrica, y la mucosa, de un color rosa pálido, recordaba el proceso de infiltración dura que se observa en les estrecheces uretrales. En un caso existía una rectitis proliferante, con vegetaciones que ocupaban toda la mucosa rectal hasta diez centímetros por encima de la margen del ano; al mismo tiempo, existía una elefantiasis limitada exclusivamente a la margen del ano.

No nos extenderemos más en la sintomatología y anatomía patológica, para evitar repeticiones. Al reseñar las historias clínicas, en cada caso, señalaremos las características y particularidades del mismo, de más interés clínico.

TRATAMIENTO

Ya hemos hecho notar la ineficacia del tratamiento específico para mejorar una estrechez rectal; a pesar de esto, no hay que descuidarlo, porque con-

tribuye siempre a mejorar el estado general del enfermo, casi siempre muy depauperado y con fenómenos de auto-intoxicación producidos por el éxtasis fecal. En los enfermos que no hayan padecido sífilis les instituiremos un régimen de tónicos, los más convenientes para ayudar al tratamiento local, procurando especialmente el regularizar las deposiciones, que deben ser diarias.

Si bien se nos presenta como un problema quirúrgico difícil de curar la estrechez, no lo es menos el tratamiento de la proctitis, siendo ésta causante de las complicaciones que acompañan al tratamiento y el origen de muchos fracasos. La rectitis es tan rebelde en ciertos casos, que aun haciendo una derivación de heces mediante un ano ilíaco, no sólo no mejora la lesión, sino que el enfermo no mejora, teniendo que concluir con el tratamiento radical, que es la extirpación. Lo mismo observamos mediante la dilatación; mientras unos enfermos con una estrechez muy acentuada y moderada proctitis, presentan un estado general relativamente bueno, vemos otros con intensa proctitis y una estrechez ya dilatada hasta un número alto, cuyo estado de autointoxicación persiste, la lengua sigue seca, la piel de color terroso-pálido, inapetentes y con fenómenos de caquexia. Este hecho, de la capital importancia de la proctitis en estos enfermos, es lo que nos decidirá exclusivamente en las normas del tratamiento.

Por esta razón aconsejamos practicar las dilataciones espaciadas, según la tolerancia del enfermo, haciéndolas con gran suavidad, sin descuidar el tratamiento de la proctitis.

Los antisépticos que hemos empleado son la solución de nitrato de plata al 1 por 4.000, el oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000 y el lactato de etoxidiamino acridina, al 1 por 8.000. Los empleamos todos ellos asociados al agua oxigenada. Se inyectan en el recto 100 c. c. de solución antiséptica adicionados de 10 c. c. de agua oxigenada, para expulsarlos inmediatamente; en seguida se repite la inyección y se guarda durante dos minutos, como máximum.

Si la proctitis es muy intensa, los supositorios de argirol y ácido bórico en manteca de cacao, producen muy buenos efectos. Se pueden colocar dos o tres por día. Proscribimos en absoluto toda cauterización o solución irritante, que sólo contribuye a excitar la reacción conjuntiva sin efecto beneficioso. Solamente después de practicada la dilatación, cuando queden gran cantidad de condilomas o pequeños papilomas rectales, podremos recurrir a la electrocoagulación de los mismos o instituir una terapéutica a base de pequeñas inyecciones (15 c. c.) de soluciones progresivas de colargol, comenzando por soluciones al 5 por 100 y llegando hasta el 15 por 100. En algunos casos hemos conseguido la desaparición de las masas condilomatosas y de toda traza de supuración rectal.

Las inyecciones de éter-bencil cinámico, preconizadas por Moutier y Rachet, no las hemos empleado. Moutier ha presentado un caso de rectitis hipertrófica, curado por este procedimiento.

Bensaude preconiza como coadyuvantes las inyecciones de pepsina y ácido clorhídrico.

Hemos empleado las inyecciones de fibrolisina, sin apreciar resultado manifiesto sobre la neoformación fibrosa.

Tratamiento de la estrechez. — Las dilataciones por laminarias y esponjas preparadas hay que desecharlas, así como la dilatación permanente y el drenaje permanente de Worckmeinster.

Las estrecheces son muy irritables y todas las maniobras han de ser suaves para no aumentar la proctitis.

La dilatación brusca de Nélaton ha sido abandonada. Unicamente y con muchas precauciones, utilizaremos la dilatación digital, evitando desgarros de mucosa que pueden ocasionar abcesos, flemones y hemorragias graves.

La dilatación lenta con bujías de Hegar, Credé o Körte, es la única admisible siguiendo la misma técnica que para la dilatación de estrecheces uretrales. Nunca se debe hacer una dilatación total, salvo en caso excepcional de rápida mejoría. Ya hemos advertido la necesidad de períodos de descanso para calmar la proctitis, que siempre empeora con las sesiones de dilatación; nosotros hacemos descansar quince días a los enfermos, después de ganar tres o cuatro números; de este modo, sin peligro para el enfermo, se adquieren muy buenos resultados.

La dilatación electrolítica se hará por sesiones bisemanales de diez miliamperios, durante diez minutos, colocando el polo negativo en el recto.

Los mejores resultados se obtienen mediante la dilatación térmica. Nosotros hemos practicado primeramente bajo control rectoscópico una rectotomía interna de secciones múltiples; generalmente, practicando tres o cuatro incisiones de tres milímetros de profundidad, con lo cual el calibre aumenta en seis a ocho milímetros de circunferencia; dejamos descansar al enfermo cuatro o seis días, para comenzar las sesiones de dilatación diatérmica, siguiendo rigurosamente la técnica de Bensaude y Marchand. El electodo rectal es una bujía de Hegar, la de mayor calibre que admite la estrechez; el electrodo indiferente son dos placas, una dorsal y otra ventral, que permiten, sin provocar dolor, aumentar la intensidad de la corriente. En los números doce a quince, damos un amperio y medio; del quince al veinte, dos amperes, y del veinte en adelante, dos amperes y medio. Hemos dado dos sesiones por semana, de diez a quince minutos de duración. No se adelanta aumentando el tiempo ni el número de sesiones. Cada ocho sesiones concedemos diez días de descanso.

Procediendo en esta forma, no hemos observado ninguna complicación y las hemorragias han sido insignificantes. Un mes después de la última dilata-

ción, la rectitis que no ha sido descuidada y tratada con lavados antisépticos como hemos descrito antes, e inyecciones de colargol a concentración progresiva, queda reducida al mínimum y sin molestias para los enfermos.

El único inconveniente de este método es la tendencia a reproducirse, necesitando los enfermos todos los años dos o tres sesiones de dilatación, o la colocación metódica, cada dos meses, del penúltimo y último número que hemos conseguido con esta técnica.

Heitz Boyer preconiza últimamente las rectotomías internas, practicadas con bisturí eléctrico, que salva el peor inconveniente de estos casos, la hemorragia; desde luego se puede asegurar que ésta es una de sus buenas aplicaciones.

Operaciones especiales para el tratamiento de las estrecheces rectales. — Ya hemos hablado de la rectotomía interna superficial indicada en las estenosis circulares con formación de uno o dos anillos cicatriciales y practicadas con precaución. Esta indicación no puede aconsejarse en las retracciones tubulares con grandes fungosidades y condilomas, que predisponen a recrudecimientos de la proctitis y complicaciones consiguientes de hemorragias, flemones, perirectitis, celulitis y peritonitis.

La rectotomía interna profunda, seccionando la estrechez en todo su espesor, ha sido abandonada por los fracasos y complicaciones.

Lo mismo sucede con la rectotomía externa, preconizada principalmente por Verneuil, y la operación de Ribera, que consiste en practicar una rectotomía posterior en abanico, con formación de ano subsacro y resección del coxis.

Las rectoplastias han sido abandonadas por la dificultad de cicatrizar las suturas en un medio eminentemente séptico.

El procedimiento de Goyanes merece ser citado, por representar en la fecha de su publicación (1905) un gran paso en la cirugía de las estrecheces rectales. Dicho autor la denominó colostomía perineal retropróctica. Mediante incisión abdominal, secciona el recto por encima de la estrechez ocluyendo el cabo aferente y despega luego el tejido celular retro-rectal hasta el coxis. Acto seguido coloca al enfermo en posición de talla perineal, traza una incisión curva perineal que comprende la mitad posterior del orificio anal y diseca la mucosa posterior del recto, separándola del esfínter hasta un límite alto de la porción esfintérica. En un tercer tiempo, completa la comunicación, entre el espacio presacro, ya despegado, y la incisión perineal. Para eso un ayudante introduce unas pinzas en el abdomen hasta que abomben el periné y sirvan de conductor para incindir y establecer la comunicación. Obtenida ésta, atrae el cabo aferente de la sección abdominal hasta la incisión perineal, suturando a la mucosa anal desprendida su porción anterior, y al borde inferior de la sección perineal, o sea al esfínter retro-anal, su porción posterior.

La ventaja del método consiste en la exclusión total del recto enfermo y la continencia fecal por conservación del esfínter.

La operación de Bacon es otro procedimiento ingenioso para tratar las estrecheces rectales altas. Consiste en anastomosar la S ilíaca con el recto, por debajo de la estrechez, mediante un botón de Murphy; una vez eliminado éste, desde el ano, mediante un espéculum, corta con unas tijeras el resto del tabique colo-rectal para aumentar la luz intestinal.

Esta técnica sólo es utilizable en las estenosis altas y con insignificantes proctitis, teniendo el inconveniente de que se reproduce la estrechez y aun se transmite la infección al colon por el estado de sepsis en que se encuentra siempre la porción inferior del recto.

En las estrecheces bajas, esta operación resulta imposible de practicar.

En este momento, la cirugía de las estrecheces rectales tiene gran analogía con la del cáncer del recto. Nos hallamos en presencia de una afección cuya dificultad de curación estriba en la reproducción de la proctitis y formación de nueva estrechez; como en el cáncer, hay que cortar el tejido sano; las lesiones de peri-rectitis con accesos y fístulas, presentan tantas dificultades para la liberación del recto como las infiltraciones neoplásicas. Los planos de clivage no se encuentran, la hemorragia es considerable y la intervención se hace difícilmente y con sumo peligro para el enfermo. En las estrecheces altas, de forma hipertrófica, en que no es posible un descendimiento hasta el esfínter, el problema de incontinencia total se nos presenta como en el cáncer, y la reproducción de la estrechez sucede en los casos de extirpación insuficiente; añadido a que en algunos casos nos contentaremos con la formación de un ano ilíaco, son razones por las cuales el problema quirúrgico es análogo en ambas enfermedades.

En las estrecheces duras con rectitis hipertróficas, abscesos y fístulas, en los cuales la dilatación empeora los fenómenos inflamatorios y por lo tanto el enfermo se caquectiza rápidamente, no hay más remedio que obrar radicalmente, practicándole la extirpación de la lesión.

En estas estrecheces graves, la formación de un ano ilíaco no detiene los progresos de la lesión y el estado general del enfermo mejora muy poco con esta derivación, por no influir sobre la infección, causa primordial de los fenómenos sépticos.

La elección de intervención depende de la naturaleza de la lesión, de su extensión, de su situación y del hábito del cirujano en determinada técnica. Ninguna estadística tan variable en mortalidad post-operatoria inmediata como la de la extirpación del recto.

Lockhart Mummery, utilizando la vía perineal, previo ano ilíaco, tiene una mortalidad inmediata de 3 por 100 en los particulares y un 14 por 100

en los del hospital, diferencia que explica por la selección de casos en la clientela particular. Su estadística total da un 6'15 por 100 de muertes post-operatorias. La estadística de Hartmann coincide con la de Lockhart; utilizando la misma técnica, tiene un 6'5 por 100 de mortalidad. El mismo autor tiene una mortalidad de 37 por 100, por vía abdómino-perineal, y un 15'8 por 100 por vía sacra.

Stöger, utilizando las técnicas de Kraske, obtiene un 7 por 100 de mortalidad.

La estadística del doctor Lozano es de nueve casos operados, según técnica de Kraske, sin defunción inmediata.

Kütner, en 1.300 casos de extirpación del recto, aboga con entusiasmo por la vía sacra.

Kirschner y Könisberg preconizan la abdómino-perineal, con una mortalidad de 28 y 17'4 por 100, respectivamente.

En cambio Keller obtiene un 37'5 por 100 de mortalidad, utilizando el procedimiento de Kraske.

Lynch practica la extirpación abdómino-perineal con una mortalidad de diez y seis por ciento.

De estas cifras presentadas por los cirujanos de más experiencia en cirugía abdominal, cabe pensar que dichas diferencias dependen únicamente de la técnica empleada, de operaciones más o menos extensas y de la selección de casos en neoplasmas de mayor o menor extensión.

De todos modos vemos que la cirugía del recto da una mortalidad elevada, y que, por lo tanto, aconsejamos sólo la intervención radical cuando hayan fracasado los diversos procedimientos de dilatación, o el estado general y local del enfermo exijan un tratamiento enérgico.

Las estenosis rectales bajas de la mujer pueden tratarse por el procedimiento de Pauchet, el cual extirpa el recto, siguiendo la técnica siguiente: Incisión arciforme de convexidad superior a un centímetro de la horquilla, disección del tabique recto-vaginal y liberación del recto. Acto seguido, sutura el ano y lo diseca intraesfinterianamente, pasa el segmento rectal inferior al campo operatorio de la primera incisión, para completar la liberación posterior. Completada ésta y ligados los vasos hemorroidales superiores, desciende el recto a través del ano, denudado de mucosa, y lo sutura a la piel dejando dos drenajes en la incisión superior o primitiva, convenientemente suturada.

Es verdaderamente notable la estadística de Henri Hartmann; presenta cuarenta y siete casos de amputación intraesfinteriana con una mortalidad de 4'2 por 100. De estos operados ha podido observar ulteriormente treinta y uno. De éstos a tres de ellos se les reprodujo la estenosis. Ocho, aunque sin estrechez, continuaron con una ligera proctitis; y veinte, curados de su rectitis y estrechez. Lo más interesante de su técnica es que, excepto dos

casos en que el ano se mantenía constantemente húmedo, la continencia era prácticamente perfecta. Atribuye los fracasos a que la incisión no se hizo en estos enfermos en una zona completamente sana, deduciendo que las rectitis estenosantes extirpadas en totalidad no recidivan; al contrario, la supuración continúa y se desarrolla nuevamente una estrechez cuando en el curso de la intervención no se sobrepasan los límites de las lesiones de la mucosa. En este caso no se trata de recidiva—dice Hartmann—; es la enfermedad, que sigue su evolución.

La intervención que practica Hartmann es una amputación intraesfinteriana. Previa dilatación del ano, practica una incisión cutáneo-mucosa alrededor del ano; si existen condilomas, los comprende en la incisión. Conviene evitar en lo posible una incisión francamente cutánea, para prevenir la humedad anal consiguiente a una exteriorización de la mucosa. Se comienza la disección de la submucosa, que a consecuencia de la estrechez es necesario hacerlo con el bisturí y hasta extirpar algunas fibras del esfínter, ya esclerosadas; sigue la disección del recto; al llegar a la parte anterior, la incinde longitudinalmente. Continúa la operación bajo una corriente de suero para arrastrar los exudados de la cavidad rectal. De este modo se da cuenta de la estrechez y del estado de la mucosa para saber dónde hay que cortar transversalmente. Cuando la estrechez es alta, incinde el fondo de saco peritoneal para movilizar el recto. Dice: «La incisión se hace sobre mucosa sana, sin preocuparse del espesamiento de los tejidos peri-rectales».

Descendido el recto, lo sutura a la piel.

El drenaje lo hace incindiendo una fosa isquio-rectal y colocando dos tubos en V, que van delante y detrás del recto descendido.

La técnica de Hartmann es el ideal para la extirpación del recto estenosado; su sencillez y la obtención de una continencia perfecta es lo que perseguimos, pero cuando la estrechez es muy alta y la peri-rectitis extensa, tiene que haber ciertas dificultades para descender el recto hasta la piel del ano. Caso de que exista esta dificultad, el método de Kraske, con resección del coxis y hasta del sacro, es el preferido; lo esencial es seguir una técnica perfecta y evitar los peligros y complicaciones a que está sujeta la intervención. Es preferible colocar al paciente en decúbito prono (en vez de decúbito lateral), con los muslos flexionados y las piernas extendidas, formando un ángulo dorsal de 240º. En todos los casos ha sido suficiente con una resección, que no ha llegado al tercer agujero sacro. Las resecciones altas pueden favorecer el desarrollo de una infección del conducto vertebral, cuyo recubrimiento fibroso está en relación con el fondo del saco dural.

Eiselsberg ha observado dos casos de muerte por meningitis. Otras veces es una neuritis muy molesta del primero y segundo nervio sacro; para evitarla,

Foramitti aconseja recubrir el nervio con músculo o un trozo de vena endurecido. La hemorragia de la arteria sacra media es frecuente, pero se evita cortando el hueso con una pinza de Luer, previa disección del periostio y ligando después la arteria. Todas las esquirlas hay que extirparlas; si no, más tarde son causantes de supuraciones.

Tendremos en cuenta que no se puede extirpar el recto con toda la vaina; ésta es indisociable y el único plano de clivaje está dentro de ella.

La parte anterior de la vaina rectal es la aponeurosis de Denonvilliers, que cierra la cavidad y le sirve de pared; su lámina frontal se desdobla para envainar en parte las vesículas y la parte terminal de los deferentes. En la línea media, la aponeurosis de Denonvilliers se adhiere a la próstata, de forma que no existe plano de liberación pre-aponeurótica; en cambio hacia atrás se une flojamente al recto. Hacia arriba, la aponeurosis de Denonvilliers no tiene espacio de despegamiento, de tal forma, que en el curso del desprendimiento anterior del recto la incisión peritoneal practicada sobre el pliegue transverso nos presenta a la vista las vesículas adheridas al recto, de donde hay que disecarlas.

La parte lateral de la vaina rectal es la lámina sacro-recto-genital, en cuyas alas laterales se alojan las hemorroidales medias, que es necesario cortar y ligar en el curso de la liberación.

El tiempo capital es la zona prostática; en este sitio, recto y próstata están íntimamente unidos; conviene colocar un beniqué en la uretra para no herirla. Pretender disecar esta región, es sacrificar la musculatura rectal que queda adherida a la próstata; para evitar este inconveniente, hay que pasar tangencialmente al bulbo uretral y sacrificar una lámina de tejido glandular prostático, previa sección del músculo recto uretral. La resección de un trozo pequeño de próstata no presenta inconvenientes mientras la uretra se mantenga íntegra; no así el desgarro de vesículas seminales, vejiga y uréter, que evitaremos disecando el recto en su parte superior, ciñéndonos al centro y abriendo el peritoneo lo más cerca posible de su línea media, en la parte anterior. Las pelviperitonitis se evitan abriendo el peritoneo lo más asépticamente posible, lavado de la cavidad con suero en caso de que se hubiese desgarrado el recto, cambio de instrumental por otro esterilizado, lavado de manos, sección del recto con termocauterio, colocación de una mecha de gasa yodofórmica en el sitio de la peritonización, etc., etc.

Las ligaduras se harán lo más cerca posible del sacro y no a lo largo de la inserción mesentérica, para evitar la ligadura de la hemorroidal superior, que se halla en el repliegue peritoneal que se inserta en el promontorio a la izquierda y a uno o dos centímetros por debajo de su inserción.

Es importantísimo comprobar la buena irrigación intestinal; si existe alguna

duda en caso de resección, Küttner aconseja cerrar los dos cabos y a los dos días comprobar su nutrición y completar la operación suturando entre sí los dos extremos intestinales y extirpando la estrechez.

Lo mismo hay que comprobar en el colgajo del ano sacro, procurando una buena coaptación de las paredes rectales al tejido celular vecino; de no existir en la parte posterior, hay que movilizar, como aconseja Rotter, un trozo de piel de la región sacra y que se adapte a la pared rectal.

Se ha demostrado que la rotación del intestino por el método de Gersumy en el ano sacro no debe ser mayor de 120º; pasado este límite, nos exponemos a la gangrena del intestino.

El flemón pelviano se evitará dejando un buen drenaje, y en caso de aparición, introduciendo mechas empapadas en solución de acetato de alúmina, como aconseja Freund. Si existe necrosis hay que extirpar en seguida la zona afecta.

La posición del enfermo después de la operación tiene gran importancia; estará semisentado durante ocho o diez días; permanecerá en esta posición hasta en los momentos en que cambiemos el vendaje. El primer día estará en decúbito supino; pasado éste, lo colocaremos lateralmente con objeto de facilitar la salida de gases; la distensión rectal es tan perjudicial que puede formarse un enfisema ano-escrotal.

Uno de los problemas capitales en cirugía rectal es la continencia de heces, y por esto todos los cirujanos tienden a conservar el esfínter.

La incontinencia molesta tanto al enfermo material como moralmente. Lanz, dice: «Siempre que la resección sea posible y la porción esfinteriana del recto se conserve sana, la amputación es una mutilación supérflua». Pauchet, que aboga por la amputación abdómino-perineal dice que siempre ha podido descender el colon y suturarlo a la piel.

Las suturas mucomucosas prenden mal, y es mejor suturar la mucosa directamente a la piel, extirpando el manguito de mucosa anal.

Solamente en casos de estrechez baja con grandes fístulas y esclerosis del esfínter nos veremos obligados a prescindir de este músculo y tendremos que recurrir a otras operaciones plásticas para intentar la continencia.

Ya hemos indicado antes el procedimiento de Gersumy, de rotación del intestino.

Bilroth acoda el intestino sobre el sacro. Hochenegg recomienda el acodamiento angular con fijación de la extremidad rectal en el ángulo superior de la herida, haciendo seguir al intestino un curso oblicuo entre las partes blandas. Eiselssberg recomienda este procedimiento, acompañado de torsión intestinal. Tilmans pasa el intestino entre el piramidal y el glúteo mayor y hace la fijación según la técnica de Hochenegg. Lennander aconseja la músculoplastia glútea. H. Matte preconiza la colocación de un anillo de cauchú (Patent gummi);

dice que no determina reacción, y que en doce casos lo han tolerado durante dos años. Las experiencias de Metzner son interesantes. Dice que la sección del esfínter no ocasiona incontinencia, a condición que el músculo se suture y no haya supuración. Tan importante como la sección del esfínter es la sección de su inervación; si la pérdida de ésta es unilateral, sólo existe ligera paresia, pero si es bilateral, la incontinencia es absoluta. Conviene, pues, evitar la sección del tercer nervio sacro, que contribuye a la inervación del esfínter.

En las operaciones intraesfinterianas se observa una pérdida de la sensación de necesidad de deponer, que no posee la mucosa sigmoidea después de su descenso.

Entre los procedimiento de extirpación por vía perineal merece ser citado el de Cúneo, con conservación del esfínter. Previamente cierra y cauteriza la mucosa anal, que se diseca hasta donde se puede; libera la parte anterior y laterales del recto mediante una incisión transversal supra-anal y la parte posterior a través de una incisión media retro-anal, previa disección del coxis; extirpado el recto, desscíende el cabo superior y lo sutura a la piel del ano, drenando sus partes anterior y posterior a través de las heridas operatorias, convenientemente suturadas.

Tilmans, Rehn y Gersumy son partidarios, en los casos factibles, de resecar la estrechez en la mujer empleando la vía vaginal, sobre todo en aquellas que asientan inmediatamente encima del ano.

Otros autores, partidarios de la exéresis, conservando el esfínter, indican la conveniencia de practicar primero un ano ilíaco, y sólo cuando la desinfección del recto se alcance, se procederá a la exéresis. Las vías de acceso son variadas: Incisión pre-anal (Huter), retro-anal (Duplay), combinada (Schoffer) o por vía natural (Quenú).

En caso de estrechez alta con gran peri-rectitis y adherencias, y en aquellas estenosis cuya causa es una anexitis o una peritonitis intrapelviana, a pesar de la mortalidad de la amputación por vía abdómino-perineal, recurriremos a ella como último recurso, o bien cuando el tratamiento de la estrechez exija una histerectomía.

No obstante, haremos notar la posibilidad de extirpar recto y útero por vía perineal y por vía sacra, según consejo de Hochenegg, que ha practicado esta operación con un 8 por 100 de mortalidad.

Como vemos, el tratamiento quirúrgico de los cánceres rectales es perfectamente aplicable a las estrecheces; solamente una ventaja tienen las lesiones cicatriciales: la posibilidad de conservar la función esfinteriana sin temor a la reproducción de la estrechez. Hoy día sabemos el cuidado esmerado que hay que tener en la cirugía del cáncer rectal de extirpar lo mejor posible el territorio linfático ganglionar del recto, y el peligro que supone la conservación de la mucosa anal y aun de la piel de la margen del ano, y sabemos la influencia que estos tejidos tienen en la reproducción, y además, que dicha exéresis debe extenderse a los ganglios inguinales presacros, ano-rectales, sacros superiores, grupo hemorroidal superior y ganglios hipogástricos.

En la estrechez, la supresión ganglionar carece de importancia; únicamente extirparemos los ganglios presacros, cuando son asiento de supuraciones, abscesos y fístulas; para esto, bastará una amputación perineal, vaginal o sacra, las más de las veces sin necesidad de resecar el sacro, siendo suficiente la extirpación del coxis, quedando para casos excepcionales la amputación abdómino-perineal.

Como último recurso quirúrgico tenemos el ano ilíaco; empleado como primer tiempo preparatorio, lo han aconsejado Lerroche, Pierre Duval y Lanz para desinfectar el recto y asegurar después el éxito de una resección perineal o sacra, operaciones graves en caso de gran infección, por ser frecuentes los flemones y celulitis; no obstante, Parcelier y Barbilian dicen que la colostomía no detiene los progresos de la lesión, y este último autor ha publicado un caso en que la infección progresó lentamente hasta el ano ilíaco.

Eiselsberg, en las estenosis muy pronunciadas, emplea la dilatación retrógrada; previo ano ilíaco, pasa un hilo, con un perdigón en su extremo, hasta el ano; en dicho hilo sujeta una tira de gasa, que se sustituye después por un tubo de goma, empleando más tarde los dilatadores.

Un ano ilíaco definitivo puede ser necesario solamente cuando en una resección perineal o sacra se haya sacrificado el aparato esfinteriano y el ano de nueva formación no resulte continente; en estas circunstancias, el enfermo sufre enormemente y nos veremos obligados por todos los medios quirúrgicos conocidos y señalados anteriormente, a procurarle una continencia por medio de un ano ilíaco practicado a través de los rectos u oblicuos del abdomen, o bien utilizando la técnica del ano envainado de Lambret, que siempre cumple mejor su función que un ano sacro incontinente.

CASOS CLINICOS

Historia número 1. — Pilar T., casada, de treinta y tres años. Lleva trece de matrimonio. Tiene una hija de trece años. No ha tenido abortos. Su marido contrajo sífilis en marzo de 1927, y en el mes de mayo del mismo año se ausentó durante tres meses. En este intervalo, la enferma, según refiere, pasó un período primario de chancros y un característico período secundario de sintomatología clara. Aunque parezca extraño, resistió todas estas molestias sin consultar con ningún médico. Al año siguiente comenzaron los síntomas de rectitis, traducidos por una secreción muco-purulenta, que aumentó lentamente hasta el mes de enero de 1929, fecha en que fué a consultar con un médico, el cual le ordenó una reacción de Wassermann que resultó positiva. Durante todo el año estuvo sometida a tratamiento anti-luético (neosalvarsán y bismuto), que no influyó nada sobre las molestias rectales. En agosto de 1930 comenzó a notar los primeros síntomas de estrechez rectal, y en diciembre del mismo año se presntó en la consulta, quejándose de estreñimiento y de dificultad extraordinaria para deponer.

En esta fecha, el Wasermann es positivo, y un análisis de la secreción no acusa gonococos. La exploración digital acusa una estrechez de cinco milímetros de diámetro a seis centímetros del ano. Dicha estrechez es anular. Mucosa rectal enrojecida y con muchas vegetaciones. Existen dos condilomas en la margen del ano y una ulceración cutánea entre el ano y el coxis. La enferma ha perdido en cinco meses veinte kilos de peso.

Mediante rectoscopia, practico una rectotomía a tres secciones, dos laterales y una posterior. Inmediatamente puedo pasar un dilatador rectal número 16; seguimos las dilataciones bisemanalmente, llegando hasta el número 21. En esta fecha, a pesar de los cuidados de desinfección rectal y de un tratamiento con fibrolisina, aumenta la rectitis de tal forma que hay que suprimir el tratamiento. Después de un período de descanso de veinte días, la enferma vuelve muy mejorada de todos los síntomas. Reanudamos el tratamiento y alcanzamos pronto el número 25. La enferma se da por satisfecha y anuncia su deseo de no seguir el tratamiento, a pesar de nuestras indicaciones. Es lástima que esta enferma no acudiese a la consulta desde que se notó los primeros síntomas de proctitis; tal vez nos hubiese dado alguna luz sobre la clase de lesión sifilítica que ocasionó la estrechez.

Historia número 2. — Felisa C., cuarenta y dos años, casada. En 1920 adquirió una sífilis que le trataron con inyecciones intramusculares (la enferma desconoce el producto que le inyectaron), poniéndole treinta en un año. En 1922 aparecen los primeros síntomas de rectitis. Vuelve a consultar y le hacen otro tratamiento que no modifica las molestias rectales. En vista de lo cual se pone unos enemas de agua, en la que infundía hojas de eucaliptus y tomillo; con este sencillo tratamiento encuentra el alivio suficiente para no consultar con ningún médico hasta el año 1927, fecha en que acude a la consulta de la Facultad. Refiere que en este último año ha notado que progresivamente se ha ido acentuando el estreñimiento y las deposiciones eran acintadas, de muy pequeño calibre. Solamente depone cuando toma un purgante enérgico. Después de cada deposición, que ordinariamente es semanal, sigue una diarrea profusa que le dura veinticuatro horas. Explorada, apreciamos una estrechez baja, a tres centímetros del ano; su tamaño es tan reducido que no cabe el extremo del meñique. La mucosa es de color rojo y está llena de condilomas. Bajo control rectoscópico, practicamos una rectotomía de tres secciones, dos laterales y una posterior; acto seguido comprobamos la existencia de otra estrechez dos centímetros encima de la anterior, y en la cual practicamos las mismas incisiones. Inmediatamente podemos introducir un dilatar número 12. Tres meses después llegamos a introducir el número 24. Al mismo tiempo le hemos hecho un tratamiento anti-luético con neosalvarsán y bismuto, porque la reacción de Wasermann fué intensamente positiva.

En noviembre de 1930 le aconsejo una revisión, no obstante encontrarse bien y sin fenómenos de proctitis. La estrechez se ha reducido considerablemente; a duras penas consigo pasar un dilatador número 14, y lo que llama la atención es que no existen fenómenos de proctitis, a pesar de la estenosis. Comenzamos a practicarle unas sesiones de dilatación diatérmica que mejoran la estrechez rápidamente, pero que aumentan la proctitis de tal forma que hay que suspender dichas sesiones. Actualmente hemos recuperado el calibre alcanzado la última vez y la enferma rehusa más tratamiento, considerándose curada.

Historia número 3. — Pilar S., treinta y cinco años, casada desde hace catorce. Su marido es un antiguo sifilítico, inconstantemente tratado. Ha tenido dos abortos. Wassermann positivo. Desde hace dos años, y sin período alguno definido, nota supuración rectal y los síntomas propios de estenosis. No se encuentran gonococos en la secreción rectal. En la margen del ano no existen condilomas. La mucosa rectal es de color rojo y presenta ulceraciones y fungosidades. La estrechez se encuentra a seis centímetros de la margen del ano y permite el paso de un dilatador número 13. Su forma es anular y acompañada de una zona extensa de peri-rectitis. Le practicó una rectotomía posterior de un centímetro de profundidad y dos incisiones laterales de unos cuatro milímetros. Con irrigaciones rectales antisépticas y distanciando las sesiones de dilatación, logramos introducir, a los seis meses de tratamiento, un dilatador número 26. Dicha enferma, temiendo a las molestias que le ocasionó la enfermedad, ha aprendido a hacerse la dilatación y se introduce metódicamente, una vez al mes, el dilatador. Revisada en diciembre de 1930, tres años después de abandonar la consulta, comprobamos el calibre y la desaparición de la rectitis.

Historia número 4. — Lorenza L., cuarenta y tres años, casada. No ha tenido abortos. Tiene dos hijas, de veintiuno y diez y ocho años. Al tener esta última tuvo una infección puerperal que motivó un raspado de matriz. Las investigaciones de sífilis y blenorragia han resultado negativas. Hace dos años que comenzó a desarrollársele una elefantiasis limitada exclusivamente a la margen del ano; al mismo tiempo comenzaron los síntomas de proctitis, traducidos exclusivamente por supuración y ligero tenesmo. La dificultad al deponer es solamente anal. La exploración revela toda la mucosa rectal llena de vellosidades, en una extensión de diez centímetros. Existe una peri-rectitis marcada, en los seis últimos centímetros del recto, en cuya zona la luz está estrechada, pero permite el paso de un dilatador número 23.

Se le extirpa la zona de elefantiasis y se instituye en tratamiento de instilaciones rectales de colargol, que terminan con las molestias de la enferma. Esta, al encontrarse bien, rechaza la electrocoagulación de las zonas de mayor hiperplasia.

Historia número 5. — Aurelio S., de cincuenta y seis años, antiguo blenorrágico que ha pasado varias prostatitis; lo veo por primera vez con un absceso de próstata, abierto en el recto; cuatro días después, comienza una infiltración de la fosa isquio-rectal, que hay necesidad de incindir. En el pus se encuentran estafilococos y colibacilos. Cuatro meses más tarde veo al enfermo, que presenta, a nivel de la próstata, una zona de retracción de la mucosa rectal que origina una estrechez de unos dos centímetros y medio de diámetro.

Este enfermo falleció un mes más tarde, a consecuencia de una septicemia estafilocócica.

Historia número 6. — Don Emilio B., de setenta y dos años. Antiguo litiásico que ha expulsado por la uretra varios cálculos de urato sódico. Investigación de sífilis y blenorragia negativa. Desde hace doce años siente gran dificultad para deponer; las heces son laminadas; no existen condilomas en la margen del ano y no tiene ningún síntoma de proctitis. La exploración demuestra, a tres centímetros de la margen del ano, la existencia de una membrana en diafragma, causante de la estrechez y que sólo permite el paso de una bujía rectal número 13. Se trata indudablemente de uan estrechez congénita, cuyos síntomas se han hecho evidentes con la esclerosis natural de la edad y consiguiente atrofia de la musculatura rectal.

Historia número 7. — Román T., de veintinueve años. Presenta una tuberculosis epidemiaria doble, estando también afectadas la próstata, vesículas seminales y uretra. Existen cuatro fístulas perineales; la próstata está adherida de tal forma a la pared rectal, que forma con ella una magma indisociable; el recto está afecto de proctitis y presenta cuatro ulceraciones en la pared anterior, que retraen considerablemente su calibre; la uretra está estrechada, permitiendo sólo el paso de una bujía número 9 Charriere.

En el sedimento urinario se encontraron bacilos de Koch.

Este enfermo desapareció de la clínica sin previo aviso.

Historia número 8. — Valera R., cincuenta y cuatro años; casada. No ha tenido hijos ni abortos. A los cuarenta años tuvo una salpingo-ovaritis doble, de origen gonocócico, que fué tratada con diatermia. A los cuarenta y ocho años comenzó a notar los primeros trastornos rectales, consistentes en estreñimiento y alteraciones de las heces. La proctitis es muy ligera. La exploración acusa, a seis centímetros del ano, una estrechez anular número 20, acompañada de peri-rectitis hipertrófica en una extensión de seis centímetros, y más acentuada en la pared anterior. Una rectotomía posterior y unas sesiones de dilatación restablecieron pronto la normalidad.

Historia número 9. — Doña Carmen D., de cincuenta y seis años; casada; ha tenido seis hijos. Ningún aborto. En agosto de 1929 acude a la consulta por trastornos de micción, consecutivos a un papiloma vesical situado a nivel del orificio uretral izquierdo. Es extirpado por electrocoagulación endovesical. Al practicar la exploración rectal, que es muy dolorosa, noto la presencia de una membrana que estrecha la luz del recto, a seis centímetros de la margen del ano. No existen condilomas ni alteración de las paredes rectales, ni fenómenos de proctitis. Confiesa la enferma padecer un estreñimiento pertinaz desde hace ocho años. Una incisión de dicho repliegue restablece la normalidad en las deposiciones.

De nuestras observaciones deducimos que el síntoma peor de las estrecheces es la proctitis; que en aquellos casos en que la infección del recto es insignificante o nula, el enfermo tolera disminuciones considerables del calibre rectal sin grandes molestias.

La rectotomía acompañada de la dilatación, con o sín diatermia, da buenos resultados a condición de obrar con mucha suavidad, cuidando de desinfectar convenientemente el recto, concediendo largos períodos de descansso al menor síntoma de reacción inflamatoria atribuída a la dilatación y con la condición de que los enfermos hagan una revisión anual de su lesión o bien sigan ellos mismos el tratamiento con el último número alcanzado en la dilatación, que se introducirán metódicamente, cada treinta o cuarenta días, acudiendo a la consulta a la menor dificultad.

Recalcando asimismo la conveniencia de hacer una exploración rectal en todos los casos de estreñimiento y una rectoscopia en todos los pacientes afectos de proctitis.

Hemos comprobado en el único caso de tuberculosis rectal que las lesiones de peri-rectitis y las alteraciones de la mucosa presentaban una rigidez y esclerosis mucho más acentuadas que en las otras estrecheces.

Los análisis anatomo-patológicos de las parcelas procedentes de biopsias, en muchas ocasiones nos esclarecen el diagnóstico.

A continuación transcribo los dictámenes remitidos por el doctor A. Muniesa:

Biopsia practicada a la enferma de la historia número 2. — El trozo de tumor remitido está formado por un tejido epitelial poli-estratificado, hiperplásico o hipertrófico, debajo del que se ve un dermis con reacción inflamatoria peri-vascular, principalmente de células plasmáticas; muchos de los capilares existentes se encuentran rellenos de sangre coagulada y algunos con las paredes destruídas. Estos caracteres pertenecen a un condiloma de naturaleza sifilítica.

Biopsia de la lesión de la enferma de la historia número 4. — El trozo de tejido remitido está formado por tejido epitelial poli-estratificado, hipertrófico e hiperplásico. En algunos lugares se aprecia una mayor hiperplasia e hipertrofia del tejido epitelial que penetra en el interior de un dermis poco vascularizado y muy rico en células inflamatorias de tipo agudo, no específicas. Ni en el epitelio ni en el dermis se aprecia indicio alguno de degeneración maligna, y únicamente la hipertrofia e hiperplasia del epitelio y de las papilas dérmicas, dan carácter histológico al tumor = papiloma.

El análisis de los trabajos consultados y expuestos en la bibliografía nos demuestra que si bien las estrecheces del recto representan un capítulo que ha sido objeto de particular atención y estudio en estos últimos años, su conocimiento ofrece grandes lagunas, que es necesario resolver tomando como base la observación metódica de todos los casos de afecciones rectales en su fase inicial, mediante una labor de educación del enfermo hacia la revisión periódica de su intestino enfermo, único procedimiento para esclarecer la evolución de las diversas infecciones de este órgano.

BIBLIOGRAFIA

ABADIE (M.), de Orán. — Ano ilíaco después de un Kraske. Cura radical del ano ilíaco, curación. XXXV Congreso Francés de Cirugía, París. 10 de diciembre de 1925. (Comunicación).

BACON (Chicago). — Med. and Surg. — Reporter, 1896, número 16. Tratamiento de las estrecheces rectales altas mediante la anastomosis entre la flexura sigmoídea y la porción inferior del recto.

R. BENSAUDE y A. LIERRE. — Los tumores fecales del recto y de la sigmoide. — «Le Progrés Médical», núm. 47; 16 de noviembre de 1929.

R. BENSAUDE y MARCHAND. — Un tratamiento particularmente eficaz de las estrecheces inflamatorias del recto. — «La Presse Médicale», 2 de diciembre de 1925.

BIRT (E.). — Estrecheces del recto, de naturaleza benigna. — «Archiv. für Schiffs und Tropen Hygiene»; fasc. 1; enero de 1929.

N. BARBILIAN. — Algunas consideraciones sobre el tratamiento de las estrecheces inflamatorias del recto. — «La Presse Médicale»; 4 de marzo de 1925.

BERLA (E.), de Milán. — El tratamiento quirúrgico del carcinoma rectal y sus resultados lejanos. — «La Clinica Chirurgica»; fasc. 1.º, enero de 1930.

R. BENSAUDE. — Nuevo tratado de Medicina de Roger Widal y Teissiers.

BALZER. — Maladies Venerienne. — París, 1920.

BERARD y CREYSSEL. — Estenosis rectales y peri-rectitis después del tratamiento del cáncer del cuello uterino, por los agentes físicos. — «Lyon Chirurgical»; tomo XXVII; núm. 4; julio-agosto de 1930.

CLEMENT (M.) — Comunicación a la Sociedad Francesa de Dermatología y Sifiliografía. Sobre la etiología linfática de las estrecheces rectales. — 18 de marzo de 1924.

H. S. CLOGG. — C. C. Choyce. — Tratado de Cirugía.

RENE COHEN. — Elefantiasis y úlceras crónicas de la vulva y del ano. (Síndrome ano-vulvar). — Memoria.

DAMHEISSR. — La operación radical por cáncer del recto. — «Bruns Beitrage zur Klinischen Chirurgie»; tomo CXLIX; núm. 4; junio de 1930.

DESMAREST y SAVIGNAC. — Comunicación de estenosis del recto de origen amibiano. — Socd. de Gastroenterologie de París; 11 de abril de 1927.

P. DELBET y BRECHOT. — Nuevo tratado de Cirugía. — Enfermedades del ano y recto. — Le Dentu y Pierre Delbet. París, 1916.

DEROCHE (J. M. P.). — Contribución al estudio de las estrecheces inflamatorias del recto. — Tesis de París. 1925.

PIERRE DUVAL. — Patología Quirúrgica de Begouin. — Tomo III. París, 1924.

DESPLAS y SAVIGNAC. — Comunicación a la Societé de Gastroenterologie de París. (Un caso de amputación rectal por rectitis hipertrófica).

EHRENPREIS (E.). — «Bulletins et Mémoires de la Societé des Chirurgiens de París». — Un caso de tumor inflamatorio del tabique recto-vaginal. — Número 5; 7 de marzo de 1930.

G. FULGE y SUCHAR, Bucarest. — Contribución al estudio anatomopatológico del sifiloma rectal. — «Spitalul»; año XLIX; núm. 10; octubre de 1929.

L. FLEEK (Lemberg). — Un caso de seudo sifiloma rectal de origen micósico. — «Dermatologische Wochenschrift»; vol. XC; núm. 11; 15 de marzo de 1930.

FERRARI. — Comunicación a la Sociedad de Argelia; mayo de 1925. Un caso de estrechez rectal de 3 cm. y a 4 cm. del ano, catorce meses después de curieterapia del recto.

H. FRIED y H. B. STONE (Baltimore). — Cuatro tumores rectales raros. — «Surgery Gynecology and Obstetrics»; vol. L; núm. 4; abril de 1930.

CHUTRO. — Estrechez de la ampolla rectal por una membrana congénita. — «Revista de Cirugía»; año V; núm. 6; junio de 1926.

L. GALLIARD. — Maladies de l'intestin. — París, 1912.

GAY y VILLAFUERTE. — Contribución al estudio de la úlcera vulvar crónica elefantiásica. — «Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades»; 1.º de febrero de 1930; núm. 452.

E. DE GREGORIO. — Elefantiasis y úlceras crónicas vulvares. — «Los Progresos de la Clínica»; Mayo, 1930.

GIRAULT. — Comunicación a la Societé de Gastroenterologie de París. Un caso de sifiloma rectal. — 9 de mayo de 1927.

H. HENRI HARTMANN. — La extirpación de las estrecheces inflamatorias del recto. — «Bulletins et Mémoires de la Societé Nationale de Chirurgie». — Seance du 18 de junio de 1930.

G. JEANNENEY y WANGERMEZ (Burdeos). — Estenosis cicatriciales del recto, consecutivas a tratamiento curieterápico por cáncer del cuello uterino. — «Journal de Médicine de Bordeaux»; tomo CVI; núm. 6; 1.º de junio de 1929.

M. JEANNENEY (Burdeos). — Comunicación al Congreso de l'Association Francaise de Chirurgie. — 6-11 de octubre de 1930.

R. JOACHMIOVITZ. — Las estrecheces rectales en el curso de las afeccions ginecológicas. — «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie»; tomo CCVIII; fasc. 2-4; febrero de 1928.

P. O. JERSILD. — Las intradermo-reacciones en el chancro blando y en las linfogranulomatosis inguinales, consideradas especialmente en sus relaciones con el sifiloma ano-rectal. — «Annales de Dermatologie et de Syphiliographie»; VII serie; tomo I; núm. 16; junio de 1930.

KUTTNER (Breslau). — Tratamiento quirúrgico del cáncer del recto. — «Medizinische Klinik.»; año XXV; núm. 1; 4 de enero de 1929.

KIRSCHNER (Tubingen). — Antiguas y nuevas directivas para la estirpación del cáncer del recto. — «Der Chirurg.»; año I; fasc. I; 1.º de noviembre de 1928.

R. H. KUMMER. — El tratamiento de la estrechez rectal por la diatermia.

W. KEEN. — Tomo IV. — Enfermedades del recto, por Robert Abbe, de Nueva York.

KIPNIS (Berlín). — Sutura del esfínter sobre bases fisiológicas. — «Zentralblatt für Chirurgie»; tomo LIII; núm. 44; octubre de 1926.

LANZ. — Enfermedades del recto. — Tratado de Patología y Clínica Quirúrgica de los doctores Wullsteim y Wilms; tomo II.

R. LOZANO. — Patología Quirúrgica. — Tomo III. — Zaragoza, 1926.

LOCKHART, MUMMERY y C. DUKES (Londres). — Los estados precancerosos en el recto y en el colon. — «Surgery Gynecology and Obstetrics»; vol. XLVI; núm. 5; mayo de 1927.

M. LOUBIER. — Un caso de estrechez sifilítica del recto, curada por electrolisis. — Comunicación a la Sociedad Francesa de Electroterapia y Radiología. 22 de junio de 1926.

HENRI LORIN. — Introducción al estudio del tratamiento quirúrgico de las adenopatías en los cánceres del colon transverso e izquierdo. — «Journal de Chirurgie»; tomo XXIX; núm. 5; mayo de 1927.
LOCKHART MUMMERY (Londres). — Doscientos casos de cáncer del recto, operados por vía perineal. — «The British Journal of Surgery»; vol. XIV; núm. 63. 1926.
LECENE y LERICHE. — Therapeutique Chirurgicale. — Tomo III. — París, 1926.
V. METZ — Endometrioma simulando un cáncer del recto. — «Archiv. für Gynäkologie»; tomo CXLI; fasc. I; 12 de mayo de 1930.
H. MATTE. — Reemplazamiento experimental de la función esfinteriana por un anillo de cauchú. — «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie»; tomo CCXII; fasc. 3 y 4; noviembre de 1928.
MARCHAND. — Un tratamiento particularmente eficaz de las estrecheces inflamatorias del recto. — «La Presse Médicale»; 2 de diciembre de 1925.
J. MIGNIERY. — Estrecheces del recto, consecutivas a tratamiento curieterápico del cáncer del cuello del útero. — Tesis de Lyon; 1929.
MARION. — Técnica Quirúrgica. — Tomo I. — 1921.
MICHAELIS (Weissenberg). — Embriología humana. — 1929.
J. NICOLAS, GATE y RAVAULT (Lyon). — Estrechez disentérica del recto. — «Journal de Médicine de Lyon»; núm. 180; 5 de julio de 1927.
M. FELIX PAPIN. — A propósito de la amputación abdómino-perineal, por cáncer del recto. — «Journal de Chirurgie»; tomo XXXI; 4 de abril de 1928.
PARCELIER. — Algunas reflexiones sobre las estrecheces llamadas inflamatorias del recto. — «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux»; núm. 39; 25 de septiembre de 1927.
PAUCHET. — «La Pratique Chirurgicale Illustrée»; fascículos núms. 1, 2 y 4.
PUJIULA. — Embriología del hombre y demás vertebrados. — Barcelona, 1923.
K. STOGER. — Para la resección del carcinoma rectal. — «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie»; tomo CCXII; fascículos 3 y 4; noviembre de 1928.
SAVARIAUD. — Comunicación. Societé de Chirurgie de París. — La amputación del recto por vía peritoneal. — 23 de enero de 1924.
SANTY. — Comunicación a la Societé des Chirurgiens de París. Tuberculosis rectal y estrechez. — 14 de mayo de 1925.
SCHMIEDEN y WESTHNES. — Estudio clínico y anatómo-patológico de los pólipos del intestino grueso y sus relaciones con el cáncer. — «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie»; tomo CCII; número 1; 3 de abril de 1927.
SALA y VILLALOBOS. — Estrecheces inflamatorias del recto. — «Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades; 23 de junio de 1928.
SAINZ DE AJA. — Prácticas de Sifiliografía. — Madrid, 1927.
A. RICARD. — La amputación abdómino-perineal del recto con descenso sistemático al periné. — «Journal de Chirurgie»; tomo XXXV; núm. 2; febrero de 1930.
SOUPAULT. — La operación de Hartmann. — «Journal de Chirurgie»; tomo XXX; núm. 5; noviembre de 1929.
ROMANI. — La amputación abdómino-perineal del recto en tres tiempos. — «La Riforma Medica»; año XIV; núm. 48; 30 de noviembre de 1929.
RACHET. — El tratamiento de las estrecheces inflamatorias del recto. — «Journal Médical Francais»; tomo XVIII; núm. 2; pág. 65.
R. STICH-MAKKAS. — Errores y peligros en las operaciones quirúrgicas, por Clairmont (Zürich). — 1930. (Amputación del recto).
SAPPEY. — Traité d'Anatomie Descriptive. — París, 1853.
HERMANN TILLMANS. — Tratado de Cirugía General y Especial. — Tomo III. Décima edición.
TESTUT. — Traité d'Anatomie Humaine. — París, 1916.
TESTUT y JACOB. — Anatomía Topográfica. — París, 1922.
URRUTIA. — Enfermedades de los intestinos. — Madrid, 1921.
VIGNOLI. — Embriología humana. — 1926.
SCHREINER-BIENERT. — Sobre la estrechez inflamatoria del recto y su tratamiento quirúrgico. — «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie»; tomo CCXXVIII; fascículos 1 y 3; septiembre, 1930.

SECCIÓN PRACTICA

DISPENSARIO OFICIAL ANTIVENEREO DE ZARAGOZA

DOS CASOS DE DERMITIS LIVINOIDE DE LA NALGA POR INYECCIONES DE PREPARADOS BISMÚTICOS

POR EL

DR. EDUARDO DE GREGORIO Y GARCÍA-SERRANO

Médico por oposición de la Profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas
Director del Dispensario antivenéreo

ZARAGOZA

Estos accidentes de carácter puramente local, en estos últimos tiempos son algo frecuentes y existen casos publicados y observados en la mayoría de los diversos preparados bismúticos empleados en el tratamiento de la sífilis. La mayoría de las veces no revisten carácter grave; generalmente son idénticos a los por nosotros observados, pero en ocasiones el exantema de aspecto reticulado y livinoide va seguido de intensas necrosis de la región, con destrucción del tejido celular subcutáneo y masa muscular, con las consiguientes molestias por parte del enfermo.

Con el empleo de preparados de bismuto nosotros tuvimos ocasión de publicar, hace aproximadamente un año, el primer caso en España; en fecha reciente publica Gay otro observado, de carácter más intenso que el estudiado por nosotros, y hoy damos a conocer dos nuevos casos observados posteriormente.

Al principio fueron observados y producidos por preparados insolubles en emulsión, en aceite, como los estudiados por Frendenthal, con Bismugenol; después otros por Gougerot y Quenu; Barthelemy; Jeanselme, Levy y Huet; Sesary, Brac, Nagel y Martins de Castro, producidos por hidróxidos de bismuto, los de Louste, Cohen y Wanboekstaël; Nicoláu, Bartelemy, Broch, Paynnevilla y Costagnol, producidos por yodobismutatos, y posteriormente otros por preparados liposolubles, observados por Joulia, Petges, Meynet y Bonisset.

Observación I. — Ficha clínica 846. L. S., de 29 años de edad; estado, casado; profesión, ferroviario.

Fecha de la primera consulta, 13 de mayo de 1930.

Diagnóstico, sífilis.

Hace siete años padeció un chancro genital, tratado con Luesina. Sin más tratamiento posteriormente. Ha tenido dos hijos sanos. La mujer no tuvo abortos.

En el momento de nuestra observación, latencia clínica. Wassermann, + + +; Hecht, + + +; Meinicke, + +; Kahn, + + +. Se instituye un tratamiento mixto de Neosalvarsán y Bismuto. (Bismuto Pons).

Al ponerle la segunda inyección de Bismuto, se presentó al día siguiente el enfermo con tumefacción extensa de la nalga, ligeramente dolorosa, presentando un exantema de color violado oscuro, de forma arboriforme; pasados



doce días ha desaparecido la inflamación y resta un eritema discreto en forma de red, que desaparece totalmente poco más tarde. El accidente es ligero y permite al enfermo desempeñar sus ocupaciones habituales.

Sigue el tratamiento y realizo un total de doce inyecciones de bismuto y cinco gramos de Neosalvarsán. Reaparece el 24 de enero de 1931, con W. —, H. —, M. —, K. + + +.

Observación II. — Ficha clínica 1545. M. L., de 24 años de edad, estado soltero, profesión fontanero.

Fecha de la primera consulta, 5 de mayo de 1931.

Diagnóstico, sífilis.

En el momento de nuestra observación presenta, desde hace dos meses, un chancro genital de gran tamaño. Wassermann, + + +; Hecht, + + +; Meinicke, + + +; Kahn, + + +.

Se somete a un tratamiento arseno-bismútico con Neosalvarsán y Bismuto Pons. La primera inyección de bismuto produce un eritema leviforme que ocupa casi toda la nalga. Este fué precedido de intenso dolor, que comenzó a las dos horas de puesta la inyección, siendo de máxima intensidad a las ocho horas.

Al día siguiente aparece en la consulta; el dolor es ligero; permite la marcha y todos movimientos; la tumefacción de la nalga, bastante aumentada, de consistencia dura y dolorosa toda la región; con un eritema en forma de red, más acentuado en algunos puntos, de donde parten finas arborizaciones.

Pasados cinco días, la tumefacción ha desaparecido; el enfermo ha disminuído, y al cabo de diez y ocho días no resta vestigio alguno. El enfermo, durante la época del accidente, desempeña sus labores habituales, y sigue el tratamiento con perfecta tolerancia.

* * *

La sintomatología de estos accidentes es clara y precisa; su comienzo se caracteriza por un dolor más o menos intenso en la nalga correspondiente, el que se presenta poco después de terminada la inyección, y si es acentuado y violento se irradia a lo largo de la cara posterior de la pierna correspondiente, llegando a impedir la marcha y ciertos movimientos. Poco después la región es tumefacta y aumentada de volumen, en la que aparece un exantema en forma de red con arborizaciones livinoides de color rojo oscuro, y en ocasiones con lesiones flictenulares. En los casos leves y de escasa intensidad, éstas se desecan; las zonas pigmentadas son hiperestésicas, dolorosas hasta por el roce de la ropa, pero lentamente, en el plazo aproximado de dos o tres semanas, desaparecen las lesiones equimóticas y livinoides para entrar todo en orden poco tiempo después; o por el contrario, si el trastorno circulatorio es más acentuado, se producen lesiones gangrenosas y necróticas que pueden alcanzar el hipodermis y tejido muscular con sus correspondientes secuelas cicatrizales.

La etiología y patogenia de estos accidentes es interpretada como resultado de una embolia arterial bismútica, producida por la penetración en una arteria del medicamento inyectado. Brocq, en un principio, observó gangrenas y necrosis de la nalga por inyección de preparados mercuriales, que interpretaba como

resultado de una lesión traumática de un nervio, producida por la aguja de la inyección; más tarde, Sáinz de Aja, describe unos accidentes parecidos por aceite gris, con dolor, tumefacción y lesiones livinoides, pero sin necrosis, que considera debidas a hemorragias intestinales por rotura de los vasos.

Contrariamente a estas diferentes formas de interpretar estos accidentes, Nicolski, primero, considera son debidos a una embolia arterial por el medicamento inyectado, opinión comprobada más tarde mediante nuevas observaciones de Kogernikow, Freudenthal y Nicolski; Nicoláu, Martins de Castro y Gay prueban su mecanismo de producción por el estudio histológico de las lesiones en donde encuentran un émbolo arterial formado por cristales bismúticos, y Nicoláu llega a producir en el conejo lesiones idénticas mediante la inyección de preparados mercuriales y bismúticos en la arteria marginal de la oreja.

Si en los casos con intensas necrosis está claramente probado son debidos a una embolia arterial bismútica, en los que solamente se produce una dermitis livinoide con o sin vesiculación, es posible que en estos casos, no dependa su menor gravedad de la cantidad y clase de medicamento empleado, tampoco de una hemorragia intersticial, sobre las que de nuevo insiste Sáinz de Aja, sino que como éste piensa es posible se produzcan roturas vasculares por las que penetra el medicamento sin haber sido inyectado directamente en las arterias.

En la mayoría de los casos la inyección ha sido realizada con técnica correcta, por la aguja no se observa salga sangre y, sin embargo, el accidente se produce, por lo que la técnica propuesta por Sesary, de retirar ligeramente la aguja, puede ser útil para que, si ha roto alguna arteria, ésta sea contraída, y el bismuto, al depositarse a cierta distancia, no puede penetrar en el vaso lesionado.

BIBLIOGRAFIA

Barthelemy. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 372; 1926.
Barthelemy. — III Congr. de Dermat. et Syphil., Bruselas, 1926.
Barthelemy. — «Ann. de Mal. Vener.», pág. 570; 1925.
Brocq. — «Ann. de Dermat. et Syphil.», pág. 317; 1901.
Barthelemy. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 1.025; 1930.
De Gregorio. — «Actas Dermo-Sifiliográficas», pág. 474; 1930.
Burnier. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 212; 1930.
Broch. — These de Bordeaux, 1928.
Fernet. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 1.021; 1930.
Freudental. — «Archiv. für Dermat. und Syphil.», pág. 155; 1924.
Gougerot et Quenu. — «Ann. d. Mal. Ven.», pág. 741; 1926.
Gammel. — «The Journ. of the Amer. Med. Assoc,»; 1927.

Gliner. — «Ann. de Mal. Vener.», pág. 193; 1928.
Gay. — «Actas Dermo-Sifiliográficas», pág. 123; noviembre, 1930.
Jeanselme, Levy et Huet. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 96; 1928.
Joulia. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 504; 1930.
Louste, Cohen et Wanboekstael. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», página 330; 1927.
Martins de Castro. — «Ann. de Dermat. et Syphil.», pág. 161; 1929.
Meynet et Bonisset. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 1.037; 1930.
Nicolski. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 463; 1927.
Nicoláu. — «Ann. de Mal. Ven.», pág. 321; 1923.
Petges et Joulia. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 1.016; 1930.
Paynneville et Costagnol. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 1.027; 1930.
Sáinz de Aja. — «Actas Dermo-Sifiliográficas», pág. 20; octubre, 1918.
Sáinz de Aja. — «Actas Dermo-Sifiliográficas», pág. 279; octubre, 1926.
Sesary. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.», pág. 488; 1926.

LAS FRUTAS Y LA HIGIENE [1]

POR EL

DR. J. LUIS YAGÜE Y ESPINOSA

MADRID

AMABLE e invisible auditorio:

Como final del curso radiado de arboricultura frutal, organizado por la Sociedad Nacional de Horticultura de España, nos corresponde, muy inmerecidamente, hablar en el día de hoy de las hermosas resultantes del feliz cultivo del árbol frutal, de su fruto; y considerar a éste bajo el punto de vista higiénico, o sea, «valor higiénico de las frutas en la alimentación humana».

Las frutas constituyen, botánicamente, la producción vegetal que sucede a la flor y que contiene las semillas, y agrícolamente se entienden tan sólo las comestibles para el hombre y los animales. El nombre de frutos suele reservarse para los secos y conservables (piñón, bellota, castaña, nuez, almendra) y conocerse con el de frutas las frescas y jugosas que deben consumirse pronto. Tanto las frutas frescas como las secas forman parte integrante de la alimentación humana y constituyen sustento exclusivo de determinadas sectas (frugívoros).

La clasificación agrícola habitual de las frutas en frutas de pepita (entre las que están la pera, manzana, limón, naranja, chirimoya, acerola, níspero), frutas de hueso (melocotón, ciruela, albaricoque, cereza, dátil, etc.) y frutas de bayas (que comprende la uva, fresa, mora, frambuesa, grosella...), parece insuficiente y no se acopla a la realidad, composición y condiciones higiénicas de los frutos, siendo bastante aceptable la siguiente, que establece cinco grupos, separados por características bien destacadas, aun cuando algunas variedades pueden figurar por sus cualidades en otro del señalado:

1.º Frutos ácidos, que contienen con predominio sales ácidas (tartratos: uvas, agraz; malatos: peras, manzanas, albérchigo; citratos: limón, naranjás, mandarina), unidas a sustancias mucilaginosas, azúcares y éteres aromáticos, del que son tipo los denominados agrios (limón, naranja, mandarina, lima...).

2.º Frutos azucarados, en los que sobre el sabor ácido predomina el dulce, por contener más azúcar, y éste se modifica con los principios aromáticos, que comprende las frutas más conocidas (piña, melocotón, albaricoque, guayaba, mango, pera, melón, sandía, ciruela, kaki, higo, chirimoya, guinda, paraguaya, cereza, pavía...).

3.º Frutos astringentes, que aun en plena madurez tienen gusto áspero y

(1) Sobre una conferencia pronunciada ante el micrófono de «Unión Radio», el 1 de abril, 1931.

ofrecen contacto molesto con la lengua, a la que parece raspar, entre los que figuran el membrillo, níspero, arándano, acerola.

4.º Frutos feculentos, en los que dominan las féculas (dátil, plátano, castaña).

5.º Frutos aceitosos u oleaginosos, con contenido elevado de aceite, que son todos los generalmente conocidos como secos o cascajo, porque para poderlos comer precisa cascar su cáscara (almendra, avellana, nuez, piñón, cacahuet, etc.) y la oliva o aceituna.

Los más habitualmente empleados en la alimentación humana son los azucarados o carnosos. Les siguen los ácidos y, a escasa distancia, los feculentos, separándose bastante los grasos; en cuanto a los astringentes, suelen ser de uso muy excepcional y casi pudiera decirse medicinal.

Los frutos se utilizan para la alimentación de diferentes modos: al natural, sus zumos y horchatas, desecados, tostados, en compota, mermelada, jalea, confitados, escarchados, conservados en alcohol y previa fermentación alcohólica de sus zumos.

La forma más lógica e higiénica de comer las frutas es la natural, lo que tropieza con la dificultad grande de limitar su consumo a la época de maduración o fructificación de cada especie, pues si bien es cierto que aquélla se ha logrado modificar con medios artificiales, debidos al ingenio y la perseverancia del hombre, los frutos así obtenidos carecen de algunas de las cualidades propias del logrado a su tiempo y en plena sazón.

Desde fecha inmemorial se ha tratado de conservar las frutas frescas por procederes caseros (enterradas en arena, cereales, salvado), o más modernos (serrín de corcho), sin que la refrigeración parezca ofrecer realidades prácticas.

Cuestión muy debatida y arduamente defendida por vegetalistas y vegetarianistas es la referente a si la fruta que posee corteza relativamente comestible (manzana, pera, uva, ciruela, albaricoque), debe ser ingerida con ella o mondada. La modificación de los conceptos, sostenidos años ha, sobre la acción laxante exclusiva de la celulosa, componente único de la corteza o epicarpio, achacada hoy más bien a las vitaminas, zumos, azúcares, glucósidos y sustancias propias de algunas frutas, y el error de admitir como necesarios para la digestión fermentos y levaduras contenidas en la superficie y trabéculas más externas de la corteza, así como los conceptos de que peladas debilitan y lavan el estómago, parecen desvirtuar las afirmaciones de los vegetarianos extremistas y considerar como más higiénica la ingestión de la fruta mondada, aun después de hacerla sufrir lavado previo, siempre insuficiente. Algo parecido pudiera decirse sobre la cutícula que recubre íntimamente las frutas oleaginosas, lastre alimenticio, que a nada útil conduce, por lo que también deben pelarse.

A las frutas crudas se las achaca frecuentemente perjuicios y alteraciones

de salud, de que no son culpables, en especial trastornos gastro-intestinales. Para evitarles, precisa, en primer término:

Que estén sanas.

Que hayan alcanzado *naturalmente* el suficiente grado de madurez.

Su digestibilidad varía, estando en razón inversa: 1.º, de su contenido en celulosa; 2.º, de su contenido en ácidos; 3.º, de su contenido en aceites; y directa: 1.º, de su contenido en azúcares; 2.º, de su cantidad de agua.

A esto, deben sumarse los oportunos cuidados, del momento de la ingestión, el no hacerlas seguir de agua fría, la cantidad injerida, etc.

La dificultad de conservación del fruto natural ha motivado las demás formas mencionadas.

Con la explotación de sus zumos, que suelen contener en disolución los elementos más nutritivos de las frutas, han surgido al mercado, gozando de gran boga, los de uva, manzana y naranja, a los que indudablemente seguirán otros, tan o más beneficiosos (pera, grosella, ciruela, cereza). La digestión facilísima de éstos los hace muy propios para la alimentación de enfermos y debilitados. La trituración de las frutas oleaginosas y su emulsión con agua, origina las horchatas, considerables asimismo como zumos.

La desecación o secado de las frutas frescas permite su conservación; y al aire libre o por la acción del sol se secan higos, melocotones (orejones), ciruelas (pasas), uvas (pasas), albaricoques, manzanas, castañas, (pilongas). Con la desecación disminuye considerablemente la cantidad de agua, aumentando por tanto en la proporción la de los demás elementos, y muy especial los azúcares, que sufren transformaciones que les hacen más asimilables, pero, en cambio, pierden los frutos condiciones de digestibilidad, entre otros motivos por conservar la piel u hollejo, y aun más si posteriormente se les somete a ebullición u otras prácticas culinarias.

Se suele recurrir con frecuencia al tostado de los frutos secos, proceder muy aconsejable, que facilita su digestión, permitiendo quitar fácilmente la cutícula. transformando los elementos oleosos y mejorando su gusto, al determinar la formación de productos empireumáticos, de grato olor.

Otro medio de conservar las frutas es mediante la cocción «barbaridad cometida en lo más precioso que la naturaleza nos ha dado como alimento». Esta práctica, si bien las hace más digeribles que las crudas, por destrucción de la trama celulósica y subsiguiente ablandamiento, en cambio modifica su sabor profundamente, y las vitaminas desaparecen o se alteran. «Todo el bello aroma, la hermosa forma, el aspecto apetitoso, el gusto refrescante y deleitoso sabor natural, se pierden o se menoscaban con la cocción».

Las compotas, obtenidas con frutas enteras y las más de las veces portadoras de alcohol, y las mermeladas, o sean las frutas en puré con azúcar, son

sus primeros ejemplos. Por desgracia, la industrialización de estas preparaciones, en particular las mermeladas, añade nuevos motivos de incertidumbre higiénica. con el posible empleo, por fabricantes poco escrupulosos, de frutas no sazonadas, de colorantes, de edulcorantes, de antisépticos, no tan inocuos como fuera de desear.

Las jaleas, obtenidas por adición o presencia de sustancias pécticas o mucilaginosas y azúcar, así como las confituras, excesivamente azucaradas, carecen en absoluto de las propiedades de los frutos originarios y ofrecen todas las ventajas e inconvenientes del azúcar. Las formas culinarias azucaradas representarían «cubrir con bronce al oro, pintar al lirio, dar perfume a la violeta y añadir otro color al arco iris».

En cuanto a las frutas conservadas en alcohol (moras, cerezas, guindas. uvas), han perdido toda finalidad que tuvieran como frutas.

No es tampoco propio de este lugar y momento ocuparnos de las frutas después de su transformación alcohólica (que origina el vino, sidra, perada, kirsch, ratafía, quetsch, etc.) y que alargaría considerablemente esta charla.

Las frutas, consideradas en general, constituyen el alimento más higiénico de que el hombre puede disponer; y la ponderación de sus valores y mezclas diversas determinar la complejidad del alimento completo, integrado por los alimentos básicos de hidrocarbonado, existentes en gran cantidad en las uvas, manzanas, castañas, higos, etc. — grasas — contenidas en las frutas oleaginosas — proteinas — las más pobres —, agua abundantísima, sales minerales y orgánicasnicas — las más diversas — y vitaminas de las tres clases, antirraquíticas. antineuríticas y antiescorbúticas, en proporciones insospechadas. El regimen frugívoro puro pudiera constituir de hecho dieta exclusiva, mejorable aun con las adiciones de las demás formas en que puede ser utilizado, antes mencionadas, y es el más firme sostén básico del vegetalismo; mas el hombre es omnívoro por naturaleza y glotón por apetencia carnal; y ante estas realidades avasalladoras hemos de rendirnos.

En la dietética o administración racional de los alimentos con fines medicinales, se considera muy fundadamente, a la alimentación a base de frutas como antitóxica y desintoxicante; es decir, que aporta al organismo humano la menor cantidad posible de venenos que pueden perjudicarle y sustrae del mismo, eliminándolos por diferentes vías (intestinal colectora a su vez de la hepática o biliar, urinaria, sudorífica) los venenos que se forman en el cuerpo con la moderna vida ciudadana, intensísima y agitadora (venenos originados por la mala atmósfera de la urbe, la sedentariedad y sus consecuencias — estreñimiento, artritismo — los disgustos y contrariedadaes, etc.)

Y si a los individuos sanos y normales conviene la alimentación de frutas, en todas aquellas dolencias que precise desintoxicar el organismo, su indica-

ción se hace indispensable, como lo muestran las corrientes arrolladoras en este sentido; y así, las frutas cocidas o en mermelada, los zumos y horchatas forman la alimentación más valiosa en los enfermos febriles, y particularmente en todos aquellos que padecen enfermedades originadas por microbios, emergencias de venenos poderosísimos, los más tóxicos para la salud. El regimen de frutas frescas constituye el ideal en el mayor número de dolencias de la nutrición, como son el reumatismo, gota, artritismo, uricemia, oxaluria, fosfaturia y avitaminosis, a la cabeza de las cuales figura el raquitismo infantil; en determinadas enfermedades intestinales y siempre bajo prescripción facultativa permanente; en gran número de padecimientos del corazón y de los vasos, entre los que surge, imperativa y pujante, la terrible arterioesclerosis y, como consecuencia derivada, por dependencia funcional, en casi todas las dolencias del riñón e hígado, la despensa de nuestro organismo, donde ha de quedar almacenado el azúcar que ha de suministrar la energía a la máquina humana.

El sistema nervioso se afecta considerablemente por la influencia de los venenos; y en las neuropatías y alteraciones mentales es siempre el frugívoro el regimen más conveniente. ¡Cómo sospechar que las perturbaciones molestísimas aquejadas en el noble órgano de la visión puedan modificarse, y hasta llegar a desaparecer, con una cura de uvas! ¡Qué haber pensado años atrás del médico que prescribiera unas cucharaditas de zumo de naranja, de ciruela, o de pera, según las estaciones, al niño criado a biberón! ¡Qué sorpresa al observar la transformación del carácter taciturno o irascible modificando tan sólo la alimentación con abundantes frutas! ¡Cómo creer que la conservación de la voz de la diva preferida se debe a la fruta!

El papel desintoxicante de la fruta se emplea de modo empírico en bastantes guisados de cocinas extranjeras, asociándolas en los platos fuertes; y así, en la cocina alemana es manjar dilecto el ganso asado con manzanas ácidas, y se acompaña invariablemente al plato de carne básico de la comida central, simultaneándolo, otro de compota o mermelada; y entre nosotros, la cocina catalana prepara el suculento pavo de Navidad, rellenándolo de manzanas, peras y ciruelas pasas, y en regiones manchegas y andaluzas se incorporan peras al cocido nacional.

La aplicación racional y bien dirigida de los frutos, puede elevar a muchos de ellos a la categoría de medicamentos, en la más lógica de las terapéuticas, la terapéutica natural, que no otra cosa después de todo es su papel desintoxicante. Y así, tenemos frutos laxantes, astringentes, béquicos o expectorantes, etc.

¡Qué variación más considerable del concepto alimenticio de la fruta habido en los comienzos del presente siglo, tan depreciada hasta considerarla como

supérflua, «que sólo agrada al gusto por su aroma, sobre todo a los enfermos!»

Las frutas, riqueza nacional casi despreciada por su abundancia, cual ocurriría con los metales denominados preciosos ,de no escasear, deben ser consideradas, bajo el punto de vista higiénico, como preciados dones para la salud. la inteligencia y la alegría del bien vivir humano..

SECCIÓN DE ACTUALIDAD

PRIMER CONGRESO HISPANO-PORTUGUÉS DE TOCOLOGÍA Y GINECOLOGÍA

MADRID, 28 ABRIL - 4 MAYO 1931

COMUNICACIONES

(CONCLUSIÓN)

G. BRITES (Coimbra). — *Aspectos morfológicos del sarcoma de mama.*

El sarcoma es de las menos frecuentes de las neoplasias de la mama, no siendo, en rigor, posible todavía el determinar la frecuencia, por confundirse con fibromas y fibroadenomas, confusión que se extiende hasta el terreno microscópico. Ha reunido el autor diez casos.

No hay sarcomas cuyo terreno de desenvolvimiento sea exclusivamente la mama. La mayor parte de los sarcomas de mama son tumores mixtos; los sarcomas puros son muy raros. El sarcoma de la mama es estructuralmente proteiforme, no habiendo motivos que justifiquen su clasificación según las dimensiones de sus células. Una única clasificación se puede admitir justamente: sarcomas globocelulares y fusocelulares. Detalla la estructura histológica de estos tumores. Las particularidades morfológicas del sarcoma de mama explican su malignidad.

MONJARDINO (Lisboa). — *Fístula recto-vaginal.*

Una enferma de cuarenta años fué operada de colpoperineorrafia por prolapso uterino completo con cisto y rectocele. A los tres días se formó en el tabique recto-vaginal un absceso (coli), en seguida una necrosis de la vagina y del recto, formándose una fístula de grandes dimensiones, operada infructuosamente a los tres meses; la operación consistió en avivamiento y sutura en dos planos, vaginal en sentido longitudinal y rectal en el transversal.

La segunda tentativa consistió en suturar el recto en bolsa, haciendo salir los hilos por el ano y ejerciendo tracción para hacer otra sutura en bolsa de todas las técnicas intestinales, exceptuada la mucosa.

Independientemente se suturó la vagina de modo que la sutura no correspondiera con las anteriores. Se reprodujo nuevamente la fístula, y fué operada por tercera vez con completo éxito. Esta tercera intervención constó de los tiempos siguientes: dilatación forzada de ano, tracción con la pinza de Museaux del borde superior de la fístula, sección comprendiendo todos los tejidos,

desde el borde inferior de la fístula al reborde anterior del ano; separación de los colgajos resultantes, desecándolos; disección y levantamiento de la mucosa vaginal, separándola del recto subyacente; suturas separadas de los extremos del esfínter; sutura del borde rectal, del periné y de la mucosa vaginal.

Los resultados fueron excelentes.

SILVA CARVALHO (Lisboa). — *Historia de las comadronas portuguesas.*

En el trabajo del profesor Silva, de tipo histórico-literario, se hace mención de la manera de asistir partos por las comadronas desde la época más remota; hay en su texto curiosas citas de obras antiguas en que se recomendaba a las parteras maniobras desprovistas, lógicamente, de carácter científico, consistiendo realmente en las más absurdas supersticiones. Todo lo que se refiere a la relación profesional entre parteras y médicos, honorarios, etc., se encuentra en la comunicación del doctor Silva.

MADUREIRA (Monte Estoril, Lisboa). — *Sobre el cáncer de la mama.*

Somete a la apreciación de los congresistas las siguientes cuestiones:

1.ª ¿Está justificada la amputación parcial como proceso terapéutico del cáncer de mama?

2.ª En el cáncer de mama, desde su principio, ¿debe hacerse sistemáticamente el vaciamiento axilar, el vaciamiento subclavicular y la busca del grupo de Sergino, o solamente usaremos este proceder quirúrgico cuando las lesiones glandulares sean palpables?

3.ª ¿Debe hacerse sistemáticamente la resección de los dos músculos pectorales o hay casos en que bastará la simple resección de la aponeurosis y aun su conservación?

4.ª ¿Debe ser considerado como un progreso indiscutible en el tratamiento del cáncer de mama el uso del bisturí eléctrico?

5.ª Al mismo tiempo que la amputación, ¿deben hacerse aplicaciones radioterápicas o deben ser aplicadas antes o después del acto operatorio o únicamente en uno de estos tiempos?

J. LEON (Buenos Aires). — *La suerorreacción de Manoiloff. Su valor en el diagnóstico del embarazo.*

Hemos visto que, según Manoiloff, los reactivos viran al amarillo o amarillo rosado con el suero de embarazadas, y que, en cambio, se obtendría un color azul, azulado o rosado azulado, al tratarse de personas no grávidas.

Nosotros, de acuerdo con nuestros ensayos, admitimos que la mezcla diuretina Azul de Nilo, que es lila:

1. Vira al anaranjado en los casos fuertemente positivos.
2. Vira al «bois de rose» en los casos débilmente positivos.
3. Permanece lila o borra de vino, o violácea, o violácea tirando a marrón, en los casos negativos.

Por fin, tendremos casos dudosos, que será difícil hacer entrar en alguno de los tres grupos mencionados (tinte «bois de rose» con reflejo violáceo, etc.).

Ahora podemos interpretar nuestros resultados.

En cincuenta y tres mujeres manifiestamente embarazadas, hemos obtenido cuarenta y siete contestaciones positivas, o sea en el 88 por 100 de los casos.

La reacción falló solamente en los dos primeros meses del embarazo (tres resultados falsos y tres dudosos sobre veinte análisis), lo cual significa un índice de error equivalente a un 30 por 100.

En cambio, en treinta y tres mujeres grávidas de más de dos meses, la reacción dió siempre resultados positivos, y en particular fuertemente positivos en treinta casos, o sea en el 91 por 100.

En seis puérperas revisadas, la reacción fué débilmente positiva en tres de seis y siete días, muy positiva en una de treinta días y negativa en dos de trece y treinta y cinco días, respectivamente.

En veintiuna mujeres no embarazadas sanas, o que padecían de afecciones variadas, con las que puede ser necesario hacer diagnóstico diferencial, la reacción fué exacta en catorce casos, o sea en el 66 por 100; falló completamente en cinco y fué dudosa en dos. En enfermas portadoras de un mioma o con trastornos de la menopausia, los resultados fueron particularmente irregulares.

En cinco hombres, la prueba dió un resultado francamente negativo en tres y dudoso en dos.

Si omitimos los análisis practicados en puérperas y en hombres, y agrupamos embarazadas y no embarazadas, nos quedan 74 pruebas, en las que la reacción dió:

Resultados exactos, 61 veces; falsos o dudosos, 13.

Es decir que, en conjunto, la reacción fué exacta en el 78 por 100 de los casos.

Ni la edad de las enfermas, ni su paridad, ni el hecho de que estuviesen en ayunas, o hubieran tomado alimento, parece haber tenido influencia en los resultados de la reacción.

* * *

En los dos primeros meses del embarazo, es decir, en una época en que podría suplir al diagnóstico dudoso, la reacción no presenta, desgraciadamente, suficientes garantías, contrariamente a lo que ocurre con la prueba de la floridzina; con ésta, como lo han demostrado el profesor Beruti y el doctor Diradourian, los resultados son más exactos al principio de la gestación.

A partir del segundo mes del embarazo, la reacción da siempre resultados positivos, los que preceden, pues, de unos dos meses, los signos clínicos de certidumbre, y de varias semanas, los signos radiológicos.

Comparando los resultados de la reacción de Manoiloff en distintas épocas de la gestación y del puerperio, vemos claramente que durante el embarazo la reacción, que es a menudo completamente negativa, dudosa o débilmente positiva durante los dos primeros meses, es casi siempre fuertemente positiva después del segundo mes hasta el término. Efectuado el parto, la prueba empieza a ser débilmente positiva, y a las dos semanas ya se notan resultados negativos, lo que hace creer en una vuelta paulatina del suero a la normalidad en el período puerperal.

La reacción carece de especificidad, pues es a menudo positiva en mujeres no grávidas y particularmente en miomatosas y menopáusicas.

Parece que en vista de la constancia y nitidez que presenta la reacción a partir del segundo mes del embarazo, ésta puede ser un elemento de valor, susceptible de ser tomado en cuenta para un diagnóstico dudoso; una reacción negativa descarta un embarazo de más de dos meses.

Las restricciones apuntadas y la época del embarazo en que se hace utilizable disminuyen mucho el valor práctico de la reacción.

Sin embargo, el interés científico de ésta, como de otras reacciones serológicas, es indiscutible, puesto que nos demuestra que durante el embarazo el suero sanguíneo sufre modificaciones importantes, las que, sin embargo, pueden observarse en otros estados fisiológicos o patológicos.

Será, naturalmente, menester hacer los experimentos en mayor escala, especialmente con embarazadas de los primeros meses, para sentar conclusiones definitivas.

Conclusiones:

La reacción de Manoiloff no permite el diagnóstico precoz del embarazo, pues durante los dos primeros meses de la gestación la prueba es a menudo negativa, dudosa o apenas débilmente positiva.

A partir del segundo mes, sus resultados son siempre positivos.

La reacción no es específica del estado de gestación, pues es frecuentemente positiva en mujeres no grávidas, y particularmente en miomatosas y menopáusicas.

Una prueba positiva no afirma la existencia de un embarazo.

Una prueba negativa descarta un embarazo de más de dos meses.

R. GANDOLFO HERRERA y R. SANMARTINO (Buenos Aires). — *Raro tumor anexial.*

Estudian ambos autores con gran detención una enferma que presentaba un tumor anexial constituído por la trompa, delgada, con varios pliegues, sin

adherencias periféricas, con franjas adheridas entre sí, y por un tumor ovalado, pétreo, de cuatro centímetros en el diámetro mayor por dos y medio en el diámetro menor. Superficie exterior blanquecina, fibrosa, con múltiples adherencias fibrosas.

Al corte, efectuado con sierra, se encuentra una cavidad de tres centímetros de largo por 1,7 de ancho; cavidad ocupada por líquido cristalino; la superficie de esta cavidad es de color blanco lechoso, completamente lisa, sin ninguna apariencia de proliferación o de necrosis.

La pared misma, de aproximadamente medio centímetro de espesor, de color amarillento, tiene todo el aspecto macroscópico de una lámina ósea.

Acompañan al trabajo siete microfotografías.

SUSINI (Vichy). — *Tratamiento de las algias vagino-pelvianas por inyección de anestésico en el sitio del dolor.*

En un período de dos años ha tratado tres casos de vaginismo complicado con neuralgia pelviana, en los que habían fracasado todos los métodos médicos o eléctricos. Empleó la alocaína al 2 por 100, haciendo la inyección en el punto de emergencia del nervio pudendo. En el primer caso, bastaron cuatro inyecciones; en el segundo desapareció el espasmo a la octava inyección, y en el tercero solamente fueron precisas seis.

Sería prematuro, por tres casos, tener una opinión precisa sobre la acción de los anestésicos locales empleados «loco dolenti»; sin embargo, la inocuidad y sencillez de su empleo aconsejan su utilización antes de practicar métodos más graves, como la operación de Simson, que consiste en seccionar el nervio pudendo externo.

SANSALVADOR (Barcelona). — *Contribución al estudio, tratamiento y curación de las fístulas urinarias de la mujer por vía vaginal. La sutura metálica cauchutada del doctor Sansalvador para la mucosa vaginal.*

Conclusiones: El tratamiento eficaz de las fístulas urinarias de la mujer por vía vaginal puede resumirse en estos principios fundamentales.

Una buena exposición y una perfecta asepsis de la región. Un buen avivamiento por desdoblamiento, lo suficientemente amplio para asegurar un extenso contacto de las superficies que deben unirse.

Empleo de suturas no irritantes y desinfectadas, sutura interior con catgut número 1, la exterior o mucosa con la metálica cauchutada.

Asegurar un buen drenaje vesical con la sonda permanente de Petzer con nuestra cánula metálica siempre abierta.

Cuidados postoperatorios: colocar la enferma en decúbito lateral, irrigación vesical diaria a poca presión con agua bórica caliente.

A los diez días de la intervención, examen vaginal retirando los puntos metálicos que queden; a partir de este momento irrigaciones vaginales calientes con una solución antiséptica.

A los quince días la enferma está completamente curada.

SUSINI (Vichy). — *Algunas consideraciones sobre las metritis de origen intestinal.*

He querido llamar la atención sobre las metritis de origen intestinal; son a menudo desconocidas y ocasionan graves errores de diagnóstico en cuanto a las complicaciones sociales.

Desde el punto de vista terapéutico no es posible la curación sin tratar el tubo digestivo y el sistema nervioso.

En el suero anticolibacilar de Vincent, en lo que concierne a las salpingitis y el empleo «in situ» del suero polivalente de Leclainche y Vallée en caso de metrorragia, tenemos dos armas nuevas de tratamiento que ofrecen la ventaja de poder ser empleadas por todos los prácticos, dada su facilidad de aplicación.

J. CROS (Barcelona). — *Un caso de gangrena uterina con expulsión del cuello y porción cervical.*

Son pocos los casos citados en la literatura de gangrena uterina, si se exceptúan los que fueron consecutivos a irrigaciones de sustancias tóxicas (Ahumada, Herrgott, Job, Mauclaire y Tissier).

En el caso que motiva esta comunicación la gangrena no puede atribuirse sino a la tenaz lucha que tuvo que sostener el útero, con una distocia ocasionada por desproporción maternofetal, lucha que duró viente horas, en una mujer que rompe prematuramente la bolsa de las aguas.

Después del parto, y por la continua expulsión de loquios sanguinolentos, se sospecha una retención de restos placentarios, y es conducida a una clínica para hacer un legrado. Colocadas las valvas, se aprecian unos mamelones en el cuello, que se desprenden seguidos de gran hemorragia. La cucharilla no encuentra resistencia, por lo que, convencidos de que ha ocurrido una perforación, se suspende la intervención. Examinados los trozos caídos, están constituídos por el cuello uterino, de aspecto gangrenoso.

La enferma sucumbe a los tres días.

J. CROS (Barcelona). — *Errores de diagnóstico a que puede conducir un tumor del abdomen.*

Con motivo de un caso, diagnosticado de fibroma pediculado del útero,

y que resultó ser una tumoración parietal de abdomen, insiste en la importancia de tener presente esta fuente de error, aunque no sea muy frecuente.

En la enferma a que hace referencia se procedió a la intervención bajo anestesia etérea y con laparotomía media; sorprendiendo la ausencia de tumor en el útero. Buscando por palpación se halló una masa tumoral extraperitoneal, que hubo de extraerse con grandes dificultades por la incisión hecha, y que no era apropiada. Macroscópicamente el tumor tenía un aspecto sarcomatoso que confirmó el análisis microscópico, que lo calificó de fibrosarcoma.

Rokitansky dice haber operado un caso igual, pero diagnosticado de quiste de ovario. Las adherencias del neopalsma con el peritoneo son tan íntimas, que Sänger, que ha operado algunos casos parecidos, propuso ya extirpar tumor y serosa peritoneal sistemáticamente.

F. CARRERAS, F. FAIXAT e I. FIGUERAS (Barcelona). — *Modificaciones de la pelvis renal y del uréter durante el embarazo.*

Ocupándonos de las modificaciones que experimenta el uréter durante el embarazo, notamos que existe dilatación, cambio de dirección, estrangulaciones y acodamientos.

La unanimidad que existe entre los diversos autores en lo que se refiere a la dilatación, así como en su predominancia del lado derecho, tanto por comprobación necrópsica, quirúrgica, cistoscópica, radiológica, deja de manifestarse en cuanto se trata de explicar el mecanismo de tal dilatación.

Analicemos los mecanismos por los cuales puede ser modificado el uréter en su posición, en su forma y en su textura, o bien combinándose estos procesos.

En su posición, el recorrido de los uréteres está siempre modificado en el sentido de una separación de ambos, y al mismo tiempo de un encurvamiento de los mismos con su concavidad hacia la línea media, abarcando la tumoración uterina, dando la sensación clara de que son comprimidos por el útero con mayor o menor intensidad.

En cuanto a su forma, vemos en nuestros casos con frecuencia un estrechamiento o un acomodamiento en la proximidad de la pelvis renal.

La textura del uréter está modificada, según atestiguan interesantes observaciones.

CORTES Y GALLARDO (Villafranca de los Barros, Badajoz). — *El médico rural ante la práctica obstétrica.*

Conclusiones:

1.ª Es una necesidad de mucha importancia el que el médico rural o de

partido tenga una mayor cultura obstétrica, pues su misión en las pequeñas localidades es de gran trascendencia y responsabilidad.

2.ª Los problemas obstétricos más comunes y corrientes pueden realizarse en el ambiente rural, sin más condición que la especialización del profesor.

3.ª El fórceps más antiguo y la pituitrina más moderna marcan un período brillante en la historia de la Obstetricia y serán siempre elementos salvadores de apuros y conflictos.

4.ª En los problemas de mayores dificultades técnicas que las nuevas orientaciones quieran resolver en la cirugía tocológica, afortunadamente los medios de transaporte modernos permiten el pronto traslaado a las Maternidades, para que los grandes especialistas realicen la actuación oportuna.

J. PUGA (Granada). — *Aportación al problema de la existencia de una «glándula intersticial» ovárica en la mujer.*

El folículo atrético no nos da la impresión de un órgano diferenciado altamente. Documéntase la escasa significación fisiológica en su difusa limitación con el resto de tejido ovárico, por la rápida coarrugación que experimenta, por su fuerte hialinización, por la degeneración de sus vasos. También la pequeñez de sus células, la escasa capilarización, hablan contra una significación endocrina; y así realmente debemos ver en la atresia folicular sólo la expresión de una degeneración, y una desaparición del folículo como factor de una actividad funcional.

En realidad, nosotros no estamos de acuerdo con los autores que dan personalidad funcional al folículo atrético. Ni mucho menos podemos recabar para él el concepto de glándula intersticial; no hay bases microscópicas ni fisiológicas.

La tal formación no llena los postulados necesarios a la justificación de un órgano endocrino. Realmente en el gran campo de las secreciones internas, en el que después y a costa de pacientes investigaciones hemos conseguido adquisiciones y aclaraciones notables, ni debemos ni estamos autorizados, sin contar con argumentos y realidades positivas, a introducir confusiones y desvíos, por afán de extender esa maravillosa cualidad de la interna increción a ciertos tejidos orgánicos.

El carácter y realidad de glándula de secreción interna no debe desacreditarse extendiendo tal cualidad a sustrátum anatómicos que no poseen los esenciales caracteres de un órgano endocrino.

Pues en lugar de marchar al unísono con un progreso efectivo, caeríamos nuevamente en la antigua patología humoral. No importa que toda célula orgánica se relacione con los demás tejidos mediante la vía sanguínea. Antes

de imputar una actividad endocrina, debemos comprobar existe una arquitectura independiente del resto del cuerpo, de una limitación exacta y definida.

Para la glándula intersticial de los animales, las precitadas condiciones no son llenadas suficientemente. La inconstancia de su presencia muestra que no podemos unir a ella la existencia de una general e importante función. Los fundamentos para la especie humana son aún menos consistentes. Podemos concluir diciendo: Que actualmente, dentro del estado en que se encuentran las investigaciones a este respecto, no debemos admitir la existencia de una glándula intersticial a base de un cuadro microscópico, sino que posibles perfeccionamientos de la experimentación, en los sentidos antes apuntados, puedan esclarecer cuestiones oscuras, como ésta, y otras más, de la complicidad fisiológica ovárica.

J. PUGA (Granada). — *La histerotomía vaginal anterior, como procedemiento para interrumpir la gestación.*

El tocólogo encuéntrase en muchas ocasiones con casos en los que, estando el cuello cerrado e íntegro, o incompletamente desaparecido y dilatado, existe una indicación urgente o vital para madre o feto al vaciar el útero.

¿Y cuál es el procedimiento que nosotros consideramos preferible para interrumpir la gestación más allá de las doce semanas? La histerotomía vaginal creemos cumple mejor aquel cometido que ningún otro procedimiento clásico.

Después de estudiar las diversas técnicas operatorias, considera ventajosa la posición en la Obstetricia de la colpohisterotomía anterior. Nuestros casos son el baluarte con que defendemos nuestra preferencia por esta intervención. Once casos de eclampsia, cuatro de nefritis, seis por tuberculosis, tres por insuficiencia aguda de hígado asociada a una insuficiencia renal, veintisiete por placenta previa, tres por aborto retardado, siete por mola y dos por enfermedad de corazón. Con ellos hemos sacado el convencimiento de que la histerotomía vaginal anterior, como tal acto quirúrgico, practicada por manos hábiles, posee las mínimas consecuencias fatales para las enfermas.

Por lo tanto, una intervención que no produce nunca ella por sí la muerte de la enferma, que se ejecuta con extrema facilidad, que deja el útero en perfectas condiciones de poder subvenir a un futuro trabajo de parto, teniendo una morbilidad análoga o mejor, igual que la morbilidad puerperal, que nos pone, además, en condiciones de resolver conflictos obstétricos, con cuello cerrado y en cualquier época de gestación, que dura el tiempo escaso de quince o veinte minutos y que tiene las ventajas indiscutibles consignadas ya anteriormente.

Una intervención que de tal manera se comporta, consideramos tiene derecho a figurar entre los procederes electivos para interrumpir la gestación y suprimir el parto.

C. RODRIGUEZ CABELLO (Santander). — *Leyes de protección y asistencia social a las madres.*

Conclusiones:

Primera. Que por todos los medios a nuestro alcance, en conferencias, folletos, periódicos, etc., se intensifique una campaña que redima a las madres solteras del estigma de ignominia y vergüenza y de la persecución social que pesa sobre ellas.

Segunda. Que el Congreso se dirija al Gobierno español pidiéndole una ley que impida el abandono de la mujer embarazada, soltera, casada o viuda, sin subvenir a sus necesidades materiales en tanto que no pueda ser acogida en un centro de maternidad.

Tercera. Solicitar asimismo de los Poderes públicos que entre en vigor cuanto antes el seguro obligatorio de Maternidad, y que se extienda en el grado más amplio posible a las mujeres menesterosas en general, especialmente al servicio doméstico.

Cuarta. Que se haga una ley de investigación de la paternidad, como la tienen establecida la mayor parte de las naciones, que en estas obras de protección social van en vanguardia.

T. DE ITURRI Y LANDAJO (Sevilla). — *Tratamiento de las metritis y anexitis mediante la vacunación regional por la puerta de entrada, según el método de Basset y Poincloux.*

Este método consiste en inyectar a nivel de la puerta de entrada de la infección cierta cantidad de vacuna específica de dicha infección.

¿En qué punto se aplica la inyección? Ello es lo que nos interesa averiguar.

Poincloux deduce de sus observaciones clínicas que la puerta de entrada en organismo femenino del gonococo está en las glándulas periuretrales de Skene, en las glándulas de Bartolino o en el cuello uterino. Reconocible esto porque, inspeccionando la vulva, vemos en las enfermas que tienen una metritis o anexitis, los orificios de las glándulas de Bartolino, rodeados de una mucosa roja, inflamada y exulcerada, indicándonos ser la puerta de entrada a la infección. Otras veces lo son las glándulas de Skene, y aparecen a nuestra vista como un repliegue de mucosa espeso, rojo, que parte de la porción inferior del conducto uretral. Es raro que sean las dos glándulas de las mismas dimensiones: una de ellas, la más infectada, es más gruesa que la otra.

En otros casos, la puerta de entrada a la infección está en el cuello

uterino. Si ponemos el espéculo y observamos su estado, nos encontramos que está grueso, rojo, erosionado.

Luego, en glándula de Bartolino, glándula de Skene o cuello uterino, según el aspecto que tengan, pondremos la inyección.

Si el colibacilo es el agente etiológico, practicaremos la inyección en la mucosa rectal; si no va seguida de efectos útiles, se pone la inyección en la mucosa vulvar o del cuello uterino.

Para los demás agentes etiológicos, estafilococos, neumococos, catarralis, etcétera, aunque para algunos casos no sea su puerta de entrada, he practicado la inyección en la mucosa vulvar o del cuello uterino.

Por ser de más sencilla técnica, empleo en estos casos la introdermoterapia de Goldenberg, aplicada al tratamiento de las anexitis por los doctores Metzger y Fisson, que consiste en aplicar una inyección hipodérmica en la piel del abdomen, encima de las zonas anexiales. He obtenido efectos muy satisfactorios con este procedimiento; por ser en corto número los casos estudiados, dejo para otra ocasión el ocuparme de ello.

Efectos beneficiosos de este método: Ellos se dejan sentir bien pronto. Tras la primera inyección se observa ya algún cambio útil en la sintomatología. La fiebre desaparece después de la primera o segunda inyección, al menos, cuando no lo hace totalmente. Se ve cómo gradualmente la enferma camina hacia la temperatura normal. Por este método he tratado con éxito muchos casos de febrículas que obedecían a la anexitis.

GONZALEZ SERRA (Madrid). — *La obstrucción intestinal, como complicación postoperatoria en ginecología.*

Después de estudiar el autor detenidamente el proceso, fija su atención en dos puntos capitales:

Primero. Su diagnóstico precoz.

Segundo. Resolución inmediata de la conducta a seguir.

En cuanto a lo primero, no siempre puede hacerse con facilidad y rapidez. El que los síntomas sean muy discretos, el que la intervención haya sido reglada y fácil, crea instintivamente en nosotros una reserva. Precisa diagnosticar la obstrucción pura mecánica y diferenciarla de la dilatación aguda de estómago, de la acidosis del íleo paralítico.

En la oclusión intestinal aguda, los principales síntomas: dolor, vómito, distensión abdominal, colapso, tumor, estreñimiento, son manifiestos. La orina suele estar disminuída; con frecuencia suele contener acetona y ácido diacético.

En los primeros momentos existe un aumento de los movimientos peristálticos y borborigsmos, expulsión de gases, según la altura de la obstrucción.

La dilatación aguda de estómago se caracteriza por una gran distensión

del mismo, vómitos (que a veces faltan), sed, sudores fríos, facies hipocrática, pulso pequeño, frecuente y en ocasiones intermitente; poca fiebre y aun hipotermia, supresión de heces y emisión de gases por el ano. Los vómitos son de color verdoso, en ocasiones negruzcos, como posos de café (bilis, jugo pancreático, sangre).

Los enfermos vomitan pequeñas cantidades; son verdaderas ingurgitaciones, que suman en el día algunos litros. Las orinas son escasas; la sed, intensa, y el aliento tiene marcado olor a acetona.

La acidosis postoperatoria es muy frecuente. Fundamentalmente se caracteriza por la presencia de acetona y ácido diacético en la orina, aun cuando a veces pueden faltar, y disminución de la reserva alcalina en la sangre.

Clínicamente los enfermos presentan un estado de verdadera alarma. Pulso frecuentísimo (hasta 140 pulsaciones), lengua seca, disnea intensa, agitación, aliento amoniacal. Vientre doloroso; función del intestino, normal e hipotermia.

Para evitar errores, conviene diferenciar la peritonitis de la acidosis y dilatación aguda de estómago.

Algo análogo podemos decir del íleo paralítico.

Diagnosticada la obstrucción, debe intervenirse inmediatamente.

SLOCKER (Madrid). — *Sobre cinematografía quirúrgica.*

Hace varios años que viene ocupándose de este asunto, a partir de una invitación que recibió del doctor V. Rothe, de Berlín, que operó algunos enfermos con su aparato vertical de luz ultravioleta.

Proyecta tres películas, en color, de hernia inguinal, pielotomía posterior por cálculo del riñón y una histerectomía abdominal por mioma.

Una de las observaciones que ha deducido es la de emplear, si es posible, material no niquelado, para que su reflejo no moleste en la proyección ni haya zonas de veladura.

C MAORTUA (Madrid). — *Tratamiento y patogenia de ciertas modalidades de hiperpolimenorreas juveniles.*

En la presente aportación queremos referirnos a un tipo de irregularidad menstrual juvenil de observación relativamente frecuente.

Nuestra casuística consta de cincuenta y tres casos.

Se trataba de mujeres jóvenes, la mayor parte entre los catorce y veintidós años, en modo alguno encasillables dentro de tal o cual tipo constitucional o con determinada disposición somática. Unos con menarquia precoz; otros, por el contrario, con menarquia tardía. En determinadas enfermas, el síntoma hiperpolimenorrea lo llenaba todo; en otras existían fenómenos complejos, sobreañadidos: obessidad, gran labilidad vaso motriz, astenia, anemia, etc.

Ahora bien; queremos señalar como constante; en los casos seleccionados se entiende la ausencia de alteraciones visibles a los métodos de exploración ordinarios del aparato genital. Salvo el concepto relativo del tamaño del útero, también en nuestros casos muy variables y posibles cambios de posición, no eran apreciables otras modificaciones patológicas. Como es natural, ni se nos oculta la importancia de las anexitis, por ejemplo, en la constitución de síndromes similares; pero a propósito han sido descartadas en nuestra estadística, aunque por otra parte nos hayan servido de ayuda para el estudio anatomopatológico, de la mucosa uterina y del ovario en las piezas extirpadas, ya que, como es natural, las enfermas afectas de hiperpolimenorreas transitorias, y por razones fáciles de comprender, no nos han podido suministrar material ovárico alguno.

Todas ellas fueron tratadas con extractos de cuerpo amarillo, inyectados en días alternos durante los intervalos.

En treinta casos, el segundo mes los ciclos se hicieron menos frecuentes; próximos a las cuatro semanas, al mismo tiempo que la cantidad de la sangre perdida disminuyó considerablemente, lo mismo que los días de hemorragias. En quince casos el resultado no fué tan brillante; sin embargo, los ciclos se hicieron más espaciados, desde luego por encima de las tres semanas, e igualmente disminuyó la intensidad del flujo menstrual.

En los ocho restantes no obtuvimos un resultado primario con terapéutica luteínica.

A. DE UDAETA (Madrid). — *Sobre tres casos de aplasia vaginal.*

Conclusiones:

Con los resultados obtenidos en estos casos, hemos podido observar que los procedimientos operatorios en que se utilizan los injertos de labio menor son de inocuidad bastante pronunciada, sobre todo comparándolo con las estadísticas de los otros métodos operatorios, en los que la mortalidad media es de 11,2 por 100, aún más en la operación de Baldwin Mori y sus análogas, en las cuales el solo hecho de una resección intestinal implica una mayor gravedad en la intervención, y una tracción del mesenterio a que va unida dicha asa, puede dar lugar a la necrosis de la misma con sus consecuencias ulteriores. Aun más; en los casos de existencia de útero, es casi imposible avanzar el cuello de la misma a la vagina neoformada.

Por el contrario, en el método utilizado en la clínica del profesor Recaséns, la gravedad de la intervención es muy pequeña, ya que se ha obrado extraperitonealmente. Por otra parte, la adaptación del cuello a la nueva vagina ha sido en todo caso sencilla, ya que siempre, como punto esencial de la operación, se ha resecado el tabique, yendo en busca del cuello uterino.

En cuanto al inconveniente encontrado por algunos autores acerca del fracaso de los injertos, en nuestra corta experiencia no nos hemos hallado con tropieza de semejante clase, debido probablemente a la minuciosa técnica seguida durante la intervención, especialmente en relación con las condiciones nutritivas del injerto y a los cuidados postoperatorios, los cuales tienen también una gran iimportancia en la evolución del mismo. La técnica operatoria es notablemente más sencilla que las otras técnicas usuales, pudiendo ser realizadas en tiempo más reducido.

Los resultados funcionales postoperatorios, como se desprende de la observación de los casos presentados, han sido siempre satisfactorios.

Aunque los resultados funcionales son en todo caso positivos, el único inconveniente que encontramos al método es el tamaño algo reducido de la neovagina, aunque siempre es susceptible de aumentar su capacidad por los sucesivos coitos.

C. LOPEZ DORIGA (Madrid). — *Algunas observaciones sobre proteinoterapia en la sepsis puerperal.*

Primera. — Que en la sepsis puerperal grave, ya que no tenemos ningún remedio verdaderamente eficaz para combatirla, lo más importante es favorecer al organismo en su lucha con la infección, aumentando en lo posible sus defensas.

Segunda. — Que esta finalidad podemos conseguirla, además de con los medios generales de alimentación adecuada, tónicos cardíacos, suero glucosado, adrenalina, etc., con la proteinoterapia.

Tercera. — Que precisamente en la sepsis puerperal tenemos un excelente reactivo biológico, casi exclusivo de esta enfermedad, y a la vez es de un gran valor pronóstico.

Cuarta. — Este signo es la intensa congestión mamaria, que se observa en las veinticuatro horas siguientes a la inyección de proteinas, en los casos favorables.

Quinta. — Que manejado prudentemente no da lugar a fenómenos reaccionales graves, ni aun en los casos en que las temperaturas son elevadas.

TORRE BLANCO y CARSI (Madrid). — *El fórceps clásico actual, como obstáculo al progreso de la obstetricia.*

Conclusiones referentes al fórceps de Kyelland:

1.ª Ni el fórceps de Kyelland ni ninguno deben emplearse en presentaciones cuyo ecuador no esté por debajo del primer plano de Hodges. La distocia entonces sale de los dominios del fórceps.

2.ª En las presentaciones bajas y anteriores, el fórceps de Kyelland es igualmente útil que cualquier otro modelo, tanto se aplique según la técnica original o al modo clásico.

3.ª En las presentaciones bajas en oblicuo anterior, el Kyelland hace una presa más correcta que el Tarnier, por la aplicación previa de la rama anterior.

4.ª En las presentaciones transversas y ligeramente deflexionadas, y en muchas ocasiones en descenso asinclítico (mecanismo del parto en pelvis ligeramente planas), siempre que el ecuador haya traspuesto el primer plano paralelo, el Kyelland se manifiesta muy superior al Tarnier por las siguientes razones:

a) La introducción previa de la rama anterior permite una presa cefálica transversal.

b) La forma de bayoneta de este fórceps permite una presa correcta, o al menos casi correcta, por lo que se refiere a la superposición del eje de la cuchara con el diámetro occipitomentoniano.

c) El Kyelland permite asimismo la extracción de una sola vez en O. P., cosa que con el Tarnier, aplicado de modo clásico, sólo es posible manteniendo la presa oblicua inicial, ya que con la técnica de Llames Massini, si bien basta con una sola aplicación, es a expensas de terminar en O. S., con sus correspondientes inconvenientes.

5.ª La superioridad más completa del Kyelland sobre el Tarnier se aprecia en las posiciones posteriores, en las cuales, por la forma del instrumento y su modo de emplearlo, con una sola aplicación basta para resolver sencillamente estas distocias. El Kyelland es fundamentalmente un fórceps de rotación.

6.ª El fórceps de Kyelland, por su construcción de ramas cruzadas y forma de las cucharas, producía fácilmente lesiones en la cabeza fetal, pero con la pieza de seguro de que recientemente va provisto este aparato, tal inconveniente ha desaparecido.

7.ª El fórceps de Kyelland puede ser desastroso empleado por persona no competente.

E. PARACHE GUILLEN (Madrid). — *Esterilidad tubárica.*

Conclusiones:

1.ª La insuflación tubárica y la salpingorradiografía son medios de gran valor e inocuidad para el diagnóstico.

2.ª La insuflación positiva diagnostica con toda seguridad la permeabilidad tubárica.

3.ª La insuflación negativa, repetida con igual resultado en dos momentos distintos del ciclo, diagnostican asimismo con seguridad la impermeabilidad tubárica.

4.ª La salpingorradiografía debe hacerse en estos casos para diagnóstico del

sitio de obstrucción, pudiendo hacerse inmediatamente después del fracaso de la segunda insuflación, para ahorrar una operación.

5.ª Sólo en estas condiciones juzgamos prudente ir a la operación.

J. GARCIA DEL MAZO Y AZCONA (Madrid). — *La conjuntivitis purulenta del recién nacido. Profilaxis.*

Conclusiones:

1.ª Que por el ministerio de la Gobernación se dicten las disposiciones necesarias para que sean puestos en práctica los medios profilácticos, cuya eficacia es indiscutible, en la oftalmía purulenta del recién nacido.

2.ª Que por el ministerio de Instrucción pública se haga obligatorio a las comadronas y practicantes concurrir a las lecciones teóricoprácticas que dan los profesores de Oftalmología sobre la conjuntivitis purulenta.

3.ª Divulgar por todos los medios posibles los peligros de la Oftalmía purulenta y recomendar el tratamiento profiláctico.

R. GARCIA CASAL (Madrid). — *Parálisis radial del recién nacido. Descripción de una nueva distocia.*

Conclusiones:

1.ª Que existe una nueva distocia por procidencia del brazo posterior.

2.ª Que puede ser acompañada de parálisis radial braquial inferior por compresión del nervio.

3.ª Que el agente compresor es el promontorio.

4.ª Que la compresión puede ser de tal intensidad, que ocasione una necrosis de la piel.

R. REBOLLEDO DOMINGUEZ (Madrid). — *Cirugía conservadora en Ginecología.*

La orientación en el sentido conservador quirúrgico, preconizado por numerosos autores, proporciona indudables beneficios a la enfermas cuando preside un criterio clínico concienzudo junto a una técnica irreprochable. Estos dos factores son importantísimos para el éxito de la intervención.

Es muy importante extremar los detalles de técnica y asepsia. Suturas meticulosas, hemostasia perfecta y no magullar los tejidos, evitarán adherencias y hemorragias que den al traste con el resultado esperado. Son, pues, en estas intervenciones donde se aprecia la habilidad y el modo de hacer del ginecólogo.

Las indicaciones más discutidas son aquellos casos de lesiones anexiales bilaterales y uterinas (inflamatorias, tumorales de naturaleza benigna); la conducta terapéutica puede enfocarse deseando conservar las funciones de repro-

ducción o solamente las genitales, y en estos casos mayor número de veces podemos conservar éstas que las primeras. La edad juega un gran papel.

En primer lugar pasaremos revista a los casos en que, dejando útero en su totalidad, la intervención ataca trompas y ovarios. Numerosas son las enfermas en las que efectuamos una resección de ovarios; en una de ellas dejando tan sólo un cuarto del ovario derecho, a los dos años se presenta embarazada de cuatro meses. Se hacían estas resecciones por tratarse de ovarios grandes y poliquísticos. Dos observaciones correspondían a nulíparas con dos y tres años de matrimonio, que quedaron embarazadas a los siete meses y un año de realizada la intervención; en estos casos no surgen dudas en la conducta a seguir.

Siguiendo el proceder de injertar fragmento libre de ovario en dos enfermas, fueron observados a los tres y cinco meses de la intervención; en el primero no habían aparecido las reglas, y en el otro, desde el primer mes, siendo normales. De seis casos que describe Pavlik, se presenta la menstruación de seis semanas a tres meses, sin embarazos posteriores.

Dados los conocimientos actuales creemos que, si no para conservar la función generadora, para la genital es el proceder más beneficioso la trasplantación de tejido ovárico a útero, nunca haciéndonos grandes esperanzas respecto a su duración, mas obrando así evitaremos el desequilibrio brusco y peligroso, producido por el paso de la actividad genital a la carencia más absoluta.

M. SANCHO RUIZ-ZORRILLA y J. GARCIA ORCOYEN (Madrid). — *El neumoperitoneo en el Roentgendiagnóstico ginecológico.*

El neumoperitoneo es un método diagnóstico completamente inocuo. Con la técnica que empleamos y el dispositivo y cantidad de gas que inyectamos es absolutamente imposible que se produzca ninguna grave complicación, como se ha comprobado en más de doscientos casos efectuados en la clínica ginecológica y un par de docenas en la clínica particular de uno de nosotros.

Reputamos el oxígeno como el gas más adecuado, debido a su inocuidad para el organismo, así como su facilidad de difusión y reabsorción.

Empleamos como dispositivo de máxima seguridad y control el aparato inyector del doctor Bayeux. Provisto de un manómetro que indica la presión de gas en el depósito, y otro manómetro después de las cámaras descompresoras para medir la presión en la cavidad inyectada.

Las indicaciones del neumoperitoneo no pueden ser establecidas en forma concreta y definitiva. Depende de las limitaciones de otros medios diagnósticos y está indicado en los casos en que falta claridad diagnóstica y, sobre todo, en aquellos en que existe un dilema entre dos diagnósticos contrapuestos.

Es utilísimo, en general, para el diagnóstico y localización topográfica de toda clase de tumores intrapélvicos e intraabdominales. Dibujando el contorno de los genitales internos, da en muchos casos a conocer el grado de extensión y localización de muchos procesos inflamatorios, permitiendo a veces resolver un diagnóstico e instituir el tratamiento adecuado.

El neumoperitoneo es de gran utilidad para el diagnóstico de la tuberculosis peritoneal. Y este método diagnóstico, en muchos casos, puede ser curativo sustituyendo a la laparatomía.

El neuroperitoneo como medio didáctico familiariza con la imagen y topografía de los órganos normales y patológicos, y debe su estudio ocupar un lugar en toda clínica ginecológica.

SANCHO RUIZ ZORRILLA (Madrid). — *Excitación Roentgen, como tratamiento de la hipofunción ovárica y de la esterilidad.*

Conclusiones.

1.ª La roentgenexcitación es el tratamiento de elección de la hipofunción ovárica simple o asociada a otros trastornos endocrinos.

2.ª La irradiación del ovario en dosis que oscilan, según los casos, de un 10 a un 20 por 100 de lo que se reputa como dosis eritema, provoca un estímulo global de su funcionalismo, tanto en lo que se refiere a su función ovígena como a la normalización de su función endocrina.

3.ª Dada la mutua relación de las funciones hipofisarias y ovárica, la irradiación a dosis excitante de la glándula pituitaria estimula la función ovárica, haya o no insuficiencia hipofisaria.

4.ª En las disfunciones ováricas complicadas con otras disfunciones, principalmente hiper o hipotiroidismo, la irradiación a dosis deprimente o excitante en la glándula en disfunción completa con el tratamiento de la irradiación ovario-hipofisaria.

5.ª El efecto de la acción de los rayos X es más profundo y persistente que el de los productos opoterápicos, pues éstos introducen en el organismo elementos que faltan, mientras que los rayos X estimulan a las glándulas en hipofunción a la producción fisiológica de su secreción normal.

6.ª En casos de hipofunción ovárica simple o asociada es inútil simultanear el tratamiento opoterápico, pues en los casos en que fracase el tratamiento Roentgen, fracasará toda opoterapia.

7.ª Antes de proceder a las aplicaciones es conveniente afianzar el diagnóstico, pues a veces un estado patológico puede ser la causa del síndrome ovárico, y en muchos casos una causa mecánica motivar la amenorrea.

8.ª Es conveniente asimismo hacer una salpingografía en mujeres casadas

que, a pesar de parecer genitalmente normales, no han tenido embarazo y presentan un cuadro que pueda hacer creer en una disfunción genital.

9.ª No hay límite de edad ni de duración del proceso para la roentgenexcitación dentro del período de actividad ovárica; naturalmente, cuanto más leve y menos antigua sea la alteración y más joven la enferma, más favorable y rápido será el resultado.

10. Aun en los casos de ausencia o esclerosis completa del ovario, como tras la castración Roentgen la irradiación excitante de hipófisis a dosis adecuada, puede combatir con éxito trastornos secundarios ligados al déficit endocrino.

11. En las dismenorreas que acompañan en las jóvenes cloroanémicas al establecimiento de la función menstrual, así como en las oligomenorreas de anémicas, tuberculosas y debilitadas, está indicada la roentgenexcitación, unida al tratamiento tónico y dietético.

SANCHO RUIZ ZORRILLA (Madrid). — *Mi experiencia de diez años de tratamiento Roentgen de los miomas uterinos.*

Conclusiones.

1.ª No existe contradicción de edad para el tratamiento Roentgen de los miomas uterinos. Estando médica y socialmente más indicada cuanto más cercana esté la paciente a la menopausia.

2.ª No existe contraindicación de localización ni tamaño, aunque obedecen más eficazmente al tratamiento los intersticiales. Si son más voluminosos, la regresión no es completa, conviniendo en algunos casos respetar la línea blanca, por si el núcleo fibroso persistente causase molestias a la enferma.

3.ª No existe contraindicación de naturaleza histológica, aun cuando más blando y muscular es, se obtiene mayor reducción.

4.ª La posible degeneración sarcomatosa debe ser diagnosticada y, caso de existir sarcoma, irradiarse a dosis adecuadas. En casos de diagnóstico dudoso, es conveniente irradiar a dosis sarcomatosas.

5.ª La degeneración o coexistencia con un carcinoma debe de ser diagnosticada y obrar en consecuencia. En casos determinados, es fácil la confusión diagnóstica con un carcinoma de cuerpo. Habiendo la menor duda, que puede sobre todo surgir en mujeres de edad avanzada, es recomendable hacer un Roentgen-Wertheim.

6.ª No creo en la degeneración maligna de un mioma irradiado por el hecho de las irradiaciones. Los rayos X no varían el tipo histológico de los tejidos. Pero es posible la existencia de un tumor maligno no diagnosticado y su excitación por los rayos X.

7.ª En todo proceso flogístico sobreañadido es preciso considerar aparte el mioma del proceso intercurrente y ver la posibilidad de curación médica para irradiar después el mioma.

8.ª La castración transitoria es un hecho, aunque su valor no sea en todo caso el 28 por 100 de la H E D de Wintz. Es de difícil realización por la variabilidad del factor biológico, no pudiendo precisarse la duración de la amenorrea conseguida, pero con tanta más probabilidad de que reaparezca la menstruación cuanto más joven sea la enferma.

9.ª La castración unilateral preconizada por Pape es un método digno de difundirse y ensayarse en mujeres jóvenes en las que convenga no interrumpir su vida genital. Yo la he empleado con éxito en casos de hipermenorreas ligados con hiperfunción ovárica.

10. Aunque de menos radiosensibilidad que el ovario, el mioma en sí es sensible a la acción de los rayos, como lo demuestra en casos en que, después de conseguir la amenorrea una nueva aplicación, ha acelerado la reducción del tumor, así como los miomas postmenopáusicos. Por eso, en los casos de mioma prefiero irradiar el útero conjuntamente con ovarios.

11. La roentgenterapia es el método más inocuo, más conservador, menos molesto y más económico para el tratamiento de los miomas uterinos, así como para la castración.

12. El único método operatorio parangonable en lo conservador al tratamiento Roentgen es la miomectomía, aunque este método es de técnica difícil, mucho menos inocuo, y en casos frecuentes de muchos múltiples nódulos miomatosos, no da garantía ninguna de curación. Debe reservarse a los miomas submucosos fáciles de extirpar radicalmente; pero aun en éstos suelen existir nódulos intersticiales, y es conveniente el tratamiento Roentgen después de la intervención.

Coincido con todo, como conclusión final, con la de Beclere: «La roentgenterapia es el método de elección para el tratamiento de los miomas uterinos, mientras por otra causa no exista indicación de una urgente intervención quirúrgica.»

GARCIA ORCOYEN, TORRE BLANCO y VEGA (Madrid). — *Foliculina.*

Conclusiones:

1.ª La administración de foliculina por vía oral es perfectamente activa en el terreno experimental utilizando la rata blanca, y aunque claro es que el proceso digestivo humano es muy distinto del de un animal hervíboro, sin embargo, los resultados clínicos obtenidos, y de los que en otra ocasión nos ocuparemos, y los experimentales de otros autores, permiten aceptar esta vía de administración en la práctica.

2.ª La vía paraenteral logra reacciones muy intensas (aumento brusco del tono), pero de acción fugaz.

3.ª Administrando por vía oral el Progynon que primeramente se encontraba en el comercio, se obtienen resultados distintos de los producidos por el Progynon actual, en cuyas grajeas se encuentra la foliculina en no mayor grado de pureza, pero mezclada con ciertas sustancias lipoides. Comparando estos resultados entre sí con los obtenidos por la vía parenteral, se aprecia que la elevación del tono hormonal se consigue con máxima intensidad con las inyecciones, después con la administración del Progynon moderno y, por último, con el antiguo, correspondiendo la persistencia de la acción primero al Progynon moderno, después al antiguo y, por último al administrado en inyección.

4.ª Nos referimos en estas conclusiones al empleo de una sola dosis; pero está asimismo demostrado que la misma cantidad, administrada en dosis fraccionadas, prolonga aún más la acción del medicamento.

5.ª De estos resultados se deduce la aplicación clínica de que cuando necesitemos obtener una elevación brusca e intensa del tono folicular, deberemos emplear la vía paraenteral, en tanto que si más que una brusca elevación de tono perseguimos mantener persistentemente éste, daremos preferencia a la vía oral.

J. GARCIA y E. F. NADALMAY (Madrid). — *Un caso de pelvis hendida.*

La enferma portadora de esta tan frecuente anomalía pélvica, objeto de esta nota clínica, ofrece un cierto interés no sólo ginecológico, sino también médico-quirúrgico en general, por tratarse de un caso raro, tan raro, que después de haber consultado extensa bibliografía no han hallado la referencia de un caso concreto.

Hace un detenido estudio de la topografía de la pelvis hendida y del caso presentado, y dice que el porvenir obstétrico de estas enfermas es perfecto en la mayoría de los casos, toda vez que la exagerada amplitud de la excavación pelviana ofrece al paso del feto menos resistencia que una pelvis normal; lo prueba el hecho de que en este caso la enferma ha tenido dos partos completamente normales, siendo uno de ellos gemelar; pero no pueden decir lo mismo con respecto a su futuro ginecológico, aun cuando en el caso presente las cosas no hayan llegado a extremos inquietantes.

C. MILLAN LAVAL (Madrid). — *La reacción de Manoiloff.*

La suero-reacción de Manoiloff, por su extremada sencillez, viene a resolver, en gran parte, el diagnóstico precoz del embarazo.

Se practica con cinco gotas de suero de una enferma, a la cual se le agrega 1 c. c. de solución de diuretina al 2 por 100; se agita esta mezcla y

se la añade una, dos o tres gotas de clorhidrato de azul de Nilo, en solución alcohólica al 0,2 por 100. Caso de ser la reacción positiva, la coloración variará entre los distintos tonos amarillos, y cuando es negativa, la coloración es violácea.

Nosotros hemos efectuado la reacción en distintas enfermas, unas gestantes, otras lactantes, y en algunas que padecían procesos ginecológicos de otra índole. Los resultados obtenidos alcanzan la cifra de 98 por 100 de positividad.

A. PUMARIÑO (Madrid). — *Un método fácil de tratamiento del aborto infectado. Sus resultados.*

Partidario del método abstencionista o conducta expectante en el tratamiento del aborto febril, indica qué casos se prestan de una manera preferente a la adecuada aplicación del método quinohipofisario. Son aquellos abortos, ya en marcha, cuya temperatura pasa de 38 grados y en los que puede demostrarse otra causa que la genital.

Consiste el método en la administración por vía oral de un gramo de quinina, dividido en cuatro sellos, que se toman con un intervalo de una hora. A continuación, y también en intervalos de una hora, se administran dos dosis de dos unidades internacionales de un preparado de lóbulo posterior de hipófisis. Si con ello no se hubiera obtenido una expulsión total del contenido, al día siguiente se repite la medicación. Se deja descansar el tercer día, pudiendo reanudar el tratamiento el cuarto por dos más. Si a pesar de todo no se consigue el objeto o aparece una hemorragia persistente, se está autorizado a practicar un legrado.

En diez y ocho casos se consiguió la evacuación inmediata del útero y el descenso de la temperatura, mientras que en dos se vació la matriz, persistiendo la fiebre, a consecuencia de infiltraciones en los parametrios.

GIL Y GIL (Madrid). — *Alteraciones de la mucosa de la vagina durante el ciclo menstrual.*

Todos los autores demuestran los cambios de estructura que sufre el epitelio de cubierta de la vagina durante las distintas fases del ciclo menstrual. Estos cambios se reducen a los hechos siguientes, que yo he podido observar.

La altura diferente que presenta el epitelio vaginal, el cual llega al máximum al empezar la menstruación. La cornificación del epitelio entre la fase funcional basal, que tiene lugar durante el intermenstruo, y nos indica la zona de esfoliación vaginal que ha de tener lugar durante la menstruación. El crecimiento epitelial durante el premenstruo, por encima de esta capa de cornificación, y que ha de ser eliminado durante la menstruación.

El proceso reparativo de la misma naturaleza que el de la mucosa de la

matriz, y que empieza a manifestarse al terminar la menstruación. Sin embargo, la proporción de las células y de los leucocitos en el flujo, ha sido tan variable, que no hemos podido relacionarlos con las diferentes fases de la actividad ovárica. Estos recuentos los habíamos realizado en mujeres casadas, y nosotros pensamos, y no tendría nada de particular, que los componentes sólidos y líquidos del flujo se hallasen influenciados por la vida sexual a que se hallaban sometidas.

GIL Y GIL (Madrid). — *Tratamiento del flujo vaginal por las sales Puffer del ácido láctico.*

Se hace la dilución del ácido láctico al 0,5 por 100, y la técnica consiste en limpiar de flujo las paredes vaginales por medio de gasa seca, y a continuación aplicar una gasa empapada en la solución de ácido láctico.

Es conveniente no frotar la vagina con la gasa, sino comprimir solamente en toda su extensión. El baño de la vagina con la solución de ácido láctico debe durar de tres a cinco minutos. A continuación, la enferma tendrá dos días de descanso, durante los cuales no se dará irrigación ni lavado, y seguir sucesivamente esta técnica siete días alternos.

Los resultados obtenidos son muy halagüeños.

INDICE (1)

DE AUTORES

Pág.

A

Agasse Lafont (E.) 289
Agrifoglio (M.) 306
Ahumada (J. C.) 412
Alagua (G.) 321
Alessandri (R.) 304
Alonso Lej (Fernando) **380**
Alvarez Sáinz de Aja (Enrique) . **375**
Alvigi (S.) 273
Alvira Lasierra (Mariano) . . . **177**
Andrade (L.) 420
Anzilotti (A.) 261
Apert (E.) 56
Arjona (J.) 247

B

Barraquer Ferré (L.) 64
Bascompte Lakanal (F.) . 334 y 335
Bastos Ansart (Manuel) 408
Batlle (M. R.) 240
Beltrán (Rodolfo C.) **27**
Benciolini 82
Bietti (G.) 171
Biliar (Ileus) 69
Biscarri de Rubio (Arturo) . . . **276**
Bistis (J.) 169
Blasio (R. de) 85
Bobone (T.) 256
Boccassini (G.) 143
Boccia (D.) 404
Bonorino-Udaondo (C.) 56
Borges de Sousa (A.) 299
Borri (C.) 163
Bottin (J.) 63
Boucamont (J.) 246
Brachetto-Brian (D.) 237
Brites (G.) 484
Browski 319
Bruzzi (B.) 321
Bull (P) 145
Butomo (W. G.) 135

C

Camison (A.) 170
Canuyt (G.) 76
Cardia (M.) 387
Carrasco Martínez (P.) 127
Carreras (F.) . . . . . 391 y 490
Carro (Santiago) **121**
Carvalho (H.) 299
Castellanos (A.) 417
Casteran (E.) 81
Caviglia (A.) 412
Cieza Rodríguez (M.) 238
Cifuentes (Pedro) **32**
Cioppa (A. de la) 254
Clarke (J.) 409
Codina (J.) 62
Codina Castellví (J.) . . . 148 y 311
Coelho (E.) 299
Collazo (J. A.) 139
Collet (F. J.) 320
Conde Andréu (José) **202**
Conde Gargollo (E.) 396
Conill (V.) 389
Conlet (G.) 258
Cordier (V.) 418
Cortes y Gallardo 490
Cossío (P.) 419
Costero (Isaac) . . . 136, 297 y 400
Cros (J.) 489
Cunha Mendoça 387

CH

Chagas (E.) 146
Charleux (G). 244
Chausse 319
Chavany (J. A.). 57

D

D'Amato (H. J.). 314
Daudin Clavaud. 426
Danes (B) 417
Darriba (A. R.) 298
Dartigues (Louis) 130
De Filippi (J.) 241
De Gregorio García-Serrano (E.) . **84, 272 y 366**

(1) Los títulos de los artículos originales escritos expresamente para esta Revista, y los números de las páginas que han publicados, figuran en él con letra distinta.

Pág.

Dejean 172
Delfino (Víctor) 175
Del Río Hortega (Pedro) . 301 y 302
Dhorn (M.) 411
Die (J.) 304
Domínguez (C. M.) 300
D'Onofrio . . . . . 252 y 426
Donovan (R. E.) 408
Dotti (E.) 314
Drouet (P. L.) 87
Ducning (L.) 259
Dueño (F. P.) 302
Dutheillet de Lamothe 428
Duverger (C.) 168

E

Escat (E.) 159
Esplugues (J.) 148

F

Faixat (F.) 490
Faure (Jean Louis) 297
Federici (E.) 248
Feldstein (E.) 166
Fernández Coronado (P.) 319
Ferrán (C.) 322
Figueras (I.) 490
Filippo (M.) 172
Fo el (Augusto). 290
Fornieles (F.) 233
Fraenkel (A.) 63
Funck (C.) 297

G

Galiay Sarañana (J.) 265
Gandolfo Herrera (R.). . 388 y 487
García del Mazo (J.). 499
García Orcoyen (Jesús) 000
Gardere (Ch.) . . . . . 235 y 245
Garrigues Orellana (M.) 331
Gentil 386
Gianniantoni (C.) 327
Gil Vernet 391
Gil y Gil . . . . . 505 y 506
Gilbert - Dreyfus 74
Goded Mur (Antonino) **269**
Gómez Camejo (M.) 409
Gonçalvez D'Azevedo 388
González Podestá (J. C.) 264

Pág.

González Serra . . . . . 397 y 494
Gota Gálligo (Antonio) **124**
Gotschlich (E.) 232
Goufas (G.) 79
Goyanes (J.) 301
Grégoire (R.) 229
Groll (H.) 134
Gualdi (V.) 423
Guillaume (A. C.) 286
Gutiérrez (A.) 151
Gutiérrez Moyano (A.) 158

H

Halban 131
Halm (Leo) 295
Hansen (R.) 419
Haro García (Francisco) 396
Hartenberg (P.) 74
Harting (K.) 000
Hellurg (C. A.) 142
Hermansen (I.) 420
Herrera (O.) 420
Herrmannsdorfer (Adolfo) . . . 228
Herzog (E.) 400
Hibbs (W. G.) 153
Hinojar (A.) 430
Hohlweg (W.) 411
Horno Alcorta (Ricardo) . **339 y 353**
Houssay (B.) 402

I

Ibáñez Puiggari (M.) 422
Iparraguirre 83
Irigaray 83
Iturri (T. de) 493

J

Janet (Julio) 291
Jiménez Díaz (Carlos) 228
Jonan (S.) 262
Jullien (W.) 147

K

Klinge (F.) 134
Klos (Karl) 295
Kovacs (G.) 85
Kretschmer (H. L.) 153
Kretz (T.) 248

Pág.

L

Labandíbar (B.) 151
Labat (G.) 239
Lafora 69
Lafuente Hernández (Angel) . . 294
Landa Sanz (Ramón) **51**
Landabure (P. B.) 243
Lapouge (J.) 286
Largeteau 255
Lasnier (E. P.) 299
Lazarus (Paúl) 385
Lemaitre (F.) 316
Lentini (J.) 330
León (J.) . . . . . 414 y 485
Lequerica (G.) 305
Leto (L.) 431
Leven (G.) 260
Levi (Giuseppe) 292
Lieto Vollaro (A. de) 328
Lipschütz (A.) 234
López Aydillo 69
López Dóriga (C.) 497
López Ramírez (R.) 403
López Sancho (Enrique) 59
Lorey (A.) 264

LL

Llames Massini (J. C.) 413
Llerena Benito (A.) 434

M

Macías de Torres (E.) 392
Madureira 485
Magdlaine (J.) 316
Maggiorotti (M.) 165
Mailho 255
Maisonnet (J.) 288
Malamud (T.) 403
Manuel Ortega (J.) 423
Maortúa (C.). . . . . 398 y 495
Marfan (A. B.) 242
Margotta (G.) 421
Martínez Fraile (T.) 86
Mayer (E. E.) 312
Mayo (W. J.) 140
Melanowski (W. H.) 170
Menéndez (E.) 387
Menneti-Ippolito (R.) 323
Mgebrow (L. M.) 399

Pág.

Michail (D.) 251
Millán Laval (C.) 504
Moatti 324
Monckeberg (C.) 416
Monjardino (J.) . . . . 386 y 484
Morató Cárdenas (T.) 225
Morelli (E.) 327
Moreno (R.) 160
Morichau-Beauchaut (R.) 287
Moulinier (J.) 69
Mouriquand (G.) . . 153, 243 y 244
Murneta Goyena (Federico) . . . 132

N

Nadalmay (Eduardo F.) 504
Nájera (L.) 298
Novais y Souza 385

O

Oberlin 229
Ochotorena (J.) 401
Ortiz (T.) 412
Ortiz Picón (J. M.) 300
Ottolengui (E. L.) 241

P

Padilla (T.) 419
Pagano (A.) 80
Parache Guillén (E.) 498
Parazols (J.) **214**
Pasman (R. E.) 410
Pasquini (C.) 239
Paviot (J.) 69
Pawlovsky (A. J.) . . . . 241 y 408
Pehn (M.) 246
Pena (P. de) 300
Peracchia (Gian Carlo) . . **5 y 106**
Pérez (M. L.) 158
Peset (T.) 174
Podkaminsky (N. A.) 304
Policard (A.) 246
Portmann (G.) 286
Poyales (F.) 250
Puente Duany (N.) 409
Puga (J.) . . . . . 393, 491 y 492
Punsepp (L.) 296

R

Ramadier (J.) . . . . . 319 y 429
Rateau **324**

Pág.

Rebollo Domínguez (Ramón) . . 499
Retrouvey (H.) 164
Rejto (A.) 318
Rivero (E.) 409
Robert (F.) 58
Rocheta (J.) 299
Rodríguez Cabello (C.) 493
Rodríguez Mata 310
Rodríguez Egaña (A.) 407
Roederer (M.) 85
Roffo (A. H.) 403
Roland Chaussinaud 58
Roseuwaner (L.) 158
Roth (E.) 161
Roy (J. N.) 162
Ruiz (V.) 151
Russi (P.) 434

S

Sainton 325
Salazar (E.) 155
Salvat Navarro (Antonio) . . . **439**
Sánchez (J. A.) 436
Sancho Ruiz Zorrilla (M.) 500-501 y 502
Sandoval Amorós (José) 61
Sanfilippo (E.) 235
Sanguinetti (Lucio V.) 56
Sanmartino (R.) 487
Sansalvador 488
Sanz Astolfi (J.) 298
Savoye (J.) . . . . . 235 y 243
Scherrescheuwsky (J. I.) 135
Schiassi (B.) 337
Schilling (C.) 234
Schilling (Víctor) 294
Schneider (P. F.) 156
Schoeller (W.) 411
Schultze (W. H.) 135
Schwarcz (R.) 415
Schweinberg (F.) 399
Seitz 131
Sellheim (Hugo) 225
Sidallean 243
Silva Carvalho 485
Snapper (I.) 142
Soderlung (G.) 173
Sourdille (M.) . . . . . 77 y 167
Slocker 495
Stajano (C.) 157

Pág.

Steinmann (K. B.) 432
Stirpe (G.) 151
Stransky (E.) 155
Susini . . . . . 488 y 489

T

Tello (J. F.) 232
Terracol (J.) 255
Terrades (F.) 390
Terrien 325
Torelló Cendra (M.) 144
Torirso (R. E.) 264
Torre Blanco 497

U

Udaeta (A. de) 496
Uriarte (R.) 174
Usandizaga (M.) . . . . 394 y 395

V

Valentí (S.) 79
Vallejo Nájera (Antonio) **89**
Vances (P.) 425
Vam der Straeten 424
Van Lint (A.) 167
Vasiliu (J.) 321
Vega 503
Veil (P.) . . . . . 236 y 325
Velter (E.) 168
Verger (G.) 432
Vicente Carceller (Mariano) . . . **217**
Vieia (A.) 159
Villard (H.) 326
Vizcaíno (José María) **449**
Voron (J.) 241

W

Wegelin (C.) 135
Weekers (L.) 329
Weissenbach (R. J.) 74
Windholz (F.) 399
Wodak (E.) 435
Wolf (Günther) 288
Wollard (H.) 230
Worms . . . . . 167, 257 y 324

X

Ximénez (M.) 315

Y

Yagüe Espinosa (J. Luis) 404, 434 y **478**
Yoel (M.) 317

Z

Zambianchi (A.) **143**

DE MATERIAS

Pág.

A

Abdomen. (Errores de diagnóstico a que puede conducir un tumor del) 489
Aborto infectado. (Un método fácil de tratamiento del) 505
Abscesos de la mama. (Tratamiento de los) 408
Acción de algunos productos de destilación de la hulla sobre el organismo animal. (Materias para el estudio de la) 399
Acción del ultravirus tuberculoso en la etio-patogenia del eritema indurado de Bazin 85
Acido láctico. (Tratamiento del flujo vaginal por las sales Púffer del) 000
Acomodación. (Sobre los foto-receptores lenticulados y el mecanismo de la) 299
Actinomicosis renal 300
Acústico. (Algunas notas sobre las relaciones entre la encefalitis epidémica y el nervio) 435
Adenoidismo. (La lucha contra el). 254
Adenoidismo y la lucha contra él. (El problema del) 256
Affections douloureuses de l'intestin terminal. (Les) 56
Alanina. (Tres nuevas reacciones funcionales de la) 436
Alergia cutánea en Dermatología. (La) 84
Algias vagino-pelvianas; su tratamiento por inyección de anestésico en el sitio del dolor . . . 488
Alimentos con sales de cobre. (Sobre conservación de) 437
Alquitrán inyectado en el tejido subcutáneo (Ejectos del) . **5 y 106**
Alta frecuencia. (Contribución al estudio del tratamiento de las otopatías por la efluviación de). **319**

Pág.

Alta frecuencia. (Tratamiento del cáncer endolaríngeo por el cuchillo de) 257
Alteraciones del corazón en la fiebre tifoidea. (Contribución al estudio de las) 146
Alteraciones menstruales en las heterotopias extragenitales. (Para la cuestión de las) 135
Amígdalas por la electro-coagulación. (Vaciamiento de las) . . 426
Amigdalectomía. (A propósito de los nuevos procedimientos de) . 432
Amigdalectomía simplificada en el niño. (La) 166
Amigdalectomía total. (La) . . . 286
Amigdalino. (Cefalea de origen) . 321
Amniótica. (Evacuación extemporánea del útero por infección) . . 240
Anales de la Clínica del Profesor C. Jiménez Díaz 228
Análisis bacteriológico de la conjuntiva como examen previo en cirugía ocular. (Valor del) . . 170
Análisis clínicos. (Diccionario manual de) 295
Análisis clínicos. (Interpretación en la práctica de los) 225
Anatomía. (Recientes adquisiciones en) 231
Anatomía. (Manual de) 229
Anatómicas. (Cubetas aplanadas para la conservación de piezas). **202**
Anemia. (Una nueva concepción de la) 297
Anemia alimenticia en el lactante. (Sobre la etiología de la) . . . 155
Anemia perniciosa. (La opoterapia gástrica en la) 404
Anemia por los Rayos Roentgent. (Anatomía patológica de la) . . 135
Anestesia epidural en las operaciones vaginales. (La) 394
Anexitis. (Tratamiento de las metritis y) **493**

Pág.

Anexitis crónicas. (Tratamiento de las) 387
Anexial. (Raro tumor) 487
Antrax por el oxígeno. (Tratamiento del) 239
Apendicitis crónica. (Diagnóstico radiológico de la) 261
Apendicular. (Las lesiones viscerales en las peritonitis agudas de origen) 237
Aplasia vaginal. (Sobre tres casos de) 496
Aplicaciones prácticas del laboratorio a la clínica. (Las) . . . 289
Arcanol. (Observaciones clínicas sobre el) 86
Arritmias. (De las) 236
Arterioesclerosis en edades infantiles. (Contribución sobre la) . . 400
Artritis deformante. (Sobre la patología de la) 408
Asa caliente. (La epiclotectomía al) 258
Astigmatismo latente. (Un procedimiento más para descubrir el) . **51**
Astigmatismo y ptosis 249
Auditivo. (El sistema retículo endotelial en el aparato) 434
Autoinoculación extra-genital por el chancro venéreo. (Un caso de) **272**
Autolizados musculares homólogos. (Sobre la capacidad inmunizante de los) 136
Azufre en el tratamiento del ocena. (A propósito del) 255

B

Bacilo del tifus sobre el nervio óptico. (Investigación experimental sobre la acción del) . . . 327
Bacilos tuberculosos de Calmette. (Estudios histopatológicos en relación con los) 234
Bacterium Granulosis y observaciones sobre su valor en la etiología del tracoma. (Investigación del) 171
Belleza y la moda vistas por un médico. (La) **339**
Bífida. (La úvula) 259
Biología y patología de la mujer . 131
Bismúticos. (Dos casos de dermitis livinoide de la nalga por inyección de preparados) **473**
Blefarochalasis. (Sobre el) . . . 172
Blenorragia en el hombre y la mujer. (Diagnóstico y tratamiento de la) 291
Bronconeumonía. (Las medicaciones específicas o pretendidas específicas de la) 242

C

Cáncer. El comportamiento del epitelio esofágico en los viejos en relación con la estructura anatómica considerada como asiento del) 82
Cáncer. (El rádium en el tratamiento del) 83
Cáncer. (El tratamiento médico del) 140
Cáncer. (La reacción del rojo neutro de Roffo en el diagnóstico del) 63
Cáncer endolaríngeo por el cuchillo de alta frecuencia. (Tratamiento del) 257
Cáncer del yeyuno en el niño. (Pólipos y) 300
Cáncer de la laringe. (El) . . 76
Cáncer de la mama. (Estado actual del tratamiento de) 412
Cáncer de la mama. (Sobre el) . 485
Cáncer y por úlceras. (Sobre la indicación y técnica de la resección gástrica por) 304
Cancerosos. (El glutathion en la sangre normal y en la de los) . 233
Catamenial. (Epiescleritis) . . . 326
Catarata. (Del puente conjuntival en la extracción de la) **214**
Catarata. (Sobre la extracción extracapsular de la) 167
Catarata eléctrica de corriente industrial. (Contribución clínica y biomicroscópica al estudio de la patogénesis y de la morfología de la) **423**

Pág.

Carcinoma sarcomatodes del estómago. (Sobre un caso de) . . 304
Cardíaca. (La quinidinoterapia intravenosa en la terapéutica) . . 419
Cardíaca. (Nuevos puntos de vista en fisiopatología) 144
Cefalea de origen amigdalino . . 321
Células cancerosas. (Variaciones de la Relación Núcleo-plásmica en las) 300
Células ciliadas del laberinto. (El retículo de las) 232
Cerebro. (Los tumores del) . . . 296
Cervical, en el curso de la fiebre tifoidea. (Luxación de la columna) 243
Cervicitis. (La electrocoagulación en el tratamiento de las) . . . 398
Cervicilis. (Tratamiento quirúrgico de las) 395
Chancro venéreo. (Un caso de auto-inoculación extra-genital por el) **272**
Chirurgiens de París. (Resumen de las comunicaciones presentadas a la Societé des) . . . . 306 y 405
Ciego. (Sobre un caso de tuberculoma del) 409
Cinematografía quirúrgica. (Sobre) 495
Cirugía clínica y cirugía operatoria. (Paralelo entre la) 132
Cirugía conservadora en Ginecología 499
Cirugía elemental del médico práctico 288
Cirugía ginecológica. (Estado actual de la) 386
Clorhídrico diluído. (Histología de la gastritis corrosiva experimental aguda por ácido) 232
Colecistitis. (Estudio histo-patológico de las) 299
Colesteatoma. (Del) 318
Colesterinemia en el curso del neumotórax artificial. (La) 151
Complicaciones oto-rino-laringológicas del dengue. (Sobre las) . 317
Congreso Hispano-Portugués de Tocología y Ginecología. (Resumen de las comunicaciones presentadas al Primer) . . 385 y 484
Conjuntiva. (Valor del análisis bacteriológico de la) 170
Conjuntivitis purulenta del recién nacido 499
Constipación del niño de pecho. (El factor alimenticio en la) . . 245
Corazón en la fiebre tifoidea. (Contribución al estudio de las alteraciones del) 146
Corioepitelioma extragenital en el hombre con ginecomastia. (Sobre un) 135
Coroides. (Contribución al estudio del sarcoma de la) 425
Corneal. (Degeneración) 421
Coroides. (Sobre algunas manifestaciones clínicas poco comunes de tuberculosis de la) 248
Corrientes electro-anestésicas de Araya en Oto-rino-laringología. (Aplicación de las) 324
Crecimiento de origen endocrino. (Tratamiento de los trastornos de) 417
Crenoterapia española de algunas enfermedades del aparato digestivo. (Contribución a la) . . . 331
Cristalino. (Extracción intracapsular del) 422
Cuadro hemático y su valor en la clínica. (El) 294
Cubetas aplanadas para la conservación de piezas anatómicas . **202**
Cuerpo extraño. (Sobre tumores inflamatorios abdominales por) . 151
Cuestión sexual. (La) 290

D

Decalcificadores. (Estudio radiológico de los) **300**
Degeneración corneal de Groenow 421
Delirio de celos. (Consideraciones clínicas sobre algunos casos de) **89**

Pág.

Dengue. (Sobre las complicaciones oto-rino-laringológicas del) . . 317
Dermatología. (La alergia cutánea en) 84
Dermitis livinoide de la nalga por inyección de preparados bismúticos. (Dos casos de) **473**
Diabetes. (Hipófisis y) 412
Diabetes infantil tratada por la insulina. (Resultados lejanos y evoluciones de la) 244
Diabética. (El insomnio de la hiperglucemia) 69
Diabéticos. (Factores determinantes de la hipoglucemia en los niños) 243
Diagnóstico del cáncer. (La reacción del rojo neutro de Roffo en el) 63
Diagnóstico del embarazo. (La sueroreacción de Manoiloff; su valor en el) 485
Diagnóstico del estado timo-linfático. (Para el) 134
Diagnóstico entre encefalitis epidémica y tumor cerebral. (Importancia del éxtasis papilar en el) 167
Diagnóstico precoz del embarazo. (La hormona test para el) . . 156
Diagnóstico radiológico con sustancias ópacas en Obstetricia y Ginecología. (El) 294
Diagnóstico radiológico de la apendicitis crónica . . . . . 261.
Diagnóstico y tratamiento de la blenorragia en el hombre y la mujer 291
Diccionario hispano-alemán de términos de Medicina 288
Diccionario manual de análisis clínicos 295
Dietéticas. (El zumo o mosto de manzanas y sus aplicaciones. . 438
Dilatación atónica del estómago. (Procedimiento diagnóstico de la) **260**

Pág.

Dilatación difusa del esófago. (Investigaciones experimentales sobre la) 306
Dilatación manual bajo raqui-anestesia. (A propósito de la) . . 387
Douglas. (Quiste inflamatorio del) 241
Drenaje filiforme en las mastitis de la lactancia. (El) 157

E

Eclampsia del término de la gestación.(La supresión del parto en la) 413
Ectopia testicular. (La) 238
Electro-coagulación. (Procedimiento de vaciamiento de las amígdalas por la) 426
Electrocoagulación en el tratamiento de las cervicitis. (La) . . . 398
Embarazo. (La hormona test para el diagnóstico precoz del) . . 156
Embarazo. (Modificaciones de la pelvis renal y del ureter durante el) 490
Embarazo. (La suero-reacción de Manoiloff; su valor en el diagnostico del) . . . . . 414 y 485
Embarazo gemelar con desarrollo extramembranoso de uno de los fetos 415
Embarazo tubárico.(El porvenir de las operadas de) 390
Encefalitis epidémica y el nervio acústico. (Relaciones entre la). 435
Encefalitis epidémica y tumor cerebral. (Importancia del éxtasis papilar en el diagnóstico entre) . . 167
Endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. (L') . . . 286
Endotelios en la placenta de los roedores. (El tonoplasma de los). 297
Enfermedad de Crouzon. (Un nuevo caso de) 247
Enfermedad de Durhing. (El tratamiento de la) 87
Enfermedad de Graves 142
Enfermedad de Ollier. (Contribución al estudio de la) **302**

Pág.

Enfermedad de Recklinghausen. (Sobre la ósteodistrofia fibrosa o) 301
Enfermedades de los huesos. (Paratiroides y) 142
Enfisema. (Sobre el problema del origen del) 304
Enfisema mediastínico y subcutáneo en la edad infantil. (Algunas consideraciones clínicas sobre el) 155
Envenenamiento mercurial, tratado por el hiposulfito de sodio. (Sobre 21 casos de) 264
Epiclotectomía al asa caliente. (La) 258
Epiescleritis catamenial 326
Epilepsia. (Hiperpnea) 74
Epitelio esofágico de los viejos, considerado como asiento del cáncer. (El comportamiento del) 82
Equinococos. (Pseudoglioma de voluminosa bolsa de) 328
Eritema indurado de Bazin. (Sobre la probable acción del ultravirus tuberculoso en la etiopatogenia del) 85
Esclerecto-iridectomía de Lagrange. (El puente conjuntival en la) 170
Esterilidad tubárica 428
Esófago. (Investigaciones experimentales sobre la dilatación difusa del) 306
Esófago vasomotor. (Reflejo) . . 320
Espacios sub-aracnoídeos, aplicada a la extracción de los cuerpos extraños del encéfalo. (La exclusión de los) 316
Espasmo esofágico 321
Estado físico-químico de la sangre en las enfermedades renales y en la hipertensión arterial. (El) 299
Estado timo-linfático. (Para el diagnóstico del) 134
Estados preleucémicos **121**
Esterilidad y fecundidad fisiológicas de la mujer. (Las fases de). 392
Esterilidad y tipos constitucionales. 396

Pág.

Estómago. (Procedimiento diagnóstico de la dilatación atónica del) 260
Estómago. (Sobre un caso de carcinoma sarcomatodes de) . . . 304
Estrecheces del recto. (Contribución al estudio de las) . . . **449**
Estreñimiento; sus peligros; su tratamiento 61
Etiología y transmisibilidad del reumatismo poli-articular agudo. 127
Etiología de la anemia alimenticia en el lactante. (Sobre la) . 155
Etiología del tracoma. (Investigación del «Bacterium Granulosis» y observaciones sobre su valor en la) 171
Evacuación extemporánea del útero, bajo raquianestesia 388
Evacuación extemporánea del útero por infección amniótica. (A propósito de cuatro observaciones) 240
Evacuación gástrica en las intoxicaciones exógenas agudas. (La) 404
Exoftalmia progresiva por neoformación del lóbulo frontal . . . 325
Exploration de l'estomac et du duodénum (L') 286
Extasis papilar en el diagnóstico mor cerebral. (Importancia del). 167
entre encefalitis epidémica y tu-
Extracción extracapsular de la catarata. (Sobre la) 167
Extracción intracapsular del cristalino 422

F

Factor alimenticio en la constipación del niño de pecho. (El) . 245
Faisceau oratoire 130
Fecundidad fisiológicas de la mujer. (Las fases de esterilidad y). 392
Fibromas nasofaríngeos **380**
Fiebre de Malta. (El tratamiento de la) **439**
Fiebre tifoidea. (Contribución al estudio de las alteraciones del corazón en la) 146

Pág.

Fiebre tifoidea. (Luxación de la columna cervical en el curso de la) 243
Fiebre tifoidea. (Tetania en el curso de la) 235
Fisiología. Facultad de Medicina de Barcelona. (Trabajos publicados durante el bienio 1929-1930 en el Instituto de) 293
Fisio-patología cardíaca. (Nuevos puntos de vista en) 144
Fístula de la mastoides. (La) . . 426
Fístula recto-vaginal 484
Fístulas urinarias de la mujer por vía vaginal. (Contribución al estudio, tratamiento y curación de las) 488
Flebitis del seno lateral. (Elementos de diagnóstico de la) . . . 430
Flujo vaginal; su tratamiento por las sales Puffer del ácido láctico 506
Foliculina 503
Fundation Rockefeller (La) . . . 129
Fórceps clásico actual, como obstáculo al progreso de la Obstetricia. (El) 497
Formas vacuoladas sanguícolas . . 298
Fórmula de la solución denominada «Lebenrettende» para que sea realmente útil 337
Fórmula sencilla para determinar la urea **269**
Fosas nasales. (Pólipos de las) . . 164
Foto-receptores lenticulados y el mecanismo de la acomodación. (Sobre los) 299
Frutas y la Higiene. (Las) . . . **478**

G

Ganguleterakis spumosa. (Contribución al estudio del) 298
Galactoforitis y linfangitis mamarias. (Vacunoterapia en las) . . **124**
Gangrena uterina con expulsión del cuello y porción cervical. (Un caso de) 489
Gastrálgico en el neumotórax espontáneo. (Síndrome) 237
Gastritis corrosiva experimental aguda por ácido clorhídrico diluído. (Histología de la) . . . 232
Genital femenino. (Traumatismos del aparato) **353**
Gestación. (La histerotomía vaginal anterior como procedimiento para interrumpir la) 492
Ginecología. (La obstrucción intestinal, como complicación postoperatoria en) 494
Ginecología. (Cirugía conservadora en) 499
Ginecología. (Radiodiagnóstico en Obstetricia y) **217**
Ginecología general y especial. (Tratado de) 59
Ginecológica. (Estado actual de la cirugía) 385
Glándula intersticial ovárica en la mujer. (Aportación al problema de la existencia de una) . . . 491
Glándulas endocrinas. (Los progresos radioterápicos en los trastornos de las) 264
Glaucoma. (El papel del simpático en el) 169
Glaucoma crónico. (El tratamiento quirúrgico del) 168
Glutathion en la sangre normal y en la de los cancerosos (El) . 233

H

Heterotipias extragenitales. (Para la cuestión de las alteraciones menstruales en las) 135
Hemático y su valor en la clínica. (El) 294
Hemianopsia bi-nasal 172
Hemorragias por placenta previa. (Tratamiento de las) 385
Hemorragias recidivantes de las arteriolas intra-óseas del tabique nasal. (Osteo-angiotripsia aplicacada a ciertas) 159
Hemorroides por el método esclerosante. (Seis años de práctica en el tratamiento de las) 330

Pág.

Hemotórax recidivante en el curso del neumotórax artificial . . . 418
Hidatidosis múltiple 408
Hidrotubación 391
Hígado y vías biliares. (Obstrucción sub-aracnoídea, para las operaciones del) 239
Higiene. (Las frutas y la) . . . **478**
Hiperglucemia diabética. (El insomnio de la) 69
Hiperpnea y epilepsia 74
Hipertensión arterial. (El estado físico-químico de la sangre en las enfermedades renales y en la) 299
Hipertensivos. (El reflejo óculo-cardíaco en los estados) . . . 235
Hiperpolimenorreas juveniles. (Tratamiento y patogenia de ciertas modalidades de) 495
Hipervitaminosis D. (Nueva contribución al estudio de la) . . . 139
Hipófisis y diabetes 402
Hipofunción ovárica y de la esterilidad. (Excitación Roentgen, como tratamiento de la) . . . 501
Hipoglucemia en los niños diabéticos. (Factores determinantes de la) 243
Hiposulfito de sodio. (Sobre 21 casos de envenenamiento mercurial, tratados por el) 264
Hipotensión arterial en el diagnóstico del ulcus duodenal. (Valor de la) 314
Histerotomía vaginal anterior, como procedimiento para interrumpir la gestación. (La) 492
Histoanafilaxia. La hiperreceptibilidad a las albúminas de las articulaciones 134
Histología. (Tratado de) . . . 292
Histología de la gastritis corrosiva experimental aguda por ácido clorhídrico diluído 232
Histología de los meningoexoteliomas 302
Historia de las comadronas portuguesas 485
Hormona test para el diagnóstico precoz del embarazo. (El) . . 156
Hormonas foliculares administradas por vía bucal. (Efectos de las) 411
Huesos. (Paratiroides y enfermedades de los) 142

I

Ictéricos. (El prurito de los) . . 403
Ileus biliar 69
Index-Merck 133
Inervación del páncreas. (La) . . 401
Inervación vaso-motora de la laringe. (La) 255
Infancia. (Tumores mixtos del riñón en la) 153
Infantil. (Algunas consideraciones clínicas sobre el enfisema mediastínico y subcutáneo en la edad) 155
Infantiles. (Contribución sobre arterioesclerosis en edades . . . 400
Infantilismes. (Les) 56
Infección amniótica. (A propósito de cuatro observaciones de evacuación extemporánea del útero por) 240
Infección puerperal autógena. (La) 241
Infección tuberculosa congénita. (La) 416
Infiltrado de Asmann y el comienzo agudo de la tuberculosis pulmonar. (El) 148
Intestinal. (La obstrucción) . . . 494
Insomnio de la hiperglucemia diabética. (El) 69
Instituto anatomo-patológico del doctor Ferrer y Cagigal. (Facultad de Medicina de Barcelona. Trabajos publicados durante el trienio 1927-1930, por el) . . . 293
Insulina. (Contribución al tratamiento de los vómitos gravídicos por la) 397

Pág.

Insulina. (Resultados lejanos y evoluciones de la diabetes infantil tratada por la) 244
Insulina como medio de engorde en la tuberculosis pulmonar. (La) 143
Intervenciones cruentas en los lactantes. (Sobre las) 165
Intoxicaciones exógenas agudas. (La evacuación gástrica en las). 404
Inyecciones esclerosantes, tratamiento de elección de las hipertrofias de la mucosa nasal. (La). 428
Iritis de origen parotídeo. (Dos casos de) 423
Irrigación continua de la brecha mastoídea en las mastoiditis agudas. (La) 136

L

Laberintitis infecciosas otógenas. (Indicaciones terapéuticas en las) 429
Laberinto. (El retículo de las células ciliadas del) 232
Lactancia. (El drenaje filiforme en las mastitis de la) 157
Lactante. (Sobre la etiología de la anemia alimenticia en el) . . . 155
Lactantes. (Sobre las intervenciones cruentas en los) 165
Laringe. (El cáncer de la) . . . 76
Laringe. (La inervación vaso-motora de la) 255
Laringitis flegmonosa. (La) . . . 81
Laringocele interno e inferior post-sifilítico. (Sobre un caso de) . 79
Lesiones intra-oculares y cuerpos extraños extraoculares de la órbita 424
Lesiones viscerales en las peritonitis agudas de origen apendicular. (Las) 237
Leyes de protección y asistencia social a las madres 493
Linfangitis mamarias. (Vacunoterapia en las galactoforitis y) . **124**
Lipodistrofia céfalo-torácica. (Sobre la) 64
Luxación de la columna cervical en el curso de la fiebre tifoidea . 243

M

Mal de Pott. (Tratamiento quirúrgico del) 310
Mal de Pott en el adulto. (Estado actual del tratamiento quirúrgico del) 410
Mal de Pott, en el niño. (Estado actual del tratamiento quirúrgico del) 407
Mal de mar. (La lucha contra el) . 175
Malta. (El tratamiento de la fiebre de) **439**
Mama. (Aspectos morfológicos del sarcoma de) 484
Mama. (Estado actual del tratamiento del cáncer de la) . . . 412
Mama. (Sobre el cáncer de la) . 485
Mama. (Tratamiento de los abscesos de la) 408
Mamarias. (Vacunoterapia en las galactoforitis y linfangitis) . . **124**
Mastitis de la lactancia. (El drenaje filiforme en las) 157
Mastoídea. (La simple observación) 161
Mastoides. (La fístula de la) . . 426
Mastoides. (Una sanguijuela en la apófisis) 432
Mastoiditis agudas. (La irrigación continua de la brecha mastoídea en las) 163
Mastoiditis por traumatismo contundente. (Dos casos de) . . . 000
Maxilar. (Diagnóstico de un quiste del seno) 319
Medicaciones específicas o pretendidas específicas de la bronconeumonía. (Las) 242
Medicina. (Diccionario Hispano-Alemán de términos de) . . . 288
Medicina y Cirugía de urgencia . 62
Meningoexoteliomas. (Para el mejor conocimiento histológico de los) 302

Pág.

Menstrual en las salpingo-ovaritis. (Valor y génesis de la sintomatología) 158
Mercurial, tratado por el hiposulfito de sodio. (Sobre 21 casos de envenenamiento) 264
Metritis de origen intestinal. (Algunas consideraciones sobre las) 489
Metritis y anexitis. (Tratamiento de las) 493
Microglía cultivada «in vitro». (Estudio del comportamiento de la). 136
Miomas uterinos. (Mi experiencia de diez años de tratamiento Roentgen de los) 502
Modificaciones de la pelvis renal y del uréter durante el embarazo 490
Mucosa de la vagina durante el ciclo menstrual. (Alteraciones de la) 505
Mujer. (Biología y Patología de la) 131

N

Nariz convexa. (El método de elección para la corrección de la) . 162
Nasal. (Las inyecciones esclerosantes; tratamiento de las hipertrofias de la mucosa) 428
Neoformación del lóbulo frontal. (Exoftalmía progresiva por) . . 325
Nervio óptico. (Investigación sobre la acción del Bacilo del tifus sobre el) 327
Neumonía típica lobular o fibrinosa. (Sobre la naturaleza y terapéutica de la) **276**
Neumoperitoneo en el Roentgen-diagnóstico ginecológico . . . 500
Neumotórax artificial. (Neumotórax recidivante en el curso del). 418
Neumotórax artificial. (La colesterinemia en el curso del) . . . 151
Neumotórax espontáneo. (Reflexiones acerca del) 311
Neumotórax espontáneo. (Síndrome gástrico en el) 237
Neumotórax doble. (Comunicación interpleural sobrevenida en un) 147
Neumotórax dobles simultáneos. (La evolución de los) 147
Neumotórax selectivo. (La prueba de la imagen invertida en el) . 148
Neumotórax terapéutico anteriormente suspendido. (Sobre la posibilidad de reproducir el) . . 143
Niño. (Estado actual de los síndromes emetizantes del) 417
Niño. (La amigdalectomía simplificada en el) 166
Niño. (La precarencia en el) . . . 153
Niño de pecho. (El factor alimenticio en la constipación del) . 245
Niños diabéticos. (Factores determinantes de la hipoglucemia en los) 243
Nutrición del canal intestinal. (La importancia del omento en la) . 85

O

Obstetricia. (El fórceps clásico actual como obstáculo al progreso de la) 497
Obstétrica. (El médico rural ante la práctica) 490
Obstetricia y Ginecología (Radiodiagnóstico en) **217**
Obstrucción intestinal, como complicación post-operatoria en Ginecología. (La) 494
Obstrucción sub-aracnoídea. (anestesia espinal) para las operaciones del hígado y de las vías biliares 239
Ocena. (A propósito del azufre en el tratamiento del) 255
Oculo-oculares. (Los reflejos) . . 250
Ojos dolorosos y visión dudosa, tratados mediante inyección orbitaria de alcohol poco concentrado 329
Omento en la nutrición del canal intestinal. (La importancia del). 85
Operación mastoídea. (La simple). 161

Pág.

Operaciones vaginales. (La anestesia epidural en las) 394
Opoterapia gástrica en la anemia perniciosa. (La) 404
Opoterapia ovárica 386
Orbita. (Lesiones intra-oculares y cuerpos extraños extra-oculares de la) 424
Organismo animal. (Acción de algunos productos de destilación de la hulla sobre el) 399
Osteo-angiotripsia aplicada a ciertas hemorragias recidivantes de las arteriolas intra-óseas del tabique nasal 159
Osteodistrofia fibrosa (enfermedad de Recklinghausen). (Sobre la) . 301
Osteopatías sifilíticas de la primera infancia 246
Otitis medias. (Sobre una nueva clasificación de las) **27**
Otopatías. (La efluviación de alta frecuencia en el tratamiento de las) 319
Otorrea por la extirpación de la tonsila faríngea. (Consideraciones clínicas sobre el tratamiento de las) 323
Otosclerosis. (Sobre el tratamiento quirúrgico de la) 77
Oxígeno. (Tratamiento del ántrax por el) 239

P

Páncreas. (La inervación del) . . 401
Parálisis del recurrente en la tuberculosis apical. (La) 431
Parálisis unilateral angiospástica del nervio patético 251
Paratiroides 334
Paratiroides y enfermedades de los huesos 142
Parto en la eclampsia del término de la gestación. (La supresión del) 413
Patético. (Parálisis unilateral angiospástica del nervio) 251
Patología de la mujer. (Biología y) 131
Pediatria. (El síndrome palidez e hipertermia en) 431
Pelvis hendida. (Un caso de) . . 504
Pelvis renal y del uréter durante el embarazo. (Modificaciones de la) 490
Perforación de útero con procidencia intestinal 388
Peritonitis aguda generalizada de origen apendicular. (Lesiones viscerales en las) 237
Pielografía con inyección intravenosa. (La) **32**
Pigmento. (Sobre el sitio de la formación de) 234
Placenta. (Discusiones sobre) . . 391
Placenta de los roedores. (El tonoplasma de los endotelios en la) 297
Placenta humana. (Observaciones histológicas sobre el estroma conjuntivo de la) 400
Placenta previa. (Tratamiento de las hemorragias por) 385
Pneumoconiosis. (Consideraciones sobre) 420
Pólipos de las fosas nasales . . . 164
Pólipos y cáncer del yeyuno en el niño 300
Precarencia en el niño; sus aspectos clínicos y biológicos. (La) 153
Preleucémicos. (Los estados) . . **121**
Pre-tuberculosis. (La) 312
Procesos ciliares. (Sobre una alteración de desarrollo de los) . . 327
Proteinoterapia en la sepsis puerperal. (Algunas observaciones sobre) 497
Prurito de los ictéricos. (El) . . 403
Pseudoglioma de voluminosa bolsa de equinococos intraocular . . 328
Ptosis y astigmatismo 249
Puente conjuntival en la esclerecto-iridectomía de Lagrange. (El) 170
Puerperal autógena. (La infección) 271

Pág.

Puerperal. (Algunas observaciones sobre proteinoterapia en la sepsis) 497
Pulmonía. (Mis aportaciones al estudio clínico de la) **177**
Pulsaciones del seno transverso. (Valor clínico de las) 79
Punción de la cisterna cerebelomedular y su importancia en la tripanocomiasis humana. (La) . 298

Q

Quinidinoterapia intravenosa en la terapéutica cardíaca. (La) . . 419
Quirúrgica. (Sobre cinematografía). 495
Quiste de seno maxilar. (Diagnóstico de un) 319
Quiste de ovario tuberculoso . . 158
Quiste inflamatorio del Douglas . 241

R

Rabia. (Sobre las vías de propagación de la) 399
Radical del seno maxilar por el método de Denker. (Observaciones sobre la) 160
Radiodiagnóstico en Obstetricia y Ginecología **217**
Radiografía. (Ventajas del empleo de radiaciones penetrantes en). **265**
Radiografía para el estudio de los decalcificadores 300
Radiológico de la apendicitis crónica. (Diagnóstico) 261
Radioterapia en los trastornos de las glándulas de secreción interna 264
Radium en el tratamiento del cáncer. (El) 83
Raquianestesia. (A propósito de la dilatación manual bajo) . . . 387
Raquianestesia. (Notas sobre algunas evacuaciones extemporáneas del útero grávido bajo) . . . 388
Rayos Roentgen. (Anatomía patogica de la anemia por los) . . 135
Reacción de Manoiloff. (La) . . 999
Reacción de Müller-Bellido-Burger en Ginecología 389
Reacción del rojo neutro de Roffo en el diagnóstico del cáncer. (La) 63
Reacciones de Wassermann, Meinicke y Khan. (Estudio comparativo de las) 174
Recto. (Contribución al estudio de las estrecheces del) **449**
Recto-vaginal. (Fístula) 484
Reflejo esófago-vasomotor . . . 320
Reflejo óculo-cardíaco en los estados hipertensivos. (El) 235
Reflejos óculo-oculares. (Los) . . 250
Régimen desclorurado para tuberculosos. (Manual práctico de) . 228
Relación núcleo-plásmica en las células cancerosas durante el reposo y al comenzar la división . 300
Renal. (Roentgendiagnóstico de la tuberculosis) 173
Resección gástrica por cáncer y por úlceras. (Sobre la indicación y técnica de la) 304
Retículo de las células ciliadas del laberinto y su relación con las terminaciones nerviosas. (El) 232
Retículo-endotelial en el aparato auditivo. (El) 434
Reumatismo articular agudo . . 74
Reumatismo poliarticular agudo. (Etiología y transmisibilidad del) 127
Riñón en herradura 305
Riñón en la infancia. (Tumores mixtos del) 153
Roentgendiagnóstico de la tuberculosis renal) 173
Roentgendiagnóstico ginecológico. (El neumoperitoneo en el) . . 999

S

Salpingo-ovaritis. (Valor y génesis de la sintomatología menstrual en las) 158
Sanguijuela en la apófisis mastoides. (Una) 432

Pág.

Sangre en las enfermedades renales y en la hipertensión arterial. (El estado físico-químico de la) 299
Sangre normal y de los cancerosos. (El glutathion en la) . . 233
Sarcoma de la coroides. (Contribución al estudio del) 425
Sarcoma de la mama. (Aspectos morfológicos del) 484
Sciatique. Clinique et thérapeutique. (La) 57
Sémiologie médicale. (Eléments de) 58
Seno lateral. (Consideraciones sobre siete casos de trombo-flebitis del) 80
Seno lateral. (Elementos de diagnóstico de la flebitis del) . . 430
Seno maxilar. (Diagnóstico de un quiste de) 319
Seno maxilar por el método de Denker. (Observaciones sobre la radical del) 160
Seno transverso. (Valor clínico de las pulsaciones del) 79
Sepsis puerperal. (Algunas observaciones sobre proteinoterapia en la) 497
Sexual. (La cuestión) 290
Sífilis (El período secundario en la) **375**
Sifilíticas de la primera infancia. (Osteopatías) 246
Simpático en el glaucoma. (El papel del) 169
Síndrome gastrálgico en el neumotórax espontáneo 237
Síndrome palidez hipertemia en pediatría (El) 434
Síndromes emetizantes del niño. (Estado actual de los) 417
Sintomatología menstrual en las salpingo-ovaritis. (Valor y génesis de la) 158
Sistema nervioso vegetativo. (El sulfato de atropina y la interpretación fisiológica y clínica del). 402
Sorderas. (Del papel del tabaquismo como agente de agravación de las) 322
Sulfato de atropina y la interpretación fisiológica y clínica del sistema nervioso vegetativo. (El). . 402
Sulfato de magnesia. (Fundamentos y conclusiones sobre aplicaciones locales de solución saturada de) 264
Suero-reacción de Manoiloff. Su valor en el diagnóstico del embarazo. (La) . . . . . 415 y 485

T

Tabaquismo como agente de agravación de las sorderas. (Del papel del) 322
Técnica de la resección gástrica por cáncer y por úlceras. (Sobre la indicación y) 304
Tensión raquídea. (Inscripción de la) 403
Terapéutica de la neumonía típica lobular o fibrinosa. (Sobre la naturaleza y) **276**
Testicular (La ectopia) 238
Tetania en el curso de la fiebre tifoidea 235
Tifoidea. (Luxación de la columna cervical en el curso de la fiebre. 243
Tifoidea. (Tetania en el curso de la fiebre) 235
Tiroides 335
Tonoplasma de los endotelios en la placenta de los roedores. (El). 297
Tonsila faríngea. (Consideraciones clínicas sobre el tratamiento de la otorrea por la extirpación de la) 323
Toracoplastia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. (La). 145
Tracoma. (Investigación del «Bacterium Granulosis» y observaciones sobre su valor en la etiología) 171
Trastornos de las glándulas de secreción interna. (Los progresos

Pág.

radioterápicos en los) 264
Tratado de Histología 292
Tratamiento quirúrgico del glaucoma crónico. (El) 168
Tratamiento quirúrgico del Mal de Pott 310
Tratamiento quirúrgico del Mal de Pott en el niño. (Estado actual del) 407
Tratamiento quirúrgico de la otoesclerosis. (Sobre el) 77
Tratamiento quirúrgico de las cervicitis. Técnica de Stumdorf. . 395
Tratamiento de la enfermedad de Durhing. (El) 87
Tratamiento Roentgen de los miomas uterinos. (Mi experiencia de 10 años de) 502
Tratamiento del aborto infectado. (Un método fácil de) 505
Tratamiento de la hipofunción ovárica y de esterilidad. (La excitación Roentgen como) 501
Tratamiento médico del cáncer. (El) 140
Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. (La toracoplastia en el) . 145
Tratamiento de las hemorroides por el método esclerosante. (Seis años de práctica en el) . . . 330
Tratamiento de las algias vaginopelvianas por inyección de anestésico en el sitio del dolor . . 488
Tratamiento de las anexitis crónicas 387
Tratamiento y patogenia de ciertas modalidades de hiperpolimenorreas juveniles 495
Tratamiento y curación de las fístulas urinarias de la mujer por vía vaginal. (Contribución al estudio) 488
Tratamiento de las metritis y anexitis mediante la vacunación regional por la puerta de entrada, según el método de Basset y Poincloux 493
Tratamiento de la otorrea por la extirpación de la tonsila faríngea. (Consideraciones clínicas sobre el) 323
Tratamiento de la fiebre de Malta. (El) **439**
Tratamiento del flujo vaginal por las sales Puffer del ácido láctico 506
Tratamiento de los ojos dolorosos y visión dudosa por la inyección orbitaria de alcohol poco concentrado 329
Tratamiento de la blenorragia en el hombre y la mujer. (Diagnóstico y) 291
Tratamiento del ántrax por el oxígeno 239
Tratamiento del cáncer endolaríngeo por el cuchillo de alta frecuencia 257
Tratamiento del cáncer. (El rádium en el) 83
Tratamiento del ocena. (A propósito del azufre en el) 255
Traumatismo contundente. (Dos casos de mastoiditis por) 252
Traumatismos del aparato genital femenino **353**
Traumatismos vertebrales. (Algunos casos de) 85
Tricofitones todavía no descritos, encontrados en nuestro país. (Dos nuevos) **366**
Tripanosomiasis humana. (La punción de la cisterna cerebelo-medular y su importancia en la) . 298
Trombo-flebitis del seno lateral. (Consideraciones sobre siete casos de) 80
Tubárica. (Esterilidad) 498
Tuberculinoterapia por inhalación. 419
Tuberculoma del ciego. (Sobre un caso de) 409
Tuberculosa congénita. (La infección) 416
Tuberculosis. (La desigualdad pupilar en los enfermos de) . . 314

Pág.

Tuberculosis apical. (La parálisis del recurrente en la) 431
Tuberculosis de la coroides. (Sobre algunas manifestaciones clínicas poco comunes de la) 248
Tuberculosis pulmonar. (El infiltrado de Asmann y el comienzo agudo de la) 148
Tuberculosis pulmonar. (La toracoplastia en el tratamiento de la) 145
Tuberculosis pulmonar. (La insulina como medio de engorde en la) 143
Tuberculosis renal. (Roentgendiagnóstico de la) 173
Tuberculoso. (Quiste de ovario) . 158
Tuberculosos. (Manual práctico de régimen desclorurado para) . . 228
Tuberculosos de Calmett. (Estudios histopatológicos en relación con los bacilos) 234
Tumor anexial. (Raro) 487
Tumor cerebral. (Importancia del éxtasis papilar en el diagnóstico entre encefalitis epidémica y) . 167
Tumor del abdomen. (Errores de diagnóstico a que puede conduducir un) 489
Tumores del cerebro. (Los) . . 296
Tumores inflamatorios abdominales por cuerpo extraño. (Sobre). 151
Tumores mixtos del riñón en la infancia 153

U

Ulceras gástricas múltiples. (Consideraciones acerca de un caso de) 315
Ulcus duodenal. (Valor de la hipotensión arterial en el diagnóstico del) 314
Ultravirus tuberculoso en la etiopatogenia del eritema indurado de Bazin. (Sobre la probable acción del) 85

Pág.

Urea. (Fórmula sencilla para determinar la) **269**
Uréter durante el embarazo. (Modificaciones de la pelvis renal y del) 490
Utero. (Perforación de) 388
Utero, bajo raquianestesia. (Evaciación extemporánea del) . . 388
Utero por infección amniótica. (Evacuación extemporánea del) . 240
Uterina con expulsión del cuello y porción cervical. (Un caso de gangrena) 489
Uvula bífida. (La) 259

V

Vaccination contre la tuberculose le B. C. G. (La) 58
Vacunoterapia en las galactoforitis y linfangitis mamarias . . **124**
Vagina durante el ciclo menstrual. (Alteraciones de la mucosa de la) 505
Vaginales. (La anestesia epidural en las operaciones) 394
Vaginal. (Fístulas urinarias de la mujer tratadas por vía) . . . 488
Vaginal. (Sobre tres casos de aplasia) 496
Vertebrales. (Algunos casos de traumatismos) 85
Vías biliares. (Obstrucción subaracnoídea y anestesia espinal) para las operaciones del hígado y de las) 239
Vómitos gravídicos; su tratamiento por la insulina 397

Z

Zumo o mosto de manzanas y sus aplicaciones diabéticas. (El) . . 438

CLINICA Y LABORATORIO

REVISTA ESPAÑOLA DE
CIENCIAS MÉDICAS

PUBLICADA POR
RICARDO HORNO ALCORTA
Y OTROS.

IMPRESA EN "INDUSTRIAS GRÁFICAS
URIARTE" - - - - - - ZARAGOZA


ES PROPIEDAD

CLINICA Y LABORATORIO

REVISTA ESPAÑOLA DE CIENCIAS MÉDICAS

REDACTADA BAJO LA DIRECCIÓN

DEL

DR. RICARDO HORNO ALCORTA

Profesor de la Facultad;
de la Real Academia de Medicina de Zaragoza
de la "Societé de Obstétrique et de Ginecologie
de París, etc.

ÉPOCA III ~ AÑO IX ~ TOMO XVIII

ZARAGOZA
MCMXXXI

J. GALIAY-22

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

COMPORTAMIENTO DE LOS DIENTES EN LAS ENFERMEDADES GENERALES.

I

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

POR EL

DR. ANTONIO BERMEJO SANDOVAL

Médico - Odontólogo

CARTAGENA

Las enfermedades generales van acompañadas de trastornos en los dientes que hasta hace poco tiempo no estaban estudiados por haber pasado desapercibidos para el médico o considerarlos procesos concomitantes sin ninguna relación con la enfermedad que padece o ha padecido el individuo. Afortunadamente, las relaciones entre el médico y el odontólogo son cada día más estrechas, con el consiguiente progreso de ambos.

La cavidad bucal reúne inmejorables condiciones para la vida de una gran variedad de microbios (humedad, calor, restos alimenticios, etc.); pero el organismo cuenta con defensas que contrarrestan en buena parte su desarrollo, que si no son suficientes para impedirlo, al menos consiguen que su virulencia sea pequeña o nula. Pero si el equilibrio orgánico se altera (enfermedades generales), los microbios encuentran facilidades de ataque. Por otra parte, los trastornos dentarios pueden tener la misma etiología que la enfermedad general; así se observa que la naturaleza íntima de los procesos patológicos dentarios depende, en gran parte, de la enfermedad ocasional. Estudiaremos hoy las alteraciones que pueden experimentar los dientes durante las enfermedades infecciosas más importantes.

Enfermedades infecciosas agudas

ESCARLATINA. — En esta enfermedad se produce, en primer lugar, una dismi-

nución considerable de la alcalinidad de la saliva, que se traduce muchas veces por mostrar reacción ácida que favorece la producción de caries dentarias. *Gouttenoire* achaca este efecto al streptococcus pyogenes, que se encuentra en enorme cantidad en la saliva de los escarlatinosos. *Broderick* cree que la alteración de la alcalinidad salival está condicionada por la disminución de sales de cal en la saliva. Se funda este autor para mantener la opinión que citamos, en los trabajos de *Ferrand*, quien demostró que en las enfermedades exantemáticas infantiles, y muy especialmente en el sarampión y la escarlatina, existía una lesión del tiroides que motivaría el empobrecimiento en sales de cal de algunos líquidos orgánicos.

En algunas ocasiones aparece una gingivo-estomatitis necrosante con eliminación de secuestros y pérdida de los dientes asentados en las partes más alteradas. Estas graves alteraciones son poco frecuentes y han sido observadas por *Kersch* y *Michel*.

Encierran interés extraordinario las observaciones hechas por algunos clínicos que relacionan la escarlatina con anomalías dentarias aparecidas algún tiempo después de transcurrida la enfermedad. *Gouttenoire*, por ejemplo, encontró en una muchacha de diez y seis años la falta del canino superior izquierdo, aparición retardada de ambos primeros bicúspides inferiores y formaciones erosivas diversas en catorce dientes. Este autor relaciona tales anomalías con una escarlatina padecida por la paciente a los siete años de edad. Ninguna otra alteración patológica podía explicar los trastornos dentarios, ya que no existía otro antecedente, y que, como se comprobó mediante un minucioso reconocimiento, estaba completamente sana en el momento de la observación.

Sarampión. — Se han descrito lesiones parecidas a las de la escarlatina, tales como necrosis y formación de secuestros a consecuencia de gingivo-estomatitis necrosantes. Las periostitis son frecuentes en el sarampión, pudiendo achacarse su patogenia al estado de debilidad orgánica por el proceso general y por el local de erupción de los dientes, que coincide la mayor parte de las veces con la enfermedad y que produce una menor resistencia en los tejidos bucales.

Algunos autores explican gran número de caries y de abscesos alveolares consecutivos al sarampión por causas relacionadas íntimamente con esta enfermedad; sin embargo, es discutible tal aserto por la frecuencia con que el sarampión aparece en los niños, que nos obliga a pensar en otras causas.

Viruela. — Las alteraciones dentarias en la viruela son poco frecuentes y pertenecen a un grupo diferente de las que hemos descrito en las enfermedades anteriores. Se trata de complicaciones ósteomielíticas de los maxilares, especialmente del inferior, con un cuadro aparatoso, que las más de las veces requiere la actuación del médico especialista. Los procesos alveolares y los

tejidos circundantes aparecen a veces atacados por la infección, produciéndose en ellos secuestros.

Fiebre tifoidea. — Precisan los enfermos de tifus abdominal cuidar mucho su boca en el transcurso de la enfermedad. La capa fuliginosa de la lengua, tan característica en los tifosos, que muchas veces alcanza también el borde de las encías, favorece en alto grado las alteraciones de la reacción salival y la aparición de caries.

Son muy frecuentes las inflamaciones circunscritas al periodonto, que transcurren en general sin grandes complicaciones. Los dolores intensos, de tipo neurálgico, en dientes completamente sanos, es un síntoma que molesta muchas veces a los enfermos y que no desaparece, por lo general, hasta el período de descenso de la enfermedad.

Puede observarse también movilidad de algunos dientes sanos, que pueden llegar a desprenderse por completo durante el curso de la fiebre tifoidea. *Philipps* ha descrito alteraciones estructurales de éstos dientes, que asentaban principalmente en el esmalte. Los trastornos que describe en la pulpa no están con seguridad determinados por la enfermedad y son poco característicos.

Con mucha frecuencia se producen pericoronaritis de los terceros molares durante el período de erupción. Mas rara vez las alteraciones alcanzan grados más graves, y entonces pueden observarse osteomielitis del maxilar con necrosis parcial de las laminillas óseas. *Riviere* ha descrito la necrosis completa del maxilar inferior a consecuencia del tifus. Estas osteomielitis de los maxilares, que pueden acompañar a las de otros huesos, sobre todo de la tibia y de las costillas, parecen producidas por el bacilo de Eberth; se trataría, por lo tanto, de osteomielitis tíficas verdaderas.

Gripe. — Los trastornos dentarios gripales y postgripales han sido objeto de un estudio más minucioso. Se ha comprobado una electividad de la infección por la pulpa dentaria, sin que sean atacados los dientes desvitalizados; dientes sanos o con pequeñas obturaciones han sido objeto de pulpitis gangrenosas en las que se han encontrado bacilos que coinciden en sus características generales con las del bacilo de Pfeiffer, existente en los procesos gripales. *Misch*, que ha descrito minuciosamente estos trastornos, considera los tabicamientos pulpares como un factor predisponente no exento de importancia.

Si la citada pulpitis no se trata oportunamente, por negligencia o porque la fugacidad de los síntomas no atrajeron la atención del médico, pueden presentarse consecutivamente abscesos alveolares y fístulas. En ocasiones se forman pequeños secuestros, que se eliminan con conservación de los dientes, pero también puede el proceso revestir caracteres de mayor gravedad, y abarcar zonas más extensas con caída de todos los dientes afectados.

Las periodontitis no son raras, pero lo que sí se encuentra con gran fre-

cuencia son estomatitis intensas cuya aparición y curso están íntimamente ligados con la enfermedad general. Estas estomatitis pueden ser leves y de corta duración, pasando en tales casos desapercibidas, sobre todo si el enfermo cuida escrupulosamente los preceptos higiénicos; pero en individuos portadores de caries, raíces y sarro dentario y que no observan las más elementales reglas higiénicas, pueden adqurir caracteres de extremada gravedad. Es curioso el caso citado por *Gutbier*, en el que una gingivo-estomatitis intensa, aparecida al principio de una infección gripal, no desapareció hasta que curó la gripe.

También han sido descritos dolores neurálgicos, a veces intensos, que *Misch* relaciona íntimamente con la gripe aunque su aparición se observe varios meses después de transcurrida la enfermedad. Otras veces se trata de dolores mal localizados y de escasa intensidad.

La complicación más grave de las alteraciones bucales en la gripe es, sin duda alguna, la osteomielitis de los maxilares, pues aunque en una gran mayoría de casos curan perfectamente, en otros, sin embargo, revisten caracteres de mayor gravedad y pueden conducir a la muerte por septicemia.

Zilz distingue tres orígenes en estas osteomielitis gripales: 1.º La infección proviene de la boca, en la que existen dientes cariados, raíces, etc., con gran cantidad de microbios cuya virulencia se exalta a consecuencia de las malas condiciones orgánicas. 2.º La infección llega por vía sanguínea mediante embolia bacteriana procedente de los lugares infectados que se localiza en dientes sanos, cuya vitalidad pulpar es demostrable. 3.º La infección se realiza por la exaltación de virulencia de las bacterias localizadas durante largo tiempo en el hueso.

Difteria. — La gíngivo-estomatitis diftérica es muy raramente primaria y casi siempre se presenta después de la aparición de seudomembranas en la orofaringe o como complicación de la escarlatina.

La gingivo-estomatitis diftérica aparece primeramente en la mucosa que rodea a dientes caríados y raíces, e invade después la encía que rodea a los demás dientes. Las seudomembranas diftéricas, de color blanco grisáceo, se mezclan frecuentemente con sangre para formar una masa pardo-sucia, mientras que en los dientes se acumula una gran cantidad de sarro. Las encías se destruyen y dejan el cuello del diente al descubierto, provocando su movilización. También puede producirse necrosis del proceso alveolar. En los niños de pecho se ha visto la difteria en forma de edema vítreo de la mucosa gingival.

Por último, citaremos la ósteomielitis de los maxilares que en algunas ocasiones puede constituir una complicación grave de la difteria.

Reumatismo articular. — Enfermos con poliartritis reumática aguda padecen no rara vez bruscos dolores, espontáneos en dientes aparentemente sanos y en

los desvitalizados cuando se les excita con un cambio de temperatura o por la percusión, con sensación de alargamiento de los dientes. Estos síntomas están causados por una periodontitis, con toda verosimilitud dependiente de la enfermedad general. Pero no siempre obedecen estos dolores a una manifestación local del reumatismo y, como hace resaltar muy acertadamente *Snoeck*, pueden ser ocasionados por la compresión que provocan simples hemorragias intersticiales en el alvéolo.

En el reumatismo crónico, *Hentze* ha observado concreciones de dentina neoformada en la cámara pulpar, que darían lugar también a dolores por compresión de los nervios dentarios.

La piorrea alveolar se observa con mucha frecuencia en el reumatismo; podemos decir que todos los indicios inducen a sospechar en una relación íntima entre ambos procesos y se tiene la impresión de que el reumatismo es un terreno apropiado para el desarrollo de piorrea; tal es la frecuencia con que esta alteración dentaria aparece en los enfermos reumáticos. Verosímilmente el reumatismo obra alterando las condiciones de vitalidad de los tejidos en un sentido favorable para el desarrollo de la piorrea. Se observa que este proceso sufre las fluctuaciones de la enfermedad principal; en las remisiones mejora considerablemente mientras que en los agravamientos se intensifica de manera muy notable. El mismo comportamiento se ha observado en la gingivitis de un reumático, en cuyo caso existía una relación evidente entre el proceso bucal y el general, cuyos cursos eran marcadamente paralelos.

Malaria. — En el paludismo se observan odontalgias y neuralgias del trigémino que obedecen muy bien al tratamiento por la quinina, evidenciándose por este procedimiento su verdadera naturaleza. Las gingivitis no son raras y los individuos palúdicos constituyen material abonado para la aparición de la piorrea alveolar.

En períodos avanzados de paludismo crónico, se han visto extensas necrosis de maxilar.

Enfermedades infecciosas crónicas

Tuberculosis. — Los dientes caríados que conservan la pulpa dentaria representan un papel importante como puerta de entrada para el bacilo de Koch, que fragua a veces periodontitis tuberculosas primitivas. En cambio, los efectos que la tuberculosis de los órganos internos ejerce sobre los órganos bucales, son escasos o nulos y no ha podido hasta hoy demostrarse la existencia de alteraciones dentarias de naturaleza secundaria a la tuberculosis.

Algunos autores han insistido en considerar que en los enfermos tuberculosos se producen caries dentarias con una frecuencia que estaría en relación con

esta enfermedad, pero es muy dudoso que la razón les acompañe en sus afirmaciones. Más bien parece que las caries observables en los tuberculosos obedecen al escaso cuidado que prestan a la boca los enfermos que las padecen. Otra cosa sucede en los niños con tuberculosis intestinal; en ellos se altera con gran frecuencia la calcificación de los gérmenes dentarios, sin duda a causa de las alteraciones del metabolismo del calcio ocasionadas por la necesidad apremiante de gran cantidad de esta sustancia que acumular en las lesiones cicatrizantes. *De Nevrezé* ha publicado un caso muy típico a este respecto: Se trataba de un niño de trece años, que padeció con anterioridad un proceso tuberculoso intestinal y que tenía caries intensas en los cuatro incisivos inferiores. Como es sabido, estos dientes resisten mucho a todos los procesos alterativos, y sólo puede explicarse su ataque por alteraciones sufridas en el período de calcificación de los gérmenes correspondientes y causadas por el proceso tuberculoso intestinal que coincidió en el tiempo citado.

Neumann y *Meyer* han descrito caries circulares, en los dientes temporales, de los niños con procesos tuberculosos de caracteres fundamentales coincidentes con igual tipo de caries encontradas por *Feiler* en los dientes de los raquíticos.

En los adultos no se encuentran otras alteraciones que las señaladas por *Pouvet* y *Leriche,* quienes encontraron una gran frecuencia en la aparición de granulomas y formaciones quísticas en la terminación de las raíces de los dientes cariados.

En la literatura no hemos encontrado más caso de gingivitis tuberculosa que el descrito por *Gilmouy* y *Livingston*. Se trataba de una muchacha con tuberculosis pulmonar que presentaba en la cara labial de las encías de la mandíbula superior un halo de color rojo obscuro, que se extendía de premolar a premolar, y en cuya zona las papilas inderdentales estaban muy hipertrofiadas; en algunos sitios se encontraban, por encima del reborde alveolar, acúmulos de pequeñas masas de tejido fácilmente desprendibles y como de unos cuatro milímetros de diámetro, cuyo aspecto recordaba el de la gelatina de manzanas. No se encontró pus entre estas excrecencias y las investigaciones histológicas demostraron la existencia de muchos linfocitos y entre ellos células gigantes. Esta lesión curó al cabo de unos cuantos años.

Moeller encontró en las encías síntomas localizados que considera como iniciales de tuberculosis infantil. Consisten en la aparición de un color rojo-azulado del borde de la encía, a nivel de los incisivos, que contrasta con la palidez del resto de la mucosa gingival. La claridad con que esta coloración destaca, depende del proceso tuberculoso y se modifica paralelamente a él.

Therre ha dicho que la ausencia de incisivos superiores es un signo de

tuberculosis familiar, producido por trastornos en el germen dentario correspondiente ocasionados por los bacilos de Koch, que encuentran un buen medio de desarrollo en el tejido del espacio intermaxilar. Esta opinión es, sin embargo, discutible por cuanto la anomalía descrita por *Therre* se encuentra también en sujetos en los que no existen antecedentes tuberculosos.

Un importante capítulo correspondiente al problema de las alteraciones dentarias en la tuberculosis lo consituye el estudio del comportamiento de la boca en los estados escrofulosos.

Los dientes de los niños escrofulosos son quebradizos y muestran una tendencia a la caries verdaderamente notable. A menudo sufren más directamente la influencia de la enfermedad en forma de alteraciones en la calcificación del esmalte, en el que se encuentran grietas que recorren transversalmente los dientes por la corona y formaciones ondulosas de la superficie del esmalte. Estos síntomas, que representan graves trastornos en la calcificación, se encuentran generalmente en la corona de los incisivos y de los primeros molares. También la dentina puede sufrir hondas alteraciones de naturaleza variada e inconstante. En los niños escrofulosos la erupción de los dientes de leche se realiza con retraso, mientras que, por el contrario, el comienzo de la segunda dentición puede acelerarse.

Sífilis. — En el estudio de las anomalías dentarias durante la lúes, debemos distinguir desde el primer momento los casos de enfermedad adquirida o congénita.

Lúes adquirida: En el segundo estadio de la sífilis adquirida aparecen intensísimos dolores de dientes como consecuencia de irritaciones pulpares producidas por la infección general; estos dolores desaparecen completamente en algunos días en cuanto se inicia un tratamiento general adecuado. También el periodonto sufre alteraciones irritativas que siguen un curso semejante a las de la pulpa.

Entre los síntomas del período terciario de la sífilis adquirida, debemos citar aquí especialmente la periodontitis purulenta luética, cuyo pus puede constituir bolsas piorréicas típicas. La existencia de una verdadera piorrea alveolar sobre fondo luético, que ha sido admitida por *Curtis* y otros, no es aceptada por *Misch*. La existencia de bolsas piorréicas en los sifilíticos constituye muy a menudo un síntoma de lesiones gomosas, especialmente de ósteomielitis gomosa de los procesos alveolares que no suele ser rara, y localizadas en el paladar. En este territorio aparecen gomas aislados o difusos que pueden ocasionar graves trastornos. Unas veces se encuentran destruídas las porciones alveolares atacadas, con caída de los dientes; otras, la inflamación purulenta

produce necrosis de huesos y encías que, especialmente en el maxilar superior, avanzan hasta abrirse comunicaciones con la cueva de Higmoro *(Treitl)*.

En otras ocasiones la periostitis luética origina inflamaciones productivas con formación de exóstosis e hiperóstosis. Si estas proliferaciones óseas alcanzan el canal mandibular y comprimen los nervios, causan neuralgias de la tercera rama del trigémino, o alteran su sensibilidad, hasta producir anestesia completa de la región invadída, como acontecía en casos descritos por *Zambaco y Fournier*.

En la sífilis han sido también observadas caídas espontáneas de dientes sin supuración previa y con escaso o ningún dolor. También debemos citar en este sitio las llamadas gingivitis hipertróficas, propias de los períodos terciarios de la lúes adquirida. Las cicatrices de las extracciones dentarias tienen en los sifilíticos alguna tendencia a reaccionar como las restantes cicatrices del organismo en tales casos, dato que conviene no olvidar al odontólogo y contra el que debe estar prevenido.

Sífilis congénita. — Si la infección luética actúa ya de un modo tan intenso, como es bien conocido, durante el período fetal y en los niños, se comprende la frecuencia e importancia que las alteraciones dentarias han de alcanzar en estos casos, en los cuales las causas alterativas obran en el período en el que los dientes son más sensibles a todas las excitaciones patológicas.

La erupción de los dientes en los niños sifilíticos se retrasa, la mayor parte de las veces, en tiempo variable entre varios meses y uno-dos años. Los dientes de leche muestran, no rara vez, alteraciones de estructura en forma de hipoplasia del esmalte, que se produce en parte por calcificación insuficiente y también por alteraciones en los ameloblastos, en cuyas células ha descrito *Fleischmann* un proceso atrófico que detiene pronto el crecimiento de los prismas. La hipoplasia del esmalte se encuentra principalmente, en los incisivos centrales y, menos frecuentemente, en los molares, en los cuales ha descrito *Cavallaro* un signo que considera patognomónico de sífilis y que consiste en la existencia de pequeñas fosetas hipoplásicas del esmalte. Por último, la dentadura temporal de los niños luéticos, sufre una forma particular de caries que *Neumann* describe como «caries superficial sifilítica de los dientes de leche». Ataca a los incisivos, especialmente a los centrales inferiores, después a los centrales superiores y, por último, a los laterales, a los que destruye rápidamente. Esta forma de caries comienza por una coloración obscura de los bordes oclusales de los incisivos, respetando las caras proximales y termina con la formación de una media luna de destrucción en forma de arco.

La acción que la lúes congénita ejerce sobre la dentadura permanente, es bien conocida desde los estudios de *Fournier,* quien demostró que la infección sifilítica produce importantes trastornos en el organismo durante la segunda mitad de la vida intrauterina y en los primeros períodos después del nacimiento. Todos los dientes, cuya calcificación acontece en tan largo período, pueden aparecer más o menor alterados; las alteraciones se encuentran especialmente en los primeros molares, ya que los restantes dientes calcifican en períodos posteriores y escapan sin alteraciones del desarrollo, como acontece constantemente con los segundos y terceros molares, que aparecen siempre libres de toda alteración. Como la calcificación dentaria se realiza de una manera progresiva desde la cara oclusal a la raíz, se comprende que las lesiones sifilíticas asienten con preferencia en determinada parte del diente, según el período de la calcificación especialmente alterado; así, cuando la infección luética actúa sobre todo al principio de la calcificación, las lesiones las encontramos en la cara oclusal; si obró con posterioridad en la corona o el cuello, y sólo en los casos en los que las causas obraron tardíamente encontraremos la raíz alterada. El hecho demostrado por *Misch* de que los dientes que se calcifican a un tiempo muestran alteraciones en la misma situación topográfica, tiene un gran valor para comprobar que, contra la opinión de *Pasini,* las alteraciones dentarias en la sífilis congénita, no son debidas a la acción local del treponema sobre el germen dentario, sino que representan un trastorno trófico general, ocasionado a distancia por la sífilis, posiblemente en íntima relación, como *Kranz* opina, con las lesiones demostradas en las glándulas endocrinas de los niños sifilíticos en las que, como es sabido, se encuentran con constancia numerosos treponemas.

Las alteraciones estructurales de los dientes permanentes en la sífilis congénita son muy variadas. En primer lugar, citaremos la más conocida e importante de todas, descrita por *Hutchinson,* de la siguiente manera: «Los incisivos medios superiores de la dentadura permanente, tienen una escotadura en forma de media luna, más o menos superficial, situada en medio del borde oclusal, y la corona está además completamente deformada. El diente se rebaja en dicho borde y sus esquinas redondeadas le dan aspecto de maza. Los dientes están a menudo algo separados y no asientan verticalmente». Los dientes de *Hutchinson* no constituyen, sin embargo, un síntoma constante de la lúes congénita y aparecen, según *Davidshon,* solamente en un 40 por 100 de los casos estudiados por él. Este mismo autor ha demostrado que un tratamiento específico realizado precozmente en los niños sifilíticos, rebaja hasta el 10 por 100 la frecuencia de aparición de este síntoma dentario. No podemos terminar esta cuestión, sin citar que algunos autores han sostenido que la alteración de los dientes descrita no siempre se da en niños luéticos, sino que también aparece en otros, con trastornos generales no sifilíticos *(Kranz)*. Así, *Josefson,* considera a los dientes de *Hutchinson* como la expresión de una insuficiencia del tiroides.

Cavallaro interpreta la atrofia rugosa del molar de los seis años como un

síntoma característico de lúes cuando se presenta al mismo tiempo que los dientes de *Hutchinson*. Esta alteración está caracterizada por la existencia de profundas rugosidades en la cara oclusal de los primeros molares, cuya superficie está llena de asperezas irregulares. La investigación histológica de los gérmenes dentarios de niños sifilíticos, realizada principalmente por *Walkhoff* y *Cavallaro*, ha demostrado que existen en ellos estrangulamientos que se traducen más tarde por partes atróficas. *Gaucher* y *Zinsser* han estudiado con detenimiento las alteraciones sifilíticas del molar de los seis años y han demostrado que, además de las lesiones citadas, existen otras anomalías, como cambios de forma, color, situación y tamaño de estos dientes.

Las erosiones en los primeros molares son consideradas por *Brunet* como importantes para el reconocimiento de la sífilis en sujetos con buena dentadura, porque el primer molar es el único diente de la segunda dentición que comienza a calcificarse en el útero.

Otras alteraciones menos importantes y de menor constancia son las fisuras horizontales del esmalte en los incisivos, la atrofia rugosa de los caninos y la existencia de muescas circulares en la cara oclusal de los bicúspides. A veces los dientes tienen escaso esmalte y muestran consecuentemente color grisáceo. La investigación histológica de estas hipoplasias dentarias demuestra un adelgazamiento del esmalte y la existencia de espacios interprismáticos y abundancia de espacios interglobulares en la dentina.

La forma completa o incompleta en destornillador de los incisivos medios superiores ha sido considerada por *Mozer* de importancia patognomónica para el diagnóstico de la sífilis congénita. Finalmente puede observarse la falta absoluta de algunos dientes: *Sichel* ha descrito la ausencia de los incisivos laterales superiores a consecuencia de lúes congénita, y *Therre* la de los incisivos superiores en la tuberculosis familiar, como ya mencionamos anteriormente.

Por último, *González*, ha visto en un hombre con sífilis congénita transformación de los cuatro incisivos superiores en dos grandes dientes, a consecuencia de la fusión congénita de los incisivos centrales con los laterales.

Otras varias alteraciones han sido descritas en los dientes de los sifilíticos, pero ni su constancia ni la relación posible que guardan con la enfermedad las consideramos lo suficientemente importantes para que insistamos aquí sobre ellas.

BIBLIOGRAFIA

BRODERICK. — *Die Wirkung der inneren Sekretion auf die Zähne.* «Dental Cosmos». 1921.

DAVIDSON. — «Deutsch. Monatschr. für Zahnheilk». 1920.

FLEISMANN. — *Die Ursache der Schmelzhypoplasien.* «Verhandl», del quinto Congreso de Odontología, Berlín, 1909.

FOURNIER. — *Vorlesungen über Syphilis hereditaria tarda.* Wiena, 1894.

HENTZE. — *Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Zahnpulpa.* «Deutsch. Zahnarztl. Wochenschr.». 1903.

HUTCHINSON. — «Korresp. Blatt. für Zahnärzte». 1885.

JOSEFSON. — *Dentition und innere Sekretion.* «Neurol. Zeitbl.». 1911.

—*Dentition und Haarentwicklung unter dem Einfluss der innere Sekretion.* 1913-14.

—*Hutchinsons Zähne als Ausdruck der Insuffizienz der Schilddrüsen.* «Dermatol. Wochenschr.», 1914.

KRANZ. — *Schilddrüse und Zähne.* «Deutsch. Monatschr. für Zahnheilk.» 1912.

—*Innere Sekretion, Kieferbildung und Dentition.* «Oesterr. Zeitschr. für Stomatol.», 1913.

—*Innere Sekretion in Beziehung zur Kiefjerbildung und Zahnentwicklung.* «Deutsch. Zahnheilk.», 1914.

—*Zahnanomalien.* «Korresp. Blatt. für Zahnärzte». 1920.

—*Ueber Hutchinsonsche Zähne.* «Deutsch. Med. Wochenschr.», 1920.

MICHEL. — *Die Mundflüssigkeit und ihr Einfluss auf die in der Mundhöle ablaufenden pathologischen Vorgänge.* «Deutsch. Zahnheilk.», 1910.

MISCH. — *Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde.* Leipzig. 1923.

PASINI. — *Nachweis der Spirochaeta pallida bei hereditärer Syphilis in den Zahnkeimen.* «Oesterr. Zeitschr. für Stomatol.», 1909.

ROEMER. — *Die Pathologie der Zähne.* «Handbuch der speziellen pathol. Anat. und Histol.», 1928.

WALKHOFF. — *Ueber das Wesen und die Entstehung vom Entwicklungsfehlen in der Struktur menschlicher Zähne und ihre Bedeutung für das spätere Leben.* «Deutsch. Monatschr. für Zahnheilk.», 1895.

ZILZ. — «Zeitschri für Stomatol.», 1923.

ZINSSER. — *Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen der Mundes.* 1921.

LA GENESIS SENTIMENTAL DE LA VOCACION MEDICA

POR EL

DR. RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid

VALLADOLID

I. — Introducción

Como dice un prestigioso médico francés contemporáneo, la Medicina, es ahora el *carrefour* de todas las ciencias. Por la higiene, alcanza las más trascendentales cuestiones políticas y sociales de todos los países; por las modernas orientaciones fisiológicas, confina con los más elevados problemas de la filosofía, tanto experimental como especulativa; por la piedad sobrehumana que supone y el sufrimiento humano que representa, sigue siendo como siempre una religión y sobre todo—quizá ahora más que nunca—, un verdadero sacerdocio.

Estos nobles deseos y otros muchos motivos más, de que luego hablaremos, pueden explicar en parte la irresistible vocación actual de lo más sano de todas las esferas sociales hacia los estudios médicos. La ilusión de poder consolar a los hombres y el subconsciente, misterioso, deseo de vivir en contacto con la más auténtica y palpitante representación del dolor humano, fueron y seguirán siendo siempre las bellezas espirituales que más resplandecen y que imprimen particular carácter a la Medicina.

II. — Abundancia de estudiantes de Medicina

Al llegar la edad de la vida universitaria, en todos o casi todos los países civilizados del mundo, una inclinación, una simpatía irresistibles, lleva a la mayor parte de la juventud a las aulas de las Facultades de Medicina.

En Francia, las últimas estadísticas acusan los siguientes datos. Mientras que durante el curso 1924-1925, el número de alumnos franceses matriculados en el primer año fué de 503 nacionales y 203 extranjeros, esto es, un total de 706 inscripciones, en el año académico de 1926-1927 se registraron 607 matrículas de estudiantes franceses y 295 de otras nacionalidades, con un total de 902 matrículas de ingreso. Es decir, que en el corto lapso de dos años, se observó en el primer curso de estudios de la Facultad de Medicina de París un superávit de 166 matrículas. En 1930, hubo 317 inscripciones más que en 1929, y en lo que va del curso actual hay ya 118 más que el año anterior.

Contando la escolaridad de todos los cursos, las Facultades de Medicina de Francia poseen actualmente unos 12.000 estudiantes, de los cuales más de 7.000 corresponden a la Facultad de París. Claro que en esta cifra figuran un considerable número de extranjeros, que todavía agravan más el problema de la plétora médica en la vecina República.

He aquí la proporción en que ha aumentado el número de estudiantes franceses inscritos en el P. C. N. (primer año de la carrera) durante estos últimos años:

en 1922.	1.349
» 1923.	1.398
» 1924.	1.682
» 1925.	1.900
» 1926.	2.211
» 1927.	2.414
» 1928.	2.991
» 1929.	3.078

Como vemos, las cifras son verdaderamente alarmantes, y si esta progresión continúa en tales proporciones, no es exagerado preveer que en veinte años, el número de médicos franceses habrá pasado de unos 28.400 que se supone en la actualidad, a 60.000 aproximadamente.

Los Estados Unidos tienen justamente doble número de estudiantes de Medicina que nosotros, unos 18.000, pero en relación con una densidad de población seis veces mayor que la nuestra. El número de estudiantes aumentó de 3.962, en 1926, a 4.262, en 1928. En los diez y seis últimos años se han matriculado unos 67.198 en las Facultades de Medicina, y se han graduado el 82,6 por 100. En el año 1928 existían en los Colegios reconocidos por la Asociación Médica Americana, 20.545 estudiantes, fatalmente destinados a terminar la carrera de Medicina un día u otro.

En las Universidades alemanas, durante el segundo semestre de 1930, han estado matriculados más de 132.000 estudiantes en general, de ellos el 20 por 100 mujeres. En 1925, el número de alumnos matriculados no había llegado todavía a 80.000, y en 1914 a 70.000. En 1928 había en Alemania más de 112.000 estudiantes. Si se tiene en cuenta que los 170.000 doctores y licenciados, que actualmente se encuentran sin trabajo, han sido producidos por las Universidades en el período de tiempo comprendido entre los años 1925 y 1928, cuando la Universidad osciló entre 80.000 y 100.000 estudiantes, puede suponerse cómo ha de aumentar a la vuelta de un par de años el número de médicos y abogados en huelga forzosa, cuando comiencen a salir las levas de esta época de las Universidades, con más de 130.000 estudiantes. De esta cifra

general de escolares, cerca de 20.000 pertenecen a la matrícula de las Facultades de Medicina.

La República Argentina presenta un número de 5.900 estudiantes de Medicina, para unos once millones de habitantes.

III. — Demasiados estudiantes de Medicina en España

Por lo que a España se refiere, en la Facultad de Medicina de Barcelona se matricularon en el curso de 1925-1926, 1.128 alumnos, o sea, hubo un aumento de más del 50 por 100 comparado con el curso 1920-1921. En análoga proporción creció la matrícula en las restantes Facultades de Medicina de la Nación. Recientemente hacía notar el profesor Enrique Suñer—en su discurso «La situación profesional del pediatra en España», leído en la sesión inaugural del curso 1930-1931, celebrada en el Colegio de Médicos de Madrid por la Sociedad de Pediatría—, que en España tenemos una masa escolar de 10.000 estudiantes de Medicina, cifra muy superior a la de Alemania con sus sesenta millones de habitantes y sus veintidós Universidades y que es una de las naciones donde el problema de la plétora médica se acusa con caracteres más graves, casi pavorosos.

No obstante, la avalancha sigue. La perspectiva de un porvenir holgado, resuelto con seguridad y prontitud, casi en el mismo momento de finalizar los estudios; la facilidad para obtener casi inmediatamente una plaza decorosamente retribuída, sin necesidad de encasillarse en el turno penoso de unas oposiciones; la buena compensación de esta actividad de sacrificio; las muchas satisfacciones que proporciona el ejercicio de esta profesión; la importancia social y política con que los Poderes públicos distinguen—cada día más—a la Medicina y a los Médicos en todos los países del mundo, son otros tantos motivos para agregar a los anteriormente expuestos, que orientan a la mayoría de los bachilleres y a sus familias hacia la carrera de Medicina.

Pero si esto era así hace unos treinta años, ya no lo es ahora. La continua avulsión de estudiantes han agotado las halagüeñas perspectivas que presentara la profesión a principios de la actual centuria. No obstante, a pesar de todo—juzgando por los datos que llevamos expuestos—, el número de médicos jóvenes es cada día mayor: nuestras Facultades siguen lanzando rítmicamente cientos y cientos de médicos a una lucha acerba por la más miserable existencia. En las numerosas Facultades de Medicina de que disfruta nuestra enseñanza universitaria, aumenta sin cesar, en proporciones inquietantes, la matrícula en la socorrida ciencia, como todavía sigue llamándola el vulgo, seducido por el espejismo de unos tiempos prósperos, que desgraciadamente ya pasaron y que tardará mucho, muchísimo—quizá nunca—en volver.

IV.—Los motivos sentimentales y crematísticos

Es indudable que este continuo aumento del número de estudiantes de

Medicina, que se traduce por el enorme número de galenos que casi a diario salen de nuestras aulas universitarias, constituye uno de los factores más importantes de nuestra actual crisis profesional.

¿A qué atribuir esta imperiosa vocación de la mayoría de los estudiantes por la profesión médica? ¿A dificultades de organización en otras profesiones? ¿A la ausencia de proteccionismo por parte de los Gobiernos que no hacen aceptable la decisión de dirigir las aptitudes por otros caminos? ¿Al hecho de que el ejercicio de la Medicina—como decíamos antes—proporciona grandes satisfacciones de conciencia, tal vez la más íntima e inmensa de todas, como es la de curar, aliviar o consolar los males del prójimo? ¿A qué—como acabamos de apuntar—se considera la profesión de médico como la más lucrativa de las carreras liberales? ¿A una orientación profesional defectuosa? ¿A un excesivo desarrollo de la cultura intelectual en ciertos países...?

Quién sabe; algo de todo esto hay en la génesis vocacional de esta profesión. Pero seguramente que el motivo sentimental de aliviar los males ajenos y el crematístico de considerarla como la más lucrativa de las carreras liberales son los que más viva y directamente influyen sobre las imaginaciones juveniles.

En cuanto al primero, por desgracia es harto discutible. «Los médicos saben muy bien que son muchas más las veces que sus nobles esfuerzos fracasan y tienen tristemente que cruzarse de brazos ante el poder invencible de la muerte. No sólo la profesión no les procura con frecuencia la alegría de curar, sino que, por el contrario, les obliga a vivir presenciando todas las manifestaciones del dolor humano y sintiendo en su corazón las más terribles angustias». (Tirso Medina).

Por lo que se refiere a considerarla como una de las más lucrativas, cierto que para algunos, muy pocos, cada vez menos lo será, pero para muchos, la mayoría, no. «El Gran Capitán se hizo famoso, tanto por sus batallas como por sus cuentas. Algunos doctores tienen también tanta fama por sus cuentas como por sus éxitos profesionales». Indudablemente que aún existen algún que otro médico reputado, que podría disfrutar ostentosamente de una espléndida cuadra de carreras y algunos más que poseen una galería de cuadros famosos, o colecciones de objetos de arte de incalculable valor. Pero no os dejéis seducir por el lujo de sus salones, la suntuosidad de su mesa, el esplendor de sus fiestas mundanas, el confort de sus automóviles, la importancia de su servicio doméstico, ni las cifras fabulosas de sus honorarios, pues aparte estos casos excepcionales, que en la futura democracia próxima habrán de desaparecer, la verdad, la triste verdad es, que existe y abunda en proporciones aterradoras, un verdadero proletariado de la Medicina; para la mayor parte de los médicos actuales, el trabajo es difícil y duro, y la retribución exigua, miserable.

Nuestro flamante organismo de la Previsión Médica Nacional, no tardará en dar elocuentes y penosas pruebas.

De todos modos, sea de ello lo que quiera, lo cierto, lo indudablemente cierto, es que en el momento presente—crítico como todos los momentos actuales—, el niño, el adolescente, el flamante bachiller que inició los estudios superiores en la Universidad, casi fatalmente ha de ser estudiante de Medicina.

V.—Las primeras inclinaciones

Desde que nace comienza a sufrir. Enfermo en los primeros años, el recuerdo de sus sufrimientos y de quien le curó, es posible que permanezca reprimido en su conciencia hasta que con el correr de los años, se liberen dichas reminiscencias, surgiendo entonces imperativamente la vocación reprimida.

En efecto: existen diversidad de criterios respecto a cómo y cuándo aparece en el niño la natural inclinación hacia determinado arte, profesión u oficio que le ha de conducir al éxito y lucimiento a que todos aspiramos. Mientras unos argumentan con el paradójico lugar común «el poeta nace...», otros ven surgir de las familias más humildes e ignorantes, hijos capacitados que habrán de inmortalizar el apellido de sus predecesores; tal es el ejemplo constante de la historia de la civilización.

Debido a la ductilidad manifiesta del niño en sus primeros años, es lógico pensar que la vocación que el joven posee para determinada actividad, haya aparecido, cuando su alma infantil presenció la obra perfecta de una acusada personalidad. Si el niño, el hombre, desconoce una materia, no puede sentir vocación para profesarla. De aquí que uno de los grandes problemas que más deben interesar a los maestros de primera enseñanza, a los profesores de los niños y a los padres, es el de captar precozmente las impresiones que inconscientemente—y también por sí mismo—podemos imprimir en el alma infantil, seleccionándolas y orientándolas convenientemente.

No olvidemos que el momento de elección de carrera es uno de los momentos más graves de la vida; abarca completamente el porvenir del individuo. De esa elección juiciosa realizada a tiempo, depende a menudo la felicidad de toda una vida. ¡Cuántos son los que arrastran una vida sin fe, sin entusiasmos, sin goce alguno, sin amor de ninguna clase, simplemente por verse imperativamente obligados a ejercer siempre y para siempre una profesión totalmente opuesta a sus gustos, a sus aptitudes, a su temperamento.

Es necesario que las familias tengan en cuenta que la represión violenta o la imprudente desviación de estos primeros motivos vocacionales pueden ser factor unas veces predisponente y otras determinante de serios desequilibrios psíquicos que a menudo pasan desapercibidos y que explican muchas incapacidades de orden intelectual. De aquí la terrible responsabilidad de los

padres que no dan a sus hijos una amplia y verdadera libertad en la elección de carrera o que de cualquier manera pretenden desarraigar su vocación empírica. Como ningún padre puede llegar a conocer claramente la honda, propia, personalidad del hijo, ninguno tiene derecho a reprimir estas primeras inclinaciones profesionales—siempre que sean verdaderas y nobles—de un modo brutal, cualquiera que sean sus propósitos y la opinión que les merezcan.

En los libros y revistas apenas se habla de los trastornos que pueden producir la represión de los primeros motivos vocacionales y el error en la elección de carrera. El doctor Valle y Aldabalde, refiere la siguiente interesantísima observación, y que invirtiendo las profesiones a que se refiere, es enteramente aplicable a nuestro tema.

«Un joven, creyendo de buena fe que tenía vocación de médico, empezó a cursar los estudios respectivos. Conviene advertir que en su familia nadie había seguido la carrera de médico. Pasadas sin inconveniente alguno, las *horcas caudinas* de la sala de Disección, al llegar a las clínicas comenzó a tener más rarezas que de costumbre. Hay que advertir que se trataba de un individuo algo tarado, como suele suceder en muchos de estos casos. Pero lo que más preocupaba a la familia era la tristeza y el egocentrismo del enfermo.»

«Aquí fué la madre la que estableció el diagnóstico etiológico y el tratamiento correspondiente. Mujer que reunía dos perspicacias: la de madre y la de un talento natural muy claro y una gran experiencia de la vida, sospechó, sin necesidad de psicoanálisis o con un subconsciente psicoanálisis, que su hijo tenía algo en su conciencia que debía explicar el cambio que tanto les preocupaba. Y no tampoco nada sexual, a pesar de la edad del paciente, sino que se había equivocado de vocación y que *por no dar su brazo a torcer* no quería declararlo. Pero la declaración que no había surgido espontánea se la sonsacó muy hábil y cariñosa la madre. Cambió de carrera a la de Derecho, que terminó el sujeto en pocos años y hasta con lucimiento, curando totalmente de la psicosis.» (Valle y Aldabalde: «Recuerdos clínicos». *El Siglo Médico*. Madrid, 5 enero, 1929).

VI.—Los impulsos personales

Por otra parte, apenas niño no oye hablar más que de enfermedades y enfermos, de medicinas y de médicos. Si alguno de su familia estuvo enfermo, habrá observado que el médico es el verdadero amo de la casa, hacia quien converge la atención de todos y de quien se habla continuamente; sólo oye pronunciar su nombre. Todo esto se graba profundamente en su imaginación infantil.

A este propósito vienen aquí muy bien las siguientes palabras de C. Stanford Read, una de las mayores autoridades en lo que se refiere a la psicología

experimental de la adolescencia masculina, que con las debidas sustituciones de algunos términos, pueden ser referidas también a nuestro tema particular.

«Hay motivos sobrados para creer que las primeras impresiones infantiles pueden haber sido tan fuertes y duraderas, que hayan determinado la elección profesional. El análisis minucioso de los pacientes ha revelado muchos casos interesantes de estos. Pfister, en su libro *Love in children and its Aberrations*, consigna el caso de un muchacho que sin haber salido de la edad escolar, vió una luz de Bengala en un laboratorio químico. Hasta la edad de diez y ocho años tuvo el decidido propósito de dedicarse a la química, y sólo perdió su entusiasmo por haberse entendido mal con un profesor de esta ciencia.» («Luchas de la adolescencia masculina». Madrid. F. Beltrán (editor). 1931; página 247).

Más tarde, adolescente, durante su primera escolaridad, es el médico quien principalmente le dispensará de la asistencia a las clases y quien, prescribiéndole largas convalecencias, habrá de proporcionarle pingües vacaciones.

Viene después la afición a las lecturas—novelas y cuentos principalmente—; en casi todas ellas aparece la figura de un médico, que unas veces será el personaje misterioso, otras el más simpático y casi siempre el que desempeña el papel principal, o el más decisivo en la trama novelesca, a cuyo cargo corren las más heroicas abnegaciones, los más sublimes sacrificios; le envidia y le admira. Vibra su alma entera ante la noble ilusión de encarnar en sí el héroe de su novela.

No hay folletín que pueda igualar en emoción y en interés a la vida de un médico que ha dedicado la mayor parte de su existencia al ejercicio profesional de la Medicina, la ciencia del bien y del mal, de la vida y de la muerte. (Es lástima que las memorias y las biografías de médicos famosos sean todavía tan escasas en la gran literatura mundial).

Luego llega el momento de las más altas y complejas iniciaciones de la vida; los ardores de la juventud incandescente le exasperan, le acecha el temor de ciertas enfermedades misteriosas e intenta informarse de los males del amor y del sexo. Si puede, se proporcionará y leerá a hurtadillas libros de Medicina que traten de estas cuestiones, iniciándose así en la magia vital y apasionada de los diccionarios y formularios galénicos. Cuántas veces exclamará: ¡Si fuera médico...! ¡Si estudiara Medicina...! Sueña con conocer los impenetrables secretos de la reproducción; se atormenta con el ansia de saber cómo nació él y cómo nacerán sus hijos futuros. (Deseos tanto más naturales y legítimos cuanto que de su auténtica realidad y de su verdadera significación, le hicieron un misterio sus padres primero y luego sus maestros). Quiere descorrer los velos—siete velos—que encubren el misterio impenetrable, el secreto maravilloso, y para esto... quiere ser médico.

Al llegar la edad de la vida universitaria, una simpatía irresistible le lleva hacia los estudiantes de Medicina, los estudiantes—en general, no los estudiosos—por antonomasia, los que pueden hablar de todo, a quienes está permitido todo. Quiere conocer los secretos del anfiteatro y del hospital. Sabe también que en todas las algaradas universitarias, en todos los movimientos escolares, en todos los conflictos estudiantiles, los estudiantes de Medicina son siempre los primeros y a menudo los directores y los protagonistas.

Después—y aquí transcribimos la siguiente admirable y brillante página de Téllez Plasencia: «Cuatro ensayos sobre la Medicina de nuestro tiempo». Madrid. Espasa-Calpe (editor), 1927; pág. 52. — «en la crisis espiritual de la adolescencia, cuando los borbotones de la más preciosa energía afluyen al espíritu y demandan una forma, una teoría ordenadora, la necesidad de acción del alma juvenil puede encontrar ante sí un camino, el de la ciencia de curar, que concuerde con sus más íntimas impulsiones. Si la concordancia es verdadera, en ella estará el origen de una vida impregnada de dignidad y en la impetuosidad del primer contacto con su oficio habrá una forma de verdadero amor. Y esto es muy bello. No todos los jóvenes de nuestros viveros de médicos sienten una vocación, siquiera medianamente vivaz; pero en la mayor parte de ellos hay un pequeño rincón del espíritu, para el que el comercio de las cosas clínicas—tan desagradables casi siempre en sí mismas—, reviste una apariencia de verdadera dicha. Recuérdese la exuberancia profesional de casi todos los nuevos licenciados. En este gozo de la acción, de la obra bien hecha, en esta delicia incomparable de los primeros éxitos que queda bien al margen de la necesidad de ganarse el pan, está toda la esencia de la vocación médica. Nada hay en ella de extrahumano; más que al de la mística pertenece al dominio de la orientación profesional. La prueba es que cuando la vocación falta, rara vez basta la vocación sola pará retener al médico por equivocación en el amor de su oficio. Rara vez se entabla entre la voluntad consciente y la voluntad orgánica una de esas luchas de titanes con que los ascetas religiosos combaten el enemigo interior. Casi siempre, cuando la necesidad no le encadena al trabajo ingrato hacia el que no le atrae la ilusión, el médico sin vocación se desplaza dulcemente, sin apostasía hacia otras zonas de actividad menos discordante de su ley interior.»

VII. — El consejo familiar

A los impulsos personales se suman los de la familia, que por lo general son los más decisivos para la elección de la profesión, ya que en la casi totalidad de los adolescentes, cuando suelen elegir carrera, no está aún suficientemente desarrollada la verdadera vocación consciente. En tales condiciones, el consejo de los padres suele ser decisivo. La vanidad de muchos genitores

causa a menudo, la más horrible y duradera desgracia de sus prpoios hijos. El deseo a ultranza de que sea abogado, médico, doctor en algo, aunque sea en cualquier cosa, hace que por lo general se descuiden los dos condiciones fundamentales, para la elección de cualquier arte, profesión u oficio: la aptitud y la educación. ¡Cuántos son los jóvenes dedicados a estudios para los cuales les falta la más elemental vocación! Manía muy generalizada en las familias es la preferencia por los estudios de Medicina, sin más motivos fundamentales que la ostentosa vida de algunos galenos, el socorrido pretexto de que siempre hay enfermos y el manoseado argumento de que es la profesión liberal por excelencia.

Comerciantes, industriales, agricultores modestos, que penosamente ahorraron algún capital y aun cuantiosa fortuna, no quieren que sus hijos les sucedan en tan ingratos menesteres. Recuerdan—y exageran—las dificultades que hallaron y tuvieron que vencer para abrirse paso en la lucha por la vida y no quieren que sus hijos experimenten iguales o parecidas contrariedades. Desean elevarles en categoría social, verles en una posición más distinguida. Para esto el consejo familiar, opta sin titubeos por la carrera universitaria. Y así sigue la rutina a pesar de las dolorosas lecciones que nos proporciona la experiencia.

Es natural, humano, que debido a la intemperie que amenaza a la industria, así como a la inseguridad de los negocios y a la veleidad del comercio, los padres traten de impulsar a sus hijos hacia profesiones, con cuya aptitud—oficialmente reconocida—tengan un valor permanente. Pero desgraciadamente se engañan en sus nobles deseos, pues las condiciones sociales en que todos nos desenvolvemos en la época actual, son tan rigurosas, tan determinantes y tan fuertes, que incluso anulan la eficacia de valores inmanentes, como suelen ser los de una profesión liberal.

Hay que ser médico, abogado, licenciado en ciencias, en letras, etc., para opositar a cátedras o ingresar en un ventajoso escalafón lo más prontamente posible. Pero cuántos son los que después de muchos años de estudio, se tienen que contentar con un modesto destino fuera de plantilla, en algún centro dependiente de un ministerio, sin más aspiración que durar y vegetar, a lo más tanto como vegete y dure el ministro que los nombró.

El amor paternal, ciega y hace creer que sus hijos son genios capaces de aprenderlo todo y distinguirse en cualquiera y aun en todas las actividades del humano saber. El título universitario continúa ejerciendo gran atracción, por lo fácil que es conseguirlo y lo que tienen muchos no es sabiduría ni aptitudes, sino títulos pomposos que no sirven para nada. De este modo, a medida que crece la afición hacia las profesiones liberales, aumenta la desproporción entre los titulados y las clientelas, y ya son muchos los doctores

que aun sabiendo mucho se ven obligados a arrastrar una vida plena de estrecheces.

En la mayoría de las familias españolas se considera emblema de gran distinción el contar en su seno con el mayor número posible de licenciados y doctores; es decir, que sus hijos tengan una carrera universitaria. No conciben que pueda ser más honroso que sean industriales, agricultores, comerciantes como ellos—«hacen falta más brazos que inteligencias»—que no vagos de profesión que al fin—muchas veces en el mejor de los casos—vayan a morir de hambre a un hospital, que es a lo que a algunos conduce la posesión del título académico.

Además, tal vez haga un matrimonio ventajoso, con lo cual—ya que no por su ciencia y paciencia—pueda alcanzar las más altas y brillantes situaciones sociales y políticas. En realidad, no es que esté del todo mal esta previsión de los flamantes licenciados por medio del matrimonio con rica heredera, si una vez conseguida una mujer con buena dote dieran de lado el ejercicio profesional, aunque siguieran luciendo el título, de modo formulario, por pudor y más que nada para cubrir las apariencias. Pero la seguridad económica que logran alcanzar no la emplean para el ejercicio abnegado de la profesión, ni mucho menos para el estudio desinteresado o la investigación altruísta.

El mal está, en que — como ha dicho Fernán-Pérez, con sumo acierto—, «la mayoría de estos previsores, enriquecidos *justae nuptiae*, se acogen a la influencia lugareña del suegro, para lograr el mayor número posible de igualas, no consintiendo que en el pueblo pueda ejercer un médico de verdad y perjudicando gravemente con ello, no sólo a la clase a la que no debieron pertenecer, sino al vecindario al que no saben servir y al que frecuentemente ocasionan daños irreparables».

En suma, para casi todos los padres y para casi todas las madres españolas, la carrera de médico, «es la carrera del presente y del porvenir. Es el oficio en resolución que puede aportar a un hombre, el mayor lucimiento social, la mayor influencia política y literaria, el mayor mimo y regalo de las gentes y por añadidura la mayor suma de dinero. Todo en una palabra. Se puede ganar mucho dinero siendo comerciante; pero la persona que sólo posee dinero, necesita estar siempre poniendo por delante, eso, su dinero, para que la gente le respete y envidie; mientras que un médico que acierte a montar con fortuna su gabinete, surge enseguida su reputación de sabio y su fama de servir para todo, incluso para hacer filosofía o escribir sonetos; ese ya no tiene que temer nada ni envidiar a nadie, porque el público se apresurará a abrumarle con su estimación y con sus caudales.» (Salaverria).

Por otra parte, dado el período de grandes mutaciones, por el que actualmente

atravesamos «ningún padre puede estar seguro de que da a su hijo una profesión para todos los años de su vida, salvo que esa profesión sea la de médico. Enfermos nunca han de faltar; siempre habrá quien quiera vivir y quien no quiera morirse.» Y por lo tanto, la profesión de médico, es acaso la única que los padres saben no puede desaparecer, cualquiera que sea la civilización y el regimen social del porvenir.

Tales son los conceptos—erróneos casi todos, por no decir que todos—que de la profesión médica tienen la inmensa mayoría de las familias españolas.

VIII.—La moda de los estudios médicos

A los factores personales y familiares que acabamos de esbozar, podríamos agregar el de la moda que ahora gozan los estudios médicos.

Cada época ha tenido su oficio. En las rudas y caballerescas de los hechos heroicos, no existe otra profesión honorable que la de guerrero. En los momentos críticos de la religión y exaltación de la fe, el sacerdocio arrastra los mejores sufragios. En el siglo xvii, con la edad de oro de la filosofía liberal, las inteligencias más cultivadas y los talentos más preclaros, se emancipan del yugo teológico, predominando entonces los estudios jurídicos. En el transcurso de casi todo el siglo xix las ciencias físicas y químicas aplicadas, con sus insospechados progresos arrastran la mayoría de los estudiosos. En lo que llevamos del siglo xx, los portentosos descubrimientos y conquistas de las ciencias médicas parecen absorber la mayor parte de los estudiantes.

Hoy día, ser médico es serlo todo, porque de todo sabe y está informado de los más trascendentales secretos de mucha gente. Se le atribuyen además grandes conocimientos culturales, se le suponen exquisiteces en el trato social y aun para muchos — mujeres principalmente — esta profesión implica ciertos refinamientos eróticos. (Sobre este último punto véase nuestro libro «Los médicos donjuanes», Valladolid, Librería Santaren, 1930). En resumen, como ha dicho Tellez Plasencia, en su libro antes citado «el prestigio del clínico es tal en el punto crítico de la historia del mundo que atravesamos, que ninguna otra autoridad profesional iguala a la suya».

Salaverria ha dicho también con cierta ironía y por tanto con auténtica realidad: «El médico ha vencido a todos sus posibles contrincantes, incluso al abogado y esto puede observarse en un salón o en cualquier otro sitio donde se reúna mucha gente distinguida; decir abogado ya no quiere decir nada y decir ingeniero menos aún; pero todos en cambio volverán los ojos con admiración hacia el doctor que pasa, el galeno famoso, el doctor estupendo, el médico de moda que gana sumas fabulosas y que sabe de todo más que nadie».

SECCIÓN PRACTICA

EL PEQUEÑO PROBLEMA DEL UÑERO

POR

ESTEBAN AZPEITIA GUTIERREZ

Ex-interno pensionado de la Facultad de Medicina de Zaragoza

MALLÉN (Zaragoza)

Es la onicocriptosis una de aquellas cosas de escaso relieve científico y que sin embargo adquiere, en determinadas ocasiones, gran importancia práctica. La uña encarnada plantea un problema clínico cuya solución importa no tanto por sus secuelas médicas como por sus consecuencias sociales: recuerdo a un viajante de comercio que solicitó mis servicios con motivo de un uñero complicado que le ponía en trance, con gran inconveniencia, de abandonar la ruta emprendida; caso éste, por otro lado, que ha contribuído a sugerirme el tratamiento que principalmente motiva este trabajo.

La importancia en la práctica del tratamiento de este proceso se desprende del hecho—señalado por Tillaux—de ser más de un ciento los procedimientos concebidos; y esta desorientación, que bien claramente indica la no existencia de uno eficaz, se encuentra también en el estudio de la etiología y al enjuiciar la patogenia; el mismo gran clínico parisino (1) dice: «Confieso que ignoro por completo la causa que lo produce — el uñero —, porque la fatiga y los calzados defectuosos, a los que se ha atribuído esta lesión, lo mismo podrían producirlo después de haberse soldado las epífisis y sin embargo en estas condiciones no se produce el uñero.»

Ante todo quiero dejar sentado que la uña encarnada es, simplemente, la uña penetrada en las carnes por una mayor incurvación lateral, a veces tan marcada que el borde da frente al lado opuesto que le es normal; este hecho es suficiente a prestarle su importancia clínica y no es adecuada una definición muy usada, con ligeras variantes, en las obras de Patología Quirúrgica: «Es una onixis lateral, caracterizada por una ulceración con rodete fungoso en la cual se hunde la uña»; porque esto expresa un aspecto clínico del proceso al que no siempre se llega a pesar de ser ostensibles los trastornos.

En la formación del uñero se incrimina principalmente al factor mecánico: Unos estiman que son las presiones de arriba abajo rechazando la uña que insinúa sus bordes laterales en los tejidos blandos; mientras que otros, con Kirmisson al frente, consideran culpables a las presiones de abajo arriba, por el peso del cuerpo que lanza así las partes laterales del pulpejo contra el

(1) P. Tillaux. «Tratado de Cirugía Clínica».

borde ungueal y teniendo, de esta forma, explicación la corriente localización de las lesiones en el ángulo libre de la uña y también la formación de la uña encarnada cuando el primer dedo cabalga sobre el segundo (Le Fort).

Es más admisible la influencia de las presiones laterales que comprimiendo los dedos, unos contra otros, aumentan la convexidad de la uña al mismo tiempo que los repliegues laterales se ven rechazados. Esto explica que el uñero sea mucho más frecuente en el borde externo del primer dedo; como igualmente aclara por qué este proceso cuenta casi siempre en su haber con un calzado inadecuado y viéndose reforzado tal criterio por el hecho de no darse el uñero *esencial* en la mano, a pesar de haber oficios en que las presiones sobre los pulpejos son intensas y continuadas por mucho tiempo. Yo, por mi parte, he visto con frecuencia la uña encarnada en muchachas jóvenes que usaron alpargata muy ajustada (1).

Gosselin pretendía que la uña crecía más que las partes blandas, mientras Poucet y Waill estiman que es el reborde lateral el demasiado grueso.

La uña encarnada es sobre todo frecuente en los adolescentes y la juventud, y de aquí que se considere como un trastorno de crecimiento; pero, aunque excepcionalmente, la lesión que me ocupa se da también en todas las edades; muy recientemente he visto un uñero bien caracterizado y *de fecha próxima* en una enferma de sesenta años, si bien es el único que he observado lejos de la edad juvenil. Forzosamente hay que pensar que son varios los factores que se suman al mismo fin.

La marcha, la fatiga local, la suciedad, la hiperhidrosis son causas que cooperan, pero que no adquieren el rango de eficientes.

En contra del común sentir, mi experiencia me dice no ser más frecuente la uña encarnada en los varones; indudablemente hay que tener en cuenta los usos y costumbres de cada pueblo para señalar una predilección de sexo. Pero si este predominio se comprueba, da margen a pensar en una influencia hormónica; aunque Heller se muestre escéptico con respecto a la endocrinología en las alteraciones de estos faneros (2).

Se ha señalado que la existencia de una diátesis favorece la encarnación de las uñas, y Tixier dice (3) haberla apreciado en los tuberculosos inmovilizados en cama.

Equivocamente se considera al uñero como exclusivo del primer dedo y aun del repliegue ungueal externo de él; así es, en efecto, lo más frecuente, pero se da también el correspondiente al borde interno y en ocasiones en

(1) E. G. V. Runting en su «Quiropodia Práctica» concede importancia, bajo este aspecto, hasta a la media o calcetín, sobre todo si se usan dobles.

(2) «Presse Médicale». París, 15-V-1926.

(3) L. Tixier. «Tratado de Patología Quirúrgica».

ambos lados de la uña. Es, pues, un error considerar como Tillaux lo hace (1), como de carácter patognomónico a la unilateralidad de las lesiones; aunque con mucho sea esto lo más frecuente. Por otro lado, yo he visto esta alteración en un tercer dedo y personalmente he padecido un uñero, particularmente doloroso, en el repliegue interno del segundo.

Parece bastante demostrada la influencia de un corte defectuoso de la uña; el enfermo, al sentir las primeras molestias, quizá antes, corta la uña en exceso, sobre todo en sus ángulos; entonces está favorecido el acabalgamiento de las partes blandas sobre aquel borde inoportunamente retirado. A este factor se le da gran importancia (2) y seguramente de él, juntamente con las presiones de un calzado estrecho, depende la génesis patológica; al menos muy principalmente.

Establecido de hecho el uñero, se aprecia la mayor incurvación en sentido lateral y, si es el caso tipo, en la zona externa; el borde correspondiente está francamente hundido en un surco que es más profundo que lo normal y que está limitado por un repliegue cutáneo más elevado; la región está más o menos tumefacta y dolorosa, siendo muy sensible a las presiones sobre la uña; las primeras molestias se manifiestan, frecuentemente, con motivo de una marcha más prolongada de lo ordinario, y son tanto más manifiestas cuanto que en aquellos días el pie suele portar el calzado que contribuyó al trastorno; pero el reposo todo lo calma, siendo por ello más penosas las jornadas vespertinas. Todo puede terminar aquí merced a un apropiado tratamiento, o sin él, volviendo la fase dolorosa y de agudización con motivo de nuevas causas ocasionales.

Pero otras veces, las más, por una debilidad en los tejidos (diátesis, hiperhidrosis, corte defectuoso de la uña con espolón en el ángulo externo) la infección se suma y la ulceración se forma. Ordinariamente no rebasa mucho de la parte anterior, pero es bien manifiesta; la infección se hace crónica y coopera a las lesiones juntamente con los factores mecánicos. Es entonces cuando la reacción de los tejidos produce mamelones saniosos, verdaderas fungosidades que en su desarrollo llegan a cabalgar sobre la uña cubriéndola, a veces, en gran parte y bajo las que fluye una serosidad purulenta que suele tener un olor característico; fungosidades fácilmente hemorrágicas al menor insulto y que constituyen, por ello, una molestia más.

A pesar de lo progresivo del proceso, como no llega a invadir las regiones posteriores que es donde la uña se nutre, ésta no tiene tendencia a caer y con ello queda establecido un círculo vicioso que eterniza los sufrimientos.

(1) Tillaux. «Tratado de Anatomía Topográfica».

(2) Wullstein y Wilms. «Tratado de Patología y Clínica Quirúrgica».

Porque el dolor llega a hacer intolerable la marcha, imposibilitando al enfermo en sus relaciones sociales.

No son infrecuentes, llegado este extremo, complicaciones dependientes de la infección crónicamente sostenida; principalmente linfangitis. En ocasiones, los tejidos blandos que comprimen la uña sufren a su vez las consecuencias de esta presión continuada y reaccionan con la formación de un pequeño callo, que aporta el correspondiente sufrimiento.

El diagnóstico de uña encarnada es de los más fáciles. Un eczema o un favus (onicomicosis) localizado aquí, así como la presencia de lesiones psoriásicas o piogénicas (onixis inflamatoria simple) no pueden prestar confusión: tienen todos un cuadro más completo y sería raro que se mostrasen exclusivamente en esta región; además sería excepcional que interesasen una sola uña y, aun en este caso, que se localizasen en la zona de elección del uñero. Por otro lado, estos procesos tienden al desprendimiento de la uña y su caída y, en algunos, la fisiológica queratinización ungueal se modifica en sentido de epitelización, dando a la uña aspecto diferente y mayor fragilidad (1).

Raramente será posible la confusión con un trastorno trófico; mas cuando pudiera existir la duda, se despejaría fácilmente mediante una exploración de médula y nervios.

El singular tumor, tan recidivante, conocido genéricamente bajo la denominación de exostosis subungueal, puede en los primeros tiempos confundir el diagnóstico, precisamente por levantar la uña en su centro incurvándola; pero a poco desarrollo que alcance se hace ostensible a la par que, en lugar de encarnar, descalza la uña de su lecho.

Las lesiones traumáticas tienen su historia propia.

Es más fácil el error diagnóstico que puede motivar una onixis ulcerosa sifilítica; pero ésta suele circundar la uña que toma un aspecto morenuzco y tiende a caer. Además, lo lógico es que existan otras lesiones de lúes que orienten hacia la verdad.

La profilaxis de la uña encarnada sólo se justifica en la práctica cuando se ha padecido una vez: limpieza, calzado amplio sin exceso y, sobre todo, un correcto corte de uñas, son suficientes. En líneas generales, las uñas de los pies deben cortarse, inversamente de como en las manos, en cuadrado; y aun se ha aconsejado, cuando hay tendencia a onicocriptosis, conformar en línea cóncava el borde libre.

Cuando la enfermedad está en pleno desarrollo, las molestias llaman la atención hacia un tratamiento curativo.

Un reposo prolongado, sobre todo *no andar*, limpieza local meticulosa y una cura de alcohol suelen dar buenos resultados, aún más si se combinan con

(1) Landouzy y Bernard. «Anatomía y Fisiología Médicas».

pequeñas intervenciones quiropódicas; raspado con un vidrio o escofina de la parte más incurvada de la uña, desde la matriz al borde libre, para así hacerla más maleable y facilitar el despegamiento del borde ungueal interponiendo, entre él y el surco, pequeñitas porciones de algodón. Con estos sencillos medios se logra muchas veces suprimir las molestias y se da lugar a que el crecimiento de la uña salve el ángulo peligroso; pero no hay que olvidar que el demasiado crecimiento es también nocivo, porque una uña de excesiva longitud tiende a arrollarse sobre sí en sentido longitudinal y esto también puede ocasionar molestias. También se ha recomendado un corte de la uña en *V* con el vértice dirigido a la matriz.

Yo dudo de la eficacia de las pequeñas curas médicas tan en uso entre algunos pedicuros. Entre otras, se ha recomendado unos toques diarios con una solución de percloruro de hierro; procedimiento por demás doloroso a poca lesión epitelial que exista.

Otra cosa es, ante la presencia de fungosidades, cuya destrucción es necesaria, a todo tratamiento. A este fin tuvo en otro tiempo gran aceptación la potasa cáustica (1); después han sido más empleados el alumbre, el sulfato de cobre y el nitrato argéntico. Yo siempre he preferido el lápiz de nitrato de plata fundido o simplemente la cucharilla cortante; pero con cualquier escarótico, hábilmente manejado, puede lograrse el resultado apetecido.

Enfrente de estos pequeños medios terapéuticos están los tratamientos más quirúrgicos, a los que conducen la magnitud de las molestias en la mayoría de las ocasiones. Hay muchos procedimientos, todos defectuosos, y yo tengo conocimiento personal de algunos.

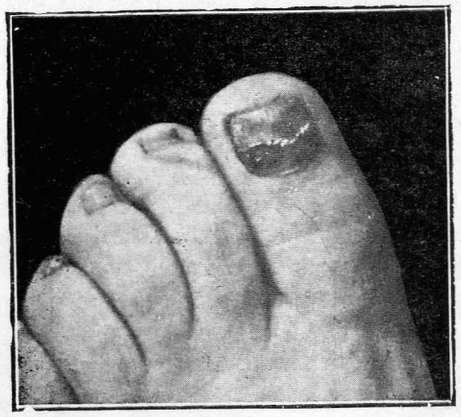
La simple avulsión de la uña es muy practicada; otros cortan y arrancan solamente una tira a partir del borde enfermo. Se comprende que con estos procederes el resultado se mantiene únicamente hasta que de nuevo brota la uña.

Follin elimina la zona del uñero mediante cuatro profundas incisiones a ras del hueso y sutura o no, según los casos. Th. Anger arranca la uña cortando por trasfisión la región enferma, mediante amplio colgajo que comprende en sí la arteria colateral. Tillaux, una vez dividida en dos mitades la uña, la arranca y extirpa con bisturí la matriz y rodetes laterales. Quénu, después de avulsar la uña y raspar las fungosidades, circunscribe mediante cuatro incisiones profundas la región de la lúnula respetando el dermis subungueal anterior y cubre la pérdida de sustancia con una plastia de colgajos anterior y posterior. Dardignac viene a hacer esto mismo operando por trasfisión, y Chalot practica el proceder de Quénu, limitándolo al lado enfermo.

(1) A. Trousseau. «Terapéutica y Materia Médica».

Todos estos procedimientos tienen su defecto, y quien los tenga practicados habrá tocado sus inconvenientes. Mientras unos no ponen al abrigo de una recidiva, en cuyo caso están los procedimientos que podríamos llamar parciales, otros, destruyendo la zona generatriz, eliminan definitivamente el órgano suprimiendo su función.

Y es un error despreciar un órgano y la función que le está asignada, por nimios que nos parezcan, olvidando que en el organismo todo tiene su razón de ser. Sin atender las razones espirituales por las que los fakires orientales defienden una morbosa conservación de sus uñas; ni tampoco la necesidad de someterlas a usos impropios, como lo hace algún pueblo salvaje, es lo cierto que las uñas tienen su destino que cubrir en nuestra organización: prestar apoyo al pulpejo del dedo cuando éste se aplica a un cuerpo que le opone alguna resistencia, favoreciendo así la percepción tactil; y en el pie tiene esto la inmediata consecuencia de una perfecta indagación—aun a través del calzado—de la solidez, dureza y desigualdad del suelo por donde marchamos o que nos sustenta (1).



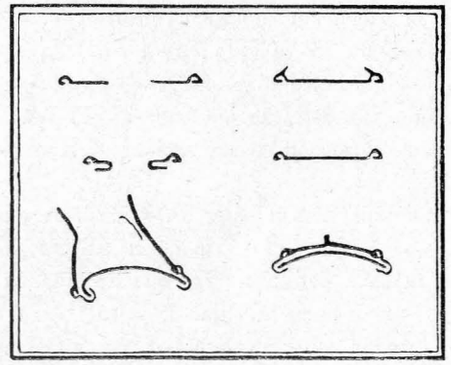
Por esto no sería despreciable un procedimiento curativo de la uña encarnada que conservando el órgano y su función evitase la recidiva. Ante la frecuencia con que observaba estos enfermos, me dediqué a buscarlo; ideé hacer un raspado de las fungosidades—cuando las hay—y una cura aséptica para después, en un segundo tiempo, llevar a cabo un desprendimiento cruento lateral de la uña y su región generadora, insinuando bajo ellos una plastia

(1) He visto — dice Richerand en sus «Nuevos Elementos de Fisiología — soldados que habían perdido las extremidades de los dedos del pie por heladura y que tenían una marcha manifiestamente poco segura.

prestada por el repliegue lateral y su zona adyacente, prolongada también a nivel de la matriz. Pero previamente había que resolver el problema de sostener a la uña en su forma normal, manteniéndola elevada, por algún tiempo, para evitar que la presión mortificase los tejidos. Resuelta esta cuestión, fueron tan satisfactorios los resultados que juzgué inútil practicar la operación propiamente dicha, ya que el artificio por sí solo me resultaba un buen tratamiento; y después el tiempo y la experiencia me afirman en esta idea.

Empleo como materiales un agraffe de Michel y un trozo de alambre que no sea quebradizo (1); como instrumental unas buenas pinzas y en ocasiones una pequeña espátula para levantar el borde de la uña, para lo que también puede servir el mango plano de algún instrumento.

Se coge el agraffe y con unas tijeras fuertes se le suprimen los ganchitos, después se corta por su mitad y cada una de estas partes, con unos alicates o



pinza de forci-presión, se convierten en ganchos cuya luz debe proporcionarse en cada caso con el grosor de la uña. Sólo resta pasar asas independientes de alambre por cada uno de los ojos del agrafe.

Meticulosamente limpios los materiales y la región, suprimidas las fungosidades si las había, se insinúan, montados en una pinza, los ganchitos bajo cada borde lateral de la uña. En el lado enfermo, por la mayor altura del repliegue cutáneo, podrá ser este tiempo algo costoso, aunque con algo de habilidad y paciencia, siempre se logra el propósito; sobre todo si se desprende antes algo el borde ungueal y si se coloca el gancho a nivel del ángulo libre de la uña. Después, acabalgados los ganchos en su correspondiente borde, se les hace correr hacia atrás lo más posible y se enfrentan mutuamente. Sólo resta retorcer,

(1) El alambre usado en ortodoncia es excelente. También es bueno el argéntico de las suturas metálicas; pero cualquiera sirve con tal resista, sin romperse, a la torsión.

uno sobre otro, los dos cabos de alambre y suprimir el sobrante. De esta suerte al aproximarse los ganchos levantan el borde ungueal desprendiéndolo de su surco, llevando esto consigo una disminución de la anormal convexidad de la uña; pero si esto no se lograse fácilmente, se raspa la uña en toda su longitud sobre la línea más saliente, cosa que ningún inconveniente tiene en hacerla sistemáticamente de un modo previo.

Hay que contentarse con retorcer los alambres sólo lo necesario para levantar algo el borde de la uña, sin empeñarse en sacarlo totalmente a luz; esto se conseguirá de un modo progresivo días después, que hacerlo en un tiempo sería molesto.

Precisamente obrando como señalo, el procedimiento, lejos de ser doloroso, es aceptado con gusto por el enfermo, que momentos antes no podía andar sin dolor y ahora puede afirmarse sin molestia alguna sobre las puntas de los pies. Con gran rapidez se observa la curación de los tejidos que en muy pocos días adquieren su aspecto y consistencia normales.

Sólo es preciso una capita de algodón para evitar que el calcetín o media se enganchen y una cura diaria de limpieza. El dispositivo no impide el calzado, a condición de que no sea estrecho, ni molesta lo más mínimo durante la marcha, sino que toda sensación desagradable desaparece desde el primer momento.

Es variable el tiempo que deben estar colocados los ganchitos; como regla general deberán llevarse hasta que la uña, en su crecimiento, haga rebasar a su ángulo libre de la zona peligrosa. Yo, que he sido uno de los que personalmente han experimentado este tratamiento, los llevé colocados durante unos cuatro meses, sin la menor molestia a pesar de servir entonces un partido médico de numerosa enfermería.

Al soltar los alambres y desprender los ganchitos, la uña tiende a volverse a incurvar bastante, aunque no tanto como lo estaba antes; pero las molestias no vuelven jamás, si nuevas causas no las justifican. Se tendrá en cuenta no volver a usar calzado con demasiado ajuste en su punta y, muy especialmente, no cortar la uña demasiado, teniendo cuidado de pasar una lima por el corte para evitar picos en los ángulos que pudieran lesionar la piel.

Pequeño es este problema del uñero, pero ¡qué grande para quien lo padece! Aun no siéndome oculta la nimiedad *médica* del asunto y mucho menos lo humilde de mi personalidad profesional, ante los satisfactorios resultados obtenidos, me he decidido a someter al juicio y experiencia de mis compañeros, por intermedio de CLÍNICA Y LABORATORIO, este tratamiento de la uña encarnada, que puede llevarse a cabo hasta con los escasos medios de nuestros particulares consultorios rurales.

LA HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS PALATINAS. SU TRATAMIENTO

POR EL

DR. FERNANDO ALONSO LEJ

Profesor de la Facultad de Medicina. Profesor del Dispensario Antituberculoso.
Especialista de garganta, nariz y oído

ZARAGOZA

Es el proceso que con más frecuencia vemos los especialistas. Enfermedad muy común en los niños y en los adolescentes, tan es así, que aun sin constituir un estado patológico, en una inmensa mayoría de casos están las amígdalas tan desarrolladass que producen trastornos, los cuales nos obligan a intervenir.

Forman parte del anillo linfático de Waldeyer. No está todavía dilucidado si son o no órganos de defensa cuya desaparición sería favorecer las infecciones generales en los niños.

Cuando no ha habido procesos flogísticos durante la niñez, al llegar a la edad madura se atrofian poco a poco.

Son órganos linfoides agregados a la mucosa del istmo de las fauces y situados en las fosas amigdalinas, entre los dos pilares del velo palatino.

Existen en la mayoría de los mamíferos, sufriendo variaciones de configuración y desarrollo diverso. Muy desarrolladas en los rumiantes y solípedos, reducidas en el conejo y aún más en el cobayo y ratón.

Su volumen es muy variable y existen tres formas diferentes: *pedizulada*, en la cual la amígdala libre, comúnmente, está sostenida por un pedículo; *engarzada*, en la que la amígdala se halla enclavada en la fosa amigdalina adherida a los dos pilares, y la *sumergida*, en la que la mayor parte del órgano se hunde hacia el seno piriforme.

La cara interna libre, unas veces plana, otras convexa, se halla revestida por la mucosa de la faringe. Presenta gran número de orificios de forma variable que conducen a cavidades anfractuosas llamadas criptas amigdalinas, que por su disposición en forma de fondo de saco se van acumulando en ellas mucosidades que a veces se condensan en grupos blanquecinos de consistencia dura y de olor más o menos fétido, pudiendo hasta formar masas calculosas.

La cara externa está aplicada directamente contra el músculo amigdalogloso y por intermedio de él está en relación con la aponeurosis de la faringe, que se halla reforzada por fuera por el músculo constrictor superior de la faringe.

Por fuera existe una especie de ángulo diedro de vértice anterior *espacio maxilofaríngeo* por el que corren de arriba a bajo; la carótida interna, yugular interna, neumogástrico, etc. Este espacio está atravesado en sentido sagital por una lámina aponeurótica que, partiendo de la fosa pterigoídea, entre las inserciones del pterigoídeo interno y las del periestafilino externo, va a fijarse por detrás en la aponeurosis prevertebral (aponeurosis lateral de la faringe).

El borde anterior mal limitado, generalmente, está en relación con el pilar anterior y se prolonga a veces hacia atrás y abajo, formando un repliegue triangular (plica triangularis de His).

El borde posterior, mucho más limitado, está en relación con el pilar posterior.

La extremidad inferior mira hacia la base de la lengua, separada de ésta por un espacio de 5 a 6 milímetros, el cual está lleno de glándulas foliculares (amígdala lingual).

La extremidad superior corresponde al ángulo de separación de los dos pilares del velo palatino. Pero no se remonta hasta el mismo vértice de este ángulo, sino que deja un espacio pequeño *fosita supra amigdalina* y que según His corresponde a la segunda hendidura branquial del embrión, siendo el sitio de predilección de las fístulas branquiales.

Por su cara externa la amígdala está rodeada por una cápsula fibrosa íntimamente unida al parénquima y separada de las paredes de la escavación por un plano laxo. La cápsula tiene un plexo vascular muy rico, al cual son aferentes vasos procedentes de la arteria tonsilar y eferentes ramas que van al interior del parénquima para nutrirlo.

El hilio de la amígdala está situado en el tercio inferior próximamente de la cápsula.

Las paredes de la fosa amigdalina son musculares, y según investigaciones embriológicas nunca se ha encontrado a dicho nivel la fibrosa faríngea. El fondo de la fosa está ocupado no sólo por el constrictor superior de la faringe, sino también por su entrecruzamiento muscular con los músculos del ramillete de Riolano. Este entrecruzamiento forma como si fuera una ligadura anatómica normal, de la arteria tonsilar.

En el acto operatorio se pueden herir, a nivel del polo inferior la carótida externa; a nivel del polo superior, la carótida interna. Estas lesiones son siempre mortales.

Pueden también seccionarse, la arteria tonsilar cuando es voluminosa; la facial, y la lingual cuando anómalamente tienen curvaturas amigdalinas (Riefel), la faríngea ascendente anómalamente próxima al pilar posterior, la vertebral colocada por fuera de los agujeros vertebrales (Romaglia).

Ya hemos visto que la amígdala estaba limitada por el lado de la faringe

por una lámina fibrosa más o menos gruesa pero continua, que se llama impropiamente *cápsula de la amigdala*. Esta, por su cara externa y a nivel de su contorno, se confunde poco a poco con el tejido celular submucoso del que no es más que una dependencia, y por su cara interna envía al interior del órgano un sistema de tabiques verticales que, recorriendo los espacios existentes entre las criptas, divide la amígdala en lóbulos cuya estructura se reduce a una membrana en forma de *U* que no es más que una mucosa modificada compuesta de dos capas: una superficial, *epitelial*, y otra profunda, *subepitelial*. La primera es un epiteilo pavimentoso estratificado, en el cual encontramos, de la periferia al centro, células aplanadas, células redondas y células cilíndricas. La segunda, túnica propia (Soenr), representa histológicamente la dermis de la mucosa faríngea, poseyendo numerosas y desarrolladas papilas en la superficie, que disminuyen a medida que descendemos al divertículo; histológicamente se compone de tejido reticulado que contiene numerosas esferas, llamadas folículos, por cuya significación morfológica deben considerarse como elementos glandulares sin conductos excretores, especie de *glándulas de secreción interna*, cuyo producto resulta de la elaboración de células linfáticas, y éstas son vertidas en la sangre. Pero esta teoría hoy día es hipotética.

En realidad su papel no es hoy día conocido, y ante esa duda se han roto lanzas y han suscitado polémicas sobre este punto para imponer la necesidad de la *amigdalotomía o amigdalectomía*.

La inervación de la amígdala debemos tenerla en cuenta para evitar al enfermo las molestias de la intervención.

La inervación sensitiva procede del glosofaríngeo que da ramos colaterales tonsilares, los cuales nacen un poco por encima de la base de la lengua. Son muy numerosos, y dirigiéndose a la cara externa de la amígdala, se anastomosan entre sí, formando *el plexo tonsilar* de Andersch. De este plexo salen filetes muy finos, que se distribuyen por la mucosa que cubre la amígdala. Completa la inervación de esta región finos ramos sensoriales procedentes del nervio lingual.

Si damos una serie de cortes en una amígdala, clínicamente sana pero hipertrofiada, se observan las lesiones que la amígdala sufre frecuentemente, su localización dentro del parénquima y las relaciones que existen con el aspecto exterior y volumen.

Nunca falta congestión. Los vasos, además de ser muy numerosos, están muy dilatados y siguen los tabiques interlobulares en el tejido conjuntivo subepitelial en las vecindades de la cápsula. Las paredes vasculares están poco modificadas, encontrándose a veces lesiones o trombus. Todo esto ha sido muy bien estudiado por Crowe (Baltimore), el que apoyándose en la presencia

de tales trombus, cree dar una explicación de las metástasis infecciosas alejadas de las amígdalas, apendicitis, artritis, etc.

Dentro de las criptas las lesiones son más violentas, el epitelio está muy infiltrado y hasta destruído; en otros puntos se observan pequeños abscesos dentro del mismo epitelio, estando éste transformado en elementos caseosos que ocupan el fondo de las criptas, las cuales, a veces, atraviesan toda la amígdala hasta ponerse en contacto de la cápsula de la cual no está su fondo separado más que por cuatro o cinco capas de células linfoides. En las criptas se observan numerosos grupos de células epiteliales en estado de degeneración, células linfoides y polinucleares.

Alrededor de estos grupos de células epiteliales existe gran infiltración leucocitaria.

En muchas amígdalas se ha visto cerca de las criptas infectadas que sobre uno de sus lados se encuentran cadenas epiteliales de diferentes formas, que anastomosándose circunscriben espacios linfoídeos redondeados bajo forma de cavidades incompletamente cerradas.

Etiológicamente existen dos factores importantes de la hipertrofia de las amígdalas. La constitución orgánica del sujeto y las infecciones repetidas.

El linfatismo predispone a la hipertrofia del tejido linfoídeo, no sólo de las amígdalas, sino también de las vegetaciones adenoídeas del cávum. En los niños pocas veces se ven aisladas las dos hiperplasias cuando existe un fondo linfático.

Las amígdalas catarrales, sarampión, escarlatina, difteria, gripe, favorecen la hipertrofia amigdalina por la congestión vascular que aquellas enfermedades producen, y la fagocitosis que motiva la hiperplasia del parénquima.

La hipertrofia exagerada del tejido amigdalino produce por acción mecánica diversos trastornos funcionales. Los trastornos respiratorios ocupan lugar preferente cuando las dos amígdalas se aproximan a la línea media.

Fuera de los brotes catarrales no existe disfagia, pero la fonación es gangosa, produciendo un sonido característico, *voz amigdalina*. Así como también por producir una sensación de cosquilleo, se observa en los niños *la tos amigdalina*, tos a veces de tipo coqueluchoide que sin otra indicación nos obliga a intervenir. Los adultos se ven en ocasiones molestados por parestesias con sensación de presión y de cuerpo extraño que les obliga a *desgarrar* y a veces a ligeros dolores que irradian hacia el oído. No es raro observar que los materiales residuales de las criptas produzcan un olor desagradable que a las personas delicadas les haga perder el apetito y produzca trastornos digestivos.

Como consecuencia de la hipertrofia amigdalina he visto casos de linfangitis y tráqueobronquitis, las cuales desaparecieron una vez operadas las amígdalas. Aunque con menos frecuencia, he observado catarros tubáricos que producían ligeras sorderas, aunque esto es mucho más frecuente en la hipertrofia de las vegetaciones adenoídeas.

La hipertrofia amigdalina expone en razón directa a los brotes agudos de amigdalitis a todas las infecciones faríngeas, especialmente la difteria.

Ante un caso de hipertrofia de amígdalas, podemos llegar a una confusión con la amigdalitis subaguda; ahora, que en ésta desaparece el color sonrosado de la amígdala para convertirse en un fuerte enrojecimiento; también cabe confusión con la amigdalitis lagunar hipertrófica, ya que en ésta hay repleción de las criptas. En el comienzo de un linfoadenoma cabe la confusión siempre que no nos fijemos en la adenopatía múltiple y en la leucocitosis.

Gran número de drogas, fórmulas y específicos, se han empleado y emplean como tratamiento médico para la curación de la hipertrofia de las amígdalas. Yo en los comienzos, como tratamiento abortivo de una amigdalitis catarral empleo la solución de colargol al 10 por 100, que me ha dado excelentes resultados, pero todo lo demás creo que es perder inútilmente el tiempo y el dinero, ya que con la terapéutica médica no se consigue nada o a lo sumo corregir los estados subagudos. Pero al sobrevenir los fríos, humedades y catarros, vuelven las amígdalas a su primitivo volumen.

Por lo tanto el tratamiento quirúrgico será el preferido, siempre y cuando no existan contraindicaciones como son: hemofilia, enfermedad de Werlhof, insuficiencia hepática, ateromasia, período menstrual, embarazo adelantado, hipertensión, estado tímico-linfático, diabetes, leucemia, tuberculosis, inflamación aguda de la amígdala. Procediendo siempre con grandísimo cuidado cuando por la palpación de la amígdala se compruebe una pulsación anormal, signo evidente de un curso anómalo de los vasos de esta región.

Existen casos de inflamaciones renales en que aun a pesar de tener la amígdala un reducido volumen, se impone la ablación dadas las relaciones que se han visto existen entre los estados patológicos de amígdalas y riñones. La existencia de las nefritis *«a frigore»* es un cuadro nosológico que lo prueba; aun conociendo gran número de factores que producen las nefritis es a veces difícil hacer un diagnóstico acertado de la afección que la produce, y lo hallamos buscándolo en la infección faríngea, que suprimiéndola suprimimos la nefritis, cual relación que hay entre causa y efecto. Otro tanto podemos decir del reumatismo.

En la agranulocitosis descrita en 1922 por W. Schultz existen manifestaciones buco-faríngeas; no falta la angina úlcero-necrótica y la sintomatología es francamente infecciosa, siempre grave, temperatura sujeta a grandes oscilaciones, elevándose la meseta térmica alrededor de 40º, dando la sensación de que se trata de una tifoidea.

Por último, el síndrome hematológico está caracterizado por una gran

disminución de los leucocitos (inferior a veces a mil), relacionada con la desaparición relativa de los polinucleares. La proporción de los elementos granulosos disminuye mucho, observándose que los mononucleares (linfocitos y monocitos) llegan a 90 y hasta 99 por 100. Schultz, también observó en frotis de médula ósea la ausencia o un número muy reducido de polinucleares y hasta de elementos más jóvenes (mielocitos y mieloblastos).

Debemos extirpar las amígdalas a los enfermos que tengan o hayan tenido lesiones claras producidas por ellas, con lo cual más que la supresión del foco toxógeno se modifica la reactivilidad mejorando las fuerzas curativas del organismo.

Pero cabe pensar: ¿la amígdala es causa de la nefritis?

Se han suscitado controversias en defensa o en rebatir esta idea. Los italianos protestan de la escuela alemana, que quiere atribuir a la hipertrofia amigdalina la culpa de un gran número de enfermedades. Yo creo que entre la amígdala y las nefritis no hay más que una relación de coexistencia, producidas ambas por el mismo agente patógeno.

Hubert, Arnauld, Busser, han buscado con todos los medios posibles del laboratorio, no habiendo tenido resultados satisfactorios la presencia de focos tuberculosos latentes en las amígdalas y en las vegetaciones adenoídeas extirpadas en niños al parecer indemnes de tuberculosis. No obstante, Dieulafoy señala la hipertrofia de las amígdalas como la primera etapa de la tuberculosis.

En las amígdalas hipertrofiadas el tejido linfoídeo se halla modificado, encontrándose en él una gran variedad de gérmenes patógenos. Los ataques repetidos de amigdalitis hacen disminuir las defensas orgánicas, añadido esto a la constante deglución de dichos gérmenes contenidos en las criptas producen a la larga alteraciones gastro-intestinales y a veces arrastrados por vía linfática o sanguínea pueden hasta llegar a producir septicemias graves.

Las amígdalas palatinas tienen dos funciones esenciales, ya que considerarlas como órganos de secreción interna es hipotético, como ya he dicho anteriormente. Una como órgano de defensa formando una barrera para la entrada en el organismo de gérmenes patógenos, los cuales quedan retenidos en las criptas, y sus toxinas reabsorbidas en cantidad suficiente para provocar la formación de anticuerpos produciendo una autovacunación, y por cuya causa sufre el organismo un proceso lento de inmunización, y la otra función como centro formador de linfocitos.

Estas funciones debemos tenerlas muy en cuenta, dada su grandísima importancia, cuando hayamos de intervenir según la edad del paciente.

Es característico en las amigdalitis crónicas el gran número de leucocitos que se encuentran en los productos de las criptas. Su investigación bacteriológica no tiene valor diagnóstico al hallar en ellos diversas especies

microbianas. Pero el cultivo puro de una bacteria determinada da valor a la sospecha de una infección hemática si en la sangre y el tejido hallamos el mismo germen.

Antes de exponer los medios que hoy día disponemos para la extirpación de las amígdalas, expondré los preliminares y preparativos preoperatorios que debemos tener en cuenta y poner en práctica para que no tengamos que curar lo que podíamos evitar previniendo.

Como prevención unos días antes prescribo siempre una poción de cloruro de calcio, al 4 por 100, de lo que nunca he tenido que arrepentirme.

La ergotina, percloruro de hierro, el tanino, la antipirina, clorhidrato de adrenalina, extracto hipofisario, los sueros, citrato de sosa, extracto de retama, la pectina, etc., etc.; ninguno de estos remedios puede igualar a la acción que como preventivo tiene el cloruro de calcio, a causa de su indiscutible acción sobre la coagulación sanguínea y no ejercer efectos secundarios sobre la tensión arterial y la vasomotricidad.

Lo administro durante tres o cuatro días antes de la intervención, coadyuvando el método preventivo con un regimen de frutas crudas y legumbres verdes, por su beneficiosa influencia sobre la sangre.

El día de la intervención hago administrar por la mañana un enema de agua hervida ligeramente salada al paciente y procuro que a la hora de la intervención no existan residuos de alimentación en el estómago, pues puede tratarse de individuos propensos al vómito, cuya producción en el momento de la operación puede interrumpir la marcha de la misma, además de ensuciar el campo operatorio.

El método operatorio de elección depende de la edad y de las causas que imponen la intervención.

En los enfermos menores de trece o catorce años, la amigdalotomía es preferible a la amigdalectomía, pues con aquella quedan restos del organismo cuyas funciones puede seguir ejerciendo en el sujeto, además tiene la ventaja de que es una intervención más fácil, menos radical y menos peligrosa.

Pero se oponen a estas ventajas el que con la ablación parcial del órgano no puede garantizarse siempre la posibilidad de recidivas en los casos de afecciones crónicas de naturaleza infecciosa-inflamatoria.

AMIGDALOTOMIA

En la práctica corriente es la operación más usada por los especialistas.

La anestesia en esta intervención se efectúa con pinceladas de solución de clorhidrato de cocaína, al 3,5,10 por 100, según la edad del paciente. Estas pincelaciones se dan en el velo palatino, pilares y superficie de la amíg-

dala. Pero en todos los casos, tanto como la anestesia, es necesaria la sujeción por un ayudante práctico y acostumbrado, sobre todo si trata de niños.

Para efectuarla existen varios instrumentos: amigdalótomo de Mathieu-Fahnestock, el de Mackensie y la pinza de Ruault.

Las dos primeras son como una guillotina, pero es mejor el de Mackensie que el de Fahnestock, ya que el uso de este es más molesto, pues impide mucho la visión del campo operatorio, se inutiliza con más facilidad y su limpieza se efectúa con dificultad. Pero estos instrumentos han caído tan en desuso, que hoy día no se conservan en las vitrinas más que como recuerdos históricos de una época pretérita.

Ahora la pinza de Ruault está francamente extendida. Existen varios tamaños. Sus bocados están constituídos por un cilindro que se introduce a frote en otro externo, ambos de bordes no cortantes; con tal disposición se extirpa a placer sino toda la amigdala por lo menos la mayor parte de ella y además por efecto de la presión no se seccionan las arteriolas del muñón, sino que por aplastar sin cortar se machacan, favoreciendo así su retracción, invaginándose sus bordes y evitando la efusión excesiva de sangre.

Para operar con los instrumentos antes dichos, es preciso primero separar superficie de la amigdala de los pilares, sobre todo en las amigdalas muy engarzadas, con cuchilletes *ad hoc*.

Siempre nuestras preferencias deben ser dirigidas a la extirpación del polo superior (porción intravélica), que es la causa principal de las infecciones y abscesos periamigdalinos.

AMIGDALECTOMIA

Operación que todo especialista debe saber efectuar para emplearla en determinados casos, como son: absceso crónico de la amígdala, periamigdalitis recidivantes, recidivas después de la amigdalotomía, amigdalas muy engarzadas y muy adheridas a los pilares.

La amigdalectomía no es una operación peligrosa siempre y cuando se emplee instrumental apropiado y una buena técnica, ya que las complicaciones son producidas por la ignorancia del que emplea el método.

Si aun hay quien ve en este método el fantasma de la hemorragia creo no razona bien, ya que estando completamente libre de restos de órgano el fondo de la fosa amigdalina siempre será más fácil la prehensión por ser la visión más completa de la arteriola que sangre, que si en la cavidad quedaran trozos amigdalinos.

El procedimiento digital ha caído en desuso y en el más completo de los olvidos.

El asa de Brunings o sierra nudos de Vacher se emplea previa anestesia que efectuaremos inyectando al enfermo una hora antes de la intervención, una inyección de escopolamina-morfina. Si se tratara de un niño, la suprimiremos.

Tocaremos la nasofaringe, pared vertebral de la faringe, base de la lengua y pilares con porta-algodones impregnados en una solución de clorhidrato de cocaína al 10 por 100, con lo cual se suprimen los reflejos y es suficiente en un sujeto tranquilo. Si queremos llegar a una anestesia local más completa, inyectaremos de uno a dos c. c. de novocaína al 1 por 100, ligeramente adrenalizada, a nivel de los nervios palatinos posteriores y gloso-faríngeo, introduciendo la aguja un centímetro en el punto medio del borde del pilar anterior siguiendo paralelos al plano celular que recubre la amígdala por dentro del constrictor superior de la faringe (pilar anterior) y por fuera de la cápsula fibrosa de la amígdala; si al efectuar esta inyección fluyese la solución por las criptas, es señal de que la aguja está mal colocada.

Colocado el paciente frente al cirujano y colocado el abrebocas de Whitehead, con su correspondiente depresor de lengua, separamos los pilares seccionando con los cuchilletes especiales para ello las adherencias de la amigdala con los pilares, liberando bien el polo superior de la fosa supratonsilar. Se coloca el asa por el polo superior, el cual habremos sujetado bien con las pinzas de garfioss amigdalares y del cual tiramos hacia adentro. Las pinzas de garfios nos la sujeta un ayudante mientras vamos separando la amígdala de las adherencias que pueda tener con la fosa tonsilar (esta separación la hacemos con un bisturí curvo abotonado); una vez que lo hemos conseguido, poco a poco vamos constriñendo el asa hasta conseguir la sección completa, a nivel del fondo de la fosa amigdalina.

Este procedimiento lo encuentro más aceptable que el asa galvánica, ya que ésta la considero como mucho más peligrosa, pues si bien evita la hemorragia operatoria, al caer la escara puede sobrevenir una hemorragia secundaria y además sólo es utilizable en las amígdalas con pedículo muy estrecho.

La pinza de Sluder-Ballenger, hoy día es considerada como el mejor procedimiento para la amigdalectomía; basta con ella y el dedo para vaciar completamente la fosa amigdalina.

Emplearemos igual posición e igual procedimiento de anestesia que para operar con el asa fría, pues además del efecto anestésico al rellenar el medicamento el tejido celular de la zona desplegable retroamigdalina, facilita mucho la separación de la amígdala de su excavación.

Colocamos el abrebocas de Whitehead con su depresor de lengua, que nos facilita enormemente la visión y el acceso al territorio amigdalino.

La pinza de Sluder imita a la de Fahnestock, aunque es distinta de ésta por deslizarse de abajo arriba. Está sujeta a un mango, al cual pueden

adaptarse tres hojas de diferentes tamaños; cada una de ellas tiene un anillo por el que se desliza una cuchilla no cortante (en contra de la opinión de los alemanes), que llega a cerrar por completo el anillo.

Debe aplastar discindiendo las adherencias, pero no cortarlas.

Con el anillo en sentido vertical, se introduce la pinza, sostenida con la mano contraria del lado enfermo que operamos.

Se encaja el polo inferior amigdalino. Tómese apoyo con la extremidad de la pinza en la cara interna de la rama ascendente. Luego se efectúa con el anillo una rotación en sentido vertical y se encaja el polo superior apoyando el anillo contra el pilar anterior al mismo tiempo que efectuamos una pequeñísima tracción.

Con el índice de la mano libre empujamos el pilar anterior para hacer penetrar completamente la amígdala por la cara amigdalina del pilar, por el otro lado del anillo, el cual cerramos haciendo deslizar la lámina de la pinza. Se aplastan y discienden las adherencias.

Despegamos la amígdala con el índice desde el polo superior al inferior.

Arrancamos la arteria tirando de la pinza y queda invertida su túnica interna, evitándose la hemorragia.

Debo advertir que cuando la amígdala ha pasado completamente al otro lado del anillo, la lámina se interpone entre la amígdala con su cápsula resistente, en la cual hay ramificaciones de la arteria amigdalina, venillas y ramificaciones del plexo de Anders, y la mucosa de la faringe con débiles adherencias fácilmente desprendibles y formadas por una capa celular que separa la cápsula externa de la aponeurosis perifaríngea por el borde inferior del constrictor medio, que forma unos arcos, los cuales limitan un pequeño espacio por el cual pasan el estilogloso y el amigdalogloso, que refuerza las fibras tonsilares del estilofaríngeo y las linguales del constrictor superior.

Cuando no existe anomalía, el plano de deslizamiento impide la hemorragia.

No debemos emplear el Sluder en casos de amígdalas que hayan sufrido repetidos ataques de amigdalitis, pues entonces la amígdala forma un verdadero bloque escleroso que precisa sea empleado el vaciamiento a tijera, ayudados por estiramiento de la amígdala con la pinza de garfios, de la cual antes he hablado, o despegando sus adherencias a los pilares con una tijera curva, cogiendo luego la amígdala con unas pinzas de Marschick y proceder con el asa fría como anteriormente he descrito.

No creo tenga otro inconveniente que el dejar una gran escara, que tarda en desaparecer más días que con los otros procedimientos.

Emplear la gálvanocaustia como procedimiento de extirpación de las amígdalas, además de estar hoy día relegado este método al olvido, tiene el grave inconveniente de obliterar la salida de las criptas al formar en su superficie una esclerosis cicatricial y con ello favorecemos las amigdalitis y periamigdalitis, las cuales intentábamos evitar, anulando así los efectos buscados.

Otra cuestión es el uso de la diatermo-coagulación por cualquiera de los métodos hoy día más usados. Con ella se evitan los accidentes hemorrágicos, además de tener un curso menos doloroso; es francamente beneficiosa en las amígdalas pequeñas muy engarzadas y propensas a infecciones, empleándose con franco éxito en los enfermos temerosos y de edad avanzada.

No debemos emplear métodos masivos, pues además de poder ir su acción más allá de la cápsula, tiene el inconveniente de no llegar bien al fondo de las criptas.

De todos los métodos creo que el bipolar es el mejor, tomando como puntos las dos criptas más opuestas en la superficie y que sean las más grandes, en las cuales se introduce el electrodo, que sea su papel atractivo, y el electrodo activo lo pasamos por la superficie amigdalina, haciendo converger hacia la profundidad la corriente coagulante.

COMPLICACIONES OPERATORIAS

Entre las raras se han observado casos de *hemiplejias* que aparecen tardíamente, producidas por trombosis en la corteza cerebral, pudiéndose limitar a territorios circunscritos o a toda la mitad del cuerpo.

Septicemias generales, que podemos considerarlas como exacervaciones reaccionales por el estímulo operatorio, si antes ha existido una periamigdalitis latente.

Los *hematomas* de los arcos palatinos pueden ocasionar una flegmasía que, propagada a la laringe, causa un edema secundario de la glotis.

Las *neumonías,* por aspiración de la sangre en el acto operatorio o el tejido amigdalino que una vez extirpado cae en las vías aéreas, pueden aparecer; por eso la tos del operado después del acto operatorio es beneficiosa y no debemos evitarla, pues con ella expulsa lo que pudiera producir complicaciones pulmonares y hasta abscesos, que son de mal pronóstico.

La *angina blanca* es una complicación que no debe apurarnos grandemente, pues espontáneamente desaparece. En ésta las paredes de la excavación se cubren de un exudado grisáceo blanquecino con estrías pardas que no son más que las manifestaciones de pequeños hematomas secundarios.

La *fiebre* post-operatoria no debe alarmarnos, pues la mayor parte de las veces es de origen intestinal a causa de la ingestión de la sangre. Basta un ligero purgante para que desaparezca. Yo mando administrar siempre al día siguiente de la intervención un enema.

En los enfermos muy nerviosos puede aparecer un punto de *parestesia* y a veces *disfagia* dolorosa. Si al cabo de tres o cuatro semanas no desaparece (que

casi siempre desaparece), se recomiendan bebidas heladas y gargarismos a base de cloral.

Pero la complicación más frecuente, más aparatosa y más grave es la *hemorragia*.

Morgagni, solicitaba piedad para aquellos médicos temerarios que «*para sustraer a sus pacientes del peligro de no poder respirar o no poder alimentarse, tenían la audacia de someterlos al peligro aun mayor de la extirpación de la amígdala*». En el siglo XIX Nelaton dijo a De Saint Germain que «*la ablación de la amígdala era la operación que con menos agrado practicaba*».

¿Cuándo una hemorragia es normal y cuando es anormal?

Una vez concluída la intervención sin accidentes, las excavaciones siguen sangrando ligeramente unos momentos. Si la hemorragia se cohibe espontáneamente, lo observaremos con la inspección repetida del campo operatorio; al cabo de cinco o seis minutos ya no debe salir sangre; si pasado este tiempo, sigue sangrando la fosa amigdalina, aunque sea ligeramente, estemos prevenidos para intervenir rápidamente, sino queremos arrepentirnos de nuestra extremada confianza cuando ya sea tarde.

La hemorragia puede ser en chorro intermitente (lesión de arteria), ligeramente pulsátil (lesión de vena) y rezumante (lesión del plexo capsular).

La hemorragia puede ser precoz, inmediata o tardía, según la época de su aparición.

Parenquimatosa, circunscrita o difusa, según su forma.

Hemorragia *precoz*. — Aparece durante las primeras horas a causa del empleo, casi siempre, de vasoconstrictores para la anestesia.

La intervención ha sido francamente feliz, pero pasadas unas horas el enfermo comienza a echar sangre y acompañado a un pulso pequeño, palidez de cara, existe tendencia a la lipotimia.

Cuando se trata de niños que no saben escupir, la sangre pasa al estómago y la hemorragia se manifiesta por una hematemesis grande con síntomas de síncope.

Hemorragia *inmediata*. — Al final de la intervención el hílio tonsilar sangra abundantemente, hemorragia que dura aun a pesar de emplear, hasta el recurso de la sutura de los pilares, de la cual, diré de paso, que es muy bonita para verla descrita en los libros y sus tiempos dibujados en los textos, pero no para efectuarla en la práctica, pues sino siempre, la mayor parte de las veces es un fracaso y concluímos por resolver el caso con los medios que tenemos a nuestro alcance siendo en todo momento resueltos, sin azoramiento, desaliento ni desesperación, aun cuando veamos fracasar los medios empleados.

De unos cuantos cientos de amígdalas operados por diferentes métodos, sólo recuerdo con verdadero horror, del caso de una señorita de Gallur (Zaragoza),

en que llegué a perder la fe en cuantos medios existen y la salvadora ligadura de la carótida por vía externa, me resolvió lo que parecía irresoluble. Esta es una intervención que debía saber efectuar, todo especialista, con plena seguridad, pues además de ser muy eficaz es completamente inofensiva.

La hemorragia inmediata, es brutal sumamente rápida, la sangre en chorro pulsátil debilita al enfermo que peligra sucumbir por anemia aguda; en una palabra, son hemorragia *cataclísmicas* (Sebileau).

La hemorragia *secundaria* suele aparecer a los siete u ocho días de la intervención, yo nunca he visto casos tan graves como los que produce la inmediata, aunque no oculte pueden ser en aquella de verdadera gravedad y cuya causa es el desprendimiento de las partes necrosadas por el traumatismo operatorio.

Hemorragias *parenquimatosas*. — Son muy alarmantes. Su causa es la falta de tonicidad en los vasos, defecto que hallamos en los enfermos con predisposición vasoneurótica.

Tienen un curso muy típico: durante el acto operatorio el tejido no sangra por efecto de la contracción refleja de los vasos sensibles a la excitación psíquica y por la acción de la cocaína empleada en la anestesia, produciéndose la hemorragia horas después y no raramente durante el sueño, primero algunas gotas, después la hemorragia es uniforme. Es del tipo de hemorragias inmediatas.

Hemorragias *circunscritas* y *difusas*. — Tienen como origen las mismas causas; abertura de los vasos (ramos periféricos de las arterias y venas palatinas y faríngeas ascendentes, próximos a la amígdala por arriba, adelante y lateralmente), lo cual se evita operando como es debido pues se hallan separados y protegidos por los músculos y tejido conjuntivo. Y cuando tienen como causa la existencia de restos de tejido, se curan extrayendo éstos.

Las causas de las hemorragias, son, factores subjetivos y objetivos. Entre los primeros están las causas anatómicas de composición y disposición de la amígdala y cuanto le rodea, y las constitucionales, según las enfermedades que puede padecer el sujeto y crasis sanguínea.

Los factores objetivos dependen del instrumental, técnica empleada y destreza del cirujano.

¿Cómo cohibir una hemorragia operatoria amigdalina?

Primero pondremos en práctica los pequeños medios, chupar el operado pequeños trocitos de hielo, gargarismos con agua oxigenada, inyecciones de suero gelatinizado, de suero fisiológico; si esto fracasa, emplear la cauterización superficial con el galvanocauterio al rojo cereza, aunque esto tiene el inconveniente de que al caerse la escara puede producirse una intensa hemorragia.

Si aun a pesar de esto sigue sangrando, probaremos la compresión de la carótida primitiva por debajo del borde anterior del esterno-cleidomastoídeo y compresión *sostenida* por medio de los instrumentos de Ricord, Bosviel,

Doyen, etc., pero este medio no puede emplearse mucho tiempo, ya que mecánicamente podría ocasionar un edema del cuello y cara o accidentes flebíticos de las yugulares.

Se puede probar el aproximamiento de los pilares con la pinza de Museux.

Sutura de los pilares con catgut, previo taponamiento de la fosa amigdalina.

Sutura de los pilares por medio de los agraffes de Michel o pinza de Wagener.

Y como medio extremo ligadura de la carótida.

Ante el peligro extremo de la situación, el nerviosismo y azoramiento del enfermo y la familia, debemos imponer nuestra autoridad, pues nuestro psiquismo es de gran importancia en tales casos, ya que influye sobre el paciente desalentado.

Ser impenetrables y no perder la serenidad pensando con optimismo en la solución del caso.



PROF. DR. VÍCTOR SCHMIEDEN
FRANKFURT A. M.

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

Les cardio-rénaux. («La Pratique Médicale Illustrée»). Etude clinique, par le **Pr. Merklen,** Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, Membre correspondant de l' Académie de médecine, et **E. Aron,** Interne des Hôpitaux de Strasbourg.—1 vol. in-8° de 42 pages avec 1 planche hors texte. 15 fr.

Editor: *Gastón Doin & C^ie.*—París. 1931.

La noción de cardio-renal ha dado lugar a muchos debates. Responde a un conjunto clínico que no traduce un proceso unívoco; las lesiones son diferentes según las categorías de enfermos observados, igualmente que los síntomas y su evolución. La complejidad de los hechos ha impedido que fuesen establecidas conclusiones unánimemente aceptadas.

En su trabajo los autores se han esforzado ante todo en fijar las condiciones que autorizan el empleo del término cardio-renal. Este último se aplica clásicamente a edematosos cuyo funcionamiento de corazón y riñón han llegado a ser insuficientes. Estudiando sin embargo de cerca las retenciones respectivas de cada uno de los órganos desfallecientes sobre el otro, se adquiere la convicción de que los enfermos en cuestión no están fuertemente atacados de edemas.

La clínica nuestra, la concomitancia de varios grupos; el más conocido está constituído por las congestiones pasivas de los cardíacos; se acuerda cada vez más reconocer una participación activa a los riñones lesionados.

Son muy frecuentes los reno-cardíacos, los cuales engloban a todos los hipertensos nefríticos, cuyo corazón se debilita tarde o temprano. Los aórtico-renales forman un grupo especial de patogenia ignorada.

Es casi imposible exponer la historia de los cardio-renales, sin basarla sobre un análisis objetivo minucioso. Es, tomando esto último como punto de partida, como los autores han explicado en qué sentido puede hoy comprenderse un término, del cual se usaba en otro tiempo, con justeza sin duda, pero con un discernimiento demasiado exagerado.—A.

La constipation. Son traitement, par le **Dr. A. Bécart.** Brochure de 24 pages avec figures dans le texte et 4 planches hors texte. 6 fr.

Editor: *Gastón Doin & C^ie.*—París. 1931.

Mucho se ha escrito sobre este asunto, siendo el mérito de esta obrita, su concisión y claridad.

Después de un resumen de las nociones de fisiología, acerca de los movimientos del intestino grueso, Bécart estudia el estreñimiento en el que distingue dos grandes variedades; el estreñimiento debido a una alteración en los movimientos del colon, o estreñimiento cólico, por una parte, que proviene de una insuficiencia digestiva o glandular, ya de colitis, ya en fin, de un dólico-colon; por otra parte el estreñimiento que resulta de una alteración del mecanismo evacuador: disquesia sigmoidea o rectal.

El autor estudia clínicamente cada una de estas variedades de estreñimiento y llega al tratamiento, muy a menudo descuidado, por el empleo uno después de otro o en serie de los laxantes más diversos.

A cada variedad de estreñimiento conviene un tratamiento especial: el que tiene éxito en un caso, no solamente no dará ningún resultado en otros, sino que por el contrario puede ser perjudicial por banal y anodino que pueda parecer.

Concluye mostrando que un diagnósstico etiológico preciso, un estudio exacto de la variedad de estreñimiento de que se trate, y su corolario, la aplicación del tratamiento apropiado, permiten curar siempre los casos de estreñimiento más inveterados.—A.

Manuel de clinique chirurgicale journalière. Examens cliniques - Indications thérapeutiques, par **Henri Lorin,** Ancien Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris.—1 vol. in 8° de 670 pages, avec 221 fig. dans le texte. 115 fr.

Editor: *Gastón Doin & C^ie.*—París. 1931.

Este manual, esencialmente práctico, rompiendo con la tradición, presenta la clínica quirúrgica bajo una forma absolutamente *moderna*, dispuesta para ahorrar tiempo y trabajo a los lectores que quieran, ya iniciarse, ya profundizar o poner al corriente sus conocimientos. Es un guía seguro y completo y al mismo tiempo claro y conciso.

Pone a plena luz las ideas generales que dirigen el examen clínico, presentándolas vivas, describiendo al mismo tiempo los casos particulares que las ilustran. Se realiza aquí una selección indispensable de los síntomas, de los cuales son puestos de relieve los que tienen valor patognómico. Así este manual está destinado a establecer la significación biológica y, lo que no es menos importante, el valor pronóstico de los síntomas. De esta manera el lector encontrará descritos los signos del comienzo, aquellos que de adquisición reciente, son muy importantes, en fin, los síntomas raros, pero significativos.

No puede separarse clínica y tratamiento; el resultado de las indicaciones terapéuticas guía la clínica quirúrgica. Así este libro estudia minuciosamente

todas las enseñanzas que el examen clínico debe proporcionar a este objeto.

En gran parte este manual enseña la patología externa; sus capítulos van precedidos de un resumen de anatomía patológica y patogénica.

Una ilustración completamente renovada y personal del autor, es demostrativa y viva. «Los esquemas, escribe el Dr. Lorin, muestran en un solo dibujo el máximum de síntomas, artificiosamente sensibilizan y hacen patentes a los ojos los signos que la exploración descubre en el organismo. A la vez conservan la impresión de relieve, de los planos y de la profundidad. Reuniendo sobre una misma lámina todos los órganos lindantes al afectado, permiten confrontar de una ojeada: clínica, anatomía patológica, radiología. Cada una de las 221 figuras acompañadas de un texto explícito, está a menudo formada por tres o cuatro dibujos yuxtapuestos que muestran la historia de una enfermedad».

El hacer visibles los síntomas es una tentativa indispensable, porque el ejercicio de la cirugía se encamina a transformar en sensaciones visuales todos los datos proporcionados por el examen del enfermo. Un golpe de vista permite comprender los signos más áridos en apariencia. Este manual que aparece oportunamente, está calificado para conquistar las simpatías del lector y dejará huella en la enseñanza de la Cirugía.—A.

Manuel de Pathologie rénale, par **P. Ribierre,** Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Edition établie, par **Ed. Pichon.**—1 vol. in-8° de 710 pages avec 14 figures dans le texte. 90 fr.

Editor: *Gastón Doin & C^ie.*—París. 1931.

No existe, tanto para el estudiante como para el práctico, ninguna obra similar al tratado de Patología renal, de Ribierre y Pichon; todos aquellos amantes de datos clínicos e ideas claras adquirirán este libro.

Se encuentran expuestos imparcialmente todos los datos, tanto antiguos como modernos, franceses como extranjeros, referentes a la medicina renal.

Un buen estudio del funcionamiento normal de estos órganos, de los datos precisos de histo-fisiología, permite abordar en seguida los grandes problemas de semiología, sobre los que se ha discutido tanto estos últimos años; los edemas, la eliminación del agua, la de la urea, la de los colorantes. Todas las investigaciones, todas las doctrinas que estos problemas han hecho nacer, están expuestas con claridad y discutidas con un espíritu crítico riguroso.

Sobre esta sólida base se eleva en seguida el estudio sucesivo de las nefritis agudas, del brightismo y de otras afecciones médicas de los riñones. El volumen termina con una importante exposición en donde los médicos encontrarán todo lo que les es útil conocer sobre las afecciones quirúrgicas de

los riñones. Y todo ello visto por el agudo sentido de un renombrado maestro de la medicina francesa.

Añadamos que esta obra, que el profesor Váquez no ha desdeñado recomendar cálidamente en un elegante prefacio, ofrece a los investigadores, por su ordenamiento práctico, particulares facilidades; una división paragráfica que campea por todo el volumen, así como sumarios detallados, colocados a la cabeza de cada capítulo y repetidos en el índice, permiten al poseedor del libro encontrar fácilmente y con precisión aquello que busca, ventaja precisa para el que no tiene tiempo que perder.—A.

La goutte. Son mécanisme et son traitement, par **Daniel Critzman,** Ancien interne des Hôpitaux de Paris. Edition posthume mise au point par le **Dr. Jacques Forestier.**—Un volume in 16 de 240 pages. 25 fr.

Editor: *Gastón Doin & Cie.*– París. 1931.

Pasada la época en que Garrod demostró que el aumento del ácido úrico sanguíneo era el estigma humoral de la gota, muchas teorías patogénicas se han edificado para explicar esta acumulación. El Dr. D. Critzman, que durante largos años se consagró al estudio de las enfermedades de la nutrición, condensó en un volumen de 240 páginas una exposición a la vez teórica y práctica de la cuestión.

En su primera parte, pasa revista a las diversas teorías patogénicas de la gota y tiende a demostrar la importancia capital del factor renal en su génesis. En la segunda parte, hace un estudio clínico y terapéutico de la enfermedad, en el que se revelan las eminentes cualidades de terapéuta y de dietético que poseía el autor.

La prematura muerte del Dr. Critzman, acaecida en 1929, no le permitió publicar esta obra apenas acabada y por esto es el Dr. Jacques Forestier quien ha arreglado y puesto al día estas páginas llenas de un vivo espíritu crítico y de un sentido clínico que las hará útiles a todos los prácticos.—A.

L'infarctus du myocarde, («La Pratique Médicale Illustrée»), par le **Dr. E. Donzelot,** Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Médecin des Hôpitaux.— In8°, de 24 pages avec figures dans le texte. 8 fr.

Editor: *Gastón Doin & Cie.*– París. 1931.

Si la historia anatómica del infarto del miocardio es relativamente antigua, su historia clínica, por el contrario, es muy reciente, puesto que data solamente de 1910.

El foco de necrosis miocárdica, traduciendo la trombosis de una rama coronaria, da lugar a una sintomatología de seguro polimorfa; es, no obstante, posible reducir los diferentes cuadros clínicos a dos tipos, uno en que dominan los dolores anginosos; en el otro los fenómenos de insuficiencia cardíaca.

El autor describe sobre todo la forma anginosa, particularmente frecuente y característica. Indica sus síntomas esenciales y accesorios, su evolución y sus complicaciones. Pasando en seguida al diagnóstico, insiste especialmente sobre los trazados electrocardiográficos que presentan modificaciones importantes que les dan una importancia incontestable.

En fin, resume el tratamiento que debe proponerse un triple objeto: calmar el dolor, remontar la capacidad funcional cardíaca y evitar si es posible el síncope. — A.

Problémes Sous-Hépatiques, par **G. Parturier.**— Un volume in-16, de 272 pages, 32 fr.

Editor: *Gastón Doin & Cie.*—París. 1931.

Son en número de tres, los que el autor estudia en este librito: anatómico, doloroso, tumoral. La anatomía viva, que es la única estudiada aquí, hace conocer la forma verdadera—en bóveda, del hígado—la orientación de la llamada cara inferior o visceral y que en posición vertical del sujeto mira sobre todo hacia atrás: orientación que varía con los cambios de actitud del conjunto del cuerpo. La vesícula biliar aplicada a esta cara visceral junta su orientación y dirige su eje mayor en el plano vertical. Su masa se alarga lo más a menudo verticalmente y paralelamente al raquis. Pero importaba más aún prever por los cambios de posición impuestos al enfermo, las facilidades mayores de exploración de la región subhepática, saber, por ejemplo, que tres órganos en posición vertical u horizontal pueden encontrarse próximos: vesícula biliar, duodeno, apéndice, que van a ser disociados y ofrecidos aisladamente al examen si se coloca al enfermo inclinado en posición de Trendelemburg.

Estas nociones ayudarán poderosamente a especificar el origen del dolor subhepático, segundo de los problemas estudiados.

El cólico hepático que es el más típico de estos dolores, tiene varias formas ya reconocidas por los clásicos y que el autor no hace más que precisar: *forma mecánica* con expulsión de cálculos, reacción brutal de un organismo sano a un traumatismo interno. Nada se opone a que se la trate como se trata el dolor en un sujeto cualquiera, mediante una inyección de morfina. *Forma infecciosa,* calmada por la antipirina y el opio, que se administrará en enema a causa del estado nauseoso y tendencia al vómito. La *forma coloidoclásica* ligada a un schock en los individuos de sistema nervioso vegetativo instable y funciones endocrinas alteradas. Aquí todo el organismo está en cierto modo afectado;

la morfina e igualmente el opio total deben ser descartados y se preferirá una terapéutica local: inyección local de cocaína, etc.

Las investigaciones del laboratorio (sondaje duodenal, radiología, etc.) serán aplicables sobre todo en los síndromes dolorosos crónicos y rendirán los mejores servicios en los tumores subhepáticos, tercer problema estudiado.

Cuando se trate de fenómenos dolorosos crónicos puros o de un tumor subhepático, se prescribirá desde luego el reposo, un régimen adecuado, un drenaje duodenal atento, una terapéutica calmante o derivativa, según los casos. En caso de fracaso se decidirá la intervención quirúrgica basada en la persistencia de una ictericia, dolores, adelgazamiento, fiebre y crecimiento del tumor.—A.

Recientes adquisiciones en Pediatría, por los **doctores Wilfred, J. Pearson** y **W. C. Wyllie.**—Traducción de la 2.ª edición inglesa, por los **Dres. Enrique Jaso** y **A. A. Muñoyerro Pretel.** Prólogo de **J. A. Alonso Muñoyerro.**—Dos volúmenes (15 × 20'50 centímetros), encuadernados en tela, de 804 páginas, con 54 ilustraciones intercaladas en el texto y 18 láminas.

Editor: *Javier Morata.*—Madrid. 1931.

En plena evolución, en plena renovación científica, diariamente se producen hechos, se cambian conceptos, se formulan hipótesis, se crean doctrinas, y en poco tiempo vemos cómo lo que teníamos por cierto ha fracasado y lo que constituía nuestra base científica ha quedado relegado al olvido. Y como por otra parte la vida agobiante del médico dedicado al cumplimiento de su misión, apenas le deja tiempo para leer tanto como se publica, surge la duda.

De aquí la importancia de seleccionar las materias; de aquí el interés de los libros como el de Pearson y Wyllie, pues en él nada falta y todo está puesto «al día».

Abre el libro un capítulo, que por sí solo vale toda la obra, es el que hace referencia a la filosofía de la enfermedad, tipos y métodos clínicos; capítulo que subyuga y forma la conciencia clara del asunto primordial para el médico; capítulo que bien mereciera divulgarse hasta con exceso.

Tras ello, comienza la exposición de la materia especializada, que presentan en veintiún capítulos, cada uno de los cuales resulta un compendio razonado y práctico, breve a la vez y claramente expuesto. En ellos se describe la totalidad de la Pediatría.

Todos, no es posible elegir el mejor, están trazados de mano maestra, plenos de moderna doctrina y expuestos de modo admirable, que realzan más los traductores con su bella expresión.

De carácter eminentemente práctico, el libro en todo momento tiende a dar a la patogenia y al tratamiento de los procesos la importancia máxima. Y

para quien desee investigar o ilustrarse más profundamente, cada capítulo lleva al pie una selecta nota bibliográfica.

El libro de Pearson y Wyllie es admirable, quizá el mejor de los que forman esta Colección de Recientes Adquisiciones. Es de los que pueden y deben recomendarse sin escrúpulos.

Bien los autores, bien los traductores, bien el editor; todos merecen un aplauso. — Doctor Horno.

Homo-sexualismo (Frente á Gide), por **Emilio Donato.**—Primera edición. Un volumen (12 × 17 centímetros) de 131 páginas.

Editor: *Javier Morata.*—Madrid. 1931.

El libro de André Gide «*Corydón*» ha sido el motor de la pluma del autor, que en el libro que nos ocupa trata de invalidar los argumentos sostenidos por Gide para considerar la pederastia como cosa lógica.

Sus razonamientos, bien basados y bien expuestos, cumplen perfectamente su misión.

La lectura de este librito resulta de interés, mucho más en nuestros días en que el vicio se extiende como una «calamidad» más. — Doctor Horno.

Les Bases Fondamentales de L'Auscultation («La Pratique Médicale Illustrée»), par le Professeur **Emile Sergent.** — Un volume in-8.° de 60 pages avec figures dans le texte et 2 planches hors texte, 16 fr.

Editor: *Gastón Doin & Cíe.*—París. 1931.

Podría parecer superfluo decir a los médicos lo que pueden alcanzar de la auscultación y cómo pueden interpretar los ruidos que oyen cuando colocan su oído o su estetóscopo sobre un tórax. Y sin embargo, aun entre los más instruídos, la mayor parte de los médicos no se han planteado jamás esta cuestión; tan resuelta les parecía. ¿Cuántos entre ellos han leído y profundizado las constataciones originales de Laënec? ¿Cuántos conocen las luminosas experiencias de Bondet y Chauveau, que han venido hará unos cincuenta años a confirmar la exactitud de la distinción del ruido respiratorio en dos: el ruido laringo-traqueal y el ruido pulmonar o murmullo vesicular, distinción tan netamente establecida por el genial inventor de la auscultación?

Se habla de silbidos pneumónicos, de silbidos de condensación, de silbidos pleurales, de silbidos tubarios, de silbidos cavitarios, de silbidos anfóricos, pero se olvida decir que estos silbidos no nacen en el pulmón ni en la pleura, y que no son más que el silbido laringo-traqueal normal, transmitido y modificado por la interposición de una causa patológica, que sustituye al apagador

normalmente constituído por la masa de los lóbulos pulmonares que provoca una modificación en la densidad del parénquima, de tipo sólido, líquido o gaseoso.

El autor se ha propuesto reunir todas las nociones anatomo-patológicas y experimentales que constituyen las bases fundamentales de la auscultación. Más de un médico, después de leer esta monografía, comprobará que no tenía antes ninguna idea de lo que es en realidad la auscultación y comprenderá cómo la interpretación de los ruidos respiratorios normales y patológicos es clara y simple cuando se apoya sobre los datos físicos anatomopatológicos y experimentales que constituyen sus fundamentos sólidos y necesarios.—A.

Manuel de la Enfermera Hospitalaria. (Cruz Roja Francesa. Unión de Mujeres de Francia). — Redactada bajo la dirección de la *Comisión Médica de Enseñanza*, —Traducido del francés y anotado por **María del Corral.** Dama enfermera de 1.ª clase de la Cruz Roja española.

Un volumen, 21 × 14 ctmts., de 731 páginas con 374 grabados y 3 láminas microfotografiadas.

Editor: *Espasa-Calpe, S. A.* Madrid, 1931.

Este libro, que es traducción de la décima edición francesa, indica lo difundido y aceptado que ha sido en la vecina República; es de esperar que en España será recibido con agrado en cuanto sea conocido; bajo este punto de vista tenemos que felicitar a la casa Espasa-Calpe, que no perdona esfuerzo alguno para editar aquellos libros que puedan sernos útiles, a la vez que nos los presenta, como el actual, del modo irreprochable a que nos tiene acostumbrados.

Comienza el libro con una especie de prólogo breve en que se hace historia detallada del nacimiento de la Cruz Roja y su desarrollo en Francia y en España. Rápidamente expone a continuación la misión y funciones de la enfermera hospitalaria, hermoso capítulo que debía ser el Reglamento de estos auxiliares hospitalarios. Pasa después a la verdadera parte expositiva del libro, comenzando con unos elementos de Anatomía y Fisiología, en que se expone lo necesario, en forma breve, pero sin olvidar nada; sigue con cirugía menor y cuidados a los heridos. Elementos de higiene que están tratados con bastante extensión, complementados con unas nociones de Microbiología y Parasitología, Desinfección, Sueros y Vacunas. Habla de algunas enfermedades infecciosas, deteniéndose un poco en tuberculosis y cáncer; a continuación estudia los cuidados a los enfermos en todo lo que a la enfermera hace referencia, como la antisepsia, preparación del enfermo..., alimentación, regímenes...; el capítulo X, dedicado a Puericultura, no olvida nada; estudia las formas

de lactancia, la higiene de la nodriza y la higiene del niño; termina el libro con unas nociones de Farmacia.

Es un libro completo, que debe ser adaptado y obligatorio en los centros que se dedican a la preparación de enfermeras hospitalarias. — M. VICENTE.

Farmacología de la digital, por **A. Gamir.**—Un volumen (16 × 22 centímetros), de 308 páginas. Precio: 7 pesetas.

Editorial: *Paracelso.*—Madrid. 1931.

Es Aurelio Gamir, uno de los verdaderos valores científicos que la clase farmacéutica española posee. Su labor constante, modesta y callada, ha trascendido sin embargo y su nombre es por todas partes conocido y respetado.

Este libro sería bastante a formarle una personalidad si ya ésta no estuviese bien cimentada.

La digital, «opio del corazón» ha sido, es y será tema de gran trascendencia en Medicina, pues las variadas propiedades de esta planta encuentran de día en día mayor amplitud de indicaciones.

Y como Gamir viene desde hace largo tiempo laborando en su laboratorio con la digital, observando y comprobando cuanto sobre ello se escribe, ha llegado a alcanzar extraordinario dominio en la materia y a reunir valiosas observaciones.

No es extraño, pues, que su libro sea un tratado completo sobre materia tan interesante, pues en él aparte exponerse metódicamente todo lo publicado, se fundamenta y avalora después de haber pasado por el crisol de su propia competencia.

Historia, Fitología, Fármacoergania, Fármacognosía, Fármacografía, Fármacoquímica, Fármacodinamia, Fármacoterapia, Valoraciones, Posología y Toxicología son los capítulos en que la materia está dividida y expuesta. Por ello puede deducirse lo interesante y completo del estudio que Gamir ha realizado con un acierto y una oportunidad indiscutible.

El libro, a nuestro juicio, es lo mejor que se ha escrito sobre digital; es lo mejor, lo más completo y lo más científico. Médicos y farmacéuticos pueden sacar de su estudio grandes enseñanzas y de aplicación inmediata.

Nos complace hacerlo público, así como nuestra felicitación sincera a su autor. — DOCTOR HORNO.

Pedagogía sexual (Lecciones de Eugenesia), por **Renato Kehl.**—Un volumen (12'50 × 19 centímetros) de 322 páginas, con 24 figuras.

Editor: *Javier Morata.*—Madrid. 1931.

Doce lecciones forman este libro de Renato Ferraz Kehl; doce lecciones que

tienden a dar a conocer los fundamentos y resultados de la eugenesia, preocupación actual muy extendida.

Sobre esta materia se ha escrito mucho en estos últimos tiempos y no todo bien pensado o científicamente basado. Pero aunque nos separamos en muchísimos puntos de las conclusiones y razonamientos de Kehl no podemos menos de consignar que su libro está bien razonado y expuesto quizá con criterio más amplio que otras muchas publicaciones afines. El problema de la eugenesia está en esta obra perfectamente desarrollado en todos sus diversos aspectos.

Problema de batalla en el momento actual, bien merece la pena que los médicos se percaten de él y formen juicio personal sobre tal asunto, en el que han de ser parte muy activa. En tal sentido la obra de Kehl es merecedora de conocerse. — Doctor Horno.

El mal de la vida, por el **Profesor A. Anstregesilo.**
Un volumen (12'50 × 19 centímetros) de 232 páginas.
Precio: 5 pesetas.

Editor: ***Javier Morata.***—Madrid. 1931.

Sobre este mal, que no es otro que el *ansia de ser feliz* y que la humanidad lleva consigo desde su cuna, el profesor Anstregesilo ha escrito un bello libro, que se lee con placer y en el que el autor parece llegar a la conclusión de que no es posible la felicidad.

Sin embargo el autor no es escéptico ni pesimista; pretende no más, que nadie busque la felicidad si no ha de estar dispuesto a cumplir el deber social, filosófico y religioso. La felicidad no es un privilegio más que cuando se convierte en sinónimo del deber, y en este caso todos pueden alcanzarla. Pero cumplir con el deber... no es muy fácil para la mayoría.

El libro de Anstregesilo es interesante, porque es una lección, por otra parte amenísima. — Doctor Horno.

HISTOPATOLOGIA

K. HARTING (Breslau). — *Sobre la fina inervación de las trompas de Falopio.* — («Zeitschr. für Zellforschung»; vol. 9, pág. 544; 1930. Berlín).

Bajo el peritoneo se encuentran los haces nerviosos más importantes del plexo fundamental. Los haces se dividen por dicotomías y penetran en gran parte entre las capas musculares, donde forman redes, ordenadas de modos diversos, pero siempre con formación de puntos nodales. El curso de las fibrillas nerviosas es siempre paralelo al de las fibras musculares. No se encuentran terminaciones libres. Una parte del plexo fundamental atraviesa las capas musculares y llega directamente a la submucosa, donde se forman nuevamente nerviecillos con dicotomías y finas redes irregulares. No se observan fibras intraepiteliales. En los pliegues de la mucosa de la fimbria existen corpúsculos terminales del tipo de los de Meissner. En todas las capas, los nervios transcurren al lado de los vasos en curso más o menos onduloso. No se encuentran células nerviosas ganglionares en los puntos de entrecruzamiento de los haces de fibras. El número de nervios disminuye hacia el útero en la mucosa y aumenta en la muscular. Las fibras intermusculares son de naturaleza motora y las que recorren la mucosa, sensitivas; éstas ocasionarían el primer estímulo para la contracción de la trompa al entrar el óvulo.—I. Costero.

F. WOHLWILL y H. E. BOCK (Nuremberg). — *Nuevas investigaciones sobre inflamación de la placenta y sepsis fetal.* — («Ziegler Beitr.»; vol. 85, pág. 469; 1930. Berlín).

Los autores han examinado 565 placentas de aborto, de las cuales 238 estaban infectadas. Las principales deducciones que se pueden extraer de este estudio son las siguientes:

El camino transmembranoso de la infección es más frecuente que el transdecidual, sobre todo en los abortos criminales. Se ha encontrado con frecuencia infección entre las vellosidades, cuya forma fisiológica es debida a la llegada de bacterias con la sangre materna, casos frecuentes en la sífilis, tuberculosis y lepra.

El tipo intravelloso (infección en las vellosidades) es debido a metástasis embólicas, que se diagnostican histológicamente por la existencia en las vellosidades de capilares con bacterias coloreables fácilmente, así como por

la presencia de gérmenes en las células del estroma, que pueden emigrar a los espacios intervellosos. En estos casos se realiza una transformación histiocitaria de las células del estroma. Es frecuente encontrar también algunos granulocitos de probable origen materno. La emigración de las células macrofágicas a los espacios intervellosos sólo se realiza en vellosidades con destrucción del sincitio. Hay que tener especial cuidado cuando se realizan estos estudios con no confundir las bacterias patógenas verdaderas con las que se desarrollan post-morten o debidas a retenciones anormales y enjuiciar exactamente los procesos infectivos. La penetración de bacterias en la placenta durante el período agonal es muy probable y debe tenerse siempre muy en cuenta. Para diagnosticar una sepsis fetal es preciso demostrar claramente procesos reaccionales, además del hallazgo de bacterias en los vasos. Solamente después del sexto mes del embarazo puede haber leucocitos de origen fetal.—I. Costero.

L. ADAMBERG (Berlín). — *Sobre la función endocrina del ovario homotransplantado y la ley fundamental de la dinámica ovárica.* — («Virchow Arch.»; volumen 276, pág. 632; 1930. Berlín).

El autor hace una revisión de la ley de Lipschütz para la reacción sexual, mediante la implantación de ovarios en el Cobaya y comprueba lo esencial de su contenido. En las hembras a las que se implantó ovario, se realizó constantemente una hipertrofia lenta y progresiva de las mamas. La aparición del celo en los machos se comprobó en todas las experiencias, en algunas de las cuales se prolongó este fenómeno hasta dos semanas. En muchos casos con dioestrus prolongado se encontró en el ovario implantado un cuerpo amarillo en perfecto desarrollo. Estas formaciones no se encontraron nunca en los machos. Al lado del cuerpo amarillo se encontraron vesículas que alcanzaban hasta un milímetro de diámetro. — I. Costero.

A. MAGLIAVACCA (Turín). — *Investigaciones sobre el tejido parasimpático del ovario humano.* — («Zeitschr. für Zellforschung»; vol. 11, pág. 746; 1930. Berlín).

En el ovario existen algunas regiones donde es fácil encontrar acúmulos celulares de aspecto epitelioide. Tal acontece en la porción medular, en el hílio y en el ligamento largo. Las células a las que nos referimos son poligonales, tienen reacción cromafín y asientan en las cercanías, en la periferia o en el interior de los nerviecillos simpáticos; el protoplasma de estos elementos es acidófilo y granuloso; el núcleo es ordinariamente pequeño, está colocado excéntricamente, tiene forma redondeada y es difícilmente coloreable.

El citoplasma contiene a menudo gránulos de pigmento y grasa, a veces también cristaloides. Tales elementos no faltan verosímilmente en el ovario maduro. El autor no considera de importancia la relación morfológica que existe entre estos elementos ováricos y los intersticiales del testículo, ni cree que intervengan en la función endocrina del ovario.—I. Costero.

A. MAGLIAVACCA (Turín). — *Investigación histo-fisiológica sobre la mama.* — («Zeitschr. für Zellforschung»; vol. 10, pág. 552; 1930. Berlín).

Las fases principales por las cuales atraviesa la mama durante la vida son: impúber, puberal, desarrollo gravídico, gravídica, regresiva y senil. En el período puberal el condrioma es granular o se presenta en forma de bastoncitos muy cortos, mientras que en el embarazo existen formaciones bacilares muy largas, que asientan en la porción basal de las células secretoras.

El aparato de Golgi está situado equidistante del núcleo y de la superficie celular en los períodos de reposo, para agrandarse durante el fenómeno de la secreción; el aparato de Golgi se fragmenta en dos o tres grumos, adopta una figura enrejada y se sitúa en la porción basal de las células; en la fase regresiva de la mama, vuelve poco a poco a las características primitivas y adopta una forma intermedia, formando una placa situada paralela a la membrana basal.

Las esferillas lipoides se forman a costa de unos corpúsculos especiales, verosímilmente descendientes del condrioma, que participa de este modo en la formación de la grasa de la leche. Las células intersticiales de la mama poseen gránulos abundantes que pueden quedar en libertad y dispersarse, hasta caer en la cavidad glandular.—I. Costero.

D. KADANOFF (Wilma). — *La acción de la castración precoz sobre la morfología de las terminaciones nerviosas de los órganos genitales externos de los mamíferos.* — («Zeitschr. für Zellforschung»; vol. 10, pág. 427; 1930. Berlín).

En los gatos castrados la morfología de los aparatos sensitivos terminales del pene se complica considerablemente, mientras que disminuyen las terminaciones libres. Como la influencia de la secreción interna del testículo es indudable en lo que se refiere a la morfología y caracteres de los órganos genitales externos, es de suponer que la falta de acción sobre los nervios debe acontecer sólo en el adulto y que en el embrión existirá.—I. Costero.

C. KAUFMANN (Riga). — *Relaciones entre la hormona sexual femenina y la colesterinemia.* — («Ziegler Beitr.»; vol. 84, pág. 453; 1930. Berlín).

La inyección de la llamada hormona sexual femenina tiene como acción

específica una disminución del contenido en colesterina de la sangre. Este hecho está de acuerdo con las alteraciones que experimenta la colesterinemia durante el período menstrual y el embarazo.—I. COSTERO.

MEDICINA GENERAL

CARANEGRA (Buenos Aires). — *Las pruebas de Escudero para el diagnóstico de la gota.* — («París Médical», núm. 18; 2 mayo, 1931. París).

Resulta problema difícil para el médico determinar la etiología de una enfermedad articular crónica. Para determinar la probable etiología de un reumático crónico emplea Escudero sistemáticamente tres formas: 1.ª, la del gonoyatren para la blenorragia; 2.ª, la de tuberculina de Rophe y Baudelier, y 3.ª, la prueba biológica de la gota.

Sostiene, como la mayoría de autores modernos, que no puede servir la determinación del ácido úrico sanguíneo para el diagnóstico de la gota, entre otras causas por consistir ésta esencialmente en una afinidad particular de tejidos mesenquimatosos a retener el ácido úrico.

Su prueba está basada en la variación de tiempo de eliminación de purinas exógenas, administradas por vía bucal exactamente dosificadas; somete al enfermo a un régimen estrictamente apurínico hasta establecer la medida de eliminación en veinticuatro horas de purinas endógenas; administra, el día de la experiencia, 100 gramos de extracto de carne de Armour (extracto de carne donde la cantidad de purinas están exactamente dosificadas); continúa el régimen apurínico tres días, durante los cuales recoge la orina y dosifica las purinas eliminadas que corresponden a las endógenas, más las exógenas del extracto de carne; dando por resultado que los enfermos gotosos retienen la mayor parte de purinas, habiendo casos que solamente eliminan un 15 por 100), estableciendo el diagnóstico: 1.º Que todo enfermo articular que elimina el 70 por 100 de purinas a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas de su inyección no es gotoso. 2.º Que algunos enfermos (hepáticos, arterioesclerósicos...) eliminan el 50 por 100, ignorando las causas de tal retención. 3.º Que existen probabilidades para ser gotoso en el que elimina de 35 a 50 por 100 de purinas exógenas ingeridas. — L. TAPIA.

PEDIATRIA

F. MONTIS (Madrid). — *Mastoiditis en el lactante, tratada por incisión de Wilde y síndrome de Ombredane.* — («Medicina», núm. 3; marzo, 1931. Madrid).

No son raras las infecciones mastoideas en el lactante, produciéndolas la presencia de adenoides, enfermedades y todas causas de infección de oído

por las condiciones especiales, anatómicas y biológicas que se dan en esta región en el lactante. Diagnosticada la infección mastoidea con exteriorización del foco purulento y fracasado el tratamiento médico, precisa la intervención; una trepanación en regla, o incisión de Wilde (liberación del foco exocraneano) con paracentesis timpánica. Aboga en favor de esta porque la cirugía infantil es más grave que en el adulto por su menor resistencia, siendo mayores las probabilidades de muerte, en una misma operación; por ello la cirugía en el lactante, debe ser mínima, ya que la práctica y razones anatómicas y biológicas denuncian la curación por incisión de Wilde con paracentesis timpánica, debiendo evitar las grandes intervenciones ante el temor del síndrome Ombredane (palidez, hipertermia) pues si bien su génesis es desconocida, se sospechan sean factores etiológicos la anestesia y el shock en su doble aspecto; se debe pues suprimir toda anestesia, reducir al mínimo el acto operatorio y no dar más que agua durante veinticuatro horas.

En el caso tratado y curado por el autor, el único síntoma térmico reaccional del proceso fué una fase de hipotermia que duró doce horas. — L. TAPIA.

CIRUGÍA GENERAL

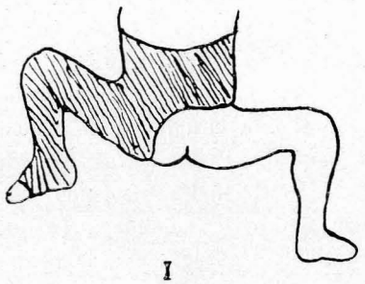
M. RUIZ MORENO (Buenos Aires). — *Fracturas obstétricas de fémur y húmero; su tratamiento.* — (Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires; tomo XV, núm. 8; junio de 1931. Buenos Aires).

Estas fracturas, a las que tan poca atención dedican los textos corrientes, son determinadas en general por las maniobras violentas de extracción en las presentaciones de nalgas primitivas o secundarias a una versión.

En las fracturas de fémur, la altura es frecuente en la unión del tercio medio con el superior; el trazo es transversal y completo, raramente hay fragmentos intermedios. El desplazamiento es habitualmente muy acentuado, deformando y acortando el miembro, por lo que es raro que pase desapercibida.

Para el tratamiento ya es clásico que en las fracturas de fémur a esta altura, en otras edades de la vida, se lleva el miembro en fuerte abducción, ya se trate de extensión continua o de inmovilización. En las del recién nacido u obstétricas, no es suficiente la abducción, sino que hay que asociarla ésta a una marcada flexión del muslo sobre la pelvis, es decir, colocar el miembro en una posición más acentuada que la que ofrece el niño normalmente un tiempo después del nacimiento. Sólo así se podrá neutralizar la desviación de los fragmentos del fémur fracturado, por maniobras obstétricas.

Llevado el miembro fracturado a esa posición, se ejercerá una fuerte tracción sobre la pierna, tratando de fijar la pelvis, y se procederá a la inmovilización con un vendaje enyesado, muy semejante al que se realiza para la primera posición en las luxaciones congénitas (esquema I). En cuanto a la tolerancia, bien cuidado el niño, no se observa ningún inconveniente, aunque se ensucie un tanto; además el espacio de tiempo que se mantiene colocado es breve, doce a quince días. En este tiempo se forma en el foco de fractura un grueso callo, cuya exuberancia es perfectamente palpable.



I

En las fracturas de húmero, el trazo es también transversal, y la altura es generalmente en el tercio medio; aunque es frecuente su desplazamiento, nunca es tan acentuado como en las del fémur, y su escasa deformación hace en algunos casos pase desapercibida la fractura, a pesar del síntoma dolor e impotencia que son constantes, pues se interpretan como traumatismos simples determinados por las maniobras obstétricas.

Para inmovilizar el brazo enfermo utiliza el dispositivo siguiente: con vendas adhesivas coloca dos tiras, una anterior larga y otra posterior más corta, desde una altura de unos centímetros por arriba del foco de fractura, fijándolas con una circular inmediatamente por arriba del pliegue del codo. El sobrante inferior de las tiras verticales, mejor dicho, de la anterior, debe sobrepasar hacia abajo para adherirla a la pared abdominal después de traccionado el brazo por medio de las mismas; se fija oblicuamente con otro vendaje circular adhesivo, que toma abdomen y parte de cintura pélvica (esquema II). De esta manera la parrilla costal hace de tutor, y así se mantiene de doce a quince días, tiempo suficiente para que se forme callo que mantenga en contacto y en buena dirección los fragmentos.—R. Horno Liria.



II

M. CORACHAN (Barcelona). — *El problema diagnóstico del ulcus cáncer.* — («Revista de Cirugía de Barcelona», núm. 2, febrero, 1931. Barcelona).

Como resumen de su trabajo, concluye diciendo:

Que la estadísstica de ulcus cáncer, debe hacerse con diagnósticos basados en una buena historia clínica y un estudio macroscópico de la lesión, fundamentado éste sobre un detallado estudio histológico.

Vistas las dificultades diagnósticas actuales que dejan pasar inadvertidos, por el solo examen clínico, muchos casos de ulcus cáncer, y dada la frecuencia de la degeneración carcinomatosa del ulcus, debemos ser radicales en el tratamiento del mismo, aconsejando exclusivamente la extirpación de la lesión por gastrectomía.

Siendo los ulcus crónicos terebrantes los de pequeña curvatura y los de antro pilórico los que más frecuentemente sufren la degeneración carcinomatosa, todo lo contrario de lo que sucede con los ulcus pilóricos y duodenales, deberemos ser más radicales en la terapéutica quirúrgica de los primeros, haciendo más extensas las resecciones por uno y otro lado de la lesión y practicando, a su vez, una extirpación de los ganglios, como se hace corrientemente en la gastrectomía por cáncer.—R. Horno Liria.

SACCO (Buenos Aires). — *Neuralgias del trigémino.* — (Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires; tomo XV, núm. 8; junio, 1931. Buenos Aires).

Esta afección local, tan rebelde generalmente al tratamiento, obedece a las más diversas causas, teniendo unas veces etiología definida y otras cuya etiología es imposible, por lo cual pudieran llamarse sine materia.

Entre las primeramente citadas se encuentran las formas siguientes:

Gotosas. — Aparecen en el período de la gota crónica; se localizan especialmente en el nervio maxilar superior; no es muy intensa y cede lentamente con el tratamiento alimenticio y medicamentoso, además de la terapéutica local a base de aplicaciones calientes o diatermia.

Palúdicas. — Se observan en el paludismo crónico; son rebeldes y no ceden a pesar de la mejoría de éste.

Sifilíticas. — Son las más frecuentes; aparecen en el período terciario; toman el maxilar superior y algunas ramas colaterales, como el aurículo-temporal; ceden lentamente al tratamiento específico y recidivan con frecuencia.

Diabéticas. — Son formas que, aunque rebeldes, ceden al tratamiento insulínico.

Arterioesclerosas. — Son intensísimas; aparecen en los hipertensos; son bifaciales, no ceden a ningún tratamiento.

Nefríticas o tóxicas. — Poco frecuentes, ceden bien al tratamiento.

Las sine materia. — Son generalmente difaciales; toman el maxilar superior y el inferior, rara vez el oftálmico, son éstas las que más interesan al cirujano.

La conducta a seguir frente a una neuarlgia del trigémino es tratarla primero con tratamiento médico, siempre que se pueda fijar su etiología; si no cede,

inyecciones de alcohol intraganglionares, y si con este tratamiento no mejora, operación.

El autor utiliza la inyección de alcohol atendiendo a la técnica siguiente: sujeto sentado; índice izquierdo o derecho (según el sitio de la neuralgia) introducido dentro de la boca en el surco gíngivo-maxilar; la aguja firme y gruesa, punciona la mejilla a la altura del premolar superior, corre en el espesor de la mejilla hasta chocar con el borde criboso del maxilar superior, siguiendo la dirección del tragus, una pequeña desviación de su pabellón hacia la línea media hace que, avanzando, roce el ala externa de la ápófisis pterigoídea; avanzando el cirujano, entra en el espesor del pterigoídeo externo, que se aprecia por una resistencia especial. En este momento el pabellón de la aguja se desvía hacia afuera y entra más o menos dos centímetros, y en esta situación se tantea la base del cráneo; si se toca en hueso, se retira; en buen momento se siente la aguja avanzar. El paciente exhala un grito de dolor, señal segura que se ha penetrado dentro del agujero oval punzando el ganglio de Gasser; el dato más seguro de hallarse bien hecha la inyección de alcohol es que el sujeto se calma de su dolor en la mesa quirúrgica.

Como trastornos deben citarse la parálisis del motor ocular común con estrabismo y parálisis del párpado superior; esto se observa cuando la aguja va más allá del cávum de Meckel, pero son trastornos pasajeros que duran uno o dos meses y que se evitan con una técnica correcta. El autor, de cincuenta y dos casos tratados, sólo ha tenido que operar cuatro; en los demás, el resultado fué completamente satisfactorio.—R. Horno Liria.

M. FRIEDLAN (Kazan, Rusia). — *Sobre el empleo del cianuro de oro y potasio en las tuberculosis ósea y articular.* — («Acta Chirurgica Scandinavica»; volumen LXVIII, fasc. I; marzo, 1931. Stockholm).

Desde 1925 emplea el autor, el cianuro de oro y de potasio en forma de inyecciones locales al nivel de los focos tuberculosos óseos y articulares. Comienza por excluir la circulación sanguínea de la porción considerada del cuerpo, para obtener un efecto local prolongado y positivo y suprimir la acción descomponente de los líquidos del organismo, enseguida inyecta alrededor de la periferia del foco tuberculoso con una jeringa ordinaria, 0,003 a 0,005 gramos en los niños y 0,01 a 0,02 gramos en los adultos, de la solución al uno por mil de cianuro de oro y potasio a la cual se ha adicionado novocaína al medio por ciento. En los niños se recurre a la narcosis por el éter, en estos casos no es necesario añadir novocaína a la solución. La venda de Esmarch se retira quince o veinte minutos después de la inyección.

Primeramente se observa una exacervación moderada, tanto general como local, del proceso patológico, pero pasados unos días surge una mejoría subjetiva y

objetiva: disminución de los dolores, aparición de movimientos en la articulación, aumento de peso, mejoría del estado general, etc. Generalmente basta una sola inyección, mas a menudo hace falta una segunda, transcurridas una y media, dos o tres semanas, y más raramente se coloca una tercera.

Habiendo seguido durante un período de diez años, a cincuenta enfermos afectos de tuberculosis ósea y articular de las extremidades, ha obtenido un 84 por 100 de éxitos durables. Exito que atribuye tanto a la acción sobre los bacilos tuberculosos, como a la reacción general del organismo.

Insiste el autor, en que hay que ponerse en guardia contra el error de creer que el método es otra cosa que una mera ayuda: es un adyuvante que abrevia la duración del tratamiento, pero que no suprime ni anula las medidas ortopédicas a tomar. — R. Horno Liria.

E. B. BENEDICT (Boston). — *Carcinoma en osteomielitis.* — («Surgery, Gineco-logy and Obstetrics», vol. LIII, núm. 1; julio, 1931. Chicago).

El carcinoma es una rara complicación de las osteomielitis de larga duración, y su frecuencia es mayor en la tibia que en cualquier otro hueso. El diagnóstico puede ser fácil cuando el crecimiento es superficial, pero es muy difícil cuando asienta profundamente; en estos casos el diagnóstico puede establecerse únicamente por biopsia y más raramente mediante el examen con rayos X. El tratamiento será en primer término profiláctico, no permitiendo a la cavidad esteomielítica permanecer cubierta indefinidamente, y en segundo lugar, curativo, mediante la amputación en la mayor parte de los casos. El pronóstico es generalmente favorable, pues su desarrollo es largo y de débil malignidad. — R. Horno Liria.

F. LIEBERTHAL (Chicago). — *Tumores malignos del riñón en la infancia.* — («Surgery, Ginecology and Obstetrics», vol. LIII, núm. 1; julio, 1931. Chicago).

Los tumores abdominales de mayor desarrollo y volumen en el niño pertenecen a los tumores malignos del riñón, y dentro de éstos, los que poseen un mayor carácter de malignidad son los embrionarios de tipo mixto, como el adenosarcoma. El mejor síntoma exterior de la existencia en el niño de uno de estos tumores renales malignos, es su crecimiento rápido, exagerado y sin dolor, pues la hematuria por lo general no se presenta. En cada caso se debe practicar el estudio cistoscópico para averiguar el estado funcional del riñón del otro lado; cuando se trate de niños de corta edad, la pielografía intravenosa puede bastar. Para el tratamiento operatorio, la laparotomía por incisión transversal es la preferida, pues expone extraperitonealmente la masa tumoral y permite una mejor exploración del abdomen para encontrar los focos metastásicos; por eso es seguida por gran número de cirujanos que

la consideran mejor que la incisión de Israel, siguiendo el eje mayor del tumor, y que la de Voelcker's, que se extiende desde el ángulo costo-vertebral hasta el ombligo.

En cada tumor extirpado debe hacerse un extenso estudio histológico, tomando los cortes de cada parte del neoplasma; un estudio atento de los grupos epiteliales identificará el tipo embrionario de este tumor como un adenosarcoma, no excluyendo la no demostración de estos grupos epiteliales, la posibilidad de que pertenezca a este tipo; procediendo de la transformación neoplásica del metanefros en cualquier etapa de su desarrollo.—R. HORNO LIRIA.

V. LO CASCIO (Messina). — *Contribución al conocimiento de la osteomielitis aguda del pubis.* — («Annali italiani di Chirurgia», vol. X, fasc. 5; mayo de 1931. Nápoli).

El autor refiere un caso de osteomielitis aguda del pubis, en el cual, de origen óseo, se produjo una colección purulenta retroperitoneal de la fosa ilíaca interna, que sólo puso en evidencia el acto operatorio, en tanto que los datos clínicos y radiológicos no habían permitido establecer un juicio diagnóstico exacto.

Haciendo resaltar la rareza de esta forma morbosa, se entretiene en diversas consideraciones y pasa brevemente revista a los principales datos etiopatogénicos y anatomopatológicos, poniendo de relieve cómo el cuadro sintomatológico no resulta netamente caracterizado para el diagnóstico. Finaliza refiriéndose al tratamiento terapéutico con miras a la peculiar vía de acceso seguida en este caso.—R. HORNO LIRIA.

MAX CUTLER (Chicago). — *Tratamiento del cáncer de la mama mediante agujas removibles de rádium.* — («Surgery, Gynecology and Obstetrics», vol. LIII, número 1; julio, 1931. Chicago).

Debido a la resistencia del carcinoma mamario a la radiación, se ha empleado en los cánceres inoperables del pecho el procedimiento de radiación intersticial mediante agujas movibles de sustancias radioactivas que dan gran uniformidad en todos los sentidos del campo.

Para que la regresión de la masa tumoral sea completa, sin necrosis, es esencial una filtración adecuada de 0,5 milímetros de platino. Determinada por el examen clínico la extensión y profundidad de la porción atacada, la irradiación debe hacerse con sumo cuidado, protegiendo la glándula y el área linfática, siguiendo el mismo principio que la operación radical. La parte más peligrosa de la región es la porción periférica, que por tener más vitalidad, por estar a sus expensas el desarrollo tumoral, requiere una radiación

más intensa que la porción central, que por su pobreza en material nutritivo tiende a efectuar necrosis espontánea y necesita relativamente poca radiación.

Por este procedimiento pueden curarse las lesiones ulceradas, aunque nada puede decirse todavía respecto a la permanencia de los resultados; puede también completar la regresión de los cánceres avanzados que no responden a otros métodos de radioterapia.—R. HORNO LIRIA.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

G. PORTMANN (Bordeaux). — *La cefalea en el síndrome de hipertensión intracraneana.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm. 1; 15 enero, 1931. Bordeaux).

Sea la que quiera la naturaleza (inflamatoria, hiperplásica o neoplásica) de una lesión intracraneal, y sea la que sea su localización, la primera exteriorización clínica está constituída por el síndrome de hipertensión, cuyos síntomas constitutivos, muy numerosos, tienen muy diferente valor, siendo de todos ellos, la cefalea, el que merece ocupar un lugar preponderante, si bien los caracteres bajo los que se presenta le den un aspecto muy particular.

Estudia el autor las características de este síntoma primeramente en los tumores cerebrales, exponiendo un caso muy interesante y demostrativo, llegando a la conclusión de que su ausencia, en ciertos casos, es un hecho que hay que tener muy presente para establecer el diagnóstico, no teniendo ni la cefalea ni ningún otro de los signos de hipertensión intra-craneal verdadero valor más que cuando van asociados.

Pasa a continuación a ocuparse de la cefalea en los abscesos cerebrales, exponiendo asimismo la historia clínica de un enfermo por él operado, sacando la consecuencia de que en estos enfermos la cefalea parece existir con mucha mayor frecuencia, siendo uno de los síntomas más precoces y constantes. Si bien se citan—dice Portmann—algunos casos de colecciones latentes en los cuales las crisis dolorosas eran poco acentuadas, su total ausencia es completamente excepcional; más frecuente que los demás signos de hipertensión intra-craneana se acompaña casi siempre de un adelgazamiento al que nosotros atribuímos un gran valor para establecer el diagnóstico.

COMENTARIO. — Digno de su autor (y este es el mejor elogio que de él puede hacerse), es el notable e interesante trabajo del eminente profesor de Bordeaux. En él pone de manifiesto sus altas dotes de perspicaz observador, poniendo a punto el verdadero valor del síntoma cefalea en los procesos intracraneales, y especialmente en los abscesos encefálicos, en los que por ciertos autores se ha pretendido asignarle un significado poco menos que patognomónico. En efecto; aun cuando, como dice muy bien Portmann, sea un

signo de los más constantes y precoces, no son raros los casos en que falta casi en absoluto. Recientemente hemos tenido nosotros ocasión de intervenir en una enferma afecta de absceso cerebral de origen ótico, en la que este síntoma faltaba completamente, no habiendo sido establecido el diagnóstico más que por la asociación de otros signos (obnubilación, éxtasis papilar, vómitos, examen del líquido céfalo-raquídeo) integrantes como la cefalalgia del síndrome de hipertensión. Nuestra conformidad, es pues absoluta y opinamos con Portmann que la ausencia total de la cefalea no autoriza a desechar el diagnóstico de lesión intracraneal, sobre todo cuando existen otros signos que permitan pensar en ella.—J. DUERTO.

G. DE PARREL y MME. MATHA (París). — *La reeducación de la voz cantada.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm. 2; 31 enero, 1931. Bordeaux).

Hacen los autores un detenido y notable estudio de esta interesante cuestión, a cuyo fin dividen su trabajo en tres partes. En la primera dedican su atención a la respiración del cantante, pasando revista a sus características y al estudio radioscópico de los movimientos respiratorios. En la segunda, tras de clasificar los defectos de la voz cantada en defectos de respiración, defectos de emisión y defectos de articulación (cuya clasificación les sirve además de base para el tratamiento), pasan a ocuparse del diagnóstico y de la manera de registrarlos. En la tercera y última describen el tratamiento reeducador; terminando con las siguientes conclusiones:

La cooperación del laringólogo y del profesor de canto se impone hasta la evidencia en materia de reeducación o educación de la voz cantada.

En cuanto concierne a la reeducación de estos defectos es preciso distinguir los debidos a una lesión patológica de los que no dependen más que de trastornos puramente funcionales por *malmenage* o *surmenage*.

La mayor parte de los defectos de la voz cantada son provocados por un trastorno de funcionamiento distinto o asociado a uno de los tres elementos primordiales del acto vocal: la respiración, la emisión o la articulación.

La técnica reeducativa debe ser racional y científicamente establecida.—J. DUERTO.

C. CANESTRO (Genes). — *El valor de las simpatectomías periarteriales y de la ablación del plexo retro-carotídeo de Haller en el tratamiento de la laringitis tuberculosa.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm. 1; 15 de enero, 1931. Bordeaux).

Siendo el simpático el nervio de los síndromes dolorosos cervicales, es hacia la cirugía de este nervio donde parece orientarse el tratamiento quirúrgico del

dolor, especialmente si se tiene en cuenta la facilidad con que las laringitis tuberculosas disfágicas resisten a los tratamientos ordinarios.

Las inyecciones perineurales de alcohol en el nervio laríngeo superior son de poca duración y fracasan frecuentemente; la neurotomía de la rama horizontal de este nervio que practicada en las lesiones unilaterales es una intervención simple, eficaz y bien soportada, se convierte en una operación grave y llena de inconvenientes practicada bilateralmente. La cirugía del simpático en las tuberculosis laríngeas, fundada por otra parte en la nueva orientación en la tendencia de substituir las radicotomías por las ramisecciones, tiene la gran ventaja de influir en la sensibilidad dolorossa sin alterar las demás sensibilidades ni modificar la fina motilidad de la laringe, además de mejorar su trofismo por la vaso-dilatación activa que provoca.

El autor, que ha empleado la resección del plexo laríngeo de Haller, sola o asociada a la simpatectomía del bulbo carotídeo, opina que una y otra operación constituyen un medio muy eficaz contra el síndrome doloroso disfágico en las laringitis tuberculosas con lesiones bilaterales, pero siendo sin duda intervenciones de cierta importancia y de técnica muy delicada, deben ser reservadas exclusivamente a los casos de lesiones bilaterales fuertemente disfágicas y resistentes a los tratamientos ordinarios. Ni que decir tiene que no deben ser empleadas en los casos de caquexia tuberculosa, en las formas rápidas evolutivas, en los niños y en los ancianos. — J. DUERTO.

G. LEALE (Torino). — *Contribución experimental a las relaciones etiopatogénicas entre tonsilitis y nefropatías.* — («Archivio Italiano di Otologia..., etc.», número 1; enero, 1931. Torino).

Con el fin de esclarecer las posibles relaciones que la clínica indica existentes, entre las afecciones tonsilares y las nefropatías, el autor ha llevado a cabo una serie de experiencias, consistentes en inyectar al ratón material patógeno procedente de enfermos afectos de diversas afecciones tonsilares, habiendo inyectado veintiséis ratones con producto extraído de veintiséis enfermos diferentes.

De los resultados obtenidos deduce las consideraciones siguientes:

Del conjunto de investigaciones seguidas se tiene que un cierto número de ratones inoculados con material patógeno, han muerto en breve tiempo, demostrando la existencia de lesiones del riñón; pero casi siempre estas lesiones se presentaban demasiado genéricas para poder tener la convicción de que sean de naturaleza particular para el riñón mismo. Se tiene más bien la impresión de que sean la expresión de una intoxicación grave difusa; suposición que está avalorada por el hecho de que en los casos en los que el animal no murió, casi nunca se encontraron lesiones renales.

Estas observaciones no indican una electividad patógena para el riñón, por parte de los gérmenes aislados de las amígdalas en las diversas condiciones morbosas.

Los casos no son todavía bastante numerosos para poder establecer conclusiones de un valor absoluto; pero sí lo son para poder afirmar que las relaciones entre las amigdalitis y nefropatías, no son tan frecuentes como algunos autores pretenden.

COMENTARIO. — Siguiendo el autor la pauta marcada por la escuela italiana que tanta atención presta a esta cuestión, viene a aportar algunos elementos de juicio en el tan debatido problema de las relaciones patológicas nefro-amigdalinas. Es indudable que numerosas amigdalitis repercuten en el riñón; esto es un hecho incontrovertible y demostrado por el laboratorio y la clínica. Pero que, de que *en ciertos casos* la influencia patológica de las infecciones tonsilares sobre el parénquima renal sea innegable, a que (como pretenden algunos autores de la escuela americana, sobre todo) sea poco menos que constante, media un abismo. Y en este sentido las investigaciones de Leale son altamente significativas, y vienen a confirmar los resultados y observaciones de otros autores, algunos de los que, como Mazzarella, por ejemplo, ya habían indicado una proporción bastante reducida (14 por 100 en los casos agudos primitivos; 19 por 100 en las formas crónicas simples; y 27 por 100 en las formas crónicas con reagudizaciones, mayor proporción de estas últimas que está de acuerdo con los datos clínicos por nosotros recogidos. En efecto, el mayor número de nefritis ha correspondido siempre a individuos con antecedentes de amigdalitis de repetición). — J. DUERTO.

REBATTU y CHARACHON (Lyon).—*Estudio bacteriológico del parénquima amigdalino tras amigdalectomía.* — («Revue de Laryngologie..., etc.», núm. 1; 15 de enero, 1931. Bordeaux).

Las observaciones clínicas prueban el papel de la infección focal amigdalina, y numerosos signos clínicos que permitan confirmar este aserto han sido empleados sin que, a decir verdad, se haya llegado a un acuerdo respecto a su valor e importancia, por cuya razón se han propuesto diferentes *tests*, entre las que parece tener mayor valor la toma de secreciones de la amígdala, ya a nivel de las criptas o ya efectuada superficialmente, medio que ha venido a poner de manifiesto la enorme variedad y riqueza de la flora bacteriana amigdalina.

Consideran los autores más interesante el análisis bacteriológico del parénquima de la amígdala, fundados en que si en un momento dado el huésped saprofito de la cripta puede, haciéndose patológico, dar lugar a un brote agudo local, la bacteria intraparenquimatosa de la amigdalitis crónica puede

hacerse con mayor razón responsable de las septicemias criptogenéticas y de las toxemias por las que se recrimina tan frecuentemente a las amígdalas. En este sentido han hecho el estudio bacteriológico de veintiocho amígdalas extirpadas en enfermos en los que la amigdalectomía estaba formalmente indicada por diversas causas, no habiendo encontrado la amígdala infectada más que en el 27 por 100 de los casos, con la particularidad de que en todos ellos ha sido puesto en evidencia el estreptococo hemolítico.

De ello concluyen los autores que, la infección crónica habitual, podría (penetrando en una amígdala crónicamente inflamada y cuyo revestimiento no opusiera, por lo tanto, una barrera suficiente a los gérmenes microbianos) ser el punto de partida de una septicemia o complicación a distancia, mientras que la infección habitual y latente del parénquima sería responsable de las complicaciones toxi-infecciosas de evolución solapada y sin ruido (nefritis y reumatismo crónico). — J. DUERTO.

KHAYEL ARSLAN y G. WEISZ (Padua). — *El reflejo vestíbulo-pupilar.* — («Archivio Italiano di Otologia..., etc.», fasc. I; enero, 1931. Torino).

Fundados los autores en los fenómenos que la excitación vestibular determina en el territorio del simpático, han iniciado una serie de experiencias con el fin de determinar la influencia que los estímulos sobre el vestíbulo ejercen en el reflejo pupilar.

Exponen los resultados observados con los diferentes estímulos (rotatorio, calórico, galvánico y farmacológico) en diversos sujetos sanos y afectos de alguna lesión del oído medio que han sido objeto de las experiencias y terminan su interesante trabajo con las siguientes conclusiones:

Los estímulos del aparato vestibular del hombre provocan un reflejo pupilar caracterizado por breve miosis, seguida de midriasis y de regular oscilación del iris (hippus).

El reflejo vestíbulo-pupilar en la expresión de la acción de excitación laberíntica sobre los centros nerviosos autónomos, y por lo tanto análogo, al reflejo demostrado en los animales, sobre la presión sanguínea, sobre la motilidad intestinal..., etc.

Las vías del reflejo son: VIII par, sus núcleos (núcleo triangular?), fascículo longitudinal posterior, núcleo pupilar del III par, III par, ganglio ciliar, músculo esfínter del iris.

El reflejo es bilateral, siendo suficiente la excitación de un laberinto para producirlo en ambos ojos.

El reflejo presenta un dintel de excitabilidad bastante bajo, mucho más que los de los demás reflejos vestibulares.

Sólo los estímulos rotatorios y térmico provocan el reflejo. El estímulo galvánico no determina ningún reflejo pupilar específico.

La observación del reflejo vestíbulo pupilar es fácil y simple; las causas de error pueden desecharse.

Todas las condiciones morbosas productoras de una disminución o de una abolición de la reflectividad laberíntica lo debilitan; otra clase de lesiones no lo consienten.

El reflejo vestíbulo-pupilar puede tener una utilización diagnóstica.—J. DUERTO.

SARGNON (Lyon). — *Contribución al estudio de la laringostomía.* — («Bollettino delle Malattie dell'Orecchio..., etc.», núm. 1; enero, 1931. Firenze).

Tras de hacer un esquemático estudio etiológico y sintomatológico de las estenosis crónicas de laringe, y de exponer los diferentes métodos para combatirlas, entre los que cita la diatermia de la que dice que puede dar en las estenosis puramente laríngeas buenos resultados definitivos como adyuvante respiratorio, pasa el autor a ocuparse de la laringostomía, exponiendo el método operatorio por él adoptado (método de colgajos múltiples), con el que ha obtenido los resultados que le sugieren las siguientes conclusiones:

1.ª Como en todo nuevo método, también en éste se han producido muertes, debidas a accidentes bronco-pulmonares y a accidentes secundarios de la anestesia general, en los primeros casos operados, si bien esta mortalidad ha sobrevenido en los niños únicamente. En la actualidad la mortalidad es nula, tanto en los adultos como en la infancia. Sin embargo, es todavía posible en los niños, a consecuencia de accidentes pulmonares imprevistos, y en casos de plastia total por edema laríngeo.

2.ª Todos los enfermos operados han podido ser decanulados, a excepción de un negro que ha presentado un activísimo proceso de granulación.

3.ª Los resultados respiratorios son en general buenos; si la respiración es insuficiente, o se teme que pueda serlo, se puede dejar un pequeño orificio de seguridad.

4.ª Los resultados vocales, bastante buenos en la laringostomía total, son perfectos en la crico-traqueotomía.

En las estenosis crónicas cicatrizales o condrales graves de la laringe y de la parte superior de la tráquea, la laringostomía o traqueolaringostomía constituye un método actualmente admitido como definitivo.—J. DUERTO.

A. ALCAINO (Salvador). — *Sinusitis sin síntomas nasales.* — («Revista Española y Amaricana de Laringología..., etc.», núm. 1; enero, 1931. Madrid).

Estas afecciones tienen su punto de partida la inmensa mayoría de las

veces en las lesiones etmoidales. Las etmoiditis latentes de la profundidad reagudizadas y las inflamaciones hiperagudas, suelen pasar a través del etmoides sin dejar rastro, siendo freccuente observar procesos inflamatorios congestivos del etmoides que regresan, persistiendo a veces en estado latente en algunas celdillas de la profundidad, bastando en estos casos condiciones de inferioridad de resistencia o la concomitancia de otra afección para que el proceso exalte su virulencia, pudiendo hacer irrupción en la órbita y produciendo inflamaciones del periostio, del hueso o de los elementos intra-orbitarios. Asimismo las etmoiditis abiertas pueden transformarse en cerradas, cesando total o parcialmente la secreción nasal, lo que se traduce por un mayor peligro de complicación orbitaria.

Los procesos enquistados de tipo latente, colocados en las células profundas y que dan origen al mucocele etmoidal, pueden crecer a expensas de la cavidad orbitaria, rodeándose de una capa de tejido conjuntivo que lo enquista produciendo fenómenos oculares de tipo mecánico (exoftalmus simple). El contenido de estos quistes es aséptico, pero es susceptible de infectarse y producir el cuadro de un pio-mucocele.

Estos procesos tienen el importante carácter de presentarse con una sintomatología orbitaria brusca y alarmante, acompañada de fenómenos generales graves, y sin embargo, las alteraciones funcionales nasales y los signos rinoscópicos son poco apreciables, dominando en ellos el aspecto de tipo congestivo, pero el hecho de no constatar directamente ningún signo positivo no autoriza para eliminar su origen sinusal.

En apoyo de su tesis incluye el autor cuatro historias clínicas a cual más interesante y demostrativa.

COMENTARIO. — Por nuestra parte, no podemos por menos de hacer constar nuestra absoluta conformidad con el punto de vista del Profesor Alcaino. Un caso que recientemente hemos tenido ocasión de observar en colaboración con el distinguido y competente oculista Dr. Gómez Márquez, confirma en absoluto la opinión sostenida por el autor. Se trataba de un enfermo afecto de un abceso orbitario del lado izquierdo que con graves fenómenos locales y generales hubo de ser intervenido de urgencia y en el que, sin embargo la más meticulosa exploración rinoscópica no puso de manifiesto la menor alteración. No obstante, el enfermo padecía una infección etmoidal, que fué la causa de la complicación orbitaria, como pudo comprobarse en el acto operatorio.

Aparte de este caso, digno de mención por su gravedad e importancia, no son raros aquellos otros en los que hemos podido comprobar la existencia de un proceso infeccioso etmoidal descubierto únicamente por el síntoma dolor y la radiografía en los que habiendo adoptado el tipo latente, no se manifestaban al examen rinoscópico por el menor signo.

Como decimos, nuestra conformidad es absoluta con el Dr. Alcaino, y estamos que la inexistencia de síntomas nasales no excluye la posibilidad de una infección sinusal, especialmente de las células etmoidales.—J. DUERTO.

J. DUERTO (Barcelona). — *Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la oto-esclerossis.* — («Revista Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología», núm. 6; junio, 1930. Madrid).

El autor, después de hacer una completa historia de los distintos tratamientos con sus modificaciones y nombres de sus autores, pasa a recordar que, contra la equivocada creencia, muchos años sostenida, según la cual la cadena de huesecillos era la encargada de transmitir los sonidos desde la membrana del tímpano a la ventana oval, se alza la moderna teoría sostenida por Bonain, que atribuye este papel transmisor al aire contenido en la caja, el cual sería el verdadero vehículo de las vibraciones desde el tímpano a la ventana redonda, a través de la cual pasarían al oído interno, no teniendo la cadena oricular más misión que la de acomodar el tímpano y sostener la tensión precisa y necesaria de la ventana oval; es decir, que la misión de ésta es conservar la tensión intra-laberíntica. Partiendo Sourdille de estos fundamentos y tomando como base su método conservador para el tratamiento de las supuraciones crónicas del ático, inició una serie de tanteos en el cadáver, que le llevaron a idear el que denomina con el nombre de «Tímpano-aticotomía transmastoídea», en cuya operación consigue la desinserción de la membrana timpánica y su inmediata reposición «in situ»—merced a una plastia especial—después de haber efectuado la trepanación de la mastoides y la abertura del antro aditus y ático, y con cuya plastia logra el cierre de la caja y su exclusión de la parte en que ha de ser posteriormente trepanado el conducto semicircular externo.

Este primer tiempo operatorio, persigue la triple finalidad de: 1.ª, conservar la capacidad funcional del oído medio; 2.ª, aislar de una manera completa y permanente la caja del tímpano del orificio de trepanación laberíntica, y 3.ª, prevenir y evitar más fácilmente, en caso de infección de aquélla, su propagación al laberinto, pudiendo por tanto, practicarse la trepanación del conducto semicircular externo en las máximas condiciones apetecibles de asepsia; es, pues, este primer tiempo una operación preliminar y preparatoria de la finalidad perseguida, que se lleva a cabo en una segunda operación que el autor denomina «Trepanación extratimpánica del laberinto posterior», y en la cual se lleva a cabo la apertura de la ventana que ha de suplir fisiológicamente a la ventana oval.

El autor, después de describir admirablemente los dos tiempos de la técnica operatoria, llega a la conclusión de que la técnica no es sencilla ni mucho menos; sus filigranas requieren unas dotes excepcionales de cirujano expertísimo; y no está exenta de peligros, aunque con las relativas garantías que una rigurosa

asepsia puede ofrecer, pueda penetrarse en el laberinto sin el temor al fantasma de la infección.

Presenta luego algunas historias muy interesantes de algunos enfermos operados, los cuales han obtenido marcadísima mejoría en cuanto a la audición y los zumbidos, dándose el caso interesante en una enferma operada del oído izquierdo, de mejorar también del derecho.

Pasa el autor a ocuparse del procedimiento usado por el doctor Hautaut, que difiere del de Sourdille simplificándolo, en que la operación no consta más que de un tiempo, en el cual se lleva a cabo la apertura del conducto semicircular externo, sin tocar la caja para nada; la vía de acceso es el antro al que se llega por simple mastoidectomía, respetando la pared posterior del conducto y el mur de la logette, pero resecando parte de la pared externa del aditus para poner al descubierto el arco del conducto que abre con sus gubias especiales. Con este sencillo método ha operado el doctor Hautaut varios enfermos, obteniendo también buenos resultados.

Vemos, pues, que los resultados son favorables y lo suficientemente alentadores para mirar con optimissmo el porvenir. De todos modos, la cuestión radica ahora en su duración. Si el alivio es permanente; si la ventana artificialmente abierta no se obtura, posteriormente, por un proceso de osificación, y si la mejoría alcanzada en la audición y zumbidos que tanto martirizan al enfermo se mantiene, es indudable que se ha dado un gran paso en el tratamiento de las sorderas. Lo que hay que aguardar es que el tiempo manteniendo o no los resultados inmediatos obtenidos, diga la última palabra. Entre tanto, no cabe sino esperar, pero no cruzados de brazos, sino trabajando para perfeccionar y hacer más asequible a la generalidad de los otólogos una técnica que, por el momento, está reservada a los elegidos.—E. OLIVÁN YEBRA.

H. SECOUSSE y H. RETROUVEY (París). — *Las inyecciones intra-traqueales de lipiodol.* — («Revue de Laryngologie..., etc.»; núm. 24; diciembre, 1930. Bordeaux).

Empiezan los autores su trabajo haciendo un resumen histórico de las inyecciones intratraqueales con diversos productos hasta llegar al estado actual de la cuestión.

Tratan, a continuación, de la técnica para inyectar el lipiodol en el árbol tráqueo-bronquial, mencionando y describiendo las diferentes vías y métodos empleados, a cuyo fin estudian la inyección por las vías naturales, por los procedimientos de Mendel y de Marangos, a los que juzgan prácticamente inutilizables, y la inyección por vía transcutánea, dando la preferencia al procedimiento transglótico, a su juicio el sólo científico y que da la certeza de un resultado eficaz.

Se ocupan luego de la absorción y eliminación del lipiodol, dando gran importancia a la cuestión de las dosis, y estimando que el aceite yodado es reabsorbido en gran parte por el parénquima pulmonar, especialmente en estado sano. En cuanto a la eliminación, dicen que en los primeros días hay una verdadera descarga de yodo en las orinas, siendo también eliminado por el sudor y la saliva.

Conceden gran atención a los accidentes que dividen en pulmonares y tóxicos, observándose entre los primeros, lesiones parenquimatosas que van desde la degeneración del epitelio hasta la producción de núcleos de bronconeumonía; e independientemente de esas lesiones, es corriente observar la aparición de una intensa disnea, con elevación de temperatura hasta 40º, facies vultuosa, respiración rápida, aumento de las vibraciones torácicas y macicez a la percusión del lado inyectado, estertores húmedos a la auscultación. Los accidentes tóxicos son raros y de poca importancia; los más frecuentes son urticaria o eritema morbiliforme.

Terminan su trabajo haciendo un detenido estudio de las imágenes radiográficas, tanto normales como patológicas de la dilatación y estenosis bronquiales y de las cavernas. En los abscesos pulmonares son muy inconstantes.—J. Duerto.

OFTALMOLOGÍA

D. GOURFEIN (Génova). — *Dos nuevos síntomas oculares en la oxicefalia, o en las cráneo-sinostosis prematuras y su patogenia.* — («Archives d'Ophtalmologie», febrero, 1931. París).

La oxicefalia va frecuentemente acompañada de síntomas oculares, siendo los más constantes, la exoftalmia y la atrofia del nervio óptico.

Describe el autor cuatro casos, uno de Mirimanoff y tres suyos, de los cuales saca las conclusiones siguientes: a los síntomas oculares conocidos hasta ahora, que acompañan las cráneo-sinostosis prematuras y, muy particularmente, la oxicefalia, hay que añadir la ptosis y la parálisis de la convergencia; los síntomas oculares no son probablemente consecuencia directa de las deformaciones craneales sino que tienen una causa común. La patogenia de la atrofia del nervio óptico es todavía muy discutida, no guarda relación el grado de deformación craneana con el grado de la atrofia óptica la cual no es siempre bilateral. La teoría mecánica que atribuye a la compresión de las vías ópticas primarias y al estrechamiento del agujero óptico, ha sido confirmado por algunas autopsias.

La exoftalmia, otro síntoma de la oxicefalia tan frecuente y más constante que la atrofia del nervio óptico, se explica por una deformación y un encogimiento de las cavidades orbitarias.

La etiología de las cráneo-sinostosis prematuras, no es del todo conocida; no obstante, según Fournier y otros sifiliógrafos, la sífilis hereditaria desempeña un papel importante en las malformaciones craneanas.

Otro síntoma observado por el autor, es la doble ptosis congénita, que según algunos autores es de origen nuclear.

En cuanto a la convergencia está completamente paralizada en uno de los cuatro enfermos estudiados e insuficiente en los otros tres. Su origen es probablemente central: «centro mesocefálico de la convergencia». — R. Loscos.

SANTORI (Parma). — *Complicaciones oculares en la eritrodermia descamativa.* («Bollettino d'Oculistica», febrero, 1931. Florencia).

La eritrodermia descamativa descrita en 1908 por Moussous y Leiner, puede dar lugar a manifestaciones oculares que aumenten el conjunto sintomático. En el campo pediátrico dicha afección no es muy rara, pero de lugar algunas veces a alteración del trofismo general, de los huesos, de los vasos y de la córnea. Las complicaciones a cargo de esta membrana son las más raramente observadas en la eritrodermia descamativa, explicando esto el por qué, en la literatura oftalmológica y aun en la mayoría de los tratados de oculística que estudian las relaciones entre enfermedades generales y oculares, tal afección casi pasa por alto en mucha de ellas.

Las complicaciones que la eritrodermia descamativa puede producir en el órgano visual pueden comprometer definitivamente la función, con los dolores consiguientes, en los casos no infrecuentes en que sobrevive el enfermito. Esto debe tenerlo muy presente el pediatra, el cual tan pronto como compruebe algo anormal en la córnea del enfermito debe hacerlo visitar y curar por un oculista.

Por la notable rareza con que la córnea resulta interesada en esta enfermedad, presenta una historia clínica de un caso de eritrodermia descamativa con complicaciones gravísimas de la córnea.

Niño de dos meses, con eritrodermia descamativa: a los pocos días empieza a dar manifestacioness de fotofobia, siendo entonces llevado a la consulta de ojos, se le apreció en el ojo izquierdo pequeñas ulceritas en el centro de la córnea y parte inferior; al día siguiente, estas úlceras eran mayores y profundas, apareciendo algunas pequeñas úlceras en la córnea derecha. Con material obtenido por frotis de la úlcera se demostró la presencia de innumerables estreptococos; la úlcera corneal izquierda, a los tres días, después de aumentar poco a poco se perforó, falleciendo el enfermito al cuarto día.

Hace el autor algunas reflexiones sobre el caso, llagando a considerar la

enfermedad general como una diátesis con distrofia de los tegumentos, y la quératomalacia observada en el caso clínico descrito como una distrofia del tejido epitelial superficial de la córnea de origen embriológico común a la de la piel, agravada en el ojo por la complicación de la flora bacteriana del saco conjuntival y el estado general del paciente.—R. Loscos.

SCALINCI (Florencia). — *La antiviruterapia en las infecciones oculares.* — («Bollettino d'Oculistica», marzo, 1931. Florencia).

Recuerda la teoría de Besredka sobre la inmunidad local, resumiendo las investigaciones experimentales y clínico-terapéuticas hechas con algunos antivirus en diferentes infecciones oculares, terminando por afirmar que la antiviruterapia encuentra en las infecciones palpebrales, conjuntivales, corneales y del saco lagrimal una indicación precisa de empleo, que los mejores resultados se obtienen usando el auto-antivirus, y que la forma más práctica de usarlo es en pomada.—R. Loscos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

E. ESSEN MOLLER (Lund). — *Algunos puntos de vista sobre la operación cesárea vaginal en los casos de placenta previa.* — («Acta obstetricia et gynecologica», vol. XI, fasc. 1-2; Helssingfors. 1931).

El autor discute la naturaleza y resultados de las intervenciones quirúrgicas en los casos de placenta previa, comparándolas a las antiguas intervenciones obstétricas fundadas en el taponamiento de la inserción placentaria, ya sea por la cabeza, bien mediante las nalgas, o bien por el balón; en tanto que las primeras intentan detener la hemorragia, practicando la evacuación del útero antes que la dilatación del cuello determine una hemorragia de bastante intensidad. De esta comparación resulta que la intervención quirúrgica da para el feto resultados superiores sin agravar los riesgos maternos.

Pasa después al estudio comparativo de la cesárea abdominal y la cesárea vaginal, comprobando, por lo que se refiere a esta última, que han sido exagerados los riesgos de fragilidad y hemorragia provocados por la incisión del cuello y que las pérdidas sanguíneas así producidas son en general poco abundantes. Por otra parte, indica, que el peligro de la cesárea vaginal reside sobre todo en el hecho de que la incisión inicial no es lo suficientemente extensa; una incisión demasiado tímida puede provocar nuevos desgarros en el momento de la versión o extracción, exponiendo a la enferma a riesgos incalculables; si por el contrario la incisión es lo suficientemente extensa, desde su origen

llega a ser posible extraer, sin peligro de ulteriores desgarros, hasta el mismo feto a término.

Finalmente, da cuenta de sus propias observaciones, comparándolas con las que han sido publicadas en la literatura extranjera, declarando que de ningún modo tiene la intención de hacer propaganda en favor de la cesárea vaginal, pero que estima legítimo continuar experimentando este método, hasta que una estadística suficiente permita precisar su oportunidad y establecer eventualmente sus indicaciones.—R. Horno Liria.

E. BRANDSTRUP (Copenhague). — *Consideraciones sobre el paso de sustancias de la madre al feto, durante el último período del embarazo.* — («Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica», vol. XI, fasc. 1-2; 1931. Helssinfors).

Una detallada serie de experiencias con ácidos aminados (ácido glicocólico, alanina, ácido glutámico, ácido espártico) ha demostrado, que la concentración de ácidos aminados en el conejo es (como ya ha sido comprobado en el hombre) normalmente más fuerte en la sangre del feto, que en la de la madre. Un aumento de la concentración de ácidos aminados en la madre es inmediatamente seguido de su paso al feto hasta que se establece el equilibrio entre las dos circulaciones. Este paso es lento, transcurren lo menos dos o tres horas antes de que se alcance un equilibrio aproximado.

El feto recibe sus proteínas de modo que los ácidos aminados de su plasma sanguíneo son aprovechados por los tejidos y órganos, en los cuales tiene lugar la síntesis de las proteínas, siendo fijadas en cantidad y calidad por las diferentes células fetales. Cuando, fuera de este procedimiento, se presenta una disminución en la concentración de los ácidos aminados de la sangre fetal, estos pasan de la sangre materna por difusión a través de la placenta.—R. Horno Liria.

A. NETTELBLAD (Stockholm). — *Estudio de las complicaciones por trombosis en las parturientas de la Maternidad Stockholm-Süd, durante los años 1912 a 1927.* — («Acta Obstetricia et Gynecologyca Scandinavica», vol. XI, fascículos 1-2; 1931. Stockholm).

En este extenso y detallado trabajo, el autor, basándose en un material de más de 50.000 partos, de los cuales 434 sufrieron de trombosis o embolia pulmonar, trata de establecer las condiciones que predisponen a estas complicaciones.

En lo que concierne al parto en sí, se ha comprobado que las trombosis son mucho más raras después de los abortos que después de los partos normales. La multiparidad y las presentaciones anormales parecen predisponer a la trombosis.

Entre las complicaciones del parto se ha establecido: que las afecciones

renales (y se trata aquí de las diversas formas del llamado riñón gravídico), el desprendimiento prematuro de la placenta, la placenta previa, y la retención placentaria, lo mismo que la infección puerperal y los estados inflamatorios de los anejos, llevan consigo un grave riesgo de trombosis, son pues factores predisponentes.

Aumentan los riesgos de trombosis en las intervenciones operatorias practicadas en el transcurso del parto, tal sucede particularmente en el caso de desprendimiento placentario por maniobras internas; la frecuencia mayor de estos procesos trombóticos, en los casos de prolongación del trabajo, debe ser atribuído a que las intervenciones son aquí más frecuentes. También un aumento del peso fetal parece predisponer a las trombosis superficiales, no teniendo por el contrario influencia notable en las profundas.

La tendencia a las trombosis parece aumentarse con la edad, sobre todo en lo que se refiere a las trombosis superficiales, las cuales llegan a ser más frecuentes en proporción directa al número de partos anteriores, mientras que las trombosis profundas son más frecuentes en las primíparas.

El autor establece las variaciones observadas de un año a otro en la frecuencia de las trombosis; se puede notar allí que esta influencia ha aumentado en el transcurso de los últimos años, y tiende a demostrar que esta variación de frecuencia se debe, en gran parte, a las variaciones correspondientes observadas en los factores precitados y trata de explicarlo; a su juicio, el papel más importante debe ser atribuído a las infecciones, a las nefropatías y a la edad de las parturientas, factores que no son de ningún modo independientes unos de otros, sino que por el contrario, se influencian recíprocamente.

Estudia igualmente la embolia pulmonar desde el mismo punto de vista que las trombosis. Comprobando que las embolias pulmonares se manifiestan posteriormente a las complicaciones del parto y a las intervenciones, en condiciones sensiblemente paralelas a la frecuencia de las trombosis profundas. Parece ser que las trombosis llevan consigo riesgos mayores de embolia en los sujetos de edad que en los jóvenes.

Finalmente da cuenta de los casos mortales observados en las enfermas afectas de trombosis; siete de ellos son debidos a embolia pulmonar; los ocho restantes son atribuídos a la infección. Relata también algunos casos que por una u otra razón han presentado especial interés.—R. Horno Liria.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

GAY PRIETO y A. VILLAFUERTES (Madrid). — *Contribución al estudio del tratamiento abortivo de la sífilis.* — («Actas Dermo-Sifiliográficas», núm. 5; febrero, 1931. Madrid).

Aunque no existe uniformidad de criterio, debe entenderse por tratamiento abortivo de la sífilis el que, aplicado en período primario, consigue con una sola cura la curación total y definitiva de la infección.

Varían mucho las condiciones para excluir o intentar el tratamiento abortivo según los autores; unos conceden gran importancia a la fecha del coito infectante, sin pensar que es difícil de precisar exactamente en la mayoría de los casos; otros la conceden al número de días de su existencia, también difícil de precisar cuando se encuentran enfermos poco cuidadosos; la presencia de adenopatías satélites—para muchos—excluye el tratamiento abortivo.

El dato de más valor para intentar o excluir el tratamiento abortivo son las reacciones serológicas que aparecen a la sexta semana de realizada lá infección; la positividad de estas reacciones excluye el tratamiento; deben de ser negativas y mantenerse de igual forma durante la duracción del tratamiento.

La técnica seguida por los diversos autores para conseguir un tratamiento abortivo es variable; lo fundamental para que sea eficaz es: utilizar lo más rápidamente posible dosis elevadas de neosalvarsán, repetirlas con intervalos lo más cortos posible, y alcanzar una dosis total suficiente.

Inyectan, una vez comprobado el diagnóstico por examen ultramicroscópico, 0,15 grs. de neosalvarsán, y hacen una extracción de sangre para comprobar la negatividad de la serología; soportada bien la inyección, ponen al día siguiente otra de 0,60 grs. y repiten esta dosis dos veces por semana, hasta alcanzar un total de 6 grs. Observan a los enfermos durante quince meses con exámenes clínicos y serológicos trimestrales; pasado el cual, previa reactivación hacen un nuevo examen serológico y un examen de líquido céfalo-raquídeo, y si son negativos dan por curado al enfermo.—L. Tapia.

VIAS DIGESTIVAS

M. XIMENEZ DEL REY (Madrid). — *Síndromes por expulsión de grueso calculos biliares.* — (Comunicación presentada al Primer Congreso Nacional de Patología digestiva). — («Crónica Médica», núm. 769; 1931. Valencia).

Después de exponer el autor de este trabajo varias interesantes historias clínicas, saca en consecuencia las observaciones siguientes:

Que es un factor no despreciable en la etiología de la oclusión intestinal, la calculosis biliar.

Que hay que buscar con mucha atención los antecedentes de crisis dolorosas, pues no es precisamente en estos casos donde la sintomatología es más ostensible.

Que es raro que estos enfermos tengan ictericia.

Que en las oclusiones por cálculo es un dato de gran valor para el diagnóstico la variabilidad del cuadro clínico con síntomas de oclusión cada vez más bajos.

Que los sitios donde el cálculo se detiene perfectamente es a nivel del ángulo duodeno yeyunal y de la anastomosis ileocecal.

Que no debe operarse ningún enfermo de oclusión intestinal sin examinar previamente el recto.

Que la hematemesis y melenas en el curso de una colecistitis con pericolecistitis debe hacernos pensar en la posible expulsión de un cálculo.—RAMÓN CELMA.

F. GALLART MONÉS (Barcelona). — *Fundamentos y resultados del tratamiento médico de la úlcera gastro-duodenal.* — («Crónica Médica», núm. 769; 15 de abril, 1931. Valencia).

La definición que la mayoría de los autores dan del ulcus, «una úlcera con tendencia a la cronicidad», no puede aceptarse ya hoy día. La curación posible del ulcus es un hecho indiscutible, como lo demuestran las múltiples cicatrices encontradas en las autopsias.

La úlcera gastroduodenal se caracteriza clínicamente por dolores más o menos tardíos, que calman con la ingestión de alimentos y alcalinos, de evolución por temporadas, especialmente en primavera y otoño, siendo este último síntoma el más fundamental.

Analicemos cada uno de estos puntos:

Dolor tardío, que calma con la ingestión de alimentos y alcalinos. Se ha atribuído este síntoma a un espasmo pilórico, a hipersecreción o hiperclorhidria, teorías que han sido desechadas.

Parece lo más probable que el ulceroso sufre al final de su digestión, por el trastorno local de irritación nerviosa producida por los fermentos anormales en cantidad y calidad y por las reacciones humorales reflejas que de ella dependen.

Hemos dicho que los dolores del ulcus se calman con la ingestión de alcalinos, y a esto hay que añadir que aun cuando calman el dolor, no modifican la acidez gástrica.

Es un hecho clínico que tiene un valor muy grande en el diagnóstico del ulcus, su evolución por temporadas.

La infección parece jugar un papel capital en la evolución de la mayoría de las úlceras crónicas gastro-duodenales, como lo demuestra el hecho de ver aparecer una fase de sufrimientos en un ulceroso coincidiendo con una amigdalitis o con un flemón dentario.

A diario se ve que el 60 por 100 de ulcerosos, en sus períodos de sufrimiento,

presentan reacciones biológicas caracterizadas por leucocitosis, fiebre, Weber positivo e intradermo, positivos al estrepto o enterococo, hechos hoy bien estudiados por la escuela de Vaugirard.

La manera de actuar sobre el ulcus debe basarse en las mismas normas que otro proceso infectivo cualquiera.

Es fundamental el reposo en cama; los enfermos en reposo curan mejor que los que deambulan; hay que extirpar el foco séptico que existe en el organismo y que puede ser el causante de las fases agudas.

Otro punto capital es la ingestión de alimentos esterilizados.

Todo lo prescrito tiene una acción solamente sobre la pared de la úlcera; pero teniendo en cuenta que ésta *no es una erosión superficial, sino que lleva consigo siempre la destrucción necrótica de la «muscularis mucosae»*, que también está infiltrada de bacterias, los autores han buscado medios para luchar contra esta infección profunda. Están al frente de ellos la vacunación y la proteinoterapia.

La indicación más formal de la *vacunoterapia* específica es el haber encontrado en un tanto por ciento muy elevado de enfermos reacciones positivas intradérmicas con cultivos de entero y estreptococos.

Que los dos medios citados tienen una acción beneficiosa, a veces muy rápida, sobre la fase infectiva del ulcus no hay ninguna duda. Negarlo sería ir en contra de lo que la experiencia nos demuestra diariamente.

Lo difícil es explicarse cómo actúan. Hay quien cree que la vacunoterapia específica no existe y que tanto ella como la paraespecífica obran a manera de proteínas.

Respecto a la *proteinoterapia,* existe el mismo desacuerdo: para unos obraría sobre el ulcus infectado por una acción neurotropa sobre el neumogástrico alterado; para otros, como Jean Ch. Roux, produciendo un choc hemoclásico. Hay quien acepta que ejerce una acción local defensiva, traducida por vasodilatación y aflujo leucocitario. Finalmente, hay quien cree que las proteínas obran por su acción alcalinizante sobre el organismo.

Que las proteínas modifican el equilibrio ácido-básico del organismo, es evidente. Lo que no es seguro es si su acción beneficiosa es debida a esta manera de obrar. Sea lo que fuere, dichos medios terapéuticos tienen un valor en el tratamiento del ulcus gastroduodenal en sus fases dolorosas.

El autor emplea la proteinoterapia en aquellos enfermos que, siguiendo un régimen apropiado y una medicación alcalina, no logran acabar definitivamente con sus molestias utilizando, entre otras, la acción alcalinizante que aquélla posee.

Uno de los problemas que más preocupan a los investigadores, es las relaciones que existen entre el estado constitucional y la enfermedad ulcerosa con vistas a resolver el problema de su patogenia.

Según las estadísticas, llama poderosamente la atención la cifra elevada de hombres que padecen ulcus gastro-duodenal, así como el predominio del ulcus de la pequeña curvatura en la mujer.

Este y otros datos hacen pensar que deben existir circunstancias especiales que predisponen a un tipo especial de ulcus gástrico o duodenal, tal vez endocrino, que sea una debilidad del órgano gástrico, en el cual diferentes causas etiopatológicas encuentran un campo propicio para su acción.

Indudablemente, en la úlcera duodenal se encuentran, además, caracteres anatómicos y biológicos que la diferencia de la úlcera gástrica:

1.º La úlcera duodenal es siempre más pequeña que la gástrica, muchas veces difícilmente reconocible, especialmente cuando es superficial y no ha provocado adherencias (Moynihan).

2.º Jamás la úlcera callosa duodenal llega a las dimensiones y a la consistencia de la úlcera callosa del estómago.

3.º La perforación es más frecuente en la úlcera duodenal que en la gástrica. En nuestra estadística, de doce perforaciones, diez fueron duodenales.

4.º La tendencia hemorrágica es mucho más frecuente en la úlcera duodenal (setenta y tres duodenales por doce gástricas).

5.º La transformación neoplásica del ulcus duodenal no la hemos observado en ningún caso. En la gástrica, si bien en nuestra estadística es de 1,33 por 100, hay autores que tienen números más elevados.

Todo lo antedicho podría significar:

a) Que el ulcus puede ser hijo de un trastorno humoral de origen complejo neuroendocrino.

b) Que el proceso infectivo juega un papel importante en su evolución.

Otro punto muy digno de estudio es el papel que representa la gastroduodenitis en la patogenia del ulcus, pero según los autores, aquélla parece ser la consecuencia de una alimentación mal reglada, de una digestión salival insuficiente o de trastornos humorales debidos a la inacción o a la mala digestión; pero estas lesiones son eminentemente curables y no producen ningún trastorno grave.

Otra cuestión importante es la de la gastritis secundaria, pero en buena clínica hay que aceptar que ésta desaparece con el ulcus y que ella no es más que una especie de fantasma a quien se atribuyen la mayoría de los males.

De todo lo dicho en el transcurso de este trabajo y de los datos estadísticos, se desprende que:

El ulcus es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer.

La edad promedia de sufrirlo es de los veintiuno a los cincuenta y cinco años.

El ulcus más frecuente es el de la cabeza duodenal.

El ulcus de la pequeña curvatura es casi seis veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

La gran mayoría de estenosis se presenta en el ulcus pilórico y en muchos duodenales. Ello contribuye a que el porcentaje de curaciones definitivas con tratamiento médico no sea mayor.

La transformación neoplásica es muy rara.

La hemorragia no debe considerarse como un síntoma del ulcus y sí como una complicación poco frecuente.

Los trastornos del equilibrio ácido-básico se presentan en un tanto por ciento muy elevado de nuestros ulcerosos.

Es posible que existan trastornos de constitución o endocrinos que predisponen al ulcus e influyen sobre su localización.

La curación del ulcus está en relación directa del tiempo en que se empieza el tratamiento médico.

El ulcus de la pequeña curvatura no es siempre tributario de la Cirugía, antes al contrario, nunca debe intentarse ésta sin haber recurrido antes a un tratamiento médico, pues son ya muchos los casos curados con éste.

Cuando el ulcus es tributario de un tratamiento médico, rápidamente aparece la mejoría clínica y radiológica. Si ésta no viene es preciso no esperar y aconsejar una terapéutica quirúrgica, pues si bien las estadísticas demuestran que ésta es grave, lo es mucho más dejar una úlcera que no obedece al tratamiento médico.

En resumen; hoy por hoy la terapéutica del ulcus gastroduodenal debe consistir fundamentalmente en régimen alimenticio y medicación alcalina, luchando con el elemento infectivo cuando exista.

No puede hablarse de curaciones definitivas, pues sabido es que la úlcera evoluciona por temporadas y a veces el período de calma dura años.

Está contraindicado el tratamiento médico de una manera absoluta en la estenosis pilórica y en las hemorragias de repetición; también lo está cuando después de cuatro o cinco meses de tratamiento no aparece francamente la mejoría. — RAMÓN CELMA.

OLINE CHRISTENSEN (Stockholm). — *Patofisiología del «Hunger Pains».* — («Acta Médica Scandinávica»; suplemento XXXVII; febrero, 1931. Stockholm).

El doctor Christensen, investigador infatigable, cómo nos lo demuestra el documentadísimo trabajo que comentamos, es un médico asistente del departamento de Medicina del Rigshospital de Copenhaguen, cuyo jefe es el doctor Kund Faher, universalmente conocido.

El objeto del extensísimo trabajo (124 páginas de texto, 170 de descripción de los casos reseñados, aparte de unas gráficas), es como su nombre

indica, intentar dar una explicación clara y científica a uno de los problemas que más ha preocupado a los gastropatólogos de estos últimos tiempos: la fisiopatología del hambre dolorosa.

Para lograr su intento, el autor utiliza para investigar la relación que pueda tener el dolor tardío con las contracciones peristálticas gástricas de las gráficas que dichas contracciones producen por el conocido método del balón de caucho intragástrico, al mismo tiempo que con sondajes repetidos trata de explicarse la relación que dicho dolor tiene con la cifra de acidez.

Para Christensen, actualmente existen dos teorías que tratan de explicar la patogenia del dolor tardío. La primera es la que explica dicho dolor como resultado de un aumento de acidez gástrica: Palmer, Straus, Mintz, etc. La segunda supondría que es consecuencia de una motilidad anormal (aumento de peristaltismo, espasmos, etc.) Ginsburg, Carlson, Gutzeit, Smithies, Higgins, etc.

El autor no llega con sus trabajos a dar una explicación clara de la patogenia del dolor tardío, y resume sus investigaciones en las siguientes conclusiones:

1.ª Es característico del hambre dolorosa típica, que siempre está asociada a contracciones vigorosas del estómago vacío o casi vacío. (Contracciones de hambre).

2.ª Las contracciones pueden ir (y frecuentemente van) acompañadas de dolor, sin que sean más vigorosas que normalmente.

3.ª Cuando el dolor es aliviado por la toma de alimento, las contracciones violentas se reemplazan por un reposo relativo.

4.ª Cuando las contracciones son dolorosas ciertos días u horas, e indoloras otros días u horas, no es debido al cambio de intensidad de las contracciones.

5.ª La diferente capacidad del estómago con contracciones violentas para producir cardiología no está en relación con el contenido ácido del estómago.

6.ª Es razonable creer que los dolores variables por estaciones, por días o por horas, están en relación con las condiciones de los tejidos modificados por las gastritis pilóricas.

7.ª El excelente efecto producido por la dieta láctea en las úlceras yustapilóricas se puede explicar por la particularidad de producir un relativo quietismo gástrico. — A. Pinós.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

SOBRE VARIOS CASOS DE PARÁLISIS OBSTÉTRICA

POR EL
DR. VICENTE OLIETE BALADER
MADRID

La parálisis obstétrica del miembro superior, no parece haber sido individualizada como entidad nosológica antes que Smellie en 1746 describiera las tres primeras observaciones auténticas de esta afección, que fueron pronto olvidadas, hasta que Landouzy, en 1839, presentó su tesis doctoral sobre esta afección. En el Manual de Obstetricia, de Jacquemier, se hace mención de esta parálisis, y Danyau presentó en 1851 a la Sociedad de Cirugía de París la historia de un caso, seguida del estudio de autopsia del mismo.

Huchard presentó en 1856 su Tesis en la Universidad de Estrasburgo sobre este tema, y Guéniot volvió a presentar en la Sociedad de Cirugía, en 1867, un nuevo caso, en cuya discusión tomaron parte Depault, Blot y Danyau. Duchenne, de Bolonia, dió a conocer cinco casos de parálisis en 1872, en un estudio de tal importancia, que dió lugar a la publicación de varios trabajos en los que se consideraba como causa de esta parálisis, una lesión del plexo braquial, pero sin fijar una exacta localización.

En 1874, Erb, de Heidelberg, demostró que excitando eléctricamente un punto por encima de la clavícula y por fuera del esterno-cleido-mastoídeo, se producía la contracción simultánea del músculo deltoides, bíceps y supinador largo; punto a nivel de la cuarta apófisis transversa cervical, por donde discurren a través de los escalenos los nervios de las raíces quinta y sexta que forman el plexo, estando colocados en un plano muy accesible a las lesiones traumáticas y como consecuencia a sufrir la parálisis.

Esta teoría, denominada de Duchenne-Erb, fué aceptada por Nadaud, Guibout, Polaillon, Ducorneau y Seeligmüller.

Roulland, en su Tesis del año 1887, comprobó la teoría en otras interesantes observaciones, estudiando entonces los fisiólogos la anatomía, la función y los efectos de la sección de las raíces raquidianas del plexo braquial, debiendo citar los interesantes trabajos de Ferrier y Yeo, Bert y Mercacci, Feré, Budin, Dauchez, d'Astros, Carter, Petters, Joly, Arias Luján, Walton, Helfond y Guillemet.

Los estudios de Küstner dieron nueva orientación al problema, emitiendo una hipótesis patogénica tan distinta que, apartando la lesión del campo neurológico creía clasificarla mejor al incluirla dentro de la traumatología. Decía este autor que la lesión obedecía a un traumatismo obstétrico en la inmensa mayoría de los casos, producido al desprender el hombro y explicando la parálisis, cuando ella existía, por la compresión axilar del ápice de la diáfisis o del fragmento desprendido.

Aun cuando esta teoría no contó con inmediatos partidarios, sirvió para acrecentar el número de observadores; y Duval y Guillain, que en 1893 eran acérrimos partidarios de la teoría nerviosa, admitieron dos tipos de parálisis; unas, radiculares, que ofrecían la lesión en las raíces anteriores espinales, y otras, terminales, con lesiones de los troncos nerviosos, situadas por debajo del plexo.

Whitmann observó en muchos de los casos de parálisis obstétricas una luxación posterior del húmero, y sostenía que muy raramente podía ocurrir esto como consecuencia de las maniobras del parto, deduciendo por tanto que aquéllas eran dependientes de la parálisis.

Para Alfred S. Taylor, y como consecuencia de los estudios experimentales que había realizado, considera estas lesiones de origen nervioso, si bien en la Asamblea de la Academia de Cirugía de Filadelfia, Thomas sostenía que la parálisis del nacimiento no es una lesión primitiva de los nervios, sino más bien una herida de la cápsula articular del hombro asociada a una subluxación de la articulación y frecuentemente a una infiltración secundaria del plexo nervioso por el derrame sanguíneo y sinovial. Taylor contestó asegurando que en todos los casos por él tratados siempre había encontrado lesiones más o menos graves de los nervios a nivel de las raíces o del plexo, sin que nunca hubiera visto en niños menores de tres semanas una subluxación posterior, dejando sentado que la parálisis obstétrica es más bien consecutiva a una lesión de las raíces nerviosas que a una lesión periférica.

Juzgando los estudios publicados por Küstner, Fink, observó que en las luxaciones intracapsulares, tanto congénitas como en las producidas por las maniobras del parto, se presentaba la rotación interna y la parálisis, y en el Congreso Alemán de Ortopedia, del año 1909, presentó cinco casos de parálisis obstétrica en los que coexistía una subluxación del hombro. Para este autor, por tanto, las llamadas parálisis obstétricas no son sino alargamientos de la cápsula articular con estiramientos de los ligamentos y por consecuencia luxación intracapsular de la cabeza del húmero.

También Vulpius establece una distinción entre la parálisis obstétrica atribuible a lesión del plexo o a sus raíces y una pseudoparálisis de la que afirma tiene su origen en un desprendimiento con dislocación de la epífisis humeral, y examinando enfermos de parálisis obstétrica que a la vez presentaban luxación de hombro, jamás encontró lesión del plexo y aun cuando existía una evidente parálisis, era de las de tipo terminal, en la mayor parte consecutivas a luxación, atribuyendo las demás, que son las que se presentan en menor número a lesiones de las raíces. Estas observaciones confirmaban las conclusiones deducidas de los estudios de Duval y Guillain.

Peldsohn repite los trabajos de Küstner en 1910, emprendiendo una serie de investigaciones radiográficas que le permiten afirmar que las lesiones osteoarticulares se encuentran precozmente, apreciándose claramente los desprendimientos de epífisis. Amplía la teoría de Küstner diciendo que en el caso de una viciosa consolidación de la epífisis con diáfisis, ofrece la aparición de una luxación generalmente posterior.

Saxl, asegura que no es menester la existencia del desprendimiento de la epífisis para que ocurra la subluxación; bastando para que se porduzca el que al desprender el brazo sufra una distorsión capaz de ocasionar un derrame articular; al inmovilizar el brazo por el dolor, aparecerá primero una paresia, más tarde una verdadera parálisis y luego la atrofia y hasta la degeneración muscular y la deformidad de los huesos que consituyen la articulación, sin precisar para nada la existencia primitiva de una lesión nerviosa.

Lange, que en un principio se mostró partidario de la teoría de Erb, modificó su criterio en 1912, pues aun cuando creía lógico que un estiramiento del plexo braquial producido por maniobras violentas durante el parto podía determinar una neuritis con los dolores consiguientes y aun la misma parálisis, no alcanzaba a comprender cómo en un recién nacido podía llegar a ocasionar la rotación interna de todo el brazo, y como consecuencia de una serie de estudios encaminados a esclarecer este hecho, sentaba las siguientes conclusiones: la rotación interna del brazo es debida unas veces a la retracción capsular consecutiva a desprendimientos epifisarios y otras a la distorsión con derrame articular que, obligando al reción nacido a evitar todo movimiento, produciría una parálisis independiente de las lesiones nerviosas.

En apoyo de esta teoría, Gaugele, en el año 1914, vino a comprobar que la causa de la rotación interna y abducción, radicaba en la anterior retracción de la cápsula y de las partes blandas periarticulares y en aquellos casos en

que existieron desprendimientos epifisarios o lesiones óseas de otra naturaleza concomitantes.

También Thomas defiende la creencia de que la lesión primitiva radica en la articulación del hombro, sobreviniendo consecutivamente la lesión nerviosa.

Valentín se muestra partidario de la teoría nerviosa, asegurando que sólo excepcionalmente puede comprobarse el desprendimiento epifisario, ya que para que ello se produzca es necesario una forzada extracción del feto, hecho que no es explicable para los casos de parto normal en los que sólo podría ocurrir como una consecuencia trófico-nerviosa.

Fröelich no encuentra explicada suficientemente la patogenia de la parálisis obstétrica ni por la distorsión de Lange ni por la luxación de la cabeza humeral de Finck, asegurando que en la mayor parte de los casos depende exclusivamente de una lesión nerviosa producida ya sea por estiramiento o por congestión pasiva en un punto de la trayectoria del plexo.

Maragliano asegura haber encontrado siempre signos más o menos graves de lesión del plexo, no habiendo apreciado nunca la tumefacción articular que debiera acompañar siempre a una distorsión. También Weil, por haber observado otras deformidades asociadas a la parálisis obstétrica (escoliosis, pies zambos, tortícolis, luxación congénita), admite desde luego la lesión nerviosa como causa, pero atribuyéndola a compresión intrauterina. No obstante, Schubert, no considerando suficientemente comprobado el factor compresión, cree que las varias afecciones son debidas a una primitiva malformación del germen y que la parálisis obstétrica depende de una lesión nerviosa, pero por defecto en el desarrollo del sistema nervioso central.

Pitzen considera como consecuencias tardías del desprendimiento epifisario, la dislocación, la atrofia de la epífisis y las alteraciones en el desarrollo longitudinal del brazo. La desviación de la consolidación de la epífisis desprendida puede ser demostrada por la minuciosa palpación y muy especialmente por los rayos X, si bien Mau, de Kiel, ha observado que la desviación del núcleo epifisario en sentido lateral no es otra cosa que una ilusión producida por la rotación que se le imprime al brazo. La atrofia de la epífisis no puede ser considerada como característica del desprendimiento, puesto que no ha comprobado ni experimentalmente ni en los casos que tienen por causa un traumatismo, la producción de tal atrofia, y Valentín, por el contrario, la menciona en los trastornos tróficos debidos a la parálisis.

Finalmente, el crecimiento desigual de la extremidad en los casos de desprendimiento epifisario, sufre marcadas modificaciones, según dependa del mismo desprendimiento o de una parálisis; en el primer caso la falta de crecimiento depende exclusivamente de la extremidad superior del húmero, mientras que en los casos de parálisis ataca a todo el brazo.

Según las teorías emitidas por los autores, pueden ser atribuídas las parálisis obstétricas a tres causas distintas:

Primera: A una lesión nerviosa producida en el plexo mismo, en las raíces o en las terminaciones nerviosas.

Segunda: A una lesión ósea (desprendimientos epifisarios).

Tercera: A una lesión articular (estiramiento capsular por distorsión, luxación o subluxación).

¿Cómo se ha podido llegar a tan distintas conclusiones patogénicas de una misma lesión? A nuestro juicio, esta divergencia se debe principalmente al hecho de haber examinado a los enfermos en distintas edades, puesto que es muy diferente la observación de un mismo enfermo cuando lo vemos a poco de nacer que al examinarlo por primera vez, cuando ya tiene algunos meses o algunos años.

Hemos dicho que la característica constante de la parálisis obstétrica es la rotación interna del miembro y la impotencia funcional, pero existen bastantes casos en los que se asocian lesiones nerviosas, óseas y articulares, y aun cuando las distintas teorías recogidas pueden explicar la deformidad, ninguna de ellas aclara suficientemente cuál fué la lesión o lesiones primitivas, qué intensidad ofrecía cada una al nacer y si en un comienzo no fueron todas primitivas, cuál pudo ser la secundaria y cómo pudo sobrevenir.

* * *

En concepto de observadores hemos recogido algunos de los numerosos casos que llevamos tratados de esta afección, esperando poder hacer de ellos deducciones que aclaren algunos de los puntos oscuros en que todavía se desenvuelve el estudio de la parálisis obstétrica.

OBSERVACIONES PERSONALES

CASO I. — Juana Civera Sebastiá, de veintidós días. Nacida en el segundo parto de su madre. Su hermana anterior murió de sarampión a los ocho meses y padeció parálisis del brazo derecho. Esta segunda hija padece igualmente parálisis, pero del brazo izquierdo. La matrona que ha asistido estos dos partos y que las acompaña a nuestra consulta, nos informa de que el primer parto de esta madre, en presentación occípito-anterior, fué bastante laborioso por estrechez pélvica, que aun cuando permitió la salida de la cabeza, dificultó mucho la expulsión del tronco, que hubo de ser extraído con ayuda manual, despegando los brazos del feto; el izquierdo había necesitado un movimiento de rotación para desprenderlo, y el derecho con la simple tracción hecha sobre el hombro.

A la inspección observamos el tipo clásico en esta clase de parálisis. El brazo pendulo a lo largo del tronco, en rotación interna; dorso de la mano dirigido hacia el tronco; hombro elevado y edematoso. Los movimientos activos del hombro eran imposibles, siendo normales los de la mano y dedos. Pasivamente podían hacerse todos los movimientos aunque dolorosos, especialmente la abducción en rotación externa. Se nota la cabeza humeral por detrás de la apófisis coracoides.

Al examen eléctrico nos da la contractilidad normal.

La radiografía no muestra ningún estado anormal en la nutrición de los huesos que componen la articulación del hombro; únicamente se percibe un ligero aumento de la distancia acromio-humeral y la desviación del omoplato, que está elevado, y con el ángulo inferior muy apartado de la columna vertebral.

CASO II. — Teresa Oliver, de diez y nueve meses. La madre nos da cuenta de que tuvo el

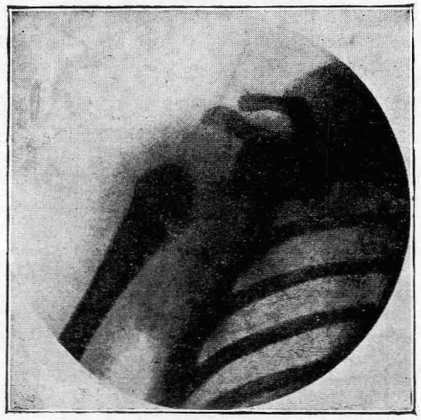
embarazo normal, así como el parto, que fué a término y en presentación de vértice, pero al que ayudó la matrona que lo asistió, haciendo tracciones sobre la axila.

Los padres refieren que han mejorado los movimientos del hombro y brazo desde que nació, con sólo hacerle masaje.

A la inspección se aprecia notable desigualdad en la longitud de los brazos, siendo el derecho casi un centímetro más largo, y estando en rotación interna y adosado al tronco. No se nota atrofia muscular de la cintura escapular, pero se advierte un ligero aplanamiento del deltoides, especialmente los fascículos posterior y medio que contrastan con el relieve del fascículo anterior. Hay impotencia a los movimientos activos del hombro, estando muy limitados los de la flexión del codo, y apareciendo íntegros los de la mano y dedos.

Pueden practicarse movimientos pasivos, pero provocando dolor. Al elevar el brazo en abducción de 90º, con la misma rotación se produce un suave salto, desapareciendo el aplanamiento de la región deltoídea que adquiere entonces un aspecto normal.

Si elevamos el brazo en rotación externa, al llegar a los 60º se pone muy de relieve la gran contractura del pectoral mayor.



CASO I.

Al examen eléctrico se percibe una disminución de la excitabilidad del deltoides, bíceps y rotatorios externos.

Por radiografía se ve el núcleo epifisario que está aplanado y distante de la cavidad glenoídea; en conjunto, la cabeza humeral está notablemente distanciada del acrómion.

CASO III. — Juan Lurbe, de diez y ocho meses, nacido en parto distócico por estrechez pélvica y presentación de cara. Extracción con fórceps, completada con el desprendimiento de los hombros con el dedo en la axila. Nació asfíctico, haciéndose necesaria la respiración artificial durante largo tiempo.

Presenta parálisis de los dos brazos. La actitud del brazo derecho era de exagerada rotación interna e inmovilidad, despertando el llanto al más ligero movimiento y estando el hombro mucho más elevado. El brazo izquierdo presenta una rotación menor, adosado al tronco y el hombro de apariencia normal.

Sometido a tratamiento se logra restablecer la función del brazo izquierdo en toda su amplitud. Con el brazo derecho puede también realizar todos los movimientos, pero con lentitud.

Al examen eléctrico no acusa anormalidad alguna, y todos los músculos de la cintura torácica en ambos brazos, antebrazos y manos se contraen perfectamente.

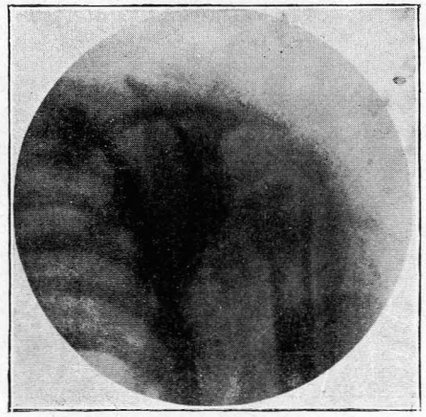
La radiografía demuestra la correcta posición de los huesos que constituyen el hombro izquierdo y que integran la articulación; la epífisis del húmero es normal. Por el contrario el hombro derecho

está más elevado, más aumentada la distancia acromio-humeral, apareciendo muy atrofiada la epífisis central, y aplanada y mirando hacia arriba la cavidad glenoídea.

CASO IV. — Pepita Paredes, de cinco años y medio. Nació a término en presentación de vértice, siendo el parto laborioso por haberse *encajado* los hombros que fueron desprendidos por tracciones practicadas en la axila, con los dedos en forma de gancho.

Sus familiares nos informan de que al nacer tenía el brazo colgando a lo largo del tronco, haciéndose casi imposible todo intento de movimiento por los dolores que se le producían. El tratamiento eléctrico y el masaje han mejorado bastante los movimientos del brazo.

En el momento de venir a nuestra consulta tiene el hombro izquierdo un poco elevado y aplanado por la marcada atrofia de los músculos de la cintura escapular, especialmente el deltoides. Este brazo es un centímetro más corto que el derecho, está en rotación interna y no acusa dolores a los movimientos, que están muy limitados en rotación interna, siendo imposible en rotación externa. Eleva el brazo en el plano anterior hasta 130º y en el lateral hasta los 25.º Esto en cuanto se refiere a movimientos activos. En cuanto a los pasivos, en rotación interna son normales, pero en rotación externa están bastante limitados, puesto que no se consigue elevarlo en el plano anterior a más de 160º, en el lateral a más de 80º y en el posterior a 30º.



CASO II.

La exploración eléctrica demuestra la existencia de una disminución de la excitabilidad del deltoides y ninguna en los rotatorios externos, presentando, no obstante, una hiperexcitabilidad del pectoral mayor que está contracturado. Los demás músculos del brazo, del antebrazo y de la mano parecen más normales.

Al examen radiográfico se puede observar una notable separación de la cabeza del húmero, de la apófisis acromial. La epífisis está atrófica y de forma cónica sobre la cabeza humeral. La cavidad glenoídea está aplanada.

CASO V. — Leonor Esteve, de dos años y medio. Parto normal. Presentación de vértice. Desde que nació notaron que el brazo derecho lo movía con gran dificultad, aun cuando los movimientos de la mano y de los dedos parecían normales.

En el momento actual se nota el hombro derecho de menor volumen que el opuesto, estando el muñón aplanado. A la palpación se aprecia que los tejidos blandos que recubren el hombro están flácidos, como atrofiados.

La posición del brazo es de máxima rotación externa, convirtiendo en anterior la flexura del codo. En movimientos activos sólo puede elevar el hombro; el brazo lo eleva en el plano anterior en rotación interna hasta los 90º, y la abducción, que le es muy penosa, está muy limitada.

Los movimientos pasivos puede realizarlos todos menos los de abducción en rotación externa,

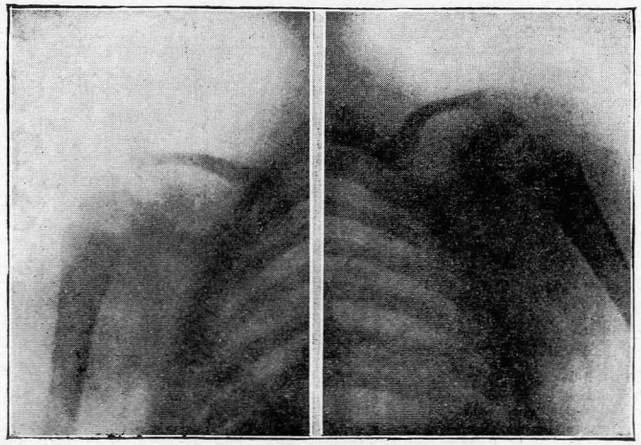
pues si en el plano anterior es factible hasta el poner la flexura del codo en la cara, en el plano lateral no se alcanza a los 45º o 50º, poniéndose de relieve la grande contractura del pectoral mayor.

Eléctricamente son excitables todos los músculos.

Al examen radiográfico se nota elevación del hombro, desplazamiento lateral de la epífisis y grande atrofia de ésta.

CASO VI. — Pepito Plá, de veintidós meses. Nació a término en presentación de hombro y procidencia del brazo izquierdo. Extracción podálica. Parto muy laborioso. Reconocido a los treinta y seis días de nacer, vimos no movía ninguno de los dos bracitos y sometido a tratamiento eléctrico comenzaron a notarse los movimientos en el brazo izquierdo, encontrándose muy mejorado a los tres meses. El brazo derecho le provoca el llanto al menor movimiento, obteniéndose casi ningún resultado con el tratamiento eléctrico y masajes, puesto que no logra hacer movimientos limitadísimos y muy lentos.

En el momento actual el niño se nos presenta bien constituído y robusto, contrastando la flacidez, la blancura, la elevación y el aplanamiento del hombro derecho; el muñón apuntado tiene de circunferencia en la raíz del brazo casi un centímetro menos que en el izquierdo. El miembro está



CASO III.

péndulo a lo largo del tórax, en rotación interna exagerada y con el dorso de la mano dirigido hacia el tronco. La amplitud de los movimientos activos en el plano anterior y con el mismo grado de rotación sólo alcanza a elevar el brazo hasta los 90º; en el plano lateral, hasta los 40º, y en el posterior no llega a los 20º. Pasivamente puede realizar todos los movimientos excepto los de abducción en rotación externa, manifiestamente limitados por la contractura del pectoral mayor y el subescapular.

El examen eléctrico no revela más que una ligera dismiunción de la contractilidad muscular.

La radiografía enseña una marcada atrofia de los huesos que componen la articulación del hombro. El omoplato está elevado y la cavidad glenoídea mirando hacia arriba y aplanada, cási reabsorbida. La diáfisis humeral está atrófica también, y el núcleo epifisario es más pequeño y lateralizado hacia afuera con respecto al húmero, apartándose de la cavidad glenoídea.

CASO VII. — Amparo Monserrat, de cinco años. Nació a término en presentación de vértice. Parto normal con encajamiento de los hombros, desprendiéndose primero el derecho. Al siguiente día notaron que no movía el brazo derecho. Dicen los padres que ha mejorado mucho con el tratamiento eléctrico a que ha sido sometida.

En el momento actual se nota a la inspección que el hombro derecho está más elevado que el izquierdo y aparece más en punta, puesto que ha perdido la redondez deltoídea por engrandecimiento. El brazo pende a lo largo del tronco en rotación interna y extendido; la mano en flexión y pronación, mirando la cara palmar hacia atráss; los dedos también en marcada flexión. La longitud de ambos brazos es la misma. Por palpación se nota una general flacidez de los músculos de la cintura escapular, pero especialmente de los rotadores externos, elevador del brazo y flexor del antebrazo.

Los movimientos activos son imposibles, pudiendo realizar solamente los de péndulo en rotación interna.

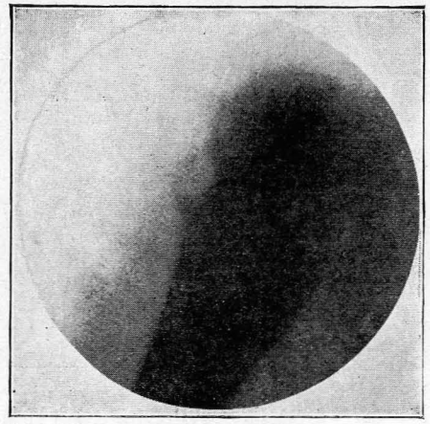
Pasivamente se le pueden imprimir todos los movimientos a la articulación en rotación interna, pero si pretendemos girar el brazo en rotación externa, sólo puede realizarlos en el plano anterior.

Eléctricamente no existe contractilidad muscular en toda la cintura escapular, a excepción del músculo pectoral mayor y subescapular que estaban fuertemente contraídos.

La radiografía no demuestra nada anormal por parte del húmero, pues no se nota atrofia ni en la epífisis ni por parte de la diáfisis. Lo único que se ve claramente es la distancia acromio-humeral aumentada y el acromio incurvado hacia abajo; la clavícula está casi horizontal.

CASO VIII. — Jacinto Grau; nueve meses. Parto normal con encajamiento de los hombros, desprendiéndose primeramente el derecho y notando la familia que el brazo de este lado no lo mueve desde que nació.

Al examen se nota que el brazo está extendido a lo largo del tronco, inmóvil, con fuerte rotación interna y grande contractura del pectoral mayor que le impide elevar el brazo. No acusa dolor al moverle el hombro.



CASO V.

En la radiografía se nota claramente la lateralidad del núcleo epifisario y la atrofia de la epífisis.

CASO IX. — Paquito Trull García, de nueve días. Nació en presentación de vértice, pero previa aplicación de fórceps y desencajados los hombros por tracción sobre las axilas, saliendo en primer lugar el brazo derecho.

En la actualidad tiene el brazo péndulo en rotación interna; la mano en garra, y flexionada la muñeca. Atonía completa de los músculos del brazo; hombro tumefacto y con gran dolor al menor movimiento.

En la radiografía presenta el núcleo epifisario por encima de la coracoides.

CASO X. — Adela Rodrigo, de tres meses. Parto normal, con tracciones practicadas sobre la axila derecha, notando desde que nació que no movía el brazo derecho.

En la actualidad, el brazo está situado a lo largo del tronco en marcada rotación interna. Puede mover algo el brazo y un poco la mano, pero no puede flexionar el codo ni elevar el brazo más

que hacia adelante, sin llegar al ángulo recto con el tronco. No acusa dolor en el hombro, pero sí una fuerte contractura del pectoral mayor.

La radiografía acusa una gran separación del núcleo epifisario.

CASO XI. — Francisco Pujalte, de diez días. Parto en presentación de nalgas; extracción podálica.

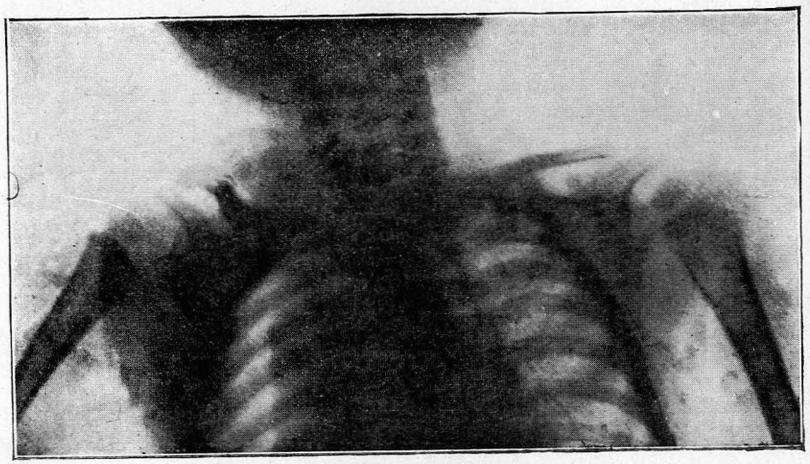
Presenta el hombro tumefacto, edematoso y con dolor que se acentúa al más ligero movimiento; crepitación de la epífisis del húmero, no teniendo movimiento ni el brazo ni la mano, que se presenta en ligera rotación interna.

La radiografía no acusa más anormalidad que la gran distancia entre el núcleo epifisario y la diáfisis.

CASO XII. — Antonio Peluso, de treinta días. Nació en parto normal, desencajando los hombros por tracciones ejercidas sobre la axila izquierda.

Presenta el brazo péndulo a lo largo del tronco en rotación interna, con atrofia de las masas musculares del hombro y del brazo y con edema del primero. Mano y dedos flexionados en rotación interna. Acusa dolor en el hombro, exacerbado a la presión o los movimientos.

La radiografía muestra tal laxitud capsular que parece como si estuviera luxada la articulación.



CASO VIII.

CASO XIII. — María Cantavello, de treinta días. Nació en presentación de vértice, pero previa aplicación de fórceps, permaneciendo encajada de hombros cerca de quince minutos, al cabo de los cuales se logró desprender el hombro derecho por tracciones sobre la axila. La familia ha observado que no puede mover el brazo.

En el momento actual el brazo aparece atrófico, péndulo, en rotación interna, conservando la mano la integridad de sus movimientos; con fuerte contractura del pectoral mayor y acusando dolor en el hombro, a la presión y a los movimientos pasivos.

La radiografía demuestra la decalcificación de la totalidad de la articulación y aun del húmero mismo. Núcleo epifisario dividido y orientado hacia la parte superior.

CASO XIV. — José Santamaría, de nueve días. Parto distócico, con aplicación de fórceps y habiendo necesidad de desencajar el hombro derecho con tracciones axilares.

Presenta el brazo derecho péndulo, en rotación interna, con atonía muscular de toda la cintura torácica, músculos del brazo y del antebrazo. La mano está cerrada por predominio muscular de los flexores; a los movimientos provocados del hombrro se produce fuerte dolor.

La radiografía demuestra de una manera evidente la distinta orientación articular por parte del brazo paralizado, así como una considerable laxitud de la cápsula.

CASO XV. — Vicenta Grau, de tres años, nacida en parto normal, pero con un prolongado encajamiento de los hombros, que obligó a practicar tracciones en la axila derecha. Como consecuencia, presentó gran hematoma de la región supraclavicular derecha que se reabsorbió al mes, notando desde entonces que no movía el brazo.

En la actualidad tiene el brazo extendido a lo largo del tronco en rotación interna con grande atrofia de los músculos de la cintura torácica, brazo y cara posterior del antebrazo; la mano en flexión y los dedos en garra. El pectoral mayor contracturado, no ofreciendo dolor los movimientos de circunducción hechos en el hombro.

La radiografía ofrece muy atrofiado y lateralizado el núcleo epifisario, que contrasta con el núcleo de la gran tuberosidad.



CASO IX.

La mayor parte de los casos descritos por los autores, así como en los observados por nosotros en nuestra dilatada práctica, y de los que sólo hemos recogido para fundamentar este trabajo, aquellos que hemos juzgado como más interesantes, ofrecen como característica la actitud del miembro y la impotencia funcional. En otros casos se pueden apreciar además de estos dos datos, la presencia de parálisis muscular, de atrofia ósea y muscular, de acortamiento de la extremidad, etc., lo que ha permitido la emisión de variadas teorías para explicar la patogenia concebida por los distintos autores.

Lange, que experimentalmente había provocado la rotación interna del brazo inyectando una mezcla de parafina y vaselina en la articulación del hombre de un cadáver, al conseguir el restablecimiento de la función únicamente con el enderezamiento del miembro, y no habiendo encontrado en los casos por él estudiados lesiones de los nervios, atribuyó la actitud e inmovilidad articular a una simple distorsión, puesto que el derrame puede determinar la posición y el dolor la inmovilidad. De esta manera se explicaba la patogenia de la parálisis obstétrica en el período agudo e inicial de la lesión, y más tarde,

cuando el proceso inflamatorio había cesado, decía Lange que la actitud se debía a la retracción cicatricial de las partes capsulares distendidas primitivamente, y la inmovilidad obedecía al hábito adquirido.

Nosotros añadimos a esta concepción, la creencia de que la actitud en los casos no tratados está evidentemente reforzada por la contractura del pectoral mayor, para el cual se han modificado al aproximarse, los puntos de inserción correspondientes, y en la inmovilización no sólo entra la costumbre como causa, sino que también influye la rigidez ocasionada por la producción de exudados.

Teniendo en cuenta las dificultades que ofrecen los reción nacidos y aun los niños en la primera infancia para demostrar eléctricamente una lesión nerviosa, no es posible asegurar que la lesión no haya existido, aun cuando en el momento de la exploración no se encuentre lesión alguna. A este res-



CASO X.

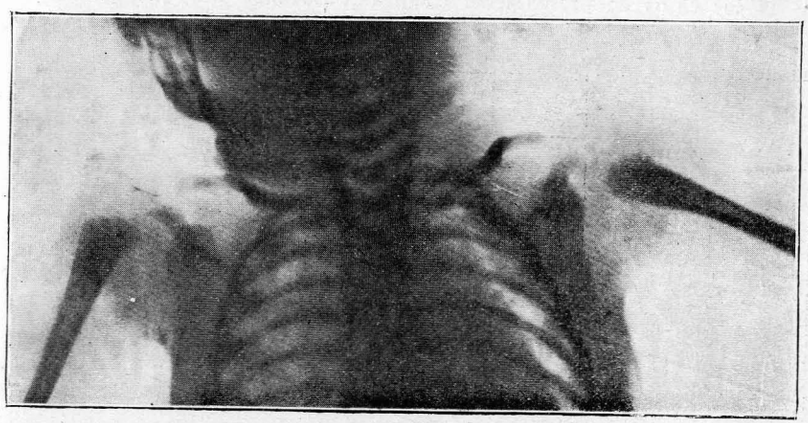
pecto no debemos olvidar que no en todos los casos se producen roturas del plexo o de sus raíces, sino simples estiramientos con dislocación parcial de sus fibras, y en estos casos será lógico admitir la posibilidad, tras un período de tiempo más o menos largo, de que se produzca un proceso de regresión de la parálisis o un restablecimiento absoluto, ya que en la práctica es frecuente encontrar casos de parálisis por estiramiento que desaparecen al poco tiempo.

Peltesohn consideró como pseudo-parálisis aquellos casos en los que, faltando la lesión nerviosa, persistía el miembro en su actitud y en su impotencia, atribuyéndola a un desequilibrio entre los músculos antagonistas, puesto que al

ser más potentes los rotatorios internos que los externos, prevalecen aquéllos siempre, aunque se establezca el funcionamiento de los rotatorios externos. Fink, al objetar las teorías de Peltesohn, hacía observar que la característica actitud del miembro era debida a una parálisis primitivamente progresiva, que más tarde había regresado.

Por nuestra parte, en los casos de la segunda infancia que al reconocerlos sólo hemos podido apreciar una disminución de la contractilidad eléctrica muscular, y aun en otros no disminuída sino normal, creemos que la mejoría se debe atribuir a una regresión de la parálisis muscular, sea cual fuere su etiología.

Consecuente con su teoría patogénica, Lange coloca precozmente el miembro



CASO XI.

en posición correcta, con la que se evita la retracción anterior de la cápsula y la contractura del grupo muscular rotatorio interno, favoreciendo al mismo tiempo el acortamiento de los músculos elevadores y rotatorios externos, pudiendo apreciar el rápido restablecimiento funcional.

Marangliano, que juzgaba la impotencia como consecuencia de una lesión nerviosa independiente de la lesión capsular, procuró dar al brazo una posición tal que favoreciera el acortamiento del deltoides y de los músculos rotatorios externos, y que alargase y debilitara los del grupo antagónico, consiguiendo con ello la curación funcional en cuanto era restablecido el equilibrio de los músculos.

No obstante, los experimentos llevados a cabo por T. T. Thomas, Sever, Schoemaker y A. S. Taylor, que por el mismo mecanismo capaz de producir la distorsión consiguieron producir las lesiones del plexo braquial, creyeron que

la actitud y limitación funcional dependían exclusivamente de las lesiones nerviosas y que las alteraciones de la articulación eran una natural consecuencia de la parálisis.

Son numerosas las publicaciones que han pretendido demostrar los distintos mecanismos de producción de las lesiones nerviosas del brazo durante el parto. En opinión de Erb, son la natural consecuencia de presiones extraordinarias hechas con la mano o con los instrumentos sobre el punto supraclavicular que lleva su nombre. Erbstein y Fieux las atribuyen a las tracciones ejercidas sobre el brazo y el hombro como consecuencia de las extracciones difíciles en las presentaciones de nalgas; por arrollamiento del cordón umbilical al cuello del feto, según Roulland, se produciría la compresión o el estiramiento del cuello en los casos de presentación cefálica. Fasbender cree que podría producirse por compresión entre la clavícula y la primera costilla con el brazo en abducción forzada o por hematoma. Wildbolz admite la posibilidad de una



CASO XII.

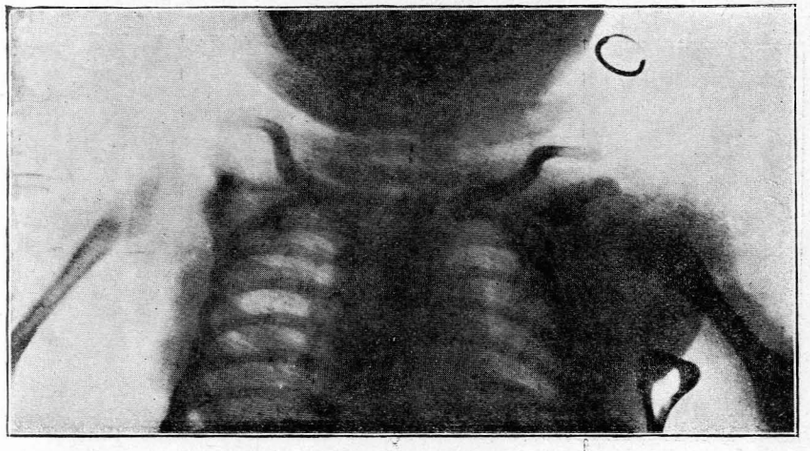
parálisis en el parto normal cuando es el feto tan voluminoso que tiene muy aumentado el diámetro biacromial. Oppenheim dice podría ser la causa, la estrechez pélvica de la madre. Pero en la inmensa mayoría de los partos, aun en los llamados normales, puede hallarse siempre un precedente en la producción de la parálisis obstétrica, de carácter casi constante, cual es el auxilio que se le presta al feto para favorecer su expulsión, una vez fuera la cabeza, enganchando con el dedo índice la axila, que al aprisionar el brazo se porducen destrozos en la misma articulación o por lo menos peligrosa compresión del plexo.

Weil, a pesar de defender la patogenia nerviosa de la lesión, no cree en

la culpa que puede tener la compresión con el fórceps ni que se produzca por compresión entre la clavícula y la primera costilla al elevar el brazo.

Valentín, estimando la lesión nerviosa originaria de este proceso, niega que haya necesidad de una tracción porlongada del plexo, ya que esto acarrearía roturas totales o subtotales de sus raíces, determinando las parálisis completas. Cree más acertado el pensar que la lesión nerviosa sea producto de la congestión pasiva, que sin traumatismo grave puede producirse, dejando la región en condiciones de menor resistencia.

Lapinsky estudió la relación existente entre el trofismo vascular y la regular llegada de la sangre arterial a los nervios periféricos, estimando que se debe a la isquemia de los mismos las alteraciones que sufren y por lo tanto consi-



CASO XIII

derando mayor importancia a la disminución temporal de afluencia sanguínea que al factor asfixia. Con ello se explicaría el que los músculos más frecuentemente paralizados sean los inervados por los nervios circunflejo, el supraescapular, el radial y el del músculo cutáneo, cuyas ramas proceden de las raíces quinta y sexta del plexo braquial, que por su curso más superficial y más oblicuo están más fácilmente expuestos a lesiones durante el parto (parálisis radicular tipo superior de Duchenne, parálisis parcial superior de Seeligmüller).

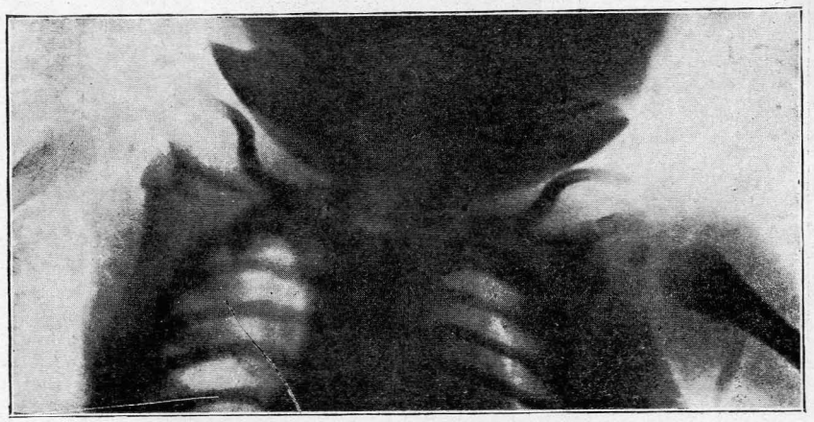
También se encuentran casos de parálisis obstétrica en que los músculos inervados por el quinto y sexto par cervical conservaron su integridad, existiendo solamente parálisis de los músculos del antebrazo, mano y dedos, del pectoral mayor, dorsal ancho y con trastornos de la sensibilidad en el territorio del cubital, braquial, cutáneo medio y a veces el mediano y radial que

corresponden al séptimo y octavo par cervical y primero dorsal, como ocurre en las parálisis de tipo inferior de Klumpke, descritas por Dejerine.

Seeligmüller y Oppenheim citan casos de parálisis circunscritas a un solo nervio, como el axilar, que admiten una dependencia de la parálisis de la presentación del feto, pero el último autor no cree que pueden establecerse reglas fijas en este sentido.

En nuestras observaciones tan sólo en un caso pudimos comprobar la parálisis de tipo inferior en un niño, cuyo parto se había efectuado en presentación de hombro y procidencia de un brazo que fué lesionado, mientras que en ninguno de los otros casos, de diferentes presentaciones, se observó nada semejante.

Maragliano, que sistemáticamente combate la teoría de Lange, da una gran-



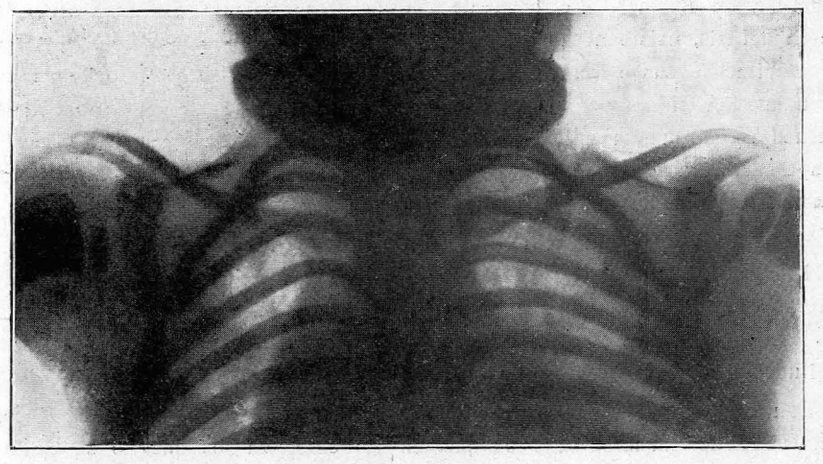
CASO XIV.

dísima importancia a la influencia nerviosa, aun cuando la única manifestación de la lesión sea la rotación interna. A. S. Taylor, Valentín y Fröelich, aseguran que el estiramiento del nervio con simple hematoma dentro o fuera del mismo puede repararse fácilmente con un tratamiento apropiado. Meyer describe un caso de parálisis obstétrica, en la que no encontró más que la parálisis del supinador, que Remak explicó por la mayor distancia del músculo al punto lesionado.

En nuestro caso tercero de parálisis doble observada inmediatamente después del nacimiento, no podemos invocar para el brazo izquierdo ninguna otra causa que la nerviosa, ya que se curó sin ningún tratamiento y sin embargo, en el brazo derecho, no podemos justificar la lesión con exactitud, puesto que las lesiones nerviosas están parcialmente reparadas aun cuando no co-

rrespondan al territorio inervado por determinadas raíces. La causa ocasional la atribuímos a las cucharas del forceps que acaso traumatizaron las raíces del plexo, aun cuando muy levemente, pero rasultaba evidente el hecho de que el hombro derecho presentaba alteraciones de otro orden.

En la mayor parte de los casos de parálisis obstétrica, los músculos atacados son los rotadores externos y el elevador del hombro, inervados por las raíces 5.ª y 6.ª, mas como estas mismas raíces prestan fibras también a los músculos rotadores internos que permaanecen indemnes, Ashhurst dice que la mayoría de las veces la parálisis es terminal, puesto que los músculos atacados están inervados por nervios que pasan próximos al hombro (nervio músculo-cutáneo, axilar, supraescapular) mientras que los que escapan a la parálisis no tienen relación alguna con la articulación escápulo-humeral. La conclusión de Ashurst



CASO XV.

nos da la idea de que la lesión nerviosa obedece a un traumatismo articular.

Nos queda poder explicar la actitud del miembro por la teoría nerviosa y si contestando a esto decía Testut que es realmente imposible por la constitución de los haces, poder aislar y fijar cuantas fibras nerviosas de una raíz determinada llegan a un músculo, por las investigaciones de Stolper quedó demostrado que siendo posible aislar las fibras de cada músculo hasta su origen podía producirse el estiramiento de un solo nervio conservando la integridad de los otros que forman la raíz; de esta manera Fröelich dedujo la conclusión de que la actitud no dependía sólo de la parálisis de los rotadores externos, sino también de una contracción de los músculos rotadores internos por irritación de ciertos filamentos nerviosos que inervan a éstos.

De modo que si en el momento del reconocimiento todavía notáramos ligera parálisis, pero con la actitud clásica, habremos de admitir que fué primitivamente más extensa en el recién nacido, pero que esta intensidad sería diversa en los músculos que intervienen en su producción, puesto que la reparación no es uniforme, restableciéndose más de prisa unos que otros, contribuyendo aquellos que más rápidamente se repararon por la ausencia de antagonistas. Parece ser por los estudios de Saxl, que la reparación nervioso muscular está en razón directa con la masa, deduciendo que como la de los rotatorios internos es la mayor, la consecuencia natural es que sea interna también la rotación.

La dificultad que hicimos notar al hablar de la exploración de los niños en la primera y segunda infancia, en el esclarecimiento de la patogenia nerviosa de la parálisis obstétrica, se reproduce al estudiar la teoría ósea o primitiva de Küstner. Efectivamente, en un arrancamiento con separación total de la epífisis, existe el hecho apreciable de la exagerada movilidad y se nota la crepitación suave (más bien roce) al imprimir al brazo movimientos de circunducción sujetando la raíz del miembro, mas se da el caso, bastante frecuente, de que la epífisis se desprenda, pero sin desplazamiento, por ser exageradamente grueso el periostio y entonces hemos de apelar a otros medios diagnósticos que no pueden afirmar el hecho con exactitud.

En sentir de Küstner la rotación interna se explica por el cambio de posición de los fragmentos donde se insertan las potencias musculares (rotatorios externos en la epífisis e internos en la diáfisis), que siendo mayores las del grupo ántero-interno, una vez deshecho el equibrio, se produce la actitud típica.

Estudiando comparativamente el hecho con lo que ocurre en las fracturas del cuello del húmero, sabemos que, en los casos en los que no se cuidó de hacer la rotación externa al tiempo de coaptar los fragmentos en abducción, jamás podrá realizar la rotación externa y no le sería posible llevar su mano a la parte posterior del cuello, resultando con el tiempo, con una evidente contractura del pectoral mayor.

Pelteshon que un principio admitía esta teoría, por el hecho de encontrarse una parálisis del infraespinoso y de un modo constante la epífisis alojada bajo la espina del omoplato, no considera posible la rotación externa de la epífisis y explicaba esta posición por parálisis de los rotadores externos.

T. T. Thomas reprodujo la lesión experimentalmente en cadáveres de recién nacidos, llevando el brazo a la hiper-abducción con violencia, y de la misma manera Parry tuvo necesidad de ejercer una atracción equivalente a 35 kilogramos para conseguirla, pero hay que considerar que en estos últimos experimentos las tracciones fueron continuas y en el sentido de la diáfisis.

Independientemente de la causa traumática, Richard cita otras causas predisponentes con el desprendimiento epifisario, como son los trastornos de nutrición, irritación e inflamación del cartílago de conjunción, factores que si bien pueden dar lugar a la separación de la epífisis con un leve traumatismo, mejor podemos creer que sea la consecuencia inmediata del arrancamiento.

De lo expuesto por los anteriores autores se deduce, que para llegar a un arrancamiento total de la epífisis, es preciso un violento traumatismo prolongado o especiales condiciones patológicas que creemos han de ser poco frecuentes y, sin embargo, las separaciones epifisarias parciales pueden ser consideradas muy probablemente como consecutivas a los traumatismos sufridos durante el parto, pero que por la dificultad diagnóstica en el recién nacido, no nos es posible precisar si la actitud del miembro depende de la lesión ósea, aun cuando más tarde, pasados algunos meses, podamos deducir lo que ocurrió en el acto del parto y apreciar las alteraciones sufridas como consecuencia del mismo.

En uno de nuestros casos fué posible diagnosticr clínicamente el arrancamiento total de la epífisis a los treinta y seis días del nacimiento, y pasados algunos meses pudo ser comprobado por radiografía.

En los casos en que existe a la vez impotencia del elevador del brazo y del grupo rotatorio externo, dice Peltenshon que la actitud depende de la lesión nerviosa, y por nuestra parte no ponemos en duda la posibilidad de existir una lesión nerviosa, pero se nos hace difícil creer que una parálisis no diferenciada pueda determinar una actitud; recordemos lo que ocurre durante el período posterior de un ataque de parálisis infantil, en el que para definirse una deformidad han de transcurrir meses y aun años.

Precisamente en nuestro caso tercero tuvimos ocasión de observar en cada brazo una lesión distinta, pues la parálisis obstétrica era doble y se pudo apreciar que en el brazo derecho, comprobada la existencia del arrancamiento epifisario de un modo total, existía rotación interna y en el brazo izquierdo, a pesar de su evidente parálisis, no se apreciaba rotación interna.

Por la observación de nuestros casos no aceptamos la posibilidad de establecer una relación de causa a efecto, es decir, que la parálisis depende del arrancamiento de la epífisis aun cuando aquella provoque compresión en la axila, deducido el estado cartilaginoso del capuchón cefálico y su pequeñez.

Otro de los puntos que pueden observarse en estos casos, es la mayor distancia acromio-humeral, que si bien Weil la explica por la falta de acción de los haces musculares del deltoides, biceps y coracobraquial, que normalmente son los encargados de fijar la cabeza del húmero contra el acromion, puede producirla, sin embargo, el arrancamiento epifisario ya que no se producirá

éste sin el estiramiento capsular, criterio que ha sido sustentado de un modo experimental por Lange.

Duchenne y Valentín explican la atrofia ósea en la parálisis obstétrica, por influencia paralítico nerviosa, hasta el punto de que este último mantiene la opinión de que las atrofias del esqueleto son siempre neuróticas y refiere observaciones para apoyar la importancia que tiene una parálisis en la determinación de la misma atrofia y, sin embargo, puede deducirse de sus propios casos, que el grado de atrofia es mejor en los casos de parálisis consideradas como graves, mientres que es mucho mayor en las que fueron estimadas como leves.

Cassirer, por el contrario, sostiene que en los trastornos vasomotores y atróficos, más que el factor paralítico tiene importancia el factor patológico y Volkmann demostró que no siempre andan de acuerdo las atrofias óseas y musculares, puesto que en los casos de regeneración de estas últimas siguen avanzando las atrofias óseas. Por demostraciones de Perthes y otros autores, se señala la importancia del factor circulación en la atrofia ósea, por una disminución de la cantidad de sangre.

La atrofia es también manifestación casi constante de las partes componentes del cinturón escapular (acrómion, clavícula, cavidad glenoidea), pero nosotros no la hemos apreciado extendida a la cápsula, considerando como muy importante el factor paralítico-nervioso como productor de ésta, de igual manera que en las parálisis del tipo inferior (Klumpke), existen alteraciones de desarrollo en el grosor y en la longitud de los huesos del antebrazo y de la mano.

En resumen, que la atrofia ósea puede depender tanto de la lesión paralítica, como provocarla un desprendimiento óseo, mas nosotros creemos que si en el momento del parto se ocasiona una contusión productora de un proceso inflamatorio consecutivo que condene por el dolor a la inmovilidad del brazo, sobrevendrá la atrofia por falta del estímulo de los músculos que se insertan en la epífisis central.

Otra de las teorías patogénicas de la parálisis obstétrica es la de Finck, que consideraba como causa primitiva la subluxación anterior del húmero y la explicaba diciendo que al producirse una distensión de la cápsula articular por las maniobras del parto, sobrevenía el deslizamiento de la cabeza del húmero por debajo de la apófisis coracoides, ocasionando una luxación anterior intracapsular.

También Thomas creyó que la lesión primitiva era la subluxación, pero como en los casos por él observados siempre la luxación fué posterior, explicaba su mecanismo de producción por la presión directa de la pelvis de la madre sobre el húmero y el acrómion estando el brazo en completa addución.

Muchos cirujanos y tocólogos no han observado que durante el parto se se haya producido una luxación traumática. Sever y Duchenne que trataron de producirla experimentalmente no lo consiguieron, y Broca tampoco encontró nunca en el nacimiento una luxación traumática.

Taylor no toma en consideración la forma congénita de la luxación, creyendo más bien que ésta aparece como consecuencia de la parálisis muscular, y a este propósito da cuenta del resultado del examen de 68 casos en los que si bien 54 presentaban luxación intracapsular, todos tenían menos de ocho semanas y encontrando solo un caso de seis semanas; en los restantes de menos edad no pudo encontrarla jamás, excluyendo por lo tanto la luxación traumática al nacer.

En los niños sujetos a narcosis, es posible y hasta fácil, separar la cabeza humeral en todos los sentidos una vez conseguida la relajación muscular; este hecho demuestra la importancia que tienen las fuerzas musculares en el mantenimiento de la cabeza humeral en su cavidad, siendo lógico el pensar que si el sistema se desequilibra por un motivo cualquiera pueda producirse la luxación en el sentido del músculo o grupo de músculos relajados.

En esto se funda Weil y otros autores para deducir que las subluxaciones se producen única y exclusivamente por parálisis.

La cabeza del húmero se mantiene ajustada a la cavidad glenoidea por el músculo supraespinoso, que Duchenne considera como ligamento activo, y alguna vez reforzado por un pequeño fascículo que arranca del ligamento coracoideo. Pero como generalmente están paralizados los músculos de la región posterior (supra e infraespinoso, redondo menor y haces posteriores del deltoides) por influencia del grupo antagonista (redondo mayor, pectoral mayor), gira la cabeza en rotación interna y por acción del subescapular se desplaza hacia atrás produciéndose la subluxación posterior; además, el desplazamiento está en razón directa del grado de contracción de estos últimos, sumándose la acción de los haces anteriores del deltoides y el coracobraquial que, insertos en la base superior de la diáfisis, hacen remontar la cabeza humeral y producirse la luxación.

El hecho es referible en patología a las secuelas de la enfermedad de Heine-Medin, que es donde paso a paso podemos seguir la marcha del proceso paralítico, en la inmensa mayoría de los casos, progresivo.

Nosotros, en dos casos observados de parálisis obstétrica, hemos podido apreciar la subluxación anterior que consideramos, bien por distensión o por desprendimiento epifisario y estableciendo comparaciones con las luxaciones paralíticas y las congénitas, hemos compuesto el siguiente cuadro, que nos sirve de base en los casos de diagnóstico dudoso:

Luxaciones del hombro	Congénitas	Son anteriores, indoloras a los movimientos pasivos y a la palpación y pueden ser diagnosticadas al nacimiento.
	Obstétricas	Son anteriores, dolorosas a la palpación y a los movimientos pasivos, pudiendo diagnosticarse al nacer.
	Paralíticas	Son posteriores, indoloras, siendo el diagnóstico más tardío (cuando ya se diferenció la parálisis).

Actualmente, varios autores alemanes, con Weil a la cabeza, abogan en defensa de la lesión nerviosa primitiva en la patogenia de la parálisis obstétrica, pero como observan que hace falta un traumatismo prolongado para producir una alteración nerviosa, Weil concede mayor verosimilitud a la teoría de la compresión intrauterina, ya que obra durante un tiempo más largo y consiente explicar la parálisis existente algunas veces en casos de parto normal. Sin embargo, no distingue si las alteraciones del hombro son debidas a la posición intrauterina o consecuencia de la parálisis.

De los casos observados por nosotros, solamente en dos son evidentes las lesiones paralíticas del hombro, pero si consideramos el tiempo transcurrido (cinco años), desde que nacieron, habrá razón bastante para suponer que la parálisis pudiera ser debida a la inmovilidad a que desde un comienzo había estado condenada la articulación. Nos referimos a los casos cuarto y séptimo.

Nuestras observaciones segunda y sexta, en las que a pesar de ser más jóvenes los pacientes, también hemos observado disminuídas las facultades achacables a la influencia nerviosa aun cuando sea ligeramente, puesto que también coexisten lesiones articulares y óseas que se explican mejor por otros mecanismos.

El no encontrar lesiones nerviosas en nuestras observaciones nos hace suponer que no son tan frecuentes como creen algunos autores que defienden la teoría nerviosa.

Nos parece equivocado el criterio de querer conservar una terminología única de parálisis obstétrica para indicar alteraciones tan diversas del hombro, aun cuando se manifiesten tan parecidamente, pero que reconocen causas tan distintas.

Parécenos mejor reservar únicamente la denominación de parálisis obstétrica a aquellos casos de verdadera parálisis, atribuíbles, bien a un traumatismo obstétrico o de origen congénito. Sin embargo, para aquellas formas de pseudo parálisis que ni existe ni ha existido jamás la falta de contractilidad y es evidente el traumatismo obstétrico, la denominación más exacta de distorsión obstétrica o de arrancamiento epifisario obstétrico en nuestros casos, como en los proporcionados por la literatura, es un hecho frecuente encontrar asociadas de modo diverso las lesiones que hemos apuntado.

Enfocaremos el capítulo del tratamiento de esta afección en tres direcciones: una que pudiera ser calificada de profiláctica con la evitación de la parálisis obstétrica; otra de favorecimiento de su curación espontánea, y una tercera de atenuación de las perturbaciones estéticas y funcionales que puedan resultar de ella.

Aceptado como indudable el que el traumatismo obstétrico es la causa en la mayor parte de los casos de la llamada parálisis obstétrica, se hace indispensable la evitación en la medida de lo posible de aquellas maniobras que puedan determinar la distensión del plexo.

La contusión directa puede contribuir a agravar estas maniobras, de donde se deduce la necesidad de hacer las aplicaciones del fórceps con todo cuidado, sin cerrar demasiado las ramas del mismo.

En las presentaciones podálicas, para extraer la cabeza, no deben practicarse tracciones aplicando los dedos en garra sobre la cara anterior del cuello, sino que, siguiendo los consejos de Ehrenfeld, se debe aplicar la palma de la mano sobre el esternón y los dedos en horquilla sobre los hombros.

Finalmente, en una presentación de vértice y desprendida la cabeza, se hace preciso asegurarse de que una vuelta de cordón alrededor del cuello no ejerce una presión directa sobre la cara anterior.

La distensión del plexo podrá ser evitada en los casos de presentación de vértice, no haciendo tracciones de la cabeza en el plano de la cama para desprender el hombro anterior y no haciendo salir este hombro con maniobras demasiado brutales, hechas con el dedo en forma de gancho en el pliegue axilar, y en las de nalgas, temer siempre una rotación defectuosa de la cabeza que permita hacer tracciones defectuosas y demasiado enérgicas.

En el recién nacido hay que llenar dos indicaciones: tratar la lesión nerviosa y procurar la evitación de actitudes viciosas.

Para favorecer la reabsorción del tejido cicatricial y para coadyuvar a la reparación de las lesiones nerviosas, podemos disponer de distintos medios. El tratamiento médico por la aplicación de corrientes galvánicas y farádicas, ofrece el gran peligro de las contracturas que puede suscitar. Ha sido utilizado con resultados muy diversos, considerándose su eficacia como dudosa, hasta el punto de que Boorstein ha dejado de emplearlo y lo proscribe por lo doloroso que es y porque puede ser nocivo para los músculos simplemente paresiados. Lo mismo se puede decir de la diatermia, cuyo éxito es muy inconstante.

La medicación fibrolisante, por el contrario, tiene una acción más segura, demostrada por las estadísticas de los centros militares de fisioterapia, que han sido publicadas para dar cuenta de los resultados obtenidos en las heridas de los nervios, en las que también estaría indicada la radioterapia profunda.

La medicación ionizada ha dado en manos de Bourguignon tan notables mejorías en la cura de las cicatrices profundas, que debe ser ensayada en los casos de parálisis obstétricas.

El tratamiento quirúrgico trata igualmente de llenar estas mismas indicaciones: ablación del tejido cicatricial y sutura nerviosa, habiendo sido intentado por cierto número de cirujanos ingleses y americanos especialmente.

Aun cuando nosotros no hemos utilizado el tratamiento quirúrgico, podemos decir que la mejor técnica a seguir es la de Taylor: incisión transversal supraclavicular, sobre la que es necesario a veces trazar una incisión vertical para seccionar la clavícula y tener suficiente campo sobre el plexo; disección del bloque cicatricial; descubrimiento de los troncos nerviosos y si fuera posible, practicar el avivamiento y sutura de los mismos.

Sharpe, de Nueva York, ha practicado esta operación sesenta y seis veces, y hace constar que es necesario practicarla en todos los casos que cuenten más de un mes de edad.

Robert Kennedy, de Glasgow, aun cuando dice haber obtenido buenos resultados, prefiere esperar a la edad de tres meses.

Taylor ha operado setenta casos con seis fallecimientos (tres de ellos de hemorragia en la mesa de operaciones) y dice que se puede obtener una mejoría importante cuando se puede quitar el bloque cicatricial, aun cuando juzga de ilusoria la sutura nerviosa. Para este autor, la operación tiene una indicación sólo cuando a los tres meses el enfermito no ha presentado una mejoría, sometido a otros tratamientos o espontáneamente.

Gilmour afirma que es menester intervenir quirúrgicamente cuando el examen eléctrico demuestra que los nervios están bloqueados.

Sever da cuenta de que la intervención para el tipo de parálisis completa es práctica, pero para la de tipo superior de Duchenne es mejor esperar a la edad de cuatro o cinco años, no decidiéndose a operar sino cuando ha sido un fracaso completo todo otro tratamiento. Termina afirmando este autor que nunca obtuvo resultados apreciables por la intervención quirúrgica sobre el plexo.

Se tiende por tanto cada vez más a abandonar el tratamiento quirúrgico que es difícil, peligroso y da resultados muy inconstantes.

Todos los autores, y especialmente Fairbank, están de acuerdo en la necesidad de tratar las parálisis obstétricas desde el nacimiento, cualquiera que sea la gravedad de ellas, por el masaje, la movilización y los medios ortopédicos a propósito para prevenir la aparición de las contracturas y de oponerse a su desarrollo.

Boorstein estima que el 50 por 100 de los enfermos de tipo superior pueden curar sin actitudes viciosas si son tratados desde el nacimiento, durante tres o cuatro meses para los casos leves y seis a siete meses para los más graves.

Sever es de la misma opinión, pero indica que cuando se trate de una de las parálisis que pudieran calificarse de «irritable-neurítica», es preferible dejar al niño en reposo y aun cuando las contracturas se establezcan siempre será tiempo de practicar las secciones tendinosas cuando el enfermo sea mayor.

Harry Platt regula el tratamiento a imponer desde el nacimiento. Dos veces por día, practicar el masaje y la movilización, que debe ser dulce, no dolorosa, general; movimientos de rotación externa, de abducción, de circunducción del brazo, flexión y extensión del codo, supinación del antebrazo, dorsiflexión del puño y finalmente adducción del brazo en rotación externa, mientras que la otra mano, apoyada sobre el muñón del hombro, desciende y moviliza el omoplato, que de lo contrario adoptaría una actitud viciosa y elevada. En el intervalo de estas sesiones y durante la noche, hacer llevar al enfermo un aparato ortopédico que mantenga el brazo en adducción a 90º y en rotación externa, de modo que el codo esté flexionado a 90º; el antebrazo puesto vertical, puede ser fijado en supinación completa con la mano en ligera dorsiflexión y los dedos extendidos. Esta actitud puede asemejarse al saludo militar francés.

Este tratamiento debe ser mantenido por lo menos tres meses, y después durante otros tres meses, pero suprimiendo el aparato durante el día. Al cabo de seis a nueve meses se quita el aparato durante el día y la noche, pero se continúa el masaje y la movilización todavía durante un año o dos. Cuando el enfermo tenga nueve o diez años se le debe educar para hacer una gimnasia apropiada.

Con distintas variantes, pero inspiradas en el mismo modo de pensar, se expresan Whitman, Gilmour, Fairbank, Fröelich, que tratan a sus enfermos de esta misma manera.

En el período de las deformaciones han desaparecido los signos de parálisis; el deltoides es activo y el defecto funcional parece depender más de la actitud viciosa que de una deficiencia muscular o nerviosa.

La indicación principal entonces, debe ser la de corregir esta actitud, para lo que disponemos de una serie de medios, tales como el enderezamiento forzado, las miotomías, las trasplantaciones tendinosas y la osteotomía, en cuya descripción no creemos necesario entrar.

CONCLUSIONES

1.ª En las llamadas parálisis obstétricas, son más frecuentes que la verdadera parálisis, las distorsiones, arrancamientos epifisarios y luxaciones producidas durante el parto.

2.ª Existiendo varias formas de parálisis de las llamadas obstétricas, no contamos en la actualidad con ninguna teoría que explique suficientemente sus distintas modalidades.

3.ª Cuando se observa precozmente alteración en la forma del hombro y posición del brazo en abducción y rotación interna sin alteraciones nervioso-musculares, deberá pensarse en el desprendimiento epifisario o la distorsión.

4.ª La atrofia ósea y como consecuencia el acortamiento del brazo pueden depender de la lesión nerviosa o por el contrario, ser una consecuencia de la lesión del cartílago de conjunción.

5.ª Las alteraciones nerviosas pueden ser atribuídas al estiramiento de los vasos y a su consecutiva isquemia.

6.ª Las alteraciones esqueléticas del hombro, independientes de la articulación (omoplato, clavícula, ráquis), pueden ser o de origen congénito o adquiridas por la fijación del hombro a que condena el dolor.

7.ª El tratamiento fisioterápico debe ser muy prolongado, completándolo finalmente con una educación gimnástica apropiada.

8.ª El tratamiento quirúrgico de la parálisis propiamente dicha es peligroso e inseguro en sus resultados.

9.ª Sólo deben ser sometidas a tratamiento quirúrgico las deformidades adquiridas, por haber sometido tarde el enfermo al tratamiento médico oportuno.

VALOR TERAPÉUTICO DE LAS RADIACIONES ULTRA-VIOLETA EN LAS AFECCIONES DEL APARATO AUDITIVO

POR EL

DR. JOSÉ DUERTO

Ex-Jefe del Servicio de O. R. L. del Hospital Militar de Barcelona

Ex-pensionado de la Junta para Ampliación de Estudios

ZARAGOZA

AUNQUE la aplicación de las radiaciones al tratamiento de las enfermedades, no es, ni mucho menos, una novedad, puesto que el empleo de los rayos solares era ya de uso corriente en la más remota antigüedad tanto con fines higiénicos, como profilácticos y aun curativos, lo cierto es que hasta que Ritter y Wollaston no descubrieron la acción química de los rayos ultra-violeta y Davy el arco de carbón, que más tarde introdujera Finsen en la terapéutica, no puede decirse que el uso de las radiaciones fuese hecho en Medicina con bases verdaderamente científicas; bases, que, aun hoy, cuando merced a los estudios de numerosos investigadores se ha dado un paso gigante en la actinoterapia, no están lo suficientemente estatuídas, como lo prueba el que ni siquiera en el modo de actuar reine el acuerdo entre los actinólogos. tanto con fines higiénicos, como profilácticos y aun curativos, lo cierto es que en ciertas enfermedades su empleo reporta innegable beneficio y que el el Médico tiene un poderoso agente terapéutico en las radiaciones actínicas, a tal punto, que apenas existe enfermedad en la que su empleo no haya sido, por lo menos, intentado.

Nada tiene, pues, de particular, que la otorrinolaringología no haya sido una excepción y que haya procurado, como las demás ramas de la medicina, beneficiarse con su empleo, tanto más, cuanto que dada la naturaleza de algunas de sus afecciones cabía esperar (dados los resultados obtenidos en otras localizaciones de las enfermedades a que aludimos), que produjesen buenos resultados; esperanzas que, cuando a partir de 1914 en que Nepveu tuvo la idea de utilizar las radiaciones en el tratamiento de la tuberculosis laríngea se adoptó este medio terapéutico en la práctica laringológica, se vieron plenamente confirmadas.

Sin embargo, pese a los excelentes resultados logrados en laringología, su rama hermana de la especialidad, la otología permaneció aun durante cierto tiempo al margen de su empleo, y no fué más que bastante más tarde cuando se inició el uso de los rayos ultra-violeta en otología, no obstante cuya recientísima aplicación, se ha podido observar que si ciertamente no en todas las afecciones del aparato auditivo se muestran con la misma eficacia, en general proporcionan resultados altamente satisfactorios, especialmente en las lesiones inflamatorias de las partes superficiales en las que, sea por ser más accesibles a la acción de los rayos, o sea por la naturaleza misma de los procesos, el caso es que son las que más beneficio obtienen. Claro es, que no por ello se puede suponer que sólo los procesos de oído externo y de región superficial mastoídea sean tributarios de las radiaciones actínicas, pues en muchas ocasiones los rayos se muestran eficacísimos en lesiones de oído medio y de la mastoides, como, por el contrario, hay muchos casos de otopatías externas en que fracasan en absoluto; pero en general, puede decirse que las lesiones que mejor evolucionan bajo la acción de la actinoterapia, son las más accesibles a la llegada de las radiaciones. Y como quiera que no todas las otopatías son influídas igualmente por este medio terapéutico, vamos a hacer un ligero bosquejo del resultado que cabe esperar en cada una de ellas, exponiendo a continuación la técnica por nosotros puesta en práctica.

El *eczema del pabellón y conducto auditivo externo* es una enfermedad que si ciertamente es en ocasiones debida a la irritación e infección de la piel por el pus procedente de la caja del tímpano en las otitis medias, no faltan aquellas otras en las que esta irritación e infección consecutivas son determinadas por causas externas, como los pendientes por ejemplo; casos ambos en los que es suficiente suprimir el estímulo constante y establecer un tratamiento local apropiado para que desaparezca y se cure espontáneamente.

Pero independientemente de esta categoría, existen otros eczemas, que, extraordinariamente rebeldes, no dependen de ningún factor irritativo (siquiera en su aparición no dejan de tener parte), sino que ligados a un estado general muy precario, se presentan particularmente en los niños escrofulosos. Y estos ezcemas son los que se muestran verdaderamente sensibles a la acción de los rayos ultra-violeta, siquiera a juicio de Saidmann han de presentarse bajo la forma seca ya que los eczemas húmedos empeoran con las irradiaciones por la irritación que los rayos producen; punto de vista que no compartimos por la experiencia adquirida en algunos casos que han evolucionado francamente hacia la curación a pesar de ser húmedos. Parece ser, según el enunciado autor que los rayos actúan favoreciendo la reparación de los tejidos epidérmicos por un aumento de la vitalidad y poder queratógenico de las células del cuerpo mucoso, con reconstitución de un epidermis sano.

Sus efectos se manifiestan, principalmente, sobre el prurito, que es el síntoma que más molesta a los enfermos, el cual desaparece rápidamente, debido, con seguridad, a la acción analgésica de las radiaciones. Cemach ha tratado un centenar de enfermos de eczema rebelde en niños escrofulosos con éxito completo, a pesar de que en algunos casos la enfermedad databa de varios años e incluso presentaban espesamientos elefantiásicos. Nosotros hemos visto tres casos (que a continuación exponemos) uno seco que observamos en el servicio de O. R. L. del Dr. Auzimour en el Instituto de Actinoterapia de París, y dos húmedos que hemos tenido ocasión de tratar en nuestro Servicio. Son los siguientes:

OBSERVACIÓN 1.ª (DEL DR. AUZIMOUR). — Niño A. L., de tres años. Eczema seco del pabellón del lado derecho, que se extiende por delante del trago y por la región parotídea; data de varios meses, durante el trascurso de los cuales ha sido tratado con diferentes pomadas, que han determinado una desaparición transitoria.

El niño se queja, según dice la madre, de extraordinario prurito, y se rasca desesperadamente. Mal estado general.

Es sometido a las radiaciones emitidas por el arco polimetálico de Saidmann, que se emplea en el citado Instituto; la primera sesión es de quince minutos, la segunda de diez y ocho, con la que desaparecieron los fenómenos pruriginosos. Las siguientes, administradas a días alternos, fueron de veinte minutos cada una. Al mismo tiempo fué sometido a irradiaciones generales en la playa artificial del mencionado Instituto con el fin de tratar su deficiente estado constitucional. A la dozava sesión el niño estaba curado de su eczema; no obstante, siguió siendo sometido a las irradiaciones generales.

OBSERVACIÓN 2.ª (PERSONAL). — Niño E. C., de dos años y medio. Eczema húmedo de ambos pabellones, cuya cara externa está recubierta de costras verdosas, que se extienden hacia el fondo del conducto auditivo externo. La enfermedad data de cinco meses. El niño se rasca furiosamente y llora desesperado, diciendo que le pica mucho, dato que nos confirma la madre, mujer de un guardia civil, quien nos informa de que el enfermito ha sido tratado con varias pomadas y aguas, sin resultado alguno.

El día 11 de abril se le somete por primera vez a la acción de los rayos emitidos por la lámpara Júpiter, que es la que usamos en nuestro Servicio, la cual tiene la ventaja de permitir la aplicación indistintamente de rayos ultra-violeta o infra-rojos con sólo cambiar los carbones. (Digamos de paso que a juzgar por los espectrógramas del fascículo luminoso emitido por los carbones productores de ultra-violeta, la cantidad de éstos es muy grande, llegando hasta los de menor longitud de onda). La primera sesión fué de diez minutos en cada lado; la segunda, de diez en el derecho y quince en el izquierdo; la tercera, de quince en los dos, siendo aumentada la dosis en esta proporción en las sesiones siguientes, hasta llegar a treinta en cada lado, límite que fué alcanzado a la novena sesión, que fué la última aplicada por estar completamente curado. El prurito desapareció desde la tercera aplicación; las sesiones tuvieron lugar en días alternos. Posteriormente hemos visto al niño varias veces y continúa en perfecto estado.

OBSERVACIÓN 3.ª (PERSONAL). — Soldado J. V., del 4.º Regimiento de Zapadores. Ingresa en el Hospital el día 12 de marzo, afecto de un extenso eczema del pabellón de ambos lados, que recubren por completo las costras por sus dos caras y se continúa por el conducto auditivo que se muestra en el fondo infiltrado y muy doloroso a la exploración por el espéculum; la presión sobre trago y tracción del pabellón también resulta muy dolorosa.

El día 13 de marzo se le somete durante diez minutos en cada lado a la acción de los rayos ultra-violeta (lámpara Júpiter) por primera vez; las sesiones sucesivas, administradas cada dos días, aumentan su duración en cinco minutos hasta llegar a treinta, de cuyo límite no pasamos. A la quinta sesión el eczema está completamente curado, pero persistiendo la infiltración del conducto se continúan las irradiaciones a la dosis indicada hasta la dozava sesión en que continúan sin

modificarse los fenómenos inflamatorios, por lo que cambiamos la técnica y empezamos las aplicaciones de rayos infra-rojos al mismo tiempo que se instituye un tratamiento a base de vacuna anti-estafilocócica, con lo que se inicia una mejoría que se hace más ostensible a medida que se avanza en el tratamiento. A la décima sesión de infra-rojos el conducto está permeable y no ofrece el menor inconveniente a ser explorado. El 25 de abril se le da la última sesión y el alta, curado completamente.

Algunos autores como Poret prefieren como fuente emisora de las radiaciones los electrodos de cuarzo de Gallois montados sobre aparatos de alta frecuencia, los que según él tienen la ventaja de combinar a la acción de los ultra-violeta, las chispas de efluviación. Auzimour emplea la lámpara de Saidmann de electrodos polimetálicos; empieza por una primera dosis eritematosa de veinte minutos estando colocado el enfermo a 50 centímetros del foco y con la cubeta del arco llena de agua, con el fin de detener los rayos caloricos. Cemach emplea la lámpara de mercurio. A nuestro juicio es preferible la lámpara de arco de electrodos polimetálicos, pero sin interponer ningún filtro que absorba los rayos caloricos, especialmente en los casos de otitis externa concomitante, en la cual los rayos infra-rojos tienen indudablemente mayor eficacia que los ultravioleta.

La *pericondritis del pabellón* es una destructora enfermedad que, tratada quirúrgicamente por la abertura del absceso, necesita de amplias incisiones para conseguir la curación, la que, por lo demás, no se consigue sino a costa de intensos sufrimientos por parte del enfermo, mucho tiempo, y la persistencia de feas deformidades orgánicas que quedan como consecuencia de la destrucción del cartílago. El tratamiento actinoterápico, en cambio, no tiene ninguno de estos inconvenientes; determina una sedación del dolor desde las primeras aplicaciones, y además la inflamación baja rápidamente y el exudado se reabsorbe, con lo que la evolución curativa es más rápida; ésta se consigue sin ulteriores cicatrices deformes, ya que no queda más que un pequeño nódulo que persiste durante algún tiempo sin ninguna otra deformidad estética.

La técnica consiste en irradiar directamente la región de modo que el fascículo luminoso caiga de lleno sobre el pabellón, sin interponer ningún filtro absorbente de los rayos caloricos, a fin de aprovechar también la acción calórica de los infra-rojos. Se coloca el enfermo a 20 centímetros del foco en la primera sesión, que tiene una duración de diez minutos, y la cual se aumenta en las sucesivas, que se repiten cada dos días, en cinco minutos hasta llegar a un máximun de media hora; al propio tiempo vamos disminuyendo la distancia del foco al pabellón de la oreja hasta llegar al contacto. La lámpara que nosotros usamos es la Júpiter, de electrodos polimetálicos.

OBSERVACIÓN 4.ª (PERSONAL). — Soldado A. M., del Regimiento Dragones de Montesa; natural de Callosa de Segura (Alicante); veintiún años. Ingresa en la clínica con un otohematoma del oído derecho el día 8 de abril de 1931, en que se practicó una incisión en la cara interna de la concha que dió lugar a la salida de abundante cantidad de sangre estravasada.

Pero acaso porque las curas subsiguientes no fuesen llevadas a cabo con el rigor aséptico debido, el caso es que se produjo una infección del cartílago y sobrevino una supuración, que obligó a practicar una contraaberturra en la cara externa a la entrada del conducto, operación que fué practicada el 18 de abril de 1931, empezándose el mismo día la aplicación de radiaciones ultra-violeta. Se comenzó por diez minutos en la primera sesión, y se fué aumentando la exposición de cinco minutos hasta llegar a treinta, a medida que fuimos disminuyendo la distancia que en la primera aplicación era de veinte centímetros. Se adjudicarron tres sesiones por semana hasta el 8 de mayo de 1931, en que se le dió la última, saliendo de alta, completamente curado, sin la menor deformidad y sin que en el trascurso del tratamiento tuviera la menor molestia.

La acción de los rayos ultra-violeta no se limita en esta enfermedad a sus beneficiosos efectos terapéuticos, sino que se extienden profilácticamente, previniéndola en los vaciamientos petro-mastoídeos, operación que frecuentemente va seguida de esta complicación. Desde que nosotros empleamos las radiaciones en todos los operados de radical mastoídea, no hemos visto presentarse la pericondritis ni en un caso siquiera. Consideramos, pues, la pericondritis como una de las enfermedades del aparato auditivo en que más indicada y mejores resultados da la actinoterapia.

Una de las otopatías más molestas, quizás la más dolorosa e intolerable para el enfermo, es la *otitis externa*, especialmente en los casos circunscritos de forúnculo del conducto auditivo. Por otra parte, aunque realmente en ocasiones responde a la vacuna o a la autohematoterapia, es una enfermedad muy rebelde y que recidiva con inusitada facilidad y frecuencia; y es ante estas razones, especialmente la de ser extraordinariamente dolorosa, la que, pese a la opinión de autores como Vignal, que consideran los rayos ultra-violeta contraindicados en las infecciones agudas de la piel por el peligro que hay de provocar una irritación que determine reinfecciones, se ha introducido este agente físico en la terapéutica de esta enfermedad, si bien como indica Cemach para que sean eficaces es preciso atacar fuerte y aprovechando la acción calórica de los rayos rojos, a cuyo fin asocia el Sollux a la lámpara de cuarzo.

En efecto, las radiaciones en estas condiciones tienen la triple condición de ser analgésicas, anticongestivas y reabsorbentes, con lo que se ajustan a la triple finalidad terapéutica que hay que buscar de calmar el dolor, detener la inflamación y favorecer la reabsorción, en tan molesta enfermedad como es la otitis externa, finalidad que las radiaciones del arco polimetálico llenan cumplidamente.

Nosotros comenzamos por una exposición de quince minutos de duración, dirigiendo el fascículo luminoso directamente sobre la región afecta, estando el foco a una distancia de 15 centímetros; en las sesiones sucesivas se acorta esta distancia y se aumenta el tiempo de exposición gradual y progresivamente hasta llegar al contacto y a un límite máximo de treinta minutos. En la forma circunscrita es preferible, según Saidmann, el empleo del actino-

cauterio de Meyer, que consiste en concentrar el fascículo luminoso en un punto determinado, por medio de un juego de lentes.

OBSERVACIÓN 5.ª (DR. AUZIMOUR). — Señora L., veintidós años. Acude a la consulta afecta de tremendo dolor de oído del lado derecho. La presión sobre trago y tracción del pabellón exacerba los dolores extraordinariamente. Lo mismo sucede con la introducción del espéculum en el conducto auditivo, maniobra que resulta imposible por lo intolerable de los dolores, siendo por lo tanto imposible la exploración del fondo del conducto. Este se presenta muy tumefacto. No hay secreción alguna purulenta, lo que indica que la infección está probablemente localizada al conducto auditivo externo. No obstante, el diagnóstico de otitis externa *exclusivamente* se sienta con las naturales reserrvas.

Se instituye un tratamiento a base de irradiaciones por el arco polimetálico de Saidmann, según la técnica de Auzimour (1). A la primera sesión, sedación del dolor espontáneo; a la tercera, el conducto más permeable permite la exploración otoscópica, pudiéndose ver un tímpano íntegro y normal, salvo una ligera rubicundez en los contornos del mango del martillo. A la sexta aplicación, la enferma está curada; la tumefacción ha desaparecido y no hay el menor dolor a la presión.

OBSERVACIÓN 6.ª (PERSONAL). — El 15 de mayo de 1931, ingresa en nuestra clínica el soldado F. V., de veintidós años, afecto de intensa otitis externa del lado izquierdo. El conducto está enormemente infiltrado y doloroso a la presión sobre trago e intento de introducción del espéculum, por lo que la otoscopia resulta imposible. La cara posterior de concha en la parte correspondiente al tercio medio del surco retroauricular está muy tumefacta, y asimismo muy dolorosa a la presión.

El día 16 de mayo de 1931, es decir, al día siguiente de su ingreso, se le aplica la primera sesión de rayos ultra-violeta emitidos por la lámpara Júpiter, siguiendo en un todo la técnica de Auzimour, es decir, proyectando el fascículo luminoso sobre la oreja, estando colocado el enfermo a veinte centímetros del foco, con una duración de un cuarto de hora, cuya primera aplicación va seguida de un gran alivio del dolor, tanto espontáneo como provocado a la presión. Se continúan las irradiaciones a días alternos, aumentando el tiempo de exposición en cinco minutos cada una de ellas hasta llegar a treinta en la tercera, después de la cual puede ya ser practicada una otoscopia aunque con alguna molestia por parte del enfermo, molestias que van desapareciendo en los días sucesivos hasta desaparecer por completo el día 25 de mayo de 1931, en que estando completamente curado, sale de alta.

Mas justo es reconocer que no siempre adoptan los hechos el mismo giro favorable; no siempre se logra la curación como en los enfermos expuestos en cinco o seis sesiones, y por el contrario algunos casos presentan cierta rebeldía que, aun ayudando el tratamiento con la vacunoterapia, no se alcanza la curación en menos de diez o doce sesiones.

Es por esta razón por la que siguiendo el ejemplo de Oeken, de Leipzig, que ha tratado cien casos de otitis externa difusas y circunscritas con la lámpara de rayos caloricos exclusivamente (Sollux), y teniendo en cuenta la facilidad que para ello presta la lámpara Júpiter con sólo el cambio de los carbones, hemos ensayado este procedimiento, con el que, a decir verdad, hemos obtenido mejores resultados que con los ultra-violetas, pues en ningún caso hemos tenido necesidad de practicar la menor incisión por haberse efectuado la reabsorción espontáneamente.

(1) Auzimour y Duerto: «Los Rayos ultra-violeta en O. R. L.». («Revista Española y Americana de Laringología»; agosto-septiembre, 1930. Madrid).

A continuación exponemos en un cuadro el número de casos tratados con una y otra clase de rayos, especificando el número de sesiones en cada uno:

Núm.	Nombre	DIAGNOSTICO	Clase de rayos	Núm. de sesiones	OBSERVACIONES
1	F. V.	Otitis externa difusa izquierda	U. V.	5	
2	I. C	Otitis externa derecha	U. V.	10	Al 5.º día dilatación
3	A. B.	Otitis externa bilateral	U. V.	9	Cuatro inyecciones de vacuna estafilocócica
4	M. O.	Forúnculo del c. a. e. derecho	U. V.	10	
5	I. P.	Otitis externa difusa izquierda	I. R.	6	Vacunoterapia
6	R. F.	Forúnculo del c. a. e. izquierdo	I. R.	3	
7	E. P.	Otitis difusa bilateral	I. R.	4	Vacunoterapia
8	A. D.	Otitis externa difusa bilateral	I. R.	3	Ligeros fenómenos inflamatorios
9	C. A.	Otitis externa difusa bilateral	I. R.	5	Muy mejorado
10	A. X.	Otitis externa difusa derecha	I. R.	11	Intensísima reacción inflamatoria. Vacuna
11	A. M.	Forúnculo del c. a e. derecho	I. R.	4	Muy mejorado
12	G. R.	Otitis externa difusa izquierda	U. V.	6	
13	R. F.	Otitis externa difusa bilateral	I. R.	4	

Fácilmente puede advertirse la diferencia de sesiones entre los casos tratados por los rayos ultra-violeta y los sometidos a la acción de los infrarojos, con ventaja por parte de éstos en cuanto a la eficacia y rapidez del tratamiento.

Hay en cambio otras formas de otitis externa que benefician rápidamente de los rayos ultra-violetas, y en las que éstos se muestran altamente eficaces. Nos referimos a esas otitis externas concomitantes con las infecciones del oído

medio y determinadas seguramente por la irritación que el paso constante del pus por el conducto produce en su epitelio con infección consecutiva. Estas otitis mejoran desde las primeras aplicaciones; la tumefacción desaparece poco a poco y acaban por, tras cuatro o cinco sesiones, curar completamente. Cierto que, habida cuenta de los favorables efectos de los rayos sobre la infección de la caja, la supuración disminuye, como veremos y por lo tanto uno de los factores de infección de conducto va amortiguándose con el tratamiento; pero ello no obsta para que la curación del proceso externo no pueda ser a esto atribuída, toda vez que la supuración, aunque disminuída, persiste algunos días y, por otra parte, el mismo favorable efecto produce en las otitis externas que acompañan a los procesos crónicos de la caja, y en éstos la acción de los ultra-violeta es más inconstante.

En resumen, las radiaciones ultravioleta son, indudablemente, un excelente medio terapéutico de las otitis externas, pero a nuestro entender, son netamente superiores a ellas las radiaciones infra-rojas.

La *otomicosis*, la *miringitis ulcerosa*, el *lupus del pabellón* y todas las lesiones traumáticas de éste (quemaduras, heladuras, heridas..., etc.), curan mucho más rápidamente y con mejores resultados estéticos que con cualquier otro tratamiento. En la primera de las citadas afecciones, tan rebelde a los tratamientos antisépticos, desaparecen todos los fenómenos en dos o tres sesiones.

Y vamos ahora a ocuparnos de una de las cuestiones más controvertidas en actinoterapia otológica, cual es la eficacia de las radiaciones en los procesos infecciosos del oído medio, cuestión sobre la que se dista mucho de estar de acuerdo, y cuyo motivo no es otro sino la diferencia y contradición de los resultados obtenidos.

Según Cemach, la acción de los ultra-violeta en los procesos agudos es altamente beneficiosa por la notable sedación y aun desaparición del dolor desde la primera sesión con regresión inmediata de los fenómenos agudos, efectos muy difícil de conseguir a juicio de Poret, por cuanto «*la abertura de un tímpano, aun ampliamente incindido, es muy estrecha para dar paso a un fascículo de radiaciones de alguna intensidad*», contradictorias opiniones que ponen de manifiesto la diversidad de puntos de vista respecto a la acción de los rayos ultra-violeta en los procesos infecciosos de la caja de tímpano. Los resultados obtenidos por nosotros, nos permiten sustentar una opinión más de acuerdo con el criterio de Cemach que con el de Poret. Y es que a nuestro juicio, y como hemos expuesto en anteriores trabajos (1), las radiaciones no actúan *sólo* por acción directa sobre las lesiones, sino que, como dice muy bien Saidmann, actúan por intermedio de los rayos catódicos que desplazan

(1) Auzimour y Duerto. Loc. Cit. y Duerto: «El tratamiento de las otitis medias supuradas por los rayos ultra-violeta»; «Ars Médica», septiembre, 1930. Barcelona).

iones o electrones por el organismo, produciendo una sensibilización de los tejidos vivos debida a los catalizadores con consecutivas modificaciones celulares absorbidas por las terminaciones vasculares y transportadas por el torrente circulatorio, efecto que no puede ser producido más que empleando la totalidad de las radiaciones del espectro con intensidad suficiente, condiciones que no reúnen los electrodos empleados por Poret, de cuarzo, y de los que están provistos en mayor o menor grado, tanto las lámparas de mercurio como los arcos polimetálicos. Y he aquí la razón por la cual somos partidarios del empleo de éstos.

Mas dejando aparte esta cuestión, más propia del actinólogo que del otólogo, y la que, de entrar a fondo nos llevaría demasiado espacio, veamos los efectos que producen las radiaciones y los resultados que cabe esperar de su empleo en cada una de las diferentes formas de infección del oído medio.

Debiendo ser considerada la *otitis media catarral* como una complicación de las diferentes afecciones rino-faríngeas (coriza, rino-faringitis, adenoiditis..., etcétera), es indudable que como dice Hans Leicher «*es preciso ante todo preocuparse del proceso nasal o faríngeo, pues la fototerapia será vana mientras existan estos procesos que impiden la curación*»; acertadas palabras que no sólo tienen aplicación al proceso que nos ocupa, sí que también deben ser tenidas muy presentes en todas las infecciones del oído. Pero aparte esta consideración, que ya es de suponer que sea tenida en cuenta antes de comenzar la aplicación de las radiaciones, el hecho es que éstas detienen rápidamente la evolución hacia la supuración en las otitis congestivas y catarrales; el dolor se atenúa primero y desaparece en seguida; el tímpano congestionado toma rápidamente un aspecto normal; el exudado se reabsorbe y la audición vuelve a la normal al cabo de cinco o seis sesiones.

OBSERVACIÓN 7.ª (DR. AUZIMOUR). — Señor R., treinta años. Consulta por sordera y dolor del oído derecho consecutivos a un resfriado sufrido días antes.

Otoscopia. — Tímpano uniformemente rojo, sin detalle anatómico y un poquito abombado.

Audición. — O. D. Reloj, contacto; voz baja, 20 centímetros; Weber, lateralizado a la derecha; Rinne, negativo.

Diagnóstico. — Otitis media catarral derecha.

Tratamiento. — Irradiaciones mastoídeas con el arco polimetálico de Saidmann. A la segunda sesión, desaparición completa del dolor; a la tercera, el tímpano está ya sonrosado y sin abombamiento. Audición: reloj, 25 centímetros. A la sexta aplicación, tímpano normal. Audición: reloj, 90 centímetros.

OBSERVACIÓN 8.ª (PERSONAL). — Soldado C. S., veintiún años; natural de Menjíbar (Jaén). Ingresa en nuestro servicio el 27 de abril de 1931, aquejando intensos dolores del oído derecho y pérdida de la audición. Acaba de padecer un catarro ligero en el cuartel.

Otoscopia. — Resulta muy penosa para el enfermo a causa de los dolores que la introducción del espéculum provoca. El conducto auditivo está infiltrado y ocupado por secreciones serosas mezcladas con restos de descamación epidérmica. El tímpano rojo, ligeramente retraído y sin detalle alguno, pero íntegro y movible.

Audición. — O. D., Reloj, 5 centímetros; voz baja, 50 centímetros; Rinne, negativo; Schwabach, prolongado; Weber, lateralizado a la derecha.

Diagnóstico. — Otitis catarral derecha. Otitis externa derecha.

Tratamiento. — Con exclusión de toda otra terapéutica se comienza el día 28 la aplicación de rayos ultra-violeta con la lámpara Júpiter, administrando una primera sesión de quince minutos; el 30 se da la segunda, de veinte minutos, notándose al día siguiente un alivio muy marcado de los dolores y de la infiltración de las paredes del conducto, siendo ya practicable sin apenas dolor la otoscopia, por la cual se aprecia un tímpano ligeramente sonrosado y vascularizado. La audición ha mejorado también un poco. Voz baja, 60 centímetros. Se continúa el tratamiento actinoterápico a días alternos y aumento progresivo del tiempo de exposición hasta llegar a media hora y a la sexta sesión, tras la que han desaparecido por completo todos los fenómenos dolorosos e inflamatorios, y el enfermo sale de alta, completamente curado, con una audición completamente normal en sus dos oídos.

OBSERVACIÓN 9.ª (PERSONAL). — Procedente del Servicio de Medicina general, donde ha sido asistido de una bronquitis, ingresa en nuestra clínica el día 10 de mayo de 1931 el soldado J. A., de veintiún años, natural de Martos (Jaén), afecto de dolor y disminución de la audición de ambos oídos, síntomas que viene sufriendo desde que le comenzó la bronquitis días antes.

Otoscopia. — Se observan en primer lugar sendos tapones de cerúmen en los dos conductos; extraídos los cuales se aprecia, tanto en uno como en otro lado, un tímpano sonrosado con arborizaciones vasculares rojas, desfigurado y ligeramente retraído.

Audición. — El reloj no es percibido en ninguno de los dos lados por vía aérea. La voz, cuchicheada tanto en el oído derecho como en el izquierdo es nula; Rinne, negativo; Schwabach, prolongado, y Weber, indiferente.

Diagnóstico. — Otitis catarral doble post-gripal.

Tratamiento. — Inhalaciones balsámicas y pulverizaciones retro-nasales de fenosalil. Actinoterapia. Se administra la primera sesión el mismo día 10, dando quince minutos de irradiación mastoídea con el aparato Júpiter; las sesiones sucesivas aumentadas en cinco minutos hasta un límite de treinta, y administradas a días alternos determinan una sedación de los síntomas, que se inician con la segunda aplicación y que culminan con la curación a la quinta, tras la que el enfermo sale curado, oyendo normalmente por sus dos oídos.

Ahora bien; acontece en muchas ocasiones que la otitis catarral no es sino el primer paso de un proceso infeccioso que acabará supurando francamente, como también es cierto que, merced a una cualquiera de las múltiples causas que en ello influyen, la infección adopta desde el primer momento gran incremento y se produce una *otitis media supurada* con perforación timpánica y aun en algunos casos participación, *d'emblée,* mastoídea en el proceso. Pues bien; aun en estos casos hemos podido comprobar una favorable influencia de las radiaciones, tanto sobre los signos subjetivos como sobre los objetivos y funcionales. El dolor espontáneo y a la presión cede primero y acaba por desaparecer; la supuración se agota; la audición se recobra y la perforación timpánica o la incisión de paracentesis se cicatriza en muchas ocasiones, recuperando la membrana su aspecto y coloración normales; todo ello en doce o catorce sesiones en la generalidad de los casos, si bien hay casos favorables en los que la curación se alcanza mucho más rápidamente, como existen otros más rebeldes, que requieren un mayor número de aplicaciones. De todos modos, aun en estos casos desfavorables, en los que hemos llegado a irradiaciones de una hora de duración, rebeldía debida la mayoría de las veces a un estado general precario, hemos podido lograr la curación y evitar el paso del proceso a la cronicidad. Hasta el momento llevamos tratados más de cincuenta casos en nuestro servicio, y si bien es cierto que en algún caso hemos conseguido la curación en sólo cuatro sesiones, no nos ha faltado tampoco

alguno en el que para lograrla hemos tenido que emplear los rayos durante más de veinte aplicaciones. A continuación exponemos algunos de los que hemos observado en el Servicio del doctor Auzimour, del Instituto de Actinología de París y en nuestro Servicio del Hospital, que juzgamos altamente demostrativos e interesantes.

OBSERVACIÓN 10.ª (DR. AUZIMOUR). — *Otitis media supurada aguda con reacción mastoídea.* — Niño J. B., de ocho años. Dolor intenso del oído izquierdo desde hace veinticuatro horas. Mastoides dolorosa a la presión. Temperatura, 39 grados. Por otoscopia se advierte un tímpano rojo y muy abombado, sin detalle anatómico alguno pero íntegro y sin perforación. Se practica paracentesis que origina la salida de abundante cantidad de secreción francamente purulenta.

A reserva de intervenir quirúrgicamente sobre mastoides si los fenómenos inflamatorios mastoídeos no ceden rápidamente, se instituye un tratamiento actinoterápico por irradiaciones mastoídeas con el arco polimetálico de Saidmann. A la primera sesión, sedación absoluta del dolor espontáneo y provocado, empezando a bajar también la temperatura, que desciende por debajo de la normal a la tercera aplicación. A la sexta, la supuración ha disminuído considerablemente, y no hay el menor vestigio de dolor mastoídeo ni a la presión muy acentuada. A la dozava sesión, el tímpano ha recobrado su color y aspecto normal y ha cicatrizado la incisión de miringotomía. La audición queda un poco por bajo de la del oído opuesto.

OBSERVACIÓN 11.ª (PERSONAL). — Procedente de la sala de infecciosos, habilitada para los de gripe con motivo de la epidemia habida durante el invierno, ingresó en nuestra clínica, convaleciente de esta infección, el día 20 de abril de 1931, el soldado Pedro N., de veintidós años, natural de Murillo de Gállego (Zaragoza), aquejando intensos dolores del oído derecho y acentuada sordera, cuyos dolores se amortiguaron sensiblemente durante aquella noche, al propio tiempo que se establecía una supuración muy abundante.

La otoscopia practicada al día siguiente, puso de manifiesto un tímpano muy rojo, sin detalle y con una perforación marginal situada en el cuadrante ántero-inferior por la que surgía abundante secreción purulenta al efectuar el Valsalva. Marcado dolor antral a la presión. Fiebre, 37 grados.

Las pruebas de audición fueron las siguientes: reloj, contacto. Voz cuchicheada, 30 centímetros. Weber, localizado a la derecha. Rinne, negativo. Schwabach, prolongado. El límite inferior de los sonidos está elevado; el diapasón más bajo es el de 128 v. d.

Como quiera que pese a la existencia de abundante supuración, el dolor mastoídeo a la presión y la temperatura sub-febril parecen indicar la de una dificultad de la evacuación del pus de la caja, cosa por otra parte muy probable y posible dado el lugar marginal de la implantación de la perforación timpánica, se practica el mismo día una miringotomía colocando un drenaje de gasa, que se extrae al día siguiente. La supuración es abundantísima; el dolor antral persiste sin modificación apreciable y la temperatura sigue unas décimas por encima de 37.

Se disponen lavados de agua oxigenada para limpiar el conducto y arrastrar las secreciones, evitando así la maceración y contaminación de sus paredes, y se comienza el tratamiento actinoterápico con la lámpara Júpiter (carbones U. V.), administrando una primera sesión de diez minutos de duración como tanteo. El 24, se aplica la segunda, de quince minutos, tras la que los fenómenos dolorosos ceden notablemente, bajando la fiebre por bajo de 37. El 26, nueva sesión de veinte minutos, y el 28, otra de veinticinco minutos. A partir de este momento la supuración va disminuyendo progresivamente, al punto de que el día 2 de mayo de 1931 es ya muy escasa y mucho más flúida. El tímpano ha tomado un aspecto sonrosado claro, apreciándose ya el mango del martillo, que se dibuja perfectamente; el 4 de mayo de 1931, la supuración es casi nula, y el tímpano tiene un color normal, salvo algunas arborizaciones vasculares que irradiando del umbo se desparraman radialmente hacia el marco timpánico. La perforación está casi cicatrizada, cicatrización que es completa (y por lo tanto la exudación se ha agotado) el día 6 de mayo de 1931, en que el tímpano, de aspecto y color normal, permite una audición notablemente mejorada (Relog, un metro). El mismo día se le da el alta completamente curado, habiendo recibido un total de siete aplicaciones.

OBSERVACIÓN 12.ª (PERSONAL). — El día 7 de mayo de 1931, ingresa en nuestro servicio el soldado Víctor M., de veintidós años, natural de Pulgar (Toledo), procedente de la sala de infecciosos, en la que ha sido atendido de sarampión, en el curso del que comenzaron a supurar ambos oídos, supuración que, muy abundante y acompañada de zumbidos y sordera, persiste a su ingreso en nuestra clínica.

Por otoscopia se aprecian ambos tímpanos muy rojos, sin detalle anatómico y con una perforación igual situada en la parte central del cuadrante ántero-inferior. No hay fiebre ni dolor mastoídeo alguno.

La faringe está tapizada en su pared posterior de secreciones moco-purulentas, indicadoras de un catarro naso-faríngeo. Por rinoscopia posterior se aprecia la existencia de un grueso paquete de vegetaciones adenoides.

La audición es la siguiente: Reloj, O. D., 3 centímetros; O. I., 5 centímetros. Voz cuchicheada, oído derecho, O; O. I., 10 centímetros. Límite inferior de los sonidos, 128 v. d., en ambos oídos. Rinne, negativo en los dos lados. Schwabach, prolongado. Weber, indiferente, si bien a nueva exploración parece lateralizarse del lado derecho.

El día 9 de mayo de 1931, se procede a un legrado de las vegetaciones adenoides, que se efectúa sin la menor novedad, extrayendo un paquete de gran tamaño, y se instituye un tratamiento antiséptico del cávum por instilaciones nasales de aceite gomenolado y pulverizaciones retro-nasales de fenosalil. Lavados auriculares de agua oxigenada con la misma finalidad que en el caso anterior.

El día 10 de mayo de 1931 se comienza el tratamiento actinoterápico, empezando por quince minutos en la primera sesión. Las siguientes, administradas a días alternos, aumentan su duración en cinco minutos cada una hasta un límite de cuarenta y cinco, del que no se pasa. Paulatinamente la supuración va disminuyendo, al propio tiempo que se va haciendo más flúida y el tímpano va recobrando su aspecto normal en los dos lados, siquiera avance más rápidamente el izquierdo, que el día 7 de junio de 1931, tras diez sesiones, está completamente cicatrizada la perforación, y por lo tanto sin supuración. El oído derecho necesita tres sesiones más para lograr el mismo resultado. El día 13 de junio de 1931, sale de alta, presentando las siguientes características auditivas: Reloj, oído derecho, un metro; O. I., 80 centímetros. Voz cuchicheada; O. D., 5 metros; O. I., 4.500 centímetros. Rinne, positivo en los dos lados. Schwabach, normal. Weber, indiferente. Límite inferior 64 v. d.

Algunos casos más podríamos exponer en que los resultados obtenidos difieren muy poco de los mencionados, los que demuestran de una manera indubitable la eficacia de los rayos ultra-violeta en las otitis medias agudas. Cierto que se nos podrá argüir que para conseguir los mismos resultados, es decir, para lograr la curación de un proceso infeccioso agudo del oído medio, basta en muchas ocasiones con realizar una acertada terapéutica nasal y faríngea y abrir ampliamente el tímpano para asegurar el desagüe, pero aunque esto es rigurosamente exacto y no hace falta para nada la aplicación actinoterápica en la curación de muchas otitis medias, también lo es que no siempre se consigue, y por el contrario la infección se eterniza y se instala crónicamente.

Porque es el caso que existe una forma de otitis media supurada que aun cuidada y tratada escrupulosamente, ofrece una inusitada rebeldía al tratamiento más concienzuda y científicamente instituído. Son enfermos en los que la infección adopta desde el primer momento un giro rastrero, insidioso y solapado por encontrar un terreno favorable para quedar acantonada sin exteriorizarse franca y ruidosamente; bien entendido que con el término de *terreno favorable* no queremos expresar la existencia de una decadencia orgánica predisponente, no una falta orgánica de defensas para luchar y vencer a la infección, que podrá existir o no, independiente de ésta; nos referimos a esa configuración especial de los órganos del oído que favorecen el paso de la infección a las células mastoídeas, y creando, no una otitis, sino una otomastoiditis que por la poca virulencia acaso del microorganismo productor no se manifiesta ostensiblemente, sino que evoluciona lánguida y rastreramente, sin grandes signos aparentes, pero con la persistencia desesperante del flujo

purulento que no se agota, sincillamente, porque estando mantenido por la infección de las células mastoídeas a donde no llegan los líquidos antisépticos ni los polvos ni ningún agente terapéutico, no puede agotarse más que interviniendo quirúrgicamente. Y estas oto-mastoiditis que llegan a la sexta o séptima semana sin que una miringotomía y un concienzudo tratamiento hayan podido secar a pesar de los cuidados rino-faríngeos y nasales; estas oto-mastoiditis, a las que Auzimour ha dado el nombre de «*Trainantes*», son las que verdaderamente ponen de manifiesto el alto valor terapéutico de la actinoterapia, al ver cómo en el trascurso de las aplicaciones la supuración va cediendo, la audición se va recobrando, el aspecto del tímpano se va modificando y acaba por normalizarse todo en un plazo de tres o cuatro semanas (unas quince sesiones), al cabo de las cuales se alcanza la completa curación, siquiera persista la perforación que rara vez se cicatriza y quede un déficit funcional de escasas proporciones.

OBSERVACIÓN 13.ª (DR. AUZIMOUR). — *Otitis media «trainante»*. — Niño J., de nueve años. Supuración del oído derecho desde cuatro meses antes del momento en que se presenta a la consulta. El año anterior adenotomía y amigdalectomía.

La otoscopia muestra un tímpano rojizo con una perforación como de un milímetrro cuadrado en el cuadrante ántero-inferior, por la que sale abundante exudado purulento ligeramente fétido.

Las pruebas de audición dan el siguiente resultado: Reloj, O. I., un metro; O. D., 30 centímetros. Weber, lateralizado a la derecha. Rinne, negativo al mismo lado. La exploración de la voz, practicada repetidas veces, no ha permitido sacar datos fijos y concluyentes por los contradictorios resultados, hecho por lo demás muy frecuente en los niños.

Además de lavados con suero fisiológico e instilaciones de alcohol boricado a saturación para limpiar el conducto y desodorizar el exudado, se instituye un tratamiento actinoterápico. A la segunda sesión el pus es más flúido y menos abundante; el tímpano está más pálido y la audición ha aumentado ligeramente (reloj, 40 centímetros; no tendría nada de particular que este rápido aumento de la audición no fuese tal, sino que lo mismo que ocurrió al explorar la voz anteriormente, el niño hiciese manifestaciones erróneas, como también puede ser debido a la limpieza del conducto y caja con los lavados e instilaciones). A la octava sesión la supuración es muy escasa y serosa; el tímpano tiene su coloración normal. A la dozava, éste está completamente cicatrizado, no habiendo supuración por consiguiente; la audición presenta las siguientes características: Reloj, 0,70 metros en el oído derecho; el izquierdo, la misma que anteriormente; el Weber es indiferente y el Rinne positivo en ambos lados. (Insistimos en que no puede darse demasiado valor y crédito a las pruebas de audición en la infancia. De todos modos, en este enfermito la audición mejoró notablemente).

Sin embargo, no cabe duda que en muchas ocasiones la persistencia de la supuración y la infección no obedece a un estado local exclusivamente. Por el contrario, hay formas en las que la infección se mantiene a consecuencia de un deplorable estado general. Se trata generalmente de niños afectos de taras hereditarias, raquíticos o escrofulosos, incapaces para defenderse con éxito de una infección por poca que sea la virulencia del agente productor. Leicher, que ha tratado doce niños raquíticos afectos de otitis (cinco con mastoiditis), logrando diez curaciones sin tener que recurrir a la intervención quirúrgica más que en dos casos, recomienda *cuidar la causa* y buscar los síntomas de raquitismo investigando la tasa de calcio y fosfatos en la sangre, cuyo equilibrio se restablece por los rayos ultra-violeta (según dice) en un plazo de

ocho a catorce días (!). Gyorgy y Gottlieb recomiendan, con el fin de asegurar y aumentar los efectos de las radiaciones, sensibilizar a los niños por la eosina antes de comenzar el tratamiento. En el Instituto de Actinología de París hemos visto al doctor Auzimour asociar en estos casos las irradiaciones generales al tratamiento local con excelente resultado. Véase el siguiente caso.

OBSERVACIÓN 14.ª (DR. AUZIMOUR). — Niña O. L., de trece años. Supuración intermitente del oído derecho desde hace seis meses, en que comenzó por un brote agudo post-gripal. Enfermita demacrada y con muy mal estado general; adenopatías cervicales. Operada el año anterior de vegetaciones.

Por otoscopia se observa un tímpano uniformemente infiltrado, con una perforación casi marginal en el cuadrante póstero-inferior, por la que surge un pus filamentoso fétido.

Audición. — Reloj, O. I., un metro; O. D., 70 centímetros. Weber, a la derecha. Rinne, negativo a la derecha.

El tratamiento consiste en irradiación local de la mastoides, prescindiendo de toda otra terapéutica, combinada con irradiaciones generales. A la sexta aplicación el estado general se ha levantado notablemente y el aspecto del tímpano se ha modificado favorablemente. Siguen las irradiaciones generales bajo la dirección del doctor Saidmann, director del Instituto. Dos meses después hemos vuelto a ver a la enfermita, que está completamente cambiada. La curación del oído se mantiene y la audición es la misma en los dos lados.

Pero para la administración de las irradiaciones generales precisa una instalación idónea, como la de que están provistos en el mencionado Instituto, donde han instalado una playa artificial con lámparas muy potentes en la que se someten a la acción general de las radiaciones varios niños simultáneamente. Carentes nosotros de este medio, hemos recurrido en estos casos a la actinoterapia indirecta, administrando algún medicamento irradiado. Actualmente tenemos en tratamiento un niño, hijo de un carabinero, que nos fué traído a la consulta hace dos meses hecho una verdadera lástima. Supuraban sus dos oídos abundantísimamente; estaba verdaderamente agotado y extremadamente delgado y desnutrido. Se le practicó una adenodectomía, extrayendo un gran paquete adenoídeo y se le sometió a la acción de los rayos ultra-violeta, alternando las irradiaciones locales mastoídeas con las torácicas (un día por delante y otro por detrás). Además, se le han puesto doce inyecciones de opo-calcium irradiado. El niño ha mejorado notablemente, tanto de su estado general como de su infección auricular. La supuración ha disminuído y oye algo mejor. Sin embargo, dista mucho de estar curado y se continúa el tratamiento.

En resumen, siquiera tenga un margen de ineficacia (¿qué agente terapéutico no lo tiene?) que acaso pueda ser algún día con el perfeccionamiento de la técnica disminuído, puede afirmarse que el otólogo tiene en las radiaciones actínicas un poderoso medio para combatir las infecciones agudas del aparato auditivo.

No podemos decir lo mismo, desgraciadamente, de las *otitis crónicas*, en las que, pese a la opinión de Poret (quien empleando, como hemos dicho, los electrodos de cuarzo, dice que *«las serosidades y el moco-pus segregado por la mucosa disminuyen rápidamente, secándose por completo en cinco o seis sesiones y bastando prolongar el tratamiento algunas sesiones más para ver epidemizarse las lesiones»*) estamos también más de acuerdo con Cemach, para quien *«la acción de los rayos ultravioleta sobre las supuraciones crónicas no específicas del oído medio no puede establecerse categóricamente»*.

En efecto, los resultados observados por nosotros no nos permiten ser optimistas ni mucho menos. Cierto que la secreción disminuye y se torna más serosa, desapareciendo también la fetidez en algunas sesiones, pero esa cicatrización y epidermización de que habla Poret no la hemos podido observar en ningún caso.

Desde luego, no deja de llamar la atención el hecho de que del mismo criterio de Poret participen también Heynins y Frix, quienes utilizando también la efluviación asociada a los rayos ultra-violeta con los electrodos de cuarzo, dicen haber obtenido buenos resultados a *condición de no descuidar los tratamientos habituales,* opinión también sustentada por Dieudonné, que concede una gran importancia a la amplitud de la perforación timpánica, juzgando como únicamente favorables los casos de grandes perforaciones. Es posible que la efluviación no deje de tener alguna participación en el proceso reparador y que éste sea debido más a ésta que a la acción de los ultra-violeta, pero si tenemos en cuenta que los casos en que parecen ser eficaces las radiaciones son aquéllos en los que las lesiones están limitadas a la mucosa sin participación del hueso en el proceso, que al fin y al cabo responden también a los *tratamientos habituales* de que hablan los autores belgas citados, y que tan pronto como existe un proceso de osteitis fracasan irremisiblemente aun con la efluviación de los electrodos de cuarzo, no es aventurado suponer que los favorables resultados obtenidos obedezcan más bien a la acción de los agentes medicamentosos que a la de las radiaciones; sin que esto quiera decir (lo repetimos) que la efluviación no tenga alguna participación en el proceso cicatricial.

Nosotros hemos tratado sobre una veintena de casos seleccionados, desde luego, en los que las lesiones aparecían limitadas a la mucosa, desechando en absoluto, por los resultados observados durante nuestra permanencia en el Servicio del doctor Auzimour, todos aquellos en que la presencia de pólipos o granulaciones, o la exploración con el estilete nos indicase la presencia de un proceso osteítico, así como también, y a mayor abundamiento, las otitis colesteatomatosas o simplemente pseudo-colesteatomatosas, en las que ya habíamos adquirido suficiente experiencia sobre la absoluta ineficacia de las radiaciones. Son, éstas, afecciones que continúan tributarias del tratamiento quirúrgico (radical mastoídea), único que puede al menos por el momento combatirlas con éxito, pues, realmente, dadas sus características y su naturaleza, forzosamente han de oponer una invencible resistencia a toda terapéutica (farmacológica, física...,

etcétera), que no sea quirúrgica. De todos nuestros enfermos tratados con este agente físico, no hemos conseguido la curación ni en un solo caso; hemos obtenido notables mejorías, disminuyendo la supuración notablemente, al propio tiempo que se ha hecho más serosa y ha perdido su fetidez; hemos visto, incluso, una modificación de las lesiones; pero el agotamiento total de la exudación y la cicatrización y epitelización del fondo de la caja no la hemos visto nunca en nuestros enfermos. No obstante, a fuer de sinceros hemos de exponer la observación siguiente recogida en el servicio del doctor Auzimour.

OBSERVACIÓN 15.ª (DR. AUZIMOUR). — Niño P. D., diez y seis años. Supuración del oído izquierdo desde hace cinco años, sobrevenida a consecuencia del sarampión y que no ha cesado un solo día, siquiera haya habido intermitencias de cantidad, según el tratamiento empleado. Actualmente la supuración es muy abundante y fétida.

Por otoscopia se aprecia un tímpano destruído casi por completo, quedando únicamente la parte flácida y restos del mango del martillo que ocupan la concavidad de una gran pérdida de sustancia timpánica reniforme a través de la que se ve la pared interna de la caja de un color rojo vivo, de aspecto liso.

Audición. — Reloj, contacto. Voz cuchicheada, o. Weber, lateralizado a la izquierda. Rinne, negativo. El oído derecho, normal.

El examen rino-faríngeo pone de manifiesto una buena permeabilidad nasal. Operado de adenotomía hace tres años, el niño goza de muy buen estado general: es robusto y está bien constituído.

Tratamiento. — Lavados con suero fisiológico e instilaciones de alcohol boricado a saturación. Actinoterapia con la lámpara de Saidmann, según la técnica de Auzimour. A la tercera sesión, el exudado es más flúido e inodoro (es posible que la desodorización sea consecuencia de las instilaciones); en el trascurso del tratamiento va disminuyendo en cantidad paulatinamente, de modo que al llegar a la dozava aplicación es muy escaso y francamente sero-mucoso. El fondo de la caja ha tomado un aspecto rosa-pálido. A la 15.ª sesión la supuración se ha agotado; el algodón del conducto sale completamente seco. La audición ha mejorado un poco (reloj, diez centímetros). Siguen las irradiaciones sin ningún otro tratamiento, que se ha suspendido, y un mes más tarde la pared de la caja está completamente epitelizada, pero sin haber mejorado más la audición ni haber, naturalmente, cicatrizado la perforación timpánica.

En las *otitis tuberculosas,* parece ser, según la opinión de Cemach y de Heynin que la actinoterapia produce beneficiosos resultados. Aunque nuestra experiencia no nos permite formular un juicio concreto, verdaderamente hay que reconocer la posibilidad de la certeza de la opinión de los mencionados autores, sobre todo si se considera la influencia que las radiaciones ejercen sobre los procesos tuberculosos quirúrgicos, sobre las mucosas (superior, según Wessely, a todos los demás tratamientos) y sobre las osteitis tuberculosas, cuya curación, a juicio de Rollier, «*puede ser obtenida en toda edad y en todo período*». Por otra parte, así como en las otitis crónicas banales y en el colesteatoma el tratamiento quirúrgico es un excelente medio de curar estos procesos, las otitis tuberculosas, en cambio, se muestran tenazmente rebeldes y el vaciamiento petro-mastoídeo fracasa casi constantemente. Y siendo así, y considerando que no existe un tratamiento verdaderamente eficaz en esta forma de otitis, nada tiene de particular que se considere a la actinoterapia como un buen medio de combatir la tuberculosis del oído medio.

En las *otitis secas cicatriciales,* en los *procesos adhesivos* y en la *oto-esclerosis,*

especialmente en esta última, hay que ser, pese a la opinión de Cemach y de Leicher, que dicen haber obtenido marcadas mejorías tanto de la audición como de los zumbidos, un poco escépticos.

Sin embargo, teniendo en cuenta la acción indudable de las radiaciones sobre el simpático y las glándulas de secreción interna, y considerando el posible origen o cuando menos la influencia que en el desarrollo de la otospongiosis tiene el sistema endocrino-simpático (según Mirvish es debida a trastornos ováricos y paratiroídicos, hipótesis ya enunciada por nosotros anteriormente (1) en vista de las alteraciones del metabolismo basal en estos enfermos), no es aventurado suponer que, ya que no la curación y el retroceso de la enfermedad, puedan los rayos ultra-violeta determinar una detención del proceso. Además, que habida cuenta de que es una enfermedad en la que hasta el momento estamos completamente inermes, es asunto digno de la mayor atención y estudio.

De todas las lesiones del aparato auditivo, son seguramente las *heridas consecutivas a la trepanación de la mastoídea* y las *cavidades resultantes del vaciamiento petro-mastoídeo,* las que más benefician de los rayos ultra-violeta, pues como dicen muy bien Worms y Bollotte, «*la irradiación esteriliza las lesiones por su potente acción bactericida, al par que por la intensa vasodilatación que provoca, da lugar a mayor actividad en la granulación de la brecha operatoria que tiende a cerrarse rápidamente*».

Hay, en efecto, casos en los que, pese a la ausencia de antecedentes o signos de una tara (luéticos, fímicos, diabéticos..., etc.), por parte del enfermo que retrase o impida la cicatrización, ésta no se produce y la herida permanece atónica y abierta indefinidamente; es más, a veces está incluso estéril y sin la menor traza de infección y, sin embargo, la cicatriz no se forma o se lleva muy lenta y desesperadamente a cabo. Es posible que esta lentitud o resistencia a la cicatrización sean debidas a trastornos de la nutrición determinados por la sección de ciertos nervios y vasos durante la operación, como es muy posible también que sean consecuencia de alteraciones de las facultades osteogenéticas por un fenómeno análogo al que impide la cicatrización y consolidación de algunas fracturas, o quizás no sea extraño al proceso un estado general de hipocalcemia acaso ignorado; pero sea el que sea, el caso es que los rayos ultra-violeta provocan una excitación de la vitalidad de la herida, bien por la acción biótica de los de mayor longitud de onda, o bien por su influencia sobre el metabolismo, que en definitiva acelera extraordinariamente la cicatrización de estas heridas post-operatorias mastoídeas. Las primeras aplicaciones van seguidas de la aparición de una secreción sero-sanguinolenta inodora que reemplaza al exudado purulento y que acaba por des-

(1) Duerto. — «Sobre la etiología de la otospongiosis. ¿Son sus causas de origen endocrino?». («La Medicina Ibera»; núm. 587. 1929).

aparecer a la quinta o sexta irradiación. Simultáneamente con estos fenómenos la herida va tomando un color rojo cada vez más vivo y comienzan a crecer mamelones carnosos de buen aspecto. En los casos de persistencia de trayectos fistulosos, su cicatrización y cierre definitivo se lleva a cabo también con gran rapidez. Ahora bien; en todo caso es preciso que la atonía de la herida, el retardo de la cicatrización o la persistencia de la fístula, no sea debida a la presencia de un secuestro que mantiene el foco séptico, pues en estos casos no se obtendrá ningún resultado positivo si no se procede a la eliminación del secuestro previamente y se suprime así el foco que mantiene el proceso.

OBSERVACIÓN 16.ª (PERSONAL). — El 17 de abril de 1931 fué practicada una trepanación mastoídea muy amplia al soldado Francisco Calvo, de veintidós años, natural de Valencia, que padecía una mastoiditis del lado derecho. La operación resultó bastante laboriosa, debido a la presencia de un verdadero hormiguero supurado; toda la mastoides estaba llena de pus; sus células y tabiques intercelulares estaban destruídos y plenos de pus y fungosidades, al punto de que hubo necesidad de poner al descubierto la dura madre y el seno lateral en una gran extensión. La operación, llevada a cabo bajo anestesia local, muy bien soportada, terminó felizmente, pero el día 22 aparecieron fenómenos de septicemia, acusadores de una probable trombo-flebitis del seno lateral, que fué posteriormente confirmada clínicamente, y la que aunque fué combatida por procedimientos farmacológicos (electragol, inyecciones endovenosas de urotropina..., etc.), no hubo más remedio que reintervenir nuevamente. A tal efecto se practicó una nueva intervención para poner al descubierto todo el trayecto del seno lateral, incindirlo y efectuar el legrado del trombus, lo que naturalmente exigió una ampliación de la ya anterior gran brecha mastoídea. La situación no quedó normalizada hasta el día 6 de mayo de 1931, en que ya limpio de fiebre fué sometido el enfermo a la acción de las irradiaciones, bajo las cuales mejoró rápidamente, al punto de que a los cincuenta y dos días, es decir, el 28 de junio de 1931, salió de alta completamente cerrada su herida de trepanación, no obstante lo costoso que era conseguir una total reparación en tan profunda cavidad post-operatoria.

El caso siguiente es demostrativo de la influencia que en el retraso de la cicatrización tienen la persistencia de secuestros y la facilidad con que una vez extraídos cicatrizan las lesiones bajo la acción de las radiaciones. El caso es tanto más interesante cuanto que en el mismo enfermo coinciden las dos circunstancias, y por lo tanto el retraso de la cicatrización de uno de sus lados no puede ser achacado a otra causa de las que hemos apuntado como productoras del retardo de la cicatrización.

OBSERVACIÓN 17.ª (PERSONAL). — El día 6 de marzo de 1931 ingresó en nuestro Servicio el soldado José S. C., de veintidós años, natural de San Juan de Mondarn (Barcelona), padeciendo una otitis media supurada bilateral, la que, pese a los meticulosos cuidados y amplias miringotomías e irradiaciones ultra-violeta, acabó por complicarse con mastoiditis, primero del lado derecho y más tarde del izquierdo.

El día 24 de marzo de 1931, fué operado de la primera, practicándosele amplia mastoidectomía bajo anestesia local perfectamente tolerada, y el día 27 del mismo mes fué intervenido de su mastoiditis izquierda, asimismo bajo anestesia local *a petición del enfermo*. (Permítasenos aprovechar la ocasión para insistir una vez más en el alto valor de la anestesia local en las intervenciones quirúrgicas sobre mastoides; el presente caso es un ejemplo más, palpable y demostrativo de cuanto llevamos dicho en anteriores trabajos (1) en favor de la anestesia local en la cirugía mastoídea).

(1) Véase: Duerto. «La anestesia local en cirugía ótica». (CLÍNICA Y LABORATORIO; mayo, 1928). — «La anestesia local en cirugía mastoídea infantil». («Archivos de Medicina y Cirugía y Especialidades»; núm. 391). — «Consideraciones sobre el tratamiento de la mastoiditis del lactante». («La Medicina Ibera»; núm. 561). — «La anestesia local en cirugía mastoídea». («Ars Médica»; julio, 1929). — «La técnica de la anestesia local en cirugía mastoídea». («Ars Médica»; noviembre, 1929).

El curso post-operatorio discurrió sin el menor incidente; el enfermo, sometido a las irradiaciones ultra-violeta mastoídeas en ambos lados. Pero así como la mastoides derecha cicatrizó rapidísimamente (el 21 de mayo de 1931 estaba la herida completamente cerrada), la mastoides izquierda ofreció una rebeldía inusitada para cerrar por completo; la herida se rellenó con la misma rapidez que la del lado opuesto, pero quedaba una fistulita que seguía supurando incesantemente (en la figura 2.ª púede apreciarse claramente la brecha mastoídea cicatrizada, salvo una pequña porción del surco retro-auricular, punto de implantación de la expresada fístula); la exploración con el estilete nos mostró la existencia de una superficie ósea rugosa y movible, que supusimos un secuestro y que en consecuencia fué extraído el 30 de mayo de 1931, tras de una dilatación de la brecha operatoria, que empezó a cicatrizar y llenarse de nuevo con gran rapidez, pero no obstante, llegó un momento en que las cosas quedaron en el mismo estado que anteriormente; una pequeña fístula persistía sin cerrar y supurando, y el 4 de junio fué abierta de nuevo la herida y practicado un legrado con el que se extrajeron varias minúsculas esquirlas que eran sin duda el motivo de la persistencia de la supuración, como lo prueba el hecho de que el 3 de julio de 1931 la herida estuviese completamente cerrada y el enfermo curado tras unas sesiones alternas de rayos.

El mismo favorable efecto que en estas lesiones, producen los rayos ultra-violeta en las cavidades resultantes del vaciamiento petro-mastoídeo. Sabido es la resistencia que estas cavidades ofrecen a una normal reparación y epitelización por la tendencia que tienen a rellenarse con granulaciones exuberantes que hay que eliminar con repetidas cauterizaciones. Buena prueba de ello es el cúmulo de métodos de tratamiento propuestos para acelerar el curso post-operatorio tan prolongado y lento la mayoría de las veces. Ni la cura seca con mechas de gasa aséptica, ni los lavados con sustancias antisépticas, ni la insuflación de polvos antisépticos o inertes, ni las repetidas cauterizaciones por el ácido crómico o el nitrato de plata, son potentes en muchas ocasiones para evitar que la cavidad se llene de granulaciones y supure constantemente, y conseguir que el proceso de reparación y ulterior epitelización se lleve a cabo normal y rápidamente; y en esto, precisamente, estriba la resistencia y la enemiga de muchos otólogos a practicar la radical mastoídea. Pues bien; lo que no se consigue con ninguno de estos procedimientos lo hemos visto (y podido) conseguir nosotros con las radiaciones ultra-violeta.

Y es que, empleados precozmente, dan lugar por su acción bactericida a la rápida desinfección del foco; por su acción estimulante producen la pronta formación de mamelones cicatriciales, y por sus efectos queratogénicos favorecen la epitelización de la cavidad sin la presencia y creación de granulaciones exuberantes; en una palabra, se logra la curación completa en un plazo de dos meses o dos meses y medio, curación que no se alcanza casi nunca en tan corto plazo con los medios de tratamiento, secos o húmedos, habituales. Ahora bien; es preciso ser muy prudente, evitando las dosis demasiado fuertes que podrían provocar, al excitar demasiado la superficie cruenta, una granulación excesiva con todos sus inconvenientes. Por esta razón consideramos preferibles las lámparas de arco a las de mercurio, que emiten radiaciones demasiado irritantes, razón por la que, Leicher, que es partidario de su empleo, recomienda filtrar los rayos con filtros azules a fin de evitar la irritación de las células que se reproducen y su necrosis. Worms asocia las radiaciones a

la cura por la ambrina, según el método de Liebault, de cuya asociación dice que «debe realizar la fórmula del porvenir en los cuidados post-operatorios de los vaciamientos petro-mastoideos». Nosotros estamos persuadidos de que constituyen un excelente medio de tratamiento, y tan es así que tanto en las trepanaciones simples como en las radicales mastoideas, las usamos sistemáticamente.

Y para terminar con las indicaciones de los rayos últra-violeta en Otología, no queremos dejar de señalar la influencia que, como dice Cemach, «tienen las

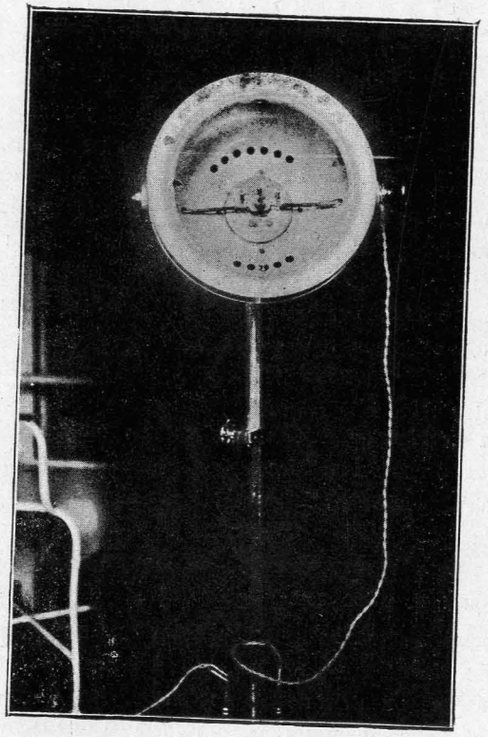


FIGURA 1.ª

Lámpara Júpiter, vista de frente. La cubierta metálica anterior ha sido quitada para poner de manifiesto el interior y el dispositivo de los carbones.

radiaciones sobre los enfermos debilitados y agotados por complicaciones intracraneales, en las que, y en particular en los estados septicémicos, es evidente; la acción bienhechora de la luz sobre la nutrición, la circulación, y el apetito, se manifiesta aquí patentemente». Y que ello es así lo demuestra la observación décimasexta, que en cincuenta y ocho días curó perfectísimamente a pesar de haber sufrido una complicación tan extremadamente grave como es la trombo-flebitis.

TÉCNICA. — Ciertos autores, como Cemach, Worms y Bolotte, son partidarios de un tratamiento local a cuyo fin emplean la lámpara de mercurio, a la que adosan unos localizadores especiales, constituídos por tallos de cuarzo que conducen las radiaciones hasta la caja del tímpano a través del conducto auditivo; Cemach asocia, además, a los rayos ultra-violeta los infra-rojos emitidos por una lámpara de incandescencia (Sollux). Otros, como Heyninx y Frix, y Poret, prefieren, persiguiendo el mismo objeto, los electrodos intra-auriculares de cuarzo, que montados sobre aparatos de alta frecuencia emitan las radiaciones en contacto mismo con las lesiones y cuyos electrodos son introducidos

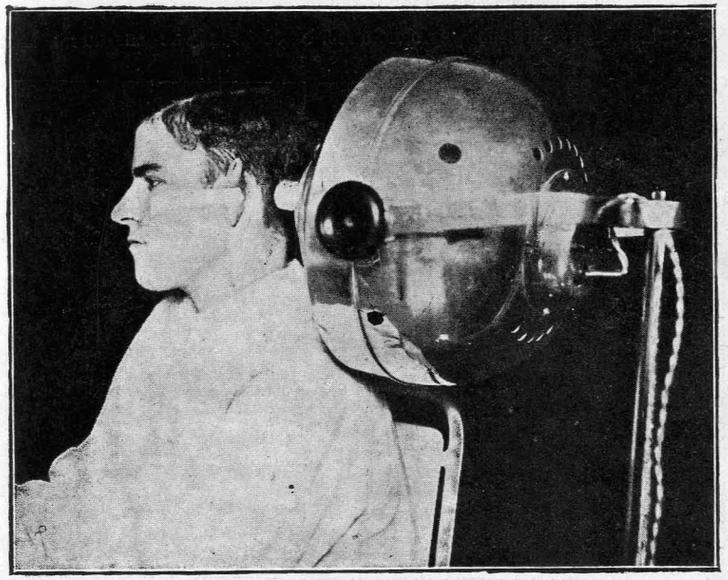


FIGURA 2.ª

Lámpara Júpiter, funcionando, según la técnica para irradiaciones mastoídeas. El enfermo, sentado, recibe el fascículo luminoso proyectado sobre su mastoides, estando la oreja reclinada hacia adelante y sujeta por una tira de esparadrapo. En el surco retro-auricular se aprecia la cicatriz de trepanación incompletamente cerrada.

por el conducto auditivo externo hasta que su extremo libre se pone en contacto con la caja o con la membrana del tímpano.

A nuestro entender ambos procedimientos tienen inconvenientes; las radiaciones transportadas a través de los localizadores nos parecen poco menos que ineficaces por la impermeabilidad que oponen o por el desperdicio de los rayos a causa de las múltiples reflexiones que tienen que sufrir antes de su llegada a su destino. Además como hemos podido comprobar en los pocos casós

(generalmente otitis crónicas) que los hemos empleado (Fig. 3.ª), no es raro que produzcan quemaduras del conducto. Los electrodos de cuarzo tienen el gran inconveniente, de que como ha señalado Saidmann y como demuestran los espectrogramas, son de muy poca intensidad y muy pobres en rayos ultra-violeta. Pero aun prescindiendo de estos inconvenientes, que por sí solos ya son bastantes para ser tomados en consideración, ¿cómo conseguir que los rayos conducidos por los localizadores o producidos por lós electrodos de cuarzo penetren en la caja a través de la membrana timpánica? Cierto que se nos puede argüir que los partidarios de este último procedimiento confiesan su inutilidad cuando la membrana está íntegra o la perforación es muy pequeña, y que únicamente han logrado algunas curaciones en los casos de otitis crónicas con amplias perforaciones o pérdidas de sustancia timpánica,

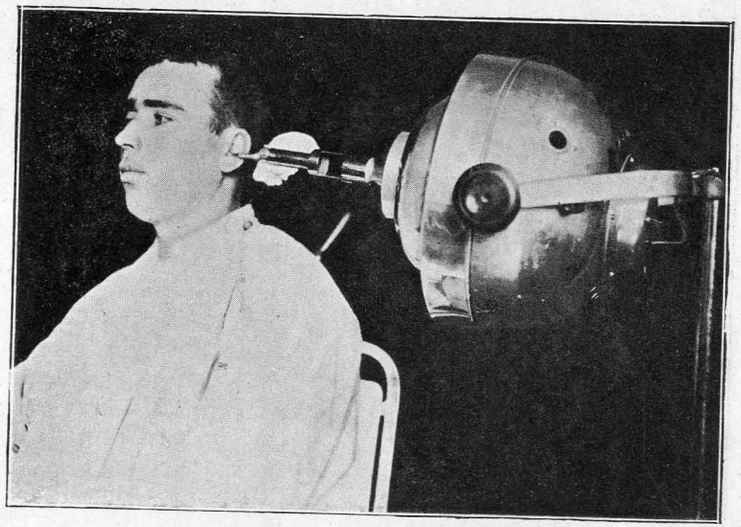


FIGURA 3.ª

Técnica de las irradiaciones intraauriculares por los localizadores de cuarzo. Las radiaciones son canalizadas por el tubo colector hasta el tallo de esta sustancia que las recoge y conduce al interior del oído a través del conducto auditivo externo.

que son precisamente los que nosotros hemos visto más rebeldes a las radiaciones. A nuestro entender, esta aparente contradicción, no se explica más que de una parte por la ineficacia de esta clase de rayos frente a procesos en que han de obrar por sí solos (casos agudos con pequeñísimas perforaciones) y de otra la posibilidad que, como hemos ya apuntado más arriba, en los casos en que puedan actuar directamente, se sumen a sus efectos los de la efluviación, si no es que como ocurre por ejemplo en el lupus nasal, es esta efluviación la que únicamente interviene como agente terapéutico.

Por todo ello, estimamos preferibles los arcos polimetálicos en los que los rayos ultra-violeta, los visibles y los infra-rojos, contribuyen conjuntamente a la acción terapéutica, que no precisa de la acción directa sobre las lesiones para llevarse a cabo.

La técnica empleada por nosotros difiere muy poco de la de Auzimour. Este autor emplea los arcos de Saidmann; nosotros usamos la lámpara Júpiter (Fig. 1.ª) que tiene, como hemos dicho, la ventaja de permitir el empleo de radiaciones ultra-violeta o infra-rojas, con sólo cambiar los carbones. Colocado el enfermo con el pabellón de la oreja vuelto hacia adelante y sujeto con una tira de esparadrapo (Fig. 2.ª) en la más cómoda posición posible, para que,

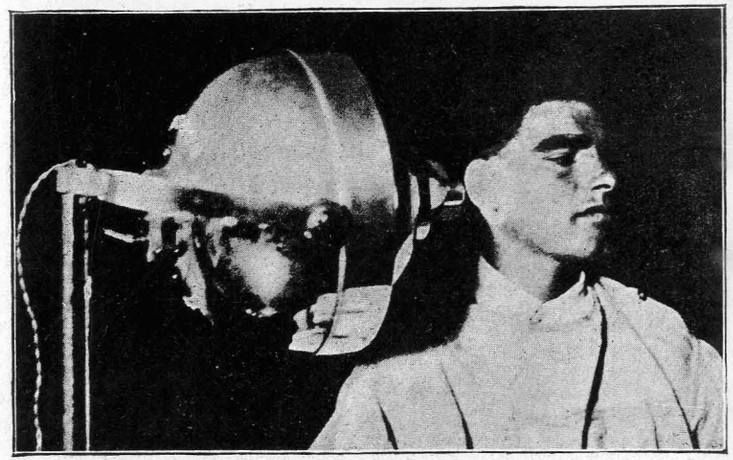


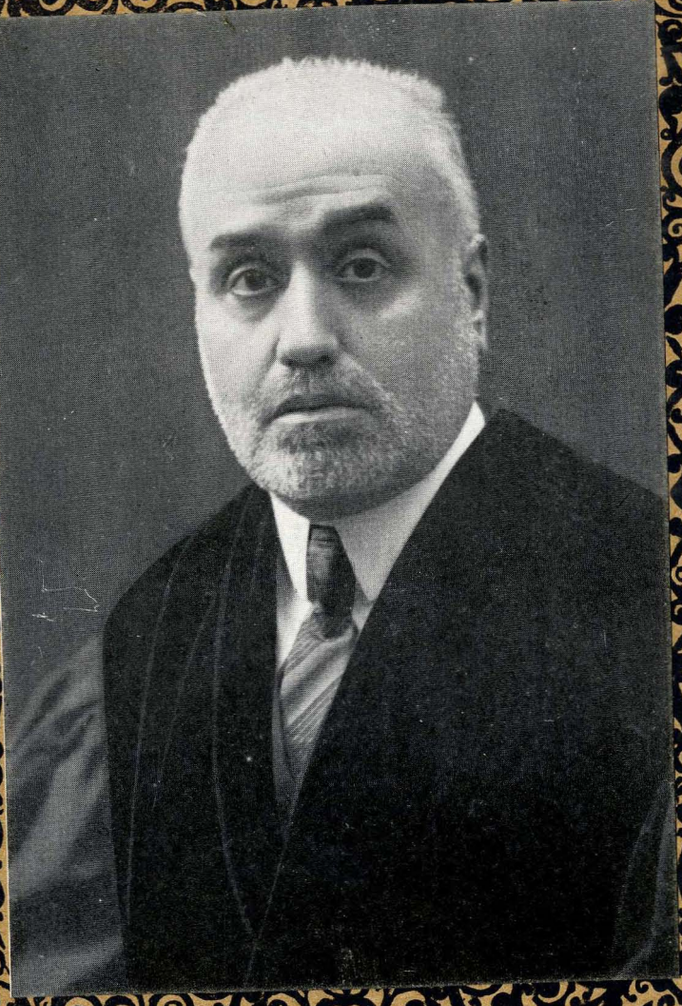
FIGURA 4.ª

Irradiación por la lámpara Júpiter en los procesos externos. El fascículo luminoso se proyecta directamente sobre el pabellón de la oreja.

guardando una distancia de unos 10 centímetros a la extremidad del tubo metálico, canalizador de los rayos, esté éste dispuesto de modo que el fascículo luminoso caiga verticalmente, con el fin de evitar la pérdida de energía por reflexión, procuramos centrarlo de manera que el rayo central corresponda al punto de proyección en la piel del antro mastoídeo, cuando la lesión a tratar es de oído medio; si se trata de una afección de oído externo o concha, entonces el fascículo luminoso ha de caer sobre el trago y pabellón, tal como indica la figura 4.ª

El tiempo de duración de cada sesión es variable en cada caso particular, pero en términos generales comenzamos por 10 ó 15 minutos y aumentamos en 5 cada una de las sesiones sucesivas, que se administran en días alternos, hasta llegar a 30 minutos, límite máximo que rara vez sobrepasamos.

Con esta técnica hemos conseguido los resultados tan favorables que hemos mencionado, los que si ciertamente no pueden ser alcanzados siempre, pues los rayos actínicos tienen, como todo agente terapéutico, su margen de ineficacia según los casos, constituyen indudablemente un excelente medio de tratamiento en muchas otopatías, siquiera en otras no se muestren tan beneficiosos y eficaces, sin que ello quiera decir que sus aleatorios resultados autoricen a desecharlos en absoluto. Ni en la manera de obrar de las radiaciones ni en el material emisor de estos rayos, se ha dicho todavía la última palabra; estamos aun en período de experiencia y ensayo. Y por lo tanto, lo más acertado es sin excederse en un exagerado y prematuro optimismo, darle por el momento a la actinoterapia su verdadero valor, y proseguir los estudios sin desmayos.



Dr. RICARDO ROYO VILLANOVA
ZARAGOZA

PERITONITIS AGUDA, SUPURADA, GENERALIZADA

POR EL

DR. FRANCISCO GALLART Y MONÉS

BARCELONA

EXPONER el cambio radical que la clínica y la terapéutica de la peritonitis aguda generalizada ha sufrido en el curso de unos cuantos años a esta parte, es el objeto de este trabajo. Todo cuanto digamos en el curso del mismo, es el reflejo de lo que nos ha sido dable apreciar y aprender ante los enfermos con abdomen agudo en la sala de operaciones.

Sólo nos ocuparemos aquí de las peritonitis agudas supuradas generalizadas, de las peritonitis *d'emblée*, de aquellas en que el abdomen está lleno de pus. No nos ocuparemos de aquellas peritonitis generalizadas con líquido turbio, cuya marcha o evolución es generalmente benigna.

Hasta hace unos quince años, el concepto clásico de la peritonitis aguda generalizada venía reflejado en los tratados por la descripción de los síntomas terminales, y así, la mayoría de los casos acababan fatalmente de una manera trágica, porque se diagnosticaban tardíamente, y en estas condiciones, aun tratados quirúrgicamente, acababan con la muerte en más del noventa por ciento de los casos.

Se describían, en los tratados de unos quince años atrás, al ocuparse de la peritonitis generalizada, síntomas generales y síntomas locales de extrema gravedad. Para hacer el diagnóstico se atenía al aspecto de la facies—lívida y terrosa, ojos hundidos, excavados, nariz afilada y fría—, aspecto general muy malo: el enfermo, postrado en cama, encogido en gatillo de fusil, vómitos porráceos, desaparición de heces y gases, enfriamiento de las extremidades, pulso miserable y filiforme, síntomas todos ellos precursores de una muerte a plazo breve. Casi siempre, este cuadro iba acompañado de timpanismo. Pocas veces se hablaba de contracturas. Ante este cuadro, que el médico había venido presenciando una porción de días, era llamado, por regla general, el cirujano a consulta. Y entonces poco se podía hacer ya: era tarde, y las más de las veces no había remedio posible. El cirujano señalaba, como único recurso, la intervención quirúrgica, inmediata, urgente, y el enfermo era llevado a la mesa de operaciones.

La tendencia quirúrgica era la de practicar amplias incisiones, amplios drenajes. La anestesia era ligera, para evitar el *shock*. Se practicaba una laparatomía, se detergía de pus la cavidad abdominal y se colocaba un Mikulickz.

Cuando se trataba de una úlcera duodenal, se taponaba la úlcera o se cosía de cualquier manera. Si el caso era de apendicitis y el apéndice vermiforme, no venía a la mano en el curso de la intervención, lo corriente era dejarlo; ya vendría después la extirpación.

Y de esta manera, con este criterio a base de operar rápido, con prisas, haciendo incisiones amplias, criterio simplista como puede verse, se dejaba en el interior de la cavidad abdominal la causa productora. La operación había de ser breve, rápida, como si el *shock* operatorio fuera debido sola y exclusivamente a la anestesia y no a la causa productora de la enfermedad.

Y como se dejaba la causa originaria en el interior de la cavidad abdominal, esta técnica conducía a la muerte en más del noventa y cinco por ciento de los casos.

Pero en el curso de los años las cosas han cambiado, y en la actualidad vivimos una fase clínica completamente diferente. Y como consecuencia del criterio sistemático de operar las apendicitis en sus comienzos, en las primeras horas, y como consecuencia de la intervención sistemática en los individuos afectos de perforación gastrointesitnal, médicos y cirujanos han llegado a poder afirmar, de una manera absoluta, que toda la sintomatología que antaño se describía de peritonitis difusa generalizada, era únicamente la sintomatología terminal.

La patología médica ha progresado de una manera notable, y en los Tratados ya no figuran tan sólo los síntomas terminales. Hoy podemos ir, mejor dicho, debemos ir a sentar el diagnóstico en el comienzo de la enfermedad; pues si a eso hemos llegado en las oclusiones y en las neoplasias, no hay motivo para que no procedamos igualmente en las peritonitis difusas, ya que, al fin y al cabo, éstas, diagnosticadas y tratadas tardíamente, son causa de una muy elevada mortalidad.

Los cirujanos observaron que operando en las primeras horas una apendicitis o una perforación gastrointestinal, ya había pus en el abdomen; el pus puede estar en él sin que el enfermo aqueje dolor, y que el dolor es un síntoma dependiente de la susceptibilidad de cada individuo; y así se dan casos de individuos cuyo abdomen está lleno de pus, y sus dolores, sus molestias, sus sufrimientos, no son en verdad extraordinarios ni alarmantes en apariencia. Además, se puede dar el caso de que un individuo cuyo abdomen esté lleno de pus, presente un pulso normal, ochenta o noventa pulsaciones; la facies puede ser buena; el aspecto de la cara normal o casi normal, y puede tener o no fiebre, y aun, si la tiene, ésta puede ser ligera.

Operados estos enfermos con pus difuso en su abdomen, por una apendicitis o por una perforación, cuando son intervenidos en las primeras horas, cuentan con grandes probabilidades de curación, pues así como antes, cuando se diagnosticaba y trataba tardíamente, la mortalidad no bajaba del noventá y cinco por ciento, hoy bien puede decirse que se salvan, cuando menos, el ochenta por ciento. Comparando, pues, los resultados de antes y los de ahora, convendremos en que el cambio ha sido verdaderamente radical.

Si se dejan pasar estas primeras horas de oportunidad quirúrgica, o sea dando lugar a que se presenten los síntomas terminales, que se presentan de una manera segura, fatal, si no se interviene a tiempo, la mortalidad es la ya dicha del noventa y cinco por ciento.

La peritonitis aguda difusa supurada evoluciona en dos períodos. En sus comienzos, el organismo reacciona vigorosamente contra la causa productora; y la peritonitis es una afección local, exclusiva y únicamente local. Los síntomas patognomónicos no están enmascarados por la infección ni por la intoxicación general del organismo y son de una claridad patente que no puede escapar al médico bien orientado. Es solamente en el período de asistolia del organismo cuando se confunde la peritonitis con la toxi-infección. En estos casos, toda terapéutica quirúrgica suele ser ineficaz.

Por consiguiente, hay que diagnosticarla en el *débat* y hay que saber que esas peritonitis agudas generalizadas pueden llenar de pus el abdomen a las tres horas de haberse iniciado; y hay que saber, asimismo, que una terapéutica quirúrgica bien orientada y precoz salva a la mayoría de los enfermos.

El punto más importante es el que hace referencia a establecer el diagnóstico en la fase local; y toda nuestra atención debe tender a establecerlo cuando los síntomas generales no se han presentado aún, pues los síntomas generales, cuando aparecen, son signos de muerte próxima.

Hay que ir, pues, a establecer el diagnóstico a base de los síntomas locales, y entre ellos hay dos que tienen un valor extraordinario: el dolor y la contractura.

Enfermos que de ordinario sienten molestias y dolores, aunque a veces no hayan aquejado ningún sufrimiento, de repente experimentan un dolor, que puede ser formidable, de puñalada. Es éste el dolor que Dieulafoy denominó dolor de perforación o síntoma de perforación y que no es siempre constante.

El síntoma patognomónico es la contractura. Los músculos del vientre, contracturados, dan al abdomen una consistencia dura, como de madera.

En la peritonitis difusa, durante las primeras veinticuatro horas, o por mejor decir, durante las doce primeras horas, nunca se meteoriza el vientre. Al principio, siempre el vientre está contracturado.

La peritonitis difusa, sin esta contractura, es una verdadera excepción y prácticamente no existe.

El enfermo siente un dolor más o menos intenso, y seguidamente se presenta la contractura de abdomen. Por consiguiente, el vientre duro, de madera, es un signo patognomónico, que puede decirse que no falta nunca en la peritonitis difusa generalizada. Y esta dureza especial es característica, además, de la peritonitis generalizada supurada.

A veces, por la palpación se puede localizar el punto de dolor máximo, que generalmente coincide con el de la región que se ha perforado, o sea con el punto de la región donde existe la causa de la peritonitis difusa.

En muchos casos es difícil seguir la evolución de la contractura, porque ésta se presenta de una manera rápida antes de que haya acudido el médico; pero, en cambio, es fácil de seguir cuando el enfermo se cura.

Así, en las peritonitis difusas por gangrena de apéndice, cuando el enfermo se salva, se observa que lo primero que se contractura es la zona mesocólica.

Estos signos tienen un valor extraordinario para el diagnóstico, y especialmente para establecer el tratamiento. Podrá darse el caso de que en alguna ocasión nos equivoquemos en el diagnóstico exacto cuando esta contractura no sea del todo difusa, cuando sea una contractura que nos parece que es difusa, pero que se ha localizado más en un sitio.

A veces podremos encontrarnos ante casos de oclusión intestinal o de pancreatitis; y estos casos son también tributarios de intervención quirúrgica. Así, pues, en los casos en que el diagnóstico no sea cierto, habremos cumplido con la indicación terapéutica.

Hay otros datos que tienen su valor, pero que, en comparación con los que acabo de mencionar, son de un valor secundario.

Así, por ejemplo, la inspección de los movimientos respiratorios del abdomen. Esta inspección nos puede demostrar el tipo respiratorio torácico, que en el hombre tiene gran valor, porque en los casos de peritonitis respira igual que la mujer.

El tacto rectal y el vaginal es indispensable practicarlos, pues en ocasiones nos indican la localización. Así cuando ésta es en la fosa ilíaca derecha, puede orientarnos hacia la apendicitis.

Los antecedentes individuales y la historia del enfermo nos orientarán acerca del ulcus.

El punto máximo de localización del dolor puede orientarnos también.

A ser posible, no basta con establecer el diagnóstico de peritonitis difusa generalizada supurada, sino que hemos de procurar averiguar o diagnosticar la causa productora.

La descripción hecha es la de un caso de mediana gravedad, que da tiempo para intervenir antes de las veinticuatro horas, pero hay otras formas clínicas, otros tipos de peritonitis, como, por ejemplo, la hipertóxica o gangrenosa, que a veces mata en pocas horas sin dar tiempo a poner en práctica ningún recurso. Son las formas sobreagudas con fuerte toxemia.

Otras formas más benignas son la gonocócica, la neumocócica, que a veces se curan sin haber precisado una intervención. Pero el médico no debe confiar mucho en la benignidad de las mismas, y por ello se impone también un diagnóstico y una intervención precoz.

Después de esta fase local de reacción en que el enfermo presenta un cuadro de abdomen, no un cuadro de todo el organismo, viene la fase segunda, la fase terminal. En esta última fase, la intervención va seguida de curación cuando se diagnostica e interviene oportunamente en la fase primera.

En la fase terminal no queda más remedio que intervenir o dejar morir al enfermo, pues cualquiera otra terapéutica que no sea la quirúrgica, no tiene efecto alguno. Y en estas condiciones, fácilmente se comprende que la elección no puede ser dudosa, que hemos de intervenir decididamente.

Por consiguiente, en estos casos todo el mérito del médico y del cirujano estriba en establecer un diagnóstico y llevar a cabo una intervención antes de llegar a la fase final.

Al establecer el diagnóstico diferencial, una vez comprobada la contractura del abdomen, eliminaremos una serie de causas que la provocan o determinan, como, por ejemplo, el ulcus, el cólico saturnino, la litiasis biliar, la litiasis renal y la oclusión intestinal.

Todos vemos enfermos que presentan contractura y, sin embargo, no tienen peritonitis difusa generalizada; pero aquélla no es la contractura difusa y de vientre duro, de vientre de madera. Es una contractura más localizada. En estos casos es cuando hay que pensar en ciertas apendicitis, en ciertos tipos de pancreatitis. Pero aunque ello sea repetir conceptos, digo de nuevo que no importa confundir el diagnóstico siempre que establezcamos la indicación quirúrgica, pues lo mismo en un caso que en otro la operación se impone. Si nos equivocamos, tenemos la suerte de no encontrarnos, al practicar la laparatomía, con una peritonitis difusa, sino ante un peritonitis localizada, que también exige el tratamiento operatorio. Y así, aunque no hayamos acertado en el diagnóstico, habremos acertado en el tratamiento y, en definitiva, salvaremos al enfermo, que es lo principal.

Por consiguiente, es a base de diagnóstico precoz y de tratamiento precoz como se curan los enfermos en estos casos; y el que se salva sin ser intervenido en estas condiciones es por milagro.

En esta terapéutica hay que partir del principio de intervenir urgentemente,

en el acto, por toda reacción peritoneal que comienza. En este sentido, es preferible lanzarnos a una laparatomía, aunque sea inútil, que dejar morir a un enfermo por negligencia o falta de decisión.

El médico se ha de sentir dominado por el criterio de que se ha de operar lo mismo por una pancreatitis, que por una apendicitis, que por una peritonitis difusa. Y cuando la operación se lleva a cabo en las primeras horas, el pronóstico es halagador.

Hay que sentar la indicación quirúrgica en el acto. Y sentada esta indicación, el cirujano no debe actuar como antes. Debe prescindir de grandes drenajes y de lavados de peritoneo. El cirujano ha de ir derecho a la causa, al lugar donde radica el daño. Y para ello no hay necesidad de grandes incisiones; para dirigirse al sitio donde radica la causa, basta con incisiones pequeñas o, a lo más, medianas, y por ellas dirigir la mano segura al sitio de la causa. Y despreocuparse de la peritonitis, dirigiéndose directa y certeramente contra la causa productora.

Los antecedentes individuales, la historia del enfermo, nos obligarán mucho a este respecto y nos ilustrarán acerca del diagnóstico diferencial, orientándonos sobre si el caso es de una perforación gastroduodenal, apendicitis, etcétera. Y en vista de estos elementos de juicio, practicaremos las incisiones en los sitios correspondientes: incisión alta si sospechamos que se trata de una perforación gastroduodenal; incisión en la fosa ilíaca derecha si la sospecha recae en apendicitis, etc. No importa que la incisión sea pequeña. Las incisiones demasiado amplias, extensas, no sirven en estos casos prácticamente para nada, como tampoco son de utilidad las varias incisiones o aberturas para practicar drenajes y contradrenajes. Lo que interesa es destruir la causa; lo de menos es en estos casos el drenar el peritoneo. No diré que, en ciertos casos, muy raros, por cierto, no sea preciso drenar la cavidad abdominal; pero por encima del drenaje hay algo más importante, y ello es la destrucción de la causa, pues sin suprimir ésta, a pesar de la intervención, y por muy bien practicada que ésta sea, son muchos los enfermos que morirán. Y tanto es así, que de nada o de muy poco nos servirá un diagnóstico precoz si no va orientado el tratamiento contra la causa.

Lo importante son las incisiones que nos permitan llegar a la causa y extirpar el apéndice cuando se trate de apendicitis y extirpar el ulcus cuando de él se trate. No es, ciertamente, este último el criterio corriente, pero no puedo comprender por qué deben extirparse apéndices y vesículas inflamados y dejar las úlceras en su sitio, contentándonos con suturarlas. He seguido multitud de casos de enfermos con peritonitis difusa por ulcus perforado, en los que el cirujano contentóse con practicar la sutura del ulcus. En estas condiciones el enfermo, a las veinticuatro horas, conserva el aspecto anterior, a los dos

o tres días parece mejorar, pero al quinto o sexto día el cuadro se agrava, reaparece la peritonitis difusa y el enfermo muere. Se atribuye esto a distintas complicaciones; la más socorrida es la de hablar de que el corazón ha fallado, cuando lo que ha fallado ha sido la sutura.

Efectivamente, cuando una úlcera se perfora es porque hay un proceso infectivo alrededor de la misma, y cuando la suturamos, hacemos los puntos de sutura en pleno tejido infectado. De momento, los puntos prenden bien; pero después, como que la zona periulcerosa está infectada, se va desgarrando lentamente y la consecuencia final es que de nuevo se presenta la peritonitis difusa. Y el enfermo, en estas condiciones, ya no tiene resistencias orgánicas para aguantar el nuevo proceso y muere. Mi experiencia acerca de estos casos es fatal.

¿Por qué no se ha de seguir en relación con las úlceras perforadas el mismo criterio que se sigue en los casos de apendicitis y colecistitis? Se dirá que es mucho más grave la resección que la práctica de una sutura o de una gastroenterotomía. Puede que sea verdad y así el éxito momentáneo de una sutura sea más brillante, pero el éxito tardío, los resultados a la larga, son irremisiblemente peores. Al expresarme así, no hago sino decir lo que yo he visto en estos casos y creo que las estadísticas no reflejan la realidad de las cosas.

Hay que ir a la gastrectomía, operación que tiene grandes garantías cuando es llevada a cabo por un cirujano hábil. *Una gastrectomía practicada como tratamiento de una perforación en las primeras horas de ésta, equivale en peligros a la misma operación practicada en frío.*

Así, pues, lo interesante es el diagnóstico precoz y la intervención, también precoz y radical, contra la causa, al igual que se hace en los casos de apendicitis o de colecistitis.

No se me oculta que puede haber quien alegue que todo cuanto tiende a prolongar una operación, favorece el estallido del «shock». Y a este respecto, yo afirmo que no es la duración de la intervención, ni la cantidad de anestésico que precisa para mantener anestesiado al paciente, lo que determina el «shock», sino la permanencia de la causa productora.

Con arreglo a esta norma de conducta, debemos extirpar el apéndice infectado; debemos extirpar la vesícula biliar en los casos de colecistitis; debemos extirpar el útero que se halla perforado; debemos extirpar los quistes de ovario que han supurado; debemos extirpar los ulcus que se han perforado.

Y es preciso ver, para convencerse de la bondad de esta conducta, cómo después de una intervención por apendicitis, cómo después de una intervención por úlcera y cómo después de una intervención por una colecistitis, la contractura de la pared abdominal va disminuyendo hasta desaparecer, sin heber hecho más que una extirpación de la causa productora. Es, pues, un principio

esencialísimo en la terapéutica de las peritonitis difusas supuradas, extirpar la causa.

Hay quien defiende el drenaje. Yo creo que no hay que drenar, pues no entiendo cómo se va a drenar el peritoneo. Cuando se han formado pequeñas cavidades, creo que sí puede y debe drenarse, pero en la peritonitis difusa habría que drenar toda la cavidad abdominal.

En las apendicitis se debe y se puede drenar mediante un tubo o gasas; pero no creo tan conveniente este proceder cuando la lesión está localizada en parte alta, ya que en el hipocondrio derecho los drenajes producen o determinan una serie de perturbaciones (adherencias peligrosas a largo plazo).

Quedan otros recursos terapéuticos, como son las inyecciones de aceite alcanforado, sueros, lavados de estómago, etc., que deben ser usados largamente, según sean el estado y síntomas del enfermo.

Para resumir: ante un vientre duro, de madera, hay que operar en el acto, con la orientación de ir a la destrucción de la causa originaria de la peritonitis generalizada supurada. Interviniendo así, precozmente, y suprimiendo radicalmente la causa originaria, el médico y el cirujano, que necesitan estar en íntima colaboración, lograrán reducir notabilísimamente el porcentaje de mortalidad, llevando la diferencia desde un noventa y cinco por ciento de muertes a un ochenta por ciento de curaciones.

VIEJAS Y RARAS TRANSFORMACIONES DE LOS FIBROMAS UTERINOS (1)

POR EL

DR. RICARDO HORNO ALCORTA

ZARAGOZA

UN caso es poco, es casi nada; y sin embargo de un hecho parten en general todas nuestras investigaciones y todos los descubrimientos. Debo anticipar que este caso es vulgar, es viejo; pero como no es frecuente y además, como se presta a dudas, vacilaciones y confusiones de interés, creo merece la pena reseñarlo aunque sólo sea «un caso» más. Veámoslo:

Una señora de cuarenta y seis años, que cuando yo la veo, lleva *ocho en cama;* a pesar de ello no está muy desnutrida y no es su aspecto exterior el que puede revelarnos sus sufrimientos.

Cuéntame el médico de cabecera, que es el mismo desde el comienzo de la enfermedad, lo siguiente:

Mujer, sin antecedentes dignos de mención en su infancia, inicia su vida genital a los doce años con absoluta normalidad. A los veinte años las reglas comienzan a hacerse más abundantes y dolorosas. Por manifestaciones de la misma interesada descúbrese el hábito de onanismo.

Cásase a los veintiocho años sin que su matrimonio haya fructificado. Desde esta época las reglas se hacen más profusas y aun alarmantes, por su cantidad y su duración.

Es este el momento en que un ginecólogo la observa y hace un diagnóstico de endometritis, que motiva un curetage.

El cuadro no cambia y las menorragias, ya muy dolorosas, persisten y aun se acentúan en sus caracteres hasta el extremo de verse en la necesidad de guardar cama. Ello ocurre a los treinta y ocho años.

Es decir, que los diez años de matrimonio han transcurrido entre diversos tratamientos y sufrimientos.

Postrada en cama, ve transcurrir meses y meses, con dolores y pérdidas abundantes, ora sanguíneas, ora leucorréicas.

Un dato muy gráfico: la leucorrea, transparente en los primeros años, va perdiendo este carácter poco a poco, hasta hacerse francamente purulenta; y las menorragias van disminuyendo del mismo modo en forma progresiva.

Durante los años últimos la medicación ha estado reducida a vasoconstrictores (ergotina especialmente) y analgésicos. Como los dolores y las pérdidas

(1) Comunicación presentada en las «Jornadas Médicas Aragonesas» de Pau. Febrero, 1931.

se exaltaban al ponerse en pie, la enferma renuncia voluntariamente a levantarse y permanece en cama *¡¡ocho años!!*

Salvo algunas molestias en la micción y un estreñimiento pertinaz, no nos proporciona dato alguno de interés en el resto del organismo.

Y en efecto, minuciosamente explorada, nada encontramos fuera del aparato genital. Pulmones, corazón, aparato digestivo, urinario y sistema nervioso se hallan en absoluta normalidad; la tensión sanguínea es de 9-14; el peso oscila alrededor de los sesenta y ocho kilogramos.

Nada nos indica tampoco el examen exterior, salvo el aspecto de colorido de la piel y mucosas, revelador de una anemia no muy intensa, y característico en cierta clase de enfermas ginecológicas. La palpación abdominal no proporciona dato alguno.

El examen de la vulva confirma el hábito de la enferma en sus primeros años; clítoris y ninfas tienen un excesivo desarrollo.

Por tacto se aprecia un útero grande, sensible, doloroso a la movilización, con *cuello ligeramente entreabierto;* los anejos, sensibles, permiten diferenciar unos ovarios grandes, seguramente con degeneraciones quísticas.

Nos llama la atención el volumen del útero, mayor que un puño, y la blanda consistencia de sus paredes, unido a una sensación de plenitud y dureza central.

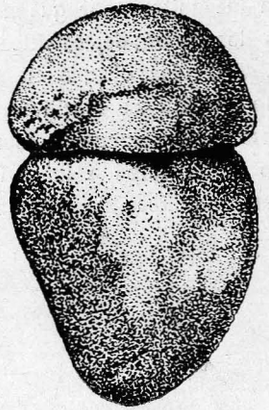
El paso del histerómetro nos proporciona una sensación característica como la que al cáteter da un cálculo vesical, lo cual nos produce una impresión de extrañeza, porque en toda nuestra vida profesional habíamos tenido ocasión de percibir nada análogo.

Como la exploración no admite lugar a duda, nos vemos obligados a meditar antes de formular un diagnóstico. Y surgen entonces los antecedentes con una claridad meridiana: onanismo con sus lógicas degeneraciones ováricas; menstruaciones, abundantes primero, dolorosas más tarde, menorrágicas por último; leucorrea abundante, transparente en su iniciación, purulenta últimamente; ¡esterilidad! Si algún cuadro característico hay en clínica ginecológica, es este: mioma. Por otra parte, útero grande, blando, sin relieves, con lesiones anexiales concomitantes; todo encaja en tal proceso y aun lo confirma el estado general de la enferma, con una adiposis bien marcada. Pero, ¿y la sensación pétrea que el histerómetro acusa?

¿Será un cuerpo extraño?; lógicamente hay que pensar que hubiera sido ya expulsado espontáneamente al cabo de tanto tiempo. ¿Un mioma calcificado?; aunque no habíamos visto ninguno, pronto nos aferramos a tal idea, si bien dejamos fluctuar nuestro diagnóstico entre ambas posibilidades.

Previa dilatación, bajo anestesia raquídea, intentamos llegar a la cavidad uterina, lo cual nos fué relativamente sencillo (como no esperábamos); la

exploración digital nos confirmó la existencia de una masa pétrea y libre; una pinza de aborto nos proporcionó fácilmente aquel cuerpo extraño, cuyo tamaño se acerca como veis al de un huevo de gallina y que, limpio de la materia orgánica que lo envolvía, se nos presenta en dos porciones, que adáptanse perfectamente una en otra.



Fibroma uterino calcificado. — (HORNO).

¿Qué pensar sobre este caso? Desde Hipócrates se conocen casos de miomas calcificados completamente libres; uno muy notable describe el mismo Hipócrates; otro, no menos interesante, Salins; otro, de mayor importancia, Schröeder; otro, Faure; Thorn recoge una numerosa casuística.

La degeneración ovárica lleva aparejada la degeneración grasosa; si la degeneración grasa afecta al tejido muscular, se indura el tejido conjuntivo; la induración de éste lleva aparejada la detención de desarrollo y a ésta sigue el depósito de sales calcáreas que, comenzando en el centro del tumor o en la cápsula, afecta más tarde a su totalidad.

Esta transformación parece afectar especialmente a los miomas intersticiales, que a la larga pueden quedar completamente libres y ser expulsados en forma de cálculos.

Esto, que tanto intrigó a los autores antiguos y a mi mismo durante unos minutos, debió ocurrir con nuestra enferma.

La degeneración ovárica que con tan gran frecuencia observamos en el onanismo, debió ser el punto de partida de la degeneración uterina. Y digo debió ser, porque en nuestros estudios encontramos casi siempre, podemos decir que siempre, acompañando a los fibromas, miomas o fibromiomas, unas

manifiestas degeneraciones ováricas. Iniciada la formación fibrosa o miomatosa, se suspende su desarrollo por una más importante, la degeneración grasa. El tumor sufre esta degeneración y se calcifica.

Se explican así bien claramente aquellas reglas que se hacen primero profusas, luego menorrágicas, más tarde escasas. Se explica así la leucorrea, primero limpia, al final purulenta. Se explican así los dolores, primero dismenorréicos, luego permanentes.

El cálculo sólo tiene una incógnita: ¿por qué está en dos partes? Creemos que bien pudieron ser dos los focos de calcificación. Pudieron ser también dos los tumores primitivos. Adosados el uno al otro y comprimidos pór la pared uterina, tomaron de la cavidad su exacta forma.

Creemos, pues, que el caso puede estimarse como el de un fibroma intersticial calcificado y expulsado de la pared a la cavidad uterina.

Es obvio decir, que la enferma, libre de sus molestias, ¡comenzó a vivir a los cuarenta y ocho años!

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

Elementos de Patología quirúrgica. Traumatimos, por el **Prof Laureano Olivares.** - Un volumen de 176 páginas (16 × 23) y 10 figuras. Precio: 10 pesetas.

Editor: *Javier Morata.*—Madrid, 1931.

No es el autor quien publica este libro; son sus alumnos los que con las explicaciones del Profesor han compuesto la obra.

Y ello es interesante, porque así podemos apreciar la labor del Maestro en su cátedra, tal y como es. Y la impresión que sus lecciones nos producen es merecedora de sincero aplauso, por el método, por la claridad y por la precisión de los conceptos; el Profesor Olivares se muestra a la altura de su misión docente.

Contusiones, heridas, gangrena, úlceras, fístulas, cuerpos extraños, quemaduras, son los capítulos que el volumen abarca, completados con un estudio de las complicaciones, infecciones y repercusión orgánica que los traumatismos llevan consigo.

Aunque las lecciones son para alumnos, llevan en sí tal caudal de enseñanzas y de hechos vividos, que pueden resultar de gran valor para los médicos todos.

Nos complace con esta ocasión felicitar al doctor Olivares, a la vez que a sus alumnos por habernos proporcionado la satisfacción de conocer la obra didáctica de su Maestro. — Doctor Horno.

L'unification de la terminologie médicale, par le **Dr. Pierre J. Rondopoulos,** Directeur de la "Gréce Médicale".—Un vol. (15'50 × 23 ctmts.) de 84 páges. Prix: 10 fr.

Editor: *Gréce Médicale.*—Athenes, 1931.

En la primera y segunda Reunión de la Prensa Médica Latina, el Profesor Rondopoulos presentó los rapports que forman este volumen; ya allí hicimos presente nuestro aplauso, que hoy repetimos muy gustosos.

No cabe duda que la moderna y profusa terminología médica se presta a confusionismos y errores múltiples. El autor trata de evitarlos y propone un medio de unificación y reforma de los términos médicos, dando a la vez las reglas para la formación de nuevos términos que en lo sucesivo han de precisar.

Trabajo el de Rondopoulos, penoso y largo, merecedor de todos los aplausos;

trata con él de hacer que el lenguaje médico se base en las reglas etimológicas y de este modo evitar los errores y confusiones que actualmente se suceden en virtud de las incorrecciones filológicas que nos agobian.

La labor de Rondopoulos, aceptada por la Federación de la Prensa Médica Latina, va pronto a cristalizar en un Diccionario redactado con arreglo al criterio etimológico para todas las naciones de lengua latina. Tras ello, los Nuevos términos médicos, irán adaptándose en la misma forma.

Claro es, que el mérito del autor, con ser mucho, quedaría nulo, si todos los publicistas médicos no secundasen la obra iniciada.

Por ello es de esperar que todos fijen su atención en la conveniencia de lo propuesto. — DOCTOR HORNO.

La quinina en terapéutica, por el **Dr. Louis Enrique Destouches,** de París. Un volumen (16 × 24 centímetros) de 120 páginas con tres láminas.

Editor: *Chininum.*—Amsterdam, 1929.

Magnífica monografía, en la que se hace el estudio histórico, químico, fisiopatológico, terapéutico y farmacológico, de la quinina y sus sales; estudio muy completo y por ello mismo muy interesante. — DOCTOR HORNO.

Tratado de Patología quirúrgica de la infancia, con capítulos especiales de Medicina, Higiene y Ortopedia infantiles, por **Erwin Gohrbandt,** Profesor de la Universidad, **Paul Karger,** Privatdozent de Patología infantil y **Ernst Bergmann,** Asistente de la Charité (Berlín). Traducido directamente del alemán por los **doctores G. Vidal Jordana,** Catedrático y **E. Salazar,** Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina de Valladolid.—Un volumen de 738 páginas tamaño cuarto mayor, con 455 figuras, algunas en color, impresión en excelente papel couché. Precio: 60 pesetas.

Editor: *Manuel Marín.*—Barcelona, 1931.

Tiene el editor Manuel Marín un gran acierto en la elección de sus obras. Este tratado de patología quirúrgica de la infancia es un acierto, porque carecíamos de una obra de cirugía infantil, que a la vez fuera de utilidad a los estudiantes, a los pediatras y a los cirujanos.

La labor de colaboración entre el cirujano y el pediatra no ha sido hasta la fecha muy tenida en cuenta y así el cirujano pierde las preciosas enseñanzas del pediatra y éste las valiosas observaciones que el cirujano ha logrado adquirir. Y esta colaboración es precisa para la formación de un especialista completo.

En este libro campea el éxito de tal colaboración y además se admira la personal labor realizada en la Clínica Infantil de la Charité, modelo de instituciones de este género.

Encabeza el libro una parte general muy interesante y muy bien expuesta, en la que se estudia el tratamiento de los niños de pecho en las clínicas quirúrgicas, la mala constitución del niño, sus enfermedades infecciosas agudas, las reglas para la administración de medicamentos en la edad infantil, la narcosis y la técnica operatoria general en el niño. Esta parte de la obra es realmente importante, fruto de una observación y una experiencia dilatadísima y de una aplicación práctica extraordinaria.

Después, en capítulos separados se describe la cirugía por regiones, cabeza, cara, nariz, oído, boca, columna vertebral, vías respiratorias, abdomen, extremidades, etc., y en cada una de ellas, por separado, la correspondiente a los distintos órganos; todo ello ilustrado con numerosas e interesantes figuras.

Un último capítulo va dedicado al tratamiento quirúrgico y ortopédico de las afecciones más importantes del sistema nervioso, que como en el caso anterior, se describen por separado.

Obra completa, de moderna orientación perfectamente lógica, muy bien escrita, con gran acopio de nuevos datos y escrupulosamente traducida, el Tratado de Patología Quirúrgica de la Infancia se difundirá rápidamente entre los médicos españoles. Con ello se logrará un beneficio positivo. — DOCTOR HORNO.

Congresos Argentinos de Cirugía. Segundo Congreso, Buenos Aires, 1930 Relatos, memorias y discusiones, publicados bajo la dirección de los **Dres. Adrián J Bengolea, Alfredo Buzzi, Pedro Jaúregui y Ricardo Rodríguez Villegas,** Secretarios.—Un volumen de 1140 páginas (16 × 25·50 centímetros) con 249 figuras en el texto y 1 lámina en colores.

Editor: *Las Ciencias.*—Buenos Aires, 1930.

Hace años que la labor científica de la escuela médica argentina viene adquiriendo una trascendental importancia; nuestras páginas son de ello prueba elocuente, pues con harta frecuencia resume valiosos trabajos de autores argentinos.

Este volumen, actas del Segundo Congreso de Cirugía, es una palpable demostración de nuestro aserto, pues contiene trabajos numerosos de observación y de investigación, que dan sensación de la mayor solvencia y seriedad científica; ideas nuevas, criterios valiosísimos, métodos personales, cuanto puede significar propia cultura, trabajo intenso, ciencia en fin.

Los nombres de mayor prestigio de la Escuela Argentina figuran con sus

trabajos en este Congreso de Cirugía, que debió ser brillantísimo. El volumen que contiene la labor del Congreso es una obra valiosa de los asuntos de actualidad, úlceras gástricas, apendicitis, mal de Pott, aneurismas, embarazo extra-uterino, cáncer de la mama, etc. Entre las ponencias oficiales, las comunicaciones y las discusiones, forman un formidable libro de cirugía moderna.

Pocas veces vemos reproducida la labor de un Congreso tan fiel y tan ordenadamente; ello honra a los Secretarios encargados de la misión. — Doctor Horno.

Enfermedades de los riñones (Patología y terapéutica funcionales), por el **Prof. Dr. Barón Alexander V. Korányi,** Director de la 3.ª Clínica Médica de la Universidad de Budapest. Traducida del alemán por el **doctor J. González-Campo de Cos,** de Madrid.—Un volumen en 4.º mayor con 384 páginas ilustradas con 37 figuras en negro y color, encuadernado en tela. Precio: 18 ptas.

Editor: *Manuel Marín.*—Barcelona, 1931.

Los trabajos de Korányi sobre el edema nefrótico, metabolismo mineral, regulación osmótica, etc., son conocidos y han sido elogiados por todos; por ello hemos leído este libro con interés, que se iba acentuando conforme avanzábamos en su lectura, pues con ello íbamos adquiriendo nociones de gran valor, íbamos subsanando errores anteriores y llegábamos a una justa concepción de la patología y terapéutica renal, tan interesante y tan descuidada.

En forma de lecciones por él expuestas, corregidas más tarde y completadas después, se estudian los fundamentos biológicos y clínicos de la patología, diagnóstico y terapéutica funcionales de las enfermedades del riñón; y más tarde la importancia de la hipertensión y las nefropatías.

Korányi divide los procesos renales en dos grandes grupos; los que generalmente son unilaterales, cuyo tratamiento es casi siempre quirúrgico, y los que por naturaleza son bilaterales, afectan a la función renal y son de terapéutica puramente médica. En cada grupo, se colocan como es lógico, subgrupos muy diferentes.

Magistralmente expone la exploración, dando al examen de orina su real valor tan equivocadamente considerado, así como a la albuminuria y a la presión sanguínea.

Es capítulo admirable el que estudia las relaciones entre el medio interno y el riñón, para deducir su diagnóstico funcional y poder basar la acertada terapéutica.

Es... todo el libro interesante y de valor positivo. Es de lo más importante

que en estos últimos años se ha producido. Es por ello merecedor de generalizarse.

Está muy bien traducido y muy bien editado.—Doctor Horno.

«Biología y Patología de la mujer». (Tratado de Obstetricia y Ginecología), por los profesores **Halban y Seitz,** con la colaboración de los Dres. Adler (I.), Albrecht (H.), Albrecht (O.), Aschner (B.), Baisch (K.), Dietrich (H.), Dietrich (H. A.), Drahn (F. R.), Eckelt (K.), Enfinger (H.), Engenhorn (E.), Essen (E.), Ewald (G.), Eymer (H.), Fischer (I.), Fraenkel (L.), Freund (H.), Freund (R.), Fülh (H.), Grosser, Guggisberg (H.), Guthmam (H.), Halban (J.), Hammerschlag (S.), Heynemann (Eh.), Heynemann (Th.), Hinselmann (H.), Hirsch (M.), Hitschmam (F.), Hochne (O.), Jaschke (K. Th. v.), Kehrer (E.), Keller (K.), Kermauner (Fr.), Knauer (E.), Koger (H.), Köehler (R.), Krukenberg (H.), Labhard (H.), Lahm (W.), Laqueur (A. L.), Lenz (Fr.), Lindig (P.), Linzenmeier (G.), Lubochs (W.), Marthius (H.), Martín (E.), Mathes (P.), Matzepaner (R.), Mayer (A.), Neurath (R.), Novak (I.), Nürnberger (L.), Oertel (O.), Pancow (O.), Polano (O.), Reifiersch (K.), Reuss (A.), Schade (H.), Schiflmann (I.), Schmaltz (R.), Schmid (H. H.), Schmidt (H. R.), Schöder (R.), Schur (H.), Schwarz (E.), Seitz (L.), Sellheim (H.), Seuffert (E. v.), Sigmart (W.), Sternberg (C.), Stickel (M.), Stransky (E.), Stratz (C. H.), Taler (H.), Wagner (G. A.), Walthard (M.), Weibel (W.), Weinberger (M.), Wiesel (I.), Winter (G.), Yaglé (N.). — Tomo VII, traducido directamente del alemán por **Joaquín Núñez Grimaldos,** con la colaboración técnica del doctor **don Arcadio Sánchez López.**

Un tomo de 630 más 10 páginas, impresas en magnífico papel couché, con 113 grabados en negro y algunos en color; 25 láminas policromadas. — Precio, 40 pesetas.

Editorial: *Plus Ultra.* — Madrid, 1931.

Conforme vamos acercándonos al final de la obra de Halban y Seitz, vamos ratificando nuestro juicio sobre la misma; es indiscutiblemente merecedora de todas nuestras alabanzas.

Este tomo VII, como los anteriores, satisface plenamente al más exigente; sus capítulos están escritos por Labhard, Adler y Albrecht, profesores de Basel, Viena y München respectivamente.

Expone Labhard las enfermedades de los genitales externos, del himen y de la vagina, de modo completo, sobresaliendo el estudio de la Kranrosis vulvar y el que hace de las relaciones que las diversas enfermedades de los genitales externos tienen con la fertilidad, embarazo, parto y puerperio; muy especial mención merecen asimismo los capítulos del carcinoma vulvar y vaginal, que son modelo.

Adler tiene a su cargo la descripción de las enfermedades inflamatorias del útero y en ellas hace una admirable descripción de las endometritis, metri-

tis y perimetritis, que aclara la multitud de dudas que han surgido últimamente. Corren también a su cargo los capítulos de atrofia, hipertrofia, hiperplasia, etc., del útero. Pero hay dos asuntos por Adler escritos, el que a los flujos y trastornos de la secreción afecta, y el que se refiere a hemorragias, que breves y concisos, resultan sencillamente insuperables.

Los miomas y adenomiomas están magistralmente expuestos por Albrecht dándoles la importancia y extensión que su estudio merece, tanto en su génesis como en la anatomía patológica y en sus numerosas modificaciones o transformaciones. Apesar de cuanto sobre estos asuntos se ha publicado, la labor de Albrecht resulta de una novedad y de una claridad admirables.

Como toda la obra, este volumen va primorosamente ilustrado, impreso y traducido.—Doctor Horno.

Tratado general de Radiología médica, Biología, Patología y Terapéutica, por los profesores A. Bayet (Bruselas), A. Béclere (París), H. Behnken (Berlín), J. Belot (París), Elis G. E. Berven (Estocolmo), A. Bickel (Berlín), A. Biedl (Praga), J. Borak (Viena), W. Caspari (Francfort), A. Czerny (Berlín), P. Degrais (París), Fr. Dessauer (Francfort), C. Dorno (Davos), G. Forssell (Estocolmo), R. Glocker (Stuttgart), Fr. Groedel (Francfort), O. Hann (Berlín-Dahlem), L. Halberstaedter (Berlín), G. Hertwig (Rostok), H. Holfelder (Francfort), H. Holthusen (Hamburgo), A. Jesionek (Giessen), O. Jüngling (Stuttgart), L. Karczag (Budapest), P. Karger (Berlín), Fr. Kraus (Berlín), L. Küpferle (Friburgo), A. Lacassagne (París), W. Lahm (Chemnit), P. Lazarus (Berlín), G. Levy (París), E. S. London (Leningrado), O. Lubarsch (Berlín), G. Meldolesi (Roma), St. Meyer (Viena), E. Milani (Roma), M. Nemenow (Leningrado), C. Neuberg (Berlín-Dahlem), E. Opitz † (Friburgo Br.), W. Parrisius (Tubinga), A. E. H. Pinch (Londres), D. Quick (Nueva York), B. Rajewsky (Francfort), S. Recasens (Madrid), Cl. Regaud (París), A. Reyn (Copenhague), A. Rollier (Leysin), J. Rother (Belrín), S. Russ (Londres), V. Schmieden (Francfort), G. Schwarz (Viena), L. Seitz (Francfort), E. v. Seuffert (Munich), E. Simon (Berlín-Dahlem), J. Solomon (París), A. Sommerfeld (Munich), J. Stoklasa (Praga), J. Vatgen (Berlín), R. Werner (Heidelberg), H. Wintz (Erlangen), H. Zwaardemaker (Utrecht), bajo la dirección del **Prf. doctor Pablo Lazarus,** de Berlín. Traducción directa del alemán por el **Dr. J. González-Campo de Cos,** de Madrid. — Tomo II. Con XVI-1.058 páginas pulcramente impresas en excelente papel couché, ilustradas con 378 grabados intercalados en el texto y lámina en tricolor; encuadernación en tela, lomo de piel y rotulados en oro. — Precio, 60 pesetas.

Editor: *Manuel Marín.* — Barcelona, 1931.

«Nos encontramos—decíamos al aparecer el tomo I de este libro—ante una obra maestra, en la que en torno a la personalidad de Lazarus se han congregado las figuras alemanas y extranjeras de mayor relieve en el campo de la radiología. Obra de conjunto, muy bien planeada primero y excelentemente desarrollada después, da idea completa de la materia propuesta; como escrita para médicos, su finalidad primordial es la terapéutica; pero, por lo mismo, se desarrollan con gran detalle las ideas físicas y biológicas necesarias para conocer sus efectos».

Hoy, después de conocida la obra en conjunto, podemos manifestar que supera a las que hasta ahora se consideraron célebres.

La enseñanza de la radiología entre nosotros, podemos decir que no existe; unas ideas aquí, otras en otro lugar, forman más que un claro concepto, un borroso y pernicioso panorama radiológico. Por ello no es extraño observar en muchas ocasiones, errores de gran calibre en los fundamentos, en las técnicas, en las interpretaciones... porque la base fundamental no existe. De aquí la importancia que para nosotros encierra la formidable obra de Lazarus, guía sensato, metódico, concienzudo y práctico en la materia.

Este segundo volumen contiene todo lo que a la aplicación práctica hace referencia; helioterapia, radioterapia, radiumterapia; dosificación, métodos, técnicas; procesos determinados en que pueden y deben emplearse; resultados obtenidos..., etc. Y cada punto expuesto primorosamente por un maestro, Schwarz, Reyn, Wintz, Verner, Belot, Ritter, Forssell, Opitz, Seitz, Lazarus, Béclére, Berven, etc.

Si admirable es Seitz describiendo la actinoterapia en Ginecología, no lo es menos Wintz haciendo su estudio en el cáncer de la mama, ni Lazarus estudiando la radioterapia para combatir en masa la enfermedad del cáncer, ni... todos están a la misma altura, todos son dignos de los mismos elogios.

Podemos asegurar que la obra de Lazarus, señalará en España una nueva etapa de la radiología médica, pues ella formará de modo perfecto la cultura de nuestros escolares y de nuestros médicos, que tanto esfuerzo necesitaron hasta hoy realizar para lograrlo.

Manuel Marín, el infatigable editor, ha hecho una labor brillante por la cultura médica nacional; pero estamos seguros de que su esfuerzo ha de obtener justa correspondencia.—Doctor Horno.

Química general aplicada a la industria, con prácticas de laboratorio, por el **Dr. Enrique Calvet,** Profesor de Química de la Escuela Industrial de Tarrasa. Tomo II. Química orgánica. Parte segunda: Compuestos cíclicos —Un volumen de 140 páginas (17 × 25 centímetros) ilustrado con 195 grabados intercalados en el texto.

Editor: *Salvat Editores, S. A.*—Barcelona. 1931.

En el año 1929 dimos a nuestros lectores cuenta de la aparición de la

primera parte (compuestos acíclicos) de esta notable obra del doctor Calvet. Hoy, con este nuevo volumen, termina el autor la parte de química orgánica.

Y como el anterior, está escrito con el mayor esmero e ilustrado con bellos y originales dibujos. La claridad de exposición y la ponderación que cada asunto ha merecido al doctor Calvet, le hacen utilísimo, como obra de estudio y de consulta.

En este volumen, dedicado a los compuestos cíclicos, se encuentran la gran variedad de productos que en medicina tienen práctica aplicación y positivo valor terapéutico; terpenos, alcoholes polimetílicos, fenoles, anhidroles bencénicos, éteres de núcleo bencénico, colorantes, alcaloides, glucósidos, albuminoides, fermentos, etc.

Se halla aquí el fundamento de la terapéutica moderna, primorosamente descrito en su origen, en sus propiedades, en sus derivados, en su modo de producción, que en muchas ocasiones tanto interesa al terapeuta.

Las industrias del alcohol, del caucho, del alquitrán, de los explosivos y gases de combate, con todos los productos que de ellas se derivan, su modo de obtención, aplicaciones, etc., están descritas con el detalle más exigente para los especializados.

Resulta así una obra completa y utilísima para ingenieros, industriales, farmacéuticos, químicos, médicos. El Profesor Calvet proporciona aquí la orientación, el guía para las labores más importantes.

Repetimos complacidos los aplausos que al autor y al editor dedicamos al aparecer la primera parte de esta obra magistral, que honra grandemente a España. — A.

SECCIÓN ANALITICA

MEDICINA GENERAL

P. FRUICTIER (Vichy). — *El régimen cárneo en la ictericia catarral y el tratamiento medicamentoso.* — («Repertoire Médical Pratique»; enero, 1931. París).

Dedúcense de las manifestaciones del autor de este trabajo las siguientes aplicaciones prácticas:

La dieta líquida (leche descremada, bebidas azucaradas) sólo debe mantenerse en los casos de ictericia catarral o infecciosa, durante el período febril y de intolerancia digestiva.

Tan pronto como la temperatura vuelve a la normal y reaparece el apetito, el régimen alimenticio se ampliará progresivamente, teniendo en cuenta los gustos y la tolerancia del enfermo: al comienzo deberá ser lacto-vegetariano, pero al cabo de algunos días, a pesar de la ictericia, se dará carne roja fresca, asada, magra y sangrante.

Este régimen deberá permanecer ligero; ciertas categorías de alimentos serán siempre excluídos (grasas, yemas de huevo, pan, pasteles, chocolate, vino, bebidas fermentadas, legumbres indigestas, conservas, condimentos, crustáceos, quesos fuertes, etc.); en una palabra, deberán prohibirse todos los alimentos de digestión laboriosa, susceptibles de fermentar en el intestino y de provocar gases o toxinas para el hígado.

La medicación deberá ser asimismo sobria; sulfato de sosa, agua de Vichy, enemas fríos, baños templados y fermentos lácticos. — Doctor Horno.

CIRUGÍA GENERAL

P. LORTHIOIR y P. KEMPENEERS (Bruselas). — *Las fracturas del calcáneo.* — («Journal de Chirurgie et An. de la Soc. Belge de Chir.»; junio, 1931. Bruxelles).

De este bello rapport, presentado por los autores en la Sesión extraordinaria de junio último de la Societé Belge de Chirurgie, pueden deducirse las consideraciones siguientes:

La patología del calcáneo está dominada por su anatomía; es un hueso de textura esponjosa, pobremente recubierto de un tejido denso desigualmente repartido.

Las fracturas más frecuentes son las provocadas por hundimiento del tálamo; son a la vez las más graves, y esta gravedad se debe a la artritis sub-astragaliana y al enderezamiento de la bóveda plantar que llevan consigo estas fracturas.

En las radiografías el ángulo tuberoso permite apreciar el grado de hundimiento de la bóveda plantar y la eficacia del tratamiento aplicado, cuyo tratamiento está esencialmente marcado por la naturaleza de las lesiones y la necesidad de reconstruir la bóveda plantar.

Las indicaciones operatorias son más imperiosas en los hundimientos talámicos de tercer grado; aquí es necesario elevar el tálamo y mantenerlo en su lugar. Wilmoth y Lecaeur lo practican mediante injertos ósteo-periósticos; Leriche, con prótesis metálicas.

Los autores, siguiendo a Böhler, reducen estas fracturas mediante extensión y modelado mecánico. Al parecer esta manera de proceder proporciona los resultados más concluyentes. — Doctor Horno.

L. DARTIGUES (París). — *Sobre la hipertrofia mamaria unilateral.* — («Revue de Chirurgie Plastique»; núm. 2; julio, 1931. París).

A propósito de cuatro casos operados por él, el autor indica las razones etiológicas en las cuales el traumatismo agudo o crónico desempeña un papel en la hipertrofia complicada de prolapso; llama la atención sobre el papel que desempeña la compresión. Desde el punto de vista operatorio, insiste sobre la importancia y la simetría que necesita una resección glandular bien calculada. En cuanto a los resultados han sido muy buenos y han mejorado inmediatamente el estado mental de las enfermas afectadas con desigualdad mamaria. Dos señoritas se casaron poco después de la operación y no ha habido, más tarde, perturbaciones de orden fisiológico. — Doctor Horno.

RUBENS-DUVAL (París). — *De la asociación de la cirugía y de la proteinoterapia específica de los cánceres.* — («Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgiens»; núms. 9 y 10. Sesiones 15 mayo y 5 junio, 1931. París).

La proteinoterapia específica de los cánceres, fundada sobre las reacciones del organismo, utiliza las globulinas extraídas de los tumores malignos. Es mejor que los tratamientos por el rádium o por los rayos X y es el complemento de las intervenciones quirúrgicas. La cirugía y la radioterapia son tratamientos locales, destructores rápidos y no específicos. La proteinoterapia es un tratamiento general, regulador, de larga duración y exactamente específico. Este tratamiento no está en desacuerdo con la acción quirúrgica sino que, por el contrario, la prepara y la termina como lo prueban las observaciones presentadas.

M. Laurence completa ciertos puntos de las observaciones de tres enfermos de su servicio de hospital presentados por Rubens-Duval. Estos enfermos que están en tratamiento desde hace largo tiempo, muestran que la proteinoterapia específica de los cánceres puede dar resultados muy satisfactorios y merece desde ahora fijar la atención de todos los cirujanos.

M. J. Lanos comunica dos observaciones: la de un cáncer del cuerpo tiroide y la de un quiste vegetativo de los dos ovarios, observaciones que datan la primera de 1920, y la segunda de 1925 y que actualmente están en perfecto estado después de la proteinoterapia.

M. R. Bonneau comunica el examen histológico de los nódulos extirpados recientemente por él a la enferma que había operado anteriormente de un cáncer del pecho, reoperada cinco veces y señalada por M. Rubens-Duval en su reciente comunicación. Este autor afirma que ha visto que la proteinoterapia específica ejerce una acción general notable sobre los cancerosos y una acción local, que unida a la cirugía, puede, en ciertos casos particulares, reducir el acto quirúrgico a una menor extensión. — *(Autoresumen).*

R. MASSART (París). — *La abertura amplia de la rodilla en el tratamiento de las lesiones sinoviales, capsulares, ligamentosas y meniscales.* — («Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgiens»; núm. 9. Sesión 15 mayo, 1931. París).

El autor presenta tres operados que andan fácilmente y tienen una rodilla sólida y móvil. La artrotomía, practicada según la técnica de Putti, ha permitido la movilización precoz. El autor insiste sobre la importancia de los cuidados post-operatorios desde el punto de vista del resultado final y aconseja hacer artrotomias amplias si se quiere tratar completamente las lesiones articulares. — *(Autoresumen).*

M. LEYDIER (París). — *De la incisión circular de fenestración o de nidación y de la incisión circular de sección peri-areolar en las operaciones de trasposición del seno y de mamectomía total.* — («Revue de Chirurgie Plastique»; número 2; julio, 1931. París).

La incisión debe ser circular y no oval como la han pretendido algunos autores, por razones anatómicas, operatorias y de orden mecánico. Su profundidad variable según la intervención, transposición o mammectomía. Su diámetro diferente, según el sitio de la incisión, cutánea o peri-areolar. La sutura se hace en puntos separados, siendo invisible la cicatriz consecutiva. — Doctor Horno.

THEVENARD (París). — *Tratamiento de los abscesos del ano.* — («Bulletins et Mémoires de la Soc. des Chirurgiens»; núm. 10. Sesión 5 junio, 1931. París).

Thévenard presenta un informe sobre un trabajo de Jacquemaire de París

referente al tratamiento por la bacteriofagia de los abscesos del borde del ano. El autor expone un cierto número de hechos nuevos que se pueden unir a los que ya se conocen, en los que, en contradicción con el laboratorio, se ha obtenido, con un bacteriófago no específico de las bacterias patógenas, una curación rápida de una infección quirúrgica. El informador concluye, después de haber hecho una rápida revista general de la cuestión, que si, desde el punto de vista teórico, hay algunos puntos que son difíciles aún de interpretar, los hechos clínicos, muy alentadores, prueban que la fagoterapia es un arma preciosa cuyo empleo no se debe nunca descuidar. — *(Autoresumen).*

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

C. E. BENJAMINS (Croningue). — *Amigdalectomía total y absceso del pulmón.* — («Revue de Laryngologie D'Otologie...,etc.», núm. 4, 28 febrero, 1931. Bordeaux).

Señala el autor el contraste que ofrece el elevado número de casos de abscesos pulmonares consecutivos a la amigdalectomía en América, con los pocos observados en Europa, y trata de estudiar las causas a las que puede obedecer esta enorme diferencia. Pasa revista a las dos posibilidades señaladas por los americanos (embolia séptica, aspiración de productos sépticos, a las que añada aunque sólo sea para citarla, la teoría de la vía linfática) inclinándose a pensar en que la ausencia de vaso-constricción protectora por la falta de adrenalina, como consecuencia del empleo de la anestesia general tan usada y en boga por los americanos, es una de las principales sino la primordial causa de la producción de los abscesos.

Termina su trabajo diciendo que para disminuir los riesgos de la amigdalectomía es preciso atenerse a las siguientes conclusiones:

1.ª La amigdalectomía total se hará siempre en frío.

2.ª La condición de las vías aéreas será tan buena como sea posible.

3.ª La anestesia general se hará excepcionalmente.

4.ª Es preferible añadir adrenalina al líquido anestesiante inyectado.

COMENTARIO.—No deja de ser sorprendente, en realidad, la enorme diferencia que entre Norteamérica y Europa marcan las estadísticas de la producción de abscesos pulmonares post-operatorios en los amigdalectomizados, y no deja, por otra parte, de llamar la atención, que mientras allende el Atlántico el género de anestesia empleado es la general, en Europa es la local. Forzoso es por lo tanto establecer una relación de causa a efecto entre la frecuencia de tal complicación y la clase de anestesia. Pero, ¿cómo ésta puede influir en ello?

Es posible que la persistencia de los reflejos (especialmente el tusígeno) en los operados bajo anestesia local (contra su ausencia tras la operación en la anestesia general) sea un agente favorable para la expulsión de la sangre y secreciones que durante la operación se introducen indefectiblemente durante el acto operatorio en la tráquea y bronquios, y los cuales son seguramente la causa del absceso, pero tampoco puede negarse que, como indica muy bien a nuestro juicio Benjamins, la ausencia de la vaso-constricción por la falta de adrenalina sea un factor muy digno de ser tenido en cuenta. — J. DUERTO.

MALAN (Turín). — *Complicaciones faríngeas y laríngeas de la fiebre de Malta.* — («Revue de Laryngologie, D'Otologie... etc.»; núm. 3, 15 febrero 1931. Bordeaux).

Las vías aéreas superiores son atacadas casi sistemáticamente al principio de la infección melitocócica, bien ligeramente bajo una forma catarral ligera, o ya con aspecto hemorrágico (epistaxis, hemorragias laríngeas o traqueales más o menos abundantes) indicador de un estado de infección seria y de toxemia muy profunda. A veces se observan manifestaciones ulcero-necróticas de la faringe, con fenómenos de esfacelo de lengua, amígdalas, y aún vestíbulo laríngeo.

El diagnóstico es en estos casos muy difícil, por cuanto las lesiones no corresponden generalmente a ninguna de las figuras clínicas de la angina necrótica.

Respecto a la terapéutica, es de notar la superior influencia de la tripaflavina sobre el arsenobenzol y la plata coloidal, cuya acción acaso sea debida a la acción estimulante sobre el sistema retículo-endotelial, en el cual, como ha demostrado Pende, se localiza la infección melitocócica de una manera electiva.—J. DUERTO.

J. REBATTU y J. DECHAUME (Lyon). — *Las lesiones anatómicas en la parálisis de los dilatadores de la glotis.* — («Revue de Laryngologie, d'Otologie..., etc.»; número 3, febrero, 1931. Bordeaux).

Si aun cuando ciertamente existen formas intermediarias y bastardas consecutivas a la diferencia de distribución de los nervios y a la variabilidad de sus anastómosis en los músculos laríngeos, forzoso es admitir la existencia de dos grandes tipos de síndromes paralíticos; fonatario el uno que no se acompaña de ningún trastorno respiratorio, y respiratorio en cierre glótico el otro, con voz conservada, pero con intensos fenómenos disnéicos. La primera es una parálisis total que (excepto el músculo crico-tiroídeo), afecta a toda la

musculatura extrínseca de la laringe; la segunda es una parálisis limitada a los músculos dilatadores.

Aun cuando está universalmente admitido que toda parálisis de los dilatadores (a menos que no se pruebe otra etiología) debe ser considerada como de origen sifilítico, un punto queda por discutir, cual es, el de el asiento exacto de las lesiones que condicionan las parálisis.

A tal objeto pasan los autores revista a las diferentes teorías (lesión cortical, meningo-vascularitis, neuritis periférica, lesiones núcleo-bulbares) y tras exponer los datos suministrados por la autopsia de un caso observado, concluyen en que la parálisis de los dilatadores puede ser realizada por una lesión intra-bulbar que (no interesando los núcleos precisamente) ataque a las fibras radiculares ya en su curso intra-bulbar o en su emergencia; lesiones vasculares—dicen—y sobre todo perivasculares, que en actividad y evolución son susceptibles de ser influenciadas por el tratamiento específico. — J. DUERTO.

A. HINOJAR (Madrid). — *Elementos de diagnóstico de la flebitis del seno lateral.* — («Revista de O. R. L. Hispano-Americana»; año XXI, núm. 11. 1930. Madrid).

Antes de valorar los elementos de diagnóstico es necesario hacer una distinción entre las modalidades clínicas y anatomopatológicas de estas flebitis, toda vez que los mismos elementos diagnósticos tienen valor diferente según los casos y además muchos de ellos, tal vez los más valiosos, no son investigables más que en modalidades especiales de estas flebitis.

Es frecuente cuando se habla de flebitis del seno lateral no pararse a pensar y observar si se trata de una inflamación de la pared externa o si comprende toda la vena y si en la pared interna se ha inflamado o se ha formado un trombus formando la modalidad clínica llamada tromboflebitis. Esto sin contar que la vena está en contacto con tejidos que pueden dar síntomas de un valor indudable. Hay, pues, que puntualizar los síntomas y diferenciar y no encerrar en el concepto de flebitis todas las manifestaciones inflamatorias más o menos extendidas y con trombus o no. Aun cuando hay flebitis sin manifestación alguna de otitis aguda o crónica, constituye el primer jalón para el diagnóstico de una flebitis el que haya habido una otitis.

¿Qué elementos de diagnóstico tenemos en un enfermo de supuración aguda o crónica de oído para llegar al conocimiento de la existencia de una flebitis del seno lateral?

Podríamos hacer una división—síntomas de aparición espontánea y síntomas de experimentación clínica—. Entre los primeros, que podríamos subdividir en locales y generales, tenemos: dolor, alteración del color y aspecto de la piel, signos de reacción meníngea o cerebral, alteración de los nervios inmediatos,

fiebre y metástasis; entre los segundos datos citológicos y bacteriológicos suministrados por el análisis de la sangre, exploración del fondo de ojo, radiografía, auscultación, de las yugulares y los que se derivan de la punción lumbar. A estos elementos diagnósticos que se pueden recoger antes de toda intervención hay que agregar algunos otros, para los cuales es necesario abrir la mastoides. A veces se llega a este momento terapéutico sin haber sentado un diagnóstico.

Dolor. — El dolor puede ser espontáneo, pero no es raro que el dolor se sienta detrás del borde posterior en la región ya cubierta de pelo, a la altura del conducto auditivo externo y si acaso un poco más abajo.

También se presenta en el borde anterior del esternocleidomastoideo cuando hay una flebitis; este examen del cuello debe hacerse siempre y compararlo siempre con el lado contrario.

Fiebre. — Principal síntoma es y preséntase de tipo piohémico con grandes elevaciones térmicas, que llegan a veces hasta 42 grados, y bruscos descensos hasta 35 grados. Estos accesos de fiebre empiezan por el escalofrío típico y terminan por el sudor, y lo que más llama la atención es que el sensorio no guarda relación con este estado local. Según la extensión del proceso, serán muy diferentes los tipos de fiebre.

Metástasis. — Cuando aparecen metástasis es un caso de flebitis manifiesta; pero estas metástasis han sido siempre consideradas como transporte de material séptico procedente de un trombo disgragado; sus partículas arrastradas serían casi siempre en el territorio de la arteria pulmonar; a veces dan metástasis tardías, y a veces tan graves que acarrean la muerte; son hemoptisis violentas, gangrena pulmonar, abscesos del parénquima, embolia de la arteria pulmonar. Estos hechos se presentan cuando hay trombus, pero otras veces se trata de microbios que, llevados por el torrente circulatorio, se depositan o bien en las articulaciones o en las masas musculares; otras veces hay manifestaciones inflamatorias con edemas y hemorragias y manifestaciones cutáneas que parecen a la erisipela.

Análisis de la sangre. — En presencia de una otitis con fenómenos septicémicos se impone un análisis bajo los puntos de vista citológico y bacteriológico; hay que recoger la sangre en el momento en que haya irrupción de gérmenes, o sea cuando el escalofrío o al comenzar la fiebre, pues en otro momento podría dar resultado negativo a pesar de haber bacterias; muy importante es tomar una gota de pus del punto de la supuración, pues si coinciden las bacterias de la sangre y pus, tenemos ya el punto fundamental; o también tomar pus de abscesos septicémicos. Es un error el tomar sangre de la flexura del codo; es preferible de la yugular del lado enfermo o de ambas yugulares para comparar, y también de la yugular del lado enfermo y de la flexura del codo del mismo lado.

El tomar sangre de la yugular del lado enfermo es difícil; la disminución de hemoglobina indica una septicemia por estreptococo hemolítico; importante es también la relación entre los leucocitos entre sí. Cuando hay leucocitosis grande, y pequeña producción de neutrófilos, puede pensarse que la infección ótica haya llegado hasta el seno pero sin haberse producido absceso perisinusal. Cuando éste se haya constituído, la leucocitosis, que es muy abundante, presenta un marcado predominio de los polinucleares, y cuando después de la tercera semana de una otitis se ha presentado una neutrofilia de más de 6000, significa el avance del proceso otítico hacia la duramadre. Todos los signos hematológicos no tienen más que un valor relativo.

Fondo de ojo. — Se puede apreciar una neuritis óptica o éxtasis papilar generalmente unilateral, o hipertensión venosa. No debe omitirse la radiografía, porque aunque algunas veces no dé resultado, otras se aprecia en lugar del seno una mancha que pertenece al absceso.

Punción lumbar. — Pocos elementos de diagnóstico pueden dar: Infección auricular, mastoiditis, infección general séptico-piohémica, con metástasis, gérmenes igualmente comprobados en sangre, supuración auricular, y contenido en las metástasis, leucocitosis alta, y neutrofilia acentuada, revelan la existencia de una flebitis que si además tiene el signo de Queckenstad positivo, es obliterante. Este diagnóstico nos dirige a la intervención sobre el seno lateral.— J. J. BELTRÁN.

R. CARDEÑOSA DE VEGA (Zamora). — *Estudio clínico de un caso de estenosis esofágica.* — («Medicina Latina»; año IV, núm. junio, 1931. Madrid).

El caso objeto es interesante bajo todos los aspectos, pero experimentalmente resalta su interés por las dificultades de diagnóstico etiológico y anatomo-patológico.

Dice el autor: En honor a la lealtad científica que debe guiar estos trabajos, a la hora de escribir este artículo, desconozco la etiología del proceso; lo sospecho, pero de ningún modo puedo afirmar su anatomía patológica.

Hay en él tres hechos innegables: 1.º, estenosis esofágica, que data de los primeros años de la vida y que se comprueba por radioscopia; 2.º, que por el tratamiento del cateterismo olivar progresivo, esa estenosis ha desaparecido y pasan perfectamente los alimentos sólidos; 3.ª, que por la belladona y sus derivados no encontramos ninguna modificación para eludir toda causa espasmódica.

La historia clínica es: enferma, de diez y nueve años; pasa difícilmente los líquidos e imposible los sólidos, y se presenta un dolor que cesa cuando vomita los alimentos; por su escasa cultura (muchacha de servicio), no recuerda

ni antecedente femiliar ni personal, y dice que esta molestia la ha tenido siempre.

Hecha la radiografía se presenta una estrechez que no es espasmódica, ni neoplásica, ni mediastínica ganglionar, ni vascular.

A los seis meses de cateterismo pasa los alimentos sólidos; ¿Se trata de un proceso congénito? Declaro que es extraordinariamente raro; la literatura quirúrgica cita muy pocos.

La interpretación que yo admito como más probable es una estenosis post-casuística o post-ulcerosa acaecida en los primeros años de la infancia y que la enferma no recuerda el episodio originario. — J. J. BELTRÁN.

OFTALMOLOGÍA

A. BELLAVIS (Palermo). — *Sobre el síndrome de la hendidura esfeinodal.* — («Bollettino d'Oculistica»; abril, 1931. Florencia).

Empieza describiendo tres casos de oftalmoplejia; uno sensorio, sensitivo motriz, y dos sensitivo motriz, habiendo notado en estos tres casos que tras un tratamiento apropiado han recuperado sus funciones todos los nervios que pasan por la hendidura esfenoidal, a excepción del motor ocular externo, persistiendo la correspondiente parálisis del recto externo mucho tiempo después de la *restitutio ad integrum* de los demás nervios que pasan por la hendidura esfenoidal. Cita casos de otros autores, en los cuales después del tratamiento han mejorado por completo las lesiones todas, pero quedando la parálisis completa del recto externo.

Bajo el punto de vista clínico, el síndrome de compresión de la hendidura esfenoidal, es una parálisis de los nervios motores, sensitivos, sensoriales y patético que pasan por la hendidura esfenoidal y agujero óptico.

Bajo el punto de vista etiológico son numerosas las observaciones a este propósito; mientras al principio se consideraba como única causa posible de esta clase de lesiones a la sífilis, hoy se la atribuye también a otras causas y más preferentemente a tumores y traumatismos.

Son muchos los casos descritos de afecciones del vértice de la órbita de naturaleza sifilítica, habiéndose hecho en casi todos el diagnóstico de lesión sifilítica después que el tratamiento específico ha tenido un éxito: casi todos admiten la ósteo-periostitis luética de la hendidura esfeinodal.

El síndrome apical debido a tumor del vértice orbitario consecutivo a un traumatismo, puede producir una oftalmoplejia esterna total y una interna casi completa.

Foix, muestra con dos observaciones que es posible sospechar una locali-

zación vecina a la pared externa del seno cavernoso por la aparición de parálisis oculares. Este síndrome de la pared externa del seno cavernoso puede existir aun sin manifestación ni disturbios circulatorios. Admite hay que pensar en el síndrome de la pared externa del seno cavernoso en presencia de una oftalmoplejia bilateral de marcha progresiva, especialmente si se inicia con la parálisis del sexto par y si se acompaña de dolores en el territorio del oftálmico.

El cuadro del síndrome del vértice orbitario aparece pues muy complejo, no tanto desde el punto de vista de la naturaleza de la lesión como de su localización. Si se admite la localización de la lesión en la hendidura esfenoidal, resulta difícil explicar por qué con el tratamiento específico se consigue la curación de todo, quedando únicamente la parálisis del motor ocular común y en algunos casos el dolor. Por otra parte, el primer síntoma que hace su aparición en el síndrome de la pared externa del seno cavernoso, es la parálisis del sexto par, el cual, a diferencia de los otros nervios, penetra en la cavidad del seno cavernoso; iniciándose la lesión en la pared externa de éste, evidentemente el sexto par es el primeramente interesado.

Admitiendo, pues, el asiento inicial de la lesión en las proximidades de la pared externa del seno cavernoso, el proceso inflamatorio puede extenderse hacia el vértice orbitario, pudiendo dar lugar a las manifestaciones paralíticas de los otros nervios que atraviesan la hendidura esfenoidal.

En esta forma parece lógico que el proceso curativo después del tratamiento empiece por la porción más cercana a la hendidura esfenoidal y los nervios que la atraviesan terminando con la pared externa del seno cavernoso o sus proximidades y con ella el sexto par. — R. Loscos.

R. GALLENGA (Turín). — *La queratitis actínica.* — (Bollettino d'Oculistica»; mayo de 1931. Florencia).

Las lesiones provocadas por los rayos violeta sobre el ojo humano han sido agrupadas hasta ahora en dos grupos bien distintos: la oftalmia eléctrica y la oftalmia producida por la luz reflejada por la nieve (nivalis).

El autor no piensa ocuparse de las lesiones producidas por la luz en los diversos tejidos oculares, sino únicamente de las producidas en la córnea, ya que hasta que ha hecho su aparición la lámpara de hendidura de Gullstrand ha sido negada la participación de la córnea en el cuadro normal de las oftalmias eléctrica y nivalis. Describe la sintomatología de éstas y catorce observaciones clínicas, doce de la primera y dos de la segunda.

La identidad de aspecto biomicroscópico de la córnea observada en las dos oftalmias justifica se la considere como enfermedad única que lógicamente

puede llamarse *oftalmia actínica;* se trata de dos procesos morbosos iguales, con idéntica etiología, sintomatología, pronóstico y tratamiento, variando únicamente la procedencia de los rayos luminosos causantes, en una del sol, y en otra del arco voltaico.

Dada, pues, la constancia de la lesión corneal en el cuadro normal de la oftalmia eléctrica, y de la nieve, cree el autor debe designarse con el nombre de *queratitis actínica* todos los casos de oftalmia producida por los rayos ultravioleta en los cuales predomina la lesión corneal; en los catorce casos citados por el autor el síntoma dominante ha sido el corneal, por esto considera justo que la enfermedad tome el nombre del tejido cuya lesión domina el cuadro morboso. — R. Loscos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

M. MARTI PASTOR (Valencia). — *Estudio de la cesárea abdominal y sus indicaciones modernas.* — (Discurso de ingreso en la Academia de Medicina y Cirugía de Valencia; 7 junio, 1931. Valencia).

Tras una historia muy documentada y una bien hecha exposición de fundamentos y técnicas llega el autor a tratar de las indicaciones, que concreta de este modo:

La operación cesárea está indicada en los casos que un obstáculo que radica en la pelvis o en las partes blandas dificulta la salida del feto por el conducto genital, o cuando un accidente hace desear la terminación rápida del embarazo o parto mientras el cuello resiste.

Estas diversas indicaciones son *absolutas* cuando no existe otro medio para extraer el feto que la vía abdominal, o *relativas* cuando hay otros medios tocúrgicos que rivalizan con la cesárea.

Tumores previos, estenosis congénitas o adquiridas, estrecheces pélvicas no ampliables, son indicaciones absolutas, con feto vivo. Estados varicosos, producciones papilomatosas, estenosis de cuello, presentaciones transversales, eclampsia puerperal, afecciones cardíacas descompensadas, placenta previa, hematoma retroplacentario, son indicaciones relativas.

En cada capítulo el doctor Martí Pastor expone su juicio personal contrastado con sus resultados estadísticos y con las más autorizadas opiniones; de ello se deduce su convicción de que la operación cesárea es el tratamiento de elección, por ser el más benigno y de menor mortalidad.

La operación cesárea, en el trabajo del doctor Martí, se ve recorriendo toda su carrera triunfal desde el siglo XVI hasta nosotros; hoy ya no se discute

el procedimiento; se puntualizan indicaciones, técnicas, pero su eficacia es por todos reconocida. La estadística personal del autor es una prueba más en este sentido.

Colofón meritísimo de este trabajo es el discurso de contestación del doctor Vicente Navarro Gil, repleto de personales y utilísimas consideraciones sobre la cesárea, sus variantes y los demás procedimientos tocúrgicos, versión, sinfisiotomía, etc., que encierran positivo valor.

El doctor Martí Pastor, con su discurso de ingreso, honra a la Academia de Medicina de Valencia y enriquece la escuela patria. — Doctor Horno.

B. GUILERA (Barcelona). — *Desprendimiento prematuro de la placenta. Dos casos clínicos.* — («S. O. y G.», Revista mensual. Organo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Barcelona; año III, núm. 5, 1931. Barcelona).

Dos casos clínicos dan al doctor Guilera la ocasión de hacer un detenido y documentado estudio del desprendimiento prematuro de placenta.

Con Metzer establece como factores principalmente capaces de ocasionar el desprendimiento prematuro de la placenta durante el embarazo o parto, dos: la auto-intoxicación gravídica y la endometritis, y hace un verdadero diagnóstico diferencial; así dice, la endometritis es de un pronóstico generalmente benigno para la madre; no hay albuminuria; el estado general está poco alterado; la tensión es normal o baja; el pulso puede estar alterado, pero estas alteraciones no son serias; la hemorragia externa puede faltar o ser escasa; sólo excepcionalmente altera el estado general; es más frecuente en las multíparas.

En la originada por auto-intoxicación gravídica, el pronóstico es mucho más grave, sobre todo si coincide con eclampsia; es más frecuente en primíparas, con tensión elevada, albuminuria, edemas, cefalalgias, insomnios.

El aumento progresivo del volumen uterino es sistema común a ambas formas, claro que este síntoma está en relación con la cantidad de sangre o hemorragia interna. Pero la anemia y shock son constantes en las formas graves.

El desprendimiento prematuro es un hecho afortunadamente raro, aproximadamente dos por mil, aunque dada su escasez no es fácil encontrar estadísticas.

El pronóstico fetal es igual en ambas formas, pues depende de la rapidez de su extracción.

A los factores etiológicos citados añade las nefritis, lúes, cardiopatías, y aunque raro, se ha publicado algún caso debido a hemopatías (hemofilia, púrpura...).

En la práctica se observan formas que pudiéramos llamar mixtas, que dificultan el diagnóstico y hacen dudar del camino a seguir.

Una vez establecido el diagnóstico, ¿debe ser la cesárea la única terapéutica? Para algunos, sí; para otros, y a ellos se asocia el autor, conviene ser ecléctico.

En las formas graves, la indicación es laparotomía de urgencia y decidir con los órganos a la vista si debemos o no sacrificar el útero. En las formas benignas basta por lo general con una expectación armada que sobra muchas veces, y en otras seguida de una intervención obstétrica sobre feto resolverán el caso. Los dos casos clínicos que motivan esta comunicación son:

El primero, una primigrávida, de ocho meses, con edemas, sin antecedentes personales, indicios de albúmina, hidramnios agudo y lúes. No requirió intervención, pues propuesta la punción del huevo, se rompió espontáneamente; expulsión fetal precedida de hemorragia regular, alumbramiento a los diez minutos, con un grueso coágulo reciente, pegado en el centro de la placenta. Este caso que terminó felizmente, es de factor mecánico; a este factor mecánico deben referirse de un modo exclusivo los casos referidos por cortedad de cordón, gemelaridad o traumatismo directo.

El segundo caso es de una multípara en el octavo mes de la undécima gestación, ingresada en la Maternidad con el diagnóstico de hemorragia grave por placenta previa. Como dato de interés es que horas antes la enferma notó un vivo dolor difuso por todo el vientre, que se hizo rápidamente intolerable, con mareos y agotamiento. Hecho el diagnóstico de desprendimiento prematuro, evacuación rápida, dilatación manual y fórceps, alumbramiento acompañada la placenta de gruesos coágulos negruzcos. Al ingresar la enferma, estaba en 36,5, 130 pulsaciones, auscultación negativa, intensa albuminuria. El curso fué satisfactorio; al cuarto día sólo existían indicios de albúmina. En este caso, el factor fué toxicosis gravídica. — M. Vicente.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

E. DE GREGORIO (Zaragoza). — *Sífilis sin chancro.* — (Folleto de ocho páginas. Zaragoza, 1931).

El enjuiciamiento de estos casos de infección en que falta el chancro es de gran dificultad. Está sin embargo probado desde Kolle que así puede ocurrir y parece depender el hecho de la falta de alergia cutánea o por vía hemática directa.

De Gregorio presenta siete casos de contagio cutáneo-mucoso; de ellos, cuatro mujeres, en las que el mismo autor indica la posibilidad de que el chancro puede estar localizado en fondos de saco, en cuello uterino y prefe-

rentemente en el útero mismo, cuya mucosa puede dejar paso al germen sin provocar accidente inicial alguno.

Estos casos de «sífilis decapitada» merecen ser muy tenidos en cuenta. — Doctor Horno.

E. DE GREGORIO y J. SIERRA (Zaragoza). — *La leucocitorreacción de Gonin, Bienvenne y Daoulas, en el diagnóstico de la sífilis.* — («Actas Dermo-Sifiliográficas»; diciembre, 1930. Madrid).

Las diferentes variaciones leucocitarias presentan especiales características que indudablemente pueden tener valor diagnóstico y pronóstico. Estas variaciones son el resultado de una acción específica (gérmenes y toxinas), pero la relativa afinidad de los gérmenes por una parte, y por otra la semejanza de su acción excitadora o inhibidora de los órganos hematopoiéticos, dan cuadros leucocitarios insuficientemente típicos y variados para que puedan servir como patognomónicos en las infecciones.

El mecanismo de las reacciones de Gonin, Bienvenúe y Daoulas, que los autores estudian con todo esmero, es semejante; chocs sanguíneos, con sus trastornos vasomotores y desequilibrios vago-simpáticos, que observados en diferentes momentos hacen considerar las reacciones como opuestas en muchos casos, ya que al comienzo del desequilibrio provocado por la inyección se produce una leucopenia y más tarde una leucocitosis.

Por otra parte, la fugacidad del fenómeno, la no existencia de especial fragilidad de los leucocitos en la sífilis, y los resultados observados por De Gregorio y Sierra, les llevan a no considerarse partidarios de estas reacciones. — Doctor Horno.

VIAS DIGESTIVAS

J. THONNESEN (Kopenhagen). — *Poliposis gastro-intestinales.* — («Acta Médica Scandinavica». Supplementum XXXV; Stockholm, 1931).

El autor empieza puntualizando cuáles son los casos en que se trata de una verdadera poliposis, y dice que para poder hablar de esta enfermedad es preciso que se trate de un proceso generalizado. Dice: «No es suficiente encontrar 5-6 pólipos en un segmento intestinal; pero si encontramos varios pólipos en distintas fases de desarrollo y al lado de 4-5 pólipos adultos vemos que la mucosa está sembrada de pequeños adenomas, el aspecto anatomopatológico ya es distinto y entonces es correcta la denominación de poliposis».

El trabajo está basado en la observación de cuarenta casos, procedentes del territorio danés, que el autor ha recogido en el transcurso de los últimos veinte años. En la estadística de los casos estudiados se observa una mayor

frecuencia de la enfermedad en los últimos años, que el autor atribuye a que últimamente se hace mejor el diagnóstico.

Desde el principio se observa un perfecto orden en la exposición de la materia. En el capítulo «etiología» hace un estudio detallado de las diversas teorías que han pretendido explicar el origen de la poliposis gastro-intestinal. Analiza minuciosamente la importancia del factor hereditario y publica unos cuadros genealógicos en los cuales demuestra cómo esta afección se presenta en varios individuos de la misma familia. Termina este capítulo estudiando la importancia de la frecuencia de la existencia de un proceso irritativo entre las causas de la poliposis gastro-intestinal.

Del estudio de la gráfica que presenta resulta que el recto es el sitio de elección para el desarrollo de la poliposis, ya que en el 73 por 100 de los casos observados, está localizada en este segmento intestinal. En el estómago se localiza únicamente en el 8,7 por 100 de todos los casos observados. Es muy rara la localización en el intestino delgado, y casi nunca se desarrolla en el esófago.

El estudio anatomopatológico está valorado con una magnífica colección de fotografías de piezas anatómicas y de microfotografías de preparaciones histológicas. Termina este capítulo con las siguientes conclusiones:

A) Desde un punto de vista morfológico, los pólipos epiteliales del intestino pueden clasificarse tal como sigue: 1). Pólipos glandulares; 2). Pólipos mucosos; 3). Pólipos mixtos. Los pólipos solitarios, que frecuentemente se observan en los niños deben ser generalmente considerados como formaciones quísticas debidas a la obstrucción de los canales glandulares, formándose verdaderos conglomerados de quistes de retención.

B) La poliposis gástrica, por su estructura histológica, debe ser considerada como una gastritis crónica hipertrófica y atrófica. La estructura histológica es la misma tanto en el caso de que la poliposis gástrica sea la consecuencia de una poliposis intestinal invasora, como en el caso de estar únicamente localizada en el estómago.

C) Se han observado transformaciones celulares que parecen demostrar que la metaplasia de las células intestinales consiste en una evolución progresiva de las células epiteliales profundas y se han podido seguir las fases de esa evolución. No se ha podido demostrar si en los lugares en que se observan procesos regenerativos antes ha tenido lugar esta trasformación.

D) En los casos publicados de poliposis gástrica se ha observado constantemente la presencia de un tipo celular que se tiñe de color oscuro y en cuyo protoplasma se encuentran gotas de mucina. Estas células aparecen con aspecto variado (núcleo en forma de bastón y disminución de la producción de moco) y se observan preferentemente en los sitios en que son más manifiestos los

procesos de diferenciación, y esto es motivo para que fácilmente se acepte que estas células representan un período de diferenciación más avanzado de las células metaplásicas intestinales, idea que viene apoyada en el hecho de que este tipo se encuentra también en los adenocarcinomas que se han desarrollado sobre la base de un pólipo gástrico.

La segunda parte del trabajo está dedicada al estudio clínico de la enfermedad, empezando por el de los casos de localización intestinal. Al tratar de los síntomas afirma que no existe ninguno que sea patognomónico de la enfermedad, y que generalmente son los mismos que los de las colitis agudas y crónicas: hemorragiass, dolores, diarreas, alternando con constipación. Frecuentemente se presentan largos períodos de remisión de estos síntomas. Precisamente en la falta de síntomas propios radica la gravedad de esta enfermedad, ya que cuando se hace el diagnóstico ya es demasiado tarde para hacer el tratamiento adecuado. Otro peligro consiste en la posibilidad de que sobrevenga la muerte durante las hemorragias. Cuando la poliposis es muy alta (ciego y colon), los síntomas son muy escasos y vagos. El autor cita un caso (el 31 de la estadística personal), en el que sólo había una ligera constipación y en el que el diagnóstico sólo se pudo hacer después de haber resecado la porción de intestino afecto que se había invaginado.

La mayor parte de estos casos terminan dando lugar al desarrollo de un carcinoma, ya que el 70 por 100 de los mismos se desarrollan sobre lesiones de poliposis. Cuando los períodos de remisión de la enfermedad faltan o son de corta duración, debe temerse el desarrollo de un carcinoma. Por lo demás, la evolución de un carcinoma desarrollado sobre la base de una poliposis no se diferencia de la de los demás neoplasmas intestinales.

Las complicaciones que pueden presentarse son: 1), prolapso anal del pólipo; 2), invaginación intestinal; 3), cáncer del colon, del recto y del estómago.

Los síntomas de la poliposis gástrica son los mismos que los de la gastritis crónica. Al igual que en los casos de localización intestinal no existe, pues, ningún síntoma patognomónico. Solamente la exploración röntgenológica permite hacer el diagnóstico en vida.

A veces no se presenta ningún síntoma. Otras veces los enfermos mueren a consecuencia de una hemorragia gástrica. En ocasiones solamente se presentan los síntomas propios de la poliposis intestinal. El autor opina que la poliposis gástrica no es una afección tan poco frecuente como se había creído y que la mayor parte de los carcinomas gástricos se desarrollan sobre la base de una poliposis.

El diagnóstico de la poliposis intestinal es generalmente muy fácil si se piensa en la posibilidad de que se trate de esta enfermedad y no se olvida la práctica de una rectoscopia. Se debe pensar precisamente en esta

enfermedad cuando en la familia del paciente ya han existido algunos individuos que han presentado síntomas semejantes. Siempre deben hacerse las exploraciones siguientes: tacto rectal, rectoromanoscopia, exploración röntgenológica y laparotomía exploradora.

La enfermedad evoluciona por etapas que van alternando, presentando remisiones que a veces son muy duraderas. El tratamiento interno debe procurar aumentar en lo posible la duración de estas remisiones, ya que no es capaz de determinar la curación de la enfermedad.

El paciente debe evitar en lo posible las enfermedades infecciosas y los excesos de trabajo. Es conveniente que descanse muchas horas y que lleve una vida de reposo, si es posible de sanatorio, ya que sólo de este modo estará más sujeto a un régimen alimenticio apropiado (nata, manteca). Deben administrarse algunos astringentes, según los casos.

Siguiendo las indicaciones citadas, es posible alcanzar remisiones de larga duración, durante las cuales el enfermo debe someterse periódicamente a exploraciones médicas a fin de que no pase desapercibido el desarrollo de un carcinoma. Este tratamiento debe intentarse siempre que falte la indicación precisa de la intervención quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico puede ser paliativo o radical, y las indicaciones son bien precisas. Las intervenciones paliativas son: 1), extracción de los pólipos por vía anal; 2), abertura de un ano contranatura, de intestino delgado o de intestino grueso, con exclusión temporal o permanente del resto de intestino; 3), anterocolotomía. En el estómago: gastroenterostomía y gastrotomía.

Las operaciones radicales son las que ofrecen garantías de curación, pero tienen el inconveniente de que van acompañadas de gran mortalidad operatoria. Están indicadas formalmente siempre que exista un carcinoma. También deben hacerse cuando ha farcasado el tratamiento médico. En general se recomienda que la operación se haga en varios tiempos, debido a que el enfermo dispone de escasas resistencias.

El autor considera que mediante la radiumterapia no se ha ocasionado ningún perjuicio a los enfermos, y que en un caso ha obtenido una acción beneficiosa cierta, y recomienda que se estudie en nuevos casos los resultados que se obtienen mediante las aplicaciones de rádium.

Este interesante trabajo va seguido de las historias clínicas de los cuarenta casos observados por el autor, y termina con las siguientes conclusiones:

1.ª Del estudio anatomopatológico, clínico y terapéutico de cuarenta casos, resulta que modernamente esta enfermedad es diagnosticada con más frecuencia que en épocas anteriores, y esto permite afirmar que no es una enfermedad tan rara como se había creído.

2.ª La base etiológica del proceso consiste verosímilmente en la combinación de una predisposición celular hereditaria y de procesos inflamatorios crónicos.

La influencia hereditaria no está aun bien probada. Siempre es demostrable la existencia de un proceso inflamatorio crónico.

3.ª Para la clasificación de los pólipos se tienen en cuenta los criterios siguientes: macroscópico, etiológico y pronóstico. Ninguno de ellos satisface al autor. Desde un punto de vista morfogenético se ha propuesto la clasificación en tres grupos: 1), pólipos glandulares; 2), pólipos mucosos; 3), pólipos mixtos. Se conocen observaciones de casos que demuestran que los frecuentes pólipos solitarios de los niños no son más que conglomerados de quistes glandulares.

4.ª Se ha propuesto la supresión de las denominaciones: pólipos falsos y no verdaderos, pseudopoliposis, y la sustitución por palabras adecuadas que expresen su carácter patológico.

5.ª En el 65 por 100 de los casos se desarrolla un carcinoma sobre la base de una poliposis.

6.ª La poliposis gástrica debe considerarse como una gastritis crónica hipertrófica y atrófica. Se han visto trasformaciones celulares que demuestran que las células metaplásicas intestinales proceden de las células epiteliales profundas del estómago. De las investigaciones del autor se desprende que las células metaplásicas del intestino se diferencian aun más, pierden su función secretora y puede variar su actividad invasora y destructiva.

Conclusiones clínicas. — 7.ª Se ha observado que la afección se presenta más frecuentemente en hombres que en mujeres, guardando la relación de 1,8 a 1.

8.ª La poliposis gastrointestinal no ofremce un cuadro clínico característico. Los enfermos suelen presentar los siguientes síntomas: diarreas, melenas y dolores en el bajo vientre.

9.ª Se han observado remisiones durante el curso de la enfermedad.

10. Los fundamentos de la terapéutica son discutibles; se recomienda más frecuentemente el tratamiento médico que el tratamiento quirúrgico, ya que mediante aquél se obtienen remisiones de la enfermedad y durante estos períodos de remisión, a veces de varios años de duración, los enfermos recobran la capacidad para trabajar. Esta tendencia al tratamiento conservádor se apoya además, en a), la gran mortalidad operatoria, y b), en los resultados poco alentadores observados después de las operaciones radicales.

11. La operación radical está indicada cuando se comprueba la existencia de un cáncer intestinal, o bien cuando la terapéutica interna no ha determinado ninguna remisión de la enfermedad.

En los casos muy graves debe hacerse la operación radical si el estado del paciente ha mejorado después de las operaciones paliativas. En la poliposis gástrica la indicación de la operación radical debe hacerse inmediatamente después del diagnóstico.

12. Sobre la importancia de la radiumterapia, actualmente no podemos aún hacer ninguna afirmación categórica. — M. Miserachs.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

¿PARTO SIN DOLOR?

POR LOS DOCTORES

Ricardo HORNO Alcorta y Mariano VICENTE Carceller

ZARAGOZA

Desde que asistimos al espectáculo del primer parto nos ha llamado profundamente la atención uno de sus fenómenos que, aun hoy, a pesar de la costumbre, nos impresiona; es el dolor, síntoma siempre de un padecimiento o sea de algo patológico, en un fenómeno tan fisiológico como es el parto.

Y esto mismo ha debido ocurrirles a muchos, puesto que todas las obras de Obstetricia contienen el invariable capítulo del dolor en el parto y del modo de intentar su supresión.

Siempre ha sido atrayente para el tocólogo el asunto de la analgesia obstétrica, ya que atenuar el dolor, disminuir los sufrimientos de la que va a ser madre, es lo menos que podemos hacer en su honor.

Ahora bien; en tantos años como la Humanidad cuenta, ¿han llegado los investigadores a obtener el medio de abolir el dolor de la maternidad? Esto es lo que vamos a tratar de poner de manifiesto, con el mayor número de datos precisos para su comprensión.

I

Tenemos que confesar noblemente, con Cotte, que la inervación de los órganos genitales femeninos no ha interesado apenas más que a los anatómicos; tanto es así, que ignoramos casi completamente el papel que corresponde al sistema nervioso en la ovulación, en la menstruación, e incluso la misma inervación uterina es conocida deficientemente.

Por fortuna para nosotros son los ginecólogos los que, tratando de buscar curación a ciertos síndromes dolorosos, se lanzan a resecciones nerviosas genitales, lo que llevará consigo un conocimiento más exacto de la inervación genital.

Así y todo, vamos a ver cómo hasta hoy se comprende y estudia la inervación del aparato genital de la mujer.

INERVACION DEL UTERO

Por las descripciones que se encuentran en todas las Anatomías y Obstetricias y por los datos que nos aportan la Fisiología y la Patología relacionados con este complejo asunto, puede deducirse que el útero se encuentra inervado por filetes del simpático, filetes del sistema cerebro-espinal y por ganglios autóctonos miometrales vistos por La Torre, Keifer...; es decir que existen dos diferentes clases de inervación, una por filetes cuyas células nerviosas se encuentran fuera del útero en centros o ganglios simpáticos o espinales, y otra cuyas células nerviosas se encuentran en la masa muscular del útero; la primera, inervación extrínseca; la segunda, inervación intrínseca; pareciéndose en esto al corazón, que además de los nervios pneumogástrico y vago (inervación extrínseca), tiene elementos nerviosos propios, como son los núcleos y ganglios de Tawara, de Keith y Flack y de Bidder, los fascículos o filetes de Wenckelach, de Thorel y de His, y la extensa red de Purkinje, verdadera red neuro-muscular; tanto parecido tienen el útero y el corazón, que se ha llegado a decir, «el útero es el corazón pelviano», queriendo significar con ello que son órganos de función tan importante y especializada que parece como si la naturaleza previsora, no fiando mucho para tener asegurada su función por la inervación a distancia, hubiera puesto dentro del mismo órgano elementos nerviosos intrínsecos, autóctonos, independientes, capaces de que por su influencia la función pudiera seguir cumpliéndose aun en aquellos casos en que de un modo patológico se encontrase dificultada, destruída o anulada la inervación extrínseca simpática o espinal.

Pero dejando aparte estas consideraciones más o menos filosóficas, vamos a nuestro asunto, que es el estudio de la inervación uterina.

A. I. Inervación simpática

Son muy variables las descripciones que se hacen de esta inervación y hasta contradictorias, pues mientras Lee y Franckenhauser describen un voluminoso ganglio, irregularmente triangular, situado a los lados de la inserción de la vagina en el cuello, hay otros como Jastrebon, que critican esta descripción y afirman que no existe uno, sino varios ganglios reunidos en

plexo, un grupo ganglionar recto-vaginal y otro útero-vesical; citamos estas diferencias para demostrar que todavía no puede sustentarse una descripción puramente científica y exacta de la inervación simpática del útero.

Siguiendo la opinión de Latarjet y Rochet, describiremos por separado el simpático abdominal y el simpático pelviano.

Simpático abdominal (lumbar de Testut). — Es continuación del simpático torácico; atraviesa el diafragma un poco por fuera del esplácnico mayor y se coloca por dentro de las inserciones del psoas; en el lado izquierdo va cubierto por la aorta abdominal, y en el derecho por la cava inferior. Presenta generalmente un par de ganglios por vértebra, no siendo raro encontrar unas veces tres y otras cinco.

Según Poirier, esta porción del simpático no tiene gran relación con la inervación obstétrica, puesto que todos los plexos abdominales, y entre ellos el ovárico, no son más que ramas de distribución del plexo solar.

Esta cadena ganglionar simpática no interviene más que para dar algunos filetes a los ganglios aórtico-renales y mesentéricos superiores que con los semilunares constituyen el plexo solar; de estos ganglios parten finos filetes que se pierden en la red peri-aórtica y haces que constituyen los rami-comunicantes destinados a unir los nervios raquídeos del plexo lumbar con la cadena simpática.

Plexo ovárico. — Nace de las ramas eferentes de los ganglios aórtico-renales y mesentéricos superiores, los cuales pertenecen a la serie de plexos pares originarios del plexo solar, el *cerebro abdominal* de los antiguos anatómicos.

Todas estas ramas se anastomosan y descienden a lo largo de la aorta, a la que abandonan para seguir la arteria útero-ovárica. En su trayecto se ven algunos engrosamientos o dilataciones ganglionares, de las que una, más voluminosa que las demás, se denomina ganglio ovárico. Siguiendo, o mejor aún, acompañando a la arteria útero-ovárica, penetra en la parte superior del ligamento ancho; de esta forma contribuye a formar el ligamento superior del ovario y sus relaciones anatómicas podemos estudiarlas en sus tres porciones: lumbar, ilíaca y ligamentaria.

En su trayecto lumbar se encuentra: delante, a la derecha, el colon ascendente, la arteria cólica derecha, la raíz del mesenterio; a la izquierda, el cólon descendente y la arteria cólica izquierda.

Detrás, a la derecha, la vena cava inferior y el uréter; a la izquierda, el músculo psoas, sobre el que, como ya hemos indicado, se apoya y sobre el que desciende.

En su trayecto ilíaco se desliza sobre la fascia ilíaca y el músculo psoas, cruza oblicuamente la arteria y después la vena ilíaca externa. En su trayecto

ligamentoso penetra por el borde superior del meso-salpinx y llega al polo exterior del ovario.

El plexo se termina como la arteria de que es satélite en filetes ováricos (para el ovario), salpingianos o tubáricos (para la trompa) y en filetes anastomóticos. Estos últimos siguen acompañando la anastomosis de la arteria uterina con la ovárica, la llamada arteria de Glenard, o bien por un filete especial alcanzan el útero a nivel de la inserción uterina del ligamento propio del ovario, donde se anastomosa con otro filete que viene del plexo hipogástrico. Esta anastomosis produce una dilatación llamada ganglio ovárico, del cual parten filetes que se distribuyen por la parte anterior del fondo uterino, por el ligamento ancho, por el ligamento redondo y por la trompa.

La importancia del plexo ovárico parece secundaria comparada con el desarrollo del plexo producido por el simpático pelviano.

Simpático pelviano. — La cadena simpática que venimos estudiando, al llegar al promontorio se convierte en pelviana y se aloja en la concavidad del sacro, algo por dentro de los agujeros sacros anteriores; cuatro o cinco ganglios fusiformes con su mayor eje vertical se encuentran en esta cadena; al final, en su porción coxígea, algunas veces los dos cordones, derecho e izquierdo, conservan su individualidad e independencia recíproca hasta su terminación, pero esto es relativamente raro; más a menudo se unen formando un asa de concavidad superior (asa coxígea del gran simpático), formando en ángulo más o menos agudo un ganglio pequeñísimo, ganglio coxígeo o ganglio impar, que se desarrolla a veces en el punto de unión de ambos simpáticos; pero de todas las maneras, sea como sea su terminación, de ella se desprenden unos filetes finísimos que terminan en la cara anterior del coxis o en la arteria sacra media o en la pequeña glándula endocrina conocida con el nombre de glándula coxígea (Testut).

El simpático pelviano es retroperitoneal, situado en el espacio retro-rectal cerrado por ambos lados por la membrana sacro-recto-génito-pelviana de Pierre Delbet.

Del lado externo de los ganglios de esta cadena se desprenden ramos comunicantes generalmente en número de dos por cada ganglio que, dirigiéndose oblicuamente hacia afuera y abajo, van a parar ya al nervio raquídeo correspondiente, ya a los dos nervios vecinos (Testut).

De la cara anterior de estos ganglios se desprenden numerosas y voluminosas ramas que oblicuamente se dirigen hacia arriba, adelante, afuera y forman inmediatamente de su nacimiento una red inextricable para contribuir a la formación del plexo hipogástrico.

Plexo hipogástrico. — Este importante plexo nace en la red que rodea a

la aorta abdominal, o sea del fin del plexo aórtico-abdominal reforzado por los filetes procedentes de los ganglios lumbares del simpático.

Cuando la aorta abdominal se bifurca en las ilíacas primitivas, derecha e izquierda, este retículo da pocos filetes a estos vasos; continúa descendiendo por delante de la columna vertebral, formando un cordón más o menos uniforme; éste es el nervio pre-sacro de Latarjet, todavía llamado plexo uterino magno de Franckenhauser, plexo intermesentérico o interilíaco, parte inferior del gran plexo lumbo-aórtico, o plexo hipogástrico superior. Es único y medio, y se halla situado en la bifurcación de la aorta, pasa sobre la cara anterior de la vena ilíaca primitiva izquierda, se aplica sobre la cara anterior del promontorio y la primera vértebra sacra, y se halla recubierto por la porción final del meso sigmoídeo.

Su trayecto es de 4 a 6 centímetros, después del cual se bifurca dando nacimiento a los plexos hipogástricos inferiores de Hovelacque, laterales o hipogástricos propiamente dichos, que son los nervios hipogástricos derecho e izquierdo de Latarjet.

Este nacimiento se señala teóricamente a nivel de la anastomosis de la vena ilíaca externa con la interna, es decir, en aquel punto en que concurren ambas para formar la vena ilíaca primitiva; prácticamente se dice que es a nivel del promontorio (Bumm).

Estas dos ramas en que se divide el gran plexo uterino, descienden oblicuamente de arriba a abajo y de atrás a delante, dirigiéndose hacia el fondo de saco vaginal lateral, o sea al punto de inserción de la vagina en el cuello y rodean las paredes póstero-laterales del recto desde donde entran en relación con los siguientes órganos: por delante, con los vasos hipogástricos; por dentro con el recto; por detrás, con los vasos sacros laterales y el suelo pelviano; y por fuera con el músculo elevador del ano y los nervios raquídeos del plexo sacro. Durante este trayecto, de unos ocho centímetros aproximadamente, envían algunas finas anastomosis transversales a los nervios vecinos; muy pocos filetes van directamente al útero, siguiendo la arteria uterina, y un filete al uréter, que constituye el nervio ureteral principal.

Cada uno de los nervios hipogástricos termina en el ganglio hipogástrico.

Ganglio hipogástrico. — Las dificultades que lleva consigo la disección de este ganglio han sido la causa de la diversidad de opiniones que hemos hecho mención más arriba. Así es que mientras unos le denominan ganglio, otros lo consideran como plexo, y esta es la razón de que se le hayan dado nombres diversos, como plexo útero-vaginal, plexo latero-cervical, ganglio cervical de Robert Lee y Franckenhauser, expansiones del plexo hipogástrico lateral; de todos modos se trata de un conglomerado nervioso, unas veces compacto

y otras veces más o menos disociado, formado por la reunión de células y fibras nerviosas.

Contribuyen a formar este plexo, filetes del plexo sacro, los nervios sacro-erectores de Eckardt (nervio pélvico de algunos autores) que contienen los nervios vasomotores de la erección; filetes nacidos de la cadena simpática sacra, algunas veces ramas del quinto ganglio lumbar o del primer ganglio sacro, y por último ramas del plexo hemorroidal inferior, lo que da cierta solidaridad funcional entre el aparato genital y el recto.

Macroscópicamente se presenta a modo de un fieltro blanco grisáceo en el que disecando cuidadosamente pueden reconocerse dos planos, uno interno, continuación del nervio hipogástrico y del que salen ramas para el útero, recto y para la porción yustamedia de la vejiga, y otro externo, que continuando las pequeñas anastomosis del plexo sacro emite ramas que se distribuyen por la cara externa de la vagina y de la vejiga. Histológicamente es un verdadero amasijo de fibras y células.

Sus dimensiones son de 2 a 3 centímetros de altura y de 3 a 4 centímetros en sentido antero-posterior. Tiene íntimas relaciones con los ligamentos útero-sacros de los que constituye el armazón; así se ve en un corte de estos ligamentos, dos caras peritoneales, la externa reforzada con algunas fibras musculares aisladas, en la parte superior algunos vasos y en la parte inferior principalmente, una armadura nerviosa. (Latarjet).

Los vasos situados al exterior, son: la arteria hipogástrica, cuyas ramas se adhieren a los ganglios, y el plexo hemorroidal medio. El ganglio hipogástrico constituye el lugar de paso de casi todos los filetes de la inervación uterina y está en relación con el pedículo vascular genito-vexical, que puede dividirse en dos porciones, una superior, representada por los vasos umbilicales y vesicales y, otra inferior, representada por los útero-vaginales y vexico-vaginales.

Está encerrado en una red venosa siempre muy desarrollada formada por los plexos venosos hemorroidales medio e inferior, los vexicales anteriores o plexo de Santorini, posteriores o plexo seminal y plexo pampiniforme del que que salen dos venas que se unen para formar la vena útero-ovárica izquierda tributaria de la cava inferior (Testut).

El uréter cruza su borde superior en X muy prolongada, para ir a la vegiga, atravesando el parametrio.

Las anastomosis que envía o que recibe el ganglio hipogástrico pueden reunirse en dos grupos; anastomosis con la cadena simpática látero-vertebral y anastomosis con los nervios sacros.

Anastomosis con la cadena simpática látero-vertebral. Un filete va del último ganglio simpático al nervio presacro, un poco por debajo del promontório; otros filetes van de los ganglios del simpático sacro a los nervios hipogástricos.

Anastomosis con los nervios sacros: son mucho más importantes, proceden de las tercera y cuarta ramas del plexo sacro y a veces de la segunda y constituyen el nervio esplácnico pelviano de B. Harmatn.

El tercer par sacro, poco después de su origen, da dos o tres filetes para el ganglio hipogástrico, y otro tanto le sucede al cuarto par.

Las ramas de distribución del ganglio hipogástrico pueden dividirse en rectales y génito-vesicales. Las primeras son varios filetes en cierto modo accesorios que se dirigen al recto. Las segundas son las más importantes que emite el ganglio hipogástrico; la disección no permite individualizar este retículo nervioso, no obstante, distinguiremos en este grupo génito-vesical, ramas eferentes del ganglio hipogástrico, nervios vagino-vesicales y nervios uterinos.

Nervios vagino-vesicales.—Constituyen en su origen un verdadero plexo en el que pueden reconocerse algunas dilataciones ganglionares. Poco después estos plexos se aclaran y van emitiendo filetes: dos o tres para el uréter (nervio inferior del uréter), numerosas y más importantes ramas que, rodeando la porción externa del uréter, se dirigen hacia el cuerno posterior de la vegiga, por donde penetran en su pared. Entre ellas una se distingue por su volumen, es el nervio urétero-vesical externo de Latarjet.

Otros ramos más tenues y escasos caminan sobre el lado interno del uréter. Uno de éstos, más visible que los demás, es el nervio urétero-vesical interno de Latarjet.

Estos ramos se dirigen hacia la vegiga donde terminan; los dos nervios uretero-vesicales externo e interno, se envían anastomosis transversales y forman en conjunto, un asa nerviosa preureteral, situada a un centímetro y medio o dos centímetros de la pared vesical. Además deben señalarse algunos filetes insignificantes que se distribuyen por el istmo uterino.

Nervios del utero.—Los dividiremos en dos subgrupos: el primero, o subgrupo principal, comprende los filetes que constituyen el armazón, como ya hemos dicho, de los ligamentos útero-sacros, forman el plano interno del ganglio hipogástrico, se dirigen hacia el istmo y desaparecen en el músculo uterino; entre el grupo derecho y el izquierdo no es posible reconocer anastomosis. El segundo grupo, secundario, no es otro que el *nervio lateral del útero*. Nace del cuerno superior del ganglio y a veces del plexo vagino-vesical, gana el istmo por detrás de la arteria uterina, y de sus ramas cervicales, da para el ligamento redondo algunos filetes que se anastomosan con el plexo ovárico y, por fin, termina en el músculo uterino; también da algunos filetes pequeñísimos para el ligamento ancho y para la trompa.

En el trayecto de estos nervios Lee y Franckenhauser y más tarde Koerner, Dembo, Tunpfer, han descrito cierto número de ganglios (ganglio cervical

Lee y Franckenhauser, ganglio paracervical, ganglio vaginal...) y además de estos ganglios, en las mismas paredes internas hay células ganglionares, que bastan para asegurar el automatismo de las contracciones uterinas (Cotte).

Resumen de la inervación simpática. Para concluir diremos con Bumm: Las fibras simpáticas que parten del plexo aórtico, se dirigen hacia abajo recibiendo filetes del ganglio solar, de los renales, de los genitales y de los lumbares del simpático; todas estas fibras y filetes nerviosos se reúnen y forman el gran plexo uterino. A nivel del promontorio se divide en dos ramas, los plexos hipogástricos, que rodeando al intestino recto se dirigen directamente a los lados del útero y la mayor parte de sus fibras se reúnen a los lados de la inserción de la vagina, formando un importante plexo, el plexo fundamental del útero. Mas rara vez se encuentra en vez de esta lámina plexiforme un ganglio único, el ganglio de Franckenhauser (Testut) colocado a la altura del cuello uterino y del fondo de saco posterior de la vagina y del que parten ramas que inervan la mayor parte del útero; las fibras simpáticas de los ganglios renales y genitales y las que acompañan a los vasos espermáticos inervan al ovario y las trompas.

A. II. Inervación cerebro-espinal

El aparato genital recibe su inervación cerebro-medular por mediación de los plexos lumbo-sacro y sacro-coxígeo.

Plexo lumbo-sacro.—Origen. La porción de médula de donde nacen las raíces nerviosas de este plexo es la llamada dilatación lumbar situada en la columna vertebral entre la novena dorsal y primera lumbar o entre la décima dorsal y la segunda lumbar; así es que topográficamente hablando no merece el nombre de lumbar que lleva y sería más propio llamarla dilatación dorso-lumbar. Su longitud es de 7 a 9 centímetros y su diámetro de 12 milímetros aproximadamente. Da diez pares de ramas, de las que las anteriores forman el plexo que estudiamos.

Siguiendo el criterio de los anatómicos dividiremos este plexo, para su más fácil estudio, en otros tres: lumbar, sacro y sacro-coxígeo.

Plexo lumbar. — En apariencia, el menos importante de todos. Contribuyen a su formación las ramas anteriores de los cuatro primeros nervios lumbares.

Todas las ramas de este plexo, a poco de haber salido por el agujero de conjunción correspondiente, dan un filete anastomótico para la rama inmediata inferior; así el lumbar I la recibe del último dorsal (1); el lumbar II del lumbar I... y el lumbar V del lumbar IV y forman el nervio o tronco lumbo-sacro que se dirige al plexo siguiente.

(1) Anastomosis que ha sido llamada nervio-dorso-lumbar.

También emiten cada una de estas raíces ramas comunicantes que las unen al gran simpático.

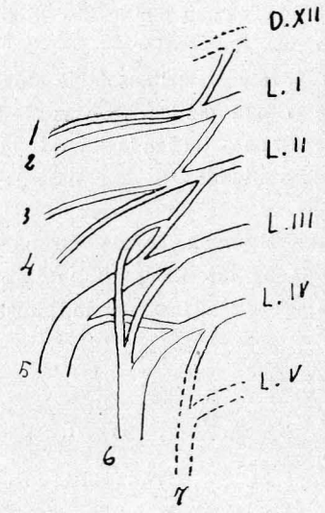


Fig. I.

PLEXO LUMBAR

D. XII: duodécimo par dorsal. L. I: L. II: L. III L. IV: L.V: los cinco pares lumbares. 1. Nervio abdómino-genital mayor. 2. Abdómino-genital menor. — 3. Fémoro-cutáneo. — 4. Génito-crural. — 5. Crural. — 6. Obturador.— 7. Tronco lumbo-sacro.

De este plexo así formado, nacen ramas cortas que van a los lomos y al psoas, y ramas largas entre las que se encuentran algunas que, en el estudio que estamos haciendo, nos interesan; son las siguientes:

El gran abdómino-genital o mayor, después de haber dado un ramo perforante y una rama abdominal, da una rama genital que, introduciéndose en el canal genital, acompaña al ligamento redondo y termina en la región de los grandes labios después de haber inervado la región inguinal.

El pequeño abdominal o menor, da una rama genital que se fusiona más o menos con la precedente, atraviesa también el conducto inguinal y da, como el anterior, un filete pubiano a la piel del pubis y un filete genital para la piel del gran labio.

El génito-crural da una rama genital que también atraviesa el conducto inguinal en el que abandona unas tenues fibrillas y termina como los anteriores en la piel de los grandes labios.

El nervio obturador presenta un interés mediato en este asunto de inervación genital que estamos tratando, pues en su trayecto pasa por detrás de la foseta ovárica y puede ser comprimido durante el parto, lo que permite explicar los dolores irradiados que se manifiestan a veces a nivel de los adductores y recto interno por él inervados.

El nervio crural no tiene ninguna relación con este asunto que estudiamos.

Plexo sacro. — Está formado por la reunión del nervio lumbo-sacro (que

como hemos visto antes no es sino la resultante de la unión de la rama anastomótica procedente de la raíz anterior 4.ª lumbar y la raíz anterior de la 5.ª lumbar), las raíces anteriores de la 5.ª lumbar y las 1.ª, 2.ª y 3.ª sacras con la rama ascendente de la raíz anterior del cuarto par sacro; la descendente de este último contribuye a formar el plexo sacro-coxígeo.

Todas estas raíces se reúnen en un tronco voluminoso, de donde parten por un lado, saliendo por encima de la espina ciática, nervios destinados al miembro inferior y que en el estudio que estamos haciendo no nos interesan, y por otra parte cierto número de ramas destinadas a las vísceras y a los músculos de las regiones genitales.

Estas últimas ramas constituyen, según Poirier, un verdadero plexo al que contribuyen únicamente las raíces anteriores de las 3.ª y 4.ª parejas sacras, y le llama plexo genital (ramas viscerales de Testut) o nervio pudendo.

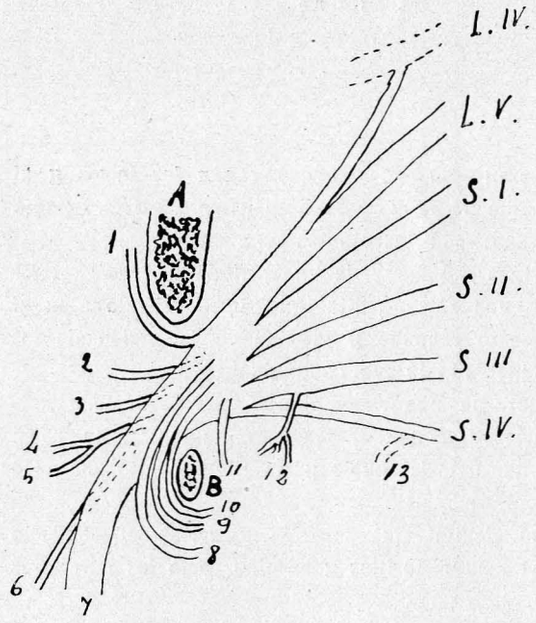


FIG. II.

PLEXO SACRO

L. IV: L. V: S. I: S. II: S. III: S. IV. — Raíces anteriores lumbares y sacras: A - hueso coxal: B - espina ciática. 1 - nervio del glúteo mayor: 2 - del piramidal: 3 - del gémino superior: 4 - del gémino inferior: 5 - del cuadrado crural: 6 - ciático menor: 7 - ciático mayor: 8 - pudendo interno: 9 - hemorroidal: 10 - obturador interno: 11-elevador: 12-ramas viscerales: 13 - anastomosis para el plexo sacro-coxígeo.

Las ramas de este plexo genital o pudendo de Poirier se dividen en ramas musculares y cutáneas (nervio del obturador interno, del elevador del ano, isquio-coxígeo, pudendo interno, hemorroidal o anal, y perforante cutáneo) y ramas viscerales para el reto, vagina y vejiga.

Todos estos nervios tienen en su origen una disposición más o menos plexiforme y están situados en el espacio pelvirectal superior rodeados por

la grasa peri-rectal y corresponden; por dentro, al fondo de saco posterior de Douglas; por fuera, al gran ligamento sacro-ciático y las fibras posteriores del elevador del ano y del isquio-coxígeo; por delante de ellos se encuentran los vasos sacros laterales.

El nervio elevador del ano y el isquio-coxígeo llegan a sus respectivos músculos caminando bajo la aponeurosis perineal superior a ambos lados de la vagina y de la vejiga.

El nervio pudendo interno, el hemorroidal y el obturador interno parten del espacio pelvi-rectal superior y acompañados por los vasos de esta región (los pudendos) dan la vuelta a la espina ciática, llegan a la fosa isquio-rectal y se distribuyen por los músculos perineales a que van destinados y por la piel que recubre a estos músculos, por el ano y por los órganos genitales externos.

Las ramas viscerales, numerosas y delgadas, se distribuyen por el recto, vagina y vejiga (filetes hemorroidales, vaginales y vesicales).

Todo este conjunto plexiforme, envía y recibe numerosas anastomosis a todo el sistema simpáticco de la pelvis.

PLEXO SACRO-COXÍGEO. — Es un arco nervioso resultante de la anastomosis de la raíz anterior 5.ª sacra y el nervio coxígeo; contribuye a la formación de este plexo la rama anastomótica que la raíz 4.ª sacra envía a la 5.ª (nervio sacro-coxígeo).

El nervio coxígeo sigue el hilo terminal, sale por el orificio del canal sacro, situado en el vértice de este hueso, pasa entre el ligamento coxígeo y los cuernos del coxis y se une a la 5.ª rama sacra entre las fibras tendinosas del isquio-coxígeo.

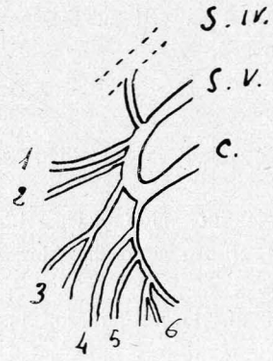


FIG. III.

PLEXO SACRO-COXIGEO

S. IV: S. V: - cuarto y quinto par sacros. C - nervio coxígeo.

1-2 - ramas anastomóticas para el plexo hipogástrico: 3 - filetes cutáneos: 4 - ramo externo del nervio coxígeo: 5 - nervio isquio-coxígeo: 6 - ramas internas del nervio coxígeo.

Este pequeño plexo da ramas anteriores que se dirigen al plexo hipogástrico y ramas posteriores que van a la piel de la región coxígea.

El nervio coxígeo da además una rama que bien pronto se divide en una externa, que atravesando el músculo isquio-coxígeo y ligamento sacro-ciático va a terminar en el glúteo mayor, y una rama interna que termina en la región cutánea coxígea.

Con todo esto tenemos la inervación extrínseca del útero y órganos genitales anejos.

Veamos ahora cómo terminan las fibras motrices y cómo comienzan las fibras sensitivas: Anatómicos y Fisiólogos se han ayudado mutuamente para esclarecer este punto y sus resultados demuestran que en el útero la forma de distribución de estos filetes es de una disposición especial.

Fibras sensitivas: Finísimos ramos mielínicos se encuentran situados entre las células de la mucosa uterina y se dirigen hacia el corion, donde se reúnen en un plexo (corial, submucoso), al que se añaden los filetes que se originan en el epitelio glandular, rodeando a los fondo glandulares como una cestilla. De este plexo o red submucosa parten ramas más o menos rectilíneas, con frecuencia helicoidales que atraviesan toda la pared muscular uterina para reunirse debajo del peritoneo en una red o plexo subperitoneal o subseroso, de mallas más laxas que las de la red submucosa.

Fibras motrices: Los nervios motores después de haber atravesado el peritoneo uterino se ramifican inmediatamente debajo de esta serosa, mezclándose con la red subperitoneal que hemos descrito anteriormente. Estas fibras son unas, mielínicas (las del sistema espinal), y otras, amielínicas (las del sistema simpático).

Las fibras motrices o centrífugas envían filetes que se ramifican entre las fibras musculares y terminan en botones libres.

Fibras vaso-motrices: Casi únicamente dependientes del simpático, se extienden por debajo del peritoneo, uniéndose a la red subserosa y desde allí se dirigen sin forma especial a los vasos.

B. Inervación intrínseca

Muy escasos son los datos que nos aportan los anatómicos, y además con una base hipotética.

La fisiología demuestra su existencia de un modo más evidente que la anatomía. Dembo quiso ver un ganglio en el segmento superior de la pared anterior de la vagina en una coneja.

Solamente sabemos que el escalpelo, por sí, no ha podido, hasta la fecha, demostrar su existencia.

Por histología, La Torre y Keiffer, haciendo uso de los procedimientos de coloración de Ramón y Cajal, han llegado, cada uno por su lado, a conclusiones parecidas.

Existen de seis a nueve ganglios situados en el ligamento ancho y en el tejido conjuntivo perivaginal. Estos ganglios se encuentran en el trayecto de las ramas procedentes del ganglio hipogástrico y tienen el mismo aspecto que los ganglios simpáticos.

Cabría preguntar si estos ganglios tienen alguna relación con la inervación intrínseca ya que, hablando con propiedad, no son uterinos.

Además, Keiffer, había encontrado en las paredes mismas del útero, ganglios situados en el trayecto de los nervios contiguos a los vasos. En la mitad externa del espesor de la pared uterina estos ganglios son más importantes. Tienden a repartirse en dos grupos, uno sobre la línea media anterior y otro sobre la línea media posterior. No han sido aislados en el cuello, ni en las vecindades de las glándulas de la mucosa uterina.

En el estado actual de nuestros conocimientos no podemos apreciar la importancia que es preciso atribuir a estos conglomerados nerviosos.

Por todo lo antedicho se comprende perfectamente la marcha de la corriente nerviosa motora, pues todos los nervios radiculares que forman los plexos de que hemos hablado proceden de las raíces anteriores de los nervios raquídeos; es decir, que lo referente a corriente nerviosa centrífuga puede seguirse paso a paso, neurona a neurona.

Ya no es tan fácil seguir la corriente centrípeta de sensibilidad, pues ya hemos visto que las raíces posteriores de los nervios raquídeos no intervienen para la formación de los plexos y por tanto el camino que sigue la vía sensitiva no es claro, y por esta razón vamos a insistir sobre este particular.

Vías posibles de conducción sensitiva

Nos referiremos a fibras añadidas, fibras que van en los nervios y ganglios simpáticos, pero que ampliamente podemos llamar extrasimpáticas.

Las podemos dividir en tres grupos: fibras de paso, fibras aferentes y fibras eferentes.

Las fibras de paso se limitan a atravesar el ganglio sin detenerse en él, todo lo más sueltan algunas colaterales, que van a ponerse en contacto con las células ganglionares simpáticas. De estas fibras se conocen, unas que vienen de otro ganglio simpático; otras, de un filete simpático; algunas que vienen del ganglio espinal; otras que van a la raíz anterior; otras que vienen por una rama colateral del ganglio simpático, lo atraviesan y por una de las rami-comunicantes van al ganglio espinal, lo atraviesan y se introducen en la médula.

De todas ellas, estas últimas (que hemos marcado más recias y largas que las demás en el esquema), son las que nos interesan en el estudio que estamos haciendo, pues pueden interpretarse como sensitivas, ya que van a la raíz

posterior. Según Cajal, estas fibras terminan en arborizaciones alrededor de las células de los ganglios raquídeos, pero ya terminen en el ganglio, ya lo atraviesen y terminen en células especiales, esto no significaría más que una reurona más en la vía sensitiva, ya que de todas las maneras al final forman parte de los haces de Goll y Burdach.

Es decir, que estas fibras pueden interpretarse como filetes nerviosos sen-

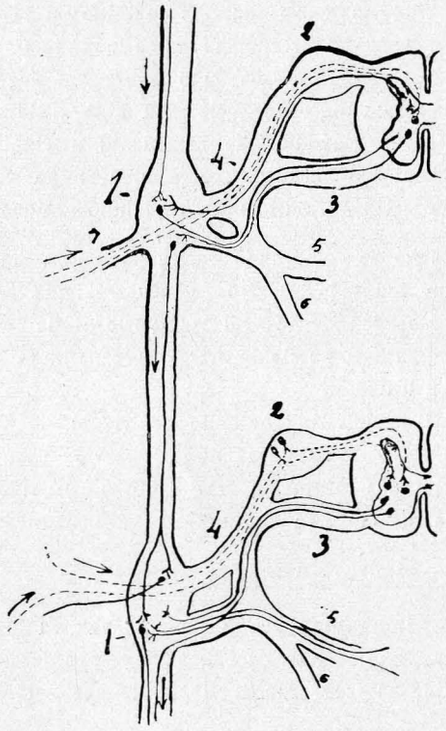


FIG. IV.

1. Ganglio simpático. — 2. Ganglio espinal. — 3. Raíz anterior de un par raquídeo. — 4. Ramos comunicantes. — 5-6. Ramas anterior y posterior de un tronco raquídeo. — 7. Ramas aferentes y eferentes de un ganglio simpático.

sitivos que se apoyan en su recorrido en los filetes simpáticos, es decir, fibras que fisiológicamente son fibras radiculares.

Las fibras aferentes y eferentes son de menos importancia que las anteriores desde el punto de vista de la posible conducción dolorosa que nos ocupa, pues son siempre fibras de tipo nervioso simpático. La única diferenciación que existe entre ellas es puramente fisiológica, según el sentido de la corriente, pues las aferentes son centrípetas con relación al ganglio y las

eferentes son centrífugas, sin que exista ningún dato anatómico que nos permita distinguirlas.

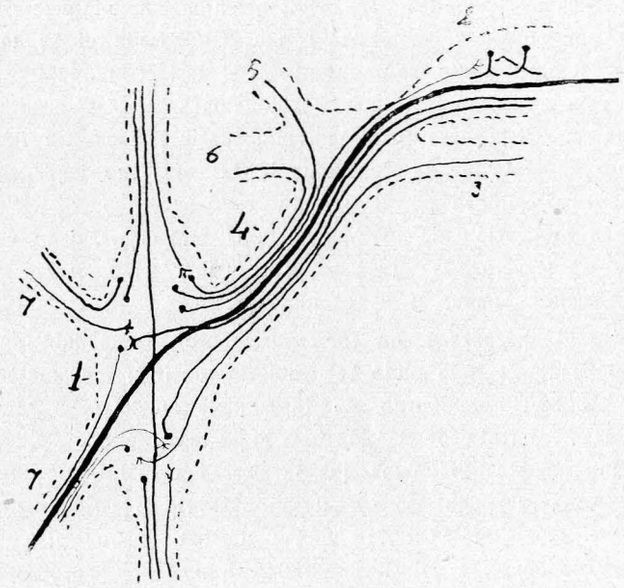


FIG. V.

Esquema demostrando las probables relaciones de un ganglio simpático central con el cordón simpático y con el sistema cerebro-espinal. (Ampliación de la figura anterior.). 1. Ganglio simpático. — 2. Ganglio espinal. — 3. Raíz anterior de un par raquídeo. — 4. Ramos comunicantes. — 5 - 6. Ramas anterior y posterior de un tronco raquídeo. — 7. Ramas aferentes y eferentes de un ganglio simpático.

DATOS EXPERIMENTALES, FISIOLOGICOS Y ANATOMO-PATOLOGICOS

Ya hemos visto la extraordinaria riqueza del sistema nervioso que tiene bajo su dependencia el aparato genital de la mujer. Su funcionamiento está todavía en estudio, es decir, que la morfo-fisiología no proyecta todavía luz sobre este asunto. Dividiremos su estudio, para mayor claridad, en tres partes: motricidad, vaso-motricidad y sensibilidad.

Motricidad

Como ya hemos dicho, posee un sistema extrínseco y otro intrínseco.

SISTEMA INTRÍNSECO. — *Datos experimentales y clínicos.* — En los animales, la destrucción de la médula dorsal y lumbar, la sección de todos los nervios

raquídeos y filetes simpáticos en su totalidad, no ha impedido la fecundación y el parto.

La degeneración traumática de los segmentos sacro-inferiores se tradujo en un caso por completa anestesia y analgesia desde el segundo y tercer segmento sacro para abajo con incontinencia vesical y rectal, y al quedar embarazada esta enferma sintió los movimientos fetales y disminuyó el dolor del parto normal. Este caso y otros análogos publicados nos indican que el parto es independiente de la conexión de las vías motrices con la médula y que sus centros radican en el ganglio de Franckenhauser; las vías sensoriales para la percepción de los movimientos fetales penetran en la médula entre la porción mesotorácica y la inferior lumbar y la de los dolores entre el quinto segmento lumbar y el segundo sacro.

Fr. Goltz y A. Frensberg, en 1874, seccionaron la médula dorsal en una perra, que a pesar de todo pudo ser cubierta, parir y amamantar.

G. Rein, de San Petersburgo, en 1880, aisló en una perra el útero, del sistema nervioso central por sección de todos sus nervios; sin embargo, la función uterina y todos los actos que la preceden (cóito, fecundación) y que la siguen (parto, lactancia) se efectuaron; deduce que la integridad de la médula no es necesaria para la función uterina, y por otra parte se ha visto que los movimientos del útero persistían sin modificación después de la destrucción completa del segmento inferior de la médula a partir de la décima vértebra dorsal.

Henri Vignes afirma que hay úteros de conejas o de mujeres embarazadas que paren (o expulsan su placenta) después de ser extirpados.

Calliburces extirpó un útero grávido en período de trabajo, lo sumergió seguidamente en agua caliente, suspendido por los cuernos uterinos, y se realizó espontáneamente la expulsión del feto.

Brachet señala que en mujeres que padecen lesiones en la médula, con parálisis de vejiga y recto, la fecundación y el parto se han verificado normalmente; de la misma manera se han dado partos normales en muchas parapléjicas.

De todo esto puede deducirse que un útero completamente aislado de los centros cerebro-espinales y simpáticos, es capaz de presentar contracciones rítmicas.

Puede explicarse este hecho de dos maneras:

1.ª Por existencia de ganglios intrauterinos.

2.ª Teoría miógena.

Respecto a la primera ya hemos expuesto anteriormente lo que de ella pensamos, y apoyan su existencia las pruebas siguientes:

a) En una coneja puede evidenciarse la existencia de un ganglio en el

segmento superior de la pared anterior de la vagina, que produce las contracciones vaginales persistentes después de la separación del útero de toda conexión nerviosa.

b) Si se coloca una ligadura alrededor del cuello uterino, de una coneja, las contracciones uterinas se debilitan y aun se suspenden; en cambio si esta ligadura se coloca por encima solamente, se suprimen las contracciones de los segmentos superiores del útero.

c) Si sobre un útero de coneja extirpado con una parte de vagina se excita el segmento superior de ésta, se provoca una fuerte contracción de la vagina y de los cuernos uterinos.

Si sobre este mismo útero se excitan directamente los cuernos, no se produce más que una débil contracción.

Concluyen los experimentadores diciendo que la autonomía nerviosa obstétrica está asegurada por un centro ganglionar situado al nivel del segmento vaginal antero-superior, al menos en la coneja.

Respecto a la segunda, o sea la teoría miógena:

a) Kurdinowski hace pasar cloral por los vasos de un útero aislado, medicamento que paraliza los elementos nerviosos, sean cuales fuesen, y no obstante las contracciones persisten.

b) Con relación al corazón, los trabajos de Gaskell quitan al sistema nervioso la preponderancia a él atribuída, para concedérsela al músculo cardíaco. El sistema nervioso tendrá la propiedad de modificar más o menos la facultad miógena del músculo, ya directamente, ya por vía refleja; no siendo por lo tanto generador, sino simplemente modificador del movimiento.

c) El poder de contracción rítmica existe en los músculos involuntarios, comprobado recientemente por Lewis sobre cultivos de amnios de pollo, que posee una capa muscular; es propiedad del protoplasma de estos músculos que puede ponerse de manifiesto sobre una masa celular, una célula o hasta en una parte de célula, en donde ningún elemento nervioso puede reconocerse.

En resumen: *el sistema nervioso autónomo del aparato genital existe fisiológicamente, pero las explocaciones de esta autonomía son todavía discutibles.*

Sistema extrínseco. — Todos los fisiólogos están conformes en reconocer que el simpático juega un papel importante en la inervación motriz general. Ya es más difícil precisar el grado de esta importancia, pues mientras unos le asignan un papel único, otros le atribuyen solamente un papel principal.

Von Bach y Fellner creen que la inervación de los órganos genitales internos está asegurada por el parasimpático pelviano para las fibras longitudinales y por el simpático para las circulares.

Gaskell, atribuye solamente al simpático toda la motricidad de los órganos genitales.

Langlay y Anderson confirman esta opinión probando que todas las neuronas motoras de los músculos de los canales de Wolf y de Müller están ligados exclusivamente con el simpático tóraco-lumbar.

Hofbauer se opone a esta manera de ver y afirma que el simpático y el parasimpático son necesarios para las contracciones rítmicas del sistema genital.

Nuestros conocimientos anátomo-fisiológicos sobre esta materia carecen todavía de bases firmes. Es clásico atribuir sólo al simpático la inervación motora e inhibidora, siguiendo los criterios de Gaskell y Vignes.

El influjo motor sigue el trayecto que hemos descrito anatómicamente en párrafos anteriores.

En la coneja, Langlay y Anderson han logrado hacer contraerse un útero, excitando el 2.º, 3.º, 4.º y 5.º par lumbares, lo que tiende a probar que los impulsos no proceden de los ganglios simpáticos, sino de los centros medulares inferiores. El trayecto de estas fibras es sin duda el mismo que el de los rami-comunicantes, aunque todavía nos es mal conocido.

Barger y Dale han demostrado que el papel motor del simpático varía según sea grávido o no el útero. Así los nervios simpáticos del útero en la gata son inhibidores normalmente y motores en gestación.

Es probable por otra parte, que al lado de los centros ganglionares, cuya existencia todavía es puesta en duda, y los centros medulares que van de la décima vértebra dorsal a la segunda lumbar, cuyas experiencias en el conejo parecen demostrar su existencia, haya otros centros accesorios; la excitación del bulbo, puede provocar contracciones uterinas, y lo mismo puede suceder excitando puntos de la médula más o menos bien definidos.

Fabre admite la existencia de centros medulares sin tratar de precisar su topografía.

Se ha llegado a suponer la existencia de centros motores corticales, mas esta opinión es todavía muy incierta.

Vaso-motricidad

Los nervios vasomotores están comunmente representados por los nervios sacros del plexo vago genital; Gaskell combate esta opinión que Von Basch había contribuído a propagar, y sostiene que todos los nervios vasodilatadores y vasoconstrictores provienen del simpático, siguiendo los plexos arteriales.

Parece que el pneumogástrico reconocido por Kilian como el promotor de la vasomotricidad no ejerce en realidad más que una acción muy indirecta sobre la circulación general (Spiegelberg).

Sensibilidad

PRODUCCIÓN DEL DOLOR. — Roos, distingue dos clases de dolores: el dolor *esplácnico*, que corresponde al punto lesionado, y el *somático*, que corresponde a las irradiaciones.

¿A qué grupo corresponden los dolores del parto?

Diremos que corresponden a los dos, ya que consideramos el parto como un síndrome doloroso.

Decir síndrome es decir conjunto de síntomas; hay dolores en el punto lesionado, dolores debidos a la compresión ejercida por el móvil fetal, tales como los que preceden al desprendimiento; hay además dolores a distancia, como los tan frecuentemente sentidos al nivel de los riñones en el curso del parto en que coexiste una metritis del cuello (Guerin-Valmale).

Que estos dolores últimos son dolores relatados, no hay duda; mas ¿no son también los dolores esplácnicos dolores relatados?

Nada ha demostrado que el dolor sentido por la mujer no radique en el tejido traumatizado. Interrogada después del parto, la mujer no sabe precisar con exactitud la parte en que residía el dolor durante las contracciones del período de dilatación. Interrogada durante el trabajo acusa la región lumbar o abdominal sin que sea posible hacerle analizar claramente el sitio del dolor.

Hasta los dolores de distensión vulvar no son debidos al estímulo de la piel perineal, hecha hipersensible por la compresión de nervios que anatómicamente se distribuyen, no por la vagina o por la vulva, sino por esta región cutánea.

Así, pues, la concepción de síntoma de traumatismo local es errónea. Parece más lógico creer que su producción sea debida a un estímulo del sistema nervioso central y que su localización se hace por las distribuciones periféricas de los nervios que de él nacen. ???

¿CUÁL ES LA NATURALEZA DE ESTE ESTÍMULO? — Ya hemos hablado de la compresión. Aquélla permite satisfacer el espíritu en un buen número de casos, en que se nos representa una cabeza fetal comprimiendo la hilera pelvi-genital hasta el punto de moldearse sobre ella; mas en los casos en que este estímulo no pudiera ser invocado, el dolor existe lo mismo. Los ejemplos no faltan. Tomemos el caso de un niño muerto y macerado ó hasta el de un aborto a los tres meses de gestación; el móvil a expulsar es extremadamente blando y se deja deformar fácilmente. Parece, pues, entonces que la naturaleza del estímulo capaz de producir el dolor sea la onda peristáltica del útero en contracción que excitaría mecánicamente los filetes que se encuentran en plena masa muscular uterina al ser éstos comprimidos entre las fibras musculares.

Sucedería algo análogo, a lo que ya Mackensie señaló para otros órganos huecos. Cita como ejemplo, una porción de intestino que aplastó o estiró; ningún dolor aparece; llénalo de agua; nace una onda peristáltica, aparece el dolor. En una laparotomía por oclusión intestinal puede apreciarse, *de visu*,

que el dolor nace y muere con la onda peristáltica, de la cual es ella el estímulo.

Debemos decir que esta última consideración complica el problema de la analgesia obstétrica medicamentosa, capaz de atenuar el dolor, obrando sobre este estímulo necesario en la marcha del trabajo.

Morfo-Fisiología de las vías sensitivas. — La inervación sensitiva está proporcionada por los nervios sacros del sistema cerebro-espinal. El simpático no es, en efecto, un nervio sensitivo; al menos esta es la teoría clásica; pero los descubrimientos recientes no están conformes con esta doctrina; recientemente Henri Vignes afirma de nuevo que el simpático no es *jamás* un nervio sensitivo. La teoría de las coxalgias y neuritis ascendentes es la más verdadera en conjunto (Leriche, ha hecho con este motivo experiencias sobre la sensibilidad del ganglio cervical). Además ya hemos visto en la parte anatómica que los nervios del simpático llevan filetes sensitivos radiculares, así es que aun admitiendo la afirmación categórica de Vignes, siempre quedan esas fibras sensitivas que van mezcladas con las fibras que componen los filetes simpáticos.

El trayecto de las fibras centrípetas es, desde luego, aquel de los nervios de que ya hemos hablado, y que pertenecen bien al plexo lumbo-sacro o al sacro-coxígeo.

Llegados a la bifurcación del nervio raquídeo en raíz anterior y posterior, siguen la raíz posterior, atraviesan el ganglio espinal y a éstos se añaden las fibras sensitivas del simpático, de que antes hemos hecho referencia; atraviesan el ganglio espinal y se detienen en sus células, constituyéndose así la primera neurona sensitiva; los axones de estas neuronas sensitivas ganglionares se dirigen hacia el cordón posterior en donde se aproximan a los haces de sensibilidad general. Sería imprudente y aun no científico señalar para las fibras de la sensibilidad (dolorosa) obstétrica el mismo trayecto que para las fibras de sensibilidad profunda (Dejerine).

Dando a las hipótesis un valor prudente nos es permitido creer que el trayecto de la sensibilidad dolorosa del parto es siempre casi igual al de las fibras de sensibilidad general.

Las impresiones recibidas por los aparatos sensoriales abocan al cerebro donde se transforman en sensaciones; es decir, es en las células de la corteza cerebral donde son *sentidas*. No hay sensibilidad *consciente* fuera de la corteza gris de los hemisferios cerebrales.

Refiriéndonos a las impresiones dolorosas, dice Gley que acaso procedan de la sustancia gris posterior, formando un segmento del haz de Gowers, haciendo después escala en el bulbo, en el núcleo del cordón lateral (núcleo lateral) introduciéndose en la cinta de Reil y llegando por el tálamo óptico a la corteza cerebral.

Si seccionamos la médula transversalmente, a excepción de los manojos posteriores (experiencia de Schiff), o solamente estos últimos respetando el resto, en el primer caso se produce *abolición* completa de la sensibilidad *al dolor* y de la térmica, o sea *analgesia* y termoanestesia, y se conservan la sensibilidad tactil y la muscular; en el segundo caso estas dos últimas se embotan, siendo, según Schiff y Herzen, abolida la sensibilidad al frío, conservándose la térmica y la dolorosa.

Hay asimetría dolorosa; es más viva en el lado izquierdo que en el derecho. Ulles, Soteyko y Stefanowska, que han descubierto y estudiado (1903) este hecho, deducen que la percepción del dolor se hace en centros cerebrales diferentes de los demás centros perceptores sensoriales.

El antiguo experimento de Galeno, repetido por Brown-Sequard, y clásico en el estudio de las vivisecciones medulares desde Galien, que consiste en dividir la médula longitudinalmente a una cierta altura por medio de una incisión en el centro, demuestra que la sensibilidad al dolor queda embotada por debajo de la incisión experimental; esta experiencia nos la da la patología en aquellos enfermos afectos de siringomielia.

Un hecho notable es que la sensibilidad al dolor subsiste después de lesiones muy extensas de la médula; la sección de todos los cordones blancos no la suprime, y para lograrlo es preciso lesionar además muy profundamente la sustancia gris. Por consiguiente, parece que las impresiones dolorosas caminan, por lo menos en parte de su trayecto, por la sustancia gris. Este dato de las vivisecciones está de acuerdo con los desórdenes observados en el hombre en la siringomielia, afección que consiste en la destrucción más o menos extensa (algunas veces con formación de verdaderas cavidades) de la sustancia gris medular, con integridad de los cordones blancos y está caracterizada desde el punto de vista sintomático por desaparición de la sensibilidad dolorosa (analgesia) y térmica (termoanestesia) con conservación de la sensibilidad tactil. Según esto las impresiones dolorosas, las del calor y frío siguen en la médula la vía de la sustancia gris (Hedon).

Las fibras de sensibilidad térmica y dolorosa sufren en la sustancia gris una interrupción por interposición de neuronas (células del asta posterior y de la columna de Clarke) y presentan además una decusación o entrecruzamiento; es decir, pasan a la mitad de médula opuesta a aquella donde se realiza la implantación de la raíz correspondiente; esto por lo que se refiere a los orígenes del haz ascendente de Gowers, pues las que forman el haz cerebeloso directo se cruzan por encima de los núcleos de Goll y Burdach (Gley).

Desde su entrada en la zona de Lissauer las fibras radiculares se dividen en dos ramas, una descendente y otra ascendente; las primeras (descendentes)

son siempre cortas y delgadas, y después de un corto trayecto descendiendo por la médula van a terminar en las células del cuerno posterior, contribuyendo a formar las vías reflejas y de asociación.

Las ramas ascendentes tienen longitudes variables: las cortas, poco después de su entrada en la zona de Lissauer, se terminan en el cuerno posterior; de aquí salen estas fibras, que se dirigen unas al haz cerebeloso directo del mismo lado (transmisión de la sensibilidad profunda inconsciente), y otras, por fin, después de haber cruzado la línea media por la comisura gris, se dirigen al haz antero-lateral posterior de Dejerine y trasmiten las sensaciones dolorosas y térmicas. Las ramas descendentes medias después de un corto trayecto ascendente por el haz de Burdach, tienen idéntica terminación que las cortas.

Las ascendentes largas, después de haber penetrado en la zona de Lissauer suben oblicuamente y ganan el haz de Burdach y después el de Goll; transmiten la sensibilidad profunda consciente; la vía secundaria de ésta no llega más que hasta el nivel del cuello del bulbo.

Lo anteriormente expuesto permite explicar el por qué el trabajo puede iniciarse por vía refleja. Ya sabemos que en las Maternidades una visita obstétrica al dormitorio de las mujeres embarazadas da siempre lugar a que se llene la sala de trabajo; por otra parte, hemos visto que el trabajo tiene lugar a consecuencia de un traumatismo sobre la esfera genital y aun lejos de ella. Sea cual sea, estas nociones de morfo-fisiología genital no nos permiten dar la más pequeña explicación sobre el mecanismo, según el cual un ocitócico, tal como el azúcar, la pituitrina o la quinina, puede obrar sobre la contracción uterina; esto sería objeto del estudio de la correlación humoral y endocrina que no encuadra en el presente trabajo.

Las fibras de los cordones de Goll y Burdach ganan el cuerpo de la neurona de asociación en los núcleos de este nombre, se entrecruzan en el bulbo mezcladas con las fibras de sensibilidad general, cuyo trayecto siguen en el mesencéfalo (pedúnculo cerebral, cápsula interna...)

Las que se han puesto en relación con las células de la columna de Clarke del mismo lado, constituyen el haz cerebeloso directo; van al pedúnculo cerebeloso inferior y de allí por el pedúnculo cerebeloso medio van a los núcleos del puente o terminan directamente en la corteza de la parte superior del vermis superior, ya del mismo lado, ya más frecuentemente en el lado opuesto.

Estudio de conjunto de la inervación órgano-vegetativa del sistema genital

La inervación que preside el parto está en su mayor parte bajo la dependencia del sistema nervioso órgano-vegetativo.

De los dos sistemas nerviosos que rigen el organismo, uno de ellos está encargado de las funciones de relación; el otro, de las funciones de la vida vegetativa. Este último es el que principalmente interesa al tocólogo.

Anatomía del sistema nervioso órgano-vegetativo. — Este sistema no sólo comprende el gran simpático de los anatómicos, sino también las fibras nerviosas que enlazan a las ramas desviadas para servir los órganos que tienen a su cargo.

Estas vías de enlace son los nervios craneanos, en particular el pneumogástrico y los nervios sacros, o sacro-coxígeos. Como estos últimos poseen funciones paralelas han sido agrupados por los fisiólogos bajo el término genérico de nervio pelviano o elevador.

Este sistema se compone de centros ligados entre sí por fibras. Hay tres centros:

Uno superior, o cerebral.

Otro medio o medular o axio-nervioso.

Otro ganglionar.

Los centros superiores están situados en la corticalidad cerebral y núcleos opto-estriados. Se conocen mal las fibras que unen estos centros a los siguientes; es probable que ellas pasen por la cápsula interna.

Los centros medios están representados por una columna de células grises situadas en el cuerno lateral; este grupo es intermedio-lateral. Esta columna no es continua; se interrumpe al nivel de la emergencia de los nervios destinados a los miembros y así hay tres troncos:

Uno superior que va del primero al cuarto segmento cervical; se enlaza con la vía del espinal.

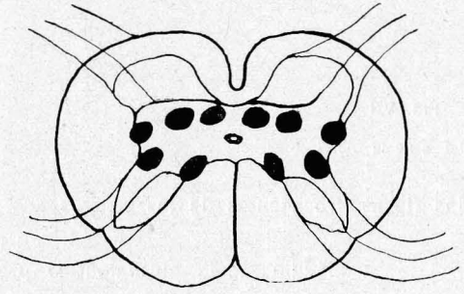


Fig. VI.

Núcleos del sistema vegetativo de médula (Guillaume) que pueden considerarse como origen del simpático verdadero.

Otro medio, del primer segmento dorsal al cuarto lumbar; se enlaza con la vía de los rami-comunicantes y de los ganglios simpáticos .

Y otro inferior, situado por debajo del segundo segmento lumbar, que enlaza con el nervio pelviano o elevador de los fisiólogos.

Todos estos centros están ligados a los siguientes por fibras blancas que enlazan,

En la parte superior, con la vía de los nervios craneanos.

En la media, con la vía de los rami-comunicantes.

En la inferior, con la del nervio pelviano.

Los centros ganglionares forman parte integrante de este sistema órgano-

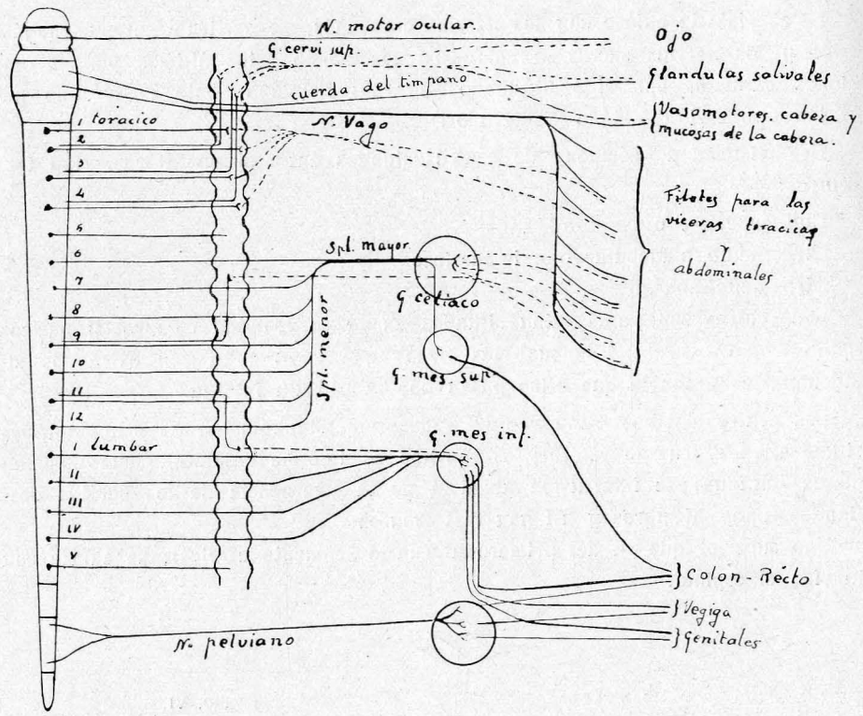


FIG. VII.

Esquema general del sistema nervioso vegetativo.

vegetativo. Están constituídos por las fibras procedentes de los centros anteriormente descritos.

Los ganglios pueden estar cerca de la médula, como el simpático propiamente dicho; alejados del eje cerebro-espinal, como los ganglios anexos a los nervios craneanos; intraviscerales como el ganglio de Amer Bach del intestino, al que puede asimilarse el tejido nodal embrionario descrito en el corazón.

En resumen, tres neuronas, una central mal conocida, otra axio-ganglionar y una ganglionar esplácnica.

En cuanto al sistema sensitivo o vía centrípeta es todavía hipotético y ya lo hemos descrito anteriormente.

Estudio de conjunto de la fisiología del sistema órgano-vegetativo

Tenemos que reconocer dos elementos antagonistas entre sí, uno simpático y otro para-simpático.

El primero agrupa los centros medios y los que de éstos dependan, o sea el neurón axio-ganglionar.

El segundo, los centros superiores y medios con los que de éstos dependan, o sea un parasimpático medio y otro pelviano.

El simpático tiene una acción difusa, pero importantísima, productora de energía; tiene a su cargo, entre otras funciones, la contracción de los músculos de fibra lisa y más especialmente la de los órganos genitales.

Además, tiene bajo su dependencia los ovarios y el lóbulo posterior de la hipófisis, del cual ya se conoce su acción oxitócica, si bien puede tratarse de un reflejo humoral cuyo efecto sobre el útero ha sido obtenido por intermedio de la secreción interna provocada por excitación del simpático.

El parasimpático pelviano interviene como vasomotor genital.

CONCLUSION

Este estudio nos muestra que en la actualidad no pueden separarse el sistema sensitivo de los sistemas motor y vasomotor.

Querer obrar sobre uno de ellos es exponerse a obrar sobre los demás. Querer anestesiar las fibras sensitivas es correr el peligro de provocar parexia de las fibras motoras.

Ahora vamos a ver lo que la práctica nos dice en relación con los múltiples procedimientos de anestesia o de analgesia empleados hasta la fecha.

(Concluirá).

BACTERIOLOGÍA DE LAS AGUAS DE ABASTECIMIENTO DE ZARAGOZA

POR EL

DR. ANTONIO GOTA GÁLLIGO

Director del Laboratorio Municipal de Bacteriología

ZARAGOZA

I

Hace bastante tiempo venimos dedicándonos, en el Laboratorio Municipal de Bacteriología de Zaragoza, al estudio de los gérmenes existentes en el agua que abastece a la ciudad; tarea no exenta de dificultades técnicas y que hemos de simultanear con la ejecución de los análisis que a diario solicita el público o demanda la Beneficencia Municipal.

Claro está que el mayor interés se concentra en la investigación, y numeración subsiguiente, de los gérmenes que denotan una contaminación fecal; es decir, de los llamados del grupo intestinal, Eberth, paratíficos A y B, colibacilo, enteritidis, faecalis alcaligenes, etc... estreptococos y anaerobios.

Mas, antes de comenzar ese estudio, es conveniente que demos una idea somera de como se realiza el abastecimiento de agua en la ciudad.

Zaragoza se surte, casi en absoluto, de agua procedente del Canal Imperial que, a su vez, la toma del Ebro, en el Bocal, término de Fontellas y un poco más abajo de la ciudad naverra de Tudela.

Un cauce de unos ochenta kilómetros, con escasísima pendiente, expuesto a cuantas contaminaciones pueden ocurrir en una corriente fluvial, con pueblos ribereños industriales y agrícolas, recorre el agua hasta llegar a los llamados depósitos de Casablanca situados a derecha e izquierda del Canal, por grupos de a cuatro y que se designan aun, hoy día, con los calificativos de nuevos y viejos.

Los viejos, o antiguos, por más que esta antigüedad se limite a unos ocho años, tienen una extensión de 13.000 metros cuadrados y capacidad de 51.300 metros cúbicos cada uno. Los nuevos, superficie de 16.900 metros cuadrados y capacidad de 71.825 metros cúbicos.

Aun existen otros depósitos, los de Torrero, situados en un pequeño monticulo, próximo al parque de Pignatelli, también en número de cuatro con una superficie de 4.636 metros cuadrados y capacidad de 19.703 metros cúbicos.

Los nuevos depósitos llevan anejos unos filtros de arena sumergida, cuya limpieza puede realizarse por agua a presión.

Con este número de depósitos ha podido llegar Zaragoza a conseguir la

sedimentación del agua hasta unos ocho días; dato muy digno de tenerse en cuenta porque influye poderosamente, como luego veremos, en la bacteriología de las aguas.

Pero, si la casi totalidad de Zaragoza consume agua del Canal, existen barrios rurales, situados al sur de la población que utilizan la procedente del río Gállego.

Es creencia, muy extendida en nuestra ciudad, que las aguas del Gállego son no ya puras sino que están dotadas de las más preciadas cualidades en orden a su potabilidad; sin duda por la transparencia que ofrecen al atravesar regiones alto aragonesas donde pueden observarlas los veraneantes que hacia esos puntos se desplazan. Pero, aun a riesgo de destruir esa leyenda, debemos confesar que el mencionado río, a su paso por Zaragoza, está quizá más contaminado que el Canal.

Por último, existen, en Zaragoza y sus afueras, una porción de pozos o «aljibes» diseminados en diferentes puntos de la población y sobre todo en las llamadas «torres», o casas de campo, de donde toman el agua muchas familias. No hallamos estadística o relación alguna del número y situación de esos pozos y por ello es preciso buscarlos valiéndonos de nuestras relaciones particulares, tarea ingrata y lenta que dificulta notablemente nuestra actuación.

Reconocidos, pues, tres orígenes en el agua consumida en Zaragoza habremos de ejecutar análisis en cada uno de ellos; si bien los efectuados en aguas de pozo forzosamente serán incompletos, por las razones anteriormente expuestas.

* * *

En este bosquejo de trabajo hemos de limitarnos a exponer los diversos procederes seguidos en la investigación y numeración del *coli*, en las aguas de abastecimiento; dejando, para otros sucesivos, la determinación de estreptocoos, anaerobios, tífico y paratíficos y de los que guardan relaciones más afines con todos ellos. Es, por tanto, sólo de *colimetría* de lo que vamos a tratar.

En multitud de ocasiones me he dolido de la anarquía existente en cuanto a análisis de aguas se refiere: no hay un método oficial y los diferentes Institutos y Laboratorios aceptan aquellas técnicas que les son más gratas con notorio perjuicio en los resultados, dispares y aun opuestos, y que nunca se prestan a comparaciones por la heterogeneidad de los elementos empleados.

Mientras llega la deseada unificación de métodos, es condición precisa la de exponer, con todo detalle, la preparación de medios empleados en estos trabajos, deteniéndonos en minuciosidades, nimias al parecer, mas de las que depende muchas veces el éxito.

Hoy día la determinación del coli en las aguas puede realizarse con toda exactitud y sabemos que su presencia constituye *índice de contaminación;* es éste, principio universalmente admitido, y que tan sólo impugnan algunos que se guardan muy bien de fundamentar sus opiniones.

Pero si unos investigadores aceptan como contaminación el hallazgo del *coli,* otros, más exigentes, piensan es necesario determinar previamente su origen fecal, ya que la capacidad de este germen para vivir mucho tiempo en medios exteriores es grande, pudiendo perder sus propiedades patógenas.

Tres grandes métodos vamos a indicar al tratar de *Colimetría:* es el primero el de *Jackson Melia,* que hasta hace poco tiempo considerábamos como oficial, algo modificado por nosotros en pequeños detalles. El recomendado por el Cómité *Standard Metods of water analyse,* xetendido en España por el culto profesor de la Escuela Nacional de Sanidad, Dr. Román Manzanete y, por último, el de *Besson* con rojo neutro.

Procedimiento de Jakson Melia.— Utiliza como medio de cultivo, la bilis lacto peptonada y nos atenemos para su preparación a las siguientes indicaciones:

Tres o cuatro vesiculas biliares, de buey, se abren en el Laboratorio después de cauterizar el punto donde se van a incidir. Recogemos la bilis en un matraz, filtramos por papel, esterilizamos en autoclave a 115º y dejamos sedimentar en un «frigidaire». Transcurrido este tiempo disolvemos 10 gramos por litro de lactosa y 10 de peptona, y repartimos en tubos y matraces, con tubo de fermentación esterilizando en corriente de vapor (autoclave con el grifo abierto y lavantando la válvula de seguridad de modo que el escape sea tal, que en ningún momento haya la menor presión). Al sacarse los tubos del autoclave puede verse cómo se han llenado por completo los tubitos de fermentación.

Insistimos sobre la conveniencia de no esterilizar ningún medio azucarado a temperaturas superiores a 100º; son muchos los autores afamados que recomiendan temperaturas de 110º-115º, pero podemos afirmar que se alteran profundamente los medios.

Es absolutamente preciso ajustar la bilis a Ph = 7, operación que no deja de ofrecer dificultades. El no hacerlo acarrea serios inconvenientes, ya que bilis procedentes de reses con lesiones hepáticas o vesiculares diversas, compatibles con la salud más aparente, modifican notablemente su composición.

Existe en el comercio una bilis, de procedencia norteamericana, que ofrece siempre una composición uniforme, mas su alto precio (unas 140 pesetas el litro) veda adquirirla a los laboratorios modestos.

También se encuentran algunos productos similares europeos (alemanes y

franceses), pero ya no son tan recomendables, sobre todo por la inconstancia de su composición.

Las cantidades de agua a sembrar son siempre las mismas: 50 — 10 — 1 — 0,1 — 0,01 c. c. Para los 50 utilizamos un Erlenmmeyer; los 10 y 5 c. c. se vierten, mediante pipeta, en dos tubos de ensayo altos y anchos; los 1 — 0,1 y 0,01 de c. c. en tubos de ensayo corrientes.

A este método se han propuesto algunas variantes. Una de ellas, muy útil por cierto, consiste en añadir *verde brillante* a la bilis, en la proporción de 1/75.000: para lo cual se prepara una solución al 1/750 de agua y de ésta tomamos 1 c. c. que se adiciona a 100 c. c. de bilis.

Si se forzara la dosis de verde brillante, seguramente llegaríamos a inhibir el desarrollo de los gérmenes que se trata de aislar; es el hecho tan perfectamente estudiado por Dienert acerca del empleo de los medios selectivos. En la proporción aconsejada, el *verde brillante* favorece el cultivo de los gérmenes coli-aerogenes, al mismo tiempo que impide, o retarda cuando menos, la de aquellos otros Gran positivos que fermentan la lactosa. Dujarric de la Riviere y T. H. Chu, encuentran algunas veces, en este medio, el *B. subtilis* y el *Strept. fecalis.*

El matraz y los tubos sembrados, se observan a las 24 horas; si ha habido fermentación, con desprendimiento de gas, se trasplantan a placas de Endo los tubos primero y último de la serie. Es decir, si existe gas en los tubos de 1 c. c., 0,1 c. c. y 0,01 c. c., sembraremos con material procedente de los tubos 1.º y 3.º.

El medio de *Endo* debe prepararse con arreglo a la siguiente fórmula:

Extracto de carne Liebig	5 gramos.
Peptona	10 »
Agar seco	30 »
Agua destilada	1.000 c. c.

Calentar, disolver; llevar al volumen primitivo, por adición de agua; ajustar la reacción a Ph = 7,8 — 8,2: clarificar filtrando por algodón; repartir en matraces por cantidades de 100 c. c.

Nosotros tenemos la costumbre de lavar el agar en agua corriente por espacio de una hora, escurrirlo bien y desecarlo en estufas a 100º; es así como lo incorporamos al medio.

En el momento de usar, fundimos (a baño maría) el contenido de un matraz, añadiendo: un gramo de lactosa, disuelto en cantidad extricta de agua estéril; 0,5 c. c. de solución alcohólica de fuchina básica al 10 por 100, y 0,125 gramos de sulfito de sosa anhidro, disuelto en muy poca agua destilada caliente, se mezcla bien y reparte en cajas de Petri, que se secan ligeramente, en el mismo termostato.

Las siembras en este medio se realizan con el asa de platino, o con el repartidor de Drigalski. En el primer caso se efectúan el mayor número posible de estrías, luego de haber descargado el asa en el punto de donde se parte.

Si se emplea el repartidor se depositan una o dos gotas sobre la superficie del medio, extendiéndolas por completo. Algunos aconsejan sembrar luego otra placa, sin recargar el repartidor. Nosotros, en este método, preferimos siempre la siembra con asa.

Las colonias rojo metálicas que aparecen, a las 24 ó 48 horas, son casi siempre de coli. Deben tomarse y sembrar de nuevo en agar (para ver movilidad, coloración, etc.) gelatina (liquidación), agua peptonada (indol), caldo rojo neutro lactosado (viraje, fluorescencia, gases), leche (coagulación) y Petruschki (enrojecimiento) o Barsiekow lactosado (enrojecimiento y precipitación).

En el *Endo* la fuchina básica obra como antiséptico y el sulfito de sosa la reduce a rosanilina incolora. El colibacilo al fermentar la lactosa origina ácido lácteo que al combinarse con la rosanilina produce el rojo metálico *de cantárida* a sus colonias. Juillet y Galavielle aproximan esta reacción a la de los aldehidos en presencia de fuchina bisulfitada.

Algunas veces hemos empleado el medio sintético de *Ayers* y *Rupp*, en lugar del *Endo*.

Está constituído aquél por:

Fosfato amónico sódico	2 gramos.
Fosfato bipotásico	1 »
Lactosa	5 »
Agua	500 »

y agar 15 gs. en 500 de agua destilada.

Se mezcla a partes iguales y esterilízase en corriente de vapor. Cuando ha de emplearse se funde el contenido de un matraz y se añade 0,5 c. c. de solución alcohólica de fuchina básica al 1 por 100, y 0,5 c. c. de sosa al 5 por 100. Mezclar con cuidado y repartir en placas. El medio, al enfriarse, tiene un ligero matiz rosado. En él resaltan las colonias de *coli* con un color rojo característico.

Si se quiere hacer colimetría directamente se siembran 0,1 c. c. y 0,5 c. c. del agua problema en tubos que contengan 10 c. c. del medio, liquidado a baño maría, y cuando está a punto de solidificarse; vertiendo después en cajas de Petri, para incubar a 37º y examinar a las cuarenta horas.

Los autores franceses sustituyen, en este medio, el fosfato amónico sódico por fosfato amónico y cloruro sódico.

MÉTODO NORTEAMERICANO. — Se siembran las mismas cantidades de agua en caldo lactosado que se prepara con arreglo a la siguiente fórmula:

Extracto de carne Liebig	3 gramos.
Peptona	5 »
Agua destilada	1000 »

Calentar hasta disolver. Restablecer el volumen de líquido hasta 1.000. Añadir 5 gs. de lactosa; repartir en tubos y esterilizar en corriente de vapor. Examinar a las veinticuatro y cuarenta y ocho horas, sembrando los tubos positivos, extremos, en placas con medio de *Levine*, constituído por

Peptona	10 gramos.
Fosfato bipotásico	2 »
Agar seco	20 »
Agua destilada	1000 c. c.

Hervir hasta la disolución completa; sin que sea necesario comprobar reacción ni filtrar. Repartir en matracitos de 200 c. c. de cabida y a razón de 100, del medio. Esterilizar a 115º, quince a veinte minutos. En el momento de usarlo fundir el contenido de un matraz y añadir (por 100 c. c.): Lactosa, un gramo (disuelto en la cantidad estrictamente necesaria de agua esterilizada).

Eosina amarillenta al 2 por 100	2 c. c.
Azul de metileno al 0 5 por 100	2 c. c.

Hacer hervir dos o tres minutos: verter en cajas de Petri; dejar enfriar; secar ligeramente en la estufa. Sembrar por estrías, luego de haber descargado el asa en un punto cualquiera de la periferia y del que se partirá para la estriación. Estufa a 37º.

Examinar las placas a las cuarenta y ocho horas; de ordinario nos hallamos con unas colonias oscuras, de aspecto metálico, de unos 2 mm. de diámetro, planas o ligeramente cóncavas, y, *carácter patognomónico*, perfectamente *aisladas*, sin tendencia a unirse. Son las colonias de *coli*, de tipo fecal. Las del tipo *aerógenes* presentan tendencia marcada a unirse, a confluir; tampoco ofrecen el aspecto metálico de las otras; son menos oscuras y convexas.

Acostumbramos a tomar cuatro colonias de cada placa para sembrarlas en agar, gelatina y medio de *Koser*.

Pero, antes, digamos que algunos autores, de lengua inglesa, aconsejan añadir al medio de Levine violeta de genciana, o mejor aun Kristalviolet, constituyendo así la gelosa a los tres colorantes (triple-dyes-agar) de *Skinner* y *Murrey*. Nosotros hemos preparado este medio añadiendo al Levine 1 c. c. de una solución al 1 por 1.000 de Kristalviolet. La concentración de este antiséptico, de antiguo empleado en la preparación del medio de Drigalski y Conradi, no debe pasar del 1 por 10.000.

Las colonias aisladas de placas Levine se siembran en agar, gelatina, caldo glucosado con tubito de fermentación, caldo lactosado con tubito, *Voges* y *Kosser*.

Los tubos destinados a los medios de *Voges* y *Kosser* deben limpiarse con toda escrupulosidad, teniéndolos algún tiempo en mezcla sulfo-crómica y enjuagando en agua bidestilada.

El medio de *Voges*, para las pruebas del rojo de metilo y reacción de *Voges Proskauer* se prepara con:

Peptona	5 gramos
Glucosa	5 »
Fosfato dipotásico	5 »
Agua destilada	1000 c. c.

Disolver calentando; hervir; filtrar por papel; llevar al volumen primitivo, añadiendo agua. Distribuir en tubos de 10 c. c. Esterilizar a corriente de vapor. Algunos llaman a este medio de *Clark Lub.*

El medio de *Kosser* consta de:

Fosfato sódico amónico	1,5 gramos
Fosfato monopotásico	1,00 »
Sulfato magnésico	0,20 »
Citrato sódico cristalizado	2,50 »
Agua destilada	1000 c. c.

Disolver, repartir en tubos perfectamente limpios y esterilizar en corriente de vapor.

En ciertas revistas francesas se da una composición algo distinta del medio de Kosser, incluyendo en él cloruro sódico y fosfato amónico. En el Laboratorio Municipal de Madrid también preparan este medio añadiendo a la fórmula prescrita 1,5 gs. de fosfato sódico amónico. Nosotros nos atenemos, en la preparación del *Kosser al citrato*, a la fórmula clásica, adoptada por la Escuela Nacional de Sanidad.

Si no se quieren utilizar estos medios puede emplearse el de *Simonds*, que de color verdoso, por la presencia de bromotimol, se torna azul Prusia al producirse reacción alcalina, debida al aprovechamiento del citrato sódico por el *coli*, tipo *aerógenes*.

La fórmula es ésta:

Cloruro sódico	5 gramos
Sulfato magnésico	0,2 »
Fosfato amónico	1,00 »
Citrato sódico	2,00 »
Sol. azul de bromotimol	20 c. c.
Agar-agar	20 gramos.
Agua destilada (exenta de amoniaco)	100 c. c.

La solución de bromotimol (dibromotimol sulfoptaleína) se prepara mezclando un centigramo del producto con 3,2 c. c. de solución 20/N. de sosa.

Estos medios de *Voges* y *Kosser* se emplean para diferenciar los tipos *aerógenes* y *fecal* del *coli*. En el *Kosser* se desarrolla y vegeta el *aerógenes*, que utiliza el N del amoníaco y aprovecha el C procedente del citrato, en veinticuatro a cuarenta y ocho horas a 37º.

Cada uno de los tubos sembrados, en medio *Voges*, se divide en dos, para hacer en uno la reacción *Voges-Proskauer*, y en el otro la del rojo de metilo. La primera se efectúa añadiendo al contenido de un tubo cantidad igual de potasa al 10 por 100. Si la reacción es positiva se produce una coloración rojiza fluorescente que tiene cierto parecido a las soluciones débiles de eosina. Caracteriza el tipo *aerógenes*.

La del *rojo metilo* que define, en cambio, el tipo fecal, se realiza adicionando al contenido de un tubo IV gotas de aquel indicador (0,10 de rojo de metilo en 300 c. c. de alcohol; disolver en un mortero; añadir agua hasta 500 c. c.). Anotar el viraje rojo como reacción positiva; el amarillo negativo; intermedio (?), dudoso. Recomiéndase realizar estas pruebas a los cuatro días de incubación.

Este método nos da, desde el principio, no sólo la certeza de si existe o no el coli en las aguas, sino que además nos ilustra sobre la procedencia del mismo, y aun cuando es cierto que, actualmente no está del todo dilucidado este controvertido asunto, no podemos menos de reconocer que el métodó norteamericano promete esperanzas que los otros procederes están lejos de ofrecer.

Hasta aquí lo que pudiéramos llamar método clásico. No faltan modificaciones, entre las que hemos de señalar la de Dienert como más importante, a nuestro juicio.

Este profesor francés, jefe de la vigilancia de las aguas de París, concentra los gérmenes contenidos en un litro de agua precipitando por alúmina neutra (según su procedimiento que daremos a conocer más adelante) y reduciendo por centrifugación el sedimento, que mezcla a la temperatura de 30º y a razón de 2 c. c. con 20 c. c. de una mezcla de 1/3 de gelosa Levine (Dienert la llama de Teague) y 2/3 de gelatina del mismo autor. Se mezcla bien y vierte sobre caja Petri, que contiene ya 25 c. c. de gelosa Levine estéril y solidificada.

No da ninguna indicación Dienert sobre la manera de preparar esta gelatina, y por ello cuando la hemos utilizado lo hemos hecho como si se tratase de la corriente, teniendo buen cuidado de ajustar el Ph a 7,5 y sin preocuparnos en cambio de aclararla, ya que tratándose de un medio opaco y coloreado para nada es preciso.

Por último, vamos a señalar, si bien muy rápidamente, el método del *rojo*

neutro con caldo lactosado, defendido singularmente por Besson, que le concede, a nuestro juicio, demasiada importancia.

El medio utilizado es:

Lactosa	5 gramos.
Peptona	40 »
Sol. rojo neutro al 1. 100	5 c. c.
Agua	1000 »

Filtrar; esterilizar y repartir en tubos y matraces, con tubitos de fermentación; esterilizando en corriente de vapor.

Distribuye el agua problema en una serie de tubos, de la siguiente forma:

2 tubos reciben	1/4 de c. c.
2 » »	1/2 »
2 » »	1 c. c.
2 » »	2 c. c.
2 » »	3 c. c.
2 » »	4 c. c.

que lleva a la estufa a 38º; para examinarlos a las diez y ocho y veinticuatro horas. Todos los tubos en que existe gas y fluorescencia se consideran como positivos, y para la numeración o *colimetría,* se tiene en cuenta el número de éstos.

Para Besson solamente podría confundirse con el Coli y pneumobacilo de Friedlander, cuyos cultivos tienen caracteres propios suficientes para diferenciarlos, y por esto considera inútil el recurrir a las siembras en placas como medio de aislamiento.

Hemos empleado muchas veces este método, pero sembrando directamente cantidades de agua problema de 50 c. c., 5 c. c., 1 c. c., 0,1 c. c. y 0,01 c. c., es decir, lo mismo que en los otros métodos descritos y pasando a placas de Endo asas de los tubos extremos positivos. El emplear este medio se ha debido más que nada a la objetividad que presta su coloración; pero multitud de veces nos hemos hallado con reacciones incompletas que nos han dejado sumamente perplejos y nunca nos atreveríamos a no aconsejar se utilicen corrientemente los aislamientos en placas.

En cambio nos parece este medio excelente para dictaminar con rapidez sobre la contaminación global de un agua.

RESUMEN. — A nuestro juicio el método que debe seguirse en la investigación y numeración del coli en las aguas es el que recomienda el Comité americano. Sumamente sencillo y extraordinariamente práctico, con limitadísimo número de medios, fáciles de preparar, y grandemente objetivos, no sólo acusan la presencia de coli, y su número, sino que ilustran sobre su probable origen.

El procedimiento, o método, de la bilis lacto-peptonada, también es muy digno de tenerse en cuenta y lo estimamos de gran utilidad cuando se trata no solamente de identificar el coli, sino todos los demás gérmenes del grupo.

Lástima que las diferencias de composición de la bilis, las dificultades para ajustar este medio por los procederes usuales, las alteraciones debidas a su envejecimiento y algunas otras particularidades que es preciso tener siempre en cuenta, limiten algún tanto su empleo.

A nosotros nos ha ocurrido operar con bilis en las que no nos daba reacción el colibacilo que, por otra parte, se mostraba con toda su pujanza en el caldo lactosado.

El método de Besson sólo lo empleamos para compararlo con los otros y como un medio de control.

COLIMETRIA DEL AGUA DE ABASTECIMIENTO DE ZARAGOZA

Operando con estos medios hemos obtenido los siguientes resultados:

Depósitos de Casablanca. — Media de 200 análisis: Coli en 0,1 de c. c.

Río Huerva (ojo del Canal). — Media de 100 análisis: Coli en 0,1 de c. c.

Pozo Paseo María Agustín. — Media de 25 análisis: Coli en 1 c. c.

Pozo Carretera del Gállego. — Media de 20 análisis: Coli, no existe.

Depósitos de Torrero. — Media de 100 análisis: Coli en 0,1 de c. c.

Río Gállego (Peñaflor). — Media de 50 análisis: Coli en 0,1 de c. c.

Pozo Paseo Independencia (Café Central). — Coli, no existe.

(Continuará).

SECCIÓN PRACTICA

D I A T E R M I A

POR EL

DOCTOR LOUIS PARÉS

MONTPELLIER

I. — Generalidades

DEFINICIÓN. — La diatermia (penetración del calor) utiliza las corrientes de alta frecuencia para producir el calor en el seno mismo de los tejidos orgánicos.

D'Arsonval, ha demostrado que las corrientes de alta frecuencia (corrientes alternativas, cuya frecuencia es generalmente de un millón a cuatro millones de períodos por segundo) atraviesan el organismo sin provocar reacción sensitiva o motriz, mientras que las corrientes de baja frecuencia (la corriente industrial es habitualmente de cincuenta períodos) la provocan. Igualmente nuestra retina no es sensible más que a las sombras luminosas que no son sino una ínfima parte de las radiaciones del espectro electromagnético.

Ahora bien, si entre dos sujetos colocados en circuito de alta frecuencia se intercala una lámpara de incandescencia, se ve encenderse el filamento de ésta. Cuando en lugar del filamento de la lámpara se utiliza, gracias a una técnica apropiada el mismo cuerpo humano como resistencia, nacerá calor, según la ley de Joule, en el seno mismo de los tejidos atravesados por la corriente.

Así, pues, cuando el cuerpo es atravesado por una corriente diatérmica, su temperatura se eleva, y sin embargo su sensibilidad no es afectada, sus músculos no se contraen, y los electrodos por los cuales le llega la corriente quedan fríos.

PRODUCCIÓN DE LA CORRIENTE DIATÉRMICA. — Las ondas de alta frecuencia son debidas a la descarga de un condensador, cargado por una bobina de inducción, en un circuito que comprende un generador y un self, es decir, una espiral de hilo grueso. La chispa que se produce en estas condiciones en el generador es oscilante, es decir que el potencial entre A. y B. toma valores alternativamente positivos y negativos y decrece poco a poco hasta llegar a ser nulo cuando el equilibrio se establece. A cada descarga corresponde una serie de oscilaciones de tal suerte, que el circuito es recorrido por series de ondas amortiguadas, separadas por períodos de reposo.

D'Arsonval realizó un importante progreso al poner el generador en derivación. Gracias a este dispositivo, la corriente de alta tensión, si el condensador llega a fallar, pasa al generador y no al circuito de utilización; esto es, al sujeto.

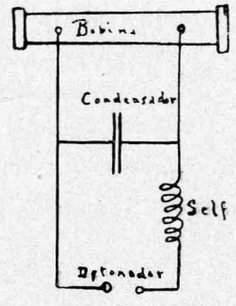


FIG. 1.

MONTAJE TESLA

La bobina carga el condensador. Cuando la diferencia de potencial entre las armaduras del condensador es suficiente, se produce una chispa de descarga entre los bornes A y B del detonador. La corriente de descarga pasa por el self—espiral grueso—cuya resistencia es débil; siguiendo una descarga oscilante.

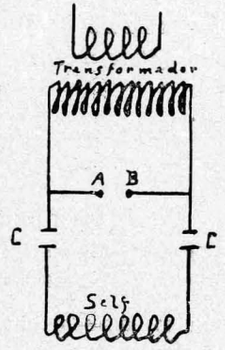


FIG. 2.

MONTAJE D'ARSONVAL

Si el condensador estalla, la corriente de inducción pasa por el detonador; no atraviesa todo el circuito y por consiguiente el sujeto se encuentra al abrigo de todo accidente.

Para obtener el efecto térmico, la fuente de alta tensión debe dar una tensión un poco menos elevada que para la alta frecuencia propiamente dicha,

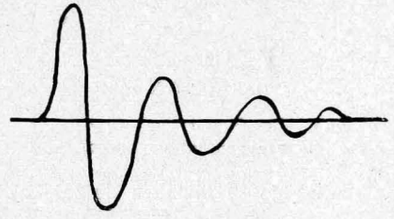


FIG. 3.

GRÁFICO DE UNA DESCARGA OSCILANTE

pero una gran intensidad. Los trasformadores de circuito magnético cerrado realizan perfectamente estos deseos.

Además ha de procurarse que en el generador sean las chispas tan poco amortiguadas y tan próximas como sea posible. Se alcanza esto aproximando

mucho los electrodos; entonces la chispa no teniendo más que una longitud de algunas décimas de milímetro se apaga muy rápidamente. Estas chispas próximas y poco amortiguadas producen en el generador un calor considerable que puede deteriorarlo. Para reducirlo los técnicos han imaginado numerosas soluciones: desplazamiento de los puntos del chispazo, con ayuda de un generador giratorio (D'Arsonval); división de la chispa gracias al apilamiento

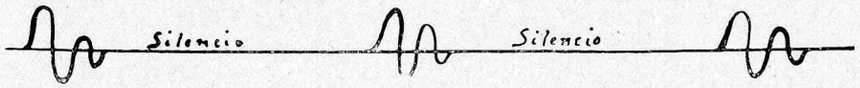


FIG. 4.

TREN DE ONDAS AMORTIGUADAS

Comprende una serie de oscilaciones rápidamente amortiguadas, separadas por largos intervalos.

de platillos metálicos aislados unos de otros por laminillas de mica; utilización como metal del tungsteno, que es poco oxidable y que tiene un punto de fusión muy elevado; explosión de la chispa en un hidrocarburo (Gas del alumbrado. Broca) cuya descomposición en hidrógeno y carbono bajo la influencia de la chispa absorbe calor. De ahí resulta una grandísima diversidad de generadores.

Pero se tiende ahora hacia la construcción de generadores de ondas conti-

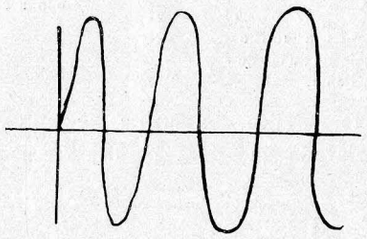


FIG. 5.

ONDAS CONTINUAS

Las oscilaciones están representadas por sinusoides de igual altura. No hay períodos de reposo.

nuas utilizando las propiedades de la lámpara de tres electrodos, bien conocida de los aficionados de T. S. H. Estos aparatos son más flexibles, regulares y poderosos que los generadores.

La lámpara de tres electrodos, en la cual el vacío es más duradero, se compone de un filamento rodeado de un hilo en espiral (rejilla) y de un cilindro metálico (placa).

Cuando el filamento llega a la incandescencia emite electrones que son atraídos por la placa positiva: el espacio filamento-placa llega a ser así conductor. Si se

hace pasar en la rejilla interpuesta entre el filamento y la placa una débil corriente, la corriente filamento-placa se encuentra notablemente modificada. Hagamos pasar por la placa un circuito oscilante y lancemos en la rejilla una débil corriente alterna; esto basta para mantener y hasta reforzar las tomada por inducción de la corriente oscilante, por medio de una resistencia acoplada a la de este último circuito. Este acoplamiento es tal que cuando la tensión de la placa aumenta, la de la rejilla disminuye y a la inversa.

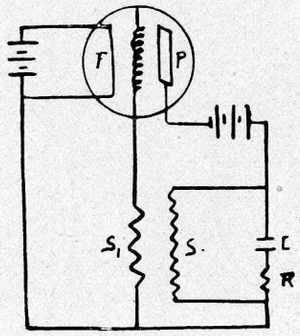


FIG. 6.

LÁMPARA DE TRES ELECTRODOS. ESQUEMA DE LOS CIRCUITOS

La lámpara de tres electrodos es un tubo en el que se ha producido el vacío, en cuya composición entran tres circuitos, un filamento F rodeado de una rejilla g y de una placa P en forma de cilindro Cuando F llega a la incandescencia, emite electrones. Si P es positivo, los electrones son atraídos por la placa; y el espacio F P se hace conductor. Si P es alternativamente positivo y negativo, la corriente no pasa más que cuando P es positivo; la lámpara desempeña entonces el papel de válvula. Ahora bien; si se hace pasar en la rejilla interpuesta entre filamento y placa una débil corriente, la corriente filamento placa experimenta modificaciones importantes. Esta propiedad ha permitido resolver el problema de las ondas continuas. Con ayuda de un self S, convenientemente acoplado al self S del circuito principal S C R, la corriente rejilla es añadida por inducción al circuito oscilante y permite, gracias a pequeñas variaciones, mantener en el circuito primario oscilaciones continuas.

APLICACIONES MEDICAS.—DENSIDAD ELECTRICA.—La ley de Joule indica que el aumento de temperatura del organismo conductor de la corriente, es proporcional al cuadrado de la intensidad de ésta. También se ha aplicado como hemos visto para constituir aparatos potentes.

Pero para una misma intensidad recibida, una sección derecha de tejidos de superficie pequeña se calentará mucho más que una sección de superficie grande. La intensidad de la corriente por unidad de superficie atravesada, esto es la densidad, se encuentra mucho más grande en el primer caso que en el segundo.

Así pues, cuando los miembros son recorridos por la corriente diatérmica,

son las secciones de más débil superficie (talón, muñeca) las que reciben el máximo de calor. Si la columna de tejidos atravesada es de diámetro y conductibilidad enteramente igual, y si los electrodos son de superficie idéntica, el sujeto siente, cuando la corriente es cerrada, un calor dulce que aumenta progresivamente.

Cuando se quiere localizar el calentamiento se emplean dos electrodos de dimensiones desiguales: uno muy grande, electrodo indiferente, otro de di-

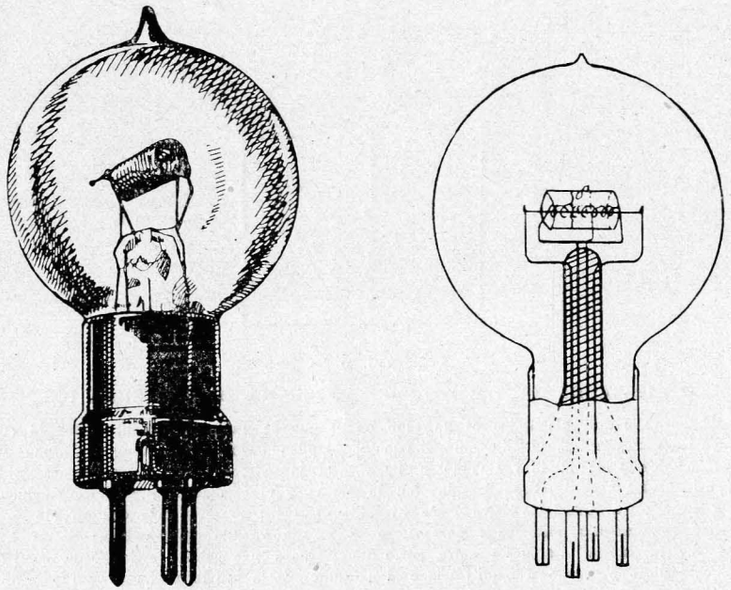


FIG. 7.

LAMPARA DE TRES ELECTRODOS

El filamento es de tungsteno; es el metal que emite por centímetro cuadrado el mayor número de electrones. La rejilla y la placa son de nickel o de molibdeno. La rejilla es de ordinario un hilo rollado en hélice alrededor del filamento. La placa es un cilindro que rodea la rejilla.

mensiones reducidas, electrodo activo, aplicado contra la parte que se quiere calentar particularmente. La densidad eléctrica en los tejidos es cada vez más grande a medida que se aproxima el elctrodo activo.

El calentamiento profundo provoca una vasodilatación y una sobreactividad sanguínea considerable, que se acompañan de acción antiespasmódica y analgésica por inhibición de los nervios sensitivos y aflojamiento de las fibras lisas. Es cierto que es preciso poner en causa no sólo el calentamiento, sino

también las oscilaciones de alta frecuencia que tienen una acción propia sobre la nutrición celular. Hiperemia, analgesia y sedación de los espasmos, explican la eficacia de la diatermia en las afecciones médicas, que examinaremos ulteriormente en detalle.

Si el electrodo activo es suficientemente reducido, la densidad eléctrica de los tejidos que lo rodean llega a ser tal que se calientan considerablemente y se coagulan. La diatermo-coagulación o diatermia quirúrgica, es un método de destrucción muy digno de ser tenido en cuenta, tanto por su potencia como por sus cualidades de hemostasia y esterilización.

PELIGROS DE LA DIATERMIA MEDICA.—ELECTRODOS.—La exposición que acabamos de hacer de la diatermia médica, puede dar lugar a una seguridad engañosa. Parecería en efecto que no hay que vigilar el miliamperímetro térmico, dispuesto sobre su circuito oscilante para apreciar la intensidad de la corriente y dar a una región determinada el calentamiento requerido para obtener un cierto efecto terapéutico.

No hay nada de esto. Las aplicaciones diatérmicas deben ser vigiladas muy de cerca si quieren realizarse sin incidentes las grandes intensidades útiles. Estos accidentes provienen, en la mayor parte de los casos, de la aplicación de los electrodos. Creemos debemos indicarlos con algún detalle.

Si el electrodo está mal aplicado sobre la piel, una chispita saltará sobre la piel en el lugar en que dicho electrodo no está bien colocado: de donde resulta una quemadura.

Si el hilo se destaca y viene a tocar la piel, resultan chispa y quemadura.

Si el hilo destacado se separa ligeramente del electrodo, una chispa salta entre este hilo y el electrodo.

Este se calienta considerablemente en el punto golpeado por la chispa y quema la piel al contacto.

Si el electrodo está hecho de metal y la piel es muy seca, la conducción de la corriente podrá en ciertos puntos hacerse por chispa.

Si el electrodo, hecho de un tejido mojado, llega a secarse, la corriente atravesará el tejido seco por chispa.

Si dos electrodos están demasiado próximos, la corriente tendrá tendencia a pasar directamente entre los dos bordes más cercanos de estos electrodos: los tejidos situados entre estos dos bordes se calientan exageradamente y pueden llegar a producirse enrojecimiento y aun escara.

Estas quemaduras, ocasionan un dolor bastante vivo y por esto la corriente es detenida en el acto; sin embargo no se trata, por lo general, sino de llagas mínimas muy superficiales y recubiertas de una escara seca que cura muy fácilmente y sin complicación, si son cuidadas correctamente.

En ciertos casos, el calentamiento localizado, produce no sólo una quemadura cutánea sino también un nódulo subcutáneo; este nódulo es doloroso, pero desaparece poco a poco.

Es preciso pues, cuando se establece la corriente y mientras se eleva progresivamente su intensidad, interrogar al enfermo para saber si experimenta una sensación de quemadura localizada al nivel de un electrodo, en cuyo caso, no debe vacilarse en verificar su aplicación.

Los electrodos están hechos de metal flexible: estaño, plomo, enrejado metálico y bien aplicados con ayuda de vendas o sacos de arena.

Se vigilará muy especialmente a los enfermos cuya sensibilidad está atenuada y que no sienten la quemadura, así como a los niños, que no saben expresar sus sensaciones. Se desconfiará de las personas que, creyendo curar más deprisa refrenan su sensibilidad para soportar el mayor calor posible. En fin, yo no hago más que indicar los accidentes de coagulación en masa, de momificación que pueden producirse sin dolor. D'Arsonval los ha producido experimentalmente en el perro. Algunos casos habrán sido observados en el hombre, pero las observaciones que hemos leído dejan algunas dudas sobre su verdadera patogenia.

De todos modos, se deduce de esta exposición, que es preciso no hacer la diatermia sin experiencia suficiente y que, aun minuciosamente preparadas y vigiladas las aplicaciones, pueden dar lugar a pequeños accidentes que el práctico más experimentado no puede vanagloriarse de evitar.

II. — Aplicaciones terapéuticas

Para más claridad pasaremos revista a las principales aplicaciones terapéuticas de la diatermia clasificándolas por aparatos; será así más cómodo el encontrarlas.

Tenemos sin embargo que tener en cuenta que la diatermia constituye una arma de las más eficaces contra el dolor. Recordaremos, pues, en un primer parágrafo las principales algias contra las cuales se puede utilizar.

Algias diversas. — Desde luego todas las veces que la causa del dolor es conocida y que existe una terapéutica específica de esta causa, es esta terapéutica la que hace falta emplear. Bajo esta reserva empleamos de una manera constante la diatermia contra las algias; su eficacia aparece muy a menudo cuando todo otro agente terapéutico se ha mostrado impotente.

Hemos podido curar así un gran número de ciáticos rebeldes que habían resistido a todas las medicaciones habituales así como a la radioterapia, neuralgias braquiales, neuralgias del trigémino que no había aliviado la ionización al nitrato de aconitina, neurralgias suboccipitales. El número de las sesiones es variable según la gravedad del caso. Las aplicaciones tienen lugar

todos los días o cada dos días, siendo su duración media de treinta minutos.

La acción de la diatermia es a veces notablemente rápida. Es así como hemos visto desaparecer en una sesión lumbagos muy dolorosos, pleurodinias, neuralgias intercostales, tortícolis.

Las artritis crónicas reumáticas son muy favorablemente influenciadas. Pero el número de las sesiones varía mucho, tan pronto es muy reducido como, las más de las veces, bastante importante.

Hemos curado a un enfermo que sufría dolores intolerables frontoparietales y suboccipitales consecutivos a la fiebre de Malta. Todas las terapéuticas habían sido impotentes. Seis sesiones de diatermia hicieron desaparecer completamente los dolores y, sin embargo, la fiebre persistía.

En dos sesiones desapareció una neuralgia testicular muy dolorosa y ya antigua.

En general se empleará en este caso un amplio electrodo indiferente y un electrodo activo más pequeño colocado en donde el dolor asiente. La intensidad variará con el emplazamiento y dimensiones de este último electrodo.

Sistema articular. — Todas las artritis se benefician con la diatermia:

La artritis reumática. — El tratamiento comienza después de concluída la crisis aguda. La sedación se obtiene después de un período de ocho sesiones. La duración de cada sesión es de treinta minutos.

La artritis gotosa. — Aquí, aparte de sedación del dolor, disminución de la inflamación.

La artritis blenorrágica. — La diatermia debe comenzarse tan pronto como sea posible. Calma más rápidamente los dolores y permite por consiguiente comenzar antes la movilización.

Las artritis traumáticas y los esguinces son notablemente amenguados por la diatermia. El dolor es rápidamente calmado. El líquido articular y los exudados se reabsorben mucho más deprisa. A nuestro juicio, la D'Arsonvalización diatérmica realiza el mejor tratamiento para el esguince.

Los viejos esguinces dolorosos son también favorablemente influenciados por la diatermia.

La *tarsalgia* y la *metatarsalgia* son también en algunos casos calmados por la diatermia.

Urología. — La diatermia se cuenta entre los métodos de tratamiento más eficaces de que actualmente disponen los urólogos.

Ya Doyen utilizaba las corrientes de alta frecuencia para destruir los *tumores de la vejiga*, después de la talla hipogástrica. Hoy, gracias al cistoscopio, puede, en gran número de casos, evitarse la talla. Dos métodos se han empleado: en el primero la vejiga está llena de agua, el electrodo diatérmico

penetra en la vejiga gracias al cistoscopio de cateterismo ureteral en lugar de la sonda ureteral. Cuando la corriente pasa se produce en el líquido alrededor del electrodo un gran torbellino con desarrollo de burbujas gaseosas y desprendimiento de fragmentos del tumor. Este desgajamiento de burbujas, debido a la vaporización del agua, altera la transparencia del líquido. Además, la divergencia de las líneas de flujo en la masa líquida necesita el empleo de una corriente más intensa, alcanzando hasta 400 miliamperios.

En el segundo método se utiliza un cistoscopio de visión directa. La corriente va directamente del electrodo al tumor sin líquido interpuesto. Este método tiene por ventaja permitir observar la destrucción del tumor y necesitar una menor intensidad de ciento ochenta a doscientos veinte m. A.

En los dos casos el electrodo indiferente está constituído por una gran placa generalmente colocada bajo las nalgas del enfermo.

La destrucción de los tumores vesicales no puede hacerse de una sola vez. Se repiten las sesiones cada ocho o diez días hasta la destrucción total.

La diatermo-coagulación es también el mejor tratamiento de los papilomas vesicales.

En la uretritis crónica rebelde, vegetante o aframbuesada, las formaciones polipoídeas simples o pediculadas de la uretra posterior, se utiliza preferentemente la chispa de tensión, menos destructiva. Habiendo sido directamente anestesiado el canal con cocaína, se introduce una sonda diatérmica del calibre 12 Pasteau y se produce la chispa hasta el tinte blancuzco de la lesión. Dos o más sesiones pueden ser suficientes.

La diatermo-coagulación ha sido empleada en el tratamiento de la hipertrofia prostática. Luys ha dado a este método el nombre de perforación de de la próstata. Consiste en vaciar con ayuda de una sonda diatérmica la barra prostática que detiene al nivel del cuello de la vejiga la introducción del tubo uretroscópico derecho. Esta barra es debida a la elevación del cuello de la vejiga por la próstata hipertrofiada o al enlace de los dos lóbulos prostáticos hipertrofiados. La perforación está indicada cuando el adenoma está localizado en el cuello y se opone a la micción. Cuando el adenoma invade la cavidad vesical, la prostatectomía debe ser practicada con preferencia.

Para el tratamiento de las uretritis gonocócicas agudas y crónicas se acude a la D'Arsonvalización. El principio del método es elevar suficientemente la temperatura de la uretra o de la vagina para destruir los gonococos que están en ella contenidos.

A este efecto, Roucayrol ha provisto sus electrodos activos de parejas termo-eléctricas (soldadura de cobre Constantan) añadidas a un galvanómetro y a la soldadura fría (hielo machacado).

Los electrodos indiferentes son cuatro en el hombre: lumbo-glúteo, abdominal, perineal, peneano; y dos en la mujer: lumbo-sacro y abdominal. La temperatura se eleva cuanto es posible: 43, 44, 45°; la sesión dura veinte minutos y puede repetirse todos los días. En general, estas temperaturas son bien soportadas. Hay sin embargo algunos casos de intolerancia. Los excelentes resultados de este método, que no tiene peligro, han sido publicados.

La D'Arsonvalización es el mejor tratamiento de la orquitis y de la epididimitis gonocócica. El resultado es muy rápido. En general desde la primera sesión disminuyen el dolor y la inflamación, después de la tercera no queda más que un ligero espesor del epidídimo que no es sensible a la presión. El eectrodo activo está hecho de plomo en partículas modelado sobre el escroto; el electrodo indiferente está puesto sobre el pecho o el abdomen.

Ginecología. — La diatermia rinde en ginecología inapreciables servicios, permitiendo curar gran número de afecciones que necesitaban en otro tiempo operaciones mutilantes.

Las endometritis subagudas o crónicas, las salpingitis no supuradas, son curadas muy a menudo. En las parametritis hemos comprobado con frecuencia que el útero adquiría nuevamente movilidad, mientras que las algias lumbo-abdominales desaparecían.

La técnica es siempre la misma: En la vagina una bujía de Hégar constituye el electrodo activo; sobre el abdomen y bajo la región lumbo-sacra, dos anchos electrodos añadidos paralelamente al otro borne del aparato.

Se hace pasar una corriente de 1.500 a 3.000 m. a. Las sesiones son practicadas durante media hora todos los días o cada dos días.

Si el cuello está exulcerado la diatermocoagulación provocará su cicatrización.

Si existen pólipos visibles, idéntica terapéutica. Si son pediculados se les secciona con el asa diatérmica. Si son sesiles se implanta en su masa una aguja y se hace pasar la corriente: en algunos segundos se ve blanquear el pólipo; el efecto está obtenido. En diez o veinte días cae la escara y se cicatriza el cuello. Las alteraciones funcionales desaparecen.

Los prolapsos del útero pueden curarse en ciertos casos por la diatermia; si se acompañan de ulceración del cuello se coagulan estas ulceraciones. Si no hay ulceración se practica la D'Arsonvalización diatérmica; generalmente las alteraciones urinarias cesan y el cuello remonta en una cierta medida.

Han sido publicadas observaciones comprobantes en algunos casos de hipoplasia uterina. Es preciso que el útero no mida menos de cuatro a cinco centímetros. Bajo la influencia de la diatermia la cavidad uterina se ensancha, al mismo tiempo que las reglas llegan a ser normales. Mujeres estériles hasta entonces han alcanzado un embarazo a término. En efecto, tal se explica por la acción importante que presenta la diatermia sobre la nutrición de los órganos. Así se explica también su acción reguladora sobre la menorrea y dismenorrea.

La acción sedativa podrá ejercerse también sobre las contracciones dolorosas causadas por el vaginismo y las neuralgias vulvares. Se empleará la misma técnica que precedentemente, pero comenzando por la bujía de Hegar más grande que pueda soportarse sin dolor. Si el espasmo se opone a la introducción de la bujía, se contentará con aplicar contra la vulva un electrodo hecho de algodón hidrófilo embebido de agua salada y de una placa de estaño. Se comenzará por débiles intensidades que se aumentarán poco a poco; después de algunas sesiones se ensayará el colocar las bujías cuyo calibre se aumentará progresivamente.

Las neuralgias ováricas tan dolorosas y susceptibles de ocasionar graves desórdenes psíquicos por los cuales se ha llegado en ciertos casos a proponer la castración, son muy a menudo calmadas por el empleo de la técnica ya indicada.

En fin, la coagulación podrá ser utilizada para destruir los gránulos en el cáncer del cuello uterino. Pero a nuestro juicio la diatermia no puede desempeñar aquí más que un oficio accesorio. El oficio principal deberá ser encomendado a la curieterapia y a la radioterapia penetrante.

Aparato digestivo. — La diatermia utilízase contra las manifestaciones dolorosas del abdomen que provienen de los plexos abdominales, de perivisceritis, de adherencias, de epiploitis y de secuelas post-operatorias.

Es difícil de prever cuál será en presencia de estas algias abdominales, el resultado de la diatermia. Aporta algunas veces una curación rápida; otras, un alivio muy efímero. En ciertos casos es ineficaz. En principio, nosotros no creemos oportuno continuar el tratamiento si después de cinco o seis sesiones no hemos apreciado mejoría manifiesta.

Se emplearán dos electrodos muy grandes, uno de los cuales será colocado bajo la región dorso-lumbar y el otro sobre la cara anterior del abdomen. La intensidad variará según la receptibilidad del sujeto, de 1.500 a 4.000 m. a. Las sesiones serán de treinta minutos cotidianos o cada dos días..

Para las afecciones de la vesícula biliar, colecistitis, pericolecistitis, que se manifiestan por crisis dolorosas el resultado es inmediato: O se observa una sedación rápida seguida de curación o se produce una exacerbación de crisis que debe hacer abandonarr el tratamiento. Es raro que el resultado sea incierto.

Ciertas gastropatías, la aerofagia, el estreñimiento, la colitis, podrán ser influenciadas favorablemente. Todavía aquí son variables los resultados.

En la enterocolitis mucomembranosa se ha aconsejado el empleo de un electrodo activo rectal constituído por una bujía de Hegar, y de un electrodo indiferente constituído por dos grandes electrodos reunidos paralelamente el uno sobre el abdomen, el otro sobre la región lumbar.

Se harán cinco o seis sesiones cotidianas elevando la intensidad progresivamente hasta 3.000 m. a.

Para las hemorroides, nosotros emplearíamos, según el caso, ya la diatermia médica, ya la diatermocoagulación.

Si se trata de congestión hemorroidal simple, colocamos en el canal ano-rectal el electrodo de Doumer o una bujía de Hegar que constituirá el electrodo activo. El electrodo indiferente está constituído por dos grandes placas unidas paralelamente al otro borne del aparato. Se hace pasar durante veinte o treinta minutos de 1.000 a 2.000 m. a.

Los resultados son dignos de mención y nos parecen superiores a los de la alta frecuencia (corriente de tensión). Hemos curado muy a menudo así, en dos o tres sesiones, crisis hemorroidales muy dolorosas.

Cuando las hemorroides son procidentes o muy hemorrágicas, es preciso coagularlas. La coagulación es dolorosa y necesita la anestesia local. Es practicada ya con ayuda de aguja que se introduce en plena hemorroides para realizar su cocción, sea con ayuda del estrecha nudos diatérmico que determina la sección del pedículo hemorroidal sin la menor hemorragia.

La dialermo - coagulación en masa de numerosos paquetes hemorroidales puede determinar un edema importante de la región ano-rectal con linforrea. Pero si se procede por series de algunos días de intervalo, los fenómenos reaccionales son poco importantes, y el enfermo no tiene que interrumpir sus ocupaciones. La coagulación diatérmica ambulatoria de las hemorroides es un procedimiento benigno y radical que no nos ha proporcionado fracasos.

Las fisuras hemorroidales son ordinariamente curadas por la d'arsonvalización diatérmica. Si resisten a este procedimiento se les coagula.

Oto-rino-laringología. — Las laringitis catarrales, congestivas e hipertensas, son asimismo favorablemente influenciadas; desaparece la afonía o la ronquera, las secreciones o el enrojecimiento. Un extenso electrodo indiferente colócase sobre la espalda, y un electrodo activo que mide 8 por 10 aplicado por delante del cuello y bien coaptado, sensibiliza la piel del cuello muy particularmente.

Se dan, desde luego, 500 m. a., aumentando progresivamente la intensidad de la corriente, sin pasar de los 1.500 m. a. La duración es de diez minutos. Las sesiones se renuevan cada día o cada dos días.

Todas las otitis crónicas exudativas, y sobre todo la otitis media crónica exudativa recidivada con catarro tubario, se benefician con la diatermia. El exudado desaparece rápidamente, la sensación de plenitud de la caja se enmienda y la audición se restablece.

Las otitis secas post-exudativas o previa supuración o con incrustación calcárea se modifican felizmente mediante la penetración del calor diatérmico. Se

suavizan los tejidos cicatriciales esclerosados y se observa la fusión de las concreciones calcáreas timpánicas. Se emplea al objeto un electrodo activo compuesto de dos partes: una intra-auricular que se coloca en el conducto auditivo, y la otra peri-auricular que se aplica sobre el pabellón de la oreja. El electrodo indiferente es dorsal. Si han de tratarse los dos oídos, se enfrentan dos electrodos activos uno contra otro. Si hay un electrodo indiferente, pueden alcanzarse 1.000 ó 1.200 m. a. Si existen dos electrodos activos se comienza a débil intensidad para llegar progresivamente hasta 8 y 900 m. a.

Las sesiones tienen lugar diariamente o cada dos días. Su duración comienza siendo de cinco minutos para llegar más tarde a los diez o quince minutos.

Algunas sorderas progresivas procedentes del oído medio han sido así curadas.

El centelleo unipolar que posee una acción descongestiva e hipotensiva, será de gran utilidad contra las cefaleas de los senos y las otitis secas (oto-espongiosa). Pero a la chispa de tensión no hay que pedirrle más que un efecto sintomático contra la hipoacusía, los vértigos y los zumbidos.

El ozena se beneficia de los efluvios de alta frecuencia. Esta parece ser el mejor tratamiento contra la rinitis atrófica fétida, haciendo desaparecer el olor totalmente y disminuyendo las secreciones hasta el punto que, en los casos menos favorables, un solo lavado por semana es suficiente.

La diatermo-coagulación tiene su indicación en aquellos casos en que la cirugía es impotente o insuficiente.

Se utilizará en la hipertrofia amigdalina, en los hemofílicos y en los arterio-esclerosos. La amígdala se pincela con licor de Bonain, la lengua se deprime por medio de un depresor de lengua metálico curvado. Sentado el enfermo sobre un extenso electrodo indiferente, se atraviesa la amígdala con ayuda de una aguja y se hace pasar corriente de gran intensidad durante algunos segundos. Se repite esta operación según el volumen de la amígdala. La escara se elimina en cinco o quince días sin hemorragia. La cicatriz es suave, plana, no retráctil, sin tendencia a las sinequias.

También puede utilizarse un electrodo bipolar compuesto de dos agujas encorvadas. El resultado es el mismo.

Hecha la operación es indispensable prescribir el reposo de garganta y enjuagar la boca.

Si hay que tratar la otra amígdala se esperará unos ocho días. Las sesiones se repetirán cada semana hasta la total destrucción de los muñones amigdalinos.

La diatermo-coagulación de los fibromas naso-faríngeos permite evitar las hemorragias. Se practica por vía nasal y bucal. Coagulado el tumor, se extirpa seguidamente por los medios habituales o con ayuda de pinzas que producen la sección de los tejidos por coagulación.

Previa ablación de los pólipos nasales, con ayuda del estrecha-nudos, se coagularán los puntos de implantación para prevenir toda recidiva.

Las sinequias de las fosas nasales, que recidivan con tanta frecuencia después de las intervenciones quirúrgicas, pueden ser ventajosamente tratadas con la coagulación diatérmica. Previa anestesia local, el electrodo, en punta, se aplica sobre el puente fibroso que une la membrana con el cornete inferior y se hace pasar una corriente de 300 m. a. aproximadamente; la sinequia blanquea, después se perfora; los dos pequeños muñones laterales se cicatrizan en seguida poco a poco.

Cuando la sinequia es total, uniéndose el tabique, parte superior y cornete es necesario proceder prudentemente haciendo aplicaciones espaciadas de quince días aproximadamente, con objeto de evitar la perforación del cartílago cuadrangular.

De idéntica manera se proede en las atrepsias del vestíbulo nasal (motivado por ulceraciones sifilíticas, tuberculosas, lúpicas...) y para la atrepsia coanal. En este último caso se emplean electrodos en forma de oliva y si fuere necesario, se coagula el rino-faríngeo con el electrodo curvado bajo el control del espejo.

La diatermo-coagulación es el único procedimiento que permite, previa abertura de las estenosis velo-faríngeas, obtener cicatrizaciones con tejido no retractil. La técnica es siempre la misma. Pero una vez obtenida la abertura es preciso proceder a su calibraje durante varios meses, mediante olivas colocadas durante dos o tres minutos.

Los tumores de la encía, los pequeños papilomas de la cavidad buco-faríngea son destruídos fácilmente por la coagulación.

También puede ser empleada la coagulación en la destrucción de los cánceres de las cavidades. Pero las más de las veces la curieterapia será de más facil y seguro empleo.

Dermatología. — La técnica de la diatermo-coagulación, de tal modo es flexible, que permite destruir rapidísimamente un tumor voluminoso o hacer desaparecer sin dejar rastro, un nevus puntiforme. Si se une a esta flexibilidad de empleo, la asegurada esterilización de los tejidos coagulados, la ausencia de hemorragias, la obtención de una suave cicatrización, la posibilidad del retoque en caso de resultado incompleto, sin que se produzcan fenómenos análogos a la radio-resistencia, la ausencia de cuidados post-óperatorios, de intoxicaciones por reabsorción de toxinas, se comprenderá la extensión de su empleo en dermatología.

Si se desean operar grandes destrucciones, se empleará con preferencia el

electrodo bipolar; este es el caso de las grandes masas cancerosas, de los grandes angiomas..., etc. Si la destrucción a operar es de más importancia y exactamente delimitada, habrá de preferirse el empleo de un electrodo activo unido a un extenso electrodo indiferente; este es el caso de los cánceres limitados, de los angiomas, verrugas..., etc. Si no se trata de destruir más que una superficie muy reducida (hipertricosis, puntos negros, bridas cicatriciales, etc...) se empleará mejor la aguja unipolar sin electrodo indiferente, cuya acción puede reducirse cuanto se quiera y origina muy poco dolor.

Verrugas y papilomas. — Si las verrugas son muy pequeñas, la aguja unipolar las destruye casi instantáneamente. Si son más voluminosas, se utiliza una aguja activa, con un electrodo indiferente conjuntamente; entonces hay que practicar previamente la anestesia local. La coagulación se practica en uno o varios puntos, según el tamaño de la verruga. En algunos casos puede emplearse con ventaja el estrecha-nudos diatérmico.

Para el *Moluscum* y los *cuernos cutáneos*, empléase idéntica técnica.

Queloides y cicatrices fibrosas. — Alguna vez hemos tratado con éxito los queloides por la radioterapia previendo que eran poco duras y extensas. Pero meses de tratamiento no nos permitieron llegar al final de queloides espesas y duras. Aun el mismo Radium, en aparato externo o en agujas, da en estos casos resultados poco satisfactorios. Ya sabemos que la exéresis quirúrgica es casi inmediatamente seguida de recidiva todavía más extensa. La diatermo-coagulación por las técnicas anteriormente indicadas permite obtener en una sesión un completo y definitivo resultado. Así hemos curado notablemente varios acnés queloideanos voluminosos y muy duros, que daba lugar a continuadas reinfecciones.

Rinofima. — Previa anestesia local se coagula cada lóbulo. Se llegan a destruir así, en una sesión, todos los lóbulos sin hemorragia y se obtiene una cicatriz perfectamente suave y rosa. Es el procedimiento más rápido y estético para la destrucción del rinofima.

Lupias y quistes sebáceos. — Con ayuda del cuchillo diatérmico se abre la piel en una longitud de 10 a 20 mm.; se vacía la bolsa por presiones laterales; seguidamente se extirpa el saco mediante una pinza de dientes de ratón. Déjanse caer en la abertura algunas gotas de alcohol iodado y se sutura con ágrafes. (Técnica de Bordier).

Dilataciones varicosas de las venillas de la nariz. — El vaso dilatado se pica dejando pequeños espacios sobre todo su trayecto con ayuda de la aguja monopolar. El coágulo producido detiene definitivamente la circulación. Al cabo de algunos días las escaras de coagulación caen siendo sustituídas por una cicatriz débil.

De la misma forma se tratan las Telangiectasias consecutivas a la radioterapia poco filtrada y los rasgos de tatuaje. En este último caso, la coagulación alcanza muy fácilmente el dermis infiltrado de tinta china. Los tejidos necrosados son eliminados y reemplazados por una cicatriz, cuyo aspecto no tarda en identificarse con el de los tegumentos que la rodean.

La coagulación es el mejor tratamiento de la *hipertricosis*. Es mucho más rápida y menos dolorosa que la electrolisis. La aguja de depilación está bañada en un barniz aislador, salvo su extremidad, que queda únicamente activa. La aguja monopolar es introducida a tres milímetros de profundidad, sobre poco más o menos; en tres o cuatro segundos, se obtiene la coagulación, encontrándose coagulada únicamente la papila.

Se destruirá, del mismo modo, los puntos negros tan frecuentes en la nariz y la frente.

La diatermo-coagulación puede ser utilizada para el tratamiento de los noevis vasculares y angiomas. Pero el radium decolora y hace desaparecer con tal rapidez estos tumores, que es verdaderamente su mejor agente terapéutico. Sin embargo, para los noevis puntiformes y estrellados, la aguja monopolar reemplazará ventajosamente a la electrolisis.

Los noevi pigmentarios o granos de belleza, no son sensibles al rádium. La diatermo-coagulación es superior, con mucho, a la nieve carbónica. Es el verdadero agente de destrucción de estos noevis que, dejados a sí mismos, alcanzan muy a menudo al cáncer.

La diatermo-coagulación es el verdadero tratamiento de los noevi-cáncer localizados. Hemos tratado así un cáncer del pie, que había recidivado dos veces después de dos operaciones quirúrgicas y para el cual, había sido aconsejada la amputación. La curación se mantiene después de dos años con una cicatriz muy fina y apenas visible.

Cuando el noevi-cáncer se acompaña de adenopatía, se trata el cáncer por diatermo-coagulación y los ganglios por la radioterapia penetrante, o por un aparato externo de rádium, con campo muy ancho. Hemos obtenido así hace algunos meses, la curación de un noevo-cáncer de la ingle, con adenopatia importante, con la aplicación de este doble método. Son estos resultados extremadamente interesantes en una afección hasta allí rebelde a todos los tratamientos.

Para los cancroides y cánceres de la piel, la diatermo-coagulación se clasifica al lado del rádium. Según el sitio, la variedad anatomo-clínica, se empleará uno u otro y a veces los dos.

En el tratamiento del lupus tuberculoso, parece que la diatermo-coagulación da resultados más constantes que la radio y radiumterapia. Se destruye con una aguja fina los nódulos lúpicos aislados; con un electrodo mayor, las vegetaciones. Esta coagulación llega a la formación de escaras que caen al

cabo de unas tres semanas y son reemplazadas por tejidos sanos. Las recidivas son raras y son detenidas por una nueva destrucción.

«Este método, nos parece a la hora actual, el más eficaz que podemos oponer a estas temibles afecciones». (Ravaut).

El lupus eritematoso es más difícil de curar que el lupus tuberculoso. Las placas anulares de color rosado son destruídas con ayuda del electrodo de bola, deslizado por toda su superficie y sobre todo el contorno de la periferia.

Si se producen al cabo de algunas semanas, nuevos puntos eritematosos, se les destruye del mismo modo; se obtiene una cicatriz fina, que al cabo de algún tiempo, es muy difícil de reconocer.

Sistema nervioso.—Aplicando la diatermia al tratamiento de la poliomielitis Bordier ha realizado un grandísimo progreso. La poliomielitis se acompaña, en efecto, no solamente de parálisis y de atrofia muscular, sino también de hipotermia, algunas veces considerable, del miembro enfermo. El enfriamiento es debido a la atrofia de los vasos: disminución del calibre de las arterias, obliteración de los capilares. Hay, en consecuencia, alteraciones tróficas importantes: edema violáceo, sabañones, ulceraciones. La piel así lesionada no puede soportar el llevar los aparatos ortopédicos, indispensables para la marcha. Por otra parte, el miembro mal nutrido, se desarrolla menos que el miembro sano: se produce encogimiento, retracción.

En la claudicación intermitente, la diatermia puede mejorar notablemente las alteraciones funcionales, hasta hacer desaparecer los dolores y el enfriamiento lo que es muy importante. Debe esta propiedad, a su acción antiespasmódica sobre los pequeños vasos y los capilares. Desde luego, no tiene ninguna acción sobre la obliteración, en sí misma.

Cuando la obliteración arterial produce la gangrena, la diatermia puede a causa de los motivos expuestos, mejorar netamente la sintomatología.

Aparato respiratorio. — La diatermia ha sido utilizada en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Ha dado algunos buenos resultados. Bordier escribe «el primer efecto es aumentar la secreción mucosa y fluidificar su consistencia. Después de algunos días las expectoraciones disminuyen y los enfermos parecen mejorados, tanto desde el punto de vista objetivo como subjetivo. Las transpiraciones nocturnas se detienen y la fiebre baja, mientras que el peso y la digestión mejoran.»

Se emplean dos electrodos de iguales dimensiones, uno delante, otro detrás de la región enferma y se hace pasar mil quinientos m. a. durante una media hora.

Este tratamiento no parece utilizable sino en el primer período de la enfermedad. Después podría ser peligroso.

En los derrames pleuríticos la diatermia, acelera la reabsorción del líquido pleurítico, la amplitud diafragmática aumenta; los frotes pleurales disminuyen.

El doctor H. E. Slewart, trata por la diatermia en el Hospital de la Marina de New-York, a los enfermos de pneumonía y de broncopneumonía. La diatermia produce las modificaciones siguientes: «desaparición de la cianosis y del dolor respiratorio, ligero alivio de la rapidez de los movimientos respiratorios; la temperatura desciende, pero no brúscamente como en el momento del período crítico, el estado general mejora, pues el enfermo puede dormir varias horas después de la sesión». Este tratamiento no tiene peligro y gracias a su empleo se ha encontrado disminuída la mortalidad.

Oftalmología.—La destrucción del chalación por la coagulación es simple y rápida, no necesita jamás la anestesia, no tiene necesidad de cura consecutiva. Representa una enorme simplificación con referencia a la destrucción quirúrgica que es una verdadera operación.

Para las bridas cicatrizales, sinequias conjuntivales, no hay mejor tratamiento que la coagulación, que deja cicatrices finas, no retractiles. Por el mismo motivo se impone para la refección de cavidades atípicas de enucleación, permitiendo modelar verdaderamente la cavidad orbitaria en vista de una buena prótesis. Será utilizada para destruir el pterigion, las cicatrices córneo-conjuntivales y los simblefarons.

Ella es, aparte el rádium, el procedimiento mejor de destrucción de los cánceres órbito-palpebrales y de todas las neoformaciones tan frecuentes al nivel de los párpados: angiomas, papilomas, quistes, etc.

Para el xantelasma, Mombrun y Castéran han obtenido buenos resultados por la coagulación en superficie con un pequeño electrodo húmedo. Con un juego de agujas de diversas dimensiones podrán destruirse con precisión las granulaciones tracomatosas sean superficiales o profundas.

Es todavía la coagulación la que se dirige con ventaja para el tratamiento de las tuberculosis palpebro-conjuntivales.

La depilación diatérmica en monopolar es bastante superior a la depilación electrolítica para el tratamiento del triquiasis: es mucho menos dolorosa, no necesita anestesia y permite elevar muchas más pestañas.

La diatermia quirúrgica es también un tratamiento de elección en las cicatrices y queloides de la región orbitaria.

Mombrún y Castéran han obtenido excelentes resultados de la diatermia médica en el tratamiento de las úlceras simples de la córnea y de las conjuntivitis foliculares; afección rebelde hasta aquí a todo tratamiento. Se sirven a este efecto de un electrodo de aluminio en forma de cúpula ovalada que se aplica exactamente sobre los párpados cerrados.

ANO CONTRANATURA CON CIERRE DE TAPA CUTANEA[1]

POR EL

PROF. F. MARTIN LAGOS

Catedrático de Cirugía
VALENCIA

Todo ano contranatura definitivo debe de llenar ciertas condiciones para evitar las consecuencias desagradables inherentes a la salida involuntaria de heces a traves de la nueva abertura.

En primer término debe de elegirse, a ser posible, un asa intestinal de las últimas porciones del tramo digestivo y que sea lo suficientemente libre para que permita su abocamiento al punto de implantación sin grandes tracciones ni maniobras laboriosas. La porción terminal del intestino grueso (S ilíaca) tiene la ventaja de su largo meso, que le permite una gran movilidad, y sobre todo que la consistencia en condiciones normales de su contenido no sólo facilita la contención de las heces sino que permite al organismo el realizar la absorción completa de los alimentos y del agua y no irrita la piel de las partes próximas al ano contranatura. De aquí que a pesar de las inmejorables condiciones anatómicas del colon transverso se utilice éste en raros casos, ya que su contenido es menos sólido, y aun cuando en menos intensidad que el ciego y el colon ascendente no llega a cumplir por completo las condiciones fisiológicas.

En segundo término el ano artificial debe de estar situado en un punto que permita su fácil y cómoda limpieza por el enfermo. De los dos puntos clásicos de abocamiento del ano contranatura, la pared abdominal y la región sacra, es aquélla la que llena mejor esta condición, ya que permite al enfermo limpiar la abertura y sus proximidades bajo el control de la vista, en tanto que la limpieza del ano sacro o bien tiene que hacerla otra persona o si quiere ejecutarla el enfermo lo ha de hacer a ciegas o valiéndose de maniobras con espejo, etc.

Por último el ano ha de ser continente, procurando que el enfermo defeque a voluntad. La salida involuntaria de heces mancha el vendaje y las ropas y produce un olor nauseabundo que hace al enfermo prácticamente inútil para la vida social. Para resolver esta última condición se han propuesto los

(1) «Crónica Médica», núm. 44; 15 agosto, 1931. Valencia.

más diversos métodos, sin que hasta ahora podamos asegurar que se haya resuelto definitivamente el problema. La maniobra de Gersuny (torsión del asa), si bien estrecha el orificio intestinal, sólo dificulta un poco la salida de las heces sin detenerlas completamente. Por ello esta maniobra sólo se utiliza combinada con otros métodos fundados principalmente en producir un acodamiento del asa que actúe de espolón, y que al pasar paralelamente a

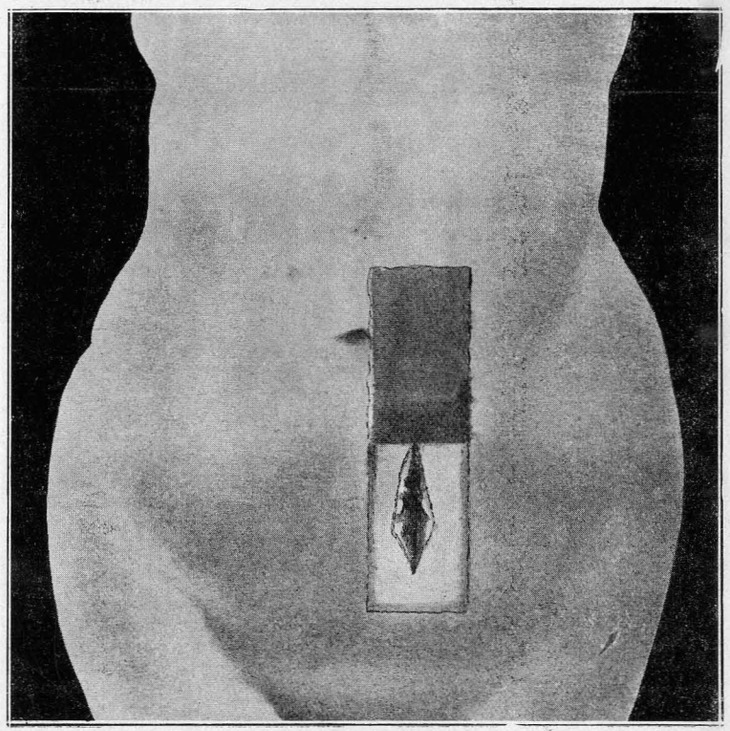


FIG. 1.

la piel pueda comprimirse con una pelota o bien hacer penetrar el asa entre fibras musculares cuya contracción, o mejor su tono, cierre el intestino.

A pesar de estos medios la contención no es completa y hay que mejorar los resultados operatorios, de una parte acostumbrando su defecación, de modo que la expulsión de las heces la haga diariamente a una hora fija (lo que consiguen los enfermos con cierta facilidad), y de otra parte a ocluir el orificio del ano artificial por medio de aparatos, que o bien son depósitos que recogen las heces o bien son pelotas de goma o celuloide que obturan

simplemente el orificio, y cuyo objeto es no sólo impedir la salida de las materias fecales, sino contener el prolapso de la mucosa intestinal (cuándo éste se produce) y evitar el roce de la mucosa con la ropa del enfermo tratando de impedir que ésta se manche con las secreciones y dé lugar por putrefacción al olor desagradable consiguiente. El uso de estos aparatos tiene el inconveniente del precio, cuando se trata de gente trabajadora, los cuidados que necesita la limpieza y la dificultad consiguiente a la compresión poco elástica.

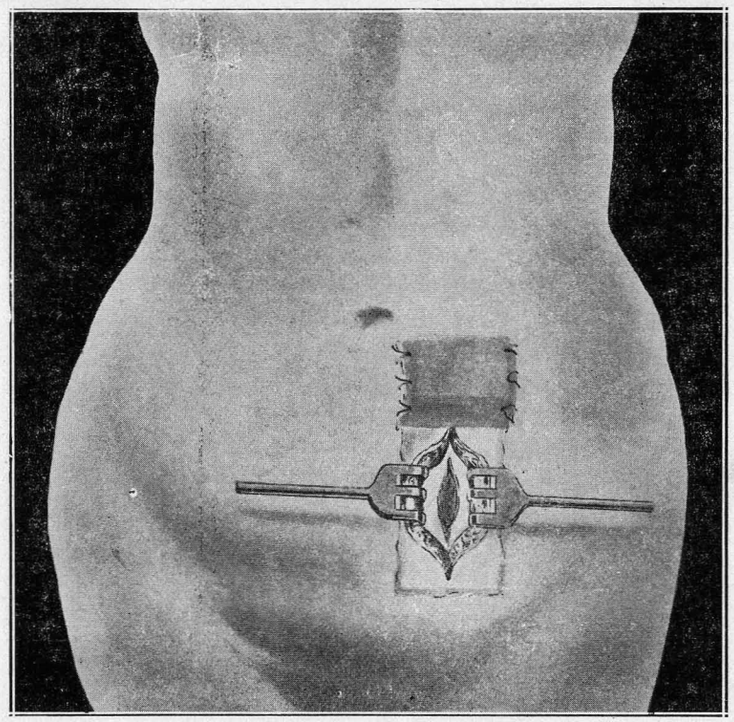


FIG. 2.

Con objeto de obviar este inconveniente hemos ideado un procedimiento en el cual la oclusión del orificio anal se hace mediante un colgajo de piel doblado y bien almohadillado de grasa; colgajo con pedículo superior que cae como una tapa sobre el ano, al cual ocluye más o menos fuertemente según la compresión que ejecuta un sencillo cinturón que lo aprieta a la pared abdominal.

Este medio natural de oclusión tiene la ventaja para el enfermo de su sencillez. No necesita aparato especial y la limpieza la hace al mismo tiempo que la del ano.

La técnica, bastante simple, se reduce a lo siguiente:

Talla de un colgajo rectangular de pedículo superior que comienza a cuatro traveses de dedo por abajo del ombligo, de una longitud de unos

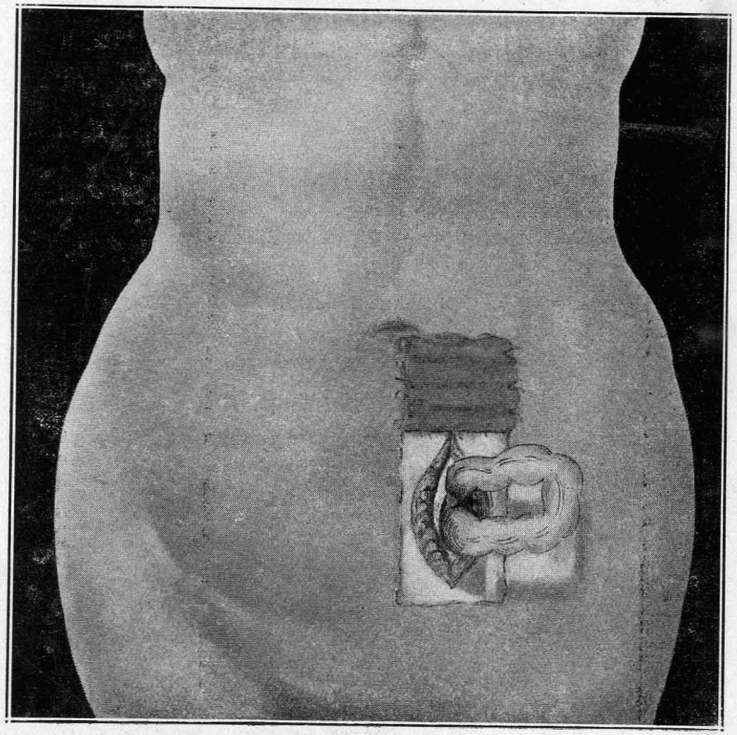


FIG. 3.

quince centímetros y de una anchura igual a la del músculo recto, correspondiendo los bordes laterales del colgajo a los de dicho músculo. Despegamiento de la piel y del tejido celular subcutáneo dejando al descubierto la hoja anterior de la aponeurosis del músculo recto izquierdo. (Fig. 1.)

El colgajo cutáneo se dobla sobre su cara cruenta por su mitad y se fija el borde inferior a la cara cruenta del lado pediculado con algunos puntos entrecortados, adaptando también los bordes laterales con algunos puntos de seda. (Fig. 2.)

En el centro de la mitad superior de la hoja anterior de la aponeurosis

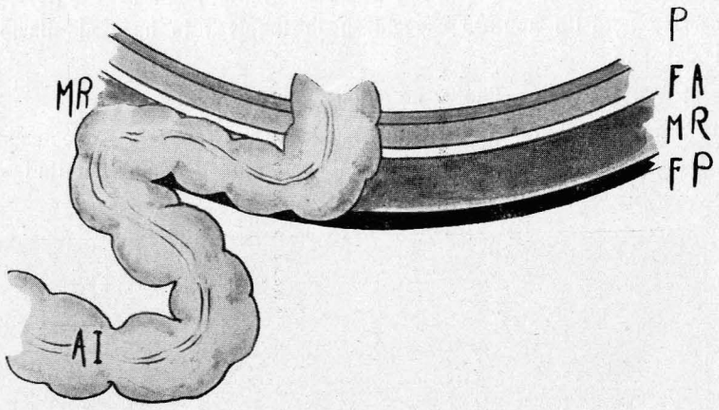


FIG. 4.

Esquema que demuestra la situación del asa a través de la pared abdominal. *FP.*—Peritoneo y hoja posterior del músculo recto. *MR.*—Músculo recto. *FA.*—Hoja anterior de la aponeurosis del recto. *P.* — Piel y tejido celular subcutáneo. *AI.* — Asa intestinal.

del recto al descubierto se hace una incisión longitudinal para descubrir el músculo. (Fig. 1.)

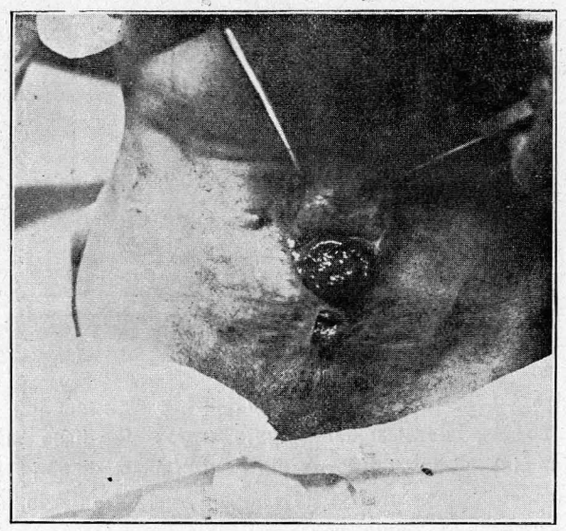


FIG. 5.

Ano contracturado. La tapa cutánea está simplemente levantada por unas pinzas para ver el orificio del ano.

Se separa el borde externo de la incisión aponeurótica y con un separador se desvía hacia la línea media todo el músculo recto, apareciendo en el fondo la hoja posterior de la aponeurosis, la que se incinde longitudinalmente con el peritoneo parietal en su parte más externa. (Fig. 2.)

A través de la incisión peritoneal se exterioriza el asa intestinal, que se fija al peritoneo parietal con algunos puntos de catgut.

Se quita el separador que desviaba el músculo recto y con un instrumento romo se separan en el centro del músculo las fibras haciendo un ojal, a través del cual se saca el asa intestinal. Esta se fija a los bordes de la

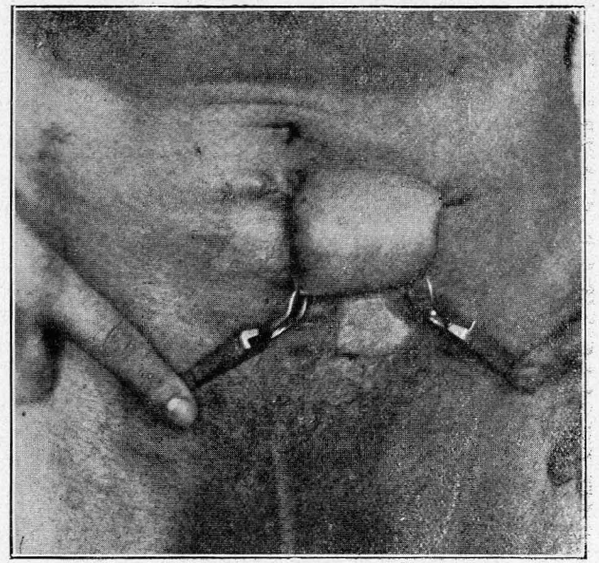


FIG. 6.

El orificio del ano se cubre simplemente dejando caer la capa cutánea.

incisión que habíamos hecho en la hoja anterior de la aponeurosis del recto. (Fig. 3.ª)

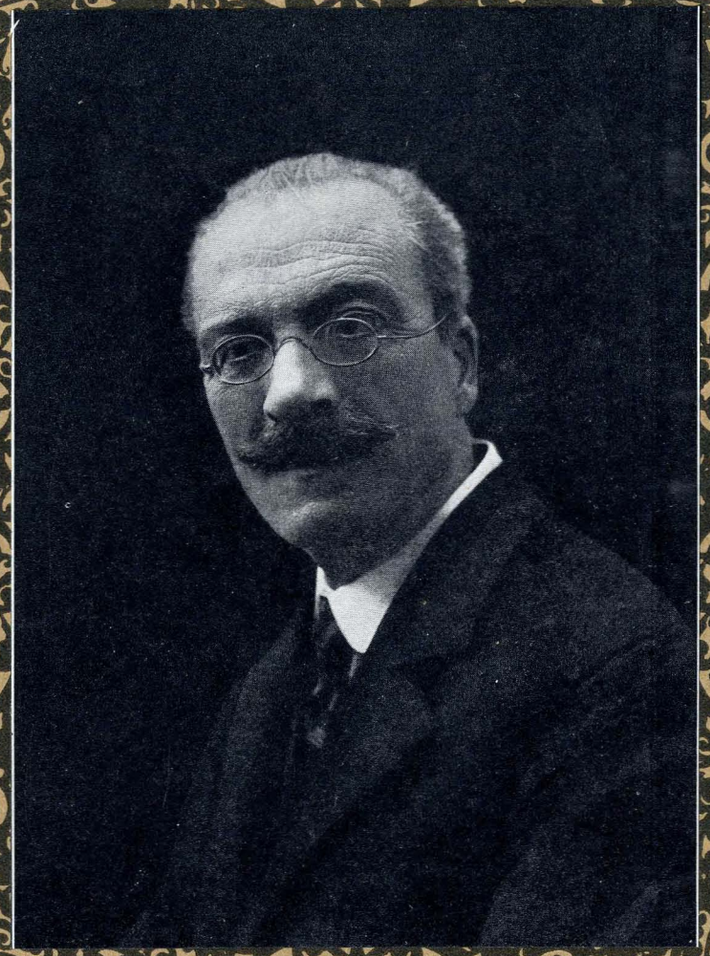
Con objeto de disminuir la superficie cruenta que ha dejado el colgajo cutáneo se despegan los bordes de la herida y se aproximan con puntos entrecortados de crin.

Para evitar que se retraiga el colgajo almohadillado se fijan los extremos del mismo por unos puntos de crin a la piel de la parte superior del abdomen.

A los cinco días se abre con el termo, mediante sección transversal, al asa del intestino.

Los cuidados postoperatorios son bastante simples, si bien, como hay que esperar a que la superficie no cubierta de piel cicatrice por segunda intención, la estancia en el Hospital dura bastante más que la de los enfermos con un ano contranatura ordinario.

Los resultados son bastante buenos; el acodamiento del asa (fig. 4.ª) y el paso a través del ojal muscular lo hacen en cierto modo continente. La piel del colgajo, muy bien nutrida merced a su ancho pedículo, no se altera con el contacto de las heces, y la oclusión del orificio anal se hace sencilla y completamente. (Figs. 5 y 6).



Prof. VICENTE PESET CERVERA

VALENCIA

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

Alteraciones de la voz, laringitis y ronquera, por el **Dr. José M.ª Huarte-Mendicoa,** laringólogo de la lucha Oficial Antituberculosa.

El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el **Dr. S. García Vicente,** Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.

Un volumen (IX de la Biblioteca de "El Siglo Médico". Monografías) de 139 páginas (12'50 × 18 centímetros) con grabados.

Editor: *El Siglo Médico.*—Madrid. 1930.

Es la monografía del doctor Huarte-Mendicoa una interesante obrita que, dedicada al médico general, cumple a las mil maravillas el propósito del autor de orientarle en el tratamiento de las afecciones laríngeas que con frecuencia y sin la ayuda del especialista, se ve obligado a instituir.

Divide su trabajo en cinco capítulos. En el primero expone el concepto y significado de la ronquera; pasa en el segundo revista a las diferentes causas de las enfermedades de la voz (edad, sexo, temperamento, embarazo, alimentación, clima, temperatura ambiente..., etc.); en el tercero estudia los trastornos fónicos y las características de la voz en los estados patológicos, enumerando la extinción de la voz, la fatiga, el calambre de los oradores, debilitamiento de la voz, neurastenia laríngea, espasmo fónico de la glotis, y por fin, las alteraciones de la voz en las enfermedades mentales.

Dedica los dos últimos capítulos al estudio de las distintas afecciones laríngeas comprendiendo en el cuarto las laringitis, y en el quinto y último la sífilis, tuberculosis y cáncer.

Todo ello de una manera sucinta, y en un lenguaje claro y ameno, que hacen que la lectura sea entretenida y agradable. La bella Monografía del doctor Huarte-Mendicoa es un precioso guía para el médico general que encontrará en ella datos más que suficientes que le orienten en las diversas cuestiones de la Patología laríngea.

Condensa el doctor García Vicente en un reducido número de páginas los resultados de la experiencia adquirida con más de 23.000 enfermos que en el Instituto Municipal de Seroterapia de Madrid, ha tenido ocasión de tratar, exponiendo su trabajo de una manera clara, *como una familiar conversación* con el médico general, a quien preferentemente lo dirige.

Trata en el primer apartado de la manera de prevenir la difteria estudiando la vacunación antidiftérica sobre la que hace atinadas consideraciones. Se ocupa a continuación de cómo se cura esta enfermedad con el suero antidiftérico, cuya manera de aplicación, cuidados complementarios y complicaciones expone.

En una segunda parte dedica su atención a la intubación laríngea, dedicando sendos capítulos a tan interesantes cuestiones como son: cuándo se debe intubar y cómo se debe intubar, a propósito de las cuales da muy precisas reglas: expone los cuidados que necesita el enfermo intubado y describe acto seguido la destubación indicando cómo y cuándo se debe destubar.

Termina su notable trabajo con un capítulo dedicado a *Intubación y Traqueotomía*, estableciendo un paralelo entre las maniobras, las indicaciones y los resultados de ambas operaciones, del que deduce la superioridad de la citada intervención incruenta.

La Monografía del doctor García Vicente, expuesta además en sobrio y elegante estilo, es un excelente guía para el médico general que debe reservarle un lugar preferente en su biblioteca. — J. DUERTO.

Terapéutica de las enfermedades cutáneas por **P. Audry**, Profesor de la Facultad de Medicina de Toulouse y **Dr. Durand**, Profesor agregado de la Facultad de Medicina de Lyon. Segunda edición.—Un tomo de 368 páginas (14 × 21 centímetros) de la "Biblioteca de Terapéutica" de P. Carnet y Harvier, ilustrado con 70 figuras intercaladas en el texto.

Editor: *Salvat Editores, S A.*—Barcelona. 1930.

Los autores se ocupan prácticamente de la terapéutica de las enfermedades cutáneas; en su primera parte estudian la terapéutica general, los diferentes medicamentos y forma de aplicación, en forma de baños, lociones, pulverizaciones y envolturas húmedas, después de la aplicación de polvos, pomadas, glicerolados, emplastos, etc., etc. Diferentes medios y métodos físicos como la Radioterapia, Fototerapia y otros.

La segunda parte de la obra, la más extensa, es dedicada al tratamiento especial de las distintas dermatosis, agrupadas en diferentes capítulos, las Dermatozoonosis, Dermatomicosis, Dermatomicrobiosis piógenas, Tuberculosis, etcétera. En este último capítulo se ocupan detenidamente del tratamiento del lupus tuberculoso y eritematoso, por agentes mecánicos químicos y físicos, según su forma evolutiva y localización en el tegumento cutáneo, terminando por ocuparse de la terapéutica de las tuberculides pápulo-necróticas, sarcoides de Baeck-Darier y del eritema indurado de Bazin.

El capítulo XV es dedicado al tratamiento de las neoplasias cutáneas de

forma amplia y detenida. Los epiteliomas son principalmente tratados por la Radioterapia y Radiumterapia.

El final de la obra es dedicado al estudio del tratamiento quirúrgico de las dermatosis, estudiando la anestesia local y general, métodos de extirpación, sutura, injertos, etc., etc.

En resumen, esta obra perfectamente editada, por su extensión, concisión y claridad de conceptos, es de gran utilidad en la práctica médica diaria.—DR. DE GREGORIO.

Index de las especialidades farmacéuticas, para uso de médicos y farmacéuticos, por el **Dr. E. H Lozano,** con un prólogo del **Dr. José Giral.**— Un volumen de 322 páginas (10'50 × 16'50 céntímetros) encuadernado en tela.

Editor: *Espasa-Calpe, S. A.*—Madrid. 1930.

Su autor ha hecho una recopilación extensa y una catalogación perfecta y científica de la infinidad de productos que en él figuran, agrupando las sustancias medicinales según la naturaleza inorgánica u orgánica de las partes que las integran y sus funciones químicas.

Nos da a conocer su composición y constitución químicas, indicaciones, posología... El conocimiento de este arsenal terapéutico moderno facilita la labor del médico que es el primero en sentir la necesidad de medicamentos nuevos para resolver en su práctica casos fracasados y contar con el mayor número de armas para la lucha contra las enfermedades.

«Index» abarca las cualidades que deben reunir estos Compendios, claridad, concisión y utilidad práctica; es de esperar, por lo tanto, que tenga una favorable acogida entre médicos y farmacéuticos. Nosotros, al felicitar al doctor E. Hernández Lozano, lo recomendamos sinceramente.—DR. L. TAPIA.

Enfermedades de los viejos. Nociones para el médico práctico, por el **Dr. Carlos Diez Fernández,** del Hospital Nacional de enfermedades infecciosas de Madrid.—Un volumen de 232 páginas (14'50 × 20 centímetros). Precio: 6 pesetas.

Editor: *Javier Morata.*—Madrid. 1931.

Obra elemental, de iniciación y para prácticos. Este es el librito que con ese título ofrece al público médico la casa editora.

Su autor—según su confesión—, nada más que eso se ha propuesto. «Para quien—dice—pretenda otra cosa no se escribió este libro».

De fácil lectura, que no obliga a un esfuerzo de atención ni de estudio, resulta muy útil para toda clase de médicos. Refresca conocimientos y tiene agudas observaciones.

Sobre todo lleva a la mente del médico, que hemos dado en llamar práctico, la idea de que «el viejo enfermo» es «objeto» no ya despreciable de la Medicina, sino digno de todas las atenciones, como son una exploración meticulosa, unos análisis detallados y unos cuidados peculiares.

La obrita está dividida en capítulos: Aparato respiratorio, Sistema ner- infecciosas, idem del sistema endocrino, idem de la sangre, Metabolismo, son vioso, Aparato circulatorio, idem digestivo, idem uropoyético, Enfermedades los títulos de todos ellos.

Repetimos que en todos y cada uno de estos capítulos puede encontrar el lector médico algo interesante. — D. G. LACAUSTRA.

Emetina. Sus diversas aplicaciones en la Clínica, por el **Dr. J. Cusí,** Farmacéutico. Un volumen de 256 páginas (16 × 23'50 centímetros).

Editor: *Laboratorios del Norte de España.*—Masnou Barcelona. 1931.

Al igual que «Chinium» y la «Digital» recientemente publicados, este trabajo sobre la Emetina debido al doctor Cusi, es realmente interesante.

En él se hace un completo estudio del medicamento y sus variadas aplicaciones en Clínica, y en él se recoge toda la bibliografía sobre el asunto, transcribiendo múltiples resúmenes de trabajos valiosos de autores diversos. Así resulta un estudio acabado y de positivo valor.

Con este libro, el doctor Cusi hace un gran servicio a la clase médica; por ello merece gratitud y plácemes muy sinceros. — DOCTOR HORNO.

Index Merck. Séptima edición.—Volumen de 652 páginas (18 × 25 centímetros), encuadernado en tela. Precio: 25 pesetas.

Editor: *E. Merck.*—Darmstadt. 1930.

La edición española del «Index Merck» recientemente aparecida, es una publicación científica de gran relieve e interés.

Después de los prólogos, tabla de abreviaturas e índice de materias, la obra se desarrolla en cinco secciones impresa a dos columnas.

En la sección 1.ª se reseñan las materias colorantes, extractos flúidos, tinturas, medios de cultivos bacterianos, conteniendo también un cuadro de sinónimos sumamente práctico. En otro apartado presenta una completa compilación de los alcaloides, principios amargos y glucósidos.

La sección 2.ª, dividida en doce apartados, contiene un gran número de preparados para análisis y microscopia, reactivos especiales, soluciones valoradas (volumétricas), materias colorantes y otros medios auxiliares para fines científicos.

En la 3.ª se hace una exposición de drogas; en la 4.ª otra de los más importantes minerales, y en la 5.ª se reseñan interesantes colecciones Merck. Por último el libro contiene una sección de enmiendas y adiciones al texto.

El libro es útil porque es práctico; es a la vez de gran interés científico y se halla editado con gusto. La casa Merck al presentar su «Index» en nuestro idioma ha hecho una labor muy interesante y digna de aplauso, que seguramente prodigará con nosotros la clase médica española. — DOCTOR HORNO.

Cardiopatías distróficas y esclerosis cardiovascular, por el **Dr. Durán Arrom,** Académico de las Nacionales de Madrid y Zaragoza.

Un volumen de 461 páginas (19 × 27'50 ctms.) con 54 historias clínicas, 187 figuras y nuevas radiografías, electrocardiogramas, capilaroscopia y gráficas.

Editor: *Librería Siutes*, Barcelona, 1930.

Este Tratado de Patología y clínica circulatoria del Dr. Durán Arrom, es una gallarda muestra de su actividad y competencia científica.

El primer volumen, del que a su tiempo nos ocupamos, desarrollaba cuanto a la parte central del aparato circulatorio afectaba: en este segundo, desarrolla lo que a la parte periférica se refiere (arterias, venas y capilares).

De un modo brillante y completo, rícamente presentado e ilustrado con profusión, es el libro de Durán Arrom, excelente prueba de su valía.

En la primera parte se ocupa de la anatomía, fisiología, fisiopatología, síntomas y medios de exploración del sistema circulatorio periférico. En la segunda se estudian los grandes síndromes circulatorios, edemas, hipertensión arterial y venosa; aortitis, arteritis, flebitis, aneurismas, varices, etc. En la parte tercera se describe admirablemente la higiene, profilaxis y tratamiento de las enfermedades del aparato circulatorio periférico como parte integrante y centrífuga del aparato circulatorio.

Resulta así una acabada exposición de la materia, con caracter personal y original en muchos puntos.

El libro se halla presentado lujosamente y ricamente ilustrado.

Autor y editor merecen por ello sínceros plácemes. — DOCTOR HORNO.

SECCIÓN ANALITICA

HISTOPATOLOGIA

G. SEEMANN (Berlín). — *Para la cuestión de la naturaleza de las células corticales del timo fundándose en la investigación comparada de los plastosomas.* («Zeitschr. für Zellforschung», vol. XI, pág. 738; 1930. Berlín).

Los plastosomas granulosos y bacilares de las células corticales del timo, son perfectamente iguales a los de los verdaderos linfocitos en número, forma y volumen. Los plastosomas del epitelio medular del timo son predominantemente granulosos, semejantes a los de las células reticulares de los nódulos linfáticos y del bazo; muchos centros germinativos del tejido linfadenoide tienen plastosomas bacilares, que hablan en pro de la naturaleza linfocitaria (linfoblástica) de estas células. Por la estructura nuclear y plasmática y por los plastosomas, no puede de ninguna manera establecerse una separación fundamental entre las células corticales del timo y los verdederos linfocitos.

Este trabajo está hecho utilizando para las investigaciones histológicas los métodos de coloración específicos para los plastosomas de las coloraciones supravitales y el de Altmann. — I. COSTERO.

K. WOLFF (Wiesbaden). — *Sobre la elástica de las grandes arterias.* — (Virchows Archiv», vol. CCLXXV, pág. 516; 1930. Berlín).

La contracción postmortal y los métodos histológicos, se combinan para acentuar considerablemente el plegamiento de las láminas elásticas de los grandes vasos, las cuales aparecen, como es bien sabido, en forma de láminas ondulosas, cuando se las observa en cortes transversales.

El autor ha fijado arterias en las cuales se ejerció post morten, una presión semejante a la arterial y de su estudio histológico deduce que las membranas elásticas de estos vasos son realmente planas y muy poco plegadas, debiéndose, por tanto, su aspecto ordinario, a un artefacto. — I. COSTERO.

K. WOLFF (Wiesbaden). — *La ordenación en espiral y longitudinal de la musculatura en la capa media de las arterias de los músculos papilares.* — («Virchows Archiv», vol. CCLXXVI, pág. 259; 1930. Berlín).

Las fibras musculares de la capa media de las arterias que recorren los

músculos papilares del corazón, transcurren predominantemente en direcciones longitudinal y espiral. En ciertas arterias es frecuente la hipertrofia de la media, preferentemente en las situadas en el músculo papilar anterior de la tricúspide.

El aumento de edad produce una fibrosis progresiva en la capa media hipertrrofiada que en ocasiones ocupa toda la musculatura. El autor acentúa la dificultad de explicar satisfactoriamente estas alteraciones estructurales de las arterias cardíacas. — I. COSTERO.

N. A. ZOLOTOWA (Varsovia). — *Alteraciones encefálicas en la endocarditis.* — («Virchows Arhiv», vol. CCLXXVII, pág. 420; 1930. Berlín).

Se describe un caso de endocarditis con alteraciones encefálicas extraordinariamente graves. Primero se produjo embolia, que fué seguida de un proceso de meningoencefalitis, por cuya causa se produjo una gran destrucción de tejido nervioso. En la arteria silviana existía trombosis, que provocó fuerte infiltración inflamatoria con reacción muy marcada de la neuroglia local. También los gliocitos subependimarios mostraban reacción hipertrófica importante.

Las paredes vasculares estaban intensamente alteradas así como los plexos coroideos y del epéndimo. Entre las células de infiltrado inflamatorio situadas entre las células ependimarias del ventrículo y plexos coroideos, se encontraron estreptococos en gran número.

Este caso tiene extraordinario interés, en el sentido de demostrar la falta de paralelismo existente entre los síntomas clínicos y las alteraciones histopatológicas encefálicas y por observar marcadas diferencias entre la gravedad de las lesiones ocasionadas por las toxinas bacterianas solamente o por las mismas bacterias cuando estas alcanzan el tejido nervioso. — I. COSTERO.

C. WEGELIN (Berlín). — *Origen del infarto hemorrágico.* — («Virchows Archiv», volumen CCLXXV, pág. 585; 1930. Berlín).

El autor cree haber demostrado la importancia que tiene en la formación de infartos hemorrágicos la consideración, no sólo del comportamiento de la presión vascular, sino también, de las alteraciones en la presión de los tejidos y de las particularidades de la estructura y función de los órganos afectos por la alteración vascular. — I. COSTERO.

W. PUTSCHAR (Zagreb). — *Sobre los vasos en el tubérculo y sus relaciones con la formación de células gigantes.* — («Ziegler Beitrage», vol. LXXXIV, página 321; 1930. Berlín).

En algunos tubérculos se encuentra frecuentemente capilares sanguíneos que a menudo están situados junto a las células gigantes. Los capilares se observan

también ocasionalmente, en los tubérculos capsulados y caseificados, mientras que suelen faltar en los tubérculos frescos. También en las granulaciones tuberculosas situadas en torno a los focos caseosos, se ven capilares junto al caseum.

De estas observaciones histológicas deduce el autor la posibilidad de que las células gigantes se originen, al menos parcialmente, de yemas vasculares de crecimiento frustradas. Sin embargo, las pruebas que aduce, no llevan al convencimiento del lector. — I. COSTERO.

M. ÖETLEFSEN (Copenhague). — *Sobre el desarrollo de la estructura histológica del epiplón mayor del cobaya.* — («Zeitschr. für Zellforschung», vol. IX, página 425; 1929. Berlín).

El desarrollo del epiplón mayor del cobaya atraviesa tres períodos: el subsiguiente al parto, caracterizado por la aparición de granulocitos, comienzo en la formación de orificios en relación con el modo de ordenarse el tejido conjuntivo, aparición frecuente de histiocitos y células basófilas y por las vainas vasculares ricas en células redondas.

El segundo período o de la juventud está caracterizado por la aparición de células adiposas; las células basófilas y los linfocitos desaparecen progresivamente. Se termina la orientación del conectivo y los orificios se hacen cada vez más visibles.

El tercer período corresponde al individuo adulto y su estructura corresponde a las descritas ordinariamente. — I. COSTERO.

PATOLOGIA GENERAL

D. BOCCIA (Buenos Aires). — *Anemias hemolíticas.* — («Rev. Sud-Americana de E. y N.», núm. 7; 15 julio, 1931. Buenos Aires).

Este bello trabajo de Boccia puede resumirse de este modo:

En el capítulo de las anemias hemolíticas se encuentra la más grande variedad de procesos morbosos, cuya etiopatogenia no se conoce, y cuyos límites nosográficos es muy difícil determinar. El factor hemolítico es el elemento común de esta extensa familia, que por lo tanto comprende: a) la anemia perniciosa progresiva, tipo Biermer-Eikorst; b) las anemias espleno-hemolíticas o esplenomegalias hemolíticas. Este segundo grupo comprende a su vez: las ictericias hemolíticas; las anemias perniciosiformes, tipo Strumpell-Bignami-Pende; algunas hepatitis hipertróficas con esplenomegalia; la enfermedad de Banti en su

iniciación y los síndromes bantianos. A estas formas hay que añadir la anemia hemolítica con hemosiderinuria perpetua, descrita por Marchiafava.

Se dan los caracteres diferenciales entre la anemia perniciosa progresiva y las anemias hemolíticas esplenomegálicas. En la primera la característica esencial es la *megaloblastosis* expresión de la alteración de la médula ósea; la hiperhemolisis es un fenómeno secundario. En las anemias hemolíticas esplenomegálicas, el factor hiperhemolítico es esencial y el bazo juega un papel importantísimo, representando el centro más activo de los procesos de eritrolisis, que de aquí se extienden más o menos rápidamente a las otras estaciones del sistema retículo-histiocitario.

A más de estas formas de anemias hemolíticas hay cuadros intermedios, por ejemplo, anemia perniciosa esplenomegálica *sin fragilidad globular;* anemia perniciosa con resistencia netamente disminuída frente a las soluciones clorosódicas. No se trataría de variedades que se transforman una en otra, pero sí de combinaciones de cuadros, que, con prevalencia, ahora de uno, ahora de otro, pueden dar lugar a muchas formas intermedias, constituyendo así el puente entre la ictericia hemolítica y la anemia perniciosa.

El mecanismo patogenético de la hemolisis esplénica es todavía oscuro y complicado. Por lo general se admite que el bazo, en condiciones fisiológicas aún, tiene una acción hemocatatonística de preparación a la eritrocitolisis, vale decir que en las hematies de procedencia esplénica la hemoglobina más fácilmente puede disociarse del estroma globular, de manera que los glóbulos son más sensibles a las ofensas osmóticas. Además, el bazo tiene también una verdadera actividad eritrocitolítica, función ésta que no es exclusiva del bazo, pero sí prevalente, siendo interesados también otros órganos (hígado, médula ósea, glándulas linfáticas), especialmente cuando el proceso morboso está adelantado.

Esta diátesis hemolítica es siempre constitucional y puede ser más o menos pronunciada o más o menos fácil de revelarse, cuando se rompa el equilibrio que la disimula. La causa ocasional puede ser o una infección aguda o crónica o un estado tóxico.

La diátesis hemolítica puede combinarse con la diátesis hemorrágica. En efecto, en esta última generalmente hay una hipermegalia esplénica, y al hiperesplenismo precisamente Frank atribuye la leucopenia y la piastrompenia de algunas formas graves de diátesis hemorrágica.

Especial mención merece la anemia hemolítica con hemosiderinuria perpetua de Marchiafava, que es un síndrome hemolítico «sui géneris», cuya evolución es crónica progresiva, y cuyo síntoma característico consiste en la *hemosiderinuria,* acompañada por crisis de hemoglobinuria. La etiología es oscura. Como patogenia parece que el bazo no juegue en esta enfermedad un papel hemocaterético

importante. Marchiafava admite que la hemolisis se produce en los vasos renales, donde la hemoglobina se transformaría en hemosiderina, dando lugar a la hemosiderinuria, que es lenta pero continua, perpetua. — Doctor Horno.

MEDICINA LEGAL

F. DALTABUIT (Barcelona). — *Suicidio por colgamiento.* — («Tribuna Médica», número 221; mayo, 1931. Barcelona).

Presenta dos casos de suicidio por colgamiento, científicamente interesantes, destacando el autor tres circunstancias principales: peso del cuerpo por un lado, y naturaleza del lazo constrictor por otro, y asistencia pronta o tardía.

La muerte no siempre es rápida y por ello el rápido auxilio juega un gran papel para devolver la vida del presunto ahorcado.

Los fenómenos que puedan ofrecerse en el colgamiento pueden ser los siguientes: a) pérdida del conocimiento; b) parálisis cardíaca; c) schoc respiratorio; d) asfixia aguda o lenta. Este orden no es nosológico y la muerte puede sobrevenir por cualquiera de estos mecanismos.

La pérdida de conocimiento tiene lugar siempre y ello explica que una insuficiente suspensión basta para que los fenómenos expuestos puedan presentarse y que el sujeto no esté capacitado para auxiliarse a sí mismo; esto es, descolgarse, a pesar de tener más o menos contacto con el suelo, como acostumbra a ocurrir muchas veces.

Eso explica también que sea forma de suicidio predilecta de las gentes, porque, como decimos, hay pérdida de conocimiento y el tránsito de la vida a la muerte se verifica sin ansiedad ni sufrimiento alguno.

Son bastantes los sujetos colgados que, auxiliados, volvieron a la vida y que presentaron luego fenómenos nerviosos más o menos graves y duraderos.

También es importante y capital el papel que desempeña el dogal o lazo constrictor en todo suicidio por suspensión, y de ahí que debe realizarse un minucioso y rápido examen en el mismo, de su naturaleza, disposición, huellas que puede haber dejado, interposiciones entre él y los tejidos, etc., pues de este análisis se podrá deducir la probabilidad más o menos efectiva del socorrro que se debe prestar a la víctima. Caso de que ésta presente rigidez extrema, el auxilio es inútil. — Ramón Celma.

M. FAURE (Nice). — *Influencia de las manchas solares en los suicidios, los crímenes y los accidentes.* — (Comunicación en el LIV Congreso de la Asociación Francesa para el Progreso de las Ciencias. Nancy, julio, 1931. — «Gazette des Hospitaux», núm. 66; agosto, 1931. París).

El autor de este trabajo señaló en 1922 la coincidencia del paso de manchas

solares con el recrudecimiento de accidentes agudos en el curso de enfermedades crónicas y especialmente con el más grave y el más agudo de todos los accidentes: la muerte súbita.

Por ello siguió trabajando en estas cuestiones para averiguar la influencia que en los suicidios, los crímenes y los accidentes tienen las manchas solares.

Suicidios. — Los suicidios en serie se explican por el contagio del ejemplo.

Pero esto no explica la coincidencia en serie, de suicidios simultáneos en lugares apartados. Estos suicidios tienen una causa íntima y permanente, exterior y momentánea; esta causa es la determinante, es decir, la coincidencia de un motivo íntimo y la influencia exterior que momentáneamente crea un estado mental anormal.

Indudablemente, según ha comprobado el autor, las radiaciones de las manchas solares pueden alterar las funciones del sistema vegetativo y pueden determinar desde la muerte súbita a hondas perturbaciones de la vida intelectual, suficientes para determinar un suicidio.

Crímenes. — El estudio de los crímenes demuestra la acción de las radiaciones solares anormales sobre la zona cerebral cortical.

En los crímenes más absurdos ha podido averiguarse la existencia de una causa exterior determinante, ajena al organismo.

El autor, merced a una estadística que publica, demuestra la influencia que las manchas solares tienen en los crímenes. Otro tanto puede decirse de los accidentes.

El ejemplo más típico es la crisis dolorosa que sobreviene sin causa alguna y anunciando un cambio de tiempo.

Las muertes súbitas, los suicidios, los crímenes absurdos señalan en general un desequilibrio del sistema nervioso, pudiendo llegar incluso a la demencia.

El hombre se comporta como un reactivo extremadamente sensible a la influencia de las radiaciones solares.

Conclusiones. — Los suicidios, los crímenes, los accidentes aparecen en serie, como las muertes súbitas y los síntomas agudos de las enfermedades crónicas. Estas series coinciden con las series de manchas solares. Esto demuestra que dichas manchas influyen a la vez en el sistema nervioso de la vida de relación (suicidios, crímenes, accidentes) y sobre el sistema nervioso de la vida de nutrición (síntomas morbosos agudos y muerte súbita). — R. Celma.

PEDIATRIA

M. MASSABUAU (París). — *Tratamiento de la apendicitis aguda en el niño.* — («Le Progrés Médical», núm. 6; junio, 1931. París).

Para apreciar los elementos del problema de la conducta que debe obser-

varse en caso de apendicitis en el niño, es necesario considerarlo en las diferentes fases de la evolución del mal.

Cuando el cirujano ve al enfermo durante las 36 primeras horas, la opinión es unánime. Si la crisis es franca, si el enfermo vomita, si la temperatura es elevada, si el pulso es acelerado, si el abdomen se pone resistente y doloroso, hay que operar inmediatamente y extirpar el apéndice en caliente. Cuanto más cerca del comienzo de la crisis nos encontremos, mayores serán las probabilidades de que la operación sea fácil. La técnica de esta operación precoz es fácil, y la benignidad grande.

Por regla general el cirujano ve al enfermo después del segundo día. En un punto equidistante entre los que antes aconsejaban la expectación armada y los que hoy recomiendan la intervención sistemática, Massabuau cree que la verdad está en el eclecticismo. No debe rechazarse sistemáticamente la operación entre el tercero y quinto día, pero tampoco debe practicarse a ciegas y sistemáticamente. Antes de decidirse hay que estudiar cada caso y su gravedad; no operar si la evolución fuese favorable, si el estado general es bueno, si la defensa local es acentuada; operar, en cambio, inmediatamente si la crisis parece grave y evoluciona hacia la peritonitis.

Desde este punto de vista, algunos signos carecen de valor. Entre ellos incluiremos la suma violencia del dolor inicial, que lo mismo puede parecer un simple cólico apendicular que el comienzo de una crisis grave; tal también la abundancia de los vómitos.

Si el timpanismo es generalizado, si la defensa muscular de la pared aumenta y se extiende, aun cuando en la fosa ilíaca no hay reacción local, ni tampoco empastamiento, y sobre todo si el estado general se va alterando, hay que pensar que la crisis es grave, que la peritonitis, no declarada aun, está en marcha. Es un signo excelente cuyo valor ha podido comprobar el autor repetidas veces.

El desacuerdo entre el pulso y la temperatura es también un signo importante. Si el número de pulsaciones es de 130 y aun más, en tanto que el termómetro no pasa de 38º, 38º5, hay motivo de alarma. Y si este signo coincide con los precedentes, no podrá cabernos duda alguna sobre la necesidad de la operación inmediata. Sin duda estos dos síntomas no son de una exactitud matemática, pero su valor es muy grande.

Cuando la operación se practica al tercero o cuarto día, las dificultades técnicas son mayores que durante las treinta y seis primeras horas. — C.

CIRUGÍA GENERAL

H. BOMPART (París). — *La anestesia local en cirugía abdominal.* — («Le Journal Médical Francais», núm. 4; abril, 1931. París).

En las hernias, según expone el autor, la anestesia local produce una insensibilidad muy suficiente y pone al abrigo de las complicaciones pulmonares y de la tos. Si se trata de hernias inguinales, basta un rombo de infiltración subcutánea, al que se añadirán dos inyecciones más profundas: una, interna, al nivel de la espina del pubis, y otra, externa, algo por dentro de la espina ilíaca anterior y superior, destinada a infiltrar la pared y los nervios abdómino-genitales mayor y menor.

En las hernias crurales, la infiltración romboidal debe también ser completada con dos inyecciones más profundas: una, por arriba, al nivel del arco crural; otra, por dentro, cerca del ligamento de Gimbernat. La hernia umbilical es fácil de operar mediante una buena infiltración subcutánea completada con algunas inyecciones más profundas al nivel del cuello del saco.

En las hernias estranguladas, la anestesia local es el mejor medio de ponerse al abrigo de las complicaciones pulmonares graves. En las hernias voluminosas, en especial las escrotales, es muchas veces necesario, si queremos utilizar la anestesia local, apelar a una infiltración muy extensa, y en especial realizar una anestesia a distancia mediante inyecciones en forma de collar en la base del escroto.

La gastroenterostomía acostumbra ser, la mayoría de veces, de fácil realización con la anestesia local. Infiltración regional en la pared, precedida, media hora antes, de una inyección de morfina. Es indispensable usar de gran suavidad en las manipulaciones viscerales y sacar fuera muy lentamente el epiplon, el estómago y el intestino delgado. Las maniobras de tracción sobre los mesos son siempre percibidas de un modo doloroso por los enfermos. La anestesia local, en estos casos, no solamente evita las complicaciones pulmonares, sino que disminuye el choque operatorio y permite operar los cánceres del píloro en un período adelantado de caquexia.

En la apendicitis, la anestesia local debe ser desechada casi siempre. No obstante, la emplearamos en caso de apendicitis crónica en tuberculosos pulmonares. También en esta intervención debemos emplear una gran suavidad en las maniobras de exteriorización del ciego, debiendo recordar que la ligadura y la sección del meso son dolorosas. Este tiempo operatorio deberá ir precedido de una inyección de novocaína en la base del meso.—Doctor Horno.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

M. FAVREAU (París). — *Las procidencias. La procidencia del cordón.* — («Journal d'Obstetrique et de Gynecologie Pratiques»; febrero, 1931. París).

Normalmente el cordón se encuentra apelotonado al nivel del abdomen fetal y no es más que accidentalmente y rara vez cuando se hace procidente.

Se le puede encontrar en la bolsa de aguas, cuando las membranas están

íntegras y cuando se han roto se le puede encontrar en la vagina, en la vulva o fuera.

Ciertos autores le llaman «procubito» sea leterocidencia o procidencia, antes de las roturas de las membranas. La laterocidencia es una procidencia incompleta, el cordón está al lado de la presentación y no delante.

Frecuencia. — Las procidencias son cada vez más raras desde que las mujeres son mejor asistidas. El autor, en el servicio de dos maternidades, encuentra una procidencia por 300 partos.

Causas. — Todas las causas que modifican la ley de la acomodación, es decir, que se oponen a la adaptación del S. I., sobre la presentación, son la base de las procidencias.

Causas maternas. — La multiparidad es invocada el 40 por 100 de casos. Las estrecheces pélvicas no son excepcionales. Los tumores bajos o previos.

Causas fetales. — Las presentaciones irregulares. El volumen exagerado de la cabeza. La pequeñez fetal sobre todo, cuando a la vez hay exceso de líquido amniótico. Gestación gemelar en la que la procidencia se produce sobre todo en el momento de la expulsión del segundo feto.

Causas ovulares. — La más frecuente es el hidramnios. La rotura prematura de las membranas con presentación elevada. La inserción baja de placenta. La inserción del cordón marginal o velamentosa. Las circulares flojas del cordón y la longitud exagerada del mismo, y por último las intervenciones sobre todo manuales sobre el feto.

Consecuencia. — En la procidencia del cordón la vida fetal está seriamente comprometida, pues el cordón situado entre la presentación y las partes maternas será comprimido y especialmente durante las contracciones uterinas su circulación estará interrumpida; así, pues, el peligro es la asfixia fetal.

El diagnóstico es fácil, encontrándose un tallo blando, flexible y animado de latidos; cuando las membranas son rectas y la dilatación está en su comienzo la dificultad es grande, tanto más cuanto que en este momento la procidencia puede ser mínima y será la auscultación y los trastornos de ritmo los que ayudarán a hacer el diagnóstico.

El tratamiento profiláctico consistirá en evitar las presentaciones distócicas, para lo cual la mujer será objeto de una observación obstétrica al fin de su gestación y en el momento del trabajo.

Conducta a seguir. — 1.º Las membranas están rotas. A. — La dilatación está al comienzo; el cordón en la vagina; a) el niño está muerto; se dejará que el parto se haga espontáneamente; b) el niño está vivo; se remonta el cordón por encima de la presentación, para lo cual se podrá recurrir al balón de Champetier. Al principio del trabajo, con una dilatación mínima el método de elección es la cesárea baja suprasinfisaria.

B. — La dilatación es como una pequeña palma de mano. Si el cuello es flexible, se está autorizado a intentar, con suavidad, la dilatación artificial. Si existen las condiciones necesarias para practicar grandes incisiones de la porción intravaginal del cuello, se harán.

C. — La dilatación es completa. Si la cabeza está elevada o se trata de una presentación anormal, se hará versión por maniobras internas. Si la cabeza está encajada se hará una aplicación de fórceps rápida.

2.º Las membranas están intactas.

Si no hay sufrimiento fetal, esperar. Si lo hay, se plantean las indicaciones precedentes.

Conclusión. — En la procidencia del cordón la vida fetal está seriamente amenzada.

Las intervenciones por vía baja no se harán más que cuando la dilatación pueda ser obtenida sin riesgo de rotura del segmento inferior.

En los casos contrarios deberá recurrirse a la cesárea suprasinfisaria. — M. VICENTE.

A. LORCA-RUIZ (Barcelona). — *Cáncer de la vulva, de estructura histológica glandular.* — («S. O. y G.», Revista mensual. Organo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Barcelona. Año III, núm. 6, 1931. Barcelona).

El autor cuenta con una casuística de veintidós casos de cáncer de vulva, que dada la relativa rareza del proceso, puede considerarse como numerosa. Solamente uno manifiesta su estructura glandular, puesta en evidencia al hacer el estudio microscópico. La importancia y curiosidad del caso incitan al autor a hacer un estudio detenido.

Se extiende en cuestiones etiológicas, citando como probable punto de partida del cáncer glandular de la vulva, la glándula de Bartholino o los restos embrionarios wolffianos.

En cuanto a publicaciones análogas, cree el autor que el caso que publica es el primero que se cita en nuestro país.

Como tratamiento realiza la exéresis de la neoplasia, que no fué todo lo amplia que el caso requería (sin indicar las razones que le impidieron hacer la extirpación más amplia y radical); a los pocos días, la herida no cicatrizaba, y en ella aparecieron unos mamelones carnosos violáceos, sangrantes al tacto; a los 18 días se manifiesta un ganglio doloroso en la región inguinal derecha; en estas condiciones ulteriormente se le sometió a tratamiento por medios físicos.

La importancia de esta publicación es puramente doctrinal desde el punto de vista de la etiología.—M. VICENTE.

OFTALMOLOGÍA

H. VILLARD (Montpellier). — *Los caracteres evolutivos de la oftalmia simpática terminan por la curación.* — («Archives d'Ophtalmologie»; marzo, 1931. París).

El pronóstico de la oftalmia simpática es de tal gravedad que en la práctica todo ojo afecto de ella puede considerarse como destinado a perderse; se pueden observar casos en que con gran dificultad pueden llegar a la curación. Este resultado favorable, desgraciadamente muy raro, se obtiene sea porque la infección es menos virulenta que de ordinario, sea porque se la ha podido atajar con un tratamiento precoz e intenso, mediante enucleación del ojo simpatizante, atropina usada *larga manu* sobre el ojo simpatizado, mercurio, arsenobenzol, salicilato de sosa a altas dosis, absceso de fijación, etc.

Durante su largo ejercicio profesional, ha tenido el autor ocasión de ver tres casos de oftalmia simpática, cuyo resultado ha sido la curación, habiéndole llamado la atención una particularidad evolutiva que dice no la ha visto señalada nunca; se refiere a unas recaídas ligeras que instantáneamente se presentan en el ojo simpatizado algún tiempo después de creer completamente curada la afección.

De estos tres casos, que describe detalladamente, saca las siguientes consecuencias: la primera, que los individuos que tienen la suerte de curar su oftalmia simpática, ésta no desaparece brúscamente y de una vez. Antes de llegar a esta fase definitiva de su evolución, el curso curativo es interrumpido por brotes inflamatorios temporales exclusivamente localizados en el iris. Estos brotes de iritis en número de dos o tres, según los casos, están separados los unos de los otros por períodos de calma absoluta, cuya duración puede ser de dos o más meses, hasta un año. La segunda es, que en estos casos no hay que hablar de la curación absoluta aun cuando parecen completamente curados, siendo necesario advertir a los enfermos del peligro que continuamente les amenaza, debiendo estar durante largo tiempo bajo la vigilancia médica. La tercera y última es, que dichos brotes inflamatorios no tienen un pronóstico grave. — R. Loscos.

L. WEEKERS y R. HUBIN (Lieja). — *Resultados obtenidos por el enclavamiento del iris en el glaucoma.* — («Archives d'Ophtalmologie», marzo, 1931. París).

Holth, en 1906, preconizó el enclavamiento del iris como tratamiento del glaucoma crónico. Esta operación, según el autor, da lugar a una cicatriz cistoide que obra favoreciendo la filtración sub-conjuntival del humor acuoso.

La técnica seguida por los autores, modificación de la de Holth, es la siguiente: 1.º Disección de la conjuntiva como para la trepanación de Elliot. 2.º Incisión de la esclerótica por medio de un Greffe; esta incisión es tangencial al limbo superior y se practica de la superficie a la profundidad. El cuchillete, con el corte encima de la esclerótica, tiene su lámina perpendicular a ella y con suaves movimientos de cortes es incindida la esclerótica en todo su espesor y en una longitud de seis a siete milímetros. 3.º Terminada esta incisión, el humor acuoso sale al exterior y lo más frecuente es que el iris arrastrado por el acuoso forme una hernia en la incisión; caso contrario, se le hace salir mediante un pequeño gancho. 4.º El colgajo conjuntival se pone en su sitio mediante dos o tres puntos de sutura. La curación de la herida operatoria da lugar con gran regularidad a una cicatriz cistoide característica.

Aunque Holth preconizaba únicamente su operación en el glaucoma crónico, los autores han empleado el enclavamiento del iris en el glaucoma agudo, crónico y secundario. Presentan tres cuadros estadísticos de los resultados obtenidos con las tres variedades de glaucoma, resultando en resumen: que la intervención es muy benigna, los síntomas reaccionales consecutivos al enclavamiento del iris varían según el ojo operado estuviese afecto de glaucoma inflamatorio o no; la cámara anterior en esta intervención se llena inmediatamente, en la trepanación de Elliot tarda en algunas ocasiones unos días. Las sinequias posteriores frecuentes en la operación de Elliot son excepcionales en el enclavamiento de Holth.

A los autores les parece esta intervención la mejor para hacer bajar la tensión de un ojo afecto de glucoma crónico fuertemente hipertónico.—R. Loscos.

M. SMALTINO (Nápoles). — *Sobre el valor de la alcoholterapia en el entropión espástico, en el entropión cicatricial y en el blefarospasmo.* — («Bollettino d'Oculistica»; junio, 1931. Florencia).

La experiencia diaria demuestra cómo recurriendo a la anestesia por infiltración de un párpado afecto de entropión espástico o esencial, se obtiene, bajo la influencia de la inyección, el inmediato enderezamiento de aquél a causa de la distensión edematosa del párpado o de la paresia temporal del músculo orbicular producida por el anestésico. Partiendo de tal observación, Weekers intentó hacer permanente este efecto pasajero de la inyección anestésica mediante la alcoholización del párpado. La técnica por él ideada consiste en inyectar bajo la piel del párpado, a unos tres milímetros del borde libre y paralelamente al mismo, de medio a tres cuartos de centímetro cúbico de una solución de novocaína al 4 por 100, y a los cinco o diez minutos igual dosis

de alcohol al 80 por 100 en el mismo sitio y la misma dirección. Dicha inyección provoca un edema palpebral con efecto favorable inmediato sobre el entropión enderezándose el párpado completamente. La explicación que da el autor del mecanismo de acción de este tratamiento es la siguiente: el alcohol, puesto en contacto con los filetes nerviosos terminales del facial, provoca una sección fisiológica más o menos completa, interrumpiendo el espasmo del orbicular.

Los resultados obtenidos por Weekers, diferentes autores los pusieron en prueba con más o menos éxito, haciendo el autor una reseña de dichas experiencias.

Describe diez casos por él tratados con alcoholterapia de entropión espástico, cicatricial, con triquiasis parcial y blefarospasmo. Los resultados obtenidos por el autor no son muy halagüeños, al menos respecto a la duración; el efecto inmediato es francamente favorable, pero generalmente al cabo de uno a los tres meses hay que repetir la inyección; el efecto de la segunda es más duradero, pero al año el entropión está igual que al principio. Este tratamiento queda limitado a los casos de entropión espástico en los cuales es conveniente conseguir un efecto temporal mientras se averigua la causa morbosa que lo ha producido o en aquellos casos en los cuales por determinadas razones no puede operarse o porque el enfermo se opone rotundamente a la operación quirúrgica. — R. Loscos.

L. WEEKERS (Lieja). — *Reacciones oftalmotónicas provocadas por inyección orbitaria de diversas sustancias.* — («Archives d'Ophtalmologie»; mayo, 1931. París).

Fromaget, en 1921, describió dos casos de enfermos afectos de glaucoma secundario en los cuales la inyección anestésica retrobulbar de novocaína y adrenalina dió por resultado una gran baja de la hipertensión glaucomatosa. Repitiendo la inyección, pero usando por separado los medicamentos vió que los efectos hipotensores eran debidos a la adrenalina admitiendo conforme a la teoría de Magitot, que la tensión ocular está regida por el grado de repleción sanguínea de la coroides.

El autor ha tratado ojos dolorosos dotados de visión con inyección retroocular de un centímetro cúbico de alcohol poco concentrado (40 por 100) comprobando que además de los efectos favorables contra el dolor, el alcohol posee una acción hipotonizante muy manifiesta, que se observa igualmente en los ojos hipertensos que en los normales. Ha hecho una serie de experiencias sobre el conejo, consistentes en inyectar sin anestesia, en la órbita derecha una solución de una sustancia determinada y medir en seguida por intervalos la tensión de los dos ojos mediante el tonómetro de Schiotz.

La vía orbitaria no está lo suficientemente utilizada en terapéutica ocular; la experimentación en el animal hace entrever otros recursos que se usarán en la terapéutica ocular para modificar las dimensiones pupilares, obrar sobre la circulación retiniana o uveal, provocar una revulsión del globo, etc.

Se ocupa únicamente de las sustancias (son numerosas) que inyectadas en la órbita provocan modificaciones en el oftalmótono. Los caracteres especiales de de estas variaciones experimentales de la tensión ocular producidos por diversas sustancias, son muy parecidos, pero la intensidad y duración varían de una sustancia a otra: depende además, del grado de concentración de cada una de ellas. Expone las siguientes observaciones.

Inyección retroocular en el ojo derecho, de 3 centímetros cúbicos de solución acuosa de cloruro de sodio al 20 por 100; rápidamente se produce un quemosis y la pupila en fuerte miosis, mientras en el ojo izquierdo únicamente una ligera miosis. La tensión subió de 22 a 48 a las dos horas, iniciándose después una disminución que alcanza a 18 a las 24 horas, y a 10 a los tres días, volviendo a la normal a los siete días; el ojo izquierdo experimentó un ligero aumento y descenso paralelo al ojo derecho, pero sin pasar de 30 ni de 18; el quemosis fué desapareciendo progresivamente.

Reacciones muy parecidas a éstas, se observan usando el salicilato de sosa y sales de calcio, es decir, del lado inyectado ligera elevación del oftalmótono seguida de una hipotonia prolongada, y en el otro ojo, reacción parecida, mucho menos acusada y de menos duración.

Inyectando un centímetro cúbico de alcohol yodado (4/5 de alcohol de 80º y 1/5 de tintura de yodo), la reacción oftalmotónica es más acentuada, hay una hipertonia rápida y elevada, seguida de una hipotonia más baja que en la inyección Cl Na.

La acción del clorhidrato de cocaína en la anestesia de la córnea, varía según la solución, sea ácida o alcalina; siendo su poder anestesiante mayor en la alcalina; el álcali obra sobre la célula receptora. En las inyecciones orbitarias la alcalinidad o acidez del líquido inyectado, parece no tener influencia ninguna en los efectos del oftalmótono. — R. Loscos.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

CIARDULLO (Milán). — *Permanencia de proyectiles a la base del cráneo en el seno esfenoidal.* — («Bollettino delle Malattie dell'Orecchio, della Gola, del Naso..., etc.»; febrero, 1931. Firenze).

Expone el autor dos casos de herida de la base del cráneo con alojamiento del proyectil en el seno esfenoidal y permanencia en él durante dos años,

los cuales le sirven de base para, teniendo en cuenta las relaciones de contigüidad y de interferencia circulatoria y nerviosa existentes entre el seno esfenoidal, la rino-faringe, el primer par craneal y los órganos en la cavidad del cráneo contenidos, averiguar la influencia que el cuerpo extraño ha podido ejercer sobre las condiciones de las primeras vías respiratorias, sobre las funciones visual y olfativa, sobre el estado de las meninjes y sobre la propiedad y función que se atribuye a la hipófisis central, habiendo podido comprobar en ambos casos un conjunto de alteraciones y un complejo de síntomas suficientes para concluir en un síndrome psíquico de naturaleza hipofisaria (disfunción hipofisaria semejante a la que presentan los adenoides graves y los enfermos de tumores o inflamaciones del seno esfenoidal y rino-faríngeo). — J. DUERTO.

GARCIA HORMAECHE (Bilbao). — *Flebitis del golfo de la yugular y su tratamiento quirúrgico. ¿El grunert tiene todavía su valor?* — («Revista Española y Americana de Laringología..., etc.», núm. 2; febrero, 1931. Madrid).

Tras un ligero bosquejo histórico de la cirugía de la trombo-flebitis sinuso-yugulares y unas interesantes consideraciones anátomo-quirúrgicas, entra el autor de lleno en el estudio del proceso a cuya etiología, patogenia y anatomía patológica pasa revista exponiendo los diversos mecanismos de producción de la infección así como las alteraciones que ésta determina en los vasos, concediéndole una gran importancia a la virulencia de los microorganismos en la producción de la forma clínica.

Se ocupa a continuación de la sintomatología (deteniéndose en la descripción y significación de los signos de Lermoyez, Witing, Voss y Queckensted) y de las contraindicaciones de la intervención quirúrgica, que a su juicio son: la extensión de la trombo-flebitis al seno longitudinal superior y al cavernoso, un mal estado general debido a los progresos de la séptico-piohemia y el desarrollo de una meningitis purulenta confirmada.

Termina estudiando el tratamiento quirúrgico, exponiendo los diferentes procedimientos (lavado, raspado, drenaje) siendo a su juicio innecesaria la ligadura de la yugular «siempre que por la brecha craneal alcancemos la extremidad cruórica del trombus hacia abajo», así como cuando se encuentra un absceso limitado al seno lateral y no hay síntomas de inflamación al nivel del cuello, ni periflibitis, ni tortícolis ni contractura de la nuca, en cuyo caso opina que debe abrirse el seno hasta el punto más cercano posible al agujero rasgado posterior, pero sin tocar la yugular; en cambio, si en el momento operatorio el pus sigue hacia el golfo, debe ligarse el mencionado vaso sanguíneo, pero practicando la operación radical de Grunert que descubre toda la porción inferior oblicua del seno transverso hasta el golfo, abre la yugular interna (tras la ligadura de su cabo inferior) que se diseca hasta el canal rasgado

cuyo borde posterior se hace saltar, y se convierte de este modo el conducto venoso sinuso-bulbo-yugular en un amplio surco que puede curar a cielo abierto.— J. DUERTO.

C. BILANCIONI (Roma). — *Algunas observaciones sobre el estado de la mucosa nasal en los sexos y diversas edades.* — («Archivii Italiani do Laringologia»; fascículos 1-2-3; febrero, 1931. Nápoles).

El autor ha llevado a cabo algunas investigaciones encaminadas a observar si existen modificaciones de forma de la mucosa nasal en ambos sexos capaces de demostrar la participación activa de la pituitaria en los cambios funcionales del organismo durante la vida sexual. A tal objeto ha examinado fragmentos de mucosa nasal recogidos a nivel del cornete inferior en el hombre y la mujer, del que deduce que, aun cuando el examen histológico pone de manifiesto alguna diferencia entre sujeto y sujeto, no son lo suficientes para llegar a permitir un diagnóstico del sexo y edad del individuo.

Estima por lo tanto, que si verdaderamente las alteraciones funcionales a cargo de la pituitaria acompañan a la vida sexual del individuo, será necesario multiplicar las indagaciones para acumular datos y poder eliminar todos aquellos factores contingentes que pertenecen a la vida vegetativa y de relación que pueden inducir a más o menos modificaciones de todos o de algunos elementos de la mucosa nasal. — J. DUERTO.

G. BOTTURA (Venecia). — *Contribución al estudio anátomo-histológico de la tónsila laríngea.* — («Archivii Italiani di Laringologia»; fascs. 1-2-3; febrero de 1931. Nápoles).

Comienza el autor su trabajo haciendo un breve resumen de las relaciones anatómicas de las diversas tonsilas y de la influencia del anillo de Waldeyer sobre algunas infecciones y pasa en seguida a ocuparse de la tonsila laríngea considerada como un acúmulo de tejido linfático reunido en nódulos o folículos irregularmente distribuídos sobre la mucosa que reviste los ventrículos de Morgagni. Expone las diversas teorías que pretenden explicar su fisiología, y da cuenta de los resultados obtenidos en el examen histológico de veinticuatro apéndices ventriculares que ha practicado personalmente con objeto de hacer luz sobre los caracteres morfológicos y la estructura de sus componentes fundamentales (retículo conectivo, tejido linfoide interfolicular, nódulos linfáticos), de lo que deduce las siguientes conclusiones:

1.ª La forma y las dimensiones del apéndice son diferentes no sólo en las laringes pertenecientes a diversas épocas de la vida, sino también en las de individuos de la misma edad.

Sin embargo, mientras en los primeros años de la vida y particularmente en los primeros meses, predomina la forma arcuata y uniforme a medida que se acerca la edad adulta va haciéndose más proteiforme, sin que exista una relación proporcional entre longitud y anchura.

En los viejos adquiere una forma más simple, reduciéndose frecuentemente a una introflexión con amplia desembocadura en el ventrículo.

2.ª El epitelio tiene una tendencia a estratificarse en las edades avanzadas y en los casos en que ha existido la acción de un estímulo inflamatorio.

3.ª El tejido linfoídeo se ha comprobado en todos los casos. En los pocos casos en que la estructura centro-celular aparece claramente se encuentran predominando células linfoblásticas con todo el aspecto clásico de núcleo y protoplasma, a veces en carioquinesis especialmente en las zonas periféricas.— J. DUERTO.

D. TSIROS (Atenas). — *El taponamiento nasal tras cornetomía.* — («Revue de Laryngologie, d'Otologie..., etc.», núm. 5; 15 marzo, 1931. Bordeaux).

Insiste el autor en lo discutido y discutible que es el asunto del taponamiento post-operatorio en las intervenciones endo-nasales. Expone los diversos procedimientos (a la tira de gasa, el de Lombard por medio de trozos de esponja; el de Molinié, a base de un pequeño drenaje de caoutchouc de forma olivar; el de Leonhard, que introduce un dedil de goma rodeado de gasa viofórmica; el de Portmann, por los dediles de caoutchouc), cuya crítica hace de cada uno para declararse partidario de este último ligeramente modificado, que tiene la ventaja, a su juicio, de «que no exige más que un dedil ordinario de caoutchouc y una pinza acodada de oídos o la de Lubet y por consecuencia ser posible para cualquiera, de evitar las hemorragias a veces enojosas tras el destaponamiento, y de presentar la herida lisa y limpia imposible de conseguir con el taponamiento de gasa». El único inconveniente es las dificultades de realización cuando no se está suficientemente habituado.

COMENTARIO. — Pese a su aparente insignificancia, el tema que plantea y trata el doctor Tsiros en su trabajo es, al menos a nuestro juicio, de la mayor importancia; que no por la poca atención que la mayoría de los especialistas prestan a éstos al parecer pequeños problemas, solicitados por cuestiones de mayor envergadura, deja de tenerla.

En efecto; todos, absolutamente todos los métodos de taponamiento póstoperatorio endonasal tienen numerosos inconvenientes. Cuando no son causa de hemorragias secundarias en el acto del destaponamiento, son motivo de infección de las cavidades en comunicación con las fosas nasales; y en ocasiones de ambas cosas a la vez, si no es que, como ocurre frecuentemente

en los efectuados por la tira de gasa dan lugar a sinequias más perjudiciales y molestas que la lesión determinante de la intervención operatoria.

Ante estas razones, para nosotros la cuestión tiene toda la importancia que el autor le concede en este trabajo. Pero si desde este punto de vista estamos completamente de acuerdo, no podemos en cambio estar conformes en cuanto concierne a las excelencias del método que él preconiza, disconformidad que nace de nuestro criterio, hijo de la experiencia que nos enseña que todos, ABSOLUTAMENTE TODOS los taponamientos endonasales son susceptibles de ocasionar la infección de las cavidades anejas o con las fosas nasales en comunicación; y por otra parte, nosotros que hemos visto practicar en la clínica de Bordeaux el método del profesor Portmann, hemos podido observar que tras la extracción del dedil con la gasa no queda la superficie cruenta tan limpia y lisa como Tsiros pretende.

Por ello nosotros somos partidarios de no colocar ningún taponamiento, o a lo más si tememos la probabilidad de hemorragia, embadurnar la superficie cruenta resultante de la pequeña extirpación de cornete (que es todo lo más que efectuamos, pues opinamos que la turbinectomía es una operación que salvo raras excepciones no requiere más que la extirpación de las partes blandas exuberantes e hipertrofiadas) con una solución débil de ácido crómico que previene toda hemorragia por la cauterización que produce. Así venimos procediendo hace algún tiempo, y ni en las turbinectomías (pocas por otra parte, que hacemos), ni en las resecciones submucosas de séptum hemos tenido que lamentar el menor accidente hemorrágico. Cierto es, que este preceder tiene el inconveniente de obligar al enfermo a una atenta vigilancia en las primeras horas, pero, a nuestro entender, ello no supone gran cosa, máxime si se tiene en cuenta que todo operado debe ser asiduamente vigilado y que, además, este inconveniente es infinitamente menor que la posibilidad de una infección sinusal u ótica consecutiva a un taponamiento, y que el que supone la necesidad de obligar a un segundo taponamiento (mucho más doloroso y molesto para el enfermo que el primero) en los casos en que sobreviene una hemorragia al extraer el primitivamente puesto. — J. DUERTO.

M. PREVOT (Marseille). — *Varias aplicaciones de la Percaina, anestésico local, en oto-rino-laringología.* — («Revue de Laryngologie, d'Otologie..., etc.», número 6; 31 marzo, 1931. Bordeaux).

No es este anestésico un derivado de la cocaína, ni tiene con ésta ni con la novocaína ni con la estovaina ningún parentesco; es un cuerpo obtenido a partir de la quinoleína, cuyas ventajas son mayores que las de los otros anestésicos locales al par que son menores sus inconvenientes.

Es un anestésico completo que asegura una perfecta anestesia lo mismo superficial de las mucosas que profunda por infiltración, lo que, unido a que sus soluciones son esterilizables por ebullición, la hace el anestésico de elección en O. R. L.

Expone el autor los resultados obtenidos con su empleo durante varios meses en las diferentes intervenciones de la especialidad y termina con las siguientes conclusiones:

Por inhibición, la percaína, en solución de 1,5 ó 2 por 100 realiza una anestesia perfecta a nivel de las mucosas. La pituitaria, sin embargo, reacciona por un cierto grado de turgescencia que la adición de algunas gotas de adrenalina atenúa, aunque no llegue a suprimirla totalmente.

Por infiltración, la percaína, en solución al 1 ó 2 por 100 asegura una anestesia pronta y sobre todo prolongada. La duración de esta anestesia es de diez a doce horas y aun más, si se cuenta el período de hipoestesia consecutiva. Esta es la originalidad más marcada de la percaína, puesto que gracias a esta prolongación de la insensibilidad, es posible practicar intervenciones de larga duración sin reinyección alguna. Por otra parte asegura la calma del operado suprimiendo, o al menos atenuando los dolores post-operatorios, tan molestos a veces en ciertas intervenciones de la especialidad. — J. DUERTO.

VIAS DIGESTIVAS

P. ATZENI TEDESCO (Cagliari). — *El recambio hídrico en las gastropatías.*— («Atti della Societá fra i cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari». Anno XXXIII, núm. 3. Agosto, 1931. Cagliari).

El autor, perteneciente a la clínica médica del profesor Ferrannini y, encargado por éste, de investigar el papel que desempeña el estómago en el ciclo del agua en el organismo, ha estudiado este asunto en enfermos de estómago.

Empieza por recordar que en las diferentes pruebas puestas en práctica para investigar el tránsito del agua en el organismo y su valoración para deducir el estado de la diuresis, tales como la prueba máxima de ingestión de agua, de la poliuria digestiva, de la diuresis fraccionada, etc., puede haber un motivo de error, por la manera de vaciarse el estómago.

Elige para sus investigaciones, la prueba de diuresis fraccionada de *Violle*, cuya técnica es la siguiente: después de un período de preparación de 4 ó 5 días, en los cuales el paciente permanece en equilibrio hídrico y clorurado, comienza el primer período de la prueba o de clinostatismo; a las siete de la mañana se vacía la vegiga del enfermo por cateterismo y se le hace beber 200 gramos de agua cada media hora. A partir de la primera media hora después de la primera ingestión de agua, se recoge y mide la orina del enfermo, cada media hora durante tres, o sea hasta las diez de la mañana; durante este tiempo el enfermo permanece acostado.

Esto mismo se repite al siguiente día, pero estando el enfermo de pie durante la duración de la prueba. En un individuo normal, en el cual no hay ningún transtorno en la absorción, difusión ni eliminación del agua, Violle da como normal el siguiente esquema:

Hora	7	Agua ingerida	200 c. c.	Orina eliminada	
»	7'30	»	200 c. c.	»	35 c. c.
»	8	»	200 c. c.	»	60 c. c.
»	8'30	»	200 c. c.	»	180 c. c.
»	9	»	»	»	300 c. c.
»	9'30	»	»	»	220 c. c.
»	10	»	»	»	35 c. c.
			800 c. c.		850 c. c.

En el individuo normal no existe diferencia apreciable entre el resultado de la prueba en clinostatismo y en ostatismo.

El autor estudia esta prueba en 12 enfermos de estómago; el primer hecho que se deduce de estas observaciones, es que en todos los enfermos estudiados, la eliminación renal es mayor en clinostatismo que en ostatismo; el segundo hecho se refiere a las diferencias cuantitativas.

La diferencia en cantidad, de la orina emitida en clino y ostatismo, referida a tanto por ciento, da los siguientes valores:

Neurosis gástrica	21'09 %
Gastritis hiperácida	22'5 %
Gastritis hipoácida	25'5 %
Carcinoma gástrico	35'8 %

Deduciéndose de ésto, que el déficit de eliminación aumenta con el grado de obstáculo pilórico: menor en la neurosis y mayor en la estenosis pilórica orgánica. En cuanto al ritmo de la eliminación, ha observado que es normal en el clinostatismo, pero la curva se hace muy irregular en ostatismo; generalmente es en las primeras medias horas cuando más orina se elimina.

Violle, para la interpretación de los resultados de la prueba, da el siguiente esquema:

1.º Si las eliminaciones en ostatismo y clinostatismo son iguales y normales, se puede excluir alteración renal y extrarrenal del recambio hídrico.

2.º Si la eliminación en clinostatismo es mayor que en ostatismo, habrá que pensar en disturbio cardio-vascular.

3.º Si la eliminación en clino y ostatismo son iguales, pero anormales, se debe pensar en transtornos de la absorción del agua (enfermedades del estómago, intestino, hígado); de la difusión de ésta en el organismo (alteración de la permeabilidad de los tejidos, disturbio humoral, retención clorurada, etcétera), o de la eliminación (insuficiencia renal).

El autor dice, que refiriéndose a este esquema, sus enfermos deberían tener un trastorno cardio-vascular, y como no hay tal, habría que concluir que la mayor eliminación en clinostatismo puede ser causada por estenosis pilórica (funcional u orgánica), por ectasia y atonía gástrica o por lenta absorción intestinal, dependiendo también ésta del lento vaciamiento gástrico.

COMENTARIO. — Creemos que el problema que trata de investigar el autor del artículo hay que plantearlo en los siguientes términos: Lo que sabemos actualmente de la eliminación urinaria nos enseña que la del agua depende, por una parte, del estado de la función renal, y por otra parte de las condiciones que rigen la circulación del agua en el organismo. Ahora bien; en el ciclo del agua en la economía hay que tener en cuenta que obra el agua de dos maneras diferentes: como masa líquida que se ingiere, se transporta y se elimina; y como vehículo de gran cantidad de sustancias (electrolitos), cada una con su metabolismo propio y participantes todas en el metabolismo general. La circulación del agua, como masa, estará condicionada hasta cierto punto: 1.º, por la motilidad, secreción y absorción del aparato digestivo; 2.º, por la dinámica cardio-vascular, y 3.º, por la excreción por vía cutánea, intestinal y pulmonar.

Decíamos hasta cierto punto, porque no sólo influyen aquí factores mecánicos, sino también secretores y metabólicos, por ejemplo, el vaciamiento del estómago no depende sólo del funcionamiento de la capa muscular del estómago e intestino, sino que el paso por el píloro está condicionado por factores químicos y humorales (acidez del quimo, composición química del contenido gástrico y duodenal, punto crioscópico, temperatura, masa de líquido, etc.; desequilibrios hormonales que determinan por sí alteraciones un la inervación). En cambio, en la eliminación del agua casi todo es mecánico (obstáculos tumorales, estrecheces, paresias, etc. de vías urinarias).

La circulación del agua en el organismo, considerando a ésta como vehículo, depende principalmente de los factores que intervienen en el metabolismo general, y del estado funcional del riñón: aquí es todo fundamentalmente químico (presión osmótica de la sangre, acidez de ésta, coeficiente albumíneo—globulina, equilibrio de los iones K, Na y Ca, etc.; retención clorurada, estado de la secreción tiroídea, hipofisaria, etc.)

Vemos, por lo expuesto, que el autor limita su investigación a un punto muy concreto del metabolismo del agua, pero esto no autoriza a no tener presentes todos los demás factores que intervienen en el problema.

Su primera conclusión es una noción clásica en clínica. «La eliminación del agua ingerida en gran cantidad, es mayor estando el sujeto acostado que permaneciendo en pie. Es lo que Linossier y Lemoine llamaron *Oliguria ortostática.*

Con la segunda conclusión del autor no estamos ya tan conformes. Dice

que en sus enfermos la disminución de eliminación urinaria en ortastatismo depende exclusivamente del lento vaciamiento gástrico del agua ingerida.

No admitimos esta conclusión, porque a sus observaciones les falta, a nuestro juicio, rigor científico. Veamos: en ninguno de los doce enfermos estudiados ha investigado exactamente el tiempo de permanencia del agua en el estómago; no cita más dato de motilidad que una sola observación radioscópica hecha a cada enfermo y falta el dato concreto del vaciamiento del estómago, que se obtiene mediante el estudio de las diluciones que se van observando en muestras sacadas con la sonda, en diferentes tiempos, habiendo empleado agua coloreada con azul u otro colorante en determinada proporción. Aparte de que de los doce enfermos estudiados, fuera de dos casos de estenosis pilórica orgánica, puede decirse que todos los demás debían tener una evacuación gástrica normal a juzgar por los datos clínicos, radioscópicos y de quimismo gástrico apuntados. Es más, analizando las cantidades de orina eliminadas, son francamente desproporcionadas, como por ejemplo, el caso número 8, que elimina en ortostatismo 1190 c. c. y 1310 c. c. en clinostatismo; el número 4, que elimina 1264 c. c.; el número 3, con una diuresis de 1207 c. c. y otros varios con cifras no inferiores a 1000 c. c. habiendo ingerido 800 c. c. de agua.

Por otra parte, llama la atención que los dos casos de estenosis pilórica acusen una diferencia de eliminación en clino y ortostatismo de 140 c. c. en un caso y de 329 c. c. en otro, y en cambio, en enfermos sin estenosis haya diferencias de 614 c. c. y de 400 c. c. Todo esto nos lleva a pensar que en estos enfermos intervienen otros factores en la producción de esas eliminaciones, aparte del vaciamiento gástrico; probablemente factores de origen extrarrenal, no digestivos.

Hay que tener en cuenta que la prueba empleada es incompleta: en efecto, no comprende la observación más que tres horas, en vez del ritmo urinario nictemeral. Además de las muestras de orina no se determina más que la cantidad, cuando debía investigarse la densidad, concentraciones de cloruros y de urea; y como por otra parte no existen en el protocolo de lós enfermos datos cardio-vasculares eficientes—tensión arterial, ortocadiograma, electrocardiograma, pulso, etc.—, no se puede, en rigor científico, concluir que las modificaciones observadas en la diuresis obedezcan exclusivamente a alteraciones de la evacuación gástrica. — E. ECHEVERRÍA.

F. GALLART MONES (Barcelona). — *Fundamentos y métodos del tratamiento médico de la úlcera gastro-duodenal.* — («Medicina Latina», núm. 37; abril de 1931. Madrid).

Después de un preámbulo empieza el doctor Gallart definiendo la úlcera

gástrica, que se caracteriza clínicamente por dolores más o menos tardíos que se calman con la ingestión de alimentos y alcalinos y el evolucionar por temporadas, especialmente en primavera y en otoño.

A lo largo del trabajo se vienen a sacar una porción de conclusiones interesantes:

Que el ulcus es más frecuente en el hombre que en la mujer; que la edad promedia es de veintiuno a cincuenta y cinco años; que el ulcus más frecuente es el de la cabeza duodenal; que el ulcus de la pequeña curvadura es seis veces más frecuente en la mujer que en el hombre; que la gran mayoría de estenosis se presentan en el ulcus pilórico y en muchos duodenales; que la transformación neoplásica es muy rara; que la hemorragia no debe considerarse como síntoma del ulcus y sí como una complicación; que los trastornos del equilibrio ácido-básico se presentan en un tanto por ciento muy elevado de los ulcerosos; que es posible que existan trastornos de constitución o endocrinos que predisponen al ulcus e influyen sobre su localización; que la curación del ulcus está en relación directa del tiempo en que se empieza el tratamiento médico; que el ulcus de la pequeña curvadura no es siempre tributario de la cirugía, sino de la medicina; que cuando el ulcus es tributación de la medicina, rápidamente responde al tratamiento; que debe tenerse en cuenta el proceso infectivo acudiendo a las pruebas biológicas necesarias; que hoy por hoy la terapéutica del ulcus gastro-duodenal debe consistir fundamentalmente en régimen, alimentación y medicaciones alcalinas; que son muy de ensayar la paratiroidina y la insulina; que debemos ser prudentes al hablar de curaciones, pues puede haber largos períodos de calma; que está contraindicado el tratamiento médico en absoluto en las extenosis pilóricas y hemorragias de repetición; que también lo está cuando después de tres o cuatro meses de tratamiento bien dirigido no aparece francamente la mejoría y que en cambio el peligro de una trasformación neoplásica o de que sobrevenga una hemorragia no justifica en general una terapéutica quirúrgica sistemática del ulcus. — R. CELMA.

TERAPÉUTICA

G. PANSINI (Nápoli). — *Acetileolina por vía endovenosa. Primeros resultados terapéuticos.* — («Rassegna Internazionale di C. é T.», núm. 15; agosto, 1931. Nápoli).

El autor ha estudiado la acción de la acetilcolina en el hombre, administrada por vía endovenosa, notando leves fenómenos de excitación vagal y modificaciones de la presión y del pulso.

En un caso de arteritis obliterante, el tratamiento con acetilcolina por vía endovenosa y por vía hipodérmica, le han proporcionado excelentes resultados. — DOCTOR HORNO.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

¿PARTO SIN DOLOR?

POR LOS DOCTORES

RICARDO HORNO ALCORTA Y MARIANO VICENTE CARCELLER

ZARAGOZA

II

DESPUÉS de la exposición anatomo-fisio-patológica precedente, estamos ya en condiciones de valorar lo hecho hasta la fecha, para tratar de suprimir el dolor en el complejo síndrome «parto».

Fundándonos en nuestras personales observaciones, vamos a tratar de comentar imparcialmente los métodos y procedimientos empleados con el laudable propósito de lograr el parto indoloro.

Uno de nosotros, el Dr. Horno, agrupaba en 1924 los métodos analgésicos y anestésicos encaminados a resolver el problema, según su modo de actuar: así establecía cuatro grupos:

1.º Medios que actuan sobre los centros nerviosos.

2.º Medios que actuan sobre los nervios del parametrio.

3.º Medios que actuan sobre las raíces sensitivas.

4.º Medios que actuan sobre las terminaciones nerviosas periféricas.

En esta clasificación se sustentaba, como se ve, un criterio puramente anatómico.

Hoy entendemos que los grupos 2.º y 3.º deben constituir uno solo, por la razón fisiológica de que en ambos casos se actúa sobre filetes sensitivos.

Así pues, guiados por este criterio fisiológico, podemos dirigir nuestra actuación para tratar de anular o cortar la corriente sensitiva dolorosa a tres sitios diferentes:

1.º *Sobre la neurona terminal* (cerebral) *o de asociación* (medular); o lo que es lo mismo, *sobre los centros nerviosos*. Los métodos que tienen esta finalidad, son, la anestesia general, la raquianestesia, los hipnóticos y la sugestión.

2.º *Sobre las fibras sensitivas de las neuronas,* o sea *sobre los filetes nerviosos*. A esto conducen la anestesia epidural alta o baja (acción sobre los nervios de la cola de caballo), inyección pre o trans-sacra, anestesia troncular de Sellheim (acción sobre los nervios del parametrio), anestesia paravaginal de Cotte y la anestesia paracervical-pudenda o anestesia paracervical (sobre el tronco del pudendo) descrita por Geller.

3.º *Sobre el punto de partida de las prolongaciones protoplasmáticas* o sea *sobre el comienzo de la sensibilidad dolorosa*. Estos son los métodos de impregnación y la anestesia local.

No es nuestro objeto describir cada uno de los procedimientos empleados; su técnica puede encontrarse en multitud de periódicos y revistas profesionales, de los que, una pequeña parte, consignamos en la bibliografía; únicamente nos detendremos en aquellos que o son de actualidad o merecen a nuestro juicio una atención especial.

Primer grupo

Entendemos que no debe practicarse la anestesia o analgesia sobre las neuronas, es decir, sobre los centros nerviosos, pues aparte de que el hígado materno y el feto serán siempre incógnitas frente al anestésico, refiriéndose al parto en sí, es autorizada la palabra de Stöeckel que dice hablando de los narcóticos: «a dosis moderadas debilitan las contracciones y a dosis altas las suprimen (de aquí su valiosa indicación y su eficaz ayuda en la tetania uterina), no porque disminuyan o supriman los dolores, sino porque disminuyen extraordinariamente la excitabilidad refleja del útero y por consiguiente a la «conducción indolora del parto» puede seguir el *retraso* y la *atonia del útero* en el alumbramiento». Esto nos hace ver el peligro del primer grupo de la clasificación.

Anestesia general por inhalación. — Ya sea cloroformo, solo o asociado a la hipófisis, éter, mezcla de cloroformo y éter, mezcla de Schleich, cloruro de etilo, cloruro de metilo, etc.

Tomando el cloroformo como tipo de este grupo, sabemos que puede producir la muerte por parálisis refleja de los centros vitales. Orthelden ha podido demostrar que pequeñas dosis de cloroformo disminuyen notablemente la actividad funcional del corazón de la rana; los experimentos de E. Hering en animales comprueban que la muerte se produce tanto más pronto cuanto mayor es la excitación, y de sus estudios deduce que debe evitarse el cloroformo como anestésico sobre todo en los casos en que se presentan trastornos extrasistólicos; de gran importancia son las degeneraciones parenquimatosas postclorofórmicas, pues desde el punto de vista de las consecuencias tardías parece ser que por cada 2.000 anestesias se produce una muerte. En cuanto al éter, actúa sobre las mucosas respiratorias y por ello las neumonías después de anestesiar con esta sustancia no son raras: la mortalidad de esta narcosis calculada por Kroenig, es de 1 por 5.000.

La narcosis producida por estos dos cuerpos se provoca sin duda porque absorbidos por la sangre se fijan en seguida en los lipoides cerebrales y esto quizá nos explica la relativa tolerancia de estas anestesias en embarazadas, comparadas con anestesias fuera de la gestación. La sangre de las embarazadas tiene hiperlipemia; sus lipoides están normalmente aumentados por el hecho de la gestación, y así fijándose en estos lipoides circulantes, el anestésico es llevado a los centros cerebrales; están por tanto las neuronas rodeadas, por decirlo así, de una atmósfera anestésica ya fijada en los lipoides sanguíneos, evitándose por tanto el que pueda fijarse en los lipoides cerebrales; por ello estas anestesias son más fáciles y rápidas; a la vez, no teniendo que librarse las neuronas del anestésico, su eliminación es más rápida y por esto la vuelta al estado consciente se hace más pronto.

Los otros anestésicos por inhalación producen anestesias breves, no entrando por tanto en el campo obstétrico, pues en narcosis prolongadas con cloretil (cloruro de etilo) suelen producirse fenómenos de asfixia y en la fase de excitación grandes manifestaciones espasmódicas (trismo). Aparte de que se han publicado algunos casos de muerte ocasionadas por el uso de este producto.

Vemos, pues, que la anestesia por inhalación no resuelve el problema del parto indoloro.

Raquianestesia. — Su empleo parte de 1886, en que fué practicada por primera vez por Corning, de Nueva York; pero es Doleris quien tuvo la primera idea de utilizarla en Obstetricia, y Malartie, en 1901, deduce de su empleo las siguientes conclusiones dentro del campo obstétrico:

1.ª La anestesia raquidiana determina la analgesia de las contracciones uterinas.

2.ª Es excitadora de estas contracciones.

3.ª Es un poderoso hemostático, pues estimula la retracción del útero, disminuyendo así las hemorragias.

De las experiencias de Whitehouse y de Keiffer (sobre el útero gestante de la coneja) se deduce que la sección de la médula lleva consigo un aumento de las contracciones uterinas (recordando lo que pasa con los movimientos puramente reflejos, que se encuentran exaltados cuando falta la acción frenadora cerebral) y parálisis del cuello en su función de esfínter. La médula es, pues, inhibidora de las contracciones uterinas. La raquianestesia que produce

bloqueo medular impide la acción inhibidora medular y así vemos bajo su influencia aumentar las contracciones uterinas en tanto que relajando el cuello, éste fácilmente se deja dilatar. A la vez produce una parálisis flácida de los músculos perineales, lo cual favorece las extracciones fetales. Un hecho importante es que no disminuye la retracción uterina, sino al contrario; no hay más que presenciar un útero cesarizado bajo raquianestesia para convencerse de la rapidez y energía de su retracción.

No debemos olvidar sus inconvenientes, y entre ellos los siguientes: Si el anestésico asciende por el espacio subaracnoideo, pueden presentarse parálisis de los centros respiratorios, gravísimas, y las del hipogloso, facial, motor ocular común y vago. También se han observado alteraciones auditivas y tróficas. Aun con técnica cuidadosa y asepsia rigurosa no son raras las manifestaciones irritativas de las meninges, y en la literatura son abundantes los casos de muerte por inflamación meníngea consecutiva a la raquianestesia.

Como consecuencias graves de esta anestesia se han mencionado además los insomnios pertinaces, parestesias y sensaciones neuralgiformes, trastornos cordonales a nivel de la médula dorsal inferior y lumbar (A. Müller), paresias progresivas, etc.

Con todo esto no debe sorprender que le corresponda cierta mortalidad que por término medio puede evaluarse entre 0,07 y 0,1 por 100. Desde luego la contraindican las deformidades del ráquis (cifosis, escoliosis...) los trastornos neuropáticos, las enfermedades sépticas o inflamatorias próximas al punto de la inyección, los noevus de la región lumbo-sacra, etc.

De aquí que no es exagerado afirmar que la raquianestesia no debe emplearse para suprimir el dolor del parto. En cambio el procedimiento de que hablamos proporciona beneficios y ayuda eficaz dentro del campo de técnica quirúrgica y debe ser el procedimiento de elección en las distocias y en todas aquellas ocasiones en que un problema obstétrico deba resolverse por una intervención activa.

Hipnóticos. — Estos prestan gran ayuda al tocólogo. Para producir narcosis completa hay que administrar la morfina-escopolamina en dosis grandes (morfina 0,03 + 0,002 a 0,04 de escopolamina), pero en obstetricia su empleo se hace en dosis mucho menores, que casi siempre nos proporcionan cierto grado de analgesia muy utilizable, especialmente el pantopón y la spasmalgine (mezcla de papaverina, pantopón y atrinol). Es clásico suponer que los opiáceos no son peligrosos para la madre; sin embargo, los accidentes no son raros con el empleo de morfina-escopolamina; la agitación es con frecuencia molesta (Bandler); Baer ha comprobado diez y ocho veces agitación y dos veces delirio; también se han observado dolores de cabeza, vértigos, trastornos de visión. También pueden tener influencia nociva sobre el riñón. Por último, se han publicado

algunos casos de muerte materna; así Reed, en cien casos, ha observado dos defunciones, y Baer, uno en sesenta, debido a rotura uterina cuyos signos premonitores pasaron desapercibidos por el hecho de la analgesia (Vignes).

Respecto a la acción sobre el feto, Tissier obtiene resultados desfavorables con el empleo de la morfina, y Fuchs, empleando escopolamina-morfina, dice que la cuarta parte de los niños nacen con oligopnea o apnea, y describe en ellos las manifestaciones siguientes: cianosis débil, lagoftalmia, reacción pupilar lenta, respiración lenta y pofunda, y señala por fin un caso de muerte fetal que él achaca a la anestesia, ya que la autopsia no pudo poner de relieve la causa de la muerte. Van Bardeleben tiene dos muertos en sesenta niños nacidos a término. Lackie, en noventa y un casos, tiene cianosis en el 10 por 100, de los que en 3,3 por 100 fué necesaria la respiración artificial prolongada, y por último dos niños muertos. Reed, en cien casos ha tenido ocho defunciones fetales. Así es que son de autoridad las palabras de Thaler cuando dice que los narcóticos más deletéreos para el niño son, el cloroformo y los alcaloides.

Ultimamente Sellheim aconseja el *Scopán*, un producto que administrado treinta o cuarenta minutos antes de la esperada expulsión de la cabeza, adormece el dolor. La composición del *Scopán* es la siguiente: Escopolamina (0,00025), pantopón (0,015), jarabe de azúcar (30) y coñac (5). Las cantidades de escopolamina y pantopón son la mitad de la dosis máxima.

Con el uso de este medicamento no se intenta producir sueño obstétrico, sino solamente una limitación del dolor. Según el profesor F. Seager los dolores del parto, a los diez minutos de administrado, están sensiblemente disminuídos y las mujeres están mucho más tranquilas.

Las pupilas están dilatadas y a veces se produce la sensación de sequedad en la boca, originada seguramente por la escopolamina.

La analgesia, o mejor aun anestesia por vía endovenosa, nace en el empleo por primera vez por Ore, que usó el hidrato de cloral; después se intentó esta vía con los diferentes hipnóticos de que antes nos hemos ocupado y aun el cloroformo y éter. En la actualidad la vía intravenosa con los precedentes medicamentos está completamente abandonada. En 1920 surge de nuevo su empleo con Redonnet. G. y D. Bardet, inyectando una mezcla de dos hipnóticos uréicos, y partiendo de estas tentativas, dos años más tarde, Wiki obtiene el somnifene, que es una mezcla de diallilbarbiturato de dietilamina e isopropilbarbiturato de dietilamina. Este cuerpo que tan bien se comporta durante el parto (auto-observación de la Doctora Rosa Turn, publicada en la «Revista Médica», de Barcelona, núm. 19, julio, 1925), es peligrosísimo en sus efectos post-partum (casos del doctor Horno) y por sus efectos tóxicos (caso de muerte por intoxicación, según observación del doctor Dexeus). Sin embargo, el somnifene tiene sus defensores por ser de aplicación sencilla,

teniendo práctica de la medicación intravenosa, y por producir una anestesia ideal, y porque alguno de sus inconvenientes quedan eliminados desde que se usan dosis moderadas. En el caso de muerte publicado por Dexeus se emplearon 12 c. c., 4 c. c. intramusculares y 8 c. c. intravenosos. El doctor Haro García emplea dosis que oscilan entre 3 y 8 c. c.; por regla general inyecta 1 c. c ó 1 ½ c. c. más de la dosis necesaria para que la mujer no responda a nuestras preguntas.

Los doctores Palacios Costa, Gismondi, Landa y Falsia, de la Clínica Obstétrica y Ginecológica del doctor Enrique Zárate, se muestran satisfechos del somnifenne; Fredet aconseja emplear 1 c. c. por cada 10 kilogramos de peso y 1 c. c. más, suplementario.

El dolor es siempre suprimido; la anestesia es ideal a las dosis indicadas; alguna vez hay que terminar el parto con fórceps, y al niño, alguna vez, hay que reanimarlo.

Los efectos post-partum son los desagradables: los casos del doctor Horno le hacen expresarse en las siguientes palabras: «Terminado el parto (empleando dosis que oscilaron entre 5 y 9 c. c.), ya en el lecho la enferma, lo primero que se observa es una torpeza intelectual que puede durar 24-48 horas y en algunas ocasiones hasta 72 horas; pero esto es lo de menos. Apenas transcurridas unas horas, doce o quince por término medio, aparece la inquietud, una agitación extraordinaria; la enferma no cesa en sus movimientos, se despoja de las ropas; esto va en aumento, constituyendo una verdadera tempestad; todo es violentísimo; un verdadero delirio ante el que la más exquisita vigilancia resulta impotente en algunos casos. Todo esto con oliguria acentuada; orinas raras, densas, con enormes cantidades de albúmina, amoníaco y pigmentos biliares demostrando las lesiones de hígado y riñón, de tal forma que el puerperio normal se transforma en algo casi trágico que algunas veces llega, pues Ravina y Girot vieron morir en pocos minutos, después de esta anestesia, a uno de sus enfermos.» Así pues el somnifenne no debe usarse como procedimiento para obtener el parto indoloro.

Recientemente se usó el Siderol por vía intravenosa, y últimamente el Pernockton, también por vía intravenosa; de ellos nos ocuparemos más adelante, pero queden consignados aquí para seguir el plan expositivo que al comienzo nos hemos trazado.

Segundo grupo

Siguiendo nuestro criterio creemos que, para evitar peligros, la anestesia, en el parto, cuanto más localizada sea, mejor; de aquí que todos los procedimientos que incluímos en el segundo grupo de nuestra clasificación nos parezcan mejores, pero tienen el inconveniente de sus dificultades técnicas,

que no pasamos a describir por encontrarse en casi todos los libros de la especialidad. Son métodos que no entran en la práctica corriente y que por tanto no pueden resolver el problema de que estamos tratando.

Tercer grupo

Y nos queda el tercer grupo que comprende, como hemos dicho, aquellos procedimientos con que tratamos de actuar en el sitio mismo del comienzo de la sensación dolorosa; en una palabra, anestesia local.

Utilizada con éxito por Dóleris, en 1884, que empleaba solución de cocaína al 5 por 100 aplicada mediante compresas empapadas, con la solución anestésica, sobre el cuello uterino.

En 1920, A. Chesnais, descubrió el Niketol, que es el clorhidrato de para-amino-benzof-talamato de etilo, que es anestésico local, antiséptico y desprovisto de toda acción tóxica y cáustica.

La técnica de su manejo es bien sencilla; basta una simple impregnación del cuello del útero, para lo cual una vez bien limpia toda la cavidad vaginal se hace una especie de taponamiento vaginal con gasa estéril impregnada de Niketol, que produce una anestesia casi instantánea y de unas cuatro horas de duración.

Delmás dice que bajo su acción la mujer continúa con conciencia de sus contracciones, pero no experimenta dolor ni de dilatación ni de expulsión.

Nuestra experiencia personal es distinta; empleado para anestesia en legrados (Vicente), no nos ha dado resultado. Ensayado en una serie primera de casos, Horno se muestra satisfecho; en otra serie de casos habla de fracasos, y así casi todos los que han empleado este producto.

Esta inconstancia por un lado, y por otro las manipulaciones vaginales que pueden crear un terreno séptico, hacen que no sea recomendable.

Métodos mixtos

Vamos a tratar ahora de los métodos mixtos, que llamamos así porque pueden ser incluídos en varios grupos de la clasificación.

Los americanos Kelly y Baring emplearon un procedimiento que ellos llamaron de anestesia sinergética en el parto; durante el período de dilatación inyectaban sulfato de magnesia y morfina, y al llegar al período expulsivo aplicaban a la parturienta un enema de éter en aceite de olivas. Difícilmente se comprende que el enema pudiera ser retenido y como consecuencia no es fácil explicar cómo obtenían una anestesia tan completa. Diego Canals, que tuvo ocasión, en la Maternidad de Madrid, de hacer experiencias comparativas, deduce que era solamente la morfina la que actuaba beneficiosamente.

En octubre de 1923, Gwathemey, publicó su método de analgesia en «American Journal of Obstetrics and Gynecology», método llamado sinérgico de analgesia obstétrica, que no es nada más que el anterior, modificado y perfeccionado.

En este método, la analgesia se obtiene por asociación (sinergia) de varios medicamentos hipnóticos y sedantes con otros antagónicos occitócicos.

Los medicamentos y técnica que se emplean son los siguientes:

Sulfato de magnesia al 20 por 100, 2 c. c. y un centigramo de morfina para inyección hipodérmica; esta inyección puede repetirse hasta dos veces con un intervalo de dos horas.

Un enema evacuante y después otro con la siguiente fórmula:

Bromhidrato de quinina		1'50 gramos
Alcohol		11'65 »
Eter sulfúrico		74'15 »
Aceite de olivas	c. s.	118,22 »

estas cantidades son las deducidas de las medidas inglesas.

El doctor Luis Hevía, del Hospital de Maternidad de La Habana, hace la fórmula del enema con las cantidades siguientes:

Bromhidrato de quinina		1 gramos
Alcohol		10 »
Eter sulfúrico		75 »
Aceite de olivas	c. s.	120 »

En la Facultad de Medicina de Zaragoza se empleó la siguiente fórmula para preparar el enema.

Hidrobromuro de quinina		0'60 gramos
Alcohol absoluto		8 »
Eter sulfúrico		70 »
Aceite de olivas puro	c. s.	120 »

Para preparar esta fórmula se mezcla primero el alcohol y la quinina y se añade después el éter y el aceite; se agita, se filtra por un algodón y se coloca en un frasco bien tapado. Se conserva hasta treinta días sin alterarse.

Si el enema anestésico-medicamentoso no es retenido, sino que se expulsa y es necesario repetirlo, se prepara este segundo enema con sólo 50 centigramos de quinina.

Para los servicios hospitalarios en que la economía es un factor que se tiene en cuenta, puede reemplazarse el bromhidrato de quinina por quinina

(alkaloid), que requiere mucho menos alcohol para disolverse y también puede ponerse en vez de aceite de olivas petrolatum líquido espeso que es más barato; la fórmula sería:

Quinina (alkaloid)		1 gramos
Alcohol		2'50 »
Petrolatum líquido espeso		120 »
Eter		75 »

La técnica de preparación y administración es la misma.

Resumen del procedimiento sinérgico:

Enema evacuador de limpieza de recto y colon simplemente con agua jabonosa.

Inyección intramuscular de 2 c. c. de sulfato de magnesia al 20 por 100 ó al 50 por 100 con 1 cg. de morfina; esta inyección se pondrá cuando la dilatación es por lo menos como una moneda de dos pesetas o cuando puedan introducirse dos dedos a través de la dilatación y las contracciones son de tres a cinco minutos y fuertes.

Media hora después otra inyección intramuscular de 2 c. c. de sulfato de magnesia sin morfina; tiene por objeto prolongar la acción de la morfina anteriormente puesta; puede hacerse la inyección aunque la expulsión esté tan adelantada que se espere el nacimiento en poco tiempo. Si esto sucede, no se pondrá el enema medicamentoso, pero si la dilatación va despacio se esperará a que el cuello permita la entrada de tres dedos (dilatación como una moneda de cinco pesetas), o si la segunda inyección no produce efectos sedativos después de veinte minutos, se pondrá el enema. Si la inyección produce efectos sedativos, el enema no se pondrá hasta que las contracciones sean otra vez fuertes. Si los efectos del primer enema se pasan y el parto no ha terminado, puede ponerse un segundo enema siempre que hayan pasado dos horas y media del enema anterior y con sólo 50 centigramos de quinina.

Después de cada enema deben ponerse 2 c. c. de sulfato de magnesia intramusculares.

La acción de los medicamentos es la siguiente:

La morfina, da reposo a la parturienta, es analgésica y suaviza el cuello uterino.

El éter, además de las propiedades de la morfina, relaja el periné y ayuda a disolver la quinina. Administrado en enema corta la corriente sensitiva.

La sustancia oleosa, bien sea aceite de oliva o petrolatum, evita la irritación de la mucosa del intestino y permite una absorción uniforme, lenta e igual del éter.

El alcohol tiene por objeto disolver la quinina.

El Bromhidrato de quinina, y quinina alkaloid, se absorbe por el recto, como puede apreciarse por sus efectos sobre la contracción uterina, porque algunas parturientas, después del parto, se quejan de zumbidos de oídos, ligera sordera y además porque en la orina puede demostrarse su presencia.

El sulfato de magnesia, sinérgicamente con el éter, produce analgesia y anestesia y polonga la acción de la morfina. Su acción se ejerce primero sobre el sistema nervioso central que sobre el periférico, por esto suprime la conciencia y el dolor mucho antes que paraliza los filetes motores terminales.

Como detalles de técnica deben tenerse presentes los siguientes: No emplear el procedimiento prematuramente; las inyecciones se pondrán durante un dolor intramuscularmente en la región glútea y con aguja larga; se procurará que el enema sea retenido.

Contraindican el método: los estados patológicos del intestino grueso, hemorroides, úlcera, fístula, fisura de ano, colitis... diabetes, trastornos auditivos.

Este método sinérgico de anestesia obstétrica que acabamos de describir es mixto con arreglo a nuestra clasificación, pues al colocar el anestésico en la ampolla rectal, éste ejerce su acción por impregnación (grupo 3.º), proporciona anestesia troncular, pues los ligamentos útero-sacros rodean al recto y por tanto los filetes nerviosos que van por estos ligamentos están bajo la acción del anestésico (grupo 2.º); es general por ser etérea. Angel de Gobeo, en su monografía «Parto indoloro», dice que se nota en la respiración de la parturienta, es decir que la atmósfera de las vesículas pulmonares se encuentra saturada de éter, si bien es verdad que este éter es el eliminado, pero por lo mismo que satura el aire que la enferma respira, es absorbido de nuevo, y este es el mecanismo de la anestesia por inhalación de éter, y por tanto con todos los inconvenientes que nosotros señalamos para la anestesia del primer grupo de la clasificación; sin duda esta es la causa del porcentaje de niños nacidos asfícticos.

Veamos ahora las ventajas e inconvenientes del método por parte de los medicamentos empleados, según nos dicta nuestra propia experiencia.

Las sales de magnesia producen a determinadas dosis y en los animales de sangre caliente anestesia general completa con relajación muscular y abolición de reflejos; el ión magnesio es un poderoso sedante del sistema nervioso y puede producir no sólo anestesia, sino parálisis general (S. J. Mettzer, J. Auer, Delhaye, Marfori).

La quinina, el bromhidrato y valerianato parecen producir accidentes menos agudos que las otras sales de quinina.

Puede producir inapetencia, vómitos, dispepsia intestinal con estreñimiento pertinaz y algunas veces diarrea con tenesmo.

A dosis elevadas produce vasodilatación por parálisis de los nervios vaso-

motores y hasta puede producir el paro del corazón en diástole, lo que es muy de tener en cuenta si la paciente tiene alguna lesión de corazón, especialmente una miocarditis.

Binz le asigna un poder de paralización de los movimientos amiboídeos de los leucocitos. Hayen y Bochefontaine explican esto diciendo que es debido a la propiedad quimiotáctica negativa de la quinina.

Sobre el sistema nervioso produce excitación, agitación, cefalea, zumbidos, ruidos de campanillas, sordera, vértigos, alucinaciones de la vista, ambliopia y hasta amaurosis; claro es que todo esto depende de la tolerancia individual, edad, dosis; hasta un gramo de una vez, los trastornos son moderados; a mayor dosis son más intensos (verdadero envenenamiento, quinismo agudo).

Su acción en el útero es sobre las contracciones y la relajación, siendo tanto más intensa cuanto más activo es su funcionamiento (Landa, 1910). Según este autor su acción es más sobre las fibras musculares que sobre las células ganglionares (Arnozan y Marfori).

De estos datos se deduce que esta anestesia proporciona un grado de intoxicación a la madre y aun al feto, y por parte de la quinina aún hay otro peligro y es que, debido a su poder quimiotáctico negativo, provoque parálisis leucocitaria; fácilmente se comprende que los leucocitos se encuentran en las peores condiciones para luchar contra un probable agente infeccioso, es decir, que si en una de estas enfermas se presenta una infección puerperal, los medios de defensa están casi anulados.

Posteriormente el método de Gwathemey, ha sido modificado por Kahn, que emplea el luminal en tabletas y la fórmula del enema la hace con éter, aceite de parafina y manteca de cacao; este procedimiento que también es sinérgico, suprime la magnesia, la quinina y la morfina.

Estos métodos sinérgicos pueden producir estados inflamatorios de intestino, que determinan un tenesmo en los primeros días del puerperio; se han registrado muertes fetales debidas a la anestesia y algunas complicaciones graves para la madre incluso seguidas de muerte de la puérpera; todo esto influye para que estos métodos no hayan podido generalizarse.

Otro compuesto, que se administra por vía rectal, es el Aventín, que fué descubierto por Willstäetter y Duisburg. Este cuerpo es un tribromoetilalcol. Se emplea en enema, en solución acuosa al 3 por 100, calentado a 45º y en dosis de 5 centigramos por kilo. Tiene efectos de corta duración, pero lo que es más importante no posee un antídoto que nos permita, en un momento determinado, suspender su acción y el inconveniente común a todos los métodos que se sirven de la vía rectal, y es que las contracciones uterinas expulsan muchas veces el enema lo que crea un terreno séptico, que hace temer cualquier intervención que pudiera necesitarse, por pequeña que sea.

Hemos dejado de intento, para el final, el Siderol y Pernokton, medicamentos hipnóticos que tratan de solucionar la anestesia general por vía intravenosa, y que son los que últimamente se han empleado para solucionar el problema del parto indoloro.

El Siderol, en inyección intravenosa de 1 c. c., basta para producir una anestesia de 10-12 horas de duración. La experiencia es escasa porque la casa productora dejó de fabricarlo; no obstante, García Casals y Maurolagoiti que lo han usado en la Casa de Maternidad de Madrid, dicen haber obtenido buenos resultados, excepto en un caso que a los pocos momentos de puesta la inyección apareció una intensa excitación, una verdadera locura (Diego Canals) tan fuerte que obligó a recurrir al uso del cloroformo y a terminar el parto con forceps.

Este caso accidentado en una experiencia escasa, hace suponer con fundamento, que este medicamento todavía no resuelve el problema que nos ocupa.

El Pernokton fabricado por Riedel, es una solución acuosa al 10 por 100 de la sal sódica del ácido butil-beta-bromo-alil-barbitúrico.

Se administra por vía intravenosa a la dosis de 1 c. c. por cada doce kilos de peso de la embarazada. Al llegar a la dosis aproximadamente necesaria, comienza a producirse la analgesia (mejor anestesia) de unas 2-3 horas de duración, tiempo que puede prolongarse mediante nueva administración del medicamento, en inyección de 2 c. c., intramuscular o intravenosa; si es intravenosa se dará con la mayor lentitud posible. Aconsejan que aproximadamente una hora antes de administrar el pernokton, se dé a la parturiente 50 centigramos de luminal, para que prolongue el efecto del pernokton (sinergia medicamentosa).

La lentitud y el no emplear dosis excesivas son la clave del éxito.

En lo referente a lentitud, aconsejan inyectar en razón de 1 c. c. por minuto, tiempo calculado para las mujeres del Norte de Europa; quizá para las mujeres latinas tenga que procederse con mayor lentitud.

En cuanto a dosis, aconsejan 1 c. c. por cada 12,5 Kgs.; sin embargo, para facilitar, Schmidt da el siguiente esquema que es una modificación del usado en la clínica de Bumm:

		40	50	60	70	80	Kg.
Parturiente robusta	hasta 25 años		4'5	5	5'5	6	c. c.
	más de 25 años		4	4	4'5	5	c. c.

si la parturiente no es robusta deberán rebajarse prudencialmente las dosis.

En caso de presentarse fenómenos de intolerancia o intoxicación, los antídotos del pernokton son las inyecciones de ditoxín, de lobelina y las inhalaciones de oxígeno.

Tendrá que tenerse presente cuando se use el Pernokton que no deberán emplearse jamás medicamentos del grupo de los barbitúricos, a fin de evitar efectos de acumulación.

Sucede, en algunas ocasiones, que a la administración del pernokton siguen unos minutos en los que se suspenden las contracciones uterinas, pasados los cuales aparecen de nuevo y su intensidad crece de un modo progresivo.

El sueño que proporciona es tranquilo y no son raros los casos en que dura unas horas más después de haber terminado el parto. Al despertar la mujer dice no recordar nada de lo pasado durante su parto.

De sus inconvenientes podemos decir que alguna vez ocasiona vómitos que Vogt y Kitmblin dicen que pueden corregirse inyectando 1/3 de miligramo de atropina.

El medicamento, todo o parte, pasa a la sangre fetal pues se ha comprobado la presencia de bromo en la sangre del cordón umbilical y esto puede acarrear consecuencias desagradables para la vida del feto.

El principal inconveniente observado por nosotros, es que en ocasiones produce los trastornos del Somnifene, pues a veces ocasiona estados de excitación molestísimos durante los cuales es preciso sujetar a la mujer; estos estados parece que los corrige el Luminal. Así y todo la posibilidad de que puedan presentarse nos impide con toda imparcialidad aconsejar su uso, pues como dice García Canals hay que tener siempre en cuenta que si hemos de considerar el parto como un hecho absolutamente fisiológico, hemos de procurar hacerlo lo menos anormal posible.

El problema del parto sin dolor debe perseguir el ideal de suprimir el dolor conservando en estado perfectamente fisiológico todos, absolutamente todos los fenómenos que acompañan al nacimiento del niño, y sin modificar en nada la marcha y duración de puerperio.

De todo lo dicho creemos que fácilmente pueden sacarse las siguientes

CONCLUSIONES

1.ª Que no estamos en posesión del procedimiento o medicamento ideales, que asentando sobre una base científicamente exacta, anatomo-fisiológicamente hablando, nos permita suprimir el síntoma dolor del síndrome «parto» sin que tenga efectos nocivos para los organismos materno o fetal y sin que modifique los demás fenómenos concomitantes del parto.

2.ª En el estado actual de nuestros conocimientos, sobre inervación del útero, que nos permite sospechar que la corriente centrípeta sensitiva camina a lo largo del simpático, por los «rami coomnicantes», debemos buscar una técnica por la cual podamos llevar el analgésico a estos «rami comunicantes»; pero como esto es prácticamente imposible, debemos procurar llevar la anes-

tesia a los ganglios de Franckenhausen, ya que éstos son los grandes colectores de filetes simpáticos pelvianos, por donde pasan los filetes sensitivos que atraviesan los «rami comunicantes» y con esta base anatomo-fisiológica, encontramos ventajas a los procedimientos que emplean la ampolla rectal como vía de administración del analgésico; por inhibición puede llegar la acción analgésica o anestésica a los ganglios de Franckenhausen.

3.ª El procedimiento ideal, creemos nosotros que sería un medicamento analgésico simpático tropo-pelviano, es decir un medicamento que tuviese poder de fijación o cuando menos una acción predilecta sobre el simpático y a ser posible sobre el simpático pelviano.

4.ª Los tres primeros grupos no obran más que sobre los troncos nerviosos o su terminación y tienen su acción electiva sobre las fibras motoras, vaso-motoras o sensitivas. El cuarto grupo obra sobre los centros nerviosos cerebro-medulares, pero deja intacto el centro nervioso genital intrínseco cuya existencia está fisiológicamente demostrada.

5.ª El problema de la sensibilidad obstétrica queda irresuelto al menos en lo que concierne a la analgesia en el curso del parto, y su solución depende no solamente de datos anatómicos y fisiológicos nuevos, sino del descubrimiento de un agente analgésico capaz de obrar electivamente sobre las fibras nerviosas sensitivas, aunque respetando las otras fibras nerviosas.

6.ª El problema del parto sin dolor está, pues todavía, prácticamente sin resolver.

BIBLIOGRAFIA

X. ARNOZAN. — Manual de terapéutica.

ROGELIO BROUCÁ. — La raquiestovococainización como método de elección en la cirugía del abdomen, cavidad pélvica y miembros inferiores. «La Semana Médica»; núm. 3; enero, 1927.

E. BUMM. — Tratado completo de Obstetricia.

G. COTTE. — Trastornos funcionales del aparato genital de la mujer.

DR. MAX CHEVAL (Bruxelles). — La rachianesthésie en obstetrique. (Comunicación presentada el 2 de febrero de 1929 en la Sociedad Belga de Ginecología y Obstetricia.) «Bruxelles-Médical»; núm. 22; marzo, 1929.

CARLOS COLMEIRO LAFORET. — Contribución al estudio del parto sin dolor. «Unión Médica»; núms. 302 (noviembre), 304 (diciembre), 305 (diciembre), 306 (diciembre). Tesis doctoral presentada en el curso 1929-1930.

M. E. CASALTA. — Conception actuelle du sympathique pelvien. «Marseille-Médical», número 21, julio, 1931. Marsella.

A. DÉMELIN. — Anatomía obstétrica.

PAÚL DELMÁS. — Rachianalgésie générale par cocaïnisation lombo-sacrée. «La Presse Médicale»; núm. 15; marzo, 1918.

Lois générales des Rachianalgésies chirurgicales. «La Presse Médicale»; número 61; agosto, 1920.

Analgésie chirurgicale généralisée par vie rachidienne (cocainisation homogéne du liquide céphalo-rachidien). (Extracto du «Bulletin de l'Académie de Médicine. Seance noviembre, 1919.)

De la part à faire aux rachianalgésies chirurgicales. (Extracto du «Montpellier Médical»; septiembre, 1921.)

Rachianalgesie Chirurgicale Omniradiculaire. («Le Monde Médical»; número 555; junio, 1919.)

A propos de l'Accouchement indolore.

A propos des rachianalgésies. «Bruxelles Médical»; núm. 30; mayo, 1926.

Evacuación extemporánea del útero al final del embarazo. (El parto a hora fija). CLÍNICA Y LABORATORIO; núm. 66, junio, 1928.

M. M. FAVREAU et LAFLEUR. — L'analgésie pendant l'accouchement. («Journal de Médicine de Bordeaux»; núm. 11; abril, 1929.)

M. M. E. FORGUE et A. BASSET. — La Rachi-Anesthésie. Etat actuel de la question. («Gazette des Hopitaux»; núm. 88; octubre, 1928.)

E. FERNÁNDEZ Y A. DE UDAETA. — La hipnonarcosis por el Pernokton en Obstetricia. «Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades», núm. 40, octubre, 1931. Madrid.

E. GLEY. — Fisiología.

ANGEL DE GOBEO. — Parto indoloro. «Revista Clínica», de Bilbao; núm. 40; 1926.

M. GERSTMANN. — Inervación del útero. — «The Journal»; octubre, 1926.

HALBAN Y SEITZ. — Biología y Patología de la mujer. Tomos I y IV.

FRANCISCO HARO GARCÍA. — El somnífenno en Obstetricia y Ginecología. «La Medicina Ibera»; núms. 489 y 490; marzo, 1927.

RICARDO HORNO ALCORTA. — El parto sin dolor. Asociación Aragonesa de Ciencias Médico-Quirúrgicas; curso 1924-1925.

LUIS HEVÍA. — Método sinérgico en analgesia obstétrica. «Revista Médica Cubana»; número 3; marzo, 1927.

E. KAHN. — Zentralblatt für Gynäkologie; núm. 35; 1927.

C. MAYGRIER y A. SCHWAAB. — Manual de Obstetricia.

PÍO MARFORI. — Tratado de farmacología y terapéutica.

DR. MANUEL MORAES FRÍAS (Oporto). — La cirugía del simpático pélvico de la mujer en la profilaxia de la esterilidad. («Gaceta Médica Española»; julio, 1931; Madrid).

DR. OTTO OERTEL (Colonia). — Anatomía, Histología y Topografía del aparato urogenital femenino.

PAÚL PETIT-DUTAILLÉS. — La chirurgie du sympathique pelvien chez la femme. («Journal des Praticiens»; núm. 14; abril, 1927.)

F. Proubasta. — La anestesia durante el parto. «Paidoterapia», núm. 5, septiembre, 1931. Barcelona.

M. Usandizaga. — La anestesia epidural en las operaciones vaginales. («Gaceta Médica Española»; agosto, 1931; Madrid).

Henri Vignes. — Fisiología obstétrica normal y patológica.

Segoud. — L'innervation de l'appareil génital de la femme. (Tesis de París, 1926).

R. Suzor. — La Rachi-Anesthesie en Obstétrique. «L'Hopital».

Henri Vignes. — Influence exercée par la Gestation sur le Sommeil. («Le Bulletin Médical»; núm. 26; junio, 1928).

W. Stoeckel. — Tratado de Obstetricia.

L. Sob. — Les anesthésiques en obstétrique. (Conference aux Journées Médicales de Nancy). «Revue Médicale de l'Est»; núm. 18; septiembre, 1928.

Profesor H. Thaler (Viena). — Narcosis general y anestesia local en Obstetricia y Ginecología.

Testut. — Anatomía humana.

Dres. Weymeersch, Poulain, Wodon y De Guchteneere. — Quelques accouchements fait sous rachianesthésie. (Comunicación presentada el 2 de febrero de 1929 en la Sociedad Belga de Ginecología y Obstetricia).) «Bruxelles-Médical»; número 24; abril, 1929.



Prof. EMILE FORGUE

MONTPELLIER (Francia)

ACCIDENTES DE LA MEDICACIÓN SALVARSÁNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS [1]

POR EL

DR. EDUARDO DE GREGORIO Y GARCÍA-SERRANO

Director del Dispensario Antivenéreo

ZARAGOZA

Los accidentes producidos por la medicación antisifilítica merecen especial atención, no sólo del especialista, sino del médico general. Son medicaciones que todos las utilizamos en gran escala, y es preciso conocer bien a fondo los contratiempos que puedan producir para evitarlos, si es posible, y corregirlos convenientemente una vez producidos, pues en ocasiones revisten dichos accidentes tal importancia que de nosotros y de un conveniente tratamiento puede depender la vida del enfermo.

Son cuatro los medicamentos hoy en uso en terapéutica antisifilítica: el arsénico, bismuto, mercurio y yoduros. La frecuencia en accidentes es mayor con el arsénico, preferentemente en forma de Neosalvarsán utilizado por vía venosa; después siguen los producidos por el bismuto, y el último lugar lo ocupan los motivados por el mercurio y yoduro potásico, medicamentos hoy menos utilizados.

El gran número y variedad de accidentes arsenicales, de los que nos vamos a ocupar, exigen una agrupación y clasificación; unos son ligeros, y graves por el contrario otros; más frecuentes y graves cuando el medicamento es un derivado del arsénico trivalente (Neosalvarsán y Salvarsán), inyectados por vía venosa. Unos son precoces en su presentación, aparecen en el momento de la inyección o poco más tarde, y otros, por el contrario, se presentan tardíamente.

Su agrupación y dosificación resulta difícil; unos autores los agrupan según su orden de frecuencia; otros, según sean tardíos o precoces. Aunque su patogenia no está aclarada en algunos de ellos y hasta el mismo accidente puede ser de origen diferente en distintos casos, como veremos en la exposición de

---

(1) Conferencias dadas en el Dispensario Antivenéreo, en el curso de orientación neurológica, en abril y mayo de 1931.

esta conferencia, adoptamos la clasificación de Milian en la que introducimos ligeras modificaciones:

- **Accidentes de carácter local**
  - Falta de técnica.
  - Trombosis.
  - Dolores venosos.
- **Accidentes de carácter general**
  - Tóxicos
    - Olor aliáceo, náuseas, vómitos, etc.
    - Crisis nitritoide.
    - Apoplejía serosa.
    - Exantemas, Eritrodermias.
    - Púrpuras, Hemorragias.
    - Ictericia.
    - Albuminuria.
    - Polineuritis.
    - Melanodermia.
    - Estomatitis.
  - No tóxicos
    - Conflicto terapéutico.
    - Sífilis recidivantes
      - Neurorrecidivas.
      - Hepatorrecidivas
    - Biotropismo.

Accidentes de carácter local

Son éstos, como su nombre indica, los que se producen en el sitio de la inyección. Entre éstos, los de tipo inflamatorio son escasos; se han descrito trombosis venosas y flebitis, como dolores venosos por el empleo de sóluciones muy concentradas, sobre todo cuando las inyecciones se repiten sobre la misma vena.

Por falta de técnica toda extravasación venosa produce un accidente de todos conocido. Basta la salida de la vena de una pequeña cantidad de líquido para producir un dolor bastante acentuado, y si la cantidad es mayor se produce un edema perivascular con enrojecimiento y tumefacción del brazo que invade hasta las regiones próximas con un aspecto flemonoso que persiste algunos días para desaparecer más tarde. La profilaxis es una técnica correcta y una vez producido, todo tratamiento se reduce a reposo, y fomentaciones calientes.

Accidentes de carácter general

A. — Tóxicos

I. Olor aliáceo, náuseas, vómitos y trastornos gastro-intestinales. — En la mayoría de las ocasiones los accidentes que a continuación estudiaremos son precedidos de cierta intolerancia revelable por la presentación durante las inyecciones que preceden al accidente, de vómitos, olor aliáceo, etc. La gran mayoría de los enfermos perciben durante la inyección de salvarsán y neosalvarsán un olor aliáceo, en ocasiones acentuado. Esta sensación olfativa constituye ya un accidente de los arsenicales utilizados por vía venosa. En unos enfermos es perfectamente tolerado y casi imperceptible, mientras en otros el olor a éter es intenso, seguido de vómitos y persiste horas después un olor etéreo de la respiración.

Donato observa atentamente 317 enfermos en los que practica 2.289 inyecciones de arseno-benzoles y comprueba esta sensación gustativo-olfativa en dos formas diferentes. Un tipo inicial en el que la sensación gustativo-olfativa se percibe solamente durante la inyección, y otro tipo prolongado en el que la sensación se percibe durante algún tiempo después de terminada la inyección. Este tipo tardío merece cierta atención, debe ser considerado como un signo de intolerancia, pues de 67 enfermos estudiados, en 56 hubo posteriormente accidentes tóxicos como crisis nitritoides, eritrodérmicas, etc.

Las náuseas durante la inyección terminan a veces con vómitos preferentemente como es natural en aquellos que han ingerido alimentos poco antes de la inyección. Algunas veces en ciertos individuos durante la noche de la inyección se producen diarreas de forma repetida y brusca; en ocasiones después de cada inyección.

Los trastornos gastro-intestinales son menos frecuentes; aparecen algunos días después de la inyección y están caracterizados por diarrea, a la que sigue un estado gástrico con inapetencia, lengua saburral y a veces ligero adelgazamiento. Se trata simplemente de una intoxicación ligera que aparece después de algunas inyecciones y que suele preceder a una complicación tóxica de localización hepática.

II. Crisis nitritoides. — Este accidente es así denominado por Milian, por presentar un cuadro clínico parecido a la congestión producida por la inhalación de nitrito de amilo. Su presentación puede ser en el momento de la inyección o pocos minutos después. Puede revestir una forma leve, mediana o grave. El enfermo siente rápidamente una llamarada o sensación de calor en la cara y garganta, una verdadera crisis de vaso-dilatación (fase congestiva), la cara se pone roja, las conjuntivas se inyectan, los labios se tumefactan, se presenta un ligero lagrimeo y sialorrea con sensación de malestar y ansiedad, pasando rápidamente. En la forma de mediana intensidad estos síntomas son más acentuados, con sensación de angiosis y constricción torácica; el pulso se hace frecuente y filiforme, con vómitos, cefalea intensa que se acompaña de palidez de la cara y estado sincopal (fase sincopal).

Las formas graves afortunadamente raras presentan los síntomas ya citados

a los que rápidamente se añaden convulsiones y un estado comatoso para terminar en ocasiones con la vida del enfermo.

En algunos casos excepcionales falta la fase congestiva y el accidente está caracterizado solamente por un síncope, forma denominada crisis nitritoide blanca.

La patogenia de este accidente es muy discutida; para unos, de origen anafiláctico; coloidoclásico o tóxico, para otros. Es considerada como un choc coloidoclásico, según los resultados obtenidos en los animales. La inyección rápida de una solución de Neosalvarsán en la vena femoral de un perro produce un descenso persistente de la presión sanguínea, precedida de una elevación de la presión en la arteria pulmonar con dilatación del corazón derecho y congestión de los órganos esplánicos. Estos fenómenos son menos intensos si el salvarsán se utiliza más diluído y se inyecta más lentamente y son más acentuados cuando las soluciones son ácidas y menores si son alcalinas.

Con el empleo de los salvarsanes metálicos Jackson, Dyer y Lumier han comprobado una correlación directa entre la toxicidad y su viscosidad, siendo más acentuados los trastornos citados cuando la solución es muy viscosa, pues al inyectarse, en la sangre determinan la producción de floculados que por obstruir los capilares determinan la crisis nitritoide.

Para Danyz se trata de un accidente anafiláctico, pues para que algunas sustancias químicas puedan ser eliminadas han de ser precipitadas y solubilizadas por ciertos anticuerpos especiales (lisinas) fabricados en el suero sanguíneo. Estas sustancias, cuando se inyecta el salvarsán se producen en el curso de la inyección; si ésta se hace muy rápidamente, las lisinas precipitan en masa el medicamento, el que obtura los capilares sanguíneos y se produce una crisis vaso-dilatadora. Para Ravaut el medicamento precipita en el suero sanguíneo con la congestión consecutiva.

Milian piensa se trata de un choc vaso-dilatador por insuficiencia preferentemente suprarrenal. Para este autor la crisis nitritoide es de origen tóxico; no se trata de un choc anafiláctico, pues se produce generalmente con una dosis determinada; el individuo soporta 15, 30 y 45 centigramos; se presenta la crisis con 60 centigramos, pero se soportan sin accidente dosis menores, lo contrario de lo que sabemos de la anafilaxia; según la que el individuo tolera, una dosis grande de medicamento y pasado algún tiempo una pequeña dosis es la que produce un choc anafiláctico.

Los estudios sobre la toxicidad del medicamento en el conejo demuestran que una dosis mortal produce disnea, enrojecimiento de las orejas, exoftalmia acentuada, relajamiento de los esfínteres y crisis epileptiformes, probando la autopsia una vasodilatación general con inundación serosa de todas las vísceras, preferentemente en cerebro, tubo digestivo y pulmón.

Estos hechos prueban una alteración del sistema endocrino-simpático y una actividad del salvarsán sobre este sistema, al igual que el atoxil sobre los nervios sensoriales. Para que el accidente se produzca con dosis terapéuticas, no tóxicas en el hombre, es preciso una predisposición; es decir, un déficit funcional del sistema endocrino-simpático, el que ha podido ser producido por la misma sífilis u otra afección diferente como lo demuestra la intolerancia medicamentosa de los adissonianos y basedowianos. En ocasiones la crisis se produce en individuos que han soportado varias inyecciones y series de tratamiento indicando la producción del accidente una alteración endocrino-simpática producida probablemente por una acción tóxica del medicamento anteriormente utilizado.

La patogenia de este accidente todavía no está aclarada; indudablemente exige una predisposición individual, en ocasiones por su presentación precoz en el momento de la inyección, su frecuencia mayor cuando el líquido se inyecta con rapidez, indican al parecer que se trata de un choc anafiláctico. En otras ocasiones, por producirse con dosis elevadas, mientras son perfectamente toleradas dosis más pequeñas, el existir enfermos que las primeras series de tratamiento son toleradas sin accidentes, mientras las siguientes inyecciones son seguidas de olor aliáceo intenso, vómitos, fiebre, etc., y el presentarse este accidente con más frecuencia con inyecciones procedentes del mismo lote de medicamentos parecen demostrar el resultado de una acción tóxica del preparado inyectado.

III. Apoplejía serosa. — Este accidente merece gran atención por su extraordinaria gravedad, generalmente con funesta terminación. Su presentación se hace a los dos o tres días de la inyección; comienza con una cefalalgia intensa de localización frontal y fronto-parietal, la que aumenta rápidamente para hacerse verdaderamente intolerable; a ésta sigue un mal estado general con astenia, abatimiento intenso y un estado comatoso. La cara roja, inflamados los labios, congestionadas las conjuntivas, la lengua inflamada, constituyendo un síndrome próximo a la crisis nitritoide.

En ocasiones pueden faltar estos síntomas; la cara entonces es pálida, la piel fría, con sudores, y un aspecto de choc traumático, para terminar en la muerte la mayor parte de las veces.

A los síntomas anteriormente citados siguen vómitos, al principio alimenticios, sero-sanguinolentos después, acompañados de diarreas profusas. Más tarde entra el enfermo en una fase de agitación con convulsiones tónicas durante unos minutos y clónicas después, presentándose muy agitado con convulsiones generalizadas o localizadas, de tipo de una epilepsia Jacksoniana. Más tarde sigue un estado de coma completo; los reflejos tendinosos persisten, las pupilas reaccionan a la luz y a la acomodación, y el reflejo corneal desaparece. La

temperatura variable, generalmente elevada, puede alcanzar cifras de 40º y 42º, con hipertensión arterial y pulso frecuente. Una punción lumbar demuestra gran hipertensión del líquido céfalo-raquídeo, con gran cantidad de albúmina por una inundación serosa en los espacios subaracnoídeos.

La terminación es generalmente mortal en un estado comatoso con oliguria al principio y anuria después.

La patogenia de este accidente es muy discutida. Se presenta generalmente con el empleo de dosis elevadas, habiendo sido toleradas las inyecciones anteriores sin ningún accidente, y lo mismo que en la crisis nitritoide si el accidente fué producido con una inyección de 0,60 gramos pueden tolerarse después dosis menores como en el caso de Gjessing.

Cedercreutz considera como responsable a la falta de asepsia en las jeringas por las manchas que quedan en ellas, residuos de neosalvarsán oxidado. Wechselmann considera responsables a las endotoxinas bacterianas del agua no recientemente preparada.

Para otros se trata de un accidente anafiláctico (Ravaut, Iwashinzew, Bruckler, Wechselmann); otros consideran se trata simplemente de una idiosincrasia.

Kritchewsky cree es un accidente coloidoclásico, pues el medicamento modifica el grado de dispersión de los coloides de la sangre. Este autor, para demostrar en vivo la disminución de dispersión de los coloides, estudia la reacción de fijación de complemento en el cobaya antes y después de la inyección, probando que la cantidad de complemento fijado es menor después de la inyección debido a una menor dispersión de los coloides del suero. En los animales muertos las alteraciones coloidales son tan intensas que permiten comprobar en la autopsia, trombosis en el corazón derecho y en las venas cava superior e inferior.

En ocasiones este accidente ha sido considerado como una neurorrecidiva, otras veces como una reacción de Herxheimer (Leredde, Ehrlich, Janim, Pinkus) que por presentarse en enfermos de sífilis florida, el medicamento al poseer una acción excesivamente enérgica produce el accidente. Un origen tóxico es defendido por Obermuller; Lube cree se deposita en el hígado el salvarsán en forma de un compuesto mal conocido, del que parten pequeñas cantidades a los diferentes órganos, entre ellos el cerebro, en el que se produce la apoplejía serosa cuando a este último llega una excesiva cantidad.

Wechselmann distingue dos variedades; una de tipo eclámpsico-urémico, producido en enfermos con lesiones renales que por no eliminarse rápidamente el salvarsán se acumula oxidado en la sangre y se produce el accidente, y otro tipo por trombosis de los vasos cerebrales, en el que se produce la muerte por éxtasis con zonas edematosas, anomalías de los ventrículos cerebrales y hemorragias (encefalitis hemorrágica).

Las teorías patogénicas estudiadas no responden en realidad a los hechos; la idiosincrasia no es admitida fácilmente por el hecho de presentarse el accidente no en las primeras inyecciones, sino con dosis elevadas; la anafilaxia cuenta contra ella el ser producida con una determinada dosis y tolerar después el enfermo dosis más pequeñas, mientras el choc anafiláctico, una vez sensibilizado el sujeto se produce con dosis inferiores que la utilizada para motivar la senibilsización. La coloidoclasia se resiste a ser admitida por el resultado excelente de la adrenalina como tratamiento, la que produce como sabemos una vasoconstricción. Un accidente sifilítico por reacción de Herxheimer también cuenta con objecciones, pues en ocasiones la punción lumbar sólo demuestra una hipertensión con todas las reacciones de sífilis negativas en líquido céfalo-raquídeo, indicando no estar afectado de sífilis el sistema nervioso. La sintomatología tampoco es de una sífilis nerviosa; tampoco la histología descubre lesiones de esta enfermedad y por fin la adrenalina cura rápidamente en ocasiones el accidente sin tener como sabemos ninguna acción sobre las lesiones sifilíticas.

Para Milian, lo mismo que la crisis nitritoide la considera de origen tóxico, preferentemente en el sistema endocrino-simpático, el que está previamente lesionado por la sífilis o por otros agentes tóxicos que permiten que una dosis terapéutica produzca el accidente, demostrado por dicho autor y otros como Skwirsky en estudios experimentales realizados en el conejo.

IV. Exantemas. — En estos accidentes existen clínicamente dos tipos diferentes: unos de aparición precoz después de las primeras inyecciones, y otros tardíamente, durante el tratamiento, al final de éste y en ocasiones más tarde. Así Gjessing los divide en precoces, que aparecen al noveno o duodécimo día de comenzado el tratamiento, y tardíos los que se presentan más tarde, Cieler los divide igualmente en precoces y tardíos.

Milian, en 1917 y después en 1920, individualiza unos exantemas que aparecen al noveno día (eritema del noveno día), los que considera infecciosos como resultado de una acción biotrópica y otros de tipo eritrodérmico de aparición tardía y de origen tóxico.

Nosotros nos ajustaremos a esta clasificación; expondremos sus características clínicas, ocupándonos de su patogenia y origen tóxico o anafiláctico. Su estudio es de extraordinario interés en cuanto al tratamiento, no sólo del accidente, sino de la infección sifilítica:

a) *Exantemas precoces.* — Estos, como ya hemos indicado, aparecen al noveno día de tratamiento, generalmente después de la segunda inyección. Revisten tipos clínicos variados, escarlatiniforme, morbiliforme, rubeoliforme y urticarianos; menos frecuentemente adoptan el tipo de eritema nudoso o polimorfo.

Su aparición va prendida de síntomas de carácter infeccioso, malestar general, escalofríos y fiebre, la que comienza al día siguiente de la segunda inyección, a veces moderada, de 38 ó 38,5 puede llegar hasta 39,5 y 40º, con dolores articulados generalizados. Desde los siete u ocho días de comenzado el tratamiento se nota cierta molestia en la garganta, con enrojecimiento difuso del velo del paladar y amígdalas; otras veces existe una angina típica acompañada de disfagia, adenopatías submaxilares y cervicales. En el período de estado, la erupción está constituída y generalizada; existe aanorexia, estado saburral, la angina más acentuada, fiebre y albuminuria ligera que desaparece con el exantema.

La erupción dura tres o cuatro días, durante los que se extiende más o menos rápidamente por todo el tegumento; después los síntomas generales retroceden, desaparece la fiebre, el malestar general y demás síntomas infecciosos a los que sigue un período de descamación, para todo entrar en orden.

b) *Exantemas tardíos.* — Su comienzo es lento, sin síntomas generales, como sucede en los exantemas precoces. Aparecen tardíamente, generalmente al final del tratamiento, a excepción de algunos casos publicados por Reith, Fraser, Gjessing, en los que el exantema apareció a la segunda inyección.

La forma más frecuente es la de una eritrodermia vésículo-edematosa, aunque se han descrito eritrodermias escarlatiniformes y morbiliformes, asociadas a una dermitis esfoliatriz.

El accidente va precedido de prurito, síntoma de gran valor—aunque en raras ocasiones puede no existir—, la mayor parte de las veces es generalizado, o localizado bien en el antebrazo o en la flexura del codo en ocasiones. Es también de gran valor, como indican Bejarano, Golay, Silvestre y Covisa, la aparición de lesiones localizadas en el punto de la inyección en forma de pequeñas pápulas o máculo-pápulas y a veces de aspecto urticario, como en el caso de Hudelo y Rabut.

Un tercer síntoma de alarma que precede a la eritrodermia es un edema de párpados y pies, de corta duración, dos o tres días, pudiendo pasar desapercibido.

Una vez constituído el exantema, la piel es roja en su totalidad, de aspecto escarlatiniforme, con edema generalizado por infiltración del dermis, dando al enfermo un aspecto particular con los párpados edematosos, aumentados de tamaño los labios y los miembros cilindroídeos con dificultad en la flexión. Sobre la piel engrosada y edematosa aparecen preferentemente en las extremidades y cuello vesículas de aspecto dishidrosiforme que al romperse rezuman abundantemente y por desecación se forman costras amarillentas, confluyendo en ocasiones en verdaderas placas eczematiformes.

En este momento, con gran facilidad, se producen infecciones por gérmenes piógenos con impetiginización y verdaderas colecciones supuradas, principalmente en axilas.

Pasados diez o doce días comienza un período de descamación, la epidermis se agrieta, aparece el dermis rojo, sangrante, se desprenden escamas a veces furfuráceas y de gran tamaño, hasta como la palma de la mano, en ocasiones. Como síntomas generales existe fiebre, la lengua roja, ligeramente inflamada y hasta fisurada, vómitos alimenticios o biliosos y diarrea a veces intensa. La orina en escasa cantidad con retención clorurada y urobilina en ocasiones.

En la sangre, para algunos autores, existen alteraciones importantes; según unos, leucopenia y leucocitosis para otros; principalmente eosinofilia de 12 ó 15 por 100 al principio y 30 ó 40 por ciento más tarde.

En las formas verdaderamente graves el aspecto del enfermo es totalmente desfavorable, deformado por el edema que infiltra la piel, con escamas amarillentas y serosidad abundante mezclada de sangre; los ojos semicerrados por el edema palpebral, con una conjuntivitis purulenta; los labios hinchados, edematosos, con fisuras comisurales que dificultan todo movimiento. El prurito puede ser acentuado, que impida el sueño, con fiebre y escalofríos intensos que permiten escaso reposo.

Si la eritrodermia es tratada correctamente desde su comienzo, se puede evitar la fase de vexiculación y eczematización; puede en ciertos casos quedar localizada en un miembro y evolucionar rápidamente hacia la descamación. Con un tratamiento adecuado la diuresis aumenta rápidamente, la temperatura desciende, el edema desaparece, la piel se hace más flexible con descamación abundante, dejando la piel roja para epidermizar después lentamente, terminando a veces con lesiones de hiperqueratosis y queratodermia como secuelas de la enfermedad.

La evolución de la eritrodermia vesículo-edematosa de forma grave, dura de seis semanas a dos meses, pudiéndose prolongar hasta tres y cuatro meses con secuelas como alteraciones inguinales, melanodermia y alopecia. Generalmente termina por curación; los casos graves con terminación mortal son complicados de infecciones sobreañadidas de forma septicémica con complicaciones bronquio-pulmonares, infecciones locales, abscesos, furúnculos, hidroadenitis, etc.

La patogenia de estos accidentes es muy discutida; entran en juego varias teorías, la anafilaxia, coloidoclasia, una acción biotrófica y para otros tóxica. Algunos, como Milian y Garnier y otros autores franceses, establecen una separación patogénica de los exantemas precoces y tardíos, consideran los primeros siempre como accidentes biotrópicos y no tóxicos, mientras los tardíos los catalogan siempre como tóxicos.

Los exantemas del noveno día, de Milian, son considerados por Ravaut como de origen anafiláctico. En sujetos tratados con Luargol comprueba Danyz pricipitinas, antiluargol, las que no comprueban Milian y Garnier, ni consiguen sensibilizar el cobaya inyectándole suero del enfermo.

Milian crea la teoría del biotropismo; para este autor, el medicamento es capaz por una afinidad particular sobre determinado germen, de exaltar su virulencia por existir latente en el organismo después de haber producido una determinada enfermedad o sin haberla producido permanece en cierta región, preferentemente en las amígdalas, en espera de, por cualquier reactivación, producir una infección.

Los exantemas tardíos son considerados como anafilácticos por autores comó Ravaut, Montpellier, Raymond, Wechselmann, etc. Para Zieler y Nathan, como para Wechselmann, se trata de una hipersensibilidad para el salvarsán. Según Cathcat, son el resultado de una idiosincrasia producida por modificaciones coloidales debidas al medicamento o por la absorción de una proteína bacteriana procedente de un foco infeccioso como una piorrea alveolar, por ejemplo.

Para defender un origen anafiláctico se ha pretendido sensibilizar al animal por Lesne, Jajje, Dreyfus, Auer, Hoffman, Bruck y Neisser, con resultados infructuosos, mediante inyecciones repetidas de medicamento por vía intraperitoneal. Flandín y Tzand inyectan el medicamento por vía intracardíaca y creen obtener resultados positivos. Raynaud, Montpellier y Lacrois realizan estudios de transmisión pasiva en cobayas con inyecciones intraperitoneales de suero de enfermo con resultados no muy definidos.

Garnier investiga la existencia de precipitinas en el suero de enfermos tratados con neosalvarsán en individuos sanos y en enfermos con eritrodermia, sin comprobar en ningún caso la existencia de precipitinas ni conseguir la transmisión pasiva al animal por vía intraperitoneal y cardíaca. Erlich y Alt intentan demostrar la existencia de una idiosincrasia antes del tratamiento, mediante cutirreacciones hechas con salvarsán, las que consideran como defectuosas por ser este medicamento capaz de producir lesiones y reacciones químicas. Frei y Meyer practican intradermo-reacciones con soluciones al milésimo, comprobando siempre una reacción positiva en enfermos de eritrodermia. Los mismos resultados son obtenidos por Stuart, Maynard y Nardelli.

Garnier obtiene resultados positivos más intensos en el período de regresión del exantema, reacciones que siguen fuertemente positivas cinco meses y hasta dos años después. Para este autor estas reacciones indican una intoxicación del organismo, el que está sensibilizado e intolerante a una pequeña dosis de medicamento.

Esta sensibilización puede también investigarse con el método de Prausnitzy y Kustner, que consiste en inyectar a un sujeto sano una o dos décimas

de suero de enfermo sensibilizado y al cabo de veinticuatro horas, generalmente tiempo suficiente para que los anticuerpos del suero sensibilizado se fijen a las células cutáneas del individuo sano, se inyecta también por vía intradérmica en el mismo sitio una pequeña cantidad de antígeno. Si la reacción es positiva se produce rápidamente una lesión papulosa rodeada de un halo eritematoso que persiste de diez minutos a tres cuartos de hora. Igualmente puede producirse una sensibilización cutánea con las pruebas eczematógenas de Jadasshon y Bloch utilizadas con resultados positivos por Covisa en dos casos de eritrodermia salvarsánica.

Por nuestra parte consideramos estos accidentes como de origen tóxico. Se han descrito casos motivados con mayor frecuencia con determinadas series de medicamento, por su mayor toxicidad y se ha invocado estados de insuficiencia hepática, por lo que según Bertreux los principios biliares circulantes en la sangre exageran la función secretora de la piel y al eleminarse por ella producen el exantema. Para Schiff, por defecto de la función antitóxica del hígado, las toxinas no retenidas en éste provocan una irritación de las terminaciones nerviosas y una vaso-dilatación periférica.

Y por fin, para Milian, las eritrodermias tardías son de orden tóxico endocrino-simpático. Este sistema, como indicábamos en los accidentes anteriores, puede estar alterado antes del tratamiento por heredosífilis o tuberculosis; durante el tratamiento puede lesionarse por la sífilis o por el medicamento y en unos y otros casos el salvarsán ataca más fácilmente en determinado momento a dicho sistema orgánico produciendo el accidente cutáneo.

La producción de estos accidentes exige siempre la supresión de la medicación productora, y el estudio de la sensibilidad cutánea por introdermo-reacciones para conocer el medicamento responsable, sobre todo si se realiza un tratamiento mixto arseno-busmútico, o arseno-mercurial, e igualmente nos interesará conocer la sensibilidad cutánea antes de comenzar el tratamiento en todo enfermo que haya sufrido con anterioridad una eritrodermia, con el fin de no utilizar el medicamento que la produjo y evitar un nuevo accidente.

V. PÚRPURAS Y HEMORRAGIAS. — En determinadas ocasiones se producen alteraciones sanguíneas de tal importancia e intensas a veces que pueden producir la muerte con un síndrome hemorrágico. Pueden observarse diversos tipos de gravedad diferente. Una púrpura simple o hemorrágica y una púrpura grave con anemia aplástica o en otros términos, anemia aplástica con síndrome hemorrágico.

La púrpura simple, ya comprobada por Brauer en 1922, se caracteriza como su nombre indica, por petequias y manchas hemorrágicas aparecidas espontáneamente y de forma rápida sin ningún traumatismo, localizadas preferentemente en los miembros y que no desaparecen por la presión. Son acompañadas en

ocasiones de fenómenos generales y dolores articulares como la púrpura reumatoide y desaparecen en algunos casos rápidamente de forma espontánea.

La forma hemorrágica estudiada por Ferond, Wydooghe, Daviot, Giorgiades, Bourtelier y otros, es una púrpura más grave, con hemorragias mucosas y viscerales. Se presenta precedida de fiebre, escalofríos, vómitos, cefaleas intensas, dolores articulares y en ocasiones ictericia. Las hemorragias más frecuentes son gingivorragias, después metrorragias, hematurias y hematémesis.

La anemia aplástica hemorrágica es menos frecuente, siempre grave y si su comienzo es agudo, su terminación es mortal. Se trata de una asociación del cuadro de la anemia aplástica y de una púrpura hemorrágica, en el que unas veces domina en el cuadro clínico la púrpura hemorrágica o la anemia aplástica.

Las alteraciones sanguíneas varían según la gravedad del accidente las que proceden de una acción nociva directa del medicamento. En estos accidentes se comprueba que toda inyección de neosalvarsán produce un choc hemoclásico con hiperleucocitosis, inversión de la fórmula leucocitaria y una disminución de los hematoblastos. En las púrpuras hemorrágicas existen alteraciones sanguíneas constantes; la anemia no es muy acentuada; Ferond y Wydooghe encuentran cifras de 3.410.000, 4.600.000 y 4.500.000, glóbulos rojos; existe leucopenia y modificaciones de la fórmula leucocitaria. Los trastornos de la coagulación son constantes pero variables en intensidad según los momentos, las dosis inyectadas y condiciones individuales. El número de plaquetas disminuído, el coágulo poco retráctil y el tiempo de hemorragia muy aumentado.

En la anemia aplástica hemorrágica los signos de anemia son sumamente acentuados; las hemorragias a veces múltiples e intensas. Puede existir una angina necrótica que sangra al menor contacto. La disminución de los glóbulos rojos es importante, con falta de hematies nucleados, de poiquilocitosis y anisocitosis; la leucopenia es intensa, con hipopolinucleosis acentuada, bajando el número de polinucleares neutrófilos hasta 30, 20 y 18 por 100; los trastornos de la coagulación son muy intensos, con retardo considerable, persistencia del tiempo de hemorragia, coagulación plasmática y disminución de las plaquetas hasta ausencia completa en ocasiones. Puede dominar en el cuadro clínico una destrucción intensa de los glóbulos blancos con hemorragias y anemia poco acentuadas como en el caso estudiado por Moore y Foley, en el que los leucocitos bajaron de 4.400 a 600 sin anemia ni púrpura, recordando el síndrome de una agranulocitosis de Schultz, pues fueron casi destruídos los leucocitos granulosos.

Estos accidentes son siempre de origen tóxico; son producidos por todos los arsenicales, sea cualquiera la vía que se utilice en su introducción; por

regla general cuando se producen los enfermos han recibido varias inyecciones, después de la cuarta en los casos de Labbe, Langlois y Chatellier; excepcionalmente después de la primera dosis de 0,10 gramos como en el caso de Majocchi. Este caso y algunos otros hacen pensar si existen causas predisponentes que determinen la producción de la anemia purpúrica, una diátesis hemorrágica o lesiones anteriores renales o hepáticas.

Según los estudios de Tzand, Lannoy y Helmanova, en 1921 y 1922, los salvarsanes hacen incoagulable la sangre lo mismo en vivo que en vitro. Langrevin, Brule y Marie estudian las variaciones de la fórmula sanguínea en el curso de las inyecciones arsenicales y comprueban que los hematies disminuyen después de las inyecciones para aumentar después más o menos rápidamente.

No parece sea el arsénico el responsable de estos trastornos tóxicos, pues numerosas investigaciones realizadas con sales arsenicales inorgánicas no han producido dichos síndromes. Para algunos autores como Ferond se ha considerado como responsable al grupo sulfoxilado del neosalvarsán, por existir casos en los que toleran la sustitución sin accidente del neosalvarsán por el salvarsán y el eparseno, cuerpos sin azufre.

Para la mayoría de los autores, como Aubertin, consideran responsable al benzol, apoyados en los trabajos experimentales de Fontana, Dazzi, Levy-Bruhl, Santesson, etc. y en comprobaciones clínicas que demuestran gran parecido entre los accidentes agudos producidos por el benzol y los producidos por el neosalvarsán, pues en ambos casos existen fenómenos hemorrágicos con idénticos trastornos de la coagulación, igual anemia de tipo aplástico, igual leucopenia e idéntica disminución de las plaquetas.

VI. Ictericia. — Este accidente ya conocido poco tiempo después de introducido el salvarsán en terapéutica antisifilítica, durante los años de la guerra europea y post-guerra, aumentó extraordinariamente, adquirió gran importancia y desde entonces prestan gran atención los sifiliógrafos por revestir en ocasiones extraordinaria gravedad y exigir gran cautela en la terapéutica antisifilítica que debemos seguir. Su frecuencia es variable: el 2,2 por 100 (Milian), 10 por 100 (Chevallier), 6,13 por 100 (Brodier), 2 por 400 (Sezari), 9,8 por 100 (Monzón) y 5 por 100 (Clement-Simon).

Las ictericias pueden ser de aparición precoz o tardía; las primeras se presentan después de la segunda o tercera inyección, y las segundas aparecen más frecuentemente después de terminado el tratamiento o dos, tres y cinco meses más tarde.

Según su evolución se dividen en benignas y graves. Las primeras son no siempre precedidas de un síndrome gastro-intestinal más o menos acen-

tuado, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarrea, malestar general y cefalalgias; aparece después una ictericia de tipo catarral más o menos acentuada, con o sin prurito, con o sin decoloración de materias fecales, con pigmentos biliares en orina. El hígado ligeramente hipertrofiado no doloroso, con una simple sensación de peso en el hipocondrio derecho.

La ictericia grave comienza con fenómenos generales más acentuados: la pigmentación y el tinte de las conjuntivas puede no ser intenso, de aspecto francamente sub-ictérico con hemorragias cutáneas y mucosas frecuentemente. Puede lentamente desaparecer la ictericia y entrar el enfermo en franca mejoría, o por el contrario de forma bastante brusca, se inicia un estado subcomatoso con fenómenos nerviosos, agitación y delirio, las hemorragias aumentan, existe fiebre el enfermo muere en coma completo con atrofia amarilla de hígado.

La patogenia de estos accidentes hepáticos ha sido muy discutida y todavía sigue apasionando a los sifiliógrafos; para unos son de naturaleza tóxica, y sifilítica para otros; de origen infeccioso según algunos, y para otros, por fin, de origen mixto sifilo-tóxico.

Un origen tóxico arsenical es aceptado y defendido por Rille, Pinkus, Laurent, Chabrol, Wacesch, Nicaud, Kaumer, Hoffmann, Levy-Bing, Lacapere, Dujardín, Sicard, Deufour, Ravaut, etc. El arsénico es un tóxico que se deposita en gran cantidad en el hígado y destruye la célula hepática; así Burnaschew encuentra el arsénico en el hígado tres semanas después de poner dos inyecciones de neosalvarsán. Ulmann comprueba existe gran cantidad después de una inyección de salvarsán; otros encuentran lesiones destructivas de la célula hepática de carácter tóxico, como Jeanselme, Hoffman, Golay y Lynch. En relación con las aportaciones de estos autores son de gran importancia los casos de ictericia presentados en enfermos no sifilíticos tratados con salvarsán, algunos terminados por muerte, como el publicado por Lube.

Los defensores de un origen tóxico apoyan este modo de pensar en que estos casos van generalmente acompañados de otros síntomas de intoxicación como eritrodermias, púrpuras, polineuritis, melanodermias, etc., en que las reacciones serológicas son negativas y las investigaciones de laboratorio prueban un aumento de urobilina, pigmentos biliares en orina, y sangre, como resultado de una destrucción de la célula hepática y por fin en comprobaciones clínicas de gran valor, como los casos estudiados por Ravaut, que por seguir el tratamiento arsenical terminaron con una atrofia amarilla de hígado.

Un origen sifilítico es defendido preferentemente por Milian; Mayer considera que la sífilis juega el principal papel en la producción de la atrofia amarilla del hígado. Brinbanm, de diez y siete casos estudiados considera la mayoría como de origen sifilítico. Masson admite en parte la teoría de Milian, y las ictericias precoces considera pueden ser de origen sifilítico. El profesor

Gougerot admite algunos casos como sifilíticos por una reacción de Herxheimer. Milian considera que de cien casos de ictericia que se presentan durante el tratamiento, noventa son sifilíticas, diez por una reacción de Herxheimer y ochenta por sífilis recidivante. Las diez restantes son de diferente origen: cuatro, tóxicas; cuatro, por cólico hepático; una, de origen infeccioso, y otro caso de origen catarral coincidiendo con el tratamiento. Las ictericias precoces son consideradas como una reacción de Herxheimer de localización hepática, pues el treponema, al existir latente, es reactivado por la medicación, y las tardías son producidas por recidivas de una lesión sifilítica no suficientemente esterilizada y curada por haber sido insuficiente el tratamiento utilizado, al igual que sucede con la producción de las neurorrecidivas. Este modo de pensar se fundamenta en que la ictericia aparece con más frecuencia después de terminado el tratamiento que durante la realización del mismo, mientras los accidentes hepáticos de carácter tóxico se presentan durante la administración del mismo. La ictericia coincide con otros accidentes sifilíticos o en enfermos con serología positiva, en los que casi siempre el tratamiento realizado ha sido insuficiente, la que desaparece y cura rápidamente con la continuación de la medicación arsenical. Y por fin considera dicho autor que se presentan en el período secundario de la infección en sífilis rebeldes y recidivantes.

Para un tercer grupo de autores son de origen infeccioso, no tóxicas ni sifilíticas, sino simplemente son ictericias catarrales. Chevallier y Paillard, en 1920, admiten esta posibilidad, y Brodier piensa que el salvarsán favorece la producción de una ictericia toxi-infecciosa. Ruge, en 1925, estudia atentamente 1.331 observaciones, las que le hacen pensar que dada su sintomatología, evolución, mayor frecuencia en otoño e invierno, e idénticos caracteres clínicos con la ictericia infecciosa, el salvarsán en unos y la sífilis en otros casos, son los que preferentemente al lado de la fatiga, el alcohol, etc., favorecen y ayudan a las verdaderas causas de su producción. Sezary piensa que el arsénico exalta la virulencia de un agente latente, el que produce la ictericia. Este autor considera como catarral la ictericia; su frecuencia mayor desde el empleo del salvarsán la cree debida a una causa desencadenante o predisponente que reside en el arsénico, el que ejerce una acción biotrópica.

Y por fin un último grupo de autores las consideran producidas por asociación del salvarsán a la sífilis; unas veces el hígado es insuficiente, y por una acción tóxica del treponema permite ejerza el arsénico su acción tóxica y destructiva; otras veces, debilitado el hígado por este medicamento, permite la implantación del treponema y no resiste a la acción nociva de este germen. Es decir, tóxicas o sifilíticas, las ictericias son siempre el resultado de un ataque medicamentoso e infeccioso.

Como ven ustedes existen opiniones totalmente opuestas que exigen tener un

concepto claro, del que depende el tratamiento a seguir, diferente según sea aquél, el que puede conducirnos a un fin funesto por terminación del enfermo con una atrofia amarilla de hígado.

Para Milian las ictericias presentadas después del tratamiento o post-terapéuticas son hepato-recidivas y tienen una sintomatología propia con pequeños trastornos digestivos, lengua roja y húmeda, no saburral; con temperatura normal, y cuando existe fiebre no es elevada, pero existe aumento de bazo y frecuentemente accidentes activos de sífilis y reacción de W. positiva. Las ictericias durante el tratamiento son difíciles de definir; como hemos indicado pueden ser motivadas por una reacción de Herxheimer, por una acción biotrópica o tóxicas.

Analizando atentamente los enfermos y estudiando detenidamente las opiniones emitidas por los diferentes autores, es preciso apartarse un poco de la opinión de Milian, aproximándose a los que consideran como tóxicas la mayoría de los casos, pues al tratamiento de los enfermos no siempre ha sido insuficiente, sino todo lo contrario, intenso y correctamente realizado; no siempre van precedidas ni acompañadas de otros síntomas de intoxicación, sino todo lo contrario; la ictericia es el único síntoma. Las ictericias sifilíticas como las infecciosas no presentan síntomas claros y precisos; las sifilíticas no pueden desecharse por la falta de otros síntomas concomitantes ni la presencia de ellos permite asegurar su origen sifilítico. Las infecciosas pueden presentar un cuadro frustrado, pues existen aquéllas que sin causa ocasional apreciable se presentan totalmente apiréticas no precedidas de signos de embarazo gástrico, sin más síntomas funcionales que anorexia y astenia que acompañan a toda ictericia.

La teoría infecciosa ascendente en la producción de las ictericias va perdiendo el puesto conquistado; así Gerone considera que el diagnóstico de una ictericia catarral debe ser restringido; que la mayoría de las salvarsánicas como las sifilíticas no tienen nada de común con las catarrales, pero sí una gran analogía con la atrofia amarilla aguda o subagudá del hígado, de la que no son más que un cuadro inicial atenuado. Todas estas ictericias no son debidas a infecciones catarrales de las vías biliares, no son de origen sanguíneo, a pesar del poder hemolítico del salvarsán; son de origen hepático por una alteración de la célula hepática, por un agente infeccioso o tóxico.

Es preciso, pues, conocer que las presentadas después del tratamiento pueden no ser hepatorrecidivas y ser debidas a una intoxicación arsenical. Las precoces pueden ser sifilíticas, tóxicas o biotrópicas, siempre difíciles de diferenciar por falta de sintomatología propia, pero en todas existe una alteración destructiva de la célula hepática.

Estas lesiones se manifiestan por la existencia de leucina y tirosina en orina, y bilirrubina en sangre, que prueban una destrucción de la célula hepática. En enfermos tratados con salvarsán, ciertos autores como Chargin, Orgel, Meulengracht y otros, comprueban que la bilirrubina en sangre aumenta progresivamente con el tratamiento.

Indudablemente en todos los casos existe una acción hepato-tóxica del treponema y del salvarsán, la que será favorecida por un estado de hiponutrición, fatiga, alcoholismo, etc., y por afecciones coincidentes como litiasis, quistes hidatídicos, etc., que disminuyen la reserva hepática. Así, pues, será preciso que nos demos cuenta de estos estados de insuficiencia hepática para evitar en lo posible con un tratamiento apropiado la acción hepatotóxica del treponema y no complicarla con una medicación salvarsánica incorrectamente utilizada.

VII. Accidentes renales. — Entre éstos existe la albuminuria, complicación excepcional del tratamiento salvarsánico. Se observan en ocasiones algunos casos de albuminuria después de cada inyección, sin signos claros de nefritis, que en ocasiones representan una reactivación de una nefropatía de origen sifilítico.

Todas las medicaciones utilizadas en terapéutica antisifilítica pueden originar nefropatías, pero en su comportamiento presentan diferencias notables, según el medicamento que las produce. Los trabajos experimentales de Schalzen, Hedinger, en 1917, utilizando el sublimado al 1 por 100 y el ácido arsenioso también al 1 por 100, prueban que estos agentes tóxicos renales se comportan de forma diferente; el primero ataca a los túbulis con lesiones degenerativas y el segundo a los glomérulos con lesiones inflamatorias. Posteriormente Alsvers utiliza el salvarsán primitivo y más tarde el neosalvarsán, probando con ellos su acción tóxica menor que la del ácido arsenioso sobre el glomérulo.

El salvarsán en el riñón es escasamente tóxico; las nefropatías arsenicales son poco frecuentes, son glomérulo-nefritis focales, cuyo síntoma fundamental es la hematuria.

Se ha descrito una nefrosis arsenical la que hoy, a pesar de los estudios experimentales y comprobaciones clínicas, no puede desecharse rotundamente; igualmente sucede con la nefrosis hemorrágica, descrita por Schulze, la que actualmente debe admitirse en la práctica con reserva.

VIII. Polineuritis. — En los enfermos tratados muy intensamente y de forma prolongada, se pueden producir neuritis, generalmente sensitivas de localización preferente en miembros inferiores o en el cubital. Los enfermos aquejan hiperestesias, dolores musculares, trastornos de la sensibilidad objetiva y abolición o disminución de los reflejos tendinosos.

Esta complicación es preciso distinguirla de la tabes, principalmente en los casos incipientes. Abandonado el tratamiento desaparecen lentamiente todas

las molestias; los dolores pueden persistir uno o dos años y más tarde reaparecer los reflejos tendinosos.

IX. Pigmentaciones y melanodermia. — Desde tiempo remoto es conocido el hecho que los arsenicales pueden producir pigmentaciones cutáneas (melanodermias). Las melanodermias arsenicales tienen un primer grado que una pigmentación a nivel de las lesiones, posiblemente como ocurre en los casos de Liquen plano tratado durante largo tiempo con arsénico. Un segundo grado lo constituyen las melanodermias difusas, es decir aquellas que no quedan circunscritas a los sitios donde hubo lesiones, sino que invaden zonas más extensas, grandes trozos de piel, la que adquiere un color oscuro más o menos intenso según la sensibilidad de la piel para el arsénico. Es de interés estas melanodermias en relación al tratamiento antisifilítico que debemos seguir; existen algunos casos que, dejado el enfermo sin tratamiento durante algún tiempo, se puede volver de nuevo a reanudarlo, y por el contrario existen otros extraordinariamente sensibles, en los que basta una pequeña cantidad de salvarsán para producirse la melanodermia y contraindica por lo tanto el uso de dichos preparados.

X. Estomatitis. — La comprobación de este accidente es de época relativamente reciente; Clement-Simon, en 1922, presentó el primer caso observado, en el Congreso de Dermatología y Sifiliografía de París. Puesto en duda al principio, se publicaron posteriormente otros casos, y actualmente es aceptado por la mayoría de los sifiliógrafos.

Su sintomatología es la de toda estomatitis; no presenta caracteres especiales; existen grados diferentes, desde una simple gingivitis hasta una necrosis maxilar como en las antiguas estomatitis mercuriales de carácter grave. El grado más simple está caracterizado por un dolor dentario inmediato a la inyección, que se repite con las dosis siguientes; otras veces este dolor gingival va acompañado de fuerte sialorrea que dura algunos días. El grado más acentuado está caracterizado por síntomas más alarmantes de intoxicación, preferentemente una eritrodermia. Localmente su comienzo se hace por un enrojecimiento difuso de la mucosa bucal con molestias funcionales y ulceraciones generalmente en el borde de las encías que están intensamente inflamadas, edematosas y sangrantes con un fondo casi siempre recubierto por un exudado negruzco. La salivación es abundante, fétida, con adenopatías cervicales y dificultad en la deglución, variable según los casos.

Este accidente es de origen tóxico, con gran eliminación del medicamento por la mucosa bucal que motiva la producción de una estomatitis fuso-espirilar. Para otros se trata de un accidente biotrópico por exaltar el medicamento la virulencia de los gérmenes saprofitos de la cavidad bucal.

Llaman la atención los ensayos de tratamiento local con salvarsán de las estomatitis bismúticas y mercuriales con buenos resultados, y las comprobaciones de Queyrat y Sezary, que demuestran que las inyecciones intravenosas de salvarsán no mejoran una estomatitis mercurial sino todo lo contrario, indicando que por vía venosa el medicamento ejerce una acción nociva y tóxica, mientras localmente es eficaz contra la asociación fuso-espirilar.

B.—Accidentes no tóxicos

I. Accidentes por conflicto terapéutico. — Milian denomina así las reacciones locales o generales que son el resultado de un conflicto o lucha entre el medicamento y el germen donde el organismo, campo de batalla, reacciona ante la lucha entablada entre el treponema y el salvarsán. Estas reacciones pueden ser locales o generales.

a) *Reacción local.* — Esta se denomina reacción congestiva de Herxheimer. Si se examina atentamente un exantema secundario después de la primera inyección, se comprueba al día siguiente que las manchas de la roseola tienen un tinte más vivo, con bordes más definidos por producirse una congestión activa de las manchas, las que han aumentado en número. En los días siguientes el exantema pierde de color, se hace más pálido, hasta desaparecer.

Lo mismo ocurre con los accidentes primarios y con las lesiones terciarias, sólo que en ocasiones la reacción pasa desapercibida. Estas reacciones representan simplemente una activación de la lesión sifilítica, la que puede producirse como es natural en todas las regiones en que exista aquélla y con síntomas propios del órgano donde asiente. En una nefritis sifilítica se producirá un aumento de la albúmina; en un tabético, los dolores fulgurantes serán acentuados; en un paralítico general se podrá producir una crisis de excitación furiosa; en una infiltración laríngea, una dificultad respiratoria hasta la asfixia, y en una miocarditis o coronaritis puede, por la misma razón congestiva local, motivar un accidente de extremada gravedad, hasta mortal en ocasiones.

El grado de reacción depende por una parte del poder reaccional del individuo y de la dosis empleada; será de mayor intensidad cuanto mayor sea el conflicto terapéutico y se repetirá a veces después de otra inyección si las dosis se elevan bruscamente.

Esta reacción se explica de formas diversas: por una acción directa del medicamento sobre el tejido sifilítico (Herxheimer y Krause); por una acción directa del medicamento sobre el treponema (Thalmann); por una acción disolvente del medicamento sobre el treponema y un estado de alergia del organismo frente a las endotoxinas treponémicas puestas en libertad (Kalb); por una vasodilatación producida por el salvarsán (Kulnew y Domeruikowa).

Recientemente Bizzozero piensa es debida a un factor no específico, una vasodilatación producida por el medicamento y a otro factor específico la acción treponemicida del salvarsán.

b) La reacción de Herxheimer general se manifiesta por un acceso febril, acompañado de fenómenos generales parecidos a los accesos palúdicos. Dicha fiebre se repite después de cada inyección y decrece lentamente con el tratamiento. En las sífilis antiguas, no tratadas desde largo tiempo, dicha reacción febril puede ser violenta y en las sífilis secundarias floridas es solamente un aumento de la fiebre ya existente.

II. Sífilis recidivantes. — Estos accidentes como su nombre indica, son el resultado de una recidiva, de una lesión sifilítica antigua en estado latente.

a) *Neurorrecidivas.* — Se llaman así ciertos fenómenos morbosos que se presentan súbitamente y que se manifiestan preferentemente, bajo la forma de transtornos del funcionalismo de los nervios craneales.

La localización en el nervio acústico produce una hiperacusia que puede llegar a la sordera con zumbidos de oídos, vértigos y vómitos. En otros nervios craneales se producen parálisis y paresias, como sucede en el motor ocular común, facial, glosofaríngeo e hipogloso.

Estos accidentes se presentan en enfermos, algunos meses después de terminado el tratamiento. Su comienzo es brusco, la lesión es generalmente progresiva y su duración depende principalmente del tratamiento que se practique.

En los comienzos del empleo del Salvarsán se produjeron con gran frecuencia relacionados íntimamente con el tratamiento, de tal forma, que alcanzaban una proporción del 3 al 9 por 100 del total de los accidentes. Se consideraron en un principio como tóxicos comparándolos con las neuritis del nervio óptico producidas por el empleo del Atoxil, que producían una ceguera rápida.

Finguer las consideró como resultado de un neurotropismo del medicamento. Ehrlich, en 1911, defendía su origen sifilítico y atacaba duramente su origen tóxico. Benario, en esta misma época, observa que se presentan igualmente en enfermos no tratados con Salvarsán, sino con mercurio, lo que motiva no considerase al Salvarsán como responsable, y diferentes sifiliógrafos ideasen otras teorías que explicasen dichos accidentes.

Gaucher en Francia, defendía un origen tóxico, mientras otros como Milian y Leredde, curaban dichos accidentes siguiendo el tratamiento salvarsánico. Dominaba ya la opinión de estos últimos y Emery, lo mismo que Finguer, creen que el salvarsán por su acción tóxica crea una menor resistencia del sistema nervioso y éste se deja atacar y destruir por el treponema con mayor facilidad. Según Gougerot el arsénico ataca los centros nerviosos y el treponema puede alojarse mejor en dicho tejido menos resistente, el que se concentra preferentemente en la vaina de los nervios por ser el lugar donde llega difícilmente la acción medicamentosa y sobre una lesión en un principio de meningorrecidiva, el treponema recobra su actividad al agotarse la acción del arsénico y determina una neurorrecidiva.

Para otros el treponema disminuía la resistencia del tejido nervioso y el salvarsán ejercía más fácilmente su acción tóxica. Posteriormente aparecieron los estudios de Ravaut sobre el líquido céfalo-raquídeo de los sifilíticos, en los que comprueba un aumento constante de células que indicaban un ataque del sistema nervioso por el treponema. En aquella época se explicaban estos accidentes de tres formas diferentes: 1.ª Parálisis por acción tóxica del medicamento, en cuyos casos el líquido céfalo-raquídeo era normal, sin células ni albúmina, considerados como el resultado de una neurofilaxia tóxica, pudiendo producirse lo mismo en sujetos sanos que sifilíticos y palúdicos. 2.ª Parálisis presentadas al día siguiente de la inyección, con gran cantidad de albúmina y células en líquido céfalo-raquídeo consideradas como reacciones meningotróficas, las que se presentaban solamente en el período secundario en sujetos que reaccionaban vivamente con el medicamento (reacciones de Herxheimer), en los que era preciso seguir con la indicación arsenical. 3.ª Parálisis presentadas tardíamente después del tratamiento, consideradas como neurorrecidivas porque la medicación utilizada no había esterilizado y destruído totalmente los treponemas.

Más tarde, Levy-Bing, Ravaut, Emeriy, Milian y otros, piensan que por un tratamiento insuficiente en los períodos precoces de la infección quedaban nidos de treponemas que más tarde eran encargados de adquirir virulencia nuevamente y producir dichos accidentes. Posteriormente se ha probado que los puntos de emergencia de los nervios craneales son los sitios de elección para que queden latentes focos de gérmenes que pueden adquirir nueva virulencia y producir lesiones de meningitis localizadas con parálisis de los nervios craneales, que son simplemente lesiones genuinamente sifilíticas, como lo demuestran las reacciones positivas en el líquido céfalo-raquídeo de estos enfermos.

En resumen se trata simplemente de verdaderas sífilis recidivantes, no de accidentes de origen tóxico.

Las hepatorrecidivas, como ya hemos indicado anteriormente, después del tratamiento salvarsánico se presentan ictericias, consideradas por Milian principalmente como sífilis recidivantes y como verdaderos accidentes tóxicos por otros.

Su diferenciación es difícil de establecer, como ya indicábamos y no tenemos que insistir de nuevo por habernos ocupado ya ampliamente.

III. Biotropismo. — En este capítulo se incluyen los accidentes denominados

por Milian biotrópicos. Ya nos hemos ocupado en qué consisten al estudiar los exantemas cutáneos del noveno día.

El organismo puede albergar gran cantidad de microbios más o menos patógenos que viven en estado latente. Las criptas amigdalinas, las caries dentarias, los ganglios, la médula ósea, el tubo digestivo, etc., son reservorios de gérmenes, los que pueden adquirir virulencia por una determinada excitación. Esta hipótesis, según Milian, explica muchas idiosincrasias medicamentosas y gran cantidad de los accidentes salvarsánicos.

Los accidentes biotróficos dependen del germen reactivado que los produce; el estafilococo y estreptococo producirán una forunculosis, como ha estudiadó Milian; un protozoario motivará en un palúdico latente accesos palúdicos; un ultravirus, un herpes vulgar o un zona, y en otras ocasiones se presentarán accidentes cutáneos de tipo Liquen Plano de Wilson, y Pitiriasis Rosada de Gilbert.

* * *

Los arsenicales trivalentes de los que acabamos de ocuparnos, utilizados por vía muscular, producen accidentes parecidos y próximos a los ya estudiados.

Entre los de carácter local, el más importante es el dolor en el sitio de la inyección, más o menos intenso, a veces casi intolerable, según el preparado utilizado. Los de carácter general son tóxicos unos y no tóxicos otros. El olor aliáceo, fiebre, etc., generalmente son menos acentuados.

La crisis nitritoide menos intensa y de aparición más tardía como es natural, se presenta de una a tres horas después de la inyección y tiene el inconveniente de la falta del médico y la desorientación consiguiente en ocasiones, por desconocer su verdadera causa. Rara vez se produce una apoplegia serosa, pero puede presentarse como demuestra el caso estudiado por Petges.

Igualmente, como es natural, se producen los restantes accidentes que son capaces de producir los arsenicales utilizados por vía venosa.

* * *

Una vez estudiados los accidentes es preciso nos ocupemos de su tratamiento. La utilización de todo medicamento, debe realizarse correctamente, siempre que no esté contraindicado, con lo que evitaremos la mayoría de los accidentes que éste puede producir.

Los de carácter local por falta de asepsia requieren solamente las reglas corrientes para no producirlos. Una extravasación venosa se evita con técnica correcta y si esta ha faltado requiere reposo y fomentaciones calientes.

El olor aliáceo, náuseas, vómitos, etc., que indican cierta intolerancia medicamentosa, exigen gran atención de los enfermos y una dosificación prudente del medicamento, pues representan siempre el comienzo de un próximo accidente grave. La crisis nitritoide, como la apoplegia serosa, se tratan con adrenalina. En una crisis nitritoide corriente, es suficiente con inyectar un centímetro cúbico de adrenalina al milésimo por vía subcutánea y, en los casos graves, si el accidente no desaparece con la medicación antes indicada, se inyecta por vía venosa con la misma jeringa, la pequeña cantidad de medicamento que resta en ella, mezclada con suero fisiológico. La administración preventiva de unas gotas de adrenalina por vía oral, produce un estado de simpaticotonia que evita, gran número de veces, la presentación del citado accidente. Algunos autores como Gougerot, Chailley-Bert, Girard, Peire y Caillaud, utilizan como medio preventivo el Eoxinato de Cesio al 10 por 100 como disolvente del salvarsán.

El tratamiento de los exantemas es variable, según sea su interpretación patogénica y su diagnóstico. Este sería más difícil si el enfermo sigue un tratamiento mixto arseno-bismútico o arseno-mercurial, en cuyo caso como los medicamentos son capaces de producir una eritrodermia, sería preciso determinar que compuesto es el responsable. Esta duda la resolveremos con intradermo-reacciones con una solución de salvarsán al 1 por 1000, la que si es positiva nos indicaría una intoxicación salvarsánica y bismútica o mercurial, en el caso contrario. El criterio en la terapéutica a seguir, es primero suprimir el medicamento responsable del exantema. En los exantemas precoces los autores que los consideran como biotrópicos, aconsejan seguir con la medicación salvarsánica, pero lo prudente, hoy que contamos con preparados bismúticos de gran actividad, es suprimir los arsenicales y continuar la medicación con aquellos.

En el tratamiento del accidente ya constituído, nos limitaremos primero, desde el punto de vista externo, a una cuidadosa limpieza de la superficie cutánea y al empleo de pomadas totalmente indiferentes. El enfermo será sometido a una dieta semi-líquida, se utilizará urotropina por vía digestiva o endovenosa, a dosis crecientes en solución al 10 por 100. Ravaut preconiza en las formas graves hiposulfito sódico por vía venosa al 20 por 100, en inyecciones alternas de 5 c. c. Golay y Silvestre, Scholtz y Richter aconsejan inyecciones hipertónicas de glucosa al 50 por 100 por vía venosa, a una dosis de 10 a 15 c. c. diariamente.

Las púrpuras y hemorragias exigen la supresión de la medicación arsenical, se utilizará la adrenalina, cloruro de calcio, peptona y transfusiones saguíneas. Toda ictericia exige gran prudencia, aunque puede tratarse de una hepatorecidiva o de un accidente biotrópico, por las graves consecuencias que supone un diagnóstico erróneo y la continuación del tratamiento. Como medio preventivo investigaremos antes de todo tratamiento el estado funcional de la célula hepática, con la determinación de pigmentos biliares en orina y bilirrubina en sangre durante el tratamiento, con el fin de descubrir toda insuficiencia hepática y hasta verdaderas ictericias larvadas. Una vez presentada una ictericia, lo prudente es la supresión de la medicación arsenical y seguir con una terapéutica

bismútica en unión de un conveniente tratamiento médico de la afección hepática.

Los restantes accidentes de orden tóxico exigen igualmente la supresión del medicamento. Por el contrario, los motivados por un conflicto terapéutico, requieren la continuación del tratamiento con una dosificación prudente repetida y sostenida. Igualmente exigen la continuación del tratamiento arsenical, las neurorrecidivas, las que nos indican un ataque por el treponema del sistema nervioso y, por lo tanto, exigen una medicación más intensa, sostenida y prolongada por tratarse de sífilis graves.

* * *

Como apéndice a nuestro estudio nos ocuparemos rápidamente de los accidentes producidos por los preparados derivados del arsénico pentavalente, los que también pueden agruparse en tóxicos y no tóxicos.

Utilizados por vía oral en forma de Stovarsol, Treparsol o Spirocid, producen con frecuencia trastornos digestivos consistentes en anorexia con lengua saburral y pesadez gástrica, seguida de diarrea en ocasiones. Casos seguidos de muerte son señalados por Sezary con síntomas hemorrágicos y meníngeos. Utilizados por vía subcutánea e intramuscular son seguidos a veces de reacción dolorosa local generalmente tolerable. Una reacción congestiva puede ser producida, pero siempre poco intensa, sea cutánea o visceral.

Igualmente pueden producir accidentes cutáneos, una crisis nitritoide, y apoplejía serosa estudiadas por Milian, Garnier y May. La temperatura es elevada, en ocasiones hasta 39º, ordinariamente pasajera que desaparece en veinticuatro o cuarenta y ocho horas. Trastornos intestinales se pueden presentar, caracterizados por diarreas no acentuadas que con opio ceden rápidamente,

El accidente de mayor y verdadera importancia es la neuritis óptica. Esta aparece en el curso del tratamiento o al final de éste. La agudeza visual disminuye rápidamente, pudiendo llegar en algunos casos a una ceguera total; lo más frecuente es solamente una disminución de la visión. Dicha complicación se presenta con dosis elevadas, o cuando éstas son poco espaciadas se trata de un accidente puramente tóxico, al igual que las neuritis que producía el Atoxil, por lo que será preciso explorar el fondo del ojo y estar alerta para suspender la medicación a la menor alteración o disminución de la agudeza visual.

BIBLIOGRAFIA

Abitboul. — Contribution à l'etude etiologique et pathogènique des icteres novarseno-benzoliques. — These de Paris, 1921.

Babalian. — Peut-on prevenir la crisis nitritoide. — «Jour. de Méd.», agosto, 1923.

Babalian et Juster. — Du mecanisme physio-pathologique de la crisis nitritoide. — «Revue de Méd», núm. 6, 1923.

Barteleмy. — Rapport du Comite de Salvarsan sur les effets toxiques des arsenobenzenes. — «Ann. de Mal. Vener.», 1923, pág. 79.

Boutelier. — Les accidents cutanées des arsenobenzoles .— Thece de Paris, 1920.

Brin. — Les erytrodermies post-arsenobenzoliques. — «Revue de Méd.», 1926, página 195.

Bulliard. — Erytheme scarlatiniforme recidivant consecutif a les inyections de neosalvarsán». — «Ann. d. Dermat. et Syphil.», 1913, pag. 468.

Buschke y Curth. — Exantema salvarsánico. — «Münch. Med. Woch.», 1928. página 1.794.

Barrio de Medina. — Tratado español de Venereología y Sifiliografía. — Madrid, año 1930.

Bejarano. — Estudio clínico-terapéutico de los exantemas post-salvarsánicos. — «Archivos de Med., Cir. y Especialidades», 4 de marzo, 1922.

Bizzozero. — Sur la reaction de Herxheimer. — «Ann. de Dermat. et Syphil.», 1930, página 44.

Covisa. — Hepatitis salvarsánicas. — «Actas Dermo-Sifiliográficas», 1927, pág. 82.

Covisa y Gay. — Contribución al estudio de los exantemas salvarsánicos. — «Actas Dermo-Sifiliográficas», 1929, pág. 303.

Carle. — Therapeutique des maladies veneriennes. — París, 1925.

Caillaud. — L'eoxinato de cesium, son action antichoc en arsenotherapie». — These de Paris, 1930.

Debon. — Les accidents cutanées de l'arsenotherapie. — These de Paris, 1920.

Denarie. — Contribution à l'etude de la Stomatite arsenicale. — These de Paris, año 1930.

Deroide. — Anemie pernicieuse post-novarsenobenzolique. — «Bull. Soc. Med. Hop. de Paris», 1922, pág. 1.460.

Chatelier. — Púrpura arsenobenzolique avec stomatorragie. — «Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil.», 1923, pág. 15.

Filliol. — Contribution à l'etude des icteres paratherapeutiques. — These de Paris, año 1929.

Gougerot. — Syphiles en clientele. — París, 1923.

Gjessing. — Encephalite hemorragique au cours d'un traitement pour le Neosalvarsán. — «Acta Dermato-Venereológica», 1917.

Golay. — L'ictere tardif du Neosalvarsan. — «Ann. de Mal. Vener.», enero, 1918.

Gjessing. — A form of Salvarsán dermitis. — «Acta Dermato-Venereológica». —Octubre, 1928.

Golay y Silvestre. — Erythrodermies consecutives au traitement arsenobenzoliques. «Ann. de Mal. Vener.», 1921, pág. 321.

Hoffmann. — Spoetexantheme nach Salvarsan. — «Deuts. Med. Woch.», 1911, página 2.057.

JANIM. — Le salvarsan et ses accidents. — These de Paris, 1913.

KOLLE Y LIELER. — Handbuch der Salvarsanterapia Schwarzenberg. — Leipzig, 1924.

LYNCH Y HOGE. — Tosic janudice fallowing intensive antisyphilitic treatment. — «Jour. Amer. Med. Ass. Chicago», 1919, pág. 1.687.

LACAPERE. — Le traitement de la syphilis par les composes arsenicaux et bismuthiques. — París, 1925.

LAZERAT. — L'ictere grave apparaissant chez les syphilitiques traités par les arsenobenzoles. — These de Paris, 1926.

LEVY-FRAENKEL. — La Syphilis du grand sympathique. — «Ann. de Med. Ven.», 1923, pág. 1.

LAFONT. — Contribution à l'étude pathogenique des crises nitritoides. — These de Paris, 1923.

LEREDDE. — L'apoplexie serose est due a une reaction specifique. — «Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil.», 1924, pág. 178.

LEVY, JUSTER ET LAFONT. — Troubles Endocrines et crises nitritoides. — «Ann. de Mal. Vener.», 1923, pág. 127.

MASSON. — Pathogenie clinique et experimentale des icteres dits arsenobenzoliques. These de Strasbourg, 1925.

MILIAN. — L'adrenaline antagoniste du Salvarsan. — «Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil.», 1913.

MILIAN. — Accidents cerebreaux et reaction de Herxheimer. — «Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil.», 1912, pág. 169.

MILIAN. — Apoplexie sereuse. Adrenaline. Novarsenobenzol. — «Ann. de Mal. Vener», 1919, pág. 193.

MILIAN. — Apoplexie sereuse arenicalse. — «Acta Dermato-Venereológica», 1928, página 149.

MILIAN. — La crise nitritoide. — «An. de Mal. Vner.«, 1921, pág. 1.

MILIAN. — La classification des accidents des arsenobenzols. — «Paris Médical», 1.º marzo, 1924.

MILIAN. — L'erytheme scarlatiniforme de l'arsenobenzol est fonction d'infection. — «Ann. de Mal. Vener.», 1920, 535.

MILIAN. — Syphilis reaction d'Herxheimer, biotroprisme. — «Paris Médical», 1920, página 21.

MILIAN. — Les erythemes arsenieaux de 9.º jour. — «Revue de Med.», 1924, página 197.

MILIAN. — Le Biotroprisme. — París, 1929.

MILIAN. — L'ictere paratherapeutique des arsenobenzols en particulier. — «Rev. franc. de Dermatologie», 1925, pág. 164.

MILIAN. — L'ictere dit du Salvarsan. — «Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil.», julio, 1914, y diciembre, 1915.

MILIAN. — L'ictere qui suivent apres les cures de novarsenobenzol est du à la syphilis hepatique. — «Bull. Soc. Med. de Hop. de Paris», 1920, pág. 226.

NATHAN ET MUNCK. — Phenomene de sensibilisation experimentale et allergie cutanee au Miosalvarsan. — «Klin. Woch.», 1928, pág. 1.125.

NORZA. — Anemies graves, consecutives aux inyections de Novarsebenzol. — These de París, 1926.

OLTRAMARE. — Contribution à l'étude de la toxicité des arsenobenzols. — «Ann. de Mal. Vener.», 1921, pág. 240.

PARNET. — Les icteres paratherapeutiques chez les syphilitiques traités pour les Arsenobenzenes. — These de Paris, 1928.

J. PEIRY. — Enfermedades intersexuales. — Barcelona, 1929.

RAVAUT. — Sur un type special d'accidents cutanées et nerveux survenant brusquement de trois à cinq jours apres la 2.ª inyection de 606. Leur rapport avec l'anaphilaxie. — «Bull. et Mem. de la Soc. des Hop. de Paris», 1911, página 365.

ROSENTHAL. — Zur Pathogenese der Salvarsan dermatitis. — «Archiv. für Dermat. naid Syphil.», 1925, pág. 590.

RAIMOND. — Le melanodermie arsenicale. — «Presse Médicale», 29 septiembre, 1928.

SAVIGNY. — Les accidents cutanés au cours du Traitement arseno-bismutique. — These de Paris, 1929.

SKWIRSKY. — L'apoplexie sereuse post-arsenicale. — These de Paris, 1930.

SEZARY. — Le traitement de la Syphilis. — París, 1930.

SICARD. — Hemorragies post-novarsenobenzoliques. — «Soc. Med. de Hop. de Paris», 1922, pág. 1.415.

TRIDON. — Le traitement des erytrodermies arsenicales par l'hiposulfite de soule. — These de Paris, 1927.

SECCIÓN PRACTICA

UN CASO TIPICO DE ENFERMEDAD DE KHÖLER

POR EL

DR. JESÚS RIOSALIDO ORTEGA

MADRID

La casualidad de haber llegado a nuestras manos un enfermito portador de una radiografía tan característica de la enfermedad que Khöler dió a conocer el año 1908, me anima a dar el caso a la publicidad.

He visto varios enfermitos que diagnostiqué de este modo y que la radiografía después, con los rasgos que Khöler describe, confirmó el diagnóstico. Estos, con sus pruebas documentales, aparecieron en las páginas de algunas de nuestras Revistas profesionales. Pero no eran tan demostrativos los clichés como el que aquí reproducimos. Este es un negativo tan típico, tan característico del asunto que sirve de motivo para estas notas, que basta ver este escafoides para retener su imagen y no olvidarla nunca.

Es un hueso que se destaca de los otros. Parece un cuerpo extraño; parece una moneda incrustada entre los huesos del tarso.

El enfermo es un niño de cinco años, Luis Ruiz, de un pueblo de la provincia de Toledo.

No ha tenido otras enfermedades más que el sarampión y la tos ferina.

Cutirreacción, negativa; R. W., negativa.

Presenta algunos síntomas de hipotiroidismo.

Hace cuatro meses, andando con unos botes a la manera de zancos, se le torció el pie. Desde entonces principió a condolerse del borde interno del mismo y a desviar toda la extremidad hacia adentro.

Dolor al nivel del escafoides; tumefacción de este hueso, valgus acentuado.

Radiografía: Bordes perfectos; estructura ósea, densa, apretada, condensante. Tiene una pequeña laguna de enrarecimiento. Por lo demás, contrasta su densidad con los demás huesos del tarso que sin estar enrarecidos, lo parecen, comparándolos con la opacidad de este escafoides.

Como único tratamiento no creí necesario, más que la dieta de función de músculos, sobre todo el tibial anterior, por medio de un vendaje enyesado. Este corrigió el valguismo.

Al mes se le quita, viéndose que la tumefacción ha desaparecido. A la presión tampoco marca dolor.

Se le hace una plantilla de celuloide bajo vaciado que conserva la corrección del valgus.



La parte clínica de la enfermedad de Khöler está perfectamente descrita por todos los cirujanos que se han dedicado a estos estudios; con la cuestión radiográfica pasa lo mismo; más todavía, pues según frase de Mouchet, en esta enfermedad la «clínica no es nada; la radiografía lo es todo».

Pero si el síndrome clínico y el radiográfico son tan claros que facilitan el sentar un diagnóstico seguro de la enfermedad de Khöler, no pasa lo mismo con la etiología y patogenia donde las dudas cada vez son mayores.

La primera idea de Khöler, anomalía de desarrollo óseo en la época de la niñez es admitida por pocos.

Frome, el defensor del raquitismo, sostiene que un cartílago blando, característica del raquitismo, es predispuesto a una perturbación del mismo por un traumatismo en esa edad. Pero muchos no presentan signos de raquíticos.

Un cirujano farncés, Froelich, fué el primero que consideró a estas escafoiditis como dependientes de una ósteomielitis atenuada. Este concepto ha sido sostenido por otros como Lecene, Mouchet, Moutier. Los defensores de esta teoría, aunque en los análisis de tejidos no encontraron bacteria alguna, insisten en que en el escafoides afecto, hay una osteitis, una ósteomielitis atenuada con formación de pequeñas áreas necróticas. Estos hallazgos no han sido encontrados por otros (Perthes, Anardi, Serfety).

En estos últimos meses han aparecido en las Revistas de Cirugía Ortopédica algunas observaciones de escafoiditis de tipo Khöler, pero de naturaleza tuberculosa, según los análisis practicados. Llegando a sentar la idea de si estas escafoiditis serán de origen bacilar. Así opinan Massabuau, Marchand, Aimes, Estor, Micoti. Pero la enfermedad de Khöler es una cosa y que un escafoides se afecte de un proceso tuberculoso como otro hueso cualquiera del tarso es otra. Está demostrada la predilección de la tuberculosis por estos huesos esponjosos. Los rasgos que Khöler da para estas escafoiditis, son típicos y no admiten confusión.

También la perturbación de una o varias glándulas endocrinas son las causantes, según los autores, de una anormal osificación endocondral en la edad juvenil.

Así piensan Maragliano, Sorrel, Lick, por haber encontrado casos de enfermedad de Khöler con insuficiencia tiroídea, unos; otros con trastornos de glándulas sexuales.

Nosotros hemos visto un enfermo en el que había a la vez que un Schlater (otra distrofia ósea), un Khöler y era juntamente un hipotiroídeo. El enfermito que aquí historiamos, es un caso de insuficiencia tiroídea. La astenia, cierto grado de mixedema, son síntomas de defecto de función de la glándula tiroídea.

Recientemente, los geniales Leriche y Policard, dan por supuesto que las distrofias óseas, y por lo tanto la enfermedad de Khöler, son de origen vasomotor; un traumatismo del escafoides (o de la rótula, o de la tuberosidad de la tibia) origina un enrarecimiento óseo, una ósteoporosis, curable a la larga pero con una ósteogénesis reparadora desarmónica. Estos profesores dejan esta teoría a pesar de lo atrayente, en duda y para un estudio más detenido.

Aunque la etiología de esta enfermedad, sigue oscurecida, parece tener más partidarios el papel endocrino. Es decir, que una perturbación en una glándula de secreción interna, o en todo el sistema glandular, puede disminuir la resistencia mecánica del tejido subcondral; de modo que un traumatismo (siempre hay un historial de ello) determina estravasados sanguíneos y sucesivas necrosis óseas, de difícil reparación mientras la alteración endocrina no se normalice. En conjunto, para los defensores de esta teoría, el equilibrio endocrino es el que normaliza el proceso distrófico de la enfermedad de Khöler.

En el momento actual queda de la enfermedad de Khöler, y de todas las distrofias metaepifisarias de crecimiento, un síndrome clínico claro; unos síntomas radiográficos característicos; pero una patogenia incierta y oscura todavía.

TRATAMIENTO DE LOS SINDROMES DIGESTIVOS CON LAS AGUAS MINERO-MEDICINALES

NOTAS CRENOTERÁPICAS

POR EL

DR. FRANCISCO SERAL CASAS

De la «International Society of Medical Hidrology»

ALAGON (Zaragoza)

La Hidrología, como rama de la Medicina general, ha experimentado en el curso del tiempo evoluciones distintas bajo el influjo de las doctrinas reinantes.

En la actualidad atravesamos un período en el que con menosprecio de lo estrictamente clínico, quieren supeditarse todos los problemas a los fenómenos físico-químicos. O dicho de otro modo, la Crenología se cultiva más que la Crenoterapia.

Así vemos aparecer numerosas monografías y trabajos científicos que si bien revelan la existencia de concienzudos investigadores, no resuelven prácticamente ninguno de los problemas planteados, siendo en su mayoría estériles por la escasa difusión que su carácter de ciencia pura les prestan.

En este ambiente, no puede extrañarnos el escepticismo con que el médico general resuelve las consultas sobre aplicaciones creno e hidroterápicas y el escaso uso que de éstas se hace.

Claro está, que el hacer bien una receta crenoterápica, es decir, aconsejar bien a un enfermo sobre lo que debe hacer para aliviar o curar su dolencia en un balneario, reúne algunas dificultades.

Para contestar satisfactoriamente o con probabilidades de acierto a la consulta hecha por el enfermo hay que empezar por olvidar la catalogación que de las indicaciones de algunos balnearios en determinados procesos tiene hecha el vulgo. Esta catalogación debe sustituirse por otra científica a base de las indicaciones derivadas del conocimiento físico-químico de los balnearios y de sus medios de aplicación.

Es corriente en nuestro país ver llegar a los balnearios enfermos que, sin consulta previa con su médico, se deciden a *tomar las aguas* por consejo de un vecino o pariente a quien fueron bien en un proceso que consideran idéntico.

Hasta ahora no se hace más que parafrasear, como dice Landouzy, el conocido aforismo: *naturam aquarum effectus et curationes ostendunt.*

Así tenemos que unas veces por no consultar al médico y otras por dar

un consejo sin contar con conocimientos bastantes para ello, la concurrencia balnearia disminuye de día en día por el descrédito que sobre la crenoterapia arroja tal estado de cosas.

Para fomentar la riqueza balnearia y aprovechar toda la gama terapéutica que encierran en su complejo físico-químico las aguas minerales, es indispensable la difusión de estos conocimientos y con ella vendría el convencimiento de lo mucho que de su científica aplicación podemos esperar.

Pero el esfuerzo aislado de los contados investigadores que oscuramente y luchando con la falta de medios dedicamos nuestro tiempo a estos estudios, no rendirá el fruto apetecido hasta que no se centralice en un organismo oficial toda esta labor dispersa y en su mayor parte estéril.

En otros países, para evitar la pérdida de la riqueza balnearia, para fomentarla e impulsar el avance científico de esta tan importante cuan despreciada rama de la Medicina, funcionan ya Institutos Hidrológicos, centros de investigación en los que se simultanean los estudios clínicos con los puramente hidrológicos y que son los encargados de preparar a los futuros médicos-hidrólogos y difundir las excelencias de este método terapéutico que constituye la Crenoterapia.

En España, por su riqueza balnearia, por la abundancia y variedad de sus aguas que le permiten en alguna de sus clases ser la primera de Europa, también debiera existir un Instituto hidrológico.

Mucho se ha hablado y escrito sobre tal necesidad, pero por circunstancias especiales nada se ha hecho en tal sentido. Permítasenos una vez más insistir sobre la necesidad en que nos encontramos de contar con un centro científico de esta naturaleza ya que no ha de pasar mucho tiempo sin que la realidad nos muestre, acaso tardíamente, toda la fuerza de estas manifestaciones.

Tratamiento de los síndromes digestivos con las aguas minero-medicinales

Tras estas notas previas que hemos considerado preámbulo obligado, vamos a ocuparnos con un criterio francamente clínico de la crenoterapia de los síndromes digestivos.

Nos mueve a la elección de este tema el considerar que según las estadísticas, aproximadamente el 25 por 100 de las personas que frecuentan las estaciones termales en España, son enfermos del aparato digestivo.

En la actualidad se marcan dos tendencias entre los clínicos hidrólogos. Los que estiman la no necesidad de un diagnóstico exacto para una buena aplicación hidrológica, concentrando todo su interés en el estudio de los detalles del síndrome, y los que esperan se establezca el diagnóstico fijo para proceder a la aplicación crenoterápica.

Según los primeros, los mayores éxitos crenoterápicos se obtienen antes de que la radiografía o el laboratorio puedan demostrarnos los trastornos digestivos. En estos casos de diagnóstico precoz, la indicación la llenaríamos basándonos en el síntoma más marcado del síndrome y agruparíamos las afecciones del tubo digestivo para su estudio crenoterápico en tres grupos:

a) Síndrome álgico o doloroso.
b) Síndrome con trastorno de secreción.
c) Síndrome endocrino-vegetativo.

Por el contarrio, los que sostienen el criterio de juzgar indispensable establecer un diagnóstico fijo para proceder a la aplicación crenoterápica, siguen la tendencia de desglosar en entidades nosológicas cada una de las afecciones englobadas en los síndromes, pretendiendo demostrar que existen en las aguas medicinales factores físico-químicos capaces de modificar aisladamente cada uno de los síntomas.

Los conocimientos que hemos podido adquirir en nuestras investigaciones (1) sobre físico-química de las aguas minerales, nos permiten apoyar la afirmación de nuestro sabio maestro don Hipólito R. Pinilla de que *no hay aguas minerales antidispépticas, ni antihepáticas, ni anti... nada. El agua mineral es o puede ser simplemente un modificador de las funciones orgánicas.*

Esta tan autorizada afirmación es una de las bases en que nos apoyamos para orientar nuestro trabajo, ya que consideramos más ventajoso desde un punto de vista crenoterápico el estudio de las afecciones del tubo digestivo como síndromes, que no como entidades nosológicas.

Síndrome álgico o doloroso

Fácilmente se comprende la dificultad de hacer un estudio crenoterápico individual de cada una de las enfermedades del aparato digestivo en las que aparece como síntoma predominante el dolor. Por el contrario, inspirándonos en el criterio que venimos sosteniendo de estudiar la indicación crenoterápica de un conjunto de síntomas, de un síndrome en el que como factor dominante encontramos el dolor, la cuestión se simplifica y hace abordable.

Entre las afecciones que pueden incluirse en este síndrome—extensísimo desde el punto de vista de la patología, pero considerablemente reducido desde el punto de vista crenoterápico que abarca tan sólo a los cronicismos susceptibles de mejoramiento por el tratamiento balneoterápico—, encontramos las gastralgias, de las que preferentemente vamos a ocuparnos.

(1) Investigaciones sobre la t. s. de las aguas minero-medicinales y su interés para la fisiopatología. Dr. Seral. Madrid, 1929.

Gastralgias. — Según Brouardel-Gilbert (1), se comprenden en la actualidad bajo el nombre de gastralgias, todos los dolores paroxísticos del hueco epigástrico, ya aparezca como la expresión de un trastorno no orgánico del estómago o como manifestación de una lesión de este órgano o de cualquier otro.

Este criterio—al cual no se nos oculta pueden ponerse serios reparos—viene a coincidir en el fondo y casi en la forma con el sustentado por Enríquez (2) y se ajusta bastante a nuestro propósito.

Sería lógico que después de conocer lo que comprendemos con el nombre de gastralgias estudiásemos la naturaleza de las mismas. Mas, no es nuestro propósito hacer un trabajo gastrológico y además para el estudio cronoterápico que estamos realizando no nos precisa conocer todas las causas de gastralgias.

Si conocemos la verdadera causa o la naturaleza de la gastralgia—neuroespasmódica, expresión de hiperclorhidria, de litiasis biliar, gastralgia coincidente con síntomas de tabes, neurastenia, histerismo, paludismo, etc.—, la indicación crenoterápica surge en seguida de una determinada fuente. En este caso ya no es la gastralgia lo que tratamos: es su causa.

Pero no siempre es posible individualizar la enfermedad y todos estos casos que lo son en número considerable, quedarían sin tratamiento crenoterápico adecuado si esperásemos a realizar un diagnóstico causal.

Estos son los casos que caen de lleno en el tratamiento del síndrome y para los que hay que buscar un agua mineral que tenga una indicación sindrómica.

En estos gastrálgicos en los que no es posible matizar o especificar el diagnóstico, la fuente a utilizar debe ser un *agua poco mineralizada, radiactiva, mesotermal, a base de calcio, con poco CO_2 libre y casi sin hierro.*

¿Qué aguas llenan estas condiciones?

Si pretendemos buscar fuentes que reúnan todas estas condiciones nos va a ser muy difícil, por no decir imposible, encontrar alguna en que se hallen agrupadas todas ellas.

Por el contrario, si tenemos en cuenta que dentro del criterio que seguimos de tratar las gastralgias-síndromes, podremos apreciar sin salirnos de nuestro propósito algunas modalidades que apelliden cada caso, la contestación se facilita.

Estas modalidades son las que hay que buscar para el tratamiento crenoterápico adecuado y entonces encontraremos una serie de aguas que influyen favorablemente estos procesos por contar con alguno de los factores que hemos indicado como los más convenientes para el tratamiento de las gastralgias en general.

(1) Traité de Médicine. — Brouardel-Gilbert; t. IV.
(2) Pratique medico-chirurgicale. Art. Gastralgie et crises gastriques.

Entre los manantiales que reúnen las condiciones adecuadas al tratamiento de estos síndromes, citaremos Sobrón, Soportilla, Mondáriz, Vallequillas.....

Sobrón y Soportilla. — Bicarbonatado-cálcicas. Estos dos manantiales difieren poco en mineralización y en temperatura. Ambas carecen de CO^2 libre como demuestra la determinación del pH en agua tal como sale de la fuente, o sea con el carbónico que pueda llevar y después de perdido éste por ebullición.

Soportilla, contiene el ion *Fe* que produce una excitación que exige alguna precaución en su administración.

Mondáriz. — Bicarbonatado-sódicas. Tiene el inconveniente de su temperatura que impide administrarla a los estómagos ultrasensibles. También hay que contar con su riqueza en CO^2.

Tiene la ventaja de no tener casi hierro (0,03 grs.) en Troncoso.

Vallequillas. — Su catión más importante es el calcio. Tienen radiactividad excepcional. Poco CO^2 libre. Temperatura 17º5.

Estará indicada en los enfermos que sufren de trastornos digestivos vagos mal caracterizados. Su indicación más completa es en los trastornos de secreción.

Valores del pH de las aguas de estos balnearios que nos indican la cantidad de ácido carbónico libre que contienen

BALNEARIOS	pH agua natural	pH después de la ebullición
Soportilla	7,8	7,8
Vallequillas	7,4	7,4
Mondariz	7,2	7,2
Sobrón	6,2	7,8

Resumiendo lo expuesto y sin entrar en detalles de algunos otros balnearios como Solán de Cabras y Valle de Ribas, cuyas aguas tienen también indicación en algunos de estos síndromes, diremos que deben aconsejarse a estos enfermos *aguas débilmente mineralizadas, nunca frías y de alcalinidad a base de bicarbonatos, mejor cálcico que sódico, con poco o ningún hierro y una balneación templada.*

En España puede considerarse como tipo Sobrón, por reunir las condiciones requeridas para influenciar favorablemente estos procesos.

En general, recomendaremos las bicarbonatadas cálcicas, por haberse comprobado que son más calmantes que las sódicas y mucho más convenientes que las acidulo carbónicas (clase bicarbonatadas).

Finalmente señalaremos como fenomenología propia de las aguas alcalinas en general, la sedación que producen en el sistema nervioso vegetativo, quizá debida a la radiactividad que presentan las aguas de esta clase.

Síndrome con trastorno de secreción

La yatroquimia — durante algún tiempo — ha dominado el campo de la patología y terapéutica del aparato digestivo en general y, principalmente, del estómago.

Al entusiasmo de los primeros momentos, en que todo se supeditaba al resultado del análisis químico, siguió un período de escepticismo, al comprobar que la química *per se* era incapaz de resolver los problemas diagnósticos y terapéuticos.

Las modernas investigaciones biológicas y el estudio de la influencia que sobre el funcionalismo del aparato digestivo ejerce el sistema nervioso, nos han conducido en la época actual a un eclecticismo que nos permite der a cada cosa su justo valor.

En la interpretación del mecanismo de acción de las aguas minerales en el tratamiento de las afecciones digestivas con trastornos de secreción, es donde la Crenoterapia pone de manifiesto toda su importancia científica.

Es errónea la creencia tan arraigada de que con el tratamiento de estos procesos se debe buscar solamente la corrección de desviaciones del quimismo.

Con el tratamiento crenoterápico podemos influenciar favorablemente estos procesos desde un punto de vista más amplio y complejo.

Sin remontarnos a teorías casi mitológicas, refiriéndonos tan sólo a las teorías posteriores al nacimiento de la Físico-química, ciencia que teniendo algo de la Física y de la Química, constituye sin embargo una entidad distinta, encontraremos tal profusión de las mismas, que causarían asombro a los que no hayan sentido la curiosidad por estos estudios.

Esta misma abundancia de teorías explicativas de la acción de las aguas minerales — que quieren explicar por alguno de los factores físico-químicos que las integran el *modus operandi* de las mismas — nos sirve para demostrar que su acción es obra de conjunto, en la cual intervienen complejos factores.

Por esta complejidad de acción de las aguas minerales, en las que intervienen factores electrolíticos, fenómenos coloidales y de absorción, radiactividad, acciones electivas específicas, aumento de la fagocitosis y elevación del índice opsónico, propiedades antianafilácticas, etc., consideramos sea pueril aplicar en una hiperclorhidria aguas alcalinas, o en una hipo o anaclorhidria aguas cloruradas, sin más objeto ni más fundamento que el de obtener la neutralización con los álcalis o regular con los cloruros la secreción gástrica.

En la reunión de la S. I. de H. M., celebrada el pasado año en Lisboa, se debatió largamente sobre estas cuestiones.

Acerca del modo de acción de las aguas minerales, sobre las secreciones del tubo digestivo, se han dado distintas y numerosas interpretaciones.

Hoy se admite el importante papel que juega en la indicación de un agua mineral la calidad de los electrolitos integrantes de la misma. Y más aún que éstos, su grado de disociación.

Estos electrolitos del agua actúan como verdaderos cofermentos equiparándose su importancia a la de los fermentos mismos.

Aun cuando ignoramos todavía cómo se realiza la síntesis de los enzimas y coenzimas, parece ser que los electrolitos pueden suministrar a los coloides un aumento en su potencial eléctrico. Siendo así como creemos que actúan, consistirá su misión en mantener el estado coloidal conservando la carga eléctrica peri-micelar o restituyéndola cuando ha sido perdida evitando vuelva el coloide a su estado primitivo, puesto que como ya sabemos, la causa principal del mantenimiento en suspensión de las partículas es su carga eléctrica; carga micelar, cuyo signo y magnitud podemos lograr por diversos procedimientos que no son del caso.

De la meditación de estos fenómenos surgen unos comentarios, que aunque nos alejen momentáneamente de la cuestión, bien merecen la pena les prestemos nuestra atención.

Si los electrolitos de las aguas minerales mantienen el estado coloidal y dentro de estos electrolitos hay algunos que por disminuir la t. s. no sólo mantienen el estado coloidal, sino que hasta aumentan su estabilidad, según ha demostrado Traube, se nos ocurre pensar que administrando aguas minerales en las que se encuentren dichos electrolitos facilitaríamos grandemente los fenómenos vitales.

Si consideramos que los seres vivos están constituídos en su mayor parte por sustancias en estado coloidal y pocas reacciones se harán en el organismo sin que intervengan las propiedades de este estado, convendremos se puedan influenciar favorablemente los fenómenos vitales con las aguas minerales.

Si esta teoría que nos permitimos formular desde un punto de vista general —y sin olvidar el consejo de Schade de no aplicar a los fenómenos vitales explicaciones coloidales demasiado simplistas, que no consideren la complejidad de los hechos—pudiera confirmarse en la práctica se abrirían a la Crenoterapia posibilidades incalculables. Pero los medios de investigación con que contamos son todavía insuficientes, no permitiéndonos más que imaginar hipotéticamente cómo se desenvuelven *in vivo* los fenómenos que observamos *in vitro*.

Volviendo al punto de partida, en que considerábamos los electrolitos de las aguas como verdaderos cofermentos, vamos a señalar las investigaciones que se han realizado para demostrar el poder zimosténico de las aguas minerales y así poder resaltar luego la aplicación que de esta propiedad puede hacerse en la Crenoterapia de los trastornos de secreción.

Entendemos por poder zimosténico de un manantial, *la energía de fermentación que puede aportar la ingestión del agua mineral que de él emerge, puesta en contacto de una zimasa.*

El estudio *in vitro* de esta actividad de los fermentos solubles en contacto con las aguas minerales ha sido realizado en Francia por Loeper, Mongeot y Aubertot (1).

En España, en el Laboratorio de Hidrología médica y siguiendo las técnicas propuestas por los autores franceses, se ha hecho también este estudio (2), habiéndose demostrado esta acción o energía en nuestras aguas.

Según los autores franceses citados, esta energía *no se deberá a otra causa que a la acción de los electrolitos contenidos en las aguas minerales.*

A esta hipótesis presenta el profesor Pinilla una objeción muy fundamentada, puesto que *si solamente los electrolitos contenidos en las aguas minerales son la causa de su poder zimosténico, ¿cómo explicar que las aguas artificiales no produzcan los mismos efectos?*

La explicación la encontramos sin más que repetir lo dicho más arriba al censurar se haga uso del remedio crenoterápico sin más que buscar el efecto aislado de alguno de sus factores. Para aplicar la Crenoterapia y explicarnos bien su modo de actuar hay que acudir a los efectos en conjunto.

Para relacionar estos estudios con la secreción gástrica que es la primera en que han sido observados los beneficios de la Crenoterapia zimosténica empezaremos por poner de relieve el aspecto químico de dicha secreción.

La secreción gástrica tiene entre sus componentes el ácido clorhídrico, el cual, según la proporción en que se encuentre da un matiz especial a la secreción en conjunto. A su vez el ácido clorhídrico hace desviar la función en uno u otro sentido, haciéndola deficiente o excesiva según el grado de acidez, *pero distinguiendo siempre en uno y otro caso deficiencias e irregularidades en su función fermentativa.* Esto nos permite afirmar que necesariamente todo trastorno químico debe repercutir sobre la función fermentativa.

Sabemos que aisladamente, ninguno de los componentes del jugo gástrico tiene poder digestivo; todos ellos deben guardar una proporción adecuada y precisa para el desarrollo fisiológico de la función.

Sabemos también, que los cloruros regulan la secreción gástrica jugando el doble papel de estimulante y freno de la misma.

Sabemos muchas cosas más de la secreción gástrica desde el punto de vista químico. Pero el tratamiento de las afecciones gástricas no debe consistir solamente en la corrección de las desviaciones del quimismo.

---

(1) «La Presse Med.»; febrero, 1930.

(2) El poder zimosténico de las aguas minerales de España. — Dr. R. Pinilla.

Si en la crenoterapia de estos trastornos de secreción no buscásemos más efecto que el apuntado, cometeríamos el error de movilizar todo un ejército terapéutico representado por la multiplicidad de efectos conseguidos con la aplicación de las aguas minerales, para algo tan simple que con un sencillo fármaco podría modificarse. Por esto no hay que olvidar que la Crenoterapia con su acción de conjunto puede modificar y modifica el quimismo, pero puede influir e influye también sobre la secreción en conjunto mediante la intervención del ya estudiado y demostrado poder zimosténico de las aguas minerales.

Ahora bien; pudiera ocurrir que al huir de un error incurriéramos en otro. Ni se debe buscar tan sólo la corrección del quimismo desviado, ni se deben administrar en estos síndromes aguas minerales, pensando sólo en su poder zimosténico.

Aunque incurramos en repeticiones volveremos a decir que hay que tener en cuenta una y otra cosa; que con la crenoterapia se debe buscar siempre la acción de conjunto, si bien para llenar la indicación se tengan presentes en cada caso los factores individuales más convenientes.

¿Qué aguas debemos aconsejar en los trastornos de secreción?

La Crenoterapia posee un grupo de aguas de débil mineralización que presentan sus sales en extrema disociación iónica. Esta particularidad permite considerar estas aguas como soluciones electrolíticas de gran poder zimosténico y estimulante de las funciones diastásicas, como así también de las secreciones hormonales, como ha podido demostrar el doctor Vauthey para la hormona insulínica, lo que autoriza a atribuirles un parecido poder estimulante sobre las otras hormonas.

El estímulo local que sobre el estómago o sobre el intestino provocan las aguas fuertemente mineralizadas, explican ciertos efectos (colagogos, antiácidos, etcétera); pero los efectos lejanos sobre el metabolismo digestivo no son debidos a la concentración molecular sino a la concentración iónica, y aquilatando, a la calidad de los iones más que a su cantidad.

Por tanto en los trastornos de secreción hemos de tender a restablecer el fisiologismo digestivo aplicando aguas de débil mineralización que presenten sus sales en extrema disociación iónica y que tengan por tanto un elevado poder zimosténico.

Veamos reunidas en un cuadro un grupo de aguas en las que están representadas todas las que pueden estar indicadas en los procesos que estudiamos y exponiendo los datos de mineralización total, composición química (cloruradas, alcalinas, etc.) y su índice zimosténico podremos estudiar sobre el mismo las consecuencias que de la observación de los resultados puede deducirse.

BALNEARIO	Mineralización total	COMPOSICION	Indice zimosténico
Cestona	8'710	cloruradas-sulfatadas	0'690
Onteniente	5'384	cloruradas-bicarbonatadas	0'915
Vallequillas	4'102	sulfatado-cálcicas	1'408
Mondariz	2'840	bicarbonatado-sódicas	1'197
Cabreiroá	1'879	acidulo-bicarbonatadas	1'492
Corconte	0'521	sulfatado-cálcicas	1'000

Observando este cuadro podemos apreciar que la mineralización total de un agua y su poder zimosténico guardan una proporción inversa ya que en general a medida que la mineralización disminuye aumenta el poder zimosténico. Claro es que esta regla no es muy exacta desde el momento que Mondariz, por ejemplo, que son aguas muy iontizadas, con una mineralización total de 2'840 tiene un índice más elevado que Corconte, con una mineralización bastante menor.

Esta excepción que a la relación señalada entre estos dos factores de las aguas minerales hacemos resaltar, viene en apoyo de lo que venimos sosteniendo de que no debemos fijarnos para tratar estos procesos en el valor del índice zimosténico o en el de la mineralización aisladamente, sino en ambos y en la composición química de las mismas, ya que un agua con gran poder zimosténico por su mucha iontización, podrá ser menos eficaz que otra con menos índice zimosténico, menos iontizada; pero con otros cationes, ya que la calidad de éstos es más importante, como más arriba decíamos, que su cantidad.

Así pues, en el tratamiento de estos procesos, tendremos en cuenta — dándole toda la importancia que realmente tiene — esta nueva propiedad de las aguas minerales que llamamos poder zimosténico, como así también, su grado de mineralización, sin echar en olvido, ni mucho menos, su composición química.

El clínico en cada caso y dentro de las señaladas determinará, teniendo en cuenta los efectos de estos factores, el agua más indicada en los distintos procesos, buscando siempre — no nos cansaremos de repetirlo — una acción de conjunto.

Síndrome endocrino-vegetativo

La asociación de los trastornos gastro-intestinales y de los estados neuropáticos, demasiado frecuente para ser una simple coincidencia, ha atraído durante mucho tiempo la atención de todos los observadores. Múltiples teorías han sido propuestas.

Los accidentes gastro-intestinales han sido considerados alternativamente como la causa o como la consecuencia de desórdenes nerviosos.

Apoyada en los más modernos datos anatomo-fisiológicos, ha sido formulada por Eppinger y Hess, médicos vieneses, una teoría que ha intentado penetrar más profundamente en el estudio de estas relaciones neuro-viscerales y que tuvo un éxito rápido.

Sin entrar en la exposición de esta doctrina — de todos conocida — diremos que el concepto de Eppinger y Hess de la vagotonía y simpaticotonía como expresión de un predominio del tono del simpático o del parasimpático en su totalidad, no se encuentra, más que muy rara vez, en la realidad. Así, de las investigaciones de Wenckebach, Weil, Kleemann, Bañuelos y otros, se desprende que por el contrario, es la regla, el que esta simpaticotonía o vagotonía sea solamente parcial y limitada a algunos órganos inervados por estos sistemas y hasta en algunos casos alcanza solamente a ciertas funciones de esos mismos órganos.

Sabemos que existen enfermedades del aparato digestivo, cuya etiología y patogenia son fundamentalmente reflejos de una perturbación del metabolismo, algunas veces muy concreta (por ejemplo en los casos de Kaufmann Cosla llama «carbonuria disoxidativa») y otras veces originadas por una alteración constitucional más extensa (diabetes, tuberculosis, etc.)

A estas situaciones patológicas se llega por repercusión sobre el tubo digestivo del desequilibrio vago-simpático, originado por el metabolismo perturbado. Mas ¿por qué mecanismo ejerce su acción el sistema vago-simpático?

Para explicarnos, el mecanismo mediante el cual ejerce su acción este sistema, sobre los órganos inervados por él, vamos a exponer, por juzgarlos de interés, los resultados obtenidos por algunos investigadores.

Löwi ha demostrado que la excitación tanto del vago como del simpático en el corazón aislado, hace pasar a la sangre sustancias que son capaces de desarrollar en un corazón normal una acción idéntica a la que se produce por excitación de los nervios correspondientes. Estas sustancias a las que Asher ha dado un carácter hormonal, han sido consideradas por otros experimentadores como simples electrolitos. Dentro de esta última concepción se discute su naturaleza, y así mientras O. Löwi opina que estas sustancias sean de naturaleza orgánica, Zondek cree, por el contrario, que sean cationes anorgánicos.

Por otra parte, Krauss y Zondek al demostrar que la acción del vago sobre el corazón, se transforma en excitadora cuando existe aumento de calcio en su líquido nutricio, nos han dado magníficos ejemplos de que la acción de un nervio es considerablemente influenciada por las variaciones del estado del órgano inervado.

Así pues, el mecanismo por el cual ejerce su acción el sistema vago-simpático—al que mejor que neuro-vegetativo llamaríamos después de estas experiencias endocrino-vegetativo—es dependiente más que del sistema en sí, de lo que podíamos llamar *ambiente* en que actúa.

Al tratar luego de la crenoterapia de estos síndromes, veremos el fundamento que para la aplicación de las aguas minerales supone esta concepción del mecanismo, porque obra el sistema endocrino-vegetativo.

Los cuadros clínicos del aparato digestivo, debidos a perturbaciones del sistema neuro-vegetativo o endocrino-vegetativo, son muy numerosos y acaso por esto los mejor conocidos y estudiados.

La inmensa mayoría de los autores los admite como cuadros clínicos, en los cuales el sistema nervioso de la vida vegetativa tiene acción manifiesta e indiscutible.

El que estos síndromes endocrino-vegetativos sean tan numerosos nos lo explica el hecho de que el aparato digestivo, en relación con los demás aparatos, es con más frecuencia víctima de traumatismo, infecciones e intoxicaciones que como sabemos son los motivos principales juntamente con las causas psíquicas de dichos síndromes.

No entraremos por su excesivo número a hacer relación de todos y cada uno de estos síndromes, pero sí concretaremos algo que es común a todos ellos para poder pasar a estudiar la crenoterapia de los mismos.

Si repasamos un tratado de estas todavía un poco oscuras cuestiones, apreciaremos que en la inmensa mayoría de los síndromes digestivos de origen endocrino-vegetativo, se desenvuelven éstos dentro del cuadro clínico de otras enfermedades que son por regla general infecciones e intoxicaciones. De aquí que sea ilusorio querer curar estos síndromes haciendo tratamiento local o sintomático.

Para conseguir satisfactorios resultados terapéuticos hay que ir a buscar la *fuente y origen* del mal, pues si no se descubren y atacan éstos, el alivio que se obtenga de estos desórdenes será poco duradero.

Hay que ir a buscar un agente terapéutico que *remueva*, por decirlo así, el fondo constitucional del individuo, que lleve al plasma sanguíneo elementos que hagan posible la restauración del equilibrio fisiológico de sus componentes, que permitan en suma recupere el sistema endocrino-vegetativo su tono normal, por influenciación del *ambiente* en que ejerce sus funciones.

Si nos fijamos en los variados mecanismos de acción de las aguas minerales, algunos de los cuales dejamos reseñados, veremos que con estos agentes terapéuticos tan complejos en su composición físico-química podremos llenar las condiciones que estipulábamos como necesarias para influenciar estos procesos.

Combinando hábilmente los factores climático e hidrológico tan íntimamente

unidos y compenetrados en algunos balnearios, podemos obtener para estos desórdenes endocrino-vegetativos un marcado y duradero alivio que puede llegar en bastantes casos a la normalización de la función perturbada.

Por tanto, en el tratamiento de estos procesos de etiología tan variada que impide su individualización y que tan sólo bajo el punto de vista de síndromes podemos estudiarlos, debemos aprovechar los agentes terapéuticos que la Naturaleza ha puesto a nuestro alcance. Estos agentes representados por la Crenoterapia y Climatoterapia llenan positivamente los requisitos exigidos por un beneficioso resultado terapéutico.

Utilizando las aplicaciones hidroterápicas—balneoterapia estimulante, climatoterapia de altitud—y por otra parte una crenoterapia de tonificación—aguas ferruginosas, arsenicales, polimetálicas, radioactivas...—*atacaremos a la fuente y origen del mal* y obtendremos por su científica indicación algo más que alivio de estos síndromes.

Tenemos en España un balneario, Panticosa, que pese a su tradicional, limitada y empírica indicación en la tuberculosis pulmonar, creemos podría llenar indicaciones más científicas y brillantes dadas sus condiciones climáticas e hidrológicas.

Aprovechando la perfecta compenetración, la íntima unión en que aparecen en este balneario los factores climáticos—clima de altura, tónico-reconstituyente e hidrológico—aguas acratotermas, radioactivas, con un carácter dominante constituído por el nitrógeno que contienen—podríamos, previo estudio individual de uno y otro combinarles adecuadamente para un tratamiento científico de estos síndromes endocrino-vegetativos a los que todavía no se les ha concedido toda la importancia que merecen.

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

Tratado de las enfermedades del corazón y de los vasos, por el **Dr. Ernesto Romberg,** Profesor y Director de la I Clínica Médica de la Universidad de Munich.—Traducción de la 5.ª edición alemana por el **Dr. Julio G Sánchez Lucas.** – Un volumen de 716 páginas (25 × 17 centímetros), con 123 figuras intercaladas en el texto.

Editorial *Labor, S. A.*—Barcelona. 1931.

Nos encontramos frente a una de las obras de mayor importancia publicadas en la última decena de años. La autoridad de Romberg es reconocida en todos los países y las cinco ediciones del libro demuestran su valor y su interés.

La patogenia, la sintomatología, la exploración y el diagnóstico individualizado, pueden llevar a una terapéutica eficaz. Esto, que como regla general podemos dar en toda la patología, adquiere en las enfermedades del corazón y de los vasos un relieve considerable... y generalmente se descuidan bastante aquellas premisas.

Con una capacidad excepcional, con una base científica formidable, con un riquísimo material nosocomial, el profesor Romberg ha trazado este libro, que su vasta experiencia ha hecho de sabor clínico considerable.

Y metódicamente, expone las nociones anatómicas y fisiológicas, base para el estudio, y tras ello los métodos de exploración, separadamente, del corazón y de los vasos. Es este capítulo de exploración un modelo en la materia y por sí solo vale el libro.

Después y sucesivamente, las enfermedades orgánicas del corazón y de los vasos son descritas en dos grandes apartados. Y en los dos descuella el estudio de la sintomatología, que expone detallada, minuciosamente tanto en lo subjetivo como en lo objetivo; el estudio de los síntomas lo hace Rómberg de modo magistral.

Y dentro de los procesos cardíacos, la insuficiencia crónica del miocardio en sus múltiples formas clínicas y las lesiones valvulares congénitas y adquiridas, descritas con gran lujo de datos, tienen un amplio estudio terapéutico que es magnífico. Ocupan asimismo buen espacio los procesos del pericardio.

Tiene Romberg un capítulo, final de los procesos de corazón, de mucho interés, pues en él se analiza el desarrollo y agravación de las enfermedades orgánicas del corazón a consecuencia de accidentes, asunto de gran importancia en relación con los seguros de vida.

Las arterioesclerosis, arteritis, aneurismas, estenosis, hipoplasia, rotura de

las arterias, así como las trombosis y embolias diversas, se hallan muy bien descritas. Lo mismo sucede con los procesos venosos.

Lleva la obra como final un admirable capítulo dedicado a las neurosis cardio-vasculares, que presenta en todos sus aspectos.

Y como resumen de conjunto se lee con verdadera satisfacción, cómo puede comprobarse el estado de salud del corazón y de los vasos.

El libro no permite un análisis; sólo un juicio de conjunto y éste no puede ser más meritorio. La obra de Romberg es, a nuestro juicio, lo más completo y perfecto que conocemos en la materia.

El editor, ha dado a sus publicaciones un sello característico de elegancia, que no puede superarse. — Doctor Horno.

Técnica terapéutica quirúrgica, por los **Dres. P. Pauchet y Ducroquet.**—Un tomo de 560 páginas (14 × 21'50 centímetros) ilustrado con 552 figuras. (Tomo III de la "Biblioteca de Terapéutica" publicada bajo la dirección de **A. Gilbert** y **P. Carnot,** París), traducido al castellano.

Editor: *Salvat y Compañía, S. en C.*—Barcelona.

Aunque este libro lleva varios años desde su aparición, bien podemos decir que está al día y que su interés se mantiene como en el momento de su publicación.

Pauchet, cuyo prestigio tan alto se ha elevado, lo planeó y escribió cuando residía en Amiens y ponía todo su esfuerzo y su talento en conquistar un puesto de honor, ya logrado. Por ello todos aquellos trabajos llevan la característica personal de su autor y son de un valor inapreciable; por ello esta su técnica operatoria primitiva, tiene un interés extraordinario. Entonces Pauchet abarcaba la cirugía en su conjunto; más tarde su actividad se polarizó. Por ello en este libro se ve al cirujano completo, que tanto llamaba la atención con aquellos sencillos y prácticos artículos en «La Clinique» que aquí se ven reunidos y armonizados.

El aspecto moral y material de la intervención operatoria, el material, la asepsia, la anestesia, la operación en sí en sus diversas partes (punción, incisión, hemostasia, suturas, injertos, etc.) están descritos con todo detalle y de modo perfecto. Del mismo modo se estudia el post-operatorio con sus cuidados, accidentes, complicaciones, etc.

Es capítulo interesantísimo el de las operaciones de urgencia, quemaduras, fracturas, oclusión intestinal, retención de orina, transfusión de sangre, etc.

Los vendajes y aparatos están descritos muy bien, lo mismo en sus fundamentos que en su acción y modo de aplicación.

Es pues de interés, recordar este libro, que por su carácter genuinamente práctico, es de importancia considerable para todos y que constituye uno de los más bellos volúmenes de la Biblioteca de Gilbert y Carnot. — Doctor Horno.

El vendaje de yeso en el tratamiento de las fracturas, por el **Dr. L. Bosch Avilés,** Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.—Un volumen de 108 páginas (14 × 21 centímetros) con 53 grabados en el texto, encuadernado en tela.

Editor: *Librería Sintes.*—Barcelona. 1931.

El autor dedica este libro al estudio de la contención de los fragmentos de una fractura, es decir a la práctica disposición de un vendaje de yeso, asunto poco o nada conocido, porque no se encuentra tratado de modo completo en ninguna obra.

Y el vendaje de yeso para ser útil, precisa reunir condiciones especiales, que si no se cumplen pueden transformarlo en un elemento de perturbación: a ello se deben seguramente numerosas desviaciones secundarias en fracturas bien reducidas. De aquí el valor práctico que este librito del doctor Bosch Avilés lleva consigo.

Con gran riqueza de detalles de carácter eminentemente práctico, demostrativo de su dominio en la materia, expone el autor, primero, la confección de los vendajes y luego, las condiciones generales que el vendaje de yeso debe llenar. Después en capítulos especiales describe el modo de aplicación del vendaje en las fracturas especiales, columna vertebral, clavícula, escápula, brazo, codo, muñeca..., pelvis, fémur..., etc. Y todo ello muy bien ilustrado con esquemas y fotografías originales.

En el librito nada hay superfluo y nada hay que no encierre un alto valor para la práctica. Es meritoria la labor del doctor Bosch Avilés y merecedora de todos nuestros aplausos. El editor presenta el libro primorosamente. — Doctor Horno.

Anatomía de los centros nerviosos por los **doctores R. López Prieto y G. García Urdiales,** de la Facultad de Medicina de Valladolid,—Un volumen de 410 páginas (15 × 22) con 147 figuras en negro y color.

Editor: *Talleres Tip. Cuesta.*—Valladolid. 1929.

Esta nota se publica, por anormalidades no infrecuentes en la redacción de un periódico, cuando el éxito del libro le ha llevado ya a la biblioteca de

numerosos médicos y es familiar en la de los escolares. Aun lamentando nuestro retraso en la información, debemos decir que lo celebramos, porque así nuestras palabras no servirán más que para recoger el ambiente creado en torno al libro.

El libro de López Prieto y García Urdiales, es algo nuevo y utilísimo. La anatomía de los centros nerviosos, salvo pequeños detalles, no es nada nuevo; en todos los libros la Anatomía se encuentra descrita con minucioso detalle. Pero aquí se halla quizá la clave del éxito de este libro, en el que prescindiendo a veces del enojoso detalle, se exponen los asuntos con una claridad que da al conjunto un valor práctico inapreciable. Y algo más, en cada capítulo y como apéndice, se expone el desarrollo embriológico, tan imprescindible para formar un claro concepto del asunto.

Contiene el libro un número considerable de grabados en negro y color, originales muchos de ellos, muy bellos y demostrativos, que avaloran el texto meditado, concreto y claro.

Resulta así un libro de gran valor didáctico, fruto de un enorme esfuerzo en sus autores para hacer fácil y comprensible la enojosa materia, tan interesante en fisiología y patología. De aquí su éxito rotundo que de día en día irá ampliándose.

El libro por otra parte está editado a todo lujo.

Tardía llega a los doctores López Prieto y García Urdiales nuestra felicitación, pero no por ello deja de ser más entusiasta y más sentida; de su labor pueden sentirse orgullosos, pues con ella han hecho un enorme beneficio a la juventud. — Doctor Horno.

SECCIÓN ANALITICA

PECHO Y CORAZÓN

V. CORDIER Y LEVET (Lyon). — *El hemotórax recidivante en el curso del neumotórax artificial.* — («Le Journal de Médecine de Lyon»; núm. 268; marzo, 1931. Lyon).

La pleuresía hemorrágica en el neumotórax se manifiesta bajo dos formas: la una pasajera y benigna, la otra recidivante y grave. La primera se origina en general por causas mecánicas, la segunda por el contrario, es debida a una lesión grave de paquipleuritis hemorrágica.

Se traduce por signos clínicos, funcionales y generales bastante importantes, mas sólo la punción permite un diagnóstico firme.

Su patogenia es compleja. Es probablemente debida a la acción de un virus o de un bacilo tuberculoso poco activo sobre un organismo resistente. Las intoxicaciones o las inflamaciones crónicas son causas coadyuvantes a su aparición; mas la insuficiencia hepática es el principal factor por su acción a la vez humoral y vascular.

En presencia de una tal pleuresía es preciso saber si se trata de una paquipleuritis, puesto que en ese caso solamente la toracoplastia puede tener una acción bienhechora. — Gil Chóliz.

A. BENICHOU (París). — *El Rodanato de potasio en el tratamiento de la hipertensión.* — («Paris Médical»; 4 julio, 1931. París).

El autor cree podrían sacarse bastantes ventajas en el tratamiento de los hipertensos, alternando por curas sucesivas e intercaladas los medicamentos antiespasmódicos y los medicamentos netamente hipotensores, como el rodanato de potasio, muy poco tóxico y muy manejable.—Gil Chóliz.

ALSINA y PASTOR (Buenos Aires). — *La colina en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.* — («Revista de Especialidades», núm. 2, mayo, 1931. Buenos Aires).

J. Carles y F. Leuret, en la Academia de Medicina de París presentaron sus primeras observaciones sobre el clorhidrato de colina en el tratamiento de la tuberculosis, sacando las siguientes conclusiones:

1.ª Que la inaptitud para contraer la tuberculosis o para hacer formas evolutivas es función en el hombre y en los animales de un estado químico determinado del medio sanguíneo.

2.ª Que la resistencia a la tuberculosis está condicionada por el equilibrio:

$$\frac{\text{glucemia}}{\text{colesterinemia}}$$

3.ª Que la modificación de esta relación, sobre todo por el descenso de la colesterinemia, determina en el tuberculoso una forma activa y grave.

4.ª Que todas las veces que la glucemia se modifica, la colesterinemia disminuye.

5.ª Que en los tuberculosos con tendencia espontánea hacia la curación se comprueba una glucemia normal y un aumento apreciable de la colesterinemia que pasa a menudo los límites normales o las simples variaciones fisiológicas.

El clorhidrato de colina se utiliza en forma de inyecciones intramusculares, a la dosis de 0,02 gramos de sustancia en 1 c. c. de agua bidestilada.

Estas inyecciones deben hacerse diariamente; su resultado es verdaderamente satisfactorio.

Carles y Leuret sostienen que el clorhidrato de colina produce en el hombre tuberculoso lo siguiente:

1.º Aumento constante, regular e importante de la colesterinemia.

2.º No modificación de la glucemia.

3.º Disminución de su anemia.

4.º Aumento del número de polinucleares.

5.º Disminución del número de linfocitos.

6.º Mejorías clínicas que elevan los casos favorables al 40 por 100 de los enfermos tratados.

Sin embargo los autores del trabajo, después de varias observaciones, sacan en conclusión que no han observado variaciones apreciables en las determinaciones hematológicas. — Ramón Celma.

VIAS DIGESTIVAS

J. SALA-ROIG (Barcelona). — *La prueba de Meltzer-Lyon.* — («Annals de Medicina», de la Academia Laboratori de Ciencies Médiques de Catalunya; año XXV; núm. 6; junio, 1931. Barcelona).

El autor comienza su trabajo recordando las dos diferentes interpretaciones que se han dado a la prueba de Meltzer y cita los numerosos autores que se inclinan por una u otra teoría. Las contradicciones en la interpretación de la naturaleza *B*, han llevado al autor a contribuir a su esclarecimiento, enfocando el asunto desde un punto de vista nuevo.

Teniendo en cuenta que los principales datos para diferenciar la bilis *B*, son sus caracteres físicos y sobre todo el cromático, el autor ha ideado determinar el *Indice cromático* (I. C.), de los líquidos duodenales extraídos con la sonda de Einhorn; para ello, compara estos líquidos con una solución de bicromato de potasa al uno por diez mil.

Se llamará Indice cromático de un jugo duodenal, a la cifra que exprese el grado de diluición necesaria para igualar el tinte de aquél con el de la solución bicromatada, a la cual se le atribuye un índice cromático de 1.

El autor ha encontrado para lo que comunmente se entiende por bilis A, un I. C. cuyos valores oscilan entre 20 y 110 en enfermos sin vesícula biliar, y de 20 a 640 en enfermos con vesícula. En la mayoría de las personas normales el I. C. de la bilis *B* varía entre 300 y 500 (el valor máximo encontrado ha sido de 1200). El I. C. de la bilis C presenta muchas oscilaciones, pero generalmente viene a tener unos valores diez veces menos que el I. C. de la bilis A.

Ha practicado también determinaciones de I. C. en bilis recogida directamente por drenaje del colédoco, en enfermos colecistectomizados; se puede considerar esta bilis como procedente directamente del hígado, y por tanto, sin modificar en el aparato biliar. Las cifras encontradas oscilan entre 100 y 150. El I. C. de los líquidos contenidos en vesícula biliar de cadáveres o de enfermos operados, es generalmente alrededor de 1000 (el valor máximo encontrado fué de 2200).

A continuación estudia el I. C. de los líquidos extraídos del duodeno, previa introducción de la solución de sulfato de magnesia, en sujetos normales, en enfermos sin vesícula biliar o con vesícula atrófica, etc. y de su estudio deduce la importancia que tiene para la interpretación de la prueba de Meltzer-Lyon, la diluición que sufre el contenido duodenal, con la presencia del sulfato de magnesia y con la de los diferentes componentes del contenido duodenal, de naturaleza no biliar.

La conclusión del autor, es que la obtención de un jugo duodenal de I. C. superior a 150 o menor de 200, significa la existencia de un órgano que almacena, concentra y expulsa la bilis, en cantidad mayor o menor, cuando actúa sobre él un estímulo adecuado. Actualmente tenemos que admitir que tal órgano no puede ser otro que la vesícula biliar.

Los jugos duodenales con I. C. inferiores a esas cifras, indican la falta de intervención de la vesícula biliar, siendo expresión de la diluición que sufre el jugo duodenal por la solución de sulfato de magnesia, introducido por la sonda. — E. Echeverria.

PEDIATRIA

SUZANNE BOREL (París). — *La fonación en las divisiones palatinas.* — («Paidoterapia»; núm. 112; agosto, 1931. Barcelona).

El doctor Víctor Veau, de París, ha propuesto un nuevo método de trata-

miento de las divisiones palatinas, que consiste, esencialmente, en la sutura de los músculos que más se han seccionado o destruído. Las suturas de las mucosas nasales y bucales van asociadas a las suturas musculares.

El autor del trabajo que comentamos examina las modificaciones que ha suscitado el nuevo método:

A) Resultado de la estafilorrafia por los procedimientos clásicos.

Fschmarke afirma que los resultados no son satisfactorios. El resultado funcional es incomparablemente peor que el anatómico.

B) Resultados de la estafilorrafia por sutura muscular. Este procedimiento ha permitido al autor obtener éxitos hasta hoy desconocidos.

a) Resultados anatómicos después de la sutura muscular. La curación completa en una sola intervención está asegurada en el 86,6 por 100 de los casos.

b) Resultados funcionales después de la sutura muscular. Buenos.

Importancia y naturaleza de los trastornos fonéticos. Los 6 por 100 de los casos que se hallan normalmente, presentan trastornos variados que han permitido clasificar los sujetos en dos categorías. Según que ofrecieran los defectos propios a la fonación de las divisiones palatinas o solamente ligeros trastornos anexos a esta malformación que no están especificados sino que están solamente asociados en un número importante de casos.

Causas de la persistencia frecuente de estos trastornos después de la estafilorrafia. Unos operados han recuperado espontáneamente o por reeducación, una palabra normal, mientras que otros conservan graves defectos.

Los malos resultados funcionales parecen relacionados con estos cuatro factores:

1.º Fracasos anatómicos.

2.º Intervenciones tardías.

3.º Insuficiencias mentales, atraso o simple retraso.

4.º Las sorderas parciales en más débil proporción.

Edad en que conviene operar:

Teniendo en cuenta la mortalidad operatoria, se debiera retardar la intervención hasta los cuatro años. De todos modos, lo mejor es sin duda, intervenir hacia los dos años, cuando el niño peligra menos por el acto operatorio y que, sin embargo, su lenguaje no puede estar todavía gravemente comprometido. La recuperación de la palabra parece hacerse más lenta en esta caso y debemos hacer intervenir una medicación con más frecuencia.

Educación fonética de los sujetos operados de división palatina.

Hay que tener en cuenta la edad, las condiciones y la duración.

1.º La edad mejor es a los cuatro años, pues ya el niño es inteligente y posee una buena atención. Si el niño es mentalmente retrasado, hay que esperar algo más.

2.º Las condiciones. — Es indispensable dar a los niños lecciones particulares, incluso en el medio hospitalario. Es necesario que el profesor no pierda de vista los menores movimientos de los órganos fonéticos de su alumno y retener la atención de éste.

3.º Duración. — Es bastante variable, según la gravedad de los trastornos, la edad del niño y su inteligencia y atención.

Con esto se demuestra que:

1.º La sutura muscular aporta una seguridad operatoria hasta hoy no igualable.

2.º Que ha mejorado considerablemente el pronóstico funcional de la estafilorrafia aumentando el número de fonaciones normales y pasando a ser secundario el papel de la reeducación.

3.º Finalmente, que en los casos en que ésta se impone, un método más racional, la ha abreviado considerablemente y hecho más eficaz.

Resumen. — En una palabra, es necesario adaptar a cada niño los procedimientos que le son accesibles. No obstante, algunos principios directivos permanecerán invariables; éstos son tres y se refieren a:

1.º La edad. 2.º Las condiciones. 3.º La duración.

La *edad* que mejor conviene para llegar a una buena reeducación es a los cuatro años. Cuando el niño es inteligente y normalmente desarrollado, posee a esta edad una atención suficiente; su flexibilidad y sus dones mímicos no serán nunca tan perfectos. Si el niño está retrasado, es necesario esperar algo más.

Las *condiciones*. — Creemos indispensable dar a los niños lecciones particulares, incluso en el medio hospitalario.

Duración. — Es bastante variable, según la gravedad de los trastornos, la edad del niño, pero principalmente según su inteligencia y atención. Cuando ya hemos afectado el examen fonético de un sujeto podemos indicar, casi, la duración de la reeducación. Por término medio, es de una treintena de lecciones.

Finalmente, con nuestra experiencia hemos querido demostrar que:

1.º La sutura muscular, aporta una seguridad operatoria hasta hoy no igualable.

2.º Ha mejorado considerablemente el pronóstico funcional de la estafilorrafia, aumentando el número de fonaciones normales y pasando a ser secundario el papel de la reeducación.

3.º En los casos en que ésta se impone, un método más racional le ha abreviado considerablemente y hecho más eficaz. — Ramón Celma.

M. ACUÑA y S. I. BETTINOTTI (Buenos Aires). — *La vía intraperitoneal para la inyección de suero glucosado*. — («Revista de Especialidades»; núm. 2; mayo, 1931. Buenos Aires).

La vía intraperitoneal reúne las siguientes buenas condiciones:

Sencillez de la técnica.

Facilidad y rapidez de la inyección.

Tolerancia perfecta de la serosa.

Ausencia de shock.

Posibilidad de la repetición y absorción muy rápida.

La técnica es muy sencilla.

El lugar de elección para atravesar la pared abdominal y llegar a la cavidad peritoneal corresponde al punto medio de una línea que une la cicatriz umbilical con la espina ilíaca anterosuperior izquierda. Se evita así todo peligro de punzar el intestino, por las razones bien conocidas. Usamos una aguja de 5 cms. de largo y 1 mm. de espesor, de bisel muy corto.

Introducimos la aguja oblicuamente a la pared abdominal, perforando en un primer tiempo la piel y el tejido celular, y en un segundo tiempo el resto de la pared, quedando así los dos orificios en distinto plano, eliminando el peligro del reflejo del líquido inyectado.

El recipiente que contiene el suero es uno de los frascos sifones comunes, que entibiamos al baño maría en el momento de la inyección y la impulsión del líquido se efectúa por una pera de goma.

Toda esta manipulación y la inyección de 200 c. c. puede efectuarse entre tres o cuatro minutos.

Hemos usado y recomendamos, de acuerdo con la experiencia de autores norteamericanos que han efectuado minuciosos estudios de las condiciones físico-químicas del suero glucosado de reciente o vieja preparación, que el suero para inyectar sea preparado y esterilizado dentro de las veinticuatro horas de su uso.

De todo el trabajo deducimos las siguientes conclusiones:

1.ª La vía intraperitoneal para la inyección medicamentosa merece ser incorporada a la práctica corriente.

2.ª La tolerancia del peritoneo a la medicación es perfecta, aun a dosis elevadas y repetidas.

3.ª La absorción es rápida, lo cual permite cuando es necesario, la inyección dos veces al día y en todos los casos diariamente.

4.ª La infección peritoneal debe ser extremadamente rara, ya que no se ha presentado nunca en nuestros casos. Lo mismo podemos decir del shock.

5.ª Constituye la vía más rápida y segura para restituir al organismo infantil el líquido perdido. — RAMÓN CELMA.

V. ROSSI (Pavía). — *La imagen radiológica en la invaginación intestinal aguda de la primera infancia.* — («La Clínica Pediátrica», septiembre, 1931; fascículo IX, pág. 685. Roma).

El autor, después de un resumen de la etiología y cuadro clínico de la

invaginación pasa al estudio radiológico a propósito de una observación personal.

El empleo de los rayos X en la invaginación intestinal ha sido muy discutido, y así mientras unos (Retan, Stephens, Osson, Kloiber, Pallin, Meda, Nordentoft, etc.) creen está exento de peligros y puede ser en algunos casos un medio terapéutico, otros (Burghard, Winter, Ballon, Castronovo, etc.) opinan que representando esta exploración bien un trauma, una fatiga física o exponiendo al organismo a la influencia nociva de las radiaciones, no deben emplearse por ser, pues, contraproducente.

La imagen radiológica responde al cuadro anatomo-patológico correspondiente que el autor describe.

La imagen radiológica en el caso observado personalmente es la siguiente: Algún asa dilatada con nivel hidroaéreo, en la parte alta de la fosa ilíaca derecha. Con enema opaco observa una plenitud lenta del colon, pero regular, hasta ángulo esplénico, donde se detiene presentando en este punto una convexidad regular a semicircunferencia. Del centro de este arco parte una propagación lineal sinuosa impregnándose la mitad derecha del colon con una sombra en dirección un poco oblicua de arriba a abajo y de izquierda a derecha; esta sombra presenta una opacidad tenue, uniforme, que termina distalmente en una concavidad; en esta concavidad (tenaza) y en toda la mitad latero-externa de dicha porción oblicua se nota una zona más clara con estrías concéntricas, de aspecto lacunar, reproduciendo la imagen de una cebolla seccionada. El ángulo cólico-subhepático, el ascendente y el ciego son invisibles.

Pueden presentarse en la invaginación distintas imágenes características. Así se describen: la disposición cóncava que reproduce el extremo de la porción invaginada, la detención de la columna opaca de bario según una línea regularmente cóncava circunscribiendo una trasparente convexa (Nordentoft y l'Arntzen-Helsted); más característica y menos frecuente es «la imagen en tenaza» (Busi) como la imagen en U (Lehmann, Czepa, Altschof, etc.) en las invaginaciones subagudas y crónicas; más expresiva es la imagen en «cebolla» (Benassi, Possati) y la de «capa opaca» (tenue imagen como si la mucosa estuviese espolvoreada de bario). Se considera como patognomónica la imagen en «tridente» (11.ª observación de Nordentojt).

En todos los casos la presencia de asas intestinales dilatadas con nivel hidro-aéreo múltiples permite un diagnóstico exacto de íleo.

El autor concluye diciendo que el examen radiológico en la invaginación intestinal aguda de la primera infancia es inocuo, proporciona datos útiles para un diagnóstico topográfico exacto, algunas veces conduce a la curación y además permite conocer detalles anatómicos (longitud del tracto invaginado, penetrabilidad de la vaina, situación, etc.) que indican al cirujano la oportunidad de insistir en la desinvaginación o resección.

Está contraindicada esta exploración en la forma hiperaguda, en la aguda cuando se sospecha que existe una vasta zona necrosada y cuando el diagnóstico es exacto simplemente por medios químicos. — M. Suárez.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

J. P. MAGNIN (Buenos Aires). — *El síntoma sintético de la ingle, del profesor J. B. González para diagnosticar la presentación y la posición.* — («La Semana Médica», núm. 37; septiembre, 1931. Buenos Aires).

En presencia de una mujer embarazada a término, muchas veces nos encontramos, a pesar de haber efectuado todas las maniobras palpatorias conocidas, en la imposibilidad de llegar a un diagnóstico firme de presentación y posición.

Destinada a resolver gran parte de estos casos y simplificar el método de diagnóstico de los embarazos comunes, el profesor J. B. González ha ideado una nueva maniobra palpatoria de gran sencillez y mucha seguridad.

Consiste en buscar con la yema de los dedos índice y medio la ingle del feto a través de las paredes abdominal y uterina, palpando la primera suavemente hasta encontrar la depresión característica. Una vez encontrada la ingle del feto se puede deducir por el ángulo que forma ésta si la cabeza fetal está hacia abajo o hacia arriba, en las presentaciones longitudinales, o a la izquierda o a la derecha en las transversas, siendo fácil deducir, por consiguiente, las demás partes fetales para establecer al mismo tiempo la posición.

La técnica es la siguiente: acostada la mujer en decúbito dorsal, con su abdomen descubierto de modo que quede en plena relajación y percatados de su forma y sitio de mayor relieve que corresponderá casi siempre al fondo y frecuentemente también al polo pelviano del feto, se pasea, suavemente pero con la fuerza necesaria para percibir partes fetales, la yema de los dedos de la mano más apta, desde la parte de mayor prominencia (generalmente correspondiente al trocánter del feto), hacia abajo, buscando la depresión característica e inconfundible de la ingle. Una vez determinado el pliegue de la ingle, la ubicación de la nalga y de la cabeza surgen solas. En cuanto a la situación del dorso del feto y por consiguiente a la posición de la presentación, la mayor fijeza de la pelvis y su mayor relieve respecto a los muslos permite casi siempre determinar una y otra y por consiguiente hacia donde mira el occipucio.

Cuando el relieve del fondo del útero corresponde a la cabeza, lo cual se reconoce por sus caracteres peculiares y la forma del útero es ovoidal, la presentación será pelviana y por la palpación descubriremos igualmente la ingle en la parte inferior. En los casos de situación transversal este signo no resulta decisivo aunque a veces puede prestar utilidad. — R. Horno Liria.

J. J. SNOECK (Bruselas). — *Muerte súbita durante el post-partum.* — («Bruxelles-Médical»; núm. 50; octubre, 1931. Bruselas).

Las muertes súbitas durante el post-partum son generalmente debidas a fenómenos cardio-vasculares: descompensación cardíaca y asistolia, a embolias pulmonares, a infecciones agudas, a hemorragias secundarias, etc. Pero en este trabajo el autor describe un caso en el que la muerte sobrevenida en el cuarto día después del parto, no parece (según demuestran los datos de autopsia) ser debida a ninguna de las causas conocidas.

Y se inclina a creer, aunque no se atreve a afirmarlo resueltamente, que la muerte pudiera acontecer por una inhibición nerviosa, pues dada la estrecha relación que existe entre la inervación de la vejiga y la de la pelvis menor y órganos genitales, una excitación nerviosa partiendo de la vejiga o tejidos próximos, provocaría por vía del plexo vesical, plexo perivaginal y pericervical, plexo de Lee Frankenhauser, cadena simpática hipogástrica y lumbo-abdominal, un reflejo inhibidor, que por intermedio del ganglio semilunar derecho y del pneumogástrico, daría lugar a la muerte brusca con parada del corazón en diástole. — R. Horno Liria.

M. CHEVAL (Bruselas). — *Extracción manual de la placenta.* — («Bruxelles-Médical», núm. 48; septiembre, 1931. Bruxelles).

Actualmente se sabe, pues los hechos experimentales así han venido a demostrarlo, que los gérmenes vaginales penetran siempre en la cavidad uterina un cierto número de días después del parto, y sin embargo la infección puerperal es excepcional; es preciso para que ella se verifique que este útero normalmente invadido por microbios contenga productos en vía de putrefacción: placenta, membranas, coágulos. Por eso Gheorgin practica sistemáticamente en todos los partos el desprendimiento artificial, incluso en los normales, si bien no aconseja el método más que a los especialistas, pues la extracción manual de placenta y membranas debe ser completa para ser inofensiva; incompleta, conduciría a un desastre.

El autor no lo practica sistemáticamente en los partos normales, contentándose con un examen cuidadoso de placenta y membranas después de su expulsión espontánea y solamente en los casos de duda sobre su integridad, no vacila en controlar manualmente la vacuidad del útero, pues como dice Labhardt: es más peligroso introducir con la mano los gérmenes vulvo-vaginales en la cavidad uterina, que dejar la totalidad o parte de las membranas en su sitio.

Y lo practica porque utilizando la narcosis que suprime el dolor, facilita la ejecución de esta maniobra aboliendo las reacciones de defensa.

He aquí como procede:

Una vez la intervención obstétrica ha terminado, el feto ha sido extraído y seccionado el cordón, se introduce la mano izquierda, nuevamente desinfectada, en la cavidad uterina. Obramos siempre a mano desnuda que da mayor sensibilidad tactil y disminuye el deslizamiento de los tejidos a extraer. Comenzamos siempre por el borde de placenta por donde el desprendimiento se ha iniciado, pasando a menudo a través de las membranas y deslizando por detrás de la placenta se va insinuando como un corta-papeles al abrir las hojas de un libro. Una vez liberada la placenta, la mano continúa desprendiendo las membranas sin desgarrarlas. En todo este tiempo la mano derecha, externa, está colocada sobre el fondo de la cavidad uterina manteniéndola en su sitio.

Si una vez extraídas placenta y membranas, se ve que ha quedado algún fragmento retenido, lo cual se nota bien al tacto, porque las paredes uterinas dan una sensación especial de lisura, se envuelve la mano en una compresa y procede a un escobillado delicado de la cavidad uterina. Después se atiende a la formación del globo de seguridad.

La involución uterina es rápida, el útero a los nueve o diez días del parto vuelve a la excavación, en lugar de los trece o catorce. La temperatura rara vez sobrepasa a 37º5.

En las intervenciones obstétricas bajo anestesia y siempre que el tocólogo se encuentre en buenas condiciones de asistencia, debe ejecutar este desprendimiento artificial, pues la maniobra correctamente hecha y practicada con asepsia, colocará a la mujer en condiciones favorables para su restablecimiento. La estadística numerosa de este autor es francamente favorable. — R. Horno Liria.

E. FERNANDEZ y A. DE UDAETA (Madrid). — *La hipnonarcosis por Pernoctón en Obstetricia.* — («Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades»; núm. 40; octubre, 1931. Madrid).

El Pernoctón, cuyo uso tanto se discute actualmente es, químicamente, una solución acuosa al 10 por 100 de la sal sódica del ácido Butil-Beta-Brumalil-Barbitúrico. ($C_{11}H_{14}O_3N_2BrNa$).

Para su empleo se calcula la dosis a inyectar por el peso de la embarazada, inyectando un centímetro cúbico por cada doce kilogramos y medio, aunque este cálculo es sólo aproximado, pues en esto hay un grado de reacción individual variable de unas mujeres a otras. Conviene preparar psíquicamente a la mujer antes de la inyección; de este modo disminuye la excitación y el sueño se va apoderando lenta y gradualmente en el trascurso

de la inyección. Esta se hace por vía intravenosa, dando la dosis íntegra e inyectando con gran lentitud, a una velocidad de medio centímetro cúbico por minuto. Debe empezar a hacerse en el intervalo entre dos contracciones interrumpiéndola durante las mismas y siguiendo cuando hayan terminado.

El momento más oportuno para la inyección se basa en la dilatación del cuello uterino; en las primíparas se hará cuando la dilatación sea casi completa, el trabajo del parto sea absolutamente regular, y la parte que el feto presenta se haya introducido en la pelvis. En cambio en las pluríparas será incorporado en el momento que el cuello uterino adquiera un diámetro de dos dedos de ancho. La duración media del sueño producido por el Pernoctón es como máximun de cuatro horas, aun empleando dosis complementarias intravenosas o intramusculares. La amnesia de la mujer es casi completa por lo que al parto se refiere. El feto no presenta ninguna tendencia al sueño y su normalidad es absoluta. Hoy día aun cuando no se ha llegado todavía al desideratum del parto sin dolor, el empleo del Pernoctón constituye un adelanto notable para su consecución. — R. Horno Liria.

H. PIGEAUD (Lyon). — *Papel de la gripe en la génesis de las infecciones mortales de las parturientas.* — («Le Journal de Médecine de Lyon», núm. 278; agosto, 1931. Lyon).

De este trabajo realizado en la Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de Lyon puede deducirse: que existe una relación directa entre las epidemias de gripe y el tanto por ciento de mortalidad por infección en los servicios obstétricos. Observándose que un cierto número de mujeres atacadas a su llegada a la maternidad por la infección gripal, mueren rápidamente de esta afección después del parto.

En los períodos epidémicos de gripe el tanto por ciento de mortalidad por infección puerperal aumenta en las parturientes y este aumento se debe:

A la existencia de infecciones puerperales endógenas, de origen sanguíneo; el punto de partida es la rino-faringe, pudiendo secundariamente dar localizaciones uterinas y peri-uterinas que en el momento que se constituyen forman la base del cuadro clínico.

A la existencia de infecciones puerperales de origen externo, siendo las mujeres contagiadas por el personal que les rodea (portadores de gérmenes). La infección puede ser causada por el mismo virus gripal, pero lo más frecuente es que sea debida al estreptococo, cuya virulencia se ha exaltado por su asociación con el agente patógeno de la gripe. — R. Horno Liria.

M. CHEVAL (Bruselas). — *Indicaciones y técnica de la episiotomía.* — («Bruxelles-Médical»; núm. 46; septiembre, 1931. Bruselas).

En este trabajo se estudia detenidamente cuanto se refiere a esta intervención,

tan frecuentemente practicada, y que sin embargo tan ligeramente expuesta aparece en casi todos los tratados de Obstetricia.

Hace primeramente alusión a las lesiones perineales y a su frecuencia extremada, citando las estadísticas de los tocólogos de más renombre, observándose en la proporción de un 20 a un 65 por 100 de los casos.

Recuerda algunas nociones anatómicas del periné encaminadas a mostrar que la integridad de la musculatura perineal ha de ser conservada después del parto y describe la operación y las técnicas propuestas por diferentes tocólogos. A fin de obtener el mayor éxito y no lesionar las glándulas de Bartholino, ni los cuerpos cavernosos del clítoris, la incisión debe hacerse en la unión del tercio medio con el tercio posterior de la vulva.

Esta sencilla operación debe ser practicada:

1.º En las primíparas, que en el curso de un parto normal, la distensión de la musculatura perineal alcance un grado incompatible con el mantenimiento de su integridad, caso frecuente.

2.º En plurípara que habiendo sufrido en el curso del parto anterior una episiotomía, haya necesidad de hacerla de nuevo.

3.º En extracciones difíciles por presentaciones anormales del feto o por exceso de volumen.

La técnica utilizada por el autor se sencilla, consiste en lo siguiente: introduce el índice y medio entre el anillo vulvar y la presentación, invirtiendo la mano de modo que los dedos sean dirigidos hacia la derecha horizontalmente al nivel de la unión del tercio inferior y los dos tercios superiores del labio mayor derecho. Se introduce por delante de los dedos la rama de unas tijeras y se secciona hacia el isquion piel, mucosa, músculos y aponeurosis.

La incisión no debe ser tímida, es preferible grande a demasiado pequeña, pues en ese caso se agrandará por desgarro en el paso de la cabeza y hombros del feto. Una vez realizada la extracción, la herida se presenta en dirección oblícua de arriba a abajo y de dentro a fuera, esta herida es exangüe, solamente en algunos casos antes de la salida del niño tiene lugar una ligera hemorragia venosa, pero una vez expulsado ella misma se detiene.

Para suturar utiliza la sutura en masa con crines de Florencia, del modo siguiente: se introduce la aguja a un centímetro del reborde cutáneo del labio posterior de la herida, se carga sobre ella la masa muscular posterior y se saca por el fondo; después vuelve a colocarse nuevamente la aguja en el fondo mismo y se carga sobre ella la masa muscular anterior de la incisión, haciéndola salir a través de la piel de la mitad anterior de la incisión a un centímetro del reborde cutáneo. Haciendo este punto en dos veces, es como únicamente se consigue coger una gran masa muscular necesaria para que puestas en contacto restablezcan la integridad del periné. De este modo van

colocándose los puntos necesarios. Para cerrarlas se comienza por anudar el más externo, el primero de los que hemos colocado, cuidando al hacer los nudos de que los tejidos sean aproximados pero no serrados. Si el punto más interno ha sido bien colocado, los labios de la mucosa vaginal vienen a ponerse en contacto y no hace falta afrontarlos más exactamente. Una ligera cicatriz en el interior de la vagina no tiene importancia, pero lo que sí importa es que no penetren los hilos en la mucosa vaginal, pues deben quedar perfectamente sub-mucosos.

Una vez anudados los puntos profundos, se afronta la piel por dos o tres puntos superficiales.

Los cuidados consecutivos no difieren en nada de los de un parto ordinario, siendo los hilos retirados al séptimo día. — R. Horno Liria.

A. SCHWAAB (París). — *La operación cesárea alta.* — («L'Hôpital»; núm. 295; septiembre, 1931. París).

En este trabajo aparece tratado con gran extensión todo aquello referente a la operación cesárea abdominal, conservadora, alta o clásica y cuyos puntos más importantes transcribimos resumidos a continuación:

Indicaciones. — Absolutas: en las grandes estrecheces pélvicas, en pelvis obstruídas por tumores, en atresias más o menos completas de cuello, vagina y vulva.

Relativas: en estrecheces pélvicas moderadas, fibromas de útero, cáncer de cuello, placenta previa, presentaciones irreductibles de frente o espalda, etc.

El momento más favorable para operar en caso que la cesárea sea indispensable, es al final del embarazo, antes de que comience el trabajo o en las primeras horas de éste.

Los cuidados de preparación de la enferma serán los de toda laparotomía (purgante la víspera, desinfección de la región y genitales externos, vaciamiento de la vejiga, etc.).

Anestesia. — Cloroformo, éter o raquianestesia con novocaína o scurocaína (7 ctgs.).

Instrumental. — Dos bisturís, un par de tijeras rectas y fuertes, una docena de pinzas hemostáticcas (Péan y Kocher), pinzas de garfios y de disección, dos o tres pinzas de curas, dos agujas curvas de Reverdín, una fuerte y otra fina, y una jeringuilla para inyecciones subcutáneas. Además es conveniente tener a mano el instrumental necesario para una histerectomía (valvas abdominales, pinzas clamps, aguja de pedal, etc.). Como material de sutura, cátgut del número 1 y 2, seda del 2 y 3 y crines de Florencia.

Técnica operatoria. — Comprende tres tiempos:

1.º Incisión de las paredes abdominal y uterina.

Para la primera: incisión media de 20 a 22 cms. contorneando el ombligo y muy superficial por estar la pared muy adelgazada; disección, capa por capa, hasta el peritoneo inclusive; una vez seccionada la pared abdominal, el ayudante aplica fuertemente por cada lado los labios de la herida abdominal sobre la cara anterior del útero colocado ahora en primer término. El cirujano punciona con el bisturí la pared uterina sobre la línea media, un poco por encima del límite superior del segmento inferior; una vez practicado este ojal, introduce por él el índice izquierdo y agrandándolo guía las tijeras rectas con las cuales se incinde el útero de abajo a arriba, sobre la línea media en una longitud de 16 a 17 cms.

2.º Extracción del feto y secundinas.

Abierto el útero salta una verdadera oleada de sangre y líquido amniótico; el operador, rápidamente introduce su mano en él y va a buscar los pies del feto y extrae el tronco y por último la cabeza, secciona el cordón entre dos pinzas, entregándolo a la comadrona, que lo recibe en un paño esterilizado.

Durante esta extracción el ayudante continúa comprimiendo fuertemente las paredes abdominales contra el útero, que se enuclea así fuera del vientre.

La mano penetra de nuevo en el útero y separa la placenta como para un desprendimiento artificial hecho a cielo abierto; esta separación es fácil; en cambio la de las membranas es más dificultosa, sobre todo a nivel del segmento inferior donde las adherencias son mayores, por lo cual se hará lenta y cuidadosamente.

Mientras se realiza esta maniobra, el útero está fuera del vientre; un paño esterilizado separa su cara posterior de la pared abdominal incindida.

3.º Sutura del útero y de la pared abdominal.

La sutura del útero se realiza en dos planos: uno profundo y otro superficial. El plano profundo se hará con cátgut del 1 ó 2 atravesando todo el espesor de la capa muscular, empezando por el ángulo inferior de la herida, y sin interesar mucosa ni serosa. El plano superficial se hará en puntos separados a centímetro y medio, con cátgut o con seda del 2 ó del 3, tomando un poco de músculo y el peritoneo. Los hilos deben cerrarse suave y progresivamente coaptando bien los bordes del peritoneo, cuidando de no cortar la pared uterina que se desgarra fácilmente.

La sutura de la pared abdominal se hará en tres planos: uno con cátgut continuo para el peritoneo; otro medio, con puntos separados para músculos y aponeurosis, y otro con crines de Florencia, también en puntos sueltos para la piel. Es conveniente a veces atravesar en masa toda la pared (excepto el peritoneo) con dos o tres crines dobles que se anudan sobre un rollo de gasa de igual longitud que la incisión.

Cuidados postoperatorios. — Dieta absoluta el primer día; después alimentación ligera hasta llegar gradualmente a la alimentación habitual.

Inyecciones de morfina los primeros días para calmar los dolores y agitación.

Al tercer día, purgante ligero; después un enema diario. Reposo absoluto en posición horizontal y más tarde semi-sentada.

El niño puede ponerse al pecho pasadas cuarenta y ocho horas.

Se retirará el rollo de gasa al sexto día y los hilos al décimo. Levantándose la enferma al décimosexto o vigésimo día, llevando una faja abdominal.

Accidentes. — Pueden suceder durante la operación o consecutivamente a ella. Entre los primeros merecen citarse la herida del intestino, difícil incindiendo con prudencia, y la hemorragia que es el accidente más grave y principal de la operación. Se prevendrá inyectando 1 c. c. de ergotina al comienzo de la misma y comprimiendo los vasos uterinos en el ligamento ancho. Cuando la hemorragia es por atonía se detiene generalmente acudiendo a los medios anteriores, pero si persiste y el estado de la mujer se hace grave, se acudirá a la amputación del útero.

Los accidentes consecutivos a la intervención son las hemorragias secundarias y la infección. Las primeras se evitan haciendo bien las suturas uterinas en dos planos; si sobrevienen en las horas que siguen a la operación, se acudirá a las irrigaciones vaginales calientes, taponamiento uterino, etc.

La infección peritoneal es grave; cuando aparece es necesario abrir el vientre, limpiar y drenar o hacer la histerectomía.

La infección uterina se tratará por los medios habituales. En las retenciones placentarias o membranosas se limpiará la cavidad uterina con gran prudencia.

Comentario. — Dejando aparte la técnica operatoria que con ligeras variantes es seguida por todos los ginecólogos, me referiré a dos puntos: pronóstico y fecha en que ha de abandonar el lecho.

Hoy día, esta operación, tan temida no hace mucho tiempo por su elevada mortalidad, es mucho menos grave y expuesta a complicaciones; pues la infección se evitará con la antisepsia cuidadosa, y las hemorragias afrontando bien las superficies del músculo uterino y realizando una peritonización perfecta. Por eso la mortalidad ha descendido a un 5 por 100 y aun menos, pues puede considerarse casi como nula cuando la operación se practica en condiciones de elección: enferma vigilada, preparada y operada en una maternidad, en el principio del parto antes de la rotura de las membranas.

En cuanto al levantamiento de la operada, estima el autor que debe realizarse a los diez y seis o veinte días; esto nos parece excesivamente prudente, pues si bien la involución uterina es siempre tardía en los casos de útero cesarizado, en los casos observados por nosotros en una estadística bastante numerosa, se han retirado los puntos a los ocho días y se han levantado al noveno, sin que nunca hayamos observado el menor accidente. Es

lo único que podemos oponer a este trabajo; por lo demás, magníficamente realizado. — R. HORNO LIRIA.

OFTALMOLOGÍA

G. BIOZZI y N. FAVIA (Roma). — *Difteria ocular en un recién nacido contraída durante el parto.* — («Bolletino d'Oculistica»; julio, 1931. Florencia).

Caso interesante por la rareza, ya que puede considerarse como el primero: Gabrielides en su tratado, en un total de 500 casos de conjuntivitis en recién nacidos descontando la gonocócica, no encontró ningún caso de naturaleza diftérica; únicamente Gornik observó una difteria ocular en un niño de cinco días.

El caso clínico observado es el siguiente: niño de once días que nació completamente sano y de parto normal, a los tres días le observan un ligero lagrimeo, al siguiente algo de edema palpebral que aumenta en días sucesivos poniéndose además los párpados rojizos, abundante secreción conjuntival: en el párpado superior aparece, en el surco órbito-palpebral un úlcera lineal de 3 centímetros, paralela al contorno orbitario y recubierta de una pseudo membrana. La conjuntiva palpebral está recubierta de unas membranas amarillentas que al quitarlas queda la conjuntiva sangrante. Córnea en el ojo derecho ópaca. En el izquierdo el cuadro era mucho más benigno. Estado general bueno.

Investigando el gonococo en el exudado conjuntival, no fué hallado, sospechando entonces que la lesión fuese sostenida por el bacilo diftérico. Se inyectó suero antidiftérico, apareciendo al día siguiente la superficie conjuntival del ojo derecho libre de falsas membranas; se repiten las inyecciones de suero, mejorando rápidamente las lesiones conjuntivales, pero la córnea que había llegado a un estado alarmante, no mejoró.

Sospechando que la infección ocular fué en el momento del parto, se hizo un análisis de la secreción vulvo-vaginal de la madre, dando efectivamente un resultado positivo, encontrándose el bacilo de Klebs-Löffler asociado a otros microbios banales de la flora vulvo-vaginal. Resultaba raro que el bacilo diftérico en la vegina de la madre no provocase ninguna reacción apesar de su gran toxicidad, pero interrogada resultó, que unos días antes del parto notaba una sensación de quemazón durante la micción. — R. Loscos.

J. ROLLET (París). — *Atrofia óptica por compresión torácica.* — («Archives d'Ophtalmologie», junio, 1931. París).

Un joven de 22 años, trabajando en la construcción de un muro de separación de dos ascensores, es aprisionado por el tórax entre el muro y el ascensor. Pérdida de conocimiento inmediata, cianótico, como axfisiado, los ojos en propulsión;

a las diez y siete horas empieza a recobrar el conocimiento; al día siguiente sus ojos siguen fuertemente salientes. A los tres días se le practica el primer examen de fondo de ojo; en el izquierdo la visión es nula, sin reflejo fotomotor directo a la luz, reaccionando la pupila algo por iluminación del ojo derecho en el cual hay algo de visión y los reflejos pupilares son débiles; los fondos de ojo son normales. Trece días más tarde la pupila izquierda está pálida, llegando en días sucesivos a ser completamente blanca y la derecha ligeramente sonrosada. Dos meses después sigue aproximadamente el mismo cuadro, visión nula en el izquierdo y un cuarto en el derecho.

El mecanismo íntimo de estos accidentes oculares consecutivos a violentas compresiones torácicas, es muy discutido. Dos hipótesis se han propuesto: 1.ª La perturbación de la tensión sanguínea, debida a la presión torácica, determina hemorragias en el nervio óptico que no pueden observarse, por residir en un sitio inaccesible, a la exploración clínica, pero son idénticas a las que ya pueden observarse al nivel de la retina. Es la opinión más generalmente admitida.

2.ª Las células ganglionares de la retina, muy frágiles, sufrirían directamente de la perturbación circulatoria y la atrofia papilar sería una consecuencia. La sangre llegando bruscamente a la retina y manteniéndose más o menos tiempo a una presión muy elevada, ocasiona un traumatismo serio sobre los elementos retinianos durante unos instantes, por una sangre cargada de ácido carbónico, sufren un verdadero estado de shock traumático. — R. Loscos.

R. ARGAÑAZ (Buenos Aires). — *La operación de la catarata.* — («La Semana Médica»; septiembre de 1931. Buenos Aires).

Sobre la importante operación de la catarata, describe el autor una serie de modificaciones por él introducidas, avaloradas por una relación de los resultados obtenidos, que nos deciden a señalarlas brevemente.

Opera en la cama del enfermo, la midriasis la practica con Homatropina, Cocaína y Adrenalina, reforzada en algunos casos con inyección subconjuntival de unas gotas de adrenalina. Desinfecta el campo operatorio con una solución de Dakin y anestesia con inyección retro-ocular.

Como modificación introducida describe la parálisis del ramo cérvico-facial con novocaína-adrenalina mediante inyección practicada dos centímetros más abajo de la línea que va de la comisura externa del ojo al tragus del oído correspondiente.

Introduciendo la aguja profundamente en dirección del vértice de la mastoides en la parte anterior de la parótida.

Fija el globo y sostiene el párpado superior elevado, mediante un hilo que pasa bajo un pliegue que toma con la pinza haciendo mirar al enfermo fuerte-

mente hacia abajo, procurando tomar algo de tejido episcleral, pero no preocupándose de tomar el recto superior.

Emplea para la extracción un procedimiento combinado de la pinza de Elschnig y del gancho de estrabismo.

Practica, cuando lo cree necesario, iridotomía.

Para ocluir el ojo terminada la operación aplica un punto palpebral que fija al pómulo durante 24 horas. El vendaje es oclusivo, sin ejercer presión sobre el ojo.

Defiende su sistema en todos sus puntos. El operar en la cama del enfermo para la inmovilidad postoperatoria. La desinfección por su mayor poder germinicida. La aquinesia suya, por no ocurrir lo que sucede a veces en la practicada junto a la comisura que edematiza los párpados. El procedimiento combinado de extracción lo preconiza como de elección para lo sucesivo; el punto de fijación del ojo, elimina el blefarostato, así como la mano del ayudante.

En determinados enfermos recurre a dos puntos palpebrales, uno en el superior y otro en el inferior, que durante la operación los fija respectivamente sobre la frente y la mejilla, para tener despejado completamente el campo, y terminada la operación, le sirven para hacer la oclusión palpebral durante el primer día que sigue a la operación. — R. LANDA.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

VERNIEUWE (París). — *Contribución al estudio de la tuberculosis de los senos de la cara.* — («Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie», números 5 y 6; 15 y 31 de marzo de 1931. Bordeaux).

Se extiende el autor en consideraciones sobre la frecuencia de las sinusitis tuberculosas; estudia a continuación las puertas de entrada de la infección (ojo y vías lagrimales, fosas nasales y dientes y rebordes alveolares, modalidad ésta la más frecuente) y tras de exponer las diferentes opiniones sustentadas por los autores que se han ocupado de la cuestión y citar algunas observaciones personales en que apoyar su tesis, termina su trabajo sentando las siguientes conclusiones:

1.ª La sinusitis tuberculosa aguda es una afección poco frecuente.

2.ª La sinusitis tuberculosa crónica es más frecuente de lo generalmente admitido. A menudo es desconocida.

3.ª Si el diagnóstico rigurosamente científico, reposa sobre la constatación de la presencia del bacilo de Koch en el pus o en las células gigantes de los tejidos del seno enfermo, el diagnóstico clínico se hace a menudo gracias a los síntomas de suspición tanto locales como generales, precoces o tardíos,

que deben en todo caso inducir al clínico a practicar los exámenes de laboratorio. Son, el aspecto de las granulaciones, la polifistulización, la presencia de ganglios testigos, la marcha de la enfermedad..., etc.

4.ª Es preciso hacerse a la idea de que la sinusitis tuberculosa se encuentra en enfermos que no son tuberculosos pulmonares.

5.ª La tuberculosis crónica de los senos (y en particular la del seno maxilar) sólo muy raramente es debida a la extensión de lesiones óseas tuberculosas de vecindad; las fosas nasales son raramente el punto de partida de una tuberculosis extensiva, las vías lagrimales deben ser excluídas, y los dientes, las encías y el reborde alvéolo-dentario son las más frecuentes. La infección tuberculosa de los senos es trasmitida por la circulación general; con frecuencia es tuberculosa «d'emblée» y no injertada sobre una sinusitis crónica banal preexistente.

6.ª Tuberculosis de los senos no significa incurabilidad. La curación es relativamente frecuente, algunas veces espontánea y lo más a menudo obtenida por una intervención precoz y lo más completa posible. La lesión puede ser extensiva, pasar a la cronicidad merced a la intervención del terreno.

7.ª La tuberculosis pulmonar es a menudo *consecuencia* de la tuberculosis crónica de los senos.

8.ª Ciertas formas de tuberculosis de los senos simulan clínicamente tumores malignos de estas regiones.

9.ª Lo mismo que las otitis purulentas crónicas, las sinusitis crónicas no pueden escapar a la vigilancia, si se ha de hacer una profilaxis antituberculosa bien entendida. — J. DUERTO.

SANCHEZ RODRIGUEZ (Madrid). — *La reserva alcalina en la sangre de los otoespongiosos.* — («Revista Española y Americana de Laringología..., etc.», número 2; febrero, 1931. Madrid).

Ajustándose el autor en un todo a la clasificación de Escat de las sorderas progresivas, estudia la otospongiosis como una sordera de acomodación resultante de un complejo de lesiones de cápsulo-esclerosis caracterizado por la transformación esponjosa primero y esclerosa después de la cápsula ósea del laberinto con la consiguiente anquilosis del estribo a la ventana oval.

Pasa revista a las distintas teorías que pretenden explicar esta transformación y sus posibles causas. Y como quiera que la experiencia clínica demuestra que esta otopatía comienza con frecuencia en la edad puberal, afecta principalmente al sexo femenino, y ofrece la particularidad de adoptar un carácter hereditario y familiar, signos que dan al proceso todos los caracteres de una afección constitucional; y como, además, aunque realmente no haya datos ciertos de que las alteraciones de las glándulas endocrinas sean susceptibles

de provocar el proceso, parece indudable que estas glándulas tienen influencia en el metabolismo de ciertas sustancias (compuestos cálcicos y fosforados) cuya alteración desempeña cierto papel en las alteraciones de la cápsula ósea del laberinto, ha juzgado el autor interesante investigar en estos enfermos el metabolismo basal, la reserva alcalina de la sangre y las cifras de calcio y fósforo.

Los resultados obtenidos en veinte casos ponen de manifiesto una clara disminución de la reserva alcalina.

COMENTARIO. — Es la otospongiosis una otopatía cuya etiología y patogenia pese a cuantos trabajos se han llevado y llevan a cabo por los investigadores para esclarecerlas no está aún completamente dilucidada. Es por la tanto laudable el propósito del autor y dignos de encomio sus trabajos es este sentido, los que si ciertamente adolecen de la falta de originalidad, puesto que numerosos autores (Bonpunt entre ellos, que es autor de una interesantísima tesis sobre este objeto) han dedicado a su estudio sus actividades, vienen al coincidir en sus conclusiones a dar más luz sobre el asunto.

Ello, además, viene a corroborar la hipótesis hace algún tiempo enunciada por nosotros *(Duerto. Sobre la etiología de la otospongiósis. ¿Són sus causas de origen endocrino?* «La Medicina Ibera», núm. 587) de la influencia del ovario, como consecuencia de la disminución del papel frenador de la hipófisis (lóbulo anterior), en la producción de esta enfermedad.

Ciertamente que, como dice muy bien Sánchez Rodríguez, los datos no son suficientemente ciertos para aseverar un origen endocrino, pero a nuestro entender, el hecho del proceso se presenta con marcadísima mayor frecuencia en las mujeres (catorce veces entre los veinte examinados por el autor), la nefasta influencia del embarazo, y el que en todos los casos del sexo femenino recogidos por el autor se haya podido comprobar una insuficiencia de la función ovárica, son de una gran significación que es preciso tener muy en cuenta.

Nos parece, pues, muy acertada la idea del autor (ya expuesta por otra parte por nosotros en el mencionado trabajo) de hacer una minuciosa investigación de las glándulas endocrinas en todo otospongioso, así como de una estricta colaboración del otólogo y el endocrinólogo de la que seguramente ha de salir la solución del problema. — J. DUERTO.

TERAPÉUTICA

DURAN ARROM (Barcelona). — *El Novarsenobenzol Billon en clínica.* — («Archivos del Instituto de Medicina Práctica»; núms. 8-9; agosto-septiembre de 1931. Barcelona).

Entre los productos químicofarmacéuticos hoy aplicados con creciente éxito en la clínica interna por sus eficaces resultados terapéuticos figura en lugar predominante el que encabeza.

Es ante todo por su composición un dioxidoamido-arsenobencenosénico, y esta relación ya le indica como uno de los más poderosos agentes de lucha contra los protozoarios en general y específicamente contra el treponema o espiroqueto pálido, fuente del mal sifilítico.

El Novarsenobenzol Billon tiene sus antecedentes en los experimentos de Ravaut y Magné, quienes durante el curso de la Gran Guerra ensayaron con notables resultados las pastillas de suero asociadas al arsenobenzol, alcanfor y ácido bórico. El arsénico orgánico reducido a la forma arsenobenzólica constituye el principio activo de la esterilización, pero era de difícil manejo, lo que ideó el lanzamiento a los mercados de la forma novarsenobenzolada, más manejable y de acción muy parecida al casi tóxico arsenobenzol.

Ehrlich, en su deseo de conseguir la esterilización completa del organismo sifilítico con una sola inyección de salvarsán, fracasó, pero marcó la pauta de progresos futuros. El neosalvarsán combinado con la medicación mercurial dió mejores resultados con menos peligros para el paciente. Después una nube de medicaciones combinadas han desorientado algo al clínico, que, si exceptuamos los casos muy cuidadosamente tratados, se encontraba tarde o temprano con la difusión treponémica del chancro, con la septicemia o con débil defensa en los organismos de los pacientes luéticos.

En los tres períodos clásicos de la evolución del mal ejerce excelente acción el medicamento novarsenobenzolado. En sífilis primaria el resultado es muy notable y es donde merece ser citado como uno de los más ajustados y dignos de empleo, sin olvidar que la constancia en la aplicación de las series es de tanta importancia como el régimen dietético en un miocardítico. En los períodos sucesivos no se ignora los aspectos contradictorios que los mismos nos ofrecen en clínica, y ello hace que los resultados del Novarsenobenzol Billon no sean tan regulares como en el período preventivo o abortivo y primario sifilítico. Tal como se entiende, la curación real puede obtenerse siempre que la lesión inicial sea temprana y teniendo en cuenta la «calidad» del individuo para la resistencia a la dosis primera de 0,15, continuando a 0,30, hasta llegar a 0,90 como máximo, por vía subcutánea con preferencia a la intravenosa y a la oral.

El Novarsenobenzol Billon es a veces mal soportado por ciertos enfermos, en los que sólo el bismuto en forma de Luatol o Rubyl y también el Eparseno puede responder a las necesidades del caso.

El tratamiento en polvo para cicatrización en el tratamiento abortivo de la sífilis es de gran importancia por sus buenos resultados, sobre todo al renovar la cura un par o tres veces al día.

En los períodos avanzados y aun en los enfermos de sífilis cardíaca o cardíacos con antecedentes luéticos, el Novarsenobenzol Billon responde bien, aunque haya sufrido otros tratamientos anteriores no arsenicales.

También en clínica general, sin involucro alguno de sífilis, vemos el Novarsenobenzol Billon realizando una obra curativa de alto valor. Nos referimos a casos de fiebre recurrente de origen espirílico y antes desconocida, en los que asociado a Renaleptine o adrenalina cura decisivamente. También en la angina de Vincent, en el ántrax, paludismo y disenteria de origen protozoario produce efectos radicales, que terminan con la infección, en muchos de los pacientes profunda por contraerse en regiones infectadas y endémicas.—A.

MEDICINA SOCIAL

L. VERWAECK (París). — *El examen prenupcial considerado desde el punto de vista médico.* — («Paidoterapia»; núm. 112; agosto, 1931. Barcelona).

La eugénica, respetuosa de la moral y de la verdad científica, abre a la actividad de los médicos un vasto e interesante campo de investigaciones y de aplicaciones de higiene social preventiva.

El autor de este trabajo estudia en primer término los estados patológicos que pueden constituir una contraindicación real, pero con más frecuencia temporal al matrimonio y que pueden distribuirse en cuatro grupos:

1.º Las enfermedades hereditarias.

2.º Las taras blastoffóricas.

3.º Las afecciones con pronóstico grave.

4.º Las enfermedades contagiosas.

Las objeciones formuladas a propósito del examen prenupcial son numerosas, pero ninguna es de naturaleza a hacer renunciar, si se tiene en cuenta la fórmula admitida en el XIV Congreso de Medicina Legal de lengua francesa celebrado en París el 26 de junio de 1929, en el que para el certificado prenupcial se consagra la libertad de elección del médico y la libertad para los novios de someterse o no a su decisión, dos principios indispensables como base de una ley que impone no un certificado de aptitud nupcial, sino solamente la prueba de un examen médico antes del matrimonio.

Las objeciones de orden eugénico son las siguientes:

1.ª La imprecisión de la ciencia eugénica.

2.ª La documentación insuficiente de los médicos en cuestiones de eugénica.

3.ª El escaso número de especialistas en eugénica.

4.ª La ausencia de servicios de consultorios médicos orientados hacia el matrimonio para los indigentes.

5.ª La dificultad del diagnóstico diferencial del pronóstico eugénico.

6.ª Las grandes dificultades que se encuentran en las encuestas eugénicas para establecer con seguridad los caracteres morbosos de la herencia familiar.

Las objeciones de orden médico y profesional son las siguientes:

1.ª El examen prenupcial no aportará siempre una seguridad absoluta, desde el punto de vista de las taras personales del prometido.

2.ª Las dificultades que presentará un examen médico completo.

3.ª La competencia irregular de los médicos en materia de examen prematrimonial.

4.ª Los errores provocados por la mala fe de los consultantes a propósito de su pasado médico personal.

5.ª Los certificados de complacencia y los errores debidos a negligencia del médico.

6.ª La responsabilidad del médico que podrá encontrarse comprometida cuando su dictamen favorable sea desmentido por un contagio que no se podía prever o por la recaída de una enfermedad anterior.

7.ª Casos difíciles o dudosos que no podrán ser decididos con una seguridad absoluta.

8.ª Las dificultades de orden no médico que presentan ciertas decisiones.

9.ª La violación del secreto profesional.

El examen prenupcial debe ser precoz, para poder estudiar los casos difíciles y hacer en buenas condiciones las investigaciones sobre la herencia familiar.

Después de tratar el autor la organización de los consultorios prenupciales para indigentes, habla de la severidad del examen prenupcial para demostrar que hay un pequeño tanto por ciento de dictámenes desfavorables.

Según una estadística alemana sólo en un 4 por 100 de los casos hubo fallo desfavorable; en el 42 por 100 aplazamiento, y en 54 casos no existía ninguna objeción al matrimonio.

Termina el trabajo con la siguiente

CONCLUSIÓN. — Hemos intentado demostrar que el examen médico antes del matrimonio, que no es en resumen más que una modalidad de gran interés social de la medicina preventiva, puede y debe entrar en la práctica corriente, incluso a consultar un especialista en los casos difíciles, como es costumbre hacerlo en todos los campos del arte médico.

Los problemas de pronóstico y diagnóstico de la eugénica prenupcial tan complejos y delicados como pueden parecer a los internistas, no tienen nada que deba inquietarles; son de índole interesante porque les aportan una nueva e importante actividad científica destinada a asegurarles más prestigio y autoridad en la vida social.

Hasta ahora la propaganda en favor de la generalización de la consulta

prematrimonial no ha dado más que resultados muy limitados, lo cual se explica, en nuestra opinión, por la indiferencia mucho más que por la hostilidad que el cuerpo médico ha demostrado por ello.

Ahora bien; nosotros estimamos que sin su simpatía activa y su completa adhesión esta reforma de nuestras costumbres en materia de matrimonio no tiene probabilidad de ser adoptada por la élite intelectual y moral de la nación, para la cual debería constituir un deber social del momento actual.

Que si la masa no se dejase impresionar por su ejemplo y permaneciese indiferente a la voz de los médicos, proclamando las grandes ventajas individuales y generales del examen médico prematrimonial, nos quedaría el recurso de imponérsela por una obligación legal, tal como la concebimos, respetuosa en principios que deben quedar intangibles, sobre ley moral y libertad individual.

Permítasenos, para terminar, recordar la fórmula personal de esta obligación la cual hemos tenido el placer de verla adoptada por el Congreso de Medicina Legal de París en 1929.

Consiste en añadir a los documentos exigidos por las autoridades municipales y en vista o celebración de un matrimonio, la prueba de que los dos prometidos han consultado al médico de su elección y que se han comunicado el dictamen expresado por él.

Debidamente advertidos de los inconvenientes, cargas y peligros para ellos y para su descendencia, a los cuales puede exponerlos una unión que parece aventurada o sea indeseable desde el punto de vista médico y eugénico, conservarían el derecho de tomar una decisión completamente independiente. Quizá podría exigir una declaración verbal de que no han contraído, desde el examen prenupcial, enfermedades contagiosas y para responder a ciertas preocupaciones expresadas en el debate promovido por esta cuestión, se podría crear también una entidad jurídica para reprimir severamente el contagio voluntario.

El examen prematrimonial podría, desde luego, hacerse de una manera muy precoz, incluso antes de los esponsales oficiales, solución que presenta ventajas considerables bajo el punto de vista familiar y social. — RAMÓN CELMA.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

LOS MILAGROS EN MEDICINA

(DE LA LECCION INAUGURAL DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA DE 1931-32)]

POR EL

ILMO. SR. DR. RICARDO ROYO VILLANOVA

Catedrático por oposición de Patología y Clínica Médicas

ZARAGOZA

Este año la luz de la actualidad, durante las vacaciones estivales ha sido proyectada desde la más moderna de las vecinas Repúblicas y es con ella, con la que nos envía el cielo lusitano desde la corte de oro de Portugal, con la que pretendemos iluminar nuestra lección primera del presente curso dedicada, como sabéis, a comentar aquellos acaecimientos ocurridos durante los meses veraniegos, que se relacionan con la materia de nuestros estudios.

Y estos sucesos fueron simultáneos en Lisboa.

El Congreso de la Asociación para el adelantamiento de las ciencias; el centenario del taumaturgo por antonomasia, San Antonio de Padua; y es conjugando la ciencia del uno y la fe del otro acontecimiento, como vamos a comentar ambos divagando sobre el siguiente tema:

Los milagros en Medicina: Porque aunque otra cosa pretenda el Santo Padre, con la razón suprema y la suprema conveniencia para las almas, al exaltar las otras dotes celestiales del insigne teólogo, San Antonio de Padua, será el santo milagroso por excelencia y de entre todos sus milagros, los que a nosotros nos competen, son aquéllos que se refieren a la reparación de la salud perdida.

Taumaturgo por antonomasia acabamos de llamar al Santo portugués: 1.º porque ninguno como él ha sido *admirable en sus obras* ni nadie en el mundo hizo *cosas* más *estupendas* y *prodigiosas* que son las palabras con que define al taumaturgo el diccionario de nuestra lengua; 2.º porque nada más *estupendo* y *prodigioso* que esas cosas *raras, extraordinarias, maravillosas, superiores al*

orden natural y a las fuerzas humanas, que sólo el poder divino puede ejecutar.

Ahora bien, quizás digamos una heregía, pero estimamos que en este bajo mundo los milagros requieren una colaboración humana a la omnipotencia divina, que no basta la Gracia de Dios, es necesario también la fe del hombre.

¡Cuántas veces lo reconoce así el mismo Jesucristo Nuestro Señor en la serie de sus milagros, bien recriminando a los apóstoles cuando dudan, bien ensalzándola en los desgraciados cuando acuciosamente piden y fervorosamente suplican!

Bien sabemos que por ser la Gracia el Don de Dios sobre toda la actividad y exigencia de nuestra naturaleza, sin méritos ni proposición de parte nuestra y siempre ordenada el logro de la bienaventuranza, y ser la Fe una luz y conocimiento sobrenatural con que sin ver, creemos lo que Dios dice y la Iglesia nos propone; esta virtud teologal, es la primera de todas y por consiguiente el producto primero de aquel Don; pero en el orden de la naturaleza humana la fe no es sólo necesaria para creer en los milagros sino para que éstos se hagan.

Si el mundo de la Naturaleza y el mundo de la Gracia, son mundos distintos, o cuando menos distantes, la Fe es el nexo que los une y sin ella, viviendo separados, haríanse imposibles aquellas cosas estupendas, aquellos hechos prodigiosos, aquellas obras extraordinarias, aquellos sucesos maravillosos superiores al orden natural y a las fuerzas humanas que constituyen el milagro.

Pero la fe es confianza y es amor, por eso quien tiene Fe, tiene Esperanza y tiene Caridad.

Decíamos nosotros, en ocasión solemne, que de los tres votos categóricos que son las promesas con que los religiosos se ofrecen a Dios, con que se afirmase sólo el de obediencia subsistirían las obras de los otros dos, el de pobreza y el de castidad, porque ninguna autoridad a la que debemos obedecer nos ordenará ser ricos ni ser deshonestos.

Lo mismo digo de las virtudes teologales que son tres también; conservad incólume la fe y mientras ella subsista tendréis Esperanza y tendréis Caridad, porque sólo en lo que se cree se espera, y sólo a quien se cree se ama. Y ésto no sólo en lo divino sino en lo humano, porque el amor aquí entre seres racionales, es correspondencia y sólo porque se ve correspondido se sigue amando, y por eso también es falso el refrán que dice *el que espera desespera*, porque sólo el que no tiene esperanza se entrega a la desesperación.

Pero en el orden médico que es el que a nosotros nos interesa ahora, entre las multitudes que sufren lo mismo en el cuerpo que en el alma, desde las mocitas que quieren casarse, hasta los tullidos que ansían moverse, pasando por la gama inmensa del dolor moral, no sólo debe estimarse milagroso el resucitar a un muerto o el curar un canceroso.

Conseguir un éxito en el tratamiento de un enfermo sin remedios de botica

ni maniobras de cirujano; obtener estos resultados por esos medios naturales de la ciencia, pero en plazo más corto que el ordinario y de duración más larga que la corriente; procurar alivios insospechados, llevar consuelos inadvertidos, despertar resignaciones, conformidades y aun alegrías en el ambiente tenebroso de la tristeza y del sufrir, eso es también milagro porque eso es maravilloso y estupendo y en cierto modo imposible de conseguir por la sola virtud de la naturaleza y por el solo esfuerzo del hombre.

Y si la Fe es el nexo entre la naturaleza que pide y la Gracia que da, en el orden de la medicina, los Santos son los intermediarios entre la tierra que sufre y el cielo que alivia y se tiene tanta más confianza, inspiran tanta más fe, infunden tanta mayor esperanza, se les incita con tanto más amor, cuanto más es su prestigio, mayor su fama, más alta su gloria, más universal su reputación por la serie de sus obras y la eficacia de sus intercesiones.

Lo mismo ocurre en el plano de nuestras actividades humanas con los médicos y con los medicamentos, que inspiran tanta más fe cuanto más larga sea la lista de sus éxitos.

Y ¿quién podrá competir en esto con el insigne taumaturgo portugués, sólo aventajado por la Virgen Santísima en el portento de Miguel Pellicer, vecino de Calanda, de cuyo hecho nos ocuparemos algún día con especial detenimiento, y Cristo Jesús en los Milagros de su vida en Palestina?

* * *

—Mirad, doctor, me decía una dama, yo quisiera enflaquecer, no solamente por conservar la línea, sino por conservar la salud. Para conseguirlo he visto a todos los médicos, que me han atiborrado de tiroides; me he hecho intervenir por varios cirujanos, que después de rajarme la piel me han quitado a cucharadas la grasa de todo mi cuerpo; he ido a todos los balnearios de aguas purgantes, he sudado el quilo cientos de veces y he orinado el litro miles de horas, pasando por todas las torturas y deslizándome por todos los laminadores de los llamados Institutos de la llamada Belleza, pero nada he conseguido porque todo ello me aumentaba el apetito y comía y como de un modo voraz y estoy convencida de que comiendo no se enflaquece.

—Tiene usted razón, señora mía, lo único que enflaquece es ayunar. En el balance de nuestra economía, como en el de todas las entidades bancarias, industriales, etc., cuando los ingresos son más que los gastos la caja crece; cuando los gastos son mayores que los ingresos, la caja mengua. Pero en el negocio de la salud, unas veces conviene ganar y otras perder, porque todo es ganar. Los flacos ganan ingresando mucho y gastando poco, porque así engordan. Los gordos ganan, comiendo poco y trabajando mucho, porque así enflaquecen. Ahora bien; como usted no puede trabajar por una porción de razones, no le queda otro remedio que ayunar.

—Pero ¿cómo ayunar, si tengo un hambre que me devora?

—No, señora mía, no; fíjese usted bien en que lo que dice no es cierto; quien devora no es el hambre, sino usted. Para que su hambre de usted la devore a usted, es necesario que usted ayune; es decir, que sea su propia carne quien satisfaga y sacie su propio apetito, y esto no se logra más que ayunando, con lo cual conseguirá usted poder trabajar algo sin esfuerzo, sin fatiga y sin cansancio, que es el otro medio; es decir, el otro remedio contra la obesidad.

—Y ¿cómo alcanzarlo?

—Sigue usted hablando impropiamente, porque la gula le sale por donde le entra, es decir, por la boca. Ya lo dijo Jesús: «de lo que está lleno el corazón hablan los labios». En vez de decir de qué manera conseguirlo, dice usted *cómo* lograrlo; es decir, que empieza usted por comer para ayunar. Por lo demás, el modo de conseguir esa inapetencia material es avivar la apetencia espiritual, o sea ordenar hacia el alma aquel apetito *desordenado* hacia el cuerpo; recordar la frase de Jesús cuando dijo que *no sólo de pan vive el hombre*, y sobre todo avergonzarse ante aquel hecho del Santo paduano antes de ser considerado como tal y que tantos artistas célebres reprodujeron en mármoles, lienzos y vidrieras de todo el mundo. Nosotros tenemos un admirable cuadro de la escuela flamenca en el Museo del Prado.

Sabida es la acción misionera y catequística de los hijos de San Francisco de Asís. Uno de ellos, Antonio de Padua, en su divina tarea de convertir infieles y catequizar herejes, para que se cumpliera lo que sin duda alguna ha de cumplirse porque es promesa y mandato de Jesús nuestro Señor que todos los hombres formen en *un mismo rebaño dirigido por un mismo pastor;* San Antonio el paduano, repetimos, tropezó en sus andanzas con un hereje que en son de mofa prometió al fraile que se convertiría al cristianismo en el mismo momento en que viera por sus ojos que un asno hambriento dejase la avena de su pienso por adorar la eucaristía. El momento no se hizo esperar; un borrico escuálido y famélico venía rebuznando desde lejos hacia el lugar donde hereje y fraile departían y cuyo sitio no era otro que el pórtico de la iglesia. Inmediatamente el incrédulo señor colocó sobre el suelo un gran recipiente lleno de avena hasta los bordes, y el santo corrió hacia el interior del templo trayendo entre las manos la Sagrada Forma que colocó sobre el grano apetitoso. Llegó el asno y deslumbrado por la luz de lo blanco de la hostia sobre el oscuro fondo de la avena se prosternó de rodillas. El cuadro de nuestra admirable pinacoteca representa este instante subyugador; la iglesia al fondo; en la pradería próxima un grupo de caballeros con riquísimas dalmáticas entre los que formaba el hereje en cuestión, puestos de pie, miran atónitos el celemín, repleto de avena y más henchido de gracia divina, ante

el cual se arrodillan de uno y otro lado el santo fraile y la sufrida bestia, y entre los dos y sobre todo, la aibísima blancura de la oblea inmaculada cuya luz alumbra el cuadro todo y parece trascender fuera del lienzo.

Pues bien, señora mía, si a la vista del cuadro que recuerda el prodigio no sabéis hacer lo que el asno hizo, demostraréis ser más borrica que el jumento de la escuela flamenca.

Y desde aquel día la señora obesa se aficionó más al Sagrario que a la cocina, y cuando, todos los martes, después de echar una moneda en el cepillo del *pan de los pobres* de su parroquia, pasaba por la farmacia para depositar otra moneda igual en la ranura de la báscula automática, la aguja del cuadrante señalaba dos kilos menos.

* * *

Otro día la escena no ocurre en el despacho de mi consulta, sino en una modesta alcoba de una casuca madrileña de los barrios bajos, muy al final de la calle de Toledo, en aquel invierno de la horrenda gripe de 1889 a 1890. Un viejo matrimonio obrero veía morir al único fruto de sus amores, joven de treinta años, que era su sostén. Sin esperanza de curación, porque así se lo habían dicho los médicos, gastaron las últimas pesetas del patrimonio familiar en misas y luminarias a San Antonio de la Florida, porque recordaban el soberano fresco de Goya en la madrileñísima ermita. Allí estaba el Santo detrás de una barandilla desbordante de majas y majos, haciendo el estupendo milagro de resucitar a un muerto, para que declarase la impostura de las gentes que atribuían su muerte al padre del Santo, revelando el nombre del verdadero asesino. Sólo quien supo hacer aquello podría volver a la vida aquel pedazo de sus entrañas que se debatía en el lecho del dolor entre sudores de agonía y estertores de muerte.

* * *

Y ese niño inquieto, distraído, convulsionario que a nada ni a nadie atendía, que ni los médicos más ilustres, ni los maestros más eminentes, ni los pedagogos más avanzados, ni los frailes más pacienzudos podían lograr que aprendiera a conocer las letras ni a trazar los más rudimentarios palotes, ¿por qué no encomendarlo al Santo bendito del *niño de luz* que Murillo pintara para la Catedral de Sevilla y que tuvo poder bastante para que los peces del mar salieran en nutridos batallones de las aguas y se arrastrasen por la playa arenisca sólo por escuchar extasiados los discursos del franciscano de Padua?

* * *

Con estas sucintas narraciones de mi modesta práctica, a las cuales podría sumar otras muchas de las prácticas ajenas y aun de la mía propia, no pretendemos más que excitar a los médicos a que aprovechen esta inmensa

cantera de la Fe y ese enorme prestigio de la Gracia de Dios por intercesión de sus Santos, y en este tiempo particular de San Antonio, en beneficio de sus enfermos.

No tengo autoridad ni suficiencia para tratar del milagro con razones teológicas ni con pretensiones apologéticas. Leí en su época, amablemente dedicado por su autor, el voluminoso tomo titulado «El Milagro», por el Padre Mir (año 1915); escuché en la cuaresma de San Ginés, el año 1928, las conferencias del Padre Urbano sobre este mismo tema; más de una vez he meditado sobre las luminosas páginas que con su Summa teológica escribió Santo Tomás de Aquino; con verdadera fruición me empapé en los escritos adversarios de filósofos y médicos cuyas razones impugnatorias pueden seguir clasificándose en el *determinismo de las leyes naturales, la contingencia absoluta de estas leyes y la existencia de fuerzas ocultas ahora desconocidas; la impotencia, mutabilidad y degradación que el milagro supondría en la Causa Primera; la imposibilidad metafísica; la destrucción de los fundamentos de la certeza y de la moralidad; la indignidad de esta prueba frente a los argumentos racionales;* y nada de ello me ha convencido más que de la soberbia de los hombres, orgullosos de una naturaleza que ellos no sólo no pueden hacer, sino que no saben interpretar y apoyados en una razón oscilante, casi siempre, entre las ilusiones y los delirios.

Lo repetimos una vez más; nuestro punto de vista no es teológico, ni apologético, ni filosófico; nuestro punto de vista es médico, mejor todavía, clínico; es decir, práctico, con vistas a la curación de los enfermos, al alivio de sus dolores, al consuelo de sus desgracias.

Puestos en este plano nos parece abominable la conducta de los médicos que quieren poner en pugna el poder limitado de su arte con la omnipotencia divina. Todavía me atormenta durante muchas horas de mi insomnio habitual el recuerdo de un hecho de esta naturaleza con la deplorable consecuencia de aquella imposición de la soberbia humana, inhumana diríamos mejor.

He aquí el caso: Una linda muchacha, hija de linajudos y muy estimados clientes nuestros, contrajo matrimonio con un joven diplomático. A los diez o doce meses de sus nupcias vino el joven matrimonio de París, donde habían encargado un niño, para esperarlo en Zaragoza. Llegado el momento, fué llamado para asistir al acto un ilustrado ginecólogo, tan reputado por su arte como conocido por su impiedad y discernido por la complacencia con que seguía los divertimientos de su bellísima mitad.

La muchacha, que seguía conservando la belleza aunque sin conservar la línea, quiso rodearse de todas las garantías divinas, del mismo modo que el marido procuró aportar todas las garantías humanas y junto a las trusas, canastillas, recipientes, antisépticos, autoclaves, blusas y guantes puso, presidiéndolo todo, una imagen de San Ramón Nonato, de cuya cofradía se hizo hermana muy piadosa.

Llegado el momento fuimos llamados juntamente con el comadrón, que trajo todo el imperio de su ciencia obstétrica y todo el poder de su arte tocológico. Yo me limité a colgar al cuello de la cuitada doliente una cinta milagrosa con la que mi santa mujer me había dado seis hijos que todavía viven, gracias a Dios, como gracias a Dios vinieron al mundo.

A los primeros dolores y en ausencia mía, el eminente comadrón dijo a la pobre niña:

—Nada de tonterías; o los santos o yo.

Y el complaciente marido, educado en la Enciclopedia, después de unas palabras, sonrientes y claudicantes con aquella lumbrera de la ciencia médica, prometió al galeno que antes de dar a luz habrían desaparecido la reliquia de la Santa Cinta y la estatuita de San Ramón. El parto venía perfectamente, y en vista del éxito asegurado por la naturaleza, nuestro partero, acentuó su impertinencia, y seguro de su arte soberano, tras unas palabras de desdén primero y de blasfemia después, despojó a la mujer de su cinta y de un empujón arrojó la imagen del Santo que se hizo trizas en el pavimento de la alcoba.

Lo que pasó después lo sé por referencias del propio tocólogo descalabrado. La buenísima mujer murió a los primeros dolores; el niño que vino al mundo, con ayuda de fórceps, lloró un instante su orfandad y sucumbió también, y el triste viudo, arrojó con tal brío a la cabeza del eminente tocólogo una de los tambores metálicos del *jaz-band* obstétrico que le acompañaba en todas sus faenas, que el pobre incrédulo bajó las escaleras, raudo como un meteoro, con las manos en la cabeza, donde las gentes veían dos cuernos, no precisamente diabólicos, y el rabo entre las piernas.

* * *

Ved el reverso de esta medalla, que brindo a «Heliófilo», el insigne humorista que tantas veces me ha honrado con sus elogios como con sus censuras emanadas de una ironía notoriamente injusta aunque literariamente envidiable.

Eran los tiempos en que Asuero hacía prodigios con sus toques de atención sobre el tabique nasal. Una señora anciana que desde hacía diez años venía padeciendo, con su reumatismo gotoso, la tortura de todos los masajes, el suplicio de todos los potingues y la sanción de todos los balnearios, recurrió al médico donostiarra sin lograr de la varita mágica de su estilete corneal mayores ventajas que con otras maniobras por otros doctores y en otros lugares. Arribó a Zaragoza por una especie de asunción del Pilar bendito y, queriendo mezclar la ciencia con la fe, hizo una novena a nuestra Virgen, y el último día, después de confesar contritamente y comulgar con inusitado

fervor, pidió a Nuestra Señora que le inspirase para elegir un médico a cuyo arte someterse por su intercesión.

Tomó seis tarjetas y en el dorso de cada una de ellas puso el nombre de un doctor español; entre ellos el de mi modesta persona; metió las tarjetas en una cajita, pasó el estuche por la huella que el besar de los siglos dejó en la piedra del Pilar bendito y cuando llegó a casa, *barajó* las tarjetas e hizo que la linda nietecita que le acompañaba en su viaje, tomase una de aquellas tarjetas, que resultó la de mis apellidos. Vino a mi consulta, me refirió, con la historia de sus padecimientos, todo lo que acabo de decir. Le prescribí una fórmula de cólchico y a los quince días, la que apenas podía andar con muletas, corría sin ellas.

Cierto que nadie le prescribió el cólchico antes que nosotros y que el cólchico sigue siendo el específico de la gota desde tiempos de Sydenham; pero el mismo olvido que los demás colegas tuvieron del remedio indicado pude tener yo; ¿por qué no lo tuve? Indudablemente por inspiración divina.

Como creo que en aquella cura tuvo más intervención la Virgen del Pilar que nosotros, no me atreví a ponerle nota de unos honorarios con insistencia pedidos, y, cuando en espléndido regalo me envió unos billetes, tomé uno de ellos a modo de diezmo y los otros nueve los deposité en el cepillo luminosó que frente a la pila del agua bendita del templo del Pilar pide limosna para las obras de consolidación del templo mariano por antonomasia.

¿Qué hubiera ocurrido si en lugar de la tarjeta con mi nombre hubiera salido en suerte las de los queridos y admirados colegas Lafora y Marañón, que también recibieron el hálito piadoso del jaspe acariciado? ¿Hubieran olvidado el cólchico al ver una gotosa? ¿Hubieran curado a la enferma usando otros medios que la prestigiosa cebollita, los ilustres maestros? Sobre todo, ¿habrían dejado en el cepillo limosnero las nueve décimas partes de sus honorarios?

* * *

Decíamos al principio de esta lección, temblando ante la posibilidad de que quizá nuestra opinión fuese algo entre herético y disparatado, que desde nuestro punto de vista puramente clínico, el milagro requería de la fe, no para creer en él (ya que fe, según el catecismo es creer lo que no se ve y el milagro podemos verlo con solo mirar y no ciertamente con los ojos de la fe, sino con los ojos de la cara, libres de gafas sectarias o de vendas racionalistas), sino que el milagro requiere a la fe para producirse.

El único autor de todos los milagros que es la causa primera, Dios en fin, lo ha dicho repetidas veces, sobre todo en cuanto sus prodigios se dirigían a la curación de los enfermos, que es nuestra misión, y a la resurrección de los muertos, que es nuestro *dessideratum*.

Pero, es más, esta fe indispensable para que la curación milagrosa se haga, es también muy útil para que se realicen las curaciones ordinarias y corrientes.

Sólo en los animales los remedios curan sin fe en ellos, ni en quienes los prescriben. Importa por consiguiente a los médicos utilizar ese gran colaborador terapéutico que muchas veces por sí solo basta para curar, mientras que solos los fármacos no son suficientes las más de las veces para conseguir nuestro objeto.

Por eso nuestra misión es procurar que no pierda la fe quien la posee; que la recobre el que la haya perdido; infundirla en los sanos para cuando enfermen, e inspirarla en los enfermos para que obedezcan nuestras prescripciones, sigan nuestros consejos y confíen en sus resultados.

¿Cómo lograrlo?

Ante todo repitamos con el Diccionario de nuestra lengua que fe es el *buen concepto y confianza que se tiene de una persona o cosa; seguridad, aseveración de que una cosa es cierta; palabra que se da o promesa que se hace a uno con cierta solemnidad o publicidad; creencia que se da a las cosas por la autoridad del que las dice o por la fama pública;* pero sobre todo es, como decíamos al principio, la primera de las virtudes teologales, la hija de la esperanza y la madre de la caridad; fe es una luz y conocimiento sobrenatural con que sin ver creemos lo que Dios dice y la Iglesia nos propone.

Ahora bien; la *fe* como *virtud* es actividad, es fuerza, es eficacia, es vigor, es poder, es valor, es potestad de obrar; es integridad de ánimo, es hálito del espíritu ordenado hacia el bien, es recto modo de proceder; y, como virtud teologal cuyo objeto directo es Dios, es también sobrenatural y por consiguiente potencia y facultad para obrar, sobrepujando las fuerzas de la naturaleza.

Todo eso es la fe; mirad si merece la pena que la recuperen los que la perdieron, que la logren los que no la han conseguido y que la fortalezcan y la vigoricen los que la posean.

Pero ¿cómo alcanzar, bien tan supremo?

A nosotros no se nos ocurren otros procedimientos que la instrucción religiosa, la educación cristiana, las prácticas piadosas y la oración constante fervorosa y tenaz, convencidos como estamos que dar nuestra fe a cambio de la incredulidad es repetir el acto de vender la primogenitura por un plato de lentejas.

Nosotros creemos firmemente que la fe tiene tanto de sentimiento como de idea; que brota al mismo tiempo del cerebro y del corazón, que hay perfecta armonía entre la ciencia y la fe, que la razón y la fe se ilustran mutuamente y son como la mano derecha y la mano izquierda de quien quiere abarcar con sus brazos *toda* la verdad.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITA DI MILANO
DIRETTORE: SEN. PROF. BALDO ROSSI

SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS VARICES

POR EL DOCTOR

PROF. GIAN CARLO PERACCHIA

Profesor agregado de Patología Espec. Quirúrgica

MILÁN (Italia)

La cura quirúrgica de las varices, basada en el arte de la Cirugía, fué imaginada y puesta en práctica a fines de los tiempos antiguos.

Decía Hipócrates, que era preciso librar a los vasos varicosos de la sangre cautiva, mediante incisiones longitudinales un poco más largas que las que se hacen en las sangrías comunes.

Celso establecía que «toda vena nociva debe consumirse por el fuego o extirparse por el cuchillo»; si la vena enferma era de regular tamaño o poco tortuosa, era necesario ponerla al descubierto y aplicarle el hierro candente, continuando así por todo el espacio ectásico con intervalos de cuatro días. Para practicar la extirpación, después—Galeno y Pablo de Egina la describen—se incindía la piel y aislada la vena, se elevaba mediante un garfio obtuso y se cortaba, repitiendo ésto con intervalos de cuatro días, hasta que se interesaba todo el trayecto varicoso. Los labios de la herida manteniánse unidos con emplasto adhesivo.

Ambrosio Paréo y Dionis, parece fueron los primeros que practicaron la ligadura de la vena en el tratamiento de las varices y describieron con todo detalle la operación de enlace o resección de la vena entre dos ligaduras.

El procedimiento de la ligadura fué usado también por Edward Home, y por Béclard y poco después por Briquet, Smit, Travers, Dorsey.

Edward Home ligaba al lado interno de la rodilla el tronco de la gran safena, por encima de los espacios habitualmente ectásicos, al objeto de «cerrar por completo el paso de la sangre que retorna por esta vena». Monteggia, puso en evidencia que, apenas practicada dicha ligadura, todas las venas varicosas situadas por debajo de ésta se enviciaban y reblandecían rápidamente.

Scarpa y Cairoli, obtuvieron excelentes resultados con la ligadura y Rima, propuso ligar las principales ramas de la safena.

Carboni practicaba tres métodos: la ligadura de la safena; la excisión transversal y la extirpación de un pedazo de safena.

Richerand, aconsejaba cortar transversalmente los paquetes varicosos en toda su extensión, para desviar la sangre de arriba y taponarlos.

Brodie y Giulio Guerin, cortaban transversalmente la vena por vía subcutánea, a fin de evitar el contacto nocivo del aire.

Velpeau, siguiendo las normas de Richerand y Brodie, practicó la sección en 37 casos. Dejaba este cirujano derramar cierta cantidad de sangre, según las fuerzas del sujeto, taponaba y, comprimiéndolo moderadamente, vendaba el miembro.

Cooper y Lisfranc, preferían practicar la resección, porque retirándose bajo los labios de la herida, las dos extremidades de la vena, se sustraían a la influencia del aire externo, causa principal de la flebitis.

La difusión de los conceptos terapéuticos acerca del tratamiento quirúrgico de las varices, la multiplicación de métodos y de sus adeptos, la osadía creciente de los cirujanos en una era pre-aséptica, debían conducir necesariamente a un aumento proporcionado de accidentes y desastres operatorios; y en efecto, gran número de operados sucumbieron víctimas de gravísimas infecciones.

Hodgson, en un notabilísimo trabajo, describe los fatales síntomas de estas infecciones, frecuentemente originadas por intervenciones quirúrgicas sobre la vena. Por otra parte, las frecuentes recidivas, desmentían a los cirujanos que, con demasiada ligereza, proclamaban felices resultados y curaciones definitivas. Tal estado de cosas, inevitablemente había de conducir a la reacción abstencionista. Y así vemos al finalizar la segunda mitad del pasado siglo, cómo la mayoría de los operadores condenan el tratamiento quirúrgico y recurren, gustosos, a la cura paliativa, contentándonos con la compresión metódica y permanente que practican mediante hábiles vendajes. Unicamente algún cirujano de los más osados, intentaba aún la cura operatoria y ésto, solamente en aquellos casos en que las varices causaban al enfermo tales trastornos que ponían en grave peligro su vida.

En este período de dudas, desconfianza y abandono, Verneuil, basándose en observaciones anatómicas sobre la coexistencia de varices profundas y superficiales, intensificó el concepto abstencionista, sosteniendo la inutilidad del tratamiento quirúrgico, dada la citada coexistencia.

Durante dicho período abstencionista, no faltó sin embargo, quien imaginó métodos operatorios más sencillos, menos traumatizantes y, sobre todo, modalidades operatorias que exponían la vena lo menos posible al contacto de los agentes externos.

Inspirándose en estos conceptos, Janson practicó la «compresión mediata», circunscrita al tronco y a las ramas venosas, sin poner al descubierto la vena, mediante el empleo de unas pinzas compuestas de dos láminas metálicas ovaladas, guarnecidas de piel que se acoplaban a tornillo; así, la vena obliterada en el

interior de un pliegue cutáneo, era comprimida entre los dos brazos de las pinzas, que se mantenían fijas hasta que se provocaba el curso reactivo adhesivo. Bonnet empleó este método; Breschet y Landouzy, también lo usaron, pero modificando las pinzas.

En los casos en que no era posible coger la vena en el pliegue cutáneo, Delpech descubría la vena mediante pequeñas incisiones, la aislaba y la colocaba bajo un pedazo de yesca; después se aplicaban por encima dos listones de cerato aglutinante que servían para aplastar la vena contra la yesca. Naturalmente, este método de «compresión inmediata» era peligrosísimo. No tuvo después ningún adepto.

Reygnaud, imaginó la «ligadura mediata»; pasaba un hilo a través de la piel, bajo la vena, valiéndose de una aguja; los extremos del hilo se anudan de modo que sea posible desatarlos a fin de restringirlo cada día más hasta que la vena se corta.

Bertain y Milani, imitando cuanto para el tratamiento de los pequeños aneurismas se hacía, recurrieron a la electro-punción en la cura de las varices, observando que la sangre se coagulaba en los espacios de vena sub-puestos a la acción de la corriente galvánica. Gamberini y Torri, ensayaron este método con éxito positivo.

Heropath, creyendo que las varices eran debidas a que los orificios aponeuróticos obstaculizaban el libre curso de la sangre, propone desbridar el orificio aponeurótico en el hueco poplíteo, para la safena externa y en el pliegue inguinal, para la safena interna. Este método, como es natural, carece de valor porque se funda en principios anatómicos inexistentes.

Gensoul y Bonnet, practicaron la cauterización, sustituyendo el hierro candente por el cáustico potencial, la potasa cáustica, imitando lo que tantos años antes hicieron A. Pareo y Guillemeau. La potasa cáustica se aplicaba de manera que produjera escara; pasados algunos días, se incindía la escara en cruz y se aplicaba otro cáustico, repitiendo el tratamiento hasta que se llegaba a la vena. Coagulándose en la vena cauterizada y organizándose después, la sangre conducía a su obliteración. En esta forma se aplicaba el cáustico siguiendo todo el espacio de la vena varicosa con intervalos de cuatro días.

Berard, sustituía la potasa caústica por los polvos de Viena, reducidos a pasta mezclados con alcohol; para su acción bastaban quince o treinta minutos.

Petrequin, presentó una estadística en la que constaban los buenos resultados obtenidos en enfermos tratados con inyecciones endovenosas coagulantes de percloruro de hierro. También obtuvieron excelentes resultados con este método, Vallette, Desgranges y Torri, quienes detallaron la técnica; comprimiendo la vena por encima y por debajo del punto a inyectar, durante veinte minutos, inyéctase el líquido coagulante con la jeringa de Pravaz, gota a gota, lentamente,

mientras va explorándose con la mano hasta advertir la formación del coágulo; todavía mantiénese la compresión de 10 a 20 minutos. Desgranges empleó también como líquido coagulante la solución iodotánica; Ruspini y Lussana se valieron, con éxito, de las inyecciones de acetato férrico.

Las enseñanzas de Lister y los preceptos sobre antisepsia abrieron, en tanto, nuevos horizontes a la Cirugía, y los cirujanos, con mayor seguridad y audacia, creyéndose en mejores condiciones para prevenir y curar la infección, reanudaron con entusiasmo el tratamiento operatorio de las varices, siguiendo los conceptos generales de los antiguos Maestros.

La cura radical de las varices es una de las conquistas más recientes de la moderna cirugía aséptica y sus primeros resultados clínicos llevaron al ánimo de todos la confianza y motivaron el que la teoría de Verneuil, hasta entonces dominante, casi indiscutible, comenzase a ser despreciada y a derrumbarse el concepto de la inutilidad de la cura quirúrgica, sobre vías venosas superficiales, mientras existe coexistencia de varices de la vena profunda, que en estas condiciones no podrían suplir al reducido o abolido círculo superficial.

Y así, en el último cuarto del pasado siglo, pudo demostrarse que el tratamiento quirúrgico de las venas varicosas, podía aportar a los enfermos reales ventajas, sin incurrir en las temidas complicaciones inflamatorias.

Steele, Davies, Marshall, Colley, Fry, House, Annandale, Ruggi, Putti, pusieron en práctica la excisión, mediante cuchillo, de las varices. Rigaud, pone la vena al descubierto, la liga, y deja abierta la brecha operatoria. Lucas Championniére, la descubre, la anuda y sutura la piel incindida.

Schede, Starke, Risel, practican con buenos resultados el antiguo método de resección de la vena entre dos ligaduras. Medini, Ceccherelli, y Lebrun; Kendal, Franks, Phelps, Petterson, trabajando con gran eficacia, proponen nuevas modalidades y dan un gran impulso a la cirugía de las venas varicosas.

Madelung, en 1884, demostró la necesidad de excindir, lo más ampliamente posible, los espacios ectásicos.

En 1890, Trendelemburg, basándose en consideraciones funcionales y anatomopatológicas, y en numerosos resultados clínicos, demostró asimismo la necesidad de ligar la safena interna, y muchos cirujanos, entre ellos, Soldani, Schwartz, Remy, confirmaron aquellos excelentes resultados clínicos.

Schwartz en 1892, asoció a la ligadura de la safena, la extirpación de los espacios varicosos. Propuso además agregar a dicho acto operatorio, en aquellos casos en que la piel esté relajada y atónica, la resección de anchos bordes cutáneos a fin de contener mejor los tejidos subpuestos.

En esta última treintena, muchos cirujanos perfeccionaron las técnicas operatorias introduciendo modificaciones en relación con las diversas indicaciones patológicas, tratando así de obtener éxitos definitivos; debemos recordar entre

éstos a Reynier, Tillaux, Bennet, Perthes, Istienny, Lastara, Gary, Moreschi, Biondi, Accinelli, Garampazzi, Remedi, Giordano, Mariani y Cignozzi.

Tratamiento en general y método operatorio

El tratamiento compresivo supone acción paliativa y es necesario que el paciente no haga uso de él habitualmente, porque no es posible volver a dar a la vena ectásica o degenerada el diámetro primitivo ni la elasticidad. No obstante con la llamada envoltura compresiva, pueden detenerse los progresos de las varices, impedir el reventamiento ulterior, y evitar la edematización del miembro o resolverla; como, asimismo, impedir la formación de úlceras o influir favorablemente sobre el proceso reparador. Con dicho vendaje, en fin, la vena dilatada se rebaja y se favorece la circulación. Con el tratamiento compresivo pueden, también, obtenerse relevantes ventajas en cuanto a la función, y muchos enfermos que por el dolor o por el edema principalmente estaban imposibilatados de caminar, pueden reanudar enseguida sus ocupaciones, sin dedicarse, sin embargo, a trabajos penosos ni hacer grandes marchas.

Por consiguiente, una media bien adaptada o un buen vendaje semi elástico constituyen muchas veces un medio de cura suficiente para aquellos enfermos de edad avanzada, que pueden alcanzar su curación ateniéndose a preceptos higiénicos y ortopédicos.

Sin embargo, cuando esto no es posible, como sucede cuando se trata de operarios o trabajadores que por razón de su oficio están obligados a permanecer muchas horas de pie o a efectuar largas marchas, el tratamiento compresivo, viene a ser más nocivo que útil, porque la pierna se inflama y el vendaje llega a ser demasiado estrecho e insoportable y da lugar a la estranguiación o a las escoriaciones tan peligrosas en piel mal nutrida.

La compresión, por otra parte, no es aconsejable en muchos casos de varices antiguas, cuando éstas son tensas, voluminosas y demasiado dolorosas o cuando son de difícil flexión, especialmente por los coágulos sanguíneos facilmente embolizables.

Si consideramos el gran número de varicosos funcionalmente impedidos de sus miembros, la mayoría de los cuales pertenecen a la clase trabajadora y a los que, debiendo rendir una labor provechosa, condena su enfermedad con frecuencia a la inercia o poco menos; si consideramos que existen varicosos jóvenes, operarios en los que, por estar habitualmente sujetos a fatigosas ocupaciones, la flebectasis se agrava cada vez más hasta determinar la impotencia funcional, nos explicaremos el por qué, desde los tiempos antiguos, vienen los cirujanos preocupándose y procurando prestar la máxima ayuda a los pobres varicosos.

Si para el rico, el tratamiento quirúrgico, puede, en muchos casos, constituir una cura de elección, no sucede lo mismo tratándose del trabajador. Para éstos debe aconsejarse el tratamiento quirúrgico como cura de necesidad.

* * *

Los conceptos fundamentales que indujeron a los autores a imaginar o a adoptar unos y otros métodos operatorios, se basan en los diversos criterios anatomo y fisiopatogénicos, o se relacionan con las diversas formas clínicas.

Exceptuando la causa predisponente y concomitante, los factores eficientes de la ectasia del círculo venoso superficial, son, según opinión de la mayoría de los autores, el movimiento retrógrado de la sangre, el reflujo superficial cardíaco por insuficiencia de las válvulas de la vena y la regurgitación de la sangre de la vena profunda por vía perforante. De la vena del círculo superficial la parte más y primitivamente herida es la de la vena safena interna. Por este motivo es sobre el territorio de esta vena donde se efectúan la mayor parte de las intervenciones, que tienden a modificar la circulación del miembro inferior.

De las intervenciones propuestas, algunas, bien pronto fueron abandonadas, mientras que otras todavía se emplean para la cura radical de las varices con excelente resultado.

I. — La safenotomía única y la safenotomía múltiple. — Trendelenburg en 1890, llamaba la atención de los estudiosos acerca de la teoría de Rima, de la patogénesis mecánica basada en la insuficiencia valvular de la safena y en el consiguiente reflujo venoso cardíaco.

Sostiene éste, imitando lo que medio siglo antes hacía nuestro Rima, que es necesario ligar los troncos venosos superficiales, para suprimir en parte la vía venosa de retorno y mejorar la circulación del miembro.

Efectivamente, la vena cava inferior, la ilíaca primitiva y la ilíaca externa, al estar desprovistas de válvulas, forman con la safena ectásica (con válvulas), que, consiguientemente, ha venido a ser insuficiente, un canal único. De suerte que del corazón derecho y de los grandes vasos refluirá al miembro colocado en posición declive, una columna sanguínea compensadora.

Si observamos un enfermo de ectasia de la vena safena mayor, y lo hacemos pasar de la posición horizontal a la vertical, veremos cómo entonces la safena se hace visible y turgente, hinchándose más por reflujo centrífugo que por aflujo centrípeto, al igual de lo que sucede en un río que, según la feliz expresión de Trendelenburg «ve aumentar el agua en su desembocadura por la marea ascendente y no por la aportación de sus manantiales». Si después hacemos pasar al enfermo de la posición horizontal a la vertical y comprimimos a la vez con el dedo la desembocadura de la safena, advertiremos perfectamente el impulso de la onda sanguínea que vuelve hacia atrás quedando

la vena flácida; sin embargo, disminuyendo la presión digital, la vena se hinchará rápidamente.

Trendelenburg recurre a la ligadura de la safena, cuando está invadida por un proceso ectásico y la observación demuestra la insuficiencia de la válvula. Descubre la vena en la unión del tercio superior con el tercio medio del muslo, la enlaza con doble ligadura a distancia de algunos centímetros y secciona el trozo interpuesto.

Este método de safenotomía única, que constituye una intervención de facilísima ejecución, no es, sin embargo completo, porque tiende a hacer desaparecer una sola de las causas patogénicas, esto es, el reflujo cardíaco superficial. Hay que tener presente además que la ligadura de la safena en un solo punto, no siempre podrá por sí misma modificar la circulación venosa del miembro inferior; y a este propósito, Viannay, después de numerosas experiencias sobre la ligadura practicada a diversa altura, en relación con el círculo colateral, llega a la conclusión de que la ligadura en el triángulo de Scarpa, solamente, próxima a la desembocadura de la femoral puede suprimir la circulación de la safena de manera cierta y definitiva.

Trendelenburg, poco satisfecho de su método, introdujo una modificación, proponiendo practicar tres ligaduras en lugar de una; una a mitad del muslo; otra, por encima del cóndilo femoral interno, y la tercera por debajo de éste.

Schwartz, practicó también la ligadura múltiple de la safena, seccionando sin embargo entre los dos lazos, considerables trozos de vena.

El método Trendelenburg, del cual encontramos indicios de aplicación en los primeros cuadros clínico-estadísticos de nuestra Escuela (1905-1907), tiene como probable ventaja el restablecimiento anátomo-funcional de la vena y el consiguiente alejamiento de las embolias; por lo demás, constituye un acto operatorio notoriamente insuficiente porque suprime una sola de las causas que determinan o agravan las varices: el reflujo cardíaco superficial.

Son de hacer idénticas consideraciones para la safenotomía múltiple, ya se haga por simple ligadura, ya por resección entre dos ligaduras.

II. — Flebopopliteotomía. — En 1904, Parona, haciendo honor a los estudios de Verneuil, hace depender las várices superficiales del estado ectásico de la vena profunda; y así, sostiene que la cura racional consiste en cortar, entre dos ligaduras, la vena poplítea. Parona asoció a esta ligadura la de la safena externa o interna, obteniendo buenos resultados.

Convendrá tener presente que la ligadura de la vena poplítea no viene a librar al círculo venoso superficial, ni del reflujo superficial, ni de la regurgitación profunda, hecho éste que, si no representa un verdadero momento etiológico, constituye, indudablemente, una condición del mantenimiento de las varices, después de haberlas originado.

La ligadura de la vena poplítea, según Parona, *puede aplicarse exclusivamente en los casos de varices superficiales, circunscritas sólo a la pierna porque cuando, como sucede en la gran mayoría de los casos, el proceso ectásico se extiende a todo el territorio de la safena interna, la ligadura de la poplítea hace empeorar el mecanismo hidráulico del círculo superficial del muslo y favorece el estancamiento. La operación de Parona presupone que las varices superficiales sean consecuencia de la ectasia de la vena profunda; la masa sanguínea acumulada en la vena profunda ectásica y en la gran poplítea siempre estancada, actúa sobre las válvulas insuficientes y se derrama en las venas superficiales.*

Conforme a la operación de Parona, en los casos de úlceras varicosas acompañadas de varices de entidad no grave de la pierna, después de la curación de las úlceras, nosotros aplicamos el método Moreschi, modificado en su técnica, como más adelante veremos, y esto, en los casos en que por la difusión varicosa superficial, no encontramos los extremos para practicar una safenectomía.

III. — La anastomosis safeno-femoral. — Este procedimiento fué practicado por Delbet en 1905. Este autor, para suplir la insuficiencia de las válvulas de la safena interna, ideó hacer desembocar dicha vena en la femoral, a la mitad del muslo.

Con este método puede lograrse la desaparición de reflujo superficial cardíaco; sin embargo, la intervención es de difícil técnica y puede originar gravísimos accidentes, la flebitis trombosante con embolia. Por ello no aparece contribución alguna en nuestros cuadros estadísticos.

IV. — Safenotomía a cortes múltiples longitudinales sóbre la pierna. — Débese este método a Ledderhose. Este autor, en los casos de várices complicadas con edemas duros de la pierna, liga la safena y hace, en la cara ántero-interna de la pierna, dos o tres cortes paralelos, desde la rodilla al pie, interesando piel, tejido celular subcutáneo y vena hasta la aponeurosis; después sutura cutánea y vendaje compresivo.

Con este proceder operatorio, la vena se oblitera a lo largo de las incisiones y se forman verdaderos embridamientos cicatriciales cutáneo-aponeuróticos, que contienen perfectamente los tejidos inferiores.

No obstante, desaconsejan el método las fáciles recidivas varicosas y su insuficiencia en la cura del edema duro de la pierna; en estos casos dan resultados óptimos los métodos de Kondoleon, De Gaetano, Lanz..., etc.

A los métodos ya expuestos que, en la práctica quirúrgica dieron dudosos resultados o no por completo satisfactorios, hay que añadir otros que encontraron mayores consideraciones y otros que, aunque todavía discutidos, pueden

ser, con ciertas modificaciones de técnica, susceptibles de proporcionar lisonjeros resultados.

Así tenemos, la

V. — SAFENECTOMÍA PARCIAL. — De los cirujanos modernos, Schwartz fué el primero que puso en práctica el antiguo procedimiento de extirpar la vena varicosa y especialmente los paquetes de venas varicosas de la rodilla y de la pierna.

Este autor además, en aquellos casos en que la safena interna presentábase dilatada en el muslo, asociaba a la extirpación de los paquetes varicosos la ligadura múltiple de dicha vena, con la modalidad antes expresada.

Brodier, propone la extirpación de la safena en toda la extensión del muslo, asociada a la ligadura de la safena externa en el extremo poplíteo.

Babcoch, propone la extirpación de una gran parte de la safena mediante dos pequeñas incisiones y de su extractor: un robusto y flexible hilo de reno de unos cincuenta centímetros de longitud, que termina en una prominencia en forma de oliva, que corresponde al núm. 16 la una y al núm. 24 la otra de la hilatura francesa. A pocos centímetros por debajo del ligamento de Poupart, se practica una pequeña incisión transversal, que permite el aislamiento y elevación de la safena mediante unas pinzas hemostáticas. Una incisión longitudinal en la vena permite la introducción del extremo más pequeño del instrumento, empujándolo por la luz de la vena hasta que se encuentra fuerte resistencia. Entonces se asegura la vena al extractor con un nudo de seda, se liga la safena por encima de la pinza hemostática y se corta por debajo de ésta.

Incindida la piel, sobre la guía de la pequeña oliva, se aísla la vena y se pinza seguidamente bajo el exterior del extractor, el cual, previa incinsión de la vena, se hace visible y estirándolo por debajo se quita a la vez que el trozo venoso interesado.

Este método de extirpación violenta, abrevia la duración del acto operatorio, pero no permite la ligadura de las colaterales, lo que da lugar a derrames sanguíneos fácilmente supurables, que pueden provocar después procesos flebíticos.

Más perfecto es el método de safenectomía parcial «a cielo abierto» o a «hilera» si fuera posible, que nosotros hemos adoptado también en nuestra Clínica. Frecuentemente hemos de operar pacientes que por un lado precisan la safenectomía sub-total de Madelung, mientras que por otra parte parece suficiente la safenectomía parcial, dados los breves espacios varicosos.

Efectuamos entonces un corte longitudinal siguiendo el curso del espacio varicoso, aislamos la piel cuanto es posible, extirpamos el trozo adherido a la vena, y obtenemos así buenos resultados, ya que aún es posible ligar las colaterales. Constituye pues esto una operación de más garantía que los precedentes métodos, porque mientras con la safenectomía se precave la abolición del reflujo superficial cardíaco, con la ectomía de los espacios varicosos ectásicos se vienen a suprimir al mismo tiempo algunas colaterales y perforantes con la consiguiente limitación de la regurgitación profunda.

Verdad es, que al continuar subsistiendo, en parte, las colaterales, no puede considerarse este método como de elección para la cura radical; también es verdad que la safena ligada solamente en el triángulo de Scarpa, próximo a la desembocadura de la femoral, puede suprimir la circulación de manera cierta y definitiva, y por lo mismo, la safenectomía subtotal es la más segura; sin embargo, la práctica ha demostrado que el método de safenectomía parcial es, las más de las veces, suficiente para librar a los pacientes del martirio de las úlceras varicosas, de los edemas y de las mismas deformidades varicosas de los espacios de vena no extirpados.

En un período de ocho años, de 1923 a 1931, hemos operado veinticuatro pacientes afectos de ectasia varicosa, de la pierna o del muslo, empleando la safenectomía parcial.

En todos estos casos obtuvimos la curación antes de cerrarse la herida operatoria y un curso post-operatorio óptimo por todos conceptos; sin embargo constatamos a distancia algunas recidivas varicosas.

VI. — SAFENECTOMÍA SUBTOTAL. — En 1884, Madelung propone la casi total extirpación de la safena interna, desde su desembocadura en la femoral hasta el maléolo interno.

Puede hacerse la larga incisión cutánea en un solo tiempo, o mejor aún, puede fraccionarse, practicando cortes de 2-5 centímetros a distancia uno de otro de 10-15 centímetros, a través de los cuales se aisla, y con ayuda de una pinza se extirpa la vena en toda su longitud (M. Casati); esto si la vena no se encuentra tenazmente adherida a la piel por repetidos procesos inflamatorios. Si no es posible el método de hilera, a cortes fraccionados, se hace más fácil la disección, especialmente si la safena es poco visible, y se evita el dejar expuesta la vasta brecha operatoria, durante todo el tiempo operatorio.

En nuestra Clínica, bajo la dirección del Maestro, adoptamos siempre la siguiente técnica, si no es posible el método de hilera.

Una incisión de 20 a 30 centímetros que parte un poco por debajo de la arcada crural y se lleva hacia abajo y un poco hacia adentro, poniendo al descubierto el espacio alto de la safena, próximo a su desembocadura en la femoral; se aisla por vía obtusa; se ligan sus afluentes, pudenda externa superficial y la vena subcutánea y se ligan fuertemente. Pocos centímetros más abajo se toma plenamente la vena con una pinza hemostática, y se corta entre ligadura y pinza; después de haber cortado las colaterales ya ligadas, comenzamos entonces a estirar hacia fuera la safena, por medio de la pinza precedentemente colocada, y se diseca de arriba a abajo, siempre por vía obtusa; las colaterales, a medida que van presentándose se ligan y cortan procediendo

así hasta el ángulo inferior de la incisión cutánea. Seguidamente con sutura a puntos juntos, o separados (quizá preferible) se cierra la brecha cutánea de arriba a abajo en casi toda su longitud. Vuelve a tomarse la vena y se estira de modo que se haga visible bajo la piel y facilite la segunda incisión que se prolonga más o menos como la primera. Se opera en la misma forma hasta llegar a la extremidad inferior de la safena, y allí se liga y se corta extirpándola por entero.

Si la safena externa fuese varicosa, se opera esta vena del mismo modo desde el hueco poplíteo hasta el maléolo externo.

En nuestra Clínica quirúrgica de Milano hemos operado por el método antes citado, en un período de ocho años (1923-1931) a treinta y siete hombres y veinticinco mujeres. En todos ellos obtuvimos excelentes resultados, tanto desde el punto de vista operatorio como desde el punto de vista de funcionalidad del miembro; aunque esta última controlada a distancia.

VII. — INYECCIONES ENDOBLEBÍTICAS DE SUSTANCIAS COAGULANTES. — Entre los primeros que emplearon la inyección endovenosa de sustancias susceptibles de provocar la oclusión de la vena en las varices, se encuentran Petrequin (percloruro de hierro), Ruspini y Lussana (acetato de hierro), Stevenson (ácido fénico), Delore y Molière (solución iodotánica). Pero la causticidad de los líquidos, que originaban frecuentes necrosis; la toxicidad, que imponía pequeñísimas dosis, y el temor de embolias, restaron toda importancia práctica a los métodos coagulantes.

Durante, aplica un nuevo criterio sobre el proceso de obliteración de los vasos, y admitiendo que la oclusión se produce, no tanto por obra del coágulo, como por la proliferación endotelial, propone irritar el interior de las paredes vasales, pasando por la luz de la vena varicosa un hilo de cátgut empapado en líquido de Piazza. Este criterio, sostenido primeramente por un italiano, es después mantenido por Schiassi, en 1914, y publica el mismo método del tratamiento de las varices con el título «Nuevo método italiano del tratamiento de las varices del miembro inferior».

Refiere Schiassi que, habiendo observado oclusión de la vena cuando en ella inyectaba ciertos medicamentos durante una cura endovenosa, pensó en provocar el mismo fenómeno en las varices de los miembros inferiores, sirviéndose de una sustancia no cáustica, coagulante, no tóxica aun a dosis elevadas, inyectada con técnica especial en forma que obrase sobre el vasto territorio varicoso. El líquido elegido fué una solución acuosa iodo-iodurada, según la siguiente fórmula:

Iodo metálico	gr. 1
Yoduro potásico	» 1,10
Agua destilada	» 100

Empléese inmediatamente de ser preparada.

He aquí la técnica: «Tomando como ejemplo un tipo varicoso que presente flebectasia del muslo y de la pierna, se inicia la operación seccionando la safena algunos centímetros en la raíz del muslo; se corta el vaso y se liga su muñón central; el muñón periférico se comprime durante ese tiempo con una pinza. Bajo el nivel de la rodilla, se secciona algunos centímetros la misma safena y se corta; con ayuda de un tubito de cristal se inyecta en sentido ascendente cierta cantidad de agua iódica que, en parte, se hace salir por aquel muñón que, accidentalmente, se colocó en la raíz del muslo comprimido por una pinza. Con otro tubito de vidrio aplicado al muñón periférico seccionado bajo la rodilla, se inyecta lentamente el líquido hacia el pie, de modo que la cantidad total del líquido, que se supone difundido por la economía, no sobrepase de 50 a 60 c. c.

Téngase presente que es esta una descripción «tipo» y que, a este ejemplo, podrían aportarse múltiples variantes, según el diverso desarrollo de las varices que en cada varicoso se presentan.

La operación puede efectuarse con anestesia local o, mejor aún, con narcosis.

Después de la intervención se mantiene al enfermo rigurosamente acostado en posición horizontal, cuando menos durante una semana.» (Schiassi.)

Previendo las objeciones que podrían hacérsele, Schiassi, inyectó en un cadaver varicoso, según la técnica descrita, pasta de Teichmann, comprobando radiográficamente que la masa inyectada se distribuía únicamente por la red venosa superficial. Desecha por otra parte, basándose en «razones de anatomía y de fisiología y en consideraciones análogas de patología y de clínica», que el líquido inyectado pueda difundirse por la circulación profunda. Niega asimismo, la posibilidad de embolia, porque la solución acuosa iodo-iodurada es anticoagulante y la oclusión de la vena se efectúa por acoplamiento directo de las paredes.

Si en la luz de la vena se forma un coágulo, éste es rápidamente organizado por los elementos anatómicos de las paredes vasculares, irritadas al contacto de la sustancia medicamentosa, y transformado en tejido fibroso. Schiassi, ofrecía pues a la atención de los cirujanos un método «simple, fácil y seguro», aplicable a la mayoría de los casos, que proporcionaba al paciente una disminución de los trastornos post-operatorios, una limitación de la estancia en cama y evitaba las horribles cicatrices de la safenotomía total.

Otras inyecciones endoflebíticas de sustancias coagulantes fueron propuestas, como el salicilato de sodio (Sicard), el bromuro de estroncio al 20 por 100 (Gentzer), el bioduro de mercurio al 1 por 100 asociado al ioduro de potasio, el clorhidrato de quinina y uretano; el primero, especialmente, parece dió buenos resulltados.

Pasaré por alto el argumento de las inyecciones esclerosantes de salici-

lato de sodio, etc., que forman parte de un método incruento no adoptado en nuestra Clínica, y me detendré, por el contrario, brevemente en el de la cura por el método de Schiassi.

Este método, practicado en grande escala en la Clinica Chirurgica di Bari (Director, profesor Leotta) durante los años 1924-1926, lo empleé yo mismo en aquella Clínica, sobre un grupo de pacientes, obteniendo siempre buenos resultados; jamás se presentaron embolias, por lo que algunos autores consideraban peligroso el método; una vez comprobamos a distancia aparición del edema duro de los miembros, y alguna que otra vez, recidiva de las úlceras; es de señalar la nefritis aguda consecutiva a la aplicación del método de Schiassi: nefritis, a veces, de tipo hemorrágico que raras veces adquirieron un carácter grave.

Nosotros hemos empleado en la Clinica Chirurgica di Milano el método de Schiassi durante estos últimos años, sobre un reducido número de enfermos.

Sin embargo, en un caso hubimos de lamentar una nefritis de carácter hemorrágico.

Y aquí será bueno añadir, a propósito del método de Schiassi que, en presencia de varices bilaterales, la operación debe practicarse primero sobre un miembro y a distancia de quince o veinte días la segunda intervención, a fin de atenuar y aun evitar las complicaciones renales.

VIII. — Flebotomía múltiple con cortes circunferenciales (Método Moreschi). — El procedimiento circular fué imaginado por Moreschi, especialmente para los casos complicados con extensas e inveteradas exulceraciones. Incinde circularmente los tejidos hasta la aponeurosis superficial cuatro centímetros por encima de la úlcera; liga la vena a medida que la va incindiendo; descubre ampliamente la aponeurosis para interrumpir bien la perforación. Con pocos puntos de sutura aproxima, sin unirlos, los bordes cutáneos, porque prefiere la cicatriz por segunda intención al objeto de hacer más difícil el restablecimiento de la circulación venosa interrumpida por la intervención. Hace una segunda incisión circular en la pared, de igual profundidad, practicada con el mismo objeto e idéntica técnica que la primera, a un centímetro más por encima de los maléolos. A veces practica una tercera incisión en el muslo.

Mariani, prefiere la incisión circular única por encima de la superficie ulcerada posiblemente en relación con el mayor diámetro de la pierna. Reclús, la prefiere en la parte superior de la pierna.

Delbet, para impedir la retracción estrangulante del anillo cicatricial, aconseja interponer en la línea circular del corte dos V.

Brault, practica el corte preindicado incompleto, llamado de herradura, a media altura de la pierna e incinde también la aponeurosis para alcanzar mejor la safena externa.

Wenzel, recomienda la incisión circular única en la unión del tercio medio con el tercio inferior del muslo. Rindfleisch, ideó el corte en espiral sobre la pierna.

Giordano sustituye el corte circular por tantos puntos de ligadura profunda como precisen hasta interesar la vena. Practica dos series de dicha ligadura, una encima y otra debajo del espacio enfermo; sin embargo, agrega siempre la safenotomía en la raíz del muslo. Safenotomía que, juntamente con la del tronco de la safena externa, debe preceder, conforme a lo que muy acertadamente aconseja Pitzorno, a la operación de Moreschi, para evitar en lo posible las embolias de las numerosas venas trombosas (lo que dió lugar a una muerte).

Al método Moreschi, con o sin las modificaciones precitadas, se le atribuye una benéfica acción sobre el curso de las úlceras, puesto que favorece los procesos reparadores, pero todavía se le imputan muchos inconvenientes; no proporciona satisfactorios resultados por lo que concierne a la ectasia venosa; permanece inmutable el reflujo superficial cardíaco, que deja sentir su acción sobre las partes situadas por encima del corte circunferencial y, en tanto, la regurgitación profunda se restablece como antes por medio de las perforantes.

Hay que lamentar como accidentes graves de este método los edemas persistentes de las extremidades por interrupción del círculo linfático.

Es cierto, no obstante, que en parte se exagera al condenar el método diciendo que no se obtiene el beneficio deseado sobre la ectasia venosa. Nosotros no podemos coincidir en ello, porque en cuantos casos operamos (Scalone-Peracchia) en este último quinquenio, modificando la técnica, obtuvimos positivos y duraderos resultados, puesto que nos libró de las ulceraciones consecutivas a las varices.

El método Moreschi resulta eficiente en la cura de las varices, especialmente cuando éstas asientan en la pierna, y están localizadas no sólo en el curso de la safena, sino difundidas por casi toda la circunferencia de esa pierna.

Cuando se presentan en el muslo, a lo largo de la safena, habrá que añadir al corte circunferencial en el mismo, la flebotomía a la raíz del muslo propuesta por Giordano, o la flebotomía múltiple.

Un inconveniente consecutivo a la operación de Moreschi, al que no se ha dado todo el valor que tiene, y que nosotros estimamos de mucha gravedad, es el de los edemas duros secundarios.

Si se exceptúan las modificaciones aportadas al método por Giordano que, en parte, mitigan este grave trastorno posterior, tanto la operación original de Moreschi, como la misma modificada por Mariani, por Reclus, por Brault, por Wenzel, por Rindfleisch, llevan al encuentro de los edemas duros más o menos graves, asociados o no a las ulceraciones de diversa entidad, y esto en muy breve plazo.

En nuestra Clínica, no ha sido aplicado nunca el método Moreschi, original o modificado por los autores antes mencionados, al menos en el último decenio. Sin embargo, tuvimos ocasión de observar buen número de casos operados en otra parte y hospitalizados en nuestra Clínica por edemas duros, algunos gravísimos, por verdaderos estados elefantiásicos de la pierna, frecuentemente acompañados de vastísimas ulceraciones, secundarias, como hemos dicho, a la operación citada. Estados morbosos que curan con el reposo en el lecho, con la sobreelevación del miembro, con emplastos cálido-húmedos, con la cura Baiton, obteniéndose notables mejorías que, no obstante, tuvieron breve duración después del restablecimiento de la deambulación; también se constataron repetidas recidivas que siempre, dada su gravedad, nos llevaron a proponer la amputación.

El estado edematoso secundario es, desde luego, el que esencialmente preocupa al cirujano que aplica el Método Moreschi.

Nueva modificación al método Moreschi

La convicción que acerca de la eficacia de la operación de Moreschi sobre las úlceras varicosas, más aun sobre la ectasia venosa de los miembros inferiores, tienen gran número de cirujanos, es un hecho cierto, especialmente si se piensa que esta convicción nace de detalles anátomo-fisiológicos de la región.

En efecto, lo que se objetaba a la operación de Moreschi, era:

1.º «Que el reflujo superficial cardíaco permanecía inmutable, y hacía sentir su acción sobre las partes situadas por encima del corte circunferencial, mientras que la regurgitación profunda se establecía como antes por medio de los perforantes.» 2.º «Que la operación de Moreschi no ejercía acción alguna sobre las varices profundas.»

Pasaremos por alto el argumento de la primera objeción (de la que nos ocupamos ya al comenzar el capítulo 8 y de lo que volveremos a tratar al exponer la nueva técnica por nosotros adoptada), deteniéndonos por el contrario en aquellos datos anátomo-fisiológicos que llevan a la exclusión de la segunda objeción.

Existen en los miembros inferiores dos redes venosas, una superficial y otra profunda, que se comunican entre sí mediante numerosas ramas perforantes.

La circulación del sistema venoso se produce por la aspiración del corazón izquierdo, por la expansión torácica y el diástole del corazón derecho, por la contracción de los músculos potentes de la pierna, que por sus contracciones y sucesivos relajamientos, comprimen y dilatan alternativamente la vena profunda y aspiran parcialmente la sangre del sistema venoso superficial. Ello se ve auxiliado por la presencia de las válvulas y de las fibras lisas, reforzadas estas últimas al nivel de la base de la válvula. Esta fibra lisa por la que la función se encomienda... al simpático, regula únicamente el calibre de las

venas superficiales, que no están sostenidas por una sólida musculatura como los vasos profundos.

Normalmente los troncos de la red profunda tienen un diámetro tres o cuatro veces más grande que el de las venas superficiales más voluminosas.

Es por eso por lo que a través de éstos retorna la mayor parte de la sangre al corazón. Las venas superficiales, colectoras de la sangre periférica, forman pues, en el sujeto normal, más bien parte de un sistema de derivación, al ir en ayuda de las venas profundas, que constituyen el sistema de los canales preponderantes.

Pasemos de la fisiología a la patología e intentemos hacernos cargo de cómo se forman las varices.

Durante mucho tiempo se ha creído, con Verneuil, que las varices iniciábanse en la vena profunda, acusando el enfermo dolores, infartos, calambres, fatiga, sin tener ectasia varicosa superficial.

Esta teoría concordó con la importancia de este punto de partida. No obstante, parece ser inexacta. El estudio anatómico la ha destruído. Valette y Hughes demostraron la existencia de varices de la vena safena sin señales de varices profundas. Por el contrario jamás se encontraron varices profundas aisladas. Delbet y Mocquot, en los «Anales de la Clínica Quirúrgica», pusieron bien de relieve que, en estado normal, existen en la vena profunda de gran parte de individuos, dilataciones parciales y flexuosidades. De aquí que podría borrarse de los libros la expresión «varices profundas», porque jamás se encuentran (Sicard).

Para hablar de várices, no basta con decir dilataciones, sino dilataciones permanentes con alteración e insuficiencia parieto-valvular.

Excluído, pues, el hecho de que sea insuficiente el método Moreschi, para el tratamiento de las varices, era preciso estudiar: de una parte, el por qué de los inconvenientes posteriores a la operación de Moreschi (edemas duros, verdaderos estados elefantiásicos) que motivaron que los cirujanos abandonasen totalmente este método; y de otra parte, qué modificación, a un método tan simple como brillante, ligada a la normal función de la parte, era susceptible de trocar la operación en beneficiosa, aun a distancia.

Observando edemas duros y verdaderos estados elefantiásicos aparecidos a mayor o menor distancia de la operación de Moreschi, se pensó en que el corte circunferencial, lesionando al círculo linfático superficial, motivase, por éxtasis linfática, los inconvenientes mencionados. Por esto se modificó el corte circunferencial, en corte espiral, en corte incompleto, en herradura, en corte en hilera, en sutura circular encerrando en sí la vena a profundidad. Sin embargo, ninguna ventaja se ha obtenido sobre los referidos trastornos posteriores. Tanto, que hasta nosotros hemos pensado si además del sistema linfático, otro

sistema mucho más importante, lesionado, no intervendría en la etiopatogénesis de los edemas duros secundarios de la operación de Moreschi.

El momento etiológico que se tiene por más importante es el mecánico, que puede concerner tanto al sistema linfático como al venoso. Trátase en el primer caso de trastornos del círculo linfático consecutivos al corte circunferencial. En el segundo caso, la desobstrucción de la linfa es consecutiva a desórdenes del círculo sanguíneo, al parecer, por la discontinuidad o por oclusión de la desembocadura venosa de los gruesos linfáticos.

Sin embargo, parece cierto, ya por la investigación experimental, ya por la observación clínica, que una desobstrucción linfática y, subsiguientemente, un estado elefantiásico, no puede presentarse si el obstáculo mecánico interesa exclusivamente al sistema linfático; para que esto ocurra preciso es, pues, admitir la intervención de alguno de los demás factores, es decir: o un contemporáneo obstáculo mecánico en el círculo venoso, o un proceso inflamatorio.

En efecto, se ha observado que puede realizarse la extirpación de extensas masas de ganglios en la ingle y en la axila sin los consiguientes edemas elefantiásicos de los correspondientes miembros, cuando se obtenía una curación per primam, mientras que si se provocaban incidentes inflamatorios que podían verificarse en forma supurada y fistulizada, aparecían los fenómenos de desobstrucciones linfáticas. De modo análogo se ha obtenido y se observa que en las metástasis axilares del cáncer de la mama, se presenta un edema elefantiásico del miembro superior, sólo cuando la infiltración neoplásica ha interesado los gruesos troncos venosos.

Se explica, por tanto, la etiopatogénesis de los edemas duros secundarios de la operación de Moreschi; edemas por éxtasis linfática, más todavía por alteración mecánica del círculo venoso superficial.

La aparición de edemas duros, así como de verdaderos estados elefantiásicos, los mismos constatados en la operación de Moreschi, nos hizo pensar acertadamente (Scalone-Peracchia), que a dicha operación había que asociar un tiempo, muy importante, de gran interés en la cura radical de las elefantiasis, para evitar los trastornos elefantiásicos posteriores.

En efecto, si llevamos nuestra atención al estado morboso que es la elefantiasis, y a los métodos quirúrgicos ideados desde 1906 para curarla, no podemos más que encontrar justo y lógico el modificar el método original de Moreschi, asociando al mismo, exactamente, una parte de la técnica de ciertos métodos empleados en la elefantiasis.

El tratamiento cruento de la elefantiasis, es rico como ningún otro en métodos que desde el más sencillo, que consiste en la sangría de la linfa y en la escarificación usada ya por Lisfranc y después recomendada por Esmarch, va al más radical, representado por la amputación del miembro. Tal contingencia, resérvase, como es natural, únicamente, para raros casos y particularmente graves; una vez se hizo en la Clínica de Von Eiselsberg y otra por Kusnetzki, porque existía un estado general grave, con ulceraciones cutáneas muy extensas y lesiones musculares y óseas.

Pero estos métodos, como los de Carnoschan, Morris, Biondi, Buchanan y Winiwarter, también muy antiguos, fundados generalmente en ligaduras vasales a la raíz del muslo, no aportan interés al asunto que estudiamos.

Por el contrario, cuanto concierne a las técnicas quirúrgicas de la elefantiasis, empleadas desde 1906 a 1915, es lo que nos ha sugerido la modificación que introducimos en el método de Moreschi.

Se observa un notable progreso en la cura de la elefantiasis, a partir del momento en que se trató de crear una nueva vía de desagüe a la linfa estancada y todos los recientes métodos van dirigidos a lograr este objeto.

Lanz, propone derivar la linfa profundamente, *y teniendo en cuenta que la circulación linfática superficial está separada de la profunda por la aponeurosis que sirve de barrera, pensó abrir esta última para facilitar la comunicación de los dos sistemas.* Con ello obtiene una inmediata disminución del volumen del miembro, mejoría que duraba unos tres años.

Kondoléon, quedó impresionado al comprobar que la linfa se estancaba principalmente en la zona de encima de la aponeurosis, al extremo de que en un caso pudo encontrar esta capa linfática diferenciada en zona distinta y separada; *pensó entonces en excindir ampliamente la aponeurosis considerándola como obstáculo para el establecimiento* de las comunicaciones entre la circulación linfática superficial y profunda. Para ello propone practicar dos largas incisiones elípticas, tanto por el lado externo como por el interno del miembro, extirpando una larga tira de tejido elefantiásico, además de un amplio espacio de aponeurosis por toda la longitud de la incisión y cerrar después la herida quirúrgica sin drenaje, de modo que la piel, unida con una escasa cantidad de conectivo a ella adherido, esté en contacto con el músculo descubierto.

La ablación de un amplio trozo de aponeurosis, no en sentido longitudinal, sino circular, nos parece suficiente para completar la operación de Moreschi en la cura radical de las várices, quedando así suprimidos los edemas duros, póstumo inconveniente de dicha operación; más aún, pensando en los resultados verdaderamente óptimos obtenidos por muchos autores en la cura de la elefantiasis, con los métodos de Lanz y Kondoléon.

Se ha intentado, al aumentar un nuevo tiempo al método de Moreschi (ablación circular de la aponeurosis 4 ó 5 centímetros aproximadamente), descargar la sangre y la linfa estancadas, para favorecer y después crear una nueva vía de irrigación entre el sistema venoso y la piel, haciendo comunicar el sistema linfático superficial con el profundo; y esto, para eliminar aquellos tan frecuentes infartos capaces de originar estados elefantiásicos a breve plazo.

A pesar de que los casos intervenidos, durante un quinquenio, no son muchos, la variedad de varices y úlceras varicosas más o menos graves y difusas observadas (como veremos en el protocolo estadístico), nos enseñan que el método, por su simplicidad, debe ser aconsejado, tanto por los excelentes resultados obtenidos, en cuanto se relaciona con la ectasia y las úlceras, como por la desaparición de los trastornos posteriores antes mencionados.

En consecuencia, relataremos la técnica y los casos tratados.

Técnica operatoria. — Se coloca al paciente sobre la mesa de operaciones, dejando libre el miembro a operar. Este miembro inferior se coloca en forma de puente, apoyando la parte retromaleolar sobre un soporta-pelvis.

Desinfección de la parte a operar con tintura de iodo.

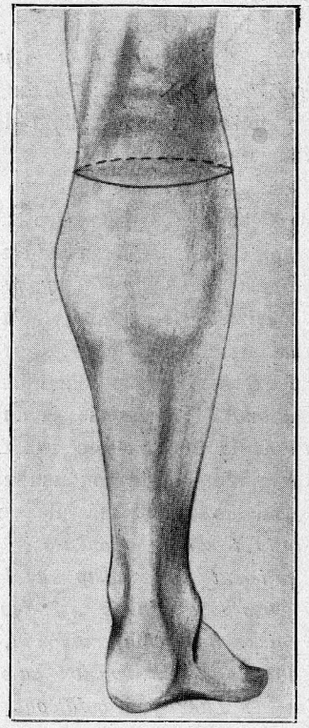


Fig. 1.ª

Primer tiempo. — Al nivel del tercio superior de la pierna, pocos centímetros por debajo de la espina anterior de la tibia, se da sobre la piel un corte circular. (Fig. 1.) Incisión que debe llegar en profundidad a la aponeurosis muscular.

El corte circular puede ser sustituído, indiferentemente, por un corte elipsoidal de forma que el final de la incisión cutánea alcance la parte inicial de la herida, dos o tres centímetros, por debajo.

Segundo tiempo. — Se pinzan todos los vasos y se ligan con hilo de cátgut.

Tercer tiempo. — Se ranversan los colgajos cutáneos, la parte superior hacia arriba y la inferior hacia abajo, de modo que queden al descubierto 6-7 centímetros de aponeurosis. (Fig. 2.)

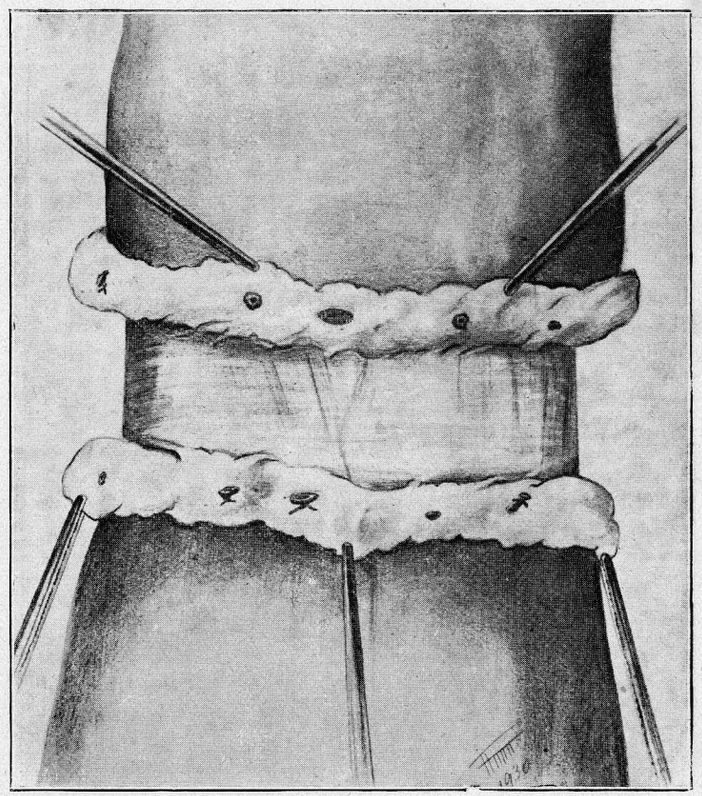


Fig. 2.ª

Cuarto tiempo (aumentado a la operación de Moreschi). — Se incinde la aponeurosis en toda la circunferencia, a 4-5 centímetros de altura, de modo que puedan examinarse los diversos haces musculares bien descubiertos. (Fig. 3.)

Quinto tiempo. — Reposición de los bordes cutáneos ranversados, y sutura de la piel con puntos separados. Inmovilización del miembro durante quince días.

Estadística clínica. — Quince son los casos que hemos operado.

1.º *S. Carolina,* cuarenta y dos años, casada, sirviente, de Milano. Ingresada el 11 de julio de 1928.

Desde hace veinte años sufre la paciente una úlcera varicosa localizada en la pierna izquierda (tercio superior), úlcera que tiene alternativas de curación más o menos largas. En estos últimos años se presenta un estado varicoso más patente en la pierna y muslo derecho.

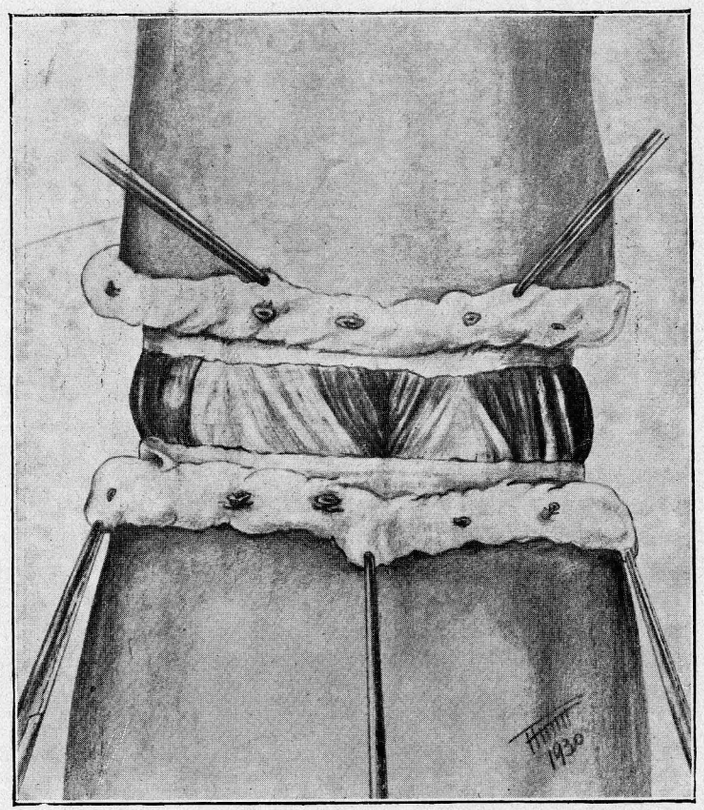


Fig. 3.ª

Del 11 al 26 de julio se somete a la paciente a un tratamiento médico-detersivo, por lo que respecta a la ulceración de la pierna izquierda.

El 27 de julio se opera; método Moreschi modificado, en la pierna izquierda.

Deja la Clínica, curada, el día 15 de agosto de 1928.

2.º *S. Carolina,* cuarenta y dos años, casada, de Milano. Ingresa el 11 de julio de 1928. (La misma enferma del caso primero.)

El día 4 de agosto se opera; método Moreschi modificado en la pierna derecha, asociado a la safenotomía segmentaria en el muslo del mismo lado.

Sale curada el 15 de agosto de 1928.

3.º *F. Romeo,* cuarenta y nueve años, cochero, de Milano. Ingresa el 11 de marzo de 1929.

Vastas redes varicosas sobre el curso de la safena en ambas piernas. En la región anterior de la pierna izquierda se observa una úlcera varicosa insidiosa, tórpida.

Durante ocho días, se practica un tratamiento médico detersivo (cauterizaciones, fomentos de solución fisiológica y Carrel) sobre la úlcera varicosa.

El 20 de marzo se opera; método Moreschi modificado, sobre la pierna izquierda.

El 28 de marzo se opera de safenectomía subtotal sobre el miembro inferior derecho.

Deja la Clínica, curado, el día 17 de abril de 1929.

4.º *M. Angelo,* cuarenta años, mecánico, de Milano. Ingresa en la Clínica el 16 de junio de 1929.

Desde hace nueve años, vena varicosa en ambos miembros inferiores. Desde entonces, ulceraciones en el maléolo interno y en la región anterior de la pierna izquierda, mejorada con el tratamiento médico, pero no curada.

Cura detersiva, en cama, durante diez días, por lo que respecta a las ulceraciones.

El 26 de junio se opera; método Moreschi modificado, sobre la pierna izquierda. Sale curado el 6 de julio de 1929.

5.º *M. Amelia,* veinte años, soltera, empleada, Milano. Ingresa el 12 de julio de 1929.

Esta enferma estuvo ya hospitalizada en nuestra Clínica tres años antes y fué operada de safenectomía parcial en la pierna izquierda a consecuencia de varices.

Además es enferma hospitalizada a intervalos en otro Sanatorio por tuberculosis pulmonar.

Vuelve a presentarse por recidiva de vena varicosa en la pierna izquierda; acusa dolores en dicha pierna, especialmente después de una larga permanencia en pie. No hay ulceraciones.

El 15 de julio se opera; método Moreschi modificado, en la pierna izquierda.

Sale curada el 3 de agosto de 1929.

Marzo, 1931. — La paciente, nuevamente hospitalizada en nuestra Clínica, por síndrome apendicular de mesenteritis específica y... de apendicectomía, asegura

no haber sufrido más trastornos en la pierna izquierda después de la intervención del 15 de julio de 1929; ni hay ectasia venosa ni edemas, aun después de prolongadas permanencias en pie y de largas marchas.

6.º *T. Ercole,* sesenta y nueve años, operario, Milano. Ingresa el 5 de marzo de 1930. Desde hace cinco años, varices en ambas piernas; exento el muslo izquierdo. Desde hace tres años aproximadamente, úlceras varicosas en la pierna izquierda, primero pequeñas y después vastas y profundas, de bordes mal delimitados.

Cura detersiva sobre ulceraciones durante cerca de quince días. Se operó el 15 de marzo; operación Moreschi modificada, en la pierna izquierda. El 20 de marzo se opera de safenectomía subtotal en la derecha.

El 9 de abril es trasladado al Departamento de convalecientes.

7.º *L. Angelo,* cincuenta y cuatro años, agricultor, de Rodengo. Ingresa el 28 de febrero de 1930.

Varices difusas en la pierna desde hace algunos años; úlcera varicosa en la pierna derecha.

Cura médico-detersiva durante quince días.

El 14 de marzo se opera; método Moreschi modificado, en la pierna derecha.

Sale curado el 26 de marzo de 1930.

8.º *G. Luigi,* cuarenta años, operario, de Vidalengo. Ingresa el 2 de mayo de 1930. Desde hace muchos años, varices en los miembros inferiores con vastas ulceraciones, especialmente en la izquierda.

Cura médico-detersiva durante veinte días.

El 22 de mayo se opera; método Moreschi modificado, en la pierna izquierda y safenectomía segmentaria en el muslo del mismo lado. En el mismo día se opera de safenectomía en el muslo derecho.

Sale curado el 7 de junio de 1930.

9.º - 15.º — Son siete casos tratados por el profesor Scalone en el Hospital de Rho. Casos que confirman nuestras observaciones en los ocho casos operados en la Clínica.

En los quince casos tratados con el método Moreschi, modificado por nosotros, ha sido logrado plenamente el objeto perseguido sin incidentes apreciables, y sin comprobar anormalidad alguna durante el curso post-operatorio.

Naturalmente, como en todas las intervenciones que tienen por objeto la cura radical de las varices, es regla importantísima la inmovilidad y sobre-elevación del miembro tratado, al menos durante doce o quince días.

Siempre obtuvimos la curación de la herida operatoria por primera intención; y los pacientes, a partir del vigésimo día, comenzaron a levantarse y a caminar sin grandes dificultades. El ligero edema de la pierna observado en casi todos,

después de levantarse o de caminar por primera vez, desapareció hacia el veinticinco o treinta días, en cuya época fueron dados de alta los enfermos.

Todos los enfermos operados, han sido revistados, parte por mí y parte por el profesor Scalone a distancia diversa de la operación. La última revisión fué efectuada en los primeros cuatro meses de este año, a distancia por lo que a algunos enfermos se refiere, de dos y tres años, de la intervención.

Interrogados individualmente los enfermos, la mayoría ocupados en fatigosas labores, sobre los probables trastornos posteriores de la operación, todos ase-

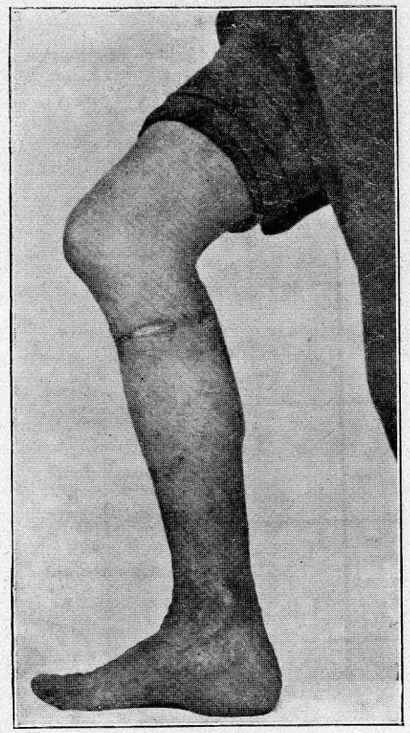


FIG. 4.ª

guraron no haber vuelto a sentir trastorno alguno relacionado con el estado varicoso; ni edemas, especialmente por la noche, después de rendir su jornada de trabajo, ni particular laxitud en el miembro operado; no volvieron a presentarse ulceraciones, ni aun de mínima importancia.

Efectivamente, observando el miembro que fué sometido al acto operatorio, pudimos confirmar lo anteriormente expuesto; la pierna sometida al método de Moreschi modificado, se presenta siempre normal por la forma y dimensión (comparada con el otro miembro); con cicatriz circular normal; no se observa

el más leve estado edematoso; no hay indicios de enrojecimiento o de abrasión; cordones muy duros, retraídos sobre el curso de la safena que precedentemente presentaba grave ectasia varicosa. La piel no está tensa en ningún punto; normal de color y, únicamente, en algún caso, pigmentada en la sede de la cicatriz. Todo ello puede observarse mejor en las figuras 4-5, que ponen bien de relieve los éxitos de los casos 4-5 a distancia de dos-tres años de la intervención operatoria.



FIG. 5.ª

El método de Moreschi, modificado por nosotros, no teniendo por objeto el sustituir los demás métodos empleados para la cura de las várices, puede ser sustituído muchas veces ventajosamente por la safenectomía. Y esto, muy especialmente, en los casos en que las varices, en lugar de estar particularmente localizadas en la safena interna, interesan la safena externa e interna y los lazos colaterales, o se presentan difundidas por casi toda la circunferencia de la pierna. Por eso está indicadísimo en los casos en que las varices están principalmente localizadas en la pierna; parece ser, que si hay coexistencia de varices en el muslo, se puede añadir al corte circunferencial, como nosotros hicimos

con excelente resultado, la safenotomía en la raíz del muslo, o también la safenotomía múltiple en dicho muslo.

Además, si tenemos presente el hecho de que las ulceraciones después de aplicada esta operación, curan rápidamente y nunca recidivan, y que esta intervención es aplicable, tanto con úlceras todavía abiertas, como a distancia de las ulceraciones, comprenderemos bien lo útil que es recurrir a la operación de Moreschi modificada, así como a la safenectomía; esta última especialmente si es parcial, puede dar lugar a recidivas de varices y ulceraciones como nos sucedió en el caso 5.º; la intervención de Moreschi ha sido practicada sobre una pierna en donde ya existía una cicatriz longitudinal de safenectomía parcial. (Ver fig. 5.)

No debemos omitir, en fin, que la operación de Moreschi modificada, produce una simple cicatriz circular, casi invisible, debajo de la rodilla, mientras que por el contrario, la cicatriz de la safenectomía interesa todo el miembro, con huellas horrorosas, en todo el asiento de la safena extirpada por voluminosa ectasia.

Todavía no es demasiado numerosa la casuística, pero los éxitos obtenidos en nuestros enfermos, invitan a aconsejar este método.

SECCIÓN PRACTICA

LA POTABILIDAD DE LAS AGUAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU SALINIDAD

POR LA

PROF. ADELA GARIBALDI Y EL DR. JOSÉ CAMPS

BUENOS AIRES

QUÍMICAMENTE, el agua es un compuesto binario, formado por dos volúmenes de hidrógeno y uno de oxígeno, respondiendo a la fórmula H_2O. En la Naturaleza, sin embargo, este cuerpo no se encuentra al estado de pureza que corresponde a su expresión química.

Disueltas en el agua, se hallan en proporciones variables, sales y gases, y de su mayor o menor cantidad depende que sean o no potables, aptas o inaptas, por consiguiente, para la alimentación, usos domésticos, riego, etc.

En algunos casos, el análisis químico permite afirmar que el líquido considerado goza de todas las condiciones inherentes a las aguas potables; pero, la presencia de gérmenes patógenos, puestos en evidencia por el análisis bacteriológico, hace que estas conclusiones se modifiquen fundamentalmente.

En este trabajo hemos de estudiar la potabilidad de las aguas argentinas, solamente desde el punto de vista de su salinidad y prescindiremos, exprofeso, de las aguas de los ríos, manantiales, etc., para entrar a considerar las aguas subterráneas, habiendo reunido a ese efecto, como valiosísimo elemento de juicio, más de 500 análisis practicados por nosotros, lo que nos permite arribar a conclusiones seguras con respecto a las condiciones de las aguas subterráneas de cada lugar.

Es indudable que en un país tan extenso como la República Argentina, el agua puede y debe ser considerada como el más importante factor de vida; teniendo en cuenta esta consideración es que el Estado no ha escatimado sacrificios para practicar perforaciones que provean a regiones desoladas, de este compuesto indispensable.

En algunas provincias argentinas, la escasez de agua es tal, que en ciertas oportunidades la población sedienta y desesperada ha llegado hasta las estaciones de los ferrocarriles, armada de picas, tridentes y otras armas, para impedir la marcha del tren y apoderarse, a viva fuerza, del agua que para alimentar las calderas de vapor y satisfacer las exigencias de los pasajeros del convoy, se llevaba.

No es posible entonces, aplicar estrictamente el criterio sustentado por los tratadistas europeos para calificar de no potable un agua cuya salinidad se eleva a dos por mil, por ejemplo y cuando, sobre todo, la mayor parte de esta salinidad está constituída por cloruro de sodio.

Los hidrólogos europeos al establecer las condiciones exigidas para clasificar como potable un agua, fijan como máximo de salinidad 0,50 gramos por mil y, agregan, que una buena parte de ésta debe estar constituída por bicarbonato sódico. Es éste, desde luego, un criterio aplicable a países que disponen de aguas puras en abundancia y pueden, por ende, ser exigentes en este particular.

En nuestro país, no es posible ser tan estrictos. Es preciso tener muy en cuenta que en algunas provincias, como en Santiago del Estero, es corriente encontrar aguas con una salinidad superior a 50 gramos por litro, estando representada en us mayor parte por cloruro de sodio y, en menor proporción, por sulfato de sodio, calcio y magnesio. Teniendo esto presente, cuándo se encuentra un agua con una salinidad que oscila alrededor de dos por mil ¿es posible condenarla? Creemos firmemente que no. Es indispensable que se provea a esa población de lo mejor que tienen en el lugar, y no pudiendo darles un agua que por su composición reúna las condiciones ideales, no queda otro recurso que aconsejar su consumo, calificándola, sin reservas, como agua potable.

Un fenómeno muy interesante observado en algunas aguas de la provincia de Buenos Aires, es la presencia de nitritos y nitratos, índice de contaminación orgánica cuando se trata de aguas superficiales; pero es el caso que frecuentemente nos encontramos en presencia de esos compuestos en aguas muy profundas, como las de Argerich, entre otras, que surgen a elevada temperatura desde 710 metros del nivel del suelo. Es natural que el analista, en el primer momento, pueda desconcertarse, pero si recuerda la profundidad de que surge el agua, descartará sin ninguna vacilación la idea de que el líquido puede estar contaminado. Para nosotros, la explicación más lógica de esta anormalidad, sería considerar la presencia de nitritos como producida por la reducción de nitratos inorgánicos.

Las aguas de Argerich, por otra parte, tienen en disolución sales cuyo total es apenas superior a un gramo por litro. Dada la importancia de esta

perforación creemos conveniente transcribir el resultado completo arrojado por el análisis:

Perforación en Argerich

(Provincia de Buenos Aires)

Profundidad, en metros		710,00
Nivel piezométrico, positivo, en metros		100,00
Caudal, en litros por hora		370,000
Aspecto después de filtración		límpido
Color		incolora
Olor		inodora
Materia en suspensión total		escasa
Materia orgánica en oxigeno (Solución ácida	o/oo	0,0009
Materia órgánica en oxígeno (Solución alcalina	»	0,0004
Resíduo seco a 110°	»	1,0820
Resíduo fijo a 180°	»	1,0310
Resíduo al rojo débil	»	0,9950
Alcalinidad en SO_4H_2, en frío	»	0,2697
Alcalinidad en SO_4H_2, hervida	»	0,2250
Cloruros, en ClNa	»	0,4034
Sulfatos, en SO_3	»	0,1528
Sílice, en SiO_2	»	0,0340
Oxidos de hierro y aluminio	»	0,0008
Calcio, en CaO	»	0,0030
Magnesio, en MgO	»	0,0018
Anhídrido carbónico, en CO_2 (total)	»	0,2420
Azoe nitroso, en N_2O_3		contiene
Azoe nítrico, en N_2O_5		vestigios

Ahora bien, pensando que son aguas que surgen a una altura de 100 metros sobre la superficie del terreno, con el enorme caudal de 370.000 litros por hora, en un lugar donde las aguas distan mucho de poder ser clasificadas de óptimas, nosotros nos preguntamos si es posible aplicar el criterio que debe considerárselas como no potables por tener en solución 1.082 gramos de sales por litro.

No hay que ceñirse estrictamente a cifras; es preciso considerar las necesidades del lugar, la imposibilidad material de encontrar nada mejor y en esas condiciones afirmamos que el agua de Argerich es potable y que sin inconvenientes de ninguna naturaleza puede ser utilizada como agua de bebida y aplicada a todos los demás usos (riego de sembrados, alimentación de calderas de vapor, etc.). Esta misma opinión la sostuvimos en el año 1915,

con referencia a esta agua y esto hizo que gran parte de la población se sirviera de ella y nos place comprobar que diez y seis años después la consumación ha producido la más insignificante perturbación orgánica.

Es natural que al decir que no debe reputarse como inapta para el consumo del hombre y demás usos un agua que contenga una salinidad máxima de 2 por 1.000, no queremos significar, en manera alguna, que se proceda a aceptar cualquier agua con esta cantidad de sales disueltas. Es indispensable conocer las características de las sales de que se trata y si bien no hay inconvenientes en calificar como potable un agua que contenga 1,50 por 1.000 de Cl Na y el resto formado por carbonatos y sulfatos de sodios y, en proporciones muy moderadas, por magnesio, calcio, sílice, hierro y aluminio, no ocurre lo mismo cuando la sal francamente predominante es el sulfato de sodio, porque, en este caso, nos encontraríamos en presencia de un agua con propiedades laxantes y, desde luego, carente de las condiciones exigidas para ser clasificada como potable. Lo mismo ocurriría si la sal predominante tuviese como base el magnesio. En este supuesto, además de los disturbios gástricos que ocasiona, tiene un sabor amargo muy desagradable. Si se encuentran en elevadas proporciones las sales de hierro y aluminio, es claro que también debemos rechazar la posibilidad de clasificarla como apta para el consumo. Las aguas cargadas con sales de aluminio tienen un sabor terroso. Por el contrario, estas aguas están perfectamente indicadas para ser utilizadas en el riego de sembrados. Hemos hecho algunas experiencias sobre este particular y llegamos a establecer que las sales de alúmina son altamente beneficiosas en la vegetación. La abundancia de sales de calcio, hace a las aguas «duras» y dificultan, por lo tanto, la cocción de las legumbres.

De todo lo dicho se deduce que, en la República Argentina, país de una gran extensión, con regiones en donde las lluvias se producen con largas intermitencias, con grandes zonas por donde no corre un río, ni siquiera un arroyo, despobladas por la falta de este imprescindible elemento para que la vida sea posible, es preciso que el Estado, por intermedio de sus reparticiones técnicas, practique perforaciones, como lo hace, en busca de aguas subterráneas.

Cada una de esas perforaciones cuesta al país mucho dinero, pero eso está ampliamente compensado cuando su halla una buena napa acuífera; la cuestión es no desmayar porque las primeras capas de agua sean malas, se debe profundizar a veces hasta mil metros, con la esperanza de que el éxito ha de coronar la empresa. Cuando después de tantos sacrificios se encuentra una napa que sin satisfacer en todas sus partes las exigencias de los hidrólogos europeos, se tenga conciencia de que su uso no puede dañar a los que la consumen, no es cuestión de rellenar la perforación sin antes estudiar cuidadosamente el agua. Es muy sencillo ajustarse como un autómata a las cifras expresadas por autores que tienen su opinión formada sobre la base de las

aguas de que disponen en sus países, pero es distinto hacerlo en la República Argentina, donde las condiciones son muy diferentes. Por esto, no cesaremos de repetir que para dictaminar sobre la potabilidad de un agua, hay que tener en cuenta la responsabilidad contraída con mucha gente, ansiosa de disponer de ella con una relativa comodidad, sin verse precisados a recorrer muchos kilómetros en procura de un arroyo, de un río, de un manantial o de una fuente para poder llenar allí una cuba y conducirla al lugar donde residen. No hay pues que proceder con criterio europeo. Estamos buscando la solución de este importantísimo problema para la República Argentina y por eso debemos hacerlo con criterio nuestro, con criterio nacional.

Creemos, y así lo sostuvimos cada vez que hemos tenido que dictaminar acerca de un agua, que mientras la salinidad no exceda de 2 grs. por litro y la mayor parte de ésta esté representada por cloruro de sodio, con ausencia de nitritos y nitratos—que pueden ser considerados como índice de contaminación orgánica—creemos, repetimos, que no se debe vacilar en dar esta agua como potable.

¡Lástima grande que en nuestro país no se hayan encontrado aguas así en todos los lugares! Son muchos los lugares en que la salinidad es mayor y no queda otro recurso que seguir perforando en la esperanza de que se hallará una napa que resuelva esta angustiosa situación y permita ofrecer a los pobladores un elemento indispensable para su vida. Se conseguirá así que regiones estérilles y casi desiertas se conviertan en prósperas colonias con el supuesto beneficio para todos, porque afortunadamente, los terrenos son en su casi totalidad apropiados para la agricultura, la ganadería y la formación de grandes focos de población.

Nota de la Dirección. — El deseo expreso de los autores de publicar este trabajo en nuestra Revista para conocimiento de los españoles, a la vez que nos honra mucho, justifica su inserción.

COMO INICIAR LA ALIMENTACIÓN DESPUES DE UNA GASTRORRAGIA

POR LOS

DRES. R. LUIS YAGUE Y J. LUIS YAGUE Y ESPINOSA

MADRID

La aparatosidad de una hematemesis abundante o la angustiosa situación de un estado sincopal por pérdida sanguínea, no asequible en el momento, pero sí de presumible origen en el canal digestivo y más particularmente su porción media, determinó la suspensión de toda alimentación por vía gástrica en el enfermo por parte de su médico de cabecera, la mayoría de las veces y, en sus menos, por especialistas en la dolencia, y la institución de tratamiento de urgencia estimado como más conveniente, sobre el que no hablaremos.

Mas la suspensión alimenticia tiene límite, regulado por el estado orgánico general del paciente, su tensión arterial y la cantidad de orina emitida en las 24 horas, nunca inferior a 500 c. c. La alimentación por vía rectal, en sus antiguas modalidades y fórmulas, no tiene cabida en los momentos presentes, por las molestias que determina su aplicación en paciente que debe guardar el mayor reposo posible y los actuales conocimientos sobre secreción gástrica refleja y la moderna del gota-a-gota glucosado rectal, o los enemas cortos azucarados retenidos, tan sólo de urgencia, insuficiente para las necesidades fisiológicas. Otro tanto pudiera decirse de las inyecciones hipodérmicas glucosadas y de las óleo-colesterinadas. En cuanto a la alimentación duodenal o yeyunal con sonda permanente, se ha evidenciado su escaso valor terapéutico e incluso sus probables perjuicios.

La necesidad de alimentación por vía natural o gástrica se impone en determinado momento, ya que las anteriores no pueden continuar sin quebranto grave para el enfermo, obligando a su iniciación; y ésta es igual para la gastrorragia que en la duodenorragia, toda vez que clínicamente cabe considerarlas como una sola modalidad de ulceración gastro-duodenal.

Es imposible establecer reglas fijas y precisas para la alimentación inmediatamente después de una hemorragia digestiva, ya que depende de muy diversos valores circunstanciales que obligan a su modificación. La sustentación de criterio personal sobre ello, que marque pauta aproximada a seguir, nos mueve a la redacción de esta nota, estimando conveniente su divulgación.

Sometido el enfermo a reposo gástrico absoluto, incluso de medicación, dato éste demasiado olvidado, conviene considerar dos casos antes de iniciar la

alimentación: que hayan exisitido varias pérdidas de sangre o que haya sido única.

Si las pérdidas han sido repetidas, y más bien escasas, que hagan pensar en gastritis erosiva difusa o cáncer ulcerado, la primera ingestión debe ser de una solución de coaguleno al 2 por 100, preparada en el momento de usarse, disolviendo la cantidad indicada en 100 c. c. de agua (aproximadamente algo menos de un vaso de cortadillo), y procediendo luego como en el otro caso.

De haber sido la pérdida única, se administrará previamente un polvo inerte, que recubra la probable lesión; y ninguno mejor que las sales de bismuto, el subnitrato en primer término y el carbonato después, a dosis de 10 gramos por paquete, que son suficientes, en suspensión preferible albuminosa, constituída por una clara de huevo bien batida en un cortadillo de agua a la que se añade el medicamento, haciendo adoptar al enfermo primero el decúbito apropiado a la probable o evidente localización de la lesión y de precisar fuese el lateral derecho, ordenando primero el dorsal o supino y a continuación, como único, el derecho.

Media hora después del último decúbito, se comienza la alimentación por agua albuminosa, en igual forma, en tres o cuatro tomas, espaciadas cada una de 30 minutos. Tras ellas, conviene administrar nueva dosis de polvo inerte, con idénticas indicaciones.

A la media hora del último decúbito de esta segunda dosis medicamentosa, conviene la administración de un vaso mediano (200 c. c.), de horchata de almendras dulces, moderadamente azucarada, de técnica de obtención tantas veces expuesta; y alternarla, a capricho del enfermo, con agua albuminosa. La cantidad de horchata se aumentará hasta 300 c. c., vaso de agua corriente, si se tolera bien. Después de la horchata, se dejará transcurrir una hora para las cantidades primeras y una y media para las mayores; y tras las tomas de agua albuminosa media hora, respetando siempre el sueño, dejando cuando menos seis horas seguidas durante la noche sin tomar alimento.

Si el estado de desasosiego del paciente hiciese presumir la posibilidad de insomnio, el último alimento que se le dé conviene sea una horchata de almendras a la que se haya añadido dos amargas.

Puede, así mismo, sustituir alguna de las tomas de agua albuminosa por la de ampollas de sueros hematopiéticos equinos.

Asunto muy debatido es el relativo a la temperatura a que deben darse los alimentos; desde luego, no conviene calientes, ni aun templados, siendo preferibles frescos, pero no fríos, casi helados, salvo si existen náuseas.

En ayunas, precederá al primer alimento, la cura tópica cicatrizante. Si se estima conveniente su repetición durante el día, se suspenderá la alimentación tres horas antes de la cura.

La dieta de horchata de almendras y agua albuminosa puede proseguirse, de interesar, durante algunos días, en relacción con la intensidad de los síntomas dolorosos gástricos o la tolerancia de la leche por intestino labil (colitis concomitante). Se tenderá a disminuir las tomas de agua albuminosa, sustituyéndolas por horchatas. Y, al propio tiempo, cabe administrar enemas glucosados o enemas cortos azucarados, inyecciones de suero glucosado u óleo-colesterinadas, etcétera.

Obtenida la sedación de los dolores y la sensación de euforia del paciente, se debe intentar la alimentación láctea, sustituyendo por ella igual cantidad de agua albuminosa, y dejando transcurrir después de su ingestión una y media horas, cuando menos. Como las más de las manifestaciones hemorrágicas gástricas suceden con quimismo hiperclorhídrico, interesa administrar después de los alimentos una fórmula alcalina saturante.

De existir mala tolerancia digestiva para la leche y no ser posible retrasar su instauración, se procederá: para las manifestaciones gástricas dolorosas, a su mezcla con clara de huevo batida; si se trata de síntomas eméticos, a la adición de 10 a 20 c. c. (cucharada mediana o de sopa), de solución acuosa de citrato sódico al 10 por 100; de observarse fenómenos de hiperacidez con diarrea, se le agregará una cucharada de agua de cal medicinal; y si predomina el estreñimiento, media cucharadita de las de café de crema de magnesia (hidrato magnésico) por toma.

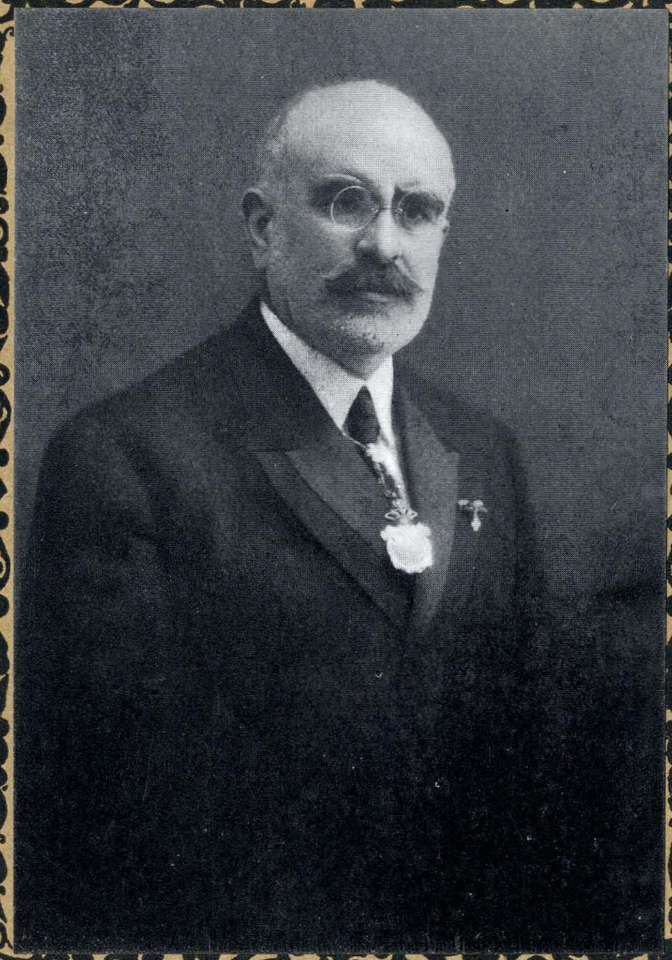
Conseguida la tolerancia de la leche, se aumentará la cantidad, conservando siempre un par de tomas de horchata de almendras en las 24 horas y el descanso gástrico nocturno de siete.

Mas el regimen lácteo absoluto no puede considerarse como duradero más que en ciertas circunstancias (persistencia de las pérdidas hemáticas, repetición de aquellas, etc.); y a las dos o tres semanas de establecido interesa otro más amplio; su iniciación la proporcionan las papillas o sopas de leche hechas con harinas de fácil digestión (maizena, tapioca, sémola, arroz, etc.), siempre bien cocidas, comenzando por una diaria hasta alcanzar tres, de un plato de sopa moderadamente lleno (15 cucharadas), dejando transcurrir tres horas después de su ingestión hasta el siguiente alimento. El comienzo del régimen de papillas será más temprano cuando exista marcada intolerancia intestinal para la leche bebida (diarrea, fermentaciones intestinales).

Obtenido y tolerado el límite de tres papillas diarias, con las tomas de leche u horchatas intermedias, cabe proceder a la inclusión de alguna natilla, hecha sólo con huevo y leche, sin harina, bizcochos ni aromas, bien como alimentación intermedia o como sustitutiva, pues los huevos crudos batidos con la leche suelen tolerarse peor. Y llegado esto, añadir pescados blancos cocidos (con agua y un casco de cebolla), y luego, purés claros de patatas y guisantes secos, hechos con leche y mantequilla.

Aun cuando gran número de autores extranjeros y algunos nacionales admiten y aconsejan la mantequilla o manteca de vaca reciente y fría en los comienzos de la alimentación después de la gastrorragia, no somos partidarios de ello, en primer término por la dificultad de procurársela en adecuadas condiciones en gran número de regiones españolas por su clima, y sobre todo porque nuestros estómagos, excepción hecha de los habitantes de grandes poblaciones, no están habituados a tal alimento y suelen tolerarlo muy mal.

Ya finalizado el período de iniciación de alimentos y entrando en el más amplio de la dietética aconsejable, conocida de todos los prácticos, estimamos logrados los motivos que nos guiaron a la publicación de esta nota, divulgadora de conducta aconsejable.



PROF. DR. LEON CORRAL Y MAESTRO
VALLADOLID

FIGURAS MÉDICAS
CLÍNICA Y LABORATORIO

SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

El tratamiento por la Diatermia, por el **doctor G. Bucky,** Nueva York. Traducida directamente del alemán por **Fred. Reber,** con la colaboración de **Antonio Núñez Grimaldos,** del Hospital de San José, de Madrid. Tercera edición revisada y aumentada.

Un volumen de 342 páginas (19 × 12'5 céntímetros) con 138 figuras intercaladas en el texto.

Editorial: *Plus-Ultra*.—Madrid. 1931.

El presente libro está escrito bajo un plan eminentemente práctico y con la concisión necesaria para que rápidamente pueda darse una ojeada del estado actual de este importante recurso terapéutico; a esta concisión acompaña una gran claridad de exposición que junto a lo completo del tratado le dan un valor práctico considerable.

Se halla dividido en dos partes principales; una teórica y otra práctica. En la primera expone aquellos conocimientos eléctricos que el autor juzga indispensables, con exposición de las leyes especiales de las corrientes diatérmicas, las principales acciones fisiológicas de estas corrientes, y por último un estudio comparativo de la diatermia con los otros métodos termoterápicos corrientes.

La segunda parte del libro justifica por sí sola el carácter eminentemente práctico de la obra; en ella se exponen conocimientos que son de inmediata aplicación en nuestros enfermos. Comienza esta segunda parte estudiando la técnica general de las aplicaciones diatérmicas, describiendo características de electrodos húmedos, secos, fijos, móviles, de contacto; electrodos condensadores, de autoconducción; detalles referentes a los cables, intensidad de la corriente, tiempo de aplicación...; errores más frecuentes y manera de evitarlos; describiendo como final de esta parte técnica un esquema práctico de aplicación diatérmica. A continuación pasa a describir la técnica especial diatérmica, estudiando las aplicaciones locales, generales; capítulo extenso este segundo, acompañado de gran cantidad de gráficos que ilustran y ayudan a comprender con gran claridad la parte expositiva. Sigue el estudio de la acción diatérmica en determinadas enfermedades con sus principales indicaciones y contraindicaciones, completado con los accidentes diatérmicos y su tratamiento. Termina el presente libro con la exposición de las aplicaciones quirúrgicas describiendo de un modo especial la electrocoagulación. Acompaña y da un valor extraordinario a la obra, una extensísima Bibliografía.

Como se ve, es un libro de utilidad manifiesta, que interesa de un modo

especial al médico general a cuya consulta acuden los enfermos sin una orientación definida y en los cuales tiene que apurar muchas veces sus recursos terapéuticos y será la diatermia uno de éstos, quizá el que mayores éxitos podrá darle siempre que el caso que quiera tratar tenga las condiciones e indicaciones necesarias para su empleo; por esto el presente libro merece ser conocido y estudiado, felicitando a su autor por la idea que ha tenido al publicarlo; también la casa editora merece aplausos por editarlo en forma manual, que lo hacen en extremo manejable. — M. VICENTE.

Compendio de Técnica Radiológica, Radiodiagnóstico y Radioterapia, por los **Dres. Otto Strauss,** Consejero superior, médico del Estado en Berlín y **Otto Müller,** Profesor de Electrotécnica en la Universidad industrial de Köllen, Docente de Técnica Electromédica en la Universidad de Halle. Traducido del alemán por los **Dres. J. Cabrera,** Catedrático de la Facultad de Zaragoza y **J. Gay,** Profesor de la Facultad de Madrid.

Un volumen de 452 páginas (17 × 24 centímetros) con 306 grabados. Primera edición. Precio: 17 pesetas.

Editor: *Espasa-Calpe, S. A.*—Madrid. 1931.

Así titulan los autores Otto Straus y Otto Müller su tratado de Radiología que acaba de traducir al español y dar a la publicidad la Casa Espasa-Calpe.

Comprende el libro—muy bien editado—dos partes subdivididas en varios capítulos; destinada la primera a exponer con verdadera maestría todos los conocimientos de Física relacionados con la especialidad, mientras la segunda recoge cuantos signos suministra el procedimiento diagnóstico y sus relaciones con la Clínica.

En la parte físico-técnica, tras la descripción de los principios en que se basa la Radiología, se dan a conocer en exposición histórica y gradual, todas las fases porque ha pasado la especialidad hasta llegar al desarrollo y aprovechamiento actuales, ocupándose de la naturaleza de los Rayos X, variedades de tubos y aparatos con sus características, mecanismos auxiliares, técnica de las diversas aplicaciones, etc., etc.; constituyendo la nota de estos capítulos además de su buen método expositivo, las numerosas advertencias que en ellos se hacen, a nuestro juicio muy oportunamente y de gran utilidad para el práctico.

La segunda parte de la obra la integra casi en su totalidad el Radiodiagnóstico, pues si bien termina con algunas noticias sobre Radioterapia en sus aplicaciones útiles, el estudio de los signos propios de los órganos patológicos la ocupan de preferencia.

Los aspectos normales y patológicos del aparato digestivo así como los de los órganos auxiliares están interpretados correctamente, con serenidad y justeza, desechando muchos de los signos que se han llamado indirectos y realzando otros a los cuales, por defecto de técnica, no se les daba todo su valor real. De igual modo están tratados asuntos tan complejos y oscuros como las imágenes patológicas del aparato respiratorio, valoradas de ordinario con posible error por deficiencias de estudio de las partes que las producen, bien diferenciadas por los autores, quienes con base firme hacen una interpretación de los signos radiológicos, si no exacta, por lo menos racional.

El estudio de los órganos uropoiéticos, corazón, cerebro y médula, en imagen radiográfica recogida por procedimientos ordinarios o mediante el auxilio de artificios cuyas técnicas se exponen, muestran igualmente la competencia de los autores al traducir y valorar los aspectos que presentan. Sólo el capítulo correspondiente a lesiones óseas aparece superficialmente tratado, pues aunque en él se hace la salvedad de las cosas traumáticas por entender que ellas corresponden a la radiología de las primeras épocas, los procesos descritos no acusan grandes novedades.

En somera síntesis este es el libro de los doctores Straus y Müller, obra cuya característica más destacada es el espíritu crítico que lo preside; verdadero análisis de todas las aportaciones hechas hasta la fecha al campo de la Radiología, juzgadas sin pasión alguna.

Por considerar la obra de gran utilidad tanto para el radiólogo como para el médico general, prometemos ocuparnos con toda la extensión que merece de la parte dedicada a Radiodiagnóstico. — J. GALIAY.

Psiquiatría Penal y Civil por el **Dr. Ruiz-Maya,** Director médico de los servicios Manicomiales de la Provincia de Córdoba.—Un volumen en cuarto mayor, de unas mil páginas, lujosamente editado.

Precio: Encuadernado en piel y tela, 67'50 pesetas; en rústica, 60 pesetas.

Editorial: *Plus Ultra.*—Madrid. 1931.

Conocía a Ruiz Maya por su labor científica; he hablado con él personalmente una vez; confieso que su modestia, su sencillez, me cautivaron. Después de haber leído su libro, publicado hace unos meses, le admiro. Hombre bueno, justo, inteligente, trabajador infatigable, pensador... ha compuesto una obra original, ideal y humana que viene a consagrar su nombre en el campo científico.

Divide su obra en tres partes, cada una de las que podría por sí sola constituir un volumen completo; psiquiatria jurídica general, psiquiatria jurídica especial y psiquiatria civil; las tres armónicamente relacionadas y hermanadas.

En nuestra falta de capacidad para juzgar de estas materias, sólo podemos

decir que su lectura nos ha satisfecho plenamente y dejado en nosotros una íntima satisfacción, pues los prejuicios, la rutina que en esta clase de asuntos nos envuelve son flagelados briosamente por Ruiz Maya con argumentos de gran solidez.

Así, por ejemplo, satisface plenamente cuanto el autor expone contra el derecho de los jueces, de alzarse contra el dictamen pericial; los problemas planteados por el matrimonio y divorcio; los múltiples de los accidentes del trabajo, etc. En todo momento se ve el criterio claro, justo y humano del doctor Ruiz Maya.

Entre otras muchas, encontramos también la novedad del concepto «esquizopsíquias», puente de enlace entre las reacciones psiconeuróticas y órgano-neuróticas y que al autor se debe.

Es, en resumen, la obra de Ruiz Maya una elocuente prueba de su valía científica y una base de provechoso estudio que seguramente habrá de rendir positivos beneficios. Lleva como apéndice una extensa bibliografía, selecta y moderna.

El editor, con su acostumbrada esplendidez, presenta el libro elegantemente. Continente y contenido están pues en armonía. Conste aquí para el autor nuestro sincero aplauso, que también alcanza al editor. — Doctor Horno.

Estudios de Fisiopatología sexual por el **doctor G. Marañón,** Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, Médico del Hospital General. — Tomo XX de la «Colección Marañón». — Un volumen de 274 páginas (14 × 22 centímetros), con 21 figuras, encuadernado en tela. Precio: 14 pesetas.

Editor: *Manuel Marín.* — Barcelona. 1931.

En diversas ocasiones hemos tratado de reflejar la impresión que los volúmenes publicados en esta colección nos merecían; no han sido parcos nuestros elogios para muchos de ellos y para la obra en conjunto. La obra que comenzó con un volumen del doctor Marañón, lleva como broche de oro otro libro, último de la colección, del mismo autor. Y a nuestro juicio este volumen es lo mejor de la colección y lo mejor que Marañón ha publicado.

Quizá este concepto nuestro se deba a que el asunto cae por entero dentro de la disciplina que cultivamos, quizá a que es lo último por él publicado, quizá a que en él va resumido y seleccionado mucho de lo que fragmentariamente había ya producido, pero es lo cierto que es el trabajo de Marañón que más nos satisface después del que en 1925 publicó sobre la «Edad Crítica».

En primer lugar está muy bien concebido, después está muy bien documentado, por último contiene gran número de ideas originales y de gran interés.

Divide el autor su trabajo en siete partes y en ellas nos ocurre lo mismo que con la Colección de que el libro forma parte; que la primera y la última son las más interesantes.

Las influencias hormónicas extragonales en la vida de la mujer y el nuevo concepto de la insuficiencia ovárica y su tratamiento, son éstos, dos capítulos, plenos los dos de doctrina y admirablemente expuestos.

Es magnífico también el capítulo de glucosuria, diabetes y embarazo; y no son de desdeñar los que dedica a la función genital y acrocianosis, la intersexualidad unilateral y su base química, y el que describe los trastornos del esqueleto relacionadaos con la insuficiencia genital, principalmente ovárica.

Todas las producciones de Marañón se leen con gusto porque están escritas de modo sugestivo; pero en este libro, lo que agrada por encima de todo, es su contenido, las ideas fundamentales, bien pensadas, bien razonadas, bien comprobadas, en lo que comprobarnos puede la Clínica de cuanto a la biología sexual se refiere.

Para todos los médicos será de interés la lectura de este libro; para los tocólogos y ginecólogos conscientes de que su misión es algo más que resolver una distocia u operar una salpingitis, su lectura habrá de proporcionarles gran número de enseñanzas y orientarles en numerosos problemas.

Nos complace plenamente hacer público este criterio respecto a la última producción de Marañón, al que hacemos la justicia del aplauso sincero.

Y de pasada, felicitamos al editor de la «Colección Marañón» por el éxito de su iniciativa que ha dotado a la bibliografía española de una serie valiosísima de publicaciones. — Doctor Horno.

Anales del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Provincial de Valencia. Año 1930. — Un volumen de 196 páginas (16'50 × 24 centímetros), con grabados.

Editor: *Diputación Provincial.* — Valencia. 1931.

El Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía ortopédica del Hospital Provincial de Valencia, a la vez Decano de aquel establecimiento, el doctor José T. López Trigo, entusiasta y competente cirujano, organiza hace algunos años un «Cursillo teórico-práctico de Traumatología, Cirugía ortopédica y Accidentes del Trabajo» que año tras año va adquiriendo gran trascendencia e importancia; por aquella cátedra desfilan cada año prestigiosas figuras de la Medicina española.

En estos «Anales» se reúnen—aparte los resultados estadísticos de la clínica

que ponen muy alto el prestigio del doctor López Trigo—las conferencias pronunciadas por los profesores invitados al cursillo. Y en este volumen correspondiente al año 1930 figuran las de los doctores Conill, Trías Pujol, Peset (J.), Martín Lagos, Hernández Ros, Blanco, Oller y Tomás Torres. En conjunto constituyen un volumen de extraordinario interés.

La obra del doctor López Trigo, merece los elogios más calurosos y los aplausos más sinceros, que nosotros le tributamos. — Doctor Horno.

Congrés. Comptes rendus des Seances, de la **«Société Scientifique Française de Chirurgie Réparatrice, Plastique et Esthétique» 1931.** Publié par les soins du **Dr. Ch. Claqué** Secrétaire général. — Un volume de 492 pages (15'50 × 24 centímetros) avec nombreuses gravures.

Editeur: *Norbert Maloine.*—París. 1931.

En este volumen, cuidadosamente editado, en excelente papel couché, se publican los documentos presentados en la Asamblea General de octubre del pasado año, en las sesiones de enero y mayo del año actual y al II Congreso de la Sociedad celebrado en 1931. Son sesenta y uno los trabajos originales que el libro contiene; sus autores, de naciones diversas, son conocidos y prestigiosos; Coelst, Dartigues, Wallet, Claqué, Malimiak, Renault, Leydier, Moers, Montaut, Théodorides, Petit, Rocher, Lumiére, Jáuregui, Robín, etc.

Por el número de comunicaciones que el libro contiene, por la lista de sus autores, puede formarse idea de la importancia de la labor que la «Société de Chirurgie Réparatrice» ha realizado en el año actual, y el impulso que ha adquirido en estos dos últimos años, impulso que continúa acrecentando el número de sus adeptos y la importancia de su científica labor. El doctor Dartigues, alma de la Sociedad que preside, y el doctor Claqué, su Secretario, pueden sentirse altamente satisfechos de su obra. — Doctor Horno.

Faisceau Scriptural—I. Para-Chirurgie, par le **L. Dartigues.** Presentation par le **Professeur J.-L. Faure,** Membre de l'Academie de Médecine de París.—Rappel des Prefaces du **Dr. Noir,** redacteur en chef du **«Concours Médical» pour les causeries Chirurgicales et du Dr. Duchesme,** redacteur en chef adjoint du **«Concours Médical».**—Un vol. de 472 pages (25 × 15'50 ctmts.)

Editeur: *Gastón Doin & C.ie*—París. 1931.

En el número de esta Revista correspondiente a febrero último, comentábamos otro libro del Dr. Dartigues, su «Faisceau oratoire»; allí decíamos:

«Dartigues posee el arte de la expresión y su palabra arranca siempre

ovaciones clamorosas. Y como al arte une el ingenio, y a los dos la ciencia, sus obras habladas o escritas encierran siempre positivo valor. Además siempre hay en Dartigues algo propio, personal, original, que le hace merecedor de aplausos y de estudio.»

Y si en lo hablado, su «Faisceau Oratoire» constituía una prueba de nuestro aserto, su «Faisceau Scriptural» es elocuente prueba también, aunque sea esta labor de Dartigues más conocida de la clase médica.

Todos reconocen en Dartigues una riqueza de ideas y una riqueza de expresión no fácilmente igualadas; y con ideas — a veces admirables — y con bellas palabras — sugestivas, evocadoras — sus escritos resultan siempre de interés enorme.

En este libro y en su primera parte, agrupa Dartigues una serie de trabajos sobre los más variados asuntos quirúrgicos, — física quirúrgica, fisiología quirúrgica, psíquica quirúrgica, étnica quirúrgica, estética quirúrgica, conquistas quirúrgicas, destinos quirúrgicos, etc. — agrupados bajo el título de Para-cirugía, que forman como dice Noir un verdadero ensayo de filosofía sobre la moderna cirugía.

Con este entusiasmo que Dartigues ha puesto en la Cirugía estética, no será necesario decir que los capítulos destinados a poner de relieve la importancia de esta nueva corriente de la cirugía, tienen una extraordinaria brillantez; asimismo los artículos en que trata de los destinos a que la cirugía está llamada, son admirables.

Los trabajos que forman este volumen, los habíamos visto aislados: unidos entre sí, forman un conjunto merecedor del aplauso más entusiasta. Y asombra ver la enorme labor realizada por Dartigues; esos cientos de artículos, siempre geniales, siempre interesantes, siempre modelo, son la mejor prueba de la capacidad productora de Dartigues, cuya propia personalidad se destaca así claramente. — Doctor Horno.

Cent ans de Médecine en Belgique 1830-1930. Número spécial de «Le Scalpel» publié a l'occasión du Centenaire de l'Independence. — Un vol. de 350 pages (18 × 27 ctmts.) avec gravures.

Editeur: *«Le Scalpel».*—Bruxelles. 1931.

«Le Scalpel», la importante Revista Belga de Ciencias Médicas, fundada en Lieja el año 1848, viene con este número extraordinario a dar prueba de su pujanza científica. Pero a la vez pone con él bien de manifiesto toda la importancia de la labor realizada por los hombres de ciencia de aquel bello país.

Béco, Brouha, Craps, Dalcq, Debaisieux, De Beule, Delattre, Delrez, De Mets,

Fredericq, Glorieux, Guns, Henrard, Heymans, Hustin, Jacque, Langelez, Laruelle, Renaux, Timbal y Van den Wildenberg, en una serie de trabajos exponen los progresos, la participación, el alcance que la Medicina belga en cada una de sus ramas ha adquirido en estos cien años. Y ello es digno de admirar y es digno de imitar.

El trabajo realizado por los redactores de «Le Scalpel», aparte ser de gran valor instructivo, constituye un brillante homenaje a la ciencia belga y a sus hombres. No cabe medio más interesante de asociarse al júbilo del país en ocasión de sus fiestas conmemorativas que honrar a sus sabios poniendo de relieve el alcance de su labor. — Doctor Horno.

Elementos de Patología General por los **profesores L. Corral,** Catedrático honorario de Medicina de la Universidad de Valladolid y **J. M.ª de Corral,** Catedrático excedente de Fisiología, Auxiliar de Patología Médica de la Universidad de Madrid.—Quinta edición, notablemente aumentada.—Dos volúmenes con más de 1 800 páginas (15 × 23 centímetros) con grabados.

Editor: *Tip. Andrés Martín.*—Valladolid. 1930.

Sentimos por este libro del ilustre Profesor Corral, un cariño muy hondo, primero, porque él nos recuerda nuestros años mozos, después, porque a sus enseñanzas debemos no pequeña parte de nuestra formación científica. En él estudiamos hace veintinueve años, por vez primera, estas materias; y como en él aprendimos a realizar el estudio inductivo y deductivo de la enfermedad, es decir, a practicar su metódico estudio, siempre creemos que la mayor parte de nuestros éxitos se deben a aquellas nociones que adquirimos en el libro del doctor Corral, que es una verdadera obra de Patología General.

Y derivado de aquella obra publicada el año 1900, que fué seguida de numerosas ediciones, es el actual libro, modestamente titulado Elementos de Patología General, que teniendo por base la primitiva publicación, está puesta a la altura de conocimientos a que la ciencia médica ha llegado en nuestros días. Y en la labor meritísima del padre, ha colaborado con el entusiasmo lógico y la probada competencia el hijo del Maestro.

Puso Corral al frente de la primera edición de su libro, la frase de Aug. Conti, «*Conservare, conservando innovare, innovando acrescere*», y fiel a tal lema han seguido las ediciones sucesivas, y fiel a tal lema se presenta la actual, que para muchos podrá parecer totalmente nueva, pero que conserva cuanto bueno queda—y no es poco—de los pasados tiempos a la vez que contiene cuanto de nuevo ha venido a ampliar nuestros horizontes científicos; las innovaciones nos hicieron progresar, pero conservando, no olvidando cuáles fueron las bases del progreso.

Y aun este positivo avance científico, sólo después de controlado y seleccionado se hace constar. Y el libro sigue conservando su feliz plan didáctico inicial, sus ideas fundamentales, que son las que pusieron de relieve la recia personalidad científica del profesor Corral.

He aquí en síntesis, no cabe en nosotros otra pretensión, la orientación de este bello libro.

Tras una ojeada general, un estudio de perspectiva para marcar el contenido, estudia las leyes generales de la enfermedad y el concepto de la vida (nosonomia). Sigue a este estudio el de la nosogenia, en donde analiza todas las causas de enfermedad, mecánicas, físicas, químicas, parasitarias, etc.; causas extrínsecas o intrínsecas cuya valoración y descripción es admirable; y en el mismo capítulo se encuentran incluídos bellos estudios sobre la constitución, las diátesis, la herencia... que son modelos de claridad, de precisión.

El tomo segundo abarca el estudio de la nosografía y el de la nosognomia. En el primer asunto, dedica la mayor parte del libro al estudio de la fisiología patológica, que la expone metódicamente, analizando los desórdenes funcionales desde la célula a los aparatos y funciones más complejas; final del estudio nosográfico es el capítulo sobre patocronia o evolución de la enfermedad hasta la curación o la muerte. En el segundo asunto o nosognomia, expone la nosotaxia, la semeiótica y la gnóstica de modo admirable.

Volvemos al punto de partida; para nosotros es la obra de Patología General mejor concebida, mejor desarrollada y hoy más completa. Nos fué de gran valor para iniciarnos; nos ha sido siempre utilísima para orientarnos. Por ello estimamos que médicos y estudiantes han de sacar el mismo fruto y por ello creemos es nuestro deber hacerlo así constar.

El profesor Corral, Maestro de tantas generaciones de Médicos y Maestro siempre por su talento y por sus obras, deja en las páginas de este libro todo el fruto de su vida científica; a su lado se destaca viril la personalidad de su hijo José María, también Maestro y también meritísimo. Sírvales mi modesta manifestación de aplauso como prueba de admiración y de sincero afecto. — Doctor Horno.

SECCIÓN ANALITICA

HISTOPATOLOGIA

S. VORONOFF y G. ALEXANDRESCO (París). — *Ensayo de transplantación del cáncer humano a los monos.* — («II Congrés International de Pathologie Comparée», 14-18 octubre, 1931. París).

Los autores han practicado en el Laboratorio de Cirugía Experimental del College de Francia (anexo de Grimaldi), 194 injertos de cáncer humano sobre 72 monos cynocéfalos y chimpancés.

Para lograr la creación de un *terreno favorable*, muchos de estos monos, unos de algunos meses (nacidos en Grimaldi), otros adultos o viejos, sufrieron como tiempo preliminar diversas operaciones: castración, tiroidectomía, esplenectomía, surrenalectomía unilateral, ligadura de los canales pancreáticos.

En algunos casos, para estimular el crecimiento del tejido canceroso, se ha empleado jugo embrionario. Otras veces, a fin de sustraer el injerto canceroso a la acción fagocitaria del tejido retículo-endotelial, se ha practicado el bloqueo general o local de este tejido por el azul de tyfan.

Se han hecho 50 trasplantaciones sub-cutáneas, 25 intramusculares, 88 intraviscerales (glándula mamaria, hígado, bazo, testículos, ovarios y cerebro), 29 sobre serosas (meninges, peritoneo, epiplón y vaginal).

Un gran número de estos injertos se han reabsorbido entre uno y tres meses, o han sufrido un lento enquistamiento.

El mejor resultado se obtuvo en dos cynocéfalos muy débiles y sobre un joven chimpancé pre-púber, en el cual el injerto ha pasado seis meses y *continúa su evolución con tendencia clara a la expansión.* Se trataba de un cáncer atípico de la mama dotado de gran malignidad, del que un fragmento fué implantado en la mama izquierda de la chimpancé agregándose al mismo tiempo extracto aséptico de un embrión de cobayo. (Otro fragmento del mismo cáncer, injertado en la mama derecha sin jugo embrionario, fué reabsorbido al cabo de un mes.

Los cortes histológicos de una biopsia hecha seis meses y medio después de la transplantación del cáncer en la mama izquierda, son muy característicos. Se comprueba la presencia de numerosos brotes carcinomatosos y una infiltración de células epiteliales atípicas dispuestas en cadenas irregulares. Se ven también núcleos celulares, numerosas cariokinesis y células gigantes.

Este chimpancé injertado hace nueve meses sigue en observación, habiéndose practicado otros injertos sobre gran número de monos, siguiendo el estudio experimental de la patogenia y terapéutica del cáncer humano. — *(Auto-resumen).*

M. DETLEFSEN (Copenhague). — *Sobre el desarrollo de la estructura histológica del epiplón mayor del cobaya.* — («Zeitschr. für Zellforschung», vol. IX, página 425. 1929. Copenhague).

El desarrollo del epiplón mayor del cobaya atraviesa tres períodos: el subsiguiente al parto, caracterizado por la aparición de granulocitos, comienzo en la formación de orificios en relación con el modo de ordenarse el tejido conjuntivo, aparición frecuente de histiocitos y células basófilas y por las vainas vasculares ricas en células redondas.

El segundo período o de la juventud está caracterizado por la aparición de células adiposas; las células bosófilas y los linfocitos desaparecen progresivamente. Se termina la orientación del conectivo y los orificios se hacen cada vez más visibles.

El tercer período corresponde al individuo adulto y su estructura corresponde a las descritas ordinariamente. — I. COSTERO.

G. SEEMAN (Berlín). — *Sobre las relaciones entre linfocitos, monocitos e histiocitos, especialmente durante la inflamación.* — («Ziegler. Beitrage», vol. LXXXV, página 303. 1930. Berlín).

Empleando las técnicas de coloración supravital estudia Seemann el parentesco histológico entre las células que se citan en el título del trabajo y deduce como conclusión la existencia entre ellas de las relaciones que se expresan resumidas en el siguiente esquema:

- **Célula mesenquimatosa indiferente** . . . . .
  - Endotelio vascular.
  - Fibrocito.
  - Endotelio reticular.
  - Células reticulares.
  - Histiocitos primitivos.

  (Endotelio reticular. / Células reticulares.) → En los estados irritativos formación de formas semejantes a histiocitos.
- **Hemocitoblasto** . . . .
  - Monoblastos—Mocito y monocitoide. → Histiocitos secundarios.
  - Linfoblastos —Linfocito.
  - Mieloblastos —Granulocito.

I. COSTERO.

MEDICINA GENERAL

REINWEIN (Leipzig). — *Observaciones sobre el cuadro sintomático de la hipoglucemia.* — («Deutsche Medizinische Wochenschrift», núm. 14, tomo LVII; año 1931. Leipzig).

En las observaciones presentadas por el autor obraban varias causas puestas

en juego al administrar la insulina; a saber: mala dosificación, absorción insuficiente o tardía de hidratos de carbono, crisis diarréica que producía una eliminación excesiva de hidrocarbonados. La persistencia de síntomas después de administrar insuficientemente hidratos de carbono, hace creer que estamos en presencia de accidentes diabéticos, cuando en realidad éstos son de origen insulínico.

Entre los síntomas merecen citarse los trastornos psíquicos que muchas veces constituyen el cuadro: crisis de cólera, embotamiento intelectual, trastornos de la palabra, risa; también, aunque raramente, se han presentado crisis epilépticas. — LORENTE SANZ.

FRIEDEMANN, SCHNEREL, LUKAS (Leipzig). — *Nuevo método de administración del suero antiescarlatinoso.* — («Deutsche Medizinische Wochensrift», número 18, tomo LVII; 1931. Leipzig).

Hacen notar los autores los inconvenientes que puede presentar esta sueroterapia, por la cantidad de suero necesaria que hace las inyecciones dolorosas y el elevado coste de las mismas. Los accidentes séricos hacen, por otra parte, que se procure no emplear el suero en los casos de comienzo aparentemente benigno.

Diversos ensayos han demostrado que las inyecciones séricas intrarraquídeas permiten emplear dosis mucho más pequeñas que por la vía intramuscular. Por vía intravenosa los autores han logrado obtener efectos clínicos más rápidos con dosis diez veces menores que en el tratamiento por vía intramuscular, siendo las reacciones séricas raras y benignas.

Teóricamente, explican estos hechos, admitiendo que en el caso de inyección intramuscular, una parte de la antitoxina sería fijada localmente sin llegar a la circulación, lo que haría preferible la intravenosa; asimismo en otras sueroterapias, la antidiftérica, por ejemplo.

Recomiendan no emplear suero que contenga carbol o tricresol como antisépticos, y tantear la sensibilidad del enfermo por una inyección de 1 c. c. intradérmica, diez minutos antes de la inyección intravenosa. — LORENTE SANZ.

PEDIATRIA

A. RICHARD (París). — *Tratamiento de la apendicitis aguda del niño.* — («Revue Médical Française»; octubre, 1931. París).

Al lado de los grandes principios admitidos por casi todos los cirujanos (operación sistemática en las cuarenta y ocho horas, sistemática también si pasado este tiempo la mejoría no se ha manifestado) existen puntos oscuros en esta cuestión.

El autor, después de señalar el error del drenaje abdominal fuera de los abscesos, así como las ventajas del Mikulicz en las lesiones peritoneales que no pueden ser extirpadas, señala como principio absoluto en el tratamiento de la apendicitis aguda la sutura del peritoneo previa absorción del líquido que se encuentre, protección de los planos musculo-aponeuróticos, y ablación del apéndice. Si la herida se baña en el líquido de la profundidad, se deja un drenaje superficial con crin o tubo.

La busca y ablación del apéndice deben ser hechas con limpieza y facilidad. La sutura de los planos se realizará con instrumental y guantes limpios.

A la técnica preconizada por Richard se exceptúan los casos de absceso y de gangrena. El absceso debe ser drenado previa extirpación del apéndice; la gangrena que pasa los límites del apéndice necesita la aplicación de un Mikulicz embebido de suero antigangrenoso y la seroterapia antigangrenosa subcutánea. — M. SUÁREZ.

R. MATHIEU y E. LEROY (París). — *El tratamiento de las anorexias de causa neuropática en el lactante.* — («Le Bulletin Médical», octubre, 1931. París).

Fundados en que la pérdida del apetito es el síntoma más común y precoz de las avitaminosis experimentales, se ha considerado la anorexia nerviosa como un síntoma de carencia alimenticia, pues es sabido, por ejemplo, que los grandes accidentes del escorbuto y del beri-beri son precedidos por la triada sintomática; anorexia, detención del crecimiento, trastornos nerviosos. Por otra parte, si la cantidad de vitaminas contenidas en la leche es suficiente para los lactantes sanos, no lo es para aquellos que presentan trastornos de la nutrición.

La teoría patogénica expuesta (Ribadeau-Dumas, R. Mathieu y Willemín-Clog) conduce al tratamiento de la anorexia, síndrome carencial, por la adición a la ración cotidiana de una cantidad suficiente de vitaminas convenientemente seleccionadas.

El tratamiento por las vitaminas B. C. y D. se muestra ineficaz si existe una afección orgánica sobreañadida.

En el caso de anorexias rebeldes distinguen los autores los métodos aplicables en el hospital y en la clientela. En el medio hospitalario administran, si es preciso a viva fuerza, una mezcla de puré de legumbres y babeurre graso, con resultados muy favorables. En la clientela privada es a menudo indispensable calmar la irratibilidad nerviosa del niño por el luminal, a la dosis de 2 centigramos antes de las grandes comidas (tres en un niño de once meses).

Los autores obtienen resultados favorables, prescribiendo además del luminal, la poción de Riviére, que suprime las náuseas (una cucharadita antes de cada comida y las inhalaciones de oxígeno antes de las comidas que favorecen el apetito. El régimen debe ser variado y rico en vitaminas. — M. SUÁREZ.

B. WEILL-HALLE (París). — *Los resultados lejanos de la vacunación por la B. C. G.* — («La Médecine Infantil», agosto, 1931. París).

A los supuestos peligros de la vacunación por la B. C. G., el autor responde con una frase en la que resume los resultados de sus 348 observaciones: «nunca hasta el presente, dice, hemos visto un niño, vacunado según las reglas establecidas, presentar una tuberculosis evolutiva». Asimismo afirma que la B. C. G. no ejerce ninguna influencia perjudicial para el desarrollo fisiológico del niño.

Este último hecho ha sido demostrado por Iakhnis y Chagalova, que han vacunado al niño menos vigoroso y de menor peso de diez y seis pares de gemelos y en todos los casos menos en uno la curva de peso del vacunado sobrepasaba notablemente a la del no vacunado (observados del 12 al 42 mes). En la única excepción la diferencia en favor del no vacunado era de 100 gramos.

Por último, dice, que en general los niños vacunados son más resistentes que los no vacunados a las enfermedades de la infancia. — M. SUÁREZ.

CIRUGIA GENERAL

F. PUTZU (Cagliari). — *Sobre 125 casos de quistes de eguinococos.* — («Archivio Italiano di Chirurgia», vol. XXIX, fasc. 2; mayo, 1931. Torino).

Este trabajo, basado sobre 125 casos de quistes de equinococos, estudiados en la Clínica quirúrgica de Cagliari, aparece dividido en dos partes:

En la primera se expone y discute lo referente a patogenia, semiología, diagnóstico y terapéutica de la equinococosis, exponiendo el autor su criterio basado en observaciones personales, especialmente en lo que se refiere a su investigación biológica y tratamiento terapéutico.

En la segunda parte expone los casos clínicos agrupados según la región y el órgano lesionado. Según esta clasificación los quistes pertenecen: seis a la cabeza y cuello (de ellos uno de la parótida derecha y otro de la glándula submaxilar derecha); diez y ocho al tórax (de ellos uno en la mama y quince en el pulmón); noventa y seis en el abdomen, repartidos: seis en la pared, uno en el ángulo hépato-frénico derecho, dos en la transcavidad de los epiplones, sesenta y ocho en el hígado, tres en el páncreas, cuatro en el bazo, seis del mesenterio, uno del conjuntivo retroperitoneal, dos en el ligamento ancho izquierdo, uno en el ovario derecho, uno del riñón derecho, uno del espacio vésico-rectal; por último, cinco pertenecen a los miembros (siendo dos articulares y uno de la bolsa pretibial derecha).

Cada uno de estos grupos va seguido de breves consideraciones, destacando las referentes al diagnóstico, semiología y terapéutica de los quistes abdominales, las de la patogenia de los quistes properitoneales, las de diagnóstico y tratamiento de los quistes del pulmón y especialmente sobre la utilidad del pneumotórax artificial como adyuvante para el diagnóstico asociado a la exploración radiológica y como medio terapéutico en los quistes no tratados operatoriamente. — M. VICENTE.

F. MARCHINI (Torino). — *La abolición del drenaje en la peritonitis circunscrita y difusa, especialmente en la apendicitis.* — («Archivio Italiano di Chirurgia», volumen XXVIII, fasc. 6; abril, 1931. Torino).

El autor, después de poner en evidencia que la serosa peritoneal posee normalmente fuerte poder defensivo superior al de cualquier otro tejido, que puede ser exaltado en determinadas condiciones, como sucede especialmente en los procesos inflamatorios del Bacterium coli, pasa a discutir la oportunidad o no de la aplicación del drenaje en las intervenciones quirúrgicas por peritonitis purulenta.

Después de una larga exposición sobre los inconvenientes y los daños producidos por varios tipos de drenaje, aportando los testimonios de gran número de autores, concluye que el drenaje abdominal puede ser abolido con ventaja no sólo en la forma apendicular aguda como es universalmente reconocido, sino también en la peritonitis purulenta, salvo limitadas contraindicaciones. Y está de acuerdo con Solieri en atribuir esta capacidad defensiva del peritoneo a fenómenos de inmunidad local; pues se defiende siempre mucho mejor un peritoneo estimulado por los gérmenes que un peritoneo sano.

Acompaña para confirmar sus opiniones una extensa estadística operatoria y varias gráficas térmicas de operados con cerradura total del vientre. — R. HORNO LIRIA.

E. GAUDIER (Lille). — *La incisión póstero-lateral en la apendicectomía.* — («L' Echo Médical du Nord», núm. 42; octubre, 1931. Lille).

La incisión póstero-lateral es paralela a la línea axilar, comienza siguiendo el espesor del panículo adiposo, más o menos cerca de la duodécima costilla, descendiendo hasta la cresta ilíaca, a dos centímetros aproximadamente de la espina ilíaca ántero-superior. La incisión comprende la fascia del oblicuo mayor, los oblicuos mayor y menor y el transverso; las fibras musculares son separadas, dislaceradas, pero no incindidas. El peritoneo se abre paralelamente a la sección cutánea. De este modo queda aparente el ciego; se

aplican dos campos separadores: el superior debe exponer solamente la mitad superior del ciego y mantener los tejidos parietales; el inferior se coloca bajo, lo bastante lejos para descubrir bien el peritoneo posterior; se toma suavemente el ciego entre el pulgar e índice de la mano derecha o con una pinza de bocados recubiertos de caoutchouc y se tira lenta y prudentemente hasta poner al descubierto la base de implantación del apéndice.

Esta incisión presenta las siguientes ventajas:

1.ª La casi imposible generalización de una peritonitis localizada y por tanto menor mortalidad por esta causa.

2.ª Reducción del traumatismo de los órganos vecinos, lo cual reduce al mínimum el shock operatorio.

3.ª El ser excepcionales las adherencias post-operatorias y reducidas sólo al peritoneo póstero-lateral.

4.ª La ausencia de hernias post-operatorias, pues las fibras musculares simplemente separadas tienden a reunirse tomando su forma y situación normales, incluso en casos de aplicación de un Mikulicz a la pared.

5.ª Las fístulas cecales son excepcionales y cuando se producen curan en varios días. — R. HORNO LIRIA.

J. GONZALEZ AGUILAR (Santander). — *La artrodesis extraarticular de la cadera en la coxalgia.* — («Revista de Cirugía de Buenos Aires», año X, núm. 9; septiembre, 1931. Buenos Aires).

Comienza diciendo que ya en 1928 publicó una monografía en la que con gran extensión expuso la parte doctrinal en que se fundamenta el tratamiento operatorio de las artritis tuberculosas; sin embargo, y refiriéndose al tema del trabajo presente, quiere insistir en algunos puntos que justifican la práctica de la operación de artrodesis extraarticular de la cadera.

De un lado las leyes generales que presiden todo proceso de curación de las ósteo-artritis bacilares, y de otro la arquitectura especial de la articulación coxo-femoral.

Todos los tratamientos radicales han tendido a la curación natural a costa de la esclerosis de la zona enferma principalmente por el reposo hasta conseguir la anquilosis ósea o fibrosa de la misma con pérdida de la función articular. A juicio del autor esto sólo se consigue en las formas hidrartrósicas puras infantiles.

A continuación trata de explicar el por qué la anquilosis cura la tuberculosis articular, exponiendo las ideas de Ely, según el cual la riqueza de elementos linfáticos de la sinovia y médula ósea epifisaria es la causa de la localización preferente articular. La resistencia de estos elementos linfoides está ligada a la función articular y desaparecen al desaparecer ésta, ya sea resecándola o inmovilizándola prolongadamente.

La artrodesis intraarticular, según técnica de Albee, puede proporcionarnos buen resultado, pero en algunas circunstancias las lesiones de la cabeza femoral son tan extensas que nos encontramos sin hueso para realizar la operación. Cita otros procederes intraarticulares, pero se inclina a los procedimientos extraarticulares, de los que los más usados son:

El método Albee, que coloca el trasplante óseo, obtenido de la tibia, entre el reborde cotiloídeo y la cresta ilíaca de modo que quede como puente entre el trocánter mayor y la cara externa del ilíaco.

Schumm, realiza la misma intervención, pero toma el trasplante óseo de la extremidad superior del fémur, con lo cual puede realizar la intervención completa con una sola incisión.

Método de Hibbs. En éste se utiliza un colgajo óseo de trocánter mayor; para ello se desprende la porción ósea trocanteriana, quedando fijo el colgajo; por la parte superior; por el periostio e inserciones musculares, se invierte hacia arriba el colgajo, y el extremo libre del mismo se introduce en un lecho labrado en la cara externa del ilíaco o en la misma ceja cotiloídea, siendo necesario para esto último abrir la cápsula; se realiza lo que algunos llaman artrodesis paraarticular.

Método de Mathieu y Wilmoth. — En éste se aprovecha para formar el puente óseo extraarticular un colgajo del ilíaco.

De los tres métodos el último es el que menos confianza merece al autor.

El éxito y porvenir de la artrodesis extraarticular de la cadera dependerá de obtener puentes óseos tan ampliamente sólidos como sea posible; por eso el autor da preferencia a las operaciones de Kibbs y Albee, toma el trasplante de la mitad del espesor de la diáfisis de la tibia, incluyendo en la porción trasplantada la espina tibial, conservando el periostio en toda la cara superficial del trasplante. Para colocarlo, en lugar de desinsertar los glúteos mediano y menor de la cresta ilíaca, desprende con el escoplo el borde externo de la cresta con sus inserciones, y al terminar la operación restituye a su sitio el fragmento por medio de una fuerte sutura ósea, practica excavaciones con el escoplo en la cara interna del vértice de gran trocánter y en la fosa ilíaca próximo al reborde superior de la ceja cotiloídea, destinadas a recibir los extremos del trasplante.

Terminada la operación, se coloca un apósito de escayola, que podrá renovarse después de varios meses para alcanzar un período de inmovilización que oscilará alrededor de un año. — M. VICENTE.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

A. H. MOLFINO y R. A. BOERO (Buenos Aires). — *Torsión aguda de la trompa.* («La Semana Médica», núm. 40; octubre, 1931. Buenos Aires).

Los autores describen un caso intervenido por ellos. Esta afección no es

rara, aunque su conocimiento es relativamente moderno; lo que sucede es que su dificultad diagnóstica es considerable, pues a pesar de su sintomatología ruidosa, no presenta un signo claro patognomónico que la diferencie de otras afecciones que se incluyen en el grupo difuso de «abdomen agudo». Siendo el síntoma más constante el dolor, irradiado hacia la región lumbar y vesical. Por ello dan esquemáticamente, la sintomatología de aquellas afecciones con que puede confundirse.

SINTOMAS	DOLOR	Irradiación del dolor	Fiebre	Pulso	Reacción peritoneal	Pérdida sanguínea	Tacto
Torsión de trompa	Agudo, intenso, persistente	Lumbar, vegiga	No	Taquicardia	Contractura dolorosa	Ausencia o escasa	Tumor
Rotura tubaria	1.º brusco, puñalada 2.º sensación dolorosa	No se irradia	No	Taquicardia filiforme	Contractura dolorosa grito peritoneal	Amenorrea negruzca, escasa cantidad	Dolor. Punción fondo de saco positiva
Rotura folicular	Brusco, fugaz 10-14 días post-menstrual		No				Dolor Douglas
Torsión del pédiculo de quiste de ovario	Agudo, persistente, en aumento		No	Taquicardia	Contractura dolorosa		Tumor yuxta-uterino
Salpingo-ovaritis	Menos intenso, más difuso	Fosas ilíacas	Si	Taquicardia	Pelviana, meteorismo abdominal	Flujo	Tumor
Cólico renal	Agudo, persistente	Región lumbar, vegiga, grandes labios	No	Bradicardia		Hematuria	
Apendicitis	1.º epigástrico 2.º fosa ilíaca derecha		Si	Taquicardia	Defensa		

Los factores capaces de provocar la torsión de la trompa no son bien conocidos hasta ahora y las teorías expuestas para explicar su génesis son poco convincentes. — R. HORNO LIRIA.

A. RENDU (Lyón). — *Parálisis obstétrica del miembro superior.* — («Le Journal de Médecine de Lyón», núm. 284; noviembre, 1931. Lyón).

La parálisis obstétrica del miembro superior sobreviene consecutivamente a un parto laborioso o distócico que ha necesitado maniobras de extracción violentas; frecuentemente unilateral, puede interesar los dos lados. Reconocida al nacer o algunos días más tarde, recae principalmente sobre los músculos abductores y rotadores externos del hombro, flexores del codo y supinadores del antebrazo. Tiende espontáneamente, en el 80 por 100 de los casos, a curarse sin tratamiento en algunas semanas. Aunque existen tipos intermedios, se distinguen tres clásicos grupos: 1.º, tipo radicular superior (parálisis de Duchenne-Erb); es el más frecuente; se acompaña de una actitud especial con alteraciones mínimas de la sensibilidad; 2.º, tipo total, más raro y mucho más grave, con alteraciones de la sensibilidad y a menudo trastornos óculo-pupilares; 3.º, tipo radicular inferior (Dejerine-Klumpke), muy raro, con parálisis de la mano y alteraciones óculo-pupilares y de la sensibilidad. Se observan a menudo formas atípicas. (Sever.)

Cuando la curación espontánea no se produce, aparece una deformidad que se fija y hace definitiva por retracción de los antagonistas de los músculos paralizados. El miembro superior se presenta entonces en máxima rotación interna, codo ligeramente flexionado, mano en inclinación cubital y hombro subluxado hacia atrás. La patogenia debe buscarse en la distensión nerviosa radicular por tracción del plexo braquial (Duchenne); las autopsias, operaciones y datos experimentales así lo confirman. El diagnóstico, muy fácil al nacer, ha de hacerse más tarde con la pseudo-parálisis sifilítica de Parrot, luxación congénita de hombro y desprendimiento epifisario; en la segunda infancia el diagnóstico se hará con aquellas rigideces de hombro que dan actitud viciosa.

El tratamiento puede ser: 1.º, profiláctico: precauciones durante el parto; 2.º, en el recién nacido: ionización, radioterapia profunda; el tratamiento eléctrico parece poco valioso; la intervención quirúrgica sobre el plexo es difícil y su eficacia muy aleatoria; lo mejor parece ser el masaje y la movilización del brazo que se mantiene por un aparato ortopédico en una posición que impida la formación de actitudes viciosas; 3.º, en el período de la deformidad definitiva, la intervención indicada es la ósteotomía alta, subdeltoídea, del húmero con desviación hacia afuera del fragmento inferior; esto ha dado resultados constantes y satisfactorios. — R. HORNO LIRIA.

P. GARCIA AMO (Santander). — *Apendicitis en el embarazo.* — («Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades», núm. 544; noviembre, 1931. Madrid).

De un modo general puede decirse que de cada cien enfermas de apendicitis, una coincide con un embarazo, y su gravedad es tanto mayor cuanto más cerca se encuentre del final de la gestación. Esta mayor gravedad se debe, aparte las modificaciones producidas por el embarazo, a que el ciego, desplazándose hacia arriba, adentro y adelante, se aleja de las masas intestinales y epiplón, dificultando la formación de adherencias y la localización del foco inflamatorio.

Rara vez es primitiva; generalmente le han precedido algunos ataques; sus síntomas son: dolor, de intensidad y localización variable; vómitos, que aparecen solamente en la mitad de los casos; fiebre, constante, pero no muy elevada. El dolor provocado por la presión es muy frecuente en el ombligo y epigastrio, en cambio, es muy raro en el punto de Mac Burney. El diagnóstico diferencial debe hacerse con las afecciones abdominales agudas y particularmente con las pielitis, anexitis y embarazo extrauterino. El pro-

nóstico es grave, pues la mortalidad materna alcanza cifras entre el 20 y 70 por 100; el aborto o el parto antes de la intervención, lo agrava; la interrupción del embarazo suele darse en un 70 por 100 de los casos.

Por lo que se refiere al tratamiento, cree deben operarse todas las apendicitis que produzcan accidentes durante el embarazo, sin distinguir de su mayor o menor gravedad ni del tiempo que haya transcurrido desde el comienzo del ataque. Si es posible debe seccionarse el apéndice y cerrar sin drenaje. Respecto a la gravidez, se debe ser estrictamente conservador; solamente se intervendrá cuando sea fácil terminar en parto o aborto ya comenzado. — R. HORNO LIRIA.

J. TORRE BLANCO (Madrid). — *Posibilidades de la vía vaginal en el tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello.* — («Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades», núm. 40; octubre, 1931. Madrid).

He aquí las conclusiones de este trabajo:

1.ª Nosotros pensamos en el momento actual que en la terapéutica del cáncer cervical debemos emplear en términos generales, rádium previo, intervención y rayos X después de ésta.

2.ª Nos parece indudable la superioridad de la vía vaginal sobre la abdominal, que tiene una mayor mortalidad operatoria y la exéresis parametral no es más amplia que por vagina aunque logra en cambio la extirpación ganglionar.

3.ª La vía vaginal es mucho más inocua: la extirpación parametral es muy amplia y la esterilización ganglionar (de utilidad dudosa) se puede hacer posteriormente con rayos X. Por ello una vez decidida la intervención, ésta debe ser radical y realizada por vía vaginal. — R. HORNO LIRIA.

J. CHAVEZ (Granada). — *El síndrome gravídico circulatorio.* — («Actualidad Médica», núm. 80; agosto, 1931. Granada).

Tras de estudiar los fenómenos circulatorios del embarazo, discutir su mecanismo y exponer sus manifestaciones clínicas, da como resultado de las investigaciones llevadas a cabo en cuarenta casos, las siguientes conclusiones:

1.ª En el curso del embarazo existe, casi obligadamente, un desequilibrio, a veces profundo, del sistema neurovegetativo.

2.ª Durante el embarazo el corazón sufre un cambio en su estática por rechazamiento hacia arriba del diafragma, que le hace tomar una posición horizontal y a la vez acorta el pedículo vascular.

3.ª Los trastornos funcionales del aparato cardiovascular durante la gestación, «síndrome circulatorio gravídico», no es sino el resultado, por una parte, de ese equilibrio nervioso y, por otra, de ese cambio en la estática del corazón.

4.ª No existe la hipertrofia gravídica fisiológica.

5.ª No existe dilatación global ni parcial de las cavidades en las embarazadas sanas.

6.ª La imagen radiológica del corazón del embarazo, con su pequeño aumento del diámetro transverso y la convexidad mayor del arco auricular derecho, no es el resultado de una dilatación, sino de una dislocación del órgano que se ha horientalizado. La imagen atípica que se obtiene es debida a un cambio de proyección sobre la pared y no a una dilatación de las cavidades. Esta imagen vuelve a la normalidad tan pronto como el útero se vacía de su contenido.

7.ª La gestación se acompaña habitualmente de pequeña hipotensión arterial.

8.ª Existe en la gran mayoría de las mujeres embarazadas un estado hipertensivo de la circulación venosa, tanto más acentuado cuanto más cerca está de su fin la gestación. — R. HORNO LIRIA.

F. HARO GARCIA (Madrid). — *Embarazo y enfermedad de Addison.* — («La Medicina Ibera», núm. 725; octubre, 1931. Madrid).

La coincidencia de la gestación en las enfermas de mal de Addison es sumamente rara; en la bibliografía mundial solamente se registran catorce casos.

El caso del doctor Haro (el segundo de los registrados en España) se refiere a una mujer de treinta y tres años, en estado de gestación de dos meses, que cuidadosamente estudiado y bien controlados los análisis permite sentar el diagnóstico indudable de enfermedad de Addison. Simultáneamente y acaso como foco primitivo la enferma presentaba un foco en el vértice derecho. No estimando justificada la interrupción del embarazo hasta no observar manifiesta agravación de la enfermedad, se le instituye un tratamiento a base de Ergal, Hemocalcina y Hepatrat, permaneciendo a la expectativa; no obstante, la enferma no vuelve a aparecer por la consulta hasta el mes siguiente, después de haber dado a luz normalmente, en un parto de ocho horas, un niño sin más anormalidad que la presencia de un coloboma inferior del ojo izquierdo. Durante el post-parto, que fué normal, inició la lactancia que en la actualidad ha transformado en mixta.

Del examen de los casos anteriores se deducía una gravedad extremada, pues la mortalidad materna comprobada es de 61,5 por 100 y la mortalidad fetal inmediata es de 53,8 por 100. Este caso indica que no se debe recurrir de primera intención a la interrupción del embarazo, pues dada la mayor actividad terapéutica de la insuficiencia suprarrenal hasta que ésta no fracase, con la consiguiente agravación de la enferma, en los primeros meses, ya que en los últimos habremos de esforzarnos en llegar a término todo lo posible

a fin de lograr un feto viable, toda vez que su salud no parece influída por el proceso materno. — R. Horno Liria.

A. PITHON (París). — *Trabajos recientes sobre la bacteriología de la infección puerperal.* — («Le Progrés Médical», núm. 38; septiembre, 1931. París).

Describe los resultados obtenidos por distintos autores que han estudiado sistemáticamente los agentes causantes de estas graves infecciones.

Lash, estudiando bacteriológicamente la flora de los loquios, ha encontrado spirochetes especiales distintos del treponema de la sífilis, observándose clínicamente en estos casos: fiebre sin gran alteración del estado general y loquios sanguíneo-purulentos.

Kurt Sommer afirma que debe considerarse como el solo agente y el más peligroso al estreptococo hemolítico; habiendo encontrado también en infecciones consecutivas al aborto criminal el estafilococo dorado hemolítico. En doscientos cuarenta y cuatro casos de infección puerperal generalizada se encontraron el estreptococo hemolítico y el pútrido en proporciones iguales.

Colebrook y Haré sientan la conclusión de que el estreptococo piógeno no causa elevaciones serias de temperatura y que las infecciones debidas a él no evolucionan de un modo dramático. Mas frecuentemente sucede que el estreptococo va asociado con el bacterium coli, con el pseudodiftérico, con estreptococos hemolíticos y con un cierto número de microorganismos Gram negativos y la técnica del hemocultivo, que debe utilizarse para poner bien de manifiesto al estreptococo anaerobio, permite comprobar que la infección puerperal por los anaerobios es mucho más frecuente de lo que se cree dependiendo las dificultades para ponerlos en evidencia de una mala técnica para el hemocultivo. — R. Horno Liria.

F. PROUBASTA (Barcelona). — *La anestesia durante el parto.* — («Paidoterapia», número 113, septiembre, 1931. Barcelona).

Menciona los diferentes procedimientos que se han empleado con propósito de disminuir los dolores que se producen durante el parto, concluyendo en que hoy día dos son los medios que ofrecen más garantías: el antiguo procedimiento de la escopolamina-morfina y el moderno, utilizando el Pernocton.

Para ponerlo en práctica precisa el traslado de la mujer a una clínica, en donde con una asistencia debida se alejarán sus dos principales peligros: mayor mortalidad fetal y hemorragias del alumbramiento.

Dentro de las posibilidades a que se presta la práctica domiciliaria está el procedimiento constituído por las inyecciones de morfina o pantopón, escopolamina-morfina y narcosis a lo reina. Un procedimiento intermedio es el

de Sellheim: inyecciones calmantes durante el período de dilatación y aun de expulsión y en el momento más doloroso del parto, el desprendimiento de la cabeza, se procura la anestesia total por el éter que permitirá, si no es posible que el parto termine sin desgarro, el hacer limpiamente una episiotomía y suturar. — R. Horno Liria.

OFTALMOLOGÍA

GOMEZ-MARQUEZ (Barcelona). — *Los progresos de la cirugía oculística moderna. La moderna cirugía lagrimal.* — («La Medicina Ibera», 31 octubre, 1931. Madrid.

De su amplio e interesante trabajo, deduce las siguientes consideraciones:

1.ª El lagrimeo por hipersecreción, cesa con el tratamiento de la afección causal, y cuando éste fracasa, es preferible considerarle incurable a tratar de remediarlo mediante la extirpación de la glándula lagrimal, cuyos efectos no pueden graduarse.

2.ª El lagrimeo por obstrucción de las vías lagrimales es en todos los casos, además de una molestia, un peligro para el ojo, y debe ser tratado con toda meticulosidad.

3.ª El lagrimeo por obliteración de los conductillos lagrimales, aunque menos peligroso para el ojo que el originado por obstrucción del conducto nasal, debe ser corregido, no obstante, con el mayor cuidado, no existiendo en la actualidad otro procedimiento operatorio para remediarlo, que nuestra técnica, próxima a publicarse, de reconstitución de los mismos a base de conjuntiva bulbar.

4.ª La obstrucción de las vías lagrimales por debajo del saco, debe ser curada, dada su gravedad, a todo trance, aunque no exista supuración apreciable del saco.

5.ª El sondaje y la estriturotomía, deben ser abandonados por ser tratamientos largos, peligroso, ineficaces y costosos.

6.ª La extirpación del saco lagrimal, sólo debe ser practicada en casos de tumores y tuberculosis del mismo, y también cuando la edad avanzada del enfermo o sus escasas resistencias orgánicas aconsejen una intervención menos traumatizante que la dacrocistorrinostomía. El lagrimeo consecutivo a la extirpación podrá tratarse mediante la anastomosis de la conjuntiva bulbar a la pituitaria, con arreglo a nuestra técnica mencionada, que se publicará en breve.

7.ª Salvo los casos anteriormente mencionados y las disposiciones anatomopatológicas viciosas de las fosas nasales y los tumores inoperables de éstas, deberá practicarse siempre en las obstrucciones del conducto nasal como

tratamiento de elección la dacrio de Dupuy-Dutemps, verificando la trepanación ósea con nuestra corona, y efectuando la anastomosis muco-mucosa con la mayor minuciosidad posible, a fin de reducir al mínimun la irregularidad en la conformación futura del nuevo cauce. — R. LANDA.

R. MENDOZA (Méjico). — *Tratamiento del Pterigion que reincide.* — («Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos»; octubre de 1931. Barcelona).

Previa exposición de su opinión sobre el origen de los Pterigions que se reproducen, que atribuye a deslizamientos de la conjuntiva sobre la córnea, expone el fundamento de su método, consistente en no suturar los bordes de la conjuntiva sobre la córnea, no dejándola tampoco libre por poder también deslizarse. Consecuente con su teoría, lo que hace previa disección cuidadosa del Pterigion, no resecando nada, es aplicar unos puntos que fijen la conjuntiva sobre la episclera, en la parte más distante de la herida, cuidando de dejar un espacio al descubierto, espacio que se cubre por proliferación de la conjuntiva. No hay inconveniente en fijar los bordes de la herida conjuntival por medio de suturas flojas, que ayudan a la cicatriz por proliferación. — R. LANDA.

J. ROLLET (Lyon). — *Los síntomas oftalmológicos en los tumores de la fosa media de la base del cráneo. — Síndrome de compresión del pedículo vásculo-nervioso de la órbita.* — («Journal de Médicine de Lyon», 20 de marzo de 1931. Lyon).

Entre los síndromes paralíticos de la base del cráneo, que han sido estudiados recientemente con gran precisión, conviene reservar un lugar importante a los síndromes órbito-oculares sintomáticos de lesiones situadas en la región media de la fosa media de la base del cráneo. En esta región los órganos destinados al ojo y sus anexos, forman un verdadero pedículo rodeando la hipófisis, que se extienden entre las dos apófisis petrosas y orbitarias. Pueden distinguirse dos pisos o zonas, la superior o sensorial y la inferior o sensitivo-motor y vascular.

Una compresión alta determinará un síndrome sensorial; se traducirá por modificaciones del campo visual, lo más frecuente con característica propia, y por modificaciones de la papila (atrofia, edema) que pueden prestarse a interesantes discusiones patológicas.

Una compresión baja, determinará bien un síndrome sensitivo motor y vascular denominado del seno cavernoso, o bien solamente una oftalmoplejía sensitivo-motriz, o síndrome de la pared externa del seno cavernoso.

Una compresión total, producirá un síndrome pedicular completo, o sensorio sensitivo-motor y vascular, llamado también síndrome de la encrucijada petro-esfenoidal.

Es precisamente la bilateralidad lo que le da el aspecto característico al síndrome sensorial o quiasmático. La compresión baja, generalmente unilateral puede alguna vez ser bilateral.

Tales síndromes pueden ser debidos a tumores primitivos (hipófisis, lóbulo temporal, quiasma, esfenoides), metastásicos (mama, tubo digestivo, riñón) o propagados (trompa de Eustaquio o faringe). — R. LANDA.

J. FRANÇOIS (Mons). — *A propósito de un caso de difteria ocular.* — («Le Scalpel»; 11 de julio de 1931. Bruselas).

Un caso francamente atípico de conjuntivitis diftérica, asistida por el autor, en un niño nacido prematuramente y cuyo diagnóstico se hizo tardíamente al practicar el segundo examen bacteriológico, le sugiere una serie de consideraciones de interés.

Puede darse la conjuntivitis diftérica, sin edema palpebral señalado, sin hipersecreción lagrimal, sin ganglión preauricular, sin inyección conjuntival y bulbar acentuada, y sobre todo con ausencia de falsas membranas y sin presentar la conjuntiva tarsiana el aspecto blanco agrisado típico.

Es raro también encontrarla aislada, sin acompañamiento de una faringo-laringitis crupal y sobre todo en el niño sin una rinitis diftérica.

Las complicaciones corneales graves que se le presentaron las atribuye a una sobreinfección por pneumococo, que suele asociarse a la difteria ocular.

Termina haciendo observar que debe pensarse en la difteria ocular aun sin existencia de síntomas típicos cuando una lesión no se vea beneficiosamente influída por ningún tratamiento aplicado. — R. LANDA.

BETTREMIEUX (Lille). — *La curabilidad del desprendimiento retiniano.* — («L' Echo Médical du Nord.» 10 octubre 1931. Lille.)

Después de sentar brevemente las pocas curaciones espontáneas que se observan del desprendimiento de la retina y las más raramente obtenidas por procedimientos médicos, cita los métodos quirúrgicos: la Iridectomía, la Esclerectomía pericorneal, el procedimiento de Deutschmann, y los de Gonin y Sourdille, conviniendo en que no está resuelta hoy día la cuestión de la curabilidad. Señala la importancia que tiene el contrastar las ventajas que preténdese conseguir con cada operación y los peligros que puede acarrear cada método.

Sin perjuicio de otros procedimientos que pueden aplicarse en lo sucesivo, es partidario de la Esclerectomía pericorneal, no perforante, que cura cierto número de casos recientes y mejora también otros. Apoya su preferencia en la ventaja de poder aplicarla preventivamente al presentarse los síntomas premonitorios. Puede combinarse con los reposos más o menos prolongados,

con las curas medicamentosas, sean mercuriales atacando a la sífilis posible o con otra medicación eficaz en otras diátesis.

Se ocupa finalmente de la cauterización química o ígnea de la rotura, y termina diciendo que las violentas termocauterizaciones de la coroides, dan algunas veces curaciones inmediatas del desprendimiento, pero son graves amenazas para el porvenir, siendo ello más que suficiente para sentirse con este método sobradamente pesimista. — R. LANDA.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

J. GUISEZ (París). — *De la electrolisis circular endoscópica en las estenosis cicatriciales graves del esófago.* — («Revue de Laryngologie, d'Otologie..., etcétera»; núm. 11; 15 junio, 1931. Bordeaux).

La mayoría de las estenosis esofágicas son consecutivas a la ingestión de líquidos cáusticos, presentando estas lesiones a la esofagoscopia un aspecto característico por el tejido cicatricial y retráctil que contrasta con el resto de la mucosa.

Estas lesiones, consideradas hasta hace poco como infranqueables, y contra las que, por lo tanto, no había otro remedio que la gastrostomía, pueden ser hoy, gracias a la esofagoscopia tratadas con éxito, puesto que ella permite encontrar oculta y profundamente el orificio de la luz del esófago.

Pero cuando hay infiltración extendida a la pared, la estrechez aunque franqueable es muy difícilmente dilatable con las bujías, y en ese caso sólo es eficaz la electrolisis circular.

La técnica es muy simple y consiste con el esofagoscopio el orificio libre, y colocado el electrodo indiferente sobre el pecho del enfermo introducir en la estrechez el polo negativo electrolítico previamente elegido, montado sobre un tallo metálico revestido de un aislador para que no esté en contacto en ningún momento con el tubo. Se hace pasar entonces la corriente graduándola lentamente de modo que alcance una intensidad de 12 a 15 miliamperios. Las sesiones se espacían cada siete u ocho días alternando con dilataciones simples.

Con este procedimiento se ha podido, según el autor, hacer franqueables más de un 95 por 100 de estrecheces que antes eran infranqueables.—J. DUERTO.

CITELLI (Catania). — *Todavía sobre la laringitis tuberculosa de aspecto catarral crónico difuso.* — («Archivio Italiano di Otologia..., etc.«; fascs. II y III; junio, 1931. Milano).

El autor llama de nuevo la atención sobre una forma o fase especial de laringitis tuberculosa con el aspecto laringoscópico de una laringitis catarral crónica difusa, exponiendo un nuevo caso, por él observado, muy demostrativo.

En tales enfermos no se encuentra la mayoría de las veces ningún síntoma evidente de tuberculosis pulmonar, por lo que se está expuesto a sufrir un grave error diagnóstico si no se piensa en la posibilidad de que se trate de un proceso tuberculoso. Son más numerosos de lo que se piensa tales enfermos, en los que, el diagnóstico exacto de su naturaleza no puede ser establecido más que siguiendo el curso de la enfermedad en el cual podrá distinguirse la verdadera naturaleza de una simple forma catarral. Al principio no se puede más que formular la sospecha de que no se trata de una laringitis catarral y sí de una laringitis tuberculosa.

COMENTARIO. — Más conformes con la opinión de Moure, según la cual estas laringitis, de indudable existencia, más que una forma especial de tuberculosis laríngea, son un primer estadio de la enfermedad que a la larga y dejadas libremente terminan (como lo prueba el caso citado por el autor) por presentar los signos característicos de la fimia laríngea, encontramos, sin embargo muy justa la insistencia de Citelli en llamar la atención sobre este proceso por la frecuencia con que se presenta y la facilidad con que se cometen errores diagnósticos.

Recientemente hemos tenido nosotros ocasión de observar un caso en el que sólo la existencia de una rubicundez cordal con parexia a la fonación y ligera tos seca nos puso en guardia sobre la naturaleza del proceso, que rebelde a toda terapéutica pudimos combatir con éxito gracias a un tratamiento actinoterápico. Y que se trataba de un proceso fímico lo demuestra el hecho de que aun habiéndose logrado la curación de las lesiones laríngeas los signos esteto-acústicos pulmonares, muy discretos al principio, se hicieron transcurridos unos meses, más significativos. — J. DUERTO.

VAN DER SCHUEREN (Grammont). — *Técnica y crítica de la amigdalectomía por enucleación instantánea.* — («Bruxelles Médical»; núm. 31; 31 mayo, 1931. Bruselas).

Expone el autor las tres consideraciones que presiden el método de Sluder (movilidad pasiva de la amígdala; relieve de la mandíbula contra la que se fija la amígdala tras su desplazamiento; posibilidad de hacer entrar la glándula en la ventana de una guillotina) y tras un breve resumen de la técnica operatoria, pasa a ocuparse de las dificultades operatorias en sus tres tiempos, sobre las cuales así como de los inconvenientes achacados al método (dificultad y extensión del aprendizaje; acción traumatizante) y de las características y ventajas (extensión del procedimiento a todos los casos de amigdalectomía; rapidez) hace una acertada crítica.

Acérrimo partidario del Sluder termina su trabajo con estas palabras: «nos declaramos seguros de que en un porvenir muy próximo el gran favor con que será acogido este procedimiento, servirá para bien de la humanidad.»

COMENTARIO. — No es la primera vez que apropósito de este método de amigdalectomía hemos tenido que hacer un comentario, el cual, fervientes admiradores suyos desde que hace unos años lo practicamos sistemáticamente como el más inofensivo y práctico, siquiera no sea el más sencillo, ha sido siempre y en absoluto favorable. No vamos pues a hacer de nuevo su apología, que tan elocuentemente ha sido ya hecha por el ilustre profesor de O. R. L. de la Facultad de Estrasburgo, Dr. Canuyt, al decir que cuando se ha aprendido a manejar el Sluder no es posible pasar sin él.

Estamos, pues, de perfecto acuerdo con Schueren, respecto a las excelencias del procedimiento. Y respecto a su trabajo hemos de patentizar nuestra satisfacción por la justeza conque ha acertado a rebatir los inconvenientes que los inhábiles detractores le achacan, incapaces de dar con el truco, ese truco del primer tiempo a que hace el autor referencia, y que como dice muy bien, es el que decide de la suerte de la amígdala.

Cierto es que el aprendizaje es largo y costoso, pero ello no es razón para asignarle inconvenientes que no tiene. El Sluder, como dice muy bien Schueren, y como hemos tenido ocasión de comprobar nosotros que lo empleamos lo mismo en el niño que en el adulto, puede pretender la universalidad.—J. DUERTO.

A. G. TAPIA (Madrid). — *Amígdalas y reumatismo.* — («Revista Española y Americana de Laringología»; núm. 4; abril, 1931. Madrid).

Adelanta el ilustre maestro de Madrid, a modo de nota previa, un breve resumen de los trabajos realizados en colaboración con el profesor Jiménez Díaz, para esclarecer el origen amigdalino de ciertos reumatismos, endocarditis, nefritis, etc.

Parece ser que, excepto las artritis gotosas y la crónica deformante, todas las demás artritis son infecciosas.

Fundados algunos autores en los hallazgos bacteriológicos, han expuesto la idea de la especificidad del reumatismo poliarticular. Pero como quiera que se dista mucho de la unanimidad respecto al agente patógeno encontrado, como la lesión granulomatosa o nódulo de Aschoff, si bien puede ser considerada como específica del reumatismo, no está tan claro que sea específica de un agente determinado, ya que parece ser que cualquier estreptococo puede producir análogos efectos, no se puede deducir que la angina del R. P. A. sea específica.

Hay además numerosos casos de anginas que no producen reumatismo; lo

que induce a considerar varios factores dependientes, unos, de la angina misma, y de las condiciones del sujeto, otros.

Toda cronisepticemia puede producir el reumatismo, pero es sin duda la amigdalitis crónica la más importante y frecuente. Desde allí pasan los gérmenes al torrente circulatorio para producir en el organismo diversos accidentes en parte alérgicos y en parte inflamatorios.

Ello demuestra la importancia que la patología de la amígdala tiene en el desenvolvimiento del reumatismo, y cuán importante es por lo tanto, la extirpación total de las amígdalas crónicamente infectadas. Con esta intervención se evitan las secuelas generales, la formación de focos secundarios y se curan las secuelas alérgicas en tanto no exista todavía un foco secundario activo. — J. DUERTO.

S. TRAINA (Roma). — *Sobre el valor del examen radiográfico del seno maxilar en el diagnóstico de la sinusitis purulenta.* — («Bollettino della Malattie dell'Orechio..., etc.»; núm. 4; abril, 1931. Firenze).

Refiere el autor dos casos en los que la radiografía del seno maxilar practicada con correcta técnica en proyección facial baja, manifestaba la existencia de lesiones, con cuya referencia discordaba el examen clínico. En el acto operatorio la cavidad sinusal en uno de los casos estaba completamente normal; en el otro se encontró solamente un espesamiento de la mucosa.

De ello concluye el autor que la radiografía puede inducir a error de diagnóstico en las lesiones del seno maxilar, si no se convalidan sus resultados con los de la diafanoscopia y el examen clínico.

COMENTARIO. — Es indudable que la radiografía, aun la más concienzudamente practicada, es insuficiente para determinar un diagnóstico exacto cuando existe una lesión sinusal. Frente a un cliché con opacidad del seno es de todo punto imposible, prescindiendo del examen clínico, aseverar si se trata de un tumor, de una sinusitis supurada o simplemente de una reacción congestiva de la mucosa. Pero si esto es exacto de toda exactitud, no lo es menos que cuando el cliché presenta una sombra o velo en la región del seno, es porque hay *algo*, Y es precisamente al clínico a quien le corresponde determinar en qué consiste ese algo, por una acertada interpretación de la sintomatología. Fiar un diagnóstico a un examen radiológico con exclusión de una interpretación clínica y de una completa evaluación de todos y cada uno de los síntomas es un perfecto disparate, toda vez que un defecto involuntario de técnica puede ser motivo de profundo error diagnóstico. Y en este orden de ideas, nosotros que concedemos un altísimo valor a la radiografía, creemos que a fin de evitar estos errores, no se debe practicar una sola incidencia. Nosotros siempre practicamos una radiografía en posición frontal y otra en posición mentón-vértex-placa,

y con esta conducta debemos confesar que la radiografía *siempre nos ha corroborado* el diagnóstico clínico. — J. Duerto.

E. BARBEY (Genève). — *Investigaciones experimentales sobre la coloración vital de las amígdalas.* — («Revue de Laryngologie, d'Otologie..., etc.»; núm. 7; 15 abril, 1931. Bordeaux).

Con el fin de averiguar hasta qué punto las amígdalas palatinas forman parte del retículo endotelial, el autor ha llevado a cabo una serie de experiencias en el conejo, a dos lotes de cuyos animales inyectó diversos colorantes vitales en las venas de la oreja, habiendo observado a la autopsia que las amígdalas han presentado resultados positivos en algunos pocos casos más que el timo.

Las coloraciones vitales amigdalinas—dice el autor—se localizan en los elementos de la cápsula y trabéculas que de ella dependen, en los endotelios de los vasos linfáticos y capilares sanguíneos y en algunas células del retículo propiamente dicho. Pero, sólo están coloreadas las células formando parte del sistema retículo-endotelial de Aschoff, mientras que la masa de las células de naturaleza y valor diversos comprendidos bajo el conjunto de tejido linfoide no contiene granulaciones vitales. El tejido linfoide amigdalino no parece, pues, contener elementos pertenecientes al sistema retículo-endotelial.

Termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

La amígdala del conejo normal contiene células pertenecientes al sistema retículo-endotelial, pero estos elementos son poco numerosos y bastante difíciles de impregnar por la coloración vital; es probable que no jueguen más que un papel secundario. La amígdala palatina sería, pues, preciso colocarla en la segunda y aun solamente en el tercer grupo de la clasificación de Aschoff. — J. Duerto.

E. ESCOMEL (Arequipa). — *Blastomicosis secundaria nasal incipiente.* — («La Crónica Médica»; núm. 815; mayo, 1931. Lima).

El estudio de la blastomicosis es interesante por su exotismo, al par que por los inconvenientes que opone a la curación.

Expone el autor un caso por él observado en el que el chancro primitivamente asentado en el antebrazo fué seguido, al cabo de cuatro meses, por una localización nasal en la parte inferior del séptum próximo a la mancha de la epixtasis, caracterizada por una erosión redondeada con síntomas de congestión local, y cuya biopsia y examen anatomo-patológico puso de manifiesto la naturaleza blastomicósica del proceso.

En vista de ello el autor recomienda practicar sistemáticamente un examen naso-buco-faríngeo en todo enfermo de blastomicosis a fin de poder descubrir las manifestaciones secundarias mucosas.

El caso es interesante porque la localización septal junto a la mancha de la epixtasis parece demostrar la extensión del proceso por vía sanguínea; la arteria de la epixtasis sería el vasito terminal por donde llegaron los blastomicetos del chancro inicial del antebrazo. — J. Duerto.

R. RENDU (Lyon). — *De la anestesia local en la adenoidectomía y amigdalectomía en el niño.* — («Les Annales d'Oto-Laryngologie»; núm. 5; mayo de 1931. París).

Se pregunta el autor si realmente es peligrosa la anestesia local en las operaciones faríngeas de la infancia; expone los métodos que él emplea para anestesiar las amígdalas palatinas y faríngea por infiltración novocaínica, y termina, en virtud de los resultados obtenidos, por sentar las siguientes conclusiones:

1.ª La inmensa mayoría de los laringólogos temen el empleo de la anestesia local en el niño, sin haberla ensayado jamás; esta fobia parece injustificada.

2.ª La anestesia local por inbibición cocaínica y por infiltración novocaínica que he utilizado desde hace seis años en los niños de todas edades, en más de 500 casos de adenotomía o de amigdalectomía, me ha dado excelentes resultados.

3.ª Los anestésicos locales parecen mejor soportados por el niño que por el adulto.

4.ª La anestesia local tiene sobre la anestesia al Keleno esta triple ventaja: a) de ser menos peligrosa en sí misma; b) ser de mucha más duración y permitir, por consiguiente, la ablación metódica de las amígdalas engastadas o adherentes; c) dejar subsistir los reflejos expulsivos que defienden la entrada del árbol tráqueo-bronquial.

5.ª Por estas razones creo que en los casos en que una anestesia parece indicada para una adenoamigdalectomía en el niño, la cocaína y la novocaína son preferibles al Keleno.

Comentario. — Falta hacía que alguien con autoridad saliese al paso de esa creencia tan extendida como infundada de que la anestesia local en la infancia está llena de peligros, creencia adoptada como artículo de fe por muchos cirujanos... sin haberse tomado siquiera la molestia de ensayarla. Acérrimos partidarios nosotros de este género de anestesia que nada más que ventajas reporta, la hemos empleado y adoptado sistemáticamente en el adulto y en el niño, sin haber tenido jamás el menor accidente. Viene, pues, el trabajo

de Rendu a corroborar nuestra opinión tantas veces expuesta en los numerosos trabajos que a ésta, para nosotros importante cuestión, hemos dedicado (1).

Pero si la anestesia local es superior a la anestesia general sea cualquiera el anestésico empleado, no quiere decir que sea superior a la intervención sin anestesia, que a nuestro entender, es en los niños el método preferible. Tanto la amigdalectomía como la adenotomía, son intervenciones que duran unos segundos (practicada aquélla por el UNICO procedimiento que en la infancia debe emplearse: el Sluder). Si, pues, ello es así, y se tiene presente la indocilidad derivada del miedo del niño y el sofocón y mal rato que se lleva al verse sujeto de pies y manos para practicar la anestesia que ha de durar muchísimo más tiempo que lo que dura la intervención en sí (la que por otra parte de hacerla por infiltración ha de molestarle al menos con los pinchazos), se deduce que ese mal rato debe limitarse de duración todo lo posible. Y ello no se logra más que operando sin anestesia.

Cierto es que el autor parte del punto de vista de operar por el procedimiento del asa que desde luego es de mucha más duración que el Sluder, poco menos (éste) que instantáneo. Pero es que así como aquel procedimiento es excelente en el adulto, en el niño el de elección es sin duda de ningún género este último, del cual no parece muy partidario Rendu cuando dice que «extirpa a veces» (la amígdala) «incompletamente», en lo que no está el autor muy en lo firme y lo que pone de manifiesto es su poca pericia y dominio del aparato. EL SLUDER, O QUITA LA AMIGDALA POR COMPLETO O NO QUITA NADA. Precisamente el fundamento del aparato es de deslizarse SIN CORTAR una cuchilla entre la cápsula de la amígdala y la pared de la celda, para, una vez efectuado el despegamiento, extirpar la glándula por arrancamiento del pedículo.

Ello no quita para que, como dice muy bien el autor, *cuando sea necesaria* la anestesia, sea la local la que deba emplearse. — J. DUERTO.

J. TERRACOL (Montpellier). — *Las parálisis laríngeas periféricas.* — («Revue de Laringologie, d'Otologie..., etc.»; núms. 8 y 9; 15 y 30 abril, 1931. Bordeaux).

Estudia el autor esta interesante cuestión, siempre a la orden del día, a cuyo fin divide su trabajo en dos partes. Trata en la primera de la fisiología general de la laringe, a cuyo objeto pasa en primer lugar revista a los aparatos motores de las articulaciones crico-aritenoídea y crico-tiroídea, de la que deduce que a pesar de la función meramente abductora del músculo

(1) Véase Duerto: *La anestesia local en cirugía ótica.* CLÍNICA Y LABORATORIO; mayo, 1928. — *La anestesia local en cirugía mastoídea infantil.* «Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades»; número 371. — *Consideraciones sobre el empleo de la anestesia local en Otología.* «Revista Cubana de Oftalmología y Oto-rino-laringología»; julio, 1930.

crico-aritenoídeo posterior, por el hecho de fijar los aritenoides al cricoides por su acción sinérgica con su congénere «*la acción dominante del aparato muscular de la laringe*—dice—*es una acción de constricción,* para entrar a continuación en el fondo de la cuestión fisiológica y estudiar, además de las clásicas funciones, fonatoria y respiratoria de este órgano, la función esfinteriana, función SUPER-VITAL, debida a la acción que el músculo tiro-aritenoídeo por sus tres planos con sus tres anillos (vestibular, ventricular y glótico) ejerce.

Se ocupa a continuación de la vía motriz laríngea, haciendo una minuciosa descripción de sus dos nervios integrantes, su papel fisiológico en apoyo de la que aporta interesantes resultados experimentales, y las terminaciones nerviosas en los músculos laríngeos con sus especiales particularidades.

Estudia en la segunda parte los elementos sintomáticos de las parálisis laríngeas, recordando la famosa ley de Semen, de la que hace una acertada crítica.

Describe de mano maestra el cuadro de los principales tipos clínicos de parálisis (hemoplejías, parálisis del laríngeo superior y displejias que divide en recurrenciales bilaterales y de los dilatadores).

Termina su trabajo dedicando unos parráfos al diagnóstico del origen de la lesión productora, distinguiendo cuatro grupos de localización, que son: las que asientan debajo de la emergencia del recurrente, las que interesando el tronco del vago-espinal están comprendidas entre la emergencia del recurrente y la del laríngeo superior, las que afectando igualmente al citado tronco se localizan entre la emergencia del laríngeo superior y el tercio superior del ganglio plexiforme, y por fin, las que radican en la parte comprendida entre la parte superior del mencionado ganglio y el agujero rasgado posterior. — J. DUERTO.

WORMS (París). — *Tratamiento de las neuralgias faciales, vértigos y zumbidos por las corrientes electro-anestésicas de Araya.* — («Revue de Laryngologie, d'Otologie..., etc.»; núm. 10; 31 mayo, 1931. Bordeaux).

Según la teoría de Araya ciertas manifestaciones como el dolor no serían sino una desviación o una perturbación por elementos parásitos del flujo nervioso que en estado normal circula desde el bulbo a las circunvoluciones cerebrales y de éstas, por la vía motriz, hacia las extremidades.

Las corrientes de Araya, obrando por inducción, darían lugar a una inhibición que favorecería el retorno al estado normal del mencionado influjo nervioso desviado.

Describe Worms las características físicas de estas corrientes, el aparato

productor y la técnica de aplicación. Acto seguido se ocupa de los resultados terapéuticos obtenidos en los vértigos, zumbidos y neuralgias faciales.

Las primeras ceden a veces al cabo de algunas sesiones de tres a quince aplicaciones bulbares.

Los zumbidos desaparecen por completo y definitivamente en la otitis esclerosa; en la otospongiosis y otorrea antigua disminuyen durante algunos días para reaparecer; en las otopatías traumáticas no hay variación favorable. En todo caso cuando los zumbidos se atenúan la audición aumenta.

En las neuralgias faciales es donde parecen mostrarse más eficaces, pues es donde Worms ha llegado a ver casos, no ya de mejorías, sino de francas curaciones. Inserta el autor algunos de éstos muy interesantes. — J. DUERTO.

HICGUET (Bruxelles). — *Las anginas leucémicas agudas.* — («Les Annales d'Oto-Laryngologie»; núm. 5; mayo, 1931. París).

A propósito de dos casos que expone con detalle de esta gravísima enfermedad, se extiende el autor en consideraciones sobre el curso por ella seguido, inclinándose en favor de la hipótesis de que acaso se pudiese sentar un diagnóstico más precoz si la atención del clínico fuese dirigida hacia la fórmula sanguínea en todas las alteraciones del aparato linfoide buco-faríngeo.

¿Es la amígdala la puerta de entrada del agente patógeno?, o puesto que el examen bacteriológico no ha dado hasta el momento ningún resultado positivo, ¿es preciso suponer una insuficiencia de medios ópticos que impide encontrar el agente causal? Ambas opiniones le parecen al autor temerarias, puesto que nada prueba la realidad del origen amigdalino, como nada la niega tampoco.

Pero en todo caso preciso es admitir una receptividad del organismo, una sensibilidad especial de los tejidos linfoides. Las reacciones transamigdalinas en el curso de una infección tonsilar son excepciones que dependen de dos factores; falta de resistencia del organismo frente a los microbios y naturaleza de éstos.

De todos modos, el autor piensa que en toda angina aguda que dura más de cinco días debe efectuarse un análisis de orina y un examen morfológico de la sangre. — J. DUERTO.

V. FAIREN (Zaragoza). — *Algunas consideraciones biológicas sobre los cánceres que se agravan después de ser irradiados.* — («Le Cáncer», tomo VII, fascículo 2. 1930. Bruxelles.)

En este trabajo, ilustrado con cuatro microfotografías muy demostrativas, manifiesta el autor que la irradiación en los cánceres de laringe quizá tenga

o pueda tener efectos nocivos. El ha comprobado aumentos rápidos del tumor y manifestaciones metastásicas después del tratamiento radioterápico; por ello cree que los casos sometidos a irradiación deben ser cuidadosamente seleccionados.

Las causas de agravación de estos tumores por los rayos X, son, entre otras; modificaciones del quimismo celular, esclerosis de los vasos linfáticos que pierden su elasticidad, la anatomía del sistema vascular local, la desaparición de los macrófagos del campo irradiado..., todo ello contribuyendo a la disminución de las defensas naturales del organismo. — DOCTOR HORNO.

TERAPÉUTICA

P. N. SIVORI (Buenos Aires). — *Algunas consideraciones sobre el tratamiento dietético de la obesidad.* — («Revista de Especialidades»; núm. 2. Buenos Aires).

Los regímenes empleados en el tratamiento de la obesidad pueden agruparse de las siguientes maneras:

1.º *Regímenes basados sobre una reducción parcial de la alimentación* (grasas e hidratos de carbono). — Actualmente los más empleados tienen algunos inconvenientes, dado que las albúminas entran en cantidad excesiva, no siendo aplicables a un gran número de obesos que presentan concomitantemente trastornos cardiovasculares, hipertensión, arterioesclerosis, etc.), hepáticos o renales.

2.º *Regímenes basados sobre la disminución de los líquidos, de las grasas y de los hidratos de carbono.* — Dentro de este tipo podemos citar el régimen de Oertel, que administra albúminas en cantidad abundante, siendo merecedor de las mismas objeciones que los anteriores.

3.º *Regímenes de reducción alimenticia global.* — Dentro de este último tipo, y ajustándose a ciertas reglas generales, se pueden instituir regímenes que en mi modesta opinión, considero los más prácticos y eficaces. La norma que he seguido en el tratamiento de la obesidad ha sido la siguiente: *Régimen completo cualitativamente, pero incompleto cuantitativamente.*

Del análisis de varias observaciones deduce el autor el gran valor del régimen dietético de reducción global, que denomina hipocalórico, como factor eficiente de enflaquecimiento.

Mantenidos los enfermos un tiempo (tanto mejor cuanto más largo es) con el régimen hipocalórico, se observa que aumentándolo experimentan aumentos de peso, aunque escasos.

El régimen hipocalórico es eficaz y al alcance de cualquier médico práctico, aun cuando necesita para su prescripción tener algunos conocimientos sobre

la composición química de algunos alimentos, los más comunes, pudiéndose subsanar en todo caso con tablas especiales. — RAMÓN CELMA.

J. LUIS YAGUE Y ESPINOSA (Madrid). — *La castaña, alimento valioso y olvidado.* — («Gaceta Médica Española», núm. 62, noviembre, 1931. Madrid).

El doctor Yagüe, que tan intensa campaña viene realizando en pro de distintos productos de origen vegetal y su importancia alimenticia y terapéutica como base de regímenes alimenticios, se ocupa en este artículo de la castaña, y su criterio se resume del modo siguiente:

a) La castaña es alimento muy rico en materias hidrocarbonadas, sobre todo cuando el fruto está desecado (castaña pilonga).

b) La ingestión cruda la hace de difícil digestión. La mejora el asado y aún más el cocido, muy aconsejable.

c) La mermelada de castaña (industrialmente marrón), merece parangonarse con las demás existentes en el mercado, superando a éstas por su riqueza alimenticia.

d) La harina de castaña constituye el mejor modo de ingerir este fruto, debiendo intentarse su adopción en la cocina doméstica como otro alimento más.

En la de régimen, y a más del vegetariano, encuentra indicación primordialísima por su gran riqueza en hidrocarbonados; en las afecciones tuberculosas, particularmente abdominales, y estados depauperantes (fosfaturia, agotamiento nervioso, neurastenia, convalecencia de enfermedades febriles y aun en éstas); colitis sin dispepsia fermentativa e hiperacidez gástrica moderada. Es aconsejable a las madres en la lactancia y en la senilidad. Se prohibirá en la diabetes.

e) Constituyendo la castaña una riqueza positiva española, debe intentarse su industrialización intensa en las formas propuestas. — R. CELMA.

G. SEMINARIO y E. DANERI (Buenos Aires). — *Dos casos de esclerodermia generalizada tratados con Fibrolisina.* — («Revista Argentina de Dermatosifiliografía», abril, 1931. Buenos Aires).

Recorriendo la extensa literatura, los autores no han visto mencionada en forma especial a la Fibrolisina en el tratamiento de la esclerodermia. Como se les presentara ocasión de emplear este preparado, llegaron al convencimiento de que el tratamiento por la Fibrolisina es superior a otros métodos. Describen extensamente en el mencionado trabajo dos casos de esclerodermia generalizada y rápidamente progresiva, en los que obtuvieron con la Fibrolisina resultados halagadores. Los autores recomiendan por tanto que el tratamiento con la Fibrolisina debe tenerse muy en cuenta, a pesar de la poca

atención que se le ha prestado desde que Unna, en 1908, empleó la tiosinamina. El tratamiento debe ser prolongado (250 inyecciones en cinco años en la primera observación). En el curso del tratamiento no observaron ninguna perturbación de índole general (hígado, riñón, etc.). — A.

V. STARK (Karlsbad). — *La Eupaverina para combatir los ataques agudos de litiasis biliar.* — («Medizinische Klinik», núm. 24; 1931. Berlín).

El autor considera la introducción del compuesto análogo a la papaverina que lleva el nombre de Eupaverina como un progreso notable para combatir los dolores del cólico por cálculos biliares. Por la escasa toxicidad de la Eupaverina puede empleársela sin más ni más de sustitutivo de la papaverina. Igual que en la papaverina, su acción no se produce de un modo central, sino que actúa sobre el tono de la musculatura lisa, especialmente de los órganos huecos internos. Tiene frente a la papaverina la ventaja de que a pesar de las dosis escasas o iguales se presenta la acción mucho más rápidamente sin los efectos secundarios de la papaverina. Una combinación con atropina es innecesaria en la Eupaverina, puesto que sus propiedades espasmolíticas superan a las de la papaverina. Náuseas y vómitos no se presentaron nunca. Se hace notar que la Eupaverina fué empleada exclusivamente por vía subcutánea.

En resumen, puede decirse que la Eupaverina es menos tóxica que la papaverina, se tolera mejor, siendo también completamente eficaz como espasmolítico sin combinarla con atropina. — A.

CRENOTERAPIA

J. GARCIA AYUSO (Madrid). — *La Crenoterapia sulfurosa en Dermatología.* — («Anales de la S. E. de Hidrología Médica»; julio-agosto, 1931. Madrid).

Como anticipo a un trabajo más amplio en preparación, nos ofrece el doctor García-Ayuso un ramillete de observaciones clínicas, recogidas a través de seis temporadas de estancia en Balnearios de aguas sulfurosas.

De las tres clases de aguas sulfurosas que existen en España, únicamente las sulfurado-cálcicas y las clorurado-sódicas-sulfurosas fueron experimentadas por el autor.

Para seguir un orden en la exposición, con arreglo a la clasificación de Brocq, agrupa las dermatosis en: *entidades mórbidas verdaderas* y *en reacciones cutáneas.*

Primer grupo. — Entidades mórbidas verdaderas. — Dentro de este grupo existen tres grandes síndromes que recaban por igual el primer puesto en la patología cutánea: sífilis, tuberculosis y lepra.

Sífilis. — La boga creciente de los bismúticos renueva la útil aplicación de las aguas sulfurosas para movilizar este metal pesado, encaminándole hacia los emunctorios naturales, riñón en este caso.

Tuberculosis. — Hace referencia de las únicas modalidades de tuberculosis cutáneas observadas: lupus tuberculoso, lupus eritematoso, eritema indurado de Bazin y demás tuberculidis. Como terapéutica y profilaxis dice son utilísimas las aguas sulfurosas en estos casos, salvadas las contraindicaciones de estas aguas.

Lepra. — Acción nula sobre la etiología; pero como el poder queratoplástico de estas linfas, se manifiesta constantemente; pueden aplicarse tópicamente sobre las lesiones ulceradas que cicatrizan rápidamente.

Otras dermatosis microbianas. — *Estafilococias y estreptococias.* — Deduce deben desecharse todos aquellos síndromes de este género que adopten una marcha aguda, o al menos esperar a que transcurra la primera fase de los mismos; de lo contrario hay exposición a exacerbaciones y generalizaciones de los elementos morbosos. Con su aplicación pueden obtenerse beneficios terapéuticos y profilácticos según los casos.

Dermatosis parasitarias. — Los casos estudiados de favus, tricoficias y microsporias no han obtenido mejoría apreciable, haciendo la salvedad de que los enfermos suelen tomar un número muy reducido de baños, insuficientes, a todas luces, para conseguir el efecto curativo.

Respecto a la más frecuente dermatosis parasitaria, la sarna, afirma rotundamente que con las fórmulas oficinables al uso se obtienen resultados mejores y más rápidos.

Segundo grupo. — *Reacciones cutáneas.* — Es donde las aguas sulfurosas cumplen sus mejores indicaciones.

Eczemas, urticarias, estrophulus y *prúrigos, prurito simple, líquem plano, psoriasis, queratosis* e *ictiosis,* son, finalmente, las dermatosis pertenecientes a este grupo que con vario resultado ha observado crenoterápicamente el doctor García Ayuso.

Conclusiones:

1.ª La balneoterapia sulfurosa no presenta contraindicaciones, salvo rarísima excepción, en las afecciones exclusivamente dermatológicas.

2.ª Esta crenoterapia ofrece una propiedad principal, propiedad queratoplástica, que informa la mayoría de sus aplicaciones.

3.ª Su poder antiséptico, aunque poco acentuado, es evidente.

4.ª Su poder antiparasitario es muy escaso y casi reducido a las acariosis.

5.ª Ejercen positiva acción antianafiláctica, y

6.ª Combinadas las propiedades antiséptica, queratoplástica y antianafiláctica, determinan una influencia detergente, resolutiva y restauradora, que se ejerce, principalmente en las llamadas por Brocq reacciones cutáneas.

COMENTARIO. — Como sinceramente nos dice su autor, el presente trabajo tan sólo como un anticipo de otro más extenso, o como contribución al estudió de la crenoterapia sulfurosa, en Dermatología, debemos considerarle.

Sin entrar en discusión doctrinal—ya que de antemano renuncia a ella su autor—, nos creemos obligados a manifestar nuestra divergencia de criterio en cuanto a la orientación seguida.

No es posible, a nuestro juicio, hacer un estudio crenoterápico correcto fijándose tan sólo en alguno de los factores físico-anímicos que integran las aguas que se estudian.

No hay que olvidar que la acción terapéutica de las aguas minerales es obra de conjunto en la cual intervienen complejos factores. Y que esta misma complejidad de acción, consecuencia obligada de la intervención de tan variados y numerosos factores (físico-químicos, biológicos, etc., etc.) justifica y exige que en la interpretación clínica de sus efectos se tenga presente algo más que tal o cual efecto local. — DOCTOR SERAL.

A. GARRIGUES ORELLANA (Valencia). — *Contribución a la crenoterapia española de algunas enfermedades del aparato digestivo.* — («Crónica Médica», febrero, 1931. Valencia).

En este trabajo de marcado sabor práctico, expone el autor algunas observaciones clínicas recogidas entre los enfermos que concurren al balneario Hervidores de Cofrentes.

Como enfermedades más frecuentes entre los asistentes a este establecimiento señala: *litiasis biliar, colecistitis, ictericia* y *estreñimiento.*

En los litiásicos, justiciables de una cura de aguas en su mayor parte, considera esencialísimo para el mejor éxito crenoterápico, el momento de su enfermedad (cólico: ¿reciente?; ¿antiguo?). Además, según se encuentre el enfermo con su síndrome amortiguado o en plena manifestación dolorosa no solamente variará la técnica crenoterápica (cantidad de agua, etc.) sino que hasta podrá surgir la contraindicación.

En enfermos de colecistitis con focos infecciosos latentes en su vesícula biliar, hay que aplicarles el tratamiento hidrológico con sumo cuidado porque con gran facilidad presentan reacciones febriles y dolorosas que hacen suspender, a veces definitivamente, su cura de agua. Sin embargo, con dosis iniciales moderadas, aún no estando totalmente apagado el proceso, dice no haber visto nunca el autor, reacciones vesiculares violentas y sí muchas curaciones clínicas.

Se ocupa luego de la crenoterapia en los ictéricos, refiriéndose solamente

a las ictericias mecánicas. Traza un bosquejo etiológico de este tan frecuente como ostensible síndrome, exponiendo las indicaciones y contraindicaciones que para la cura hidromineral pueden derivarse de su origen.

Finalmente después de un detenido estudio de las múltiples facetas que encierra el síndrome estreñimiento, termina condicionando el éxito crenoterápico en estos enfermos a la justeza de la indicación. — DOCTOR SERAL.

RAYOS X - RÁDIUM

DIOCLES (París). — *La evolución del Radiodiagnóstico. (Utilidad, indicaciones y ventajas de las diferentes técnicas radiológicas).* — («París Médical», 1931. París).

Constituye el trabajo la exposición de las técnicas radioscópicas o radiográficas (examen a la pantalla, ortodiagramas, radiografía simple o seriada, tele-radiografía y estereografía)) más convenientes para el perfecto diagnóstico de las lesiones de cada aparato.

El estudio se ha hecho después de conocer los distintos criterios de los clínicos y radiólogos de diversos hospitales de Europa y América visitados por el autor, quien aplaude o censura lo visto y trata de puntualizar la cuestión según su criterio.

Así afirma que el procedimiento sistemático de obtener una o dos radiografías de la parte donde se sospecha, v. g., una fractura, conduce a errores tan crasos que, por lo enormes, son imperdonables, recomendando para obviarlos se proceda primeramente examinando a la pantalla no sólo la región, sino también sus vecindades para radiografiar después, ya bien orientado, la región verdaderamente afectada. Para las radiografías de cráneo recomienda se obtengan todas las proyecciones posibles, pues en muchos casos las clásicas no bastan, y mejor que en radiografía ordinaria o simple, en estereorradiografía. Este procedimiento se usa ya ordinariamente en muchas clínicas de los Estados Unidos. Igualmente recomienda la estereorradiografía y mejor que ésta la teleestereorradiografía para las lesiones de la columna vertebral, mediante cuya técnica y en virtud de la diferenciación de planos que se logra pueden diagnosticarse precozmente lesiones que de ordinario pasan desapercibidas.

En las afecciones pulmonares la radioscopia como orientación y la telerradiografía tomada en la incidencia más instructiva, han bastado siempre para hacer un diagnóstico correcto de ellas, pero para los americanos esto no es suficiente; ellos toman tres radiografías de cada enfermo y una de ellas en estereorradiografía. A juicio del autor esto no es necesario siempre, recomendando él que para el buen diagnóstico debe practicarse en primer

lugar la radioscopia en presencia del clínico, y si la afección descubierta en la pantalla no deja lugar a dudas, no hay por qué grabar la imagen; pero en cambio cuando se trata de un enfermo en quien se sospecha clínicamente una tuberculosis que la radioscopia no muestra, entonces es necesario obtener una imagen pulmonar correcta por el único procedimiento para ello: la telerradiografía.

En las afecciones cardio-aórticas y mediastinales, mientras unos preconizan la telerradiografía como sistema perfecto de diagnóstico, otros abogan por la radioscopia y los ortodiagramas; mas en opinión del autor la radioscopia basta en muchos casos, y sólo en aquellos verdaderamente confusos o dudosos, la telerradiografía en la incidencia de antemano elegida resolverá el problema.

Reconociendo los éxitos logrados por un radiólogo americano que en el diagnóstico de las afecciones del aparato digestivo emplea únicamente la radiografía de los distintos tramos, obteniendo de cuarenta a cincuenta negativos para cada caso, cree ser excesivamente costoso el procedimiento, aconsejando como método más racional la radioscopia practicada concienzudamente, ya que con ella puede informarse cumplidamente de datos tan interesantes como la movilidad, motilidad y zonas de dolor, añadiendo que cuando se trata de investigar la región pilórico-duodenal y en evitación de los peligros de la radioscopia prolongada, es cuando la radiografía en serie puede suplir y hasta aventajar a la radioscopia. Después de esta afirmación concluye por aceptar como mejor procedimiento la combinación de uno y otro.

Como final se ocupa del radiodiagnóstico de las afecciones hepato-vesiculares y génito-urinarias, con la crítica de los medios de contraste empleados para obtener las imágenes, sin que de ellos diga nada de particular.

En el resumen apunta que radioscopia y radiografía están expuestas a error, y como una da informes de orden fisiológico y la otra de orden anatómico, bueno es combinarlas en todos o casi todos los casos. — J. GALIAY.

Algunas noticias del Congreso internacional de Radiología recientemente celebrado en París.

Las informaciones llegadas a nosotros se refieren a las Comunicaciones presentadas en la sección de Radioterapia, la cual han dividido en dos grupos: Tratamiento de las afecciones benignas y Tratamiento de los cánceres.

Las numerosas noticias allí vertidas sobre resultados obtenidos en el tratamiento de las afecciones del primer grupo, acusan una disconformidad de pareceres respecto a los beneficios obtenidos en la mayor parte de ellas. En cambio ha habido unanimidad de criterio al apreciar la técnica llamada de Manoukine empleada en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, como

terapéutica fracasada, pues si el bien produce un mejoramiento del estado general, la curación de las lesiones pulmonares no se logra. Igual suerte corrió la irradiación de las epífisis en las afecciones tíficas y paratíficas, en las que, los resultados obtenidos no pueden conceptuarse como un verdadero medio curativo.

Contrariamente, las comunicaciones que se refieren a tratamiento del cáncer por la Radioterapia y resultados obtenidos, concuerdan, admitiendo todos grandes beneficios y no pocas curaciones que se logran mediante el empleo de una buena o apropiada técnica.

De este grupo destaca la de Belot, describiendo su método de tratamiento de los epiteliomas cutáneos, cuya técnica consiste en aplicar una fuerte dosis de Rayos X medianamente penetrantes, unos 120 kilovoltios de tensión, sin filtro alguno, llegando hasta la dosis de 15 a 25 unidades H, según caso, aplicando en aquellos que tienden a propagarse en la profundidad, 30 y 35 unidades H, bajo filtro de medio milímetro de cobre y tensión aproximada de 200 kilovoltios. Los beneficios que se obtienen no pueden ser más halagadores: basta por lo general una sola aplicación; la cicatrización tiene lugar rápidamente; la estética perfecta; el tanto por cien de curaciones radicales el 85.

Esta técnica nos recuerda otra semejante, por no decir igual, preconizada no hace muchos años por Coste, quien aseguraba destruía con ella todos los epiteliomas, tanto vasocelulares como espinocelulares, afirmación fuertemente discutida en otro Congreso que se celebró entonces. — J. Galiay.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

BARRIO DE MEDINA (Madrid). — *Las prostatovesiculitis gonocócicas.* — (Con-(Conferencia dada en la F. de M. de Salamanca el 5 de abril, 1931. — Folleto de 40 páginas. Madrid).

Las prostatitis y las vesiculitis, complicaciones tan frecuentes y tan importantes de la blenorragia, son por el autor descritas aquí con todo detalle, sobre todo en lo que al diagnóstico diferencial se refiere y en lo que afecta al tratamiento, base primordial de su estudio.

El autor, tras describir todos los procedimientos médicos y quirúrgicos empleados, se muestra partidario de la vía general: vacunas, seroterapia, proteinoterapia, acridina, medios con los que ha obtenido resultados no superados por ningún otro procedimiento; bien es verdad, confiesa Barrio de Medina, que estos resultados son inconstantes, pero le parece indudable que

tales remedios terapéuticos marcan el camino a seguir para lograr la solución de este problema terapéutico.

Y así concluye, que en el momento actual, el tratamiento de las vesiculitis gonocócicas debe ser la diatermia según el método de Rucayrol, asociada a la vacunoterapia, sin olvidar la acridinoterapia y lactoterapia, unidas a los medios locales comúnmente empleados.

En cuanto a las prostatitis, se muestra partidario de la vacunoterapia y lactoterapia en los casos agudos; y del masaje, diatermia y vacunas o proteínas en los casos crónicos, asociadas asimismo a los restantes cuidados, baños de asiento, enemas, lavados, dilataciones, etc.

El concepto médico-terapéutico del autor está muy bien fundamentado y razonado en su trabajo. — Doctor Horno.

VIAS URINARIAS

JOH HELLSTROM (Stockholm). — *Valor práctico de la prueba del índigocarmín por vía intravenosa.* — («Acta Chirurgica Scandinavica», vol. LXVIII, fasc. III; 15 julio, 1931. Stockolm).

Puede emplearse la prueba del indigocarmín bajo la forma de cromocistoscopia simple o asociada al cateterismo ureteral. Los dos métodos tienen ventajas e inconvenientes que son discutidos por el autor; él se sirve del segundo método que permite precisar mejor el principio de la eliminación del colorante y muestra más exactamente la diferencia de coloración entre los dos lados y hace conocer mejor la cantidad de orina emitida, cantidad que juega un gran papel en el resultado de la prueba. Después de estudiar las vías de introducción del indigocarmín, establece como la más indicada la vía intravenosa, que no se acompaña de ningún riesgo apreciable. Sus casos, según el resultado de la prueba, los agrupa en cinco grupos: 1.º Eliminación normal (coloración azul en los cinco minutos). 2.º Eliminación ligeramente retardada (5-7 minutos) pero con intensidad normal de coloración. 3.º Eliminación normal, pero coloración disminuída. 4.º Eliminación ligeramente retardada (5-7 minutos) y coloración disminuída. 5.º Eliminación muy retardada (más de siete minutos). Discute la significación práctica de la prueba pensando en las situaciones clínicas siguientes: 1.ª, necesidad de comprobar que un riñón funciona normalmente cuando se prevé la ablación de su congénere; 2.ª, necesidad de saber si la función de un riñón enfermo no presenta ninguna utilidad para el organismo; 3.ª, diagnóstico diferencial entre pielitis y pielonefritis; 4.ª, necesidad de precisar en los casos oscuros si el riñón es o no la causa; 5.ª, diagnóstico al principio del decaimiento de la función. Las conclusiones del autor son las

siguientes: Una prueba normal no permite excluir una afección renal, pero una eliminación retardada o una coloración atenuada indican con gran regularidad que el riñón está enfermo. En un caso dado el indigocarmín intravenoso puede ser importante para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. — M. VICENTE.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRIA

E. MORIZ (Lisboa). — *La localización de los tumores cerebrales por la encefalografía arterial.* — («Lisboa Médica», núm. 9, septiembre, 1931. Lisboa).

El autor describe su nueva técnica por inyecciones en la carótida primitiva sin hemostasia, es decir, sin pinzar la arteria.

Los líquidos opacos a inyectar son soluciones de yoduro sódico entre 23 por 100 y 25 por 100. Es preciso emplear una solución reciente de yoduro sódico químicamente puro. También se han experimentado las soluciones de abrodil.

La prueba debe ser realizada en los dos lados y está contraindicada en los casos de arterioesclerosis muy avanzados. En los urémicos y en los grandes intoxicados, la inyección intracarotídea no es bien tolerada.

Las inyecciones intracarotídeas del yoduro de sodio a 25 por 100, provocan amenudo mejorías considerables del síndrome de hipertensión craneal. En otros enfermos en que la meningitis serosa es probable, la mejoría se mantiene.

Con la prueba encefalográfica se obtiene la visibilidad de las arterias cerebrales del sistema de la carótida interna.

La prueba encefalográfica puede hacer visibles las circulaciones de los tumores cerebrales; a veces, los mismos tumores. En otros casos se ve solamente una circulación a la altura del tumor, y en otros, una mancha opaca que corresponde bastante exactamente al tamaño del tumor.

El desplazamiento de las arterias suministra indicaciones muy precisas sobre la localización de los tumores, independientemente de sus circulares.

El autor, analiza los aspectos observados en los tumores del lóbulo frontal, región quiasmática, parte superior de la hendidura interhemisférica, lóbulo temporal, lóbulo parietal, hoz del cerebro, tercer ventrículo y glándula pineal, cerebelo, ángulo ponto-cerebeloso, tumores múltiples del cerebro, arterioesclerosis cerebral. — LORENTE SANZ.

CLINICA Y LABORATORIO

SECCIÓN DOCTRINAL

LA ANTENA HUMANA

POR EL
PROF. VICENTE PESET CERVERA
VALENCIA

Ese flúido maravilloso que descubre seis siglos antes de J. C. el famoso Thales de Mileto, autor de la sabia máxima «conócete a ti mismo», flúido cuya primera caricia fué para consuelo de enfermos porque indios, griegos, etruscos y romanos emplearon los peces eléctricos contra las neuralgias, según dijeron Scribonio Largo, Dioscórides, Galeno y Plinio, colma a diario con admirables sorpresas; y por ello la electrología médica llega también hoy a prodigiosa altura por ser faro que alumbra la semiótica clínica y forense, la terapéutica e higiene.

La ola incesante del progreso científico señala ahora la necesidad de reforzar algún capítulo imperfecto o anticuado de los libros médicos, como ocurre, v. gr., con el relativo a la electricidad atmosférica, motivo de estos breves comentarios. En efecto, fuera de la trágica fulguración por el rayo o de las muertes a distancia por ese choque de retroceso señalado desde Mahón en 1779, poco se dice; furiosa descarga mortal a menudo aunque, como todo en la naturaleza, puede también convertirse en agente curativo, según ocurrió tras de horripilante conmoción al pastor paralítico Winter, de Kert, en 1762, o a un reumático de Niort, en 1819, y los casos diversos citados por Rives de otras enfermedades, incluso de amaurosis y sordera, reproduciendo el práctico en miniatura los efectos necrosantes a merced de la fulguración antineoplásica. Basta el terror para curar alguna vez: lo demostró Boerhaave.

Sábese además, desde que Lemonnier obtuvo una chispa del cielo sereno, del famoso cometa de Franklin o la carga de una botella de Leyden por Dalibar,

que la atmósfera está siempre más o menos cargada de electricidad estática, demostrable por los electrómetros, de signo positivo comunmente y variable en los tiempos tormentosos, en tanto que tierra y hombre se cargan de la negativa por influencia; que sus principales orígenes son la evaporación, los rayos ultraviolados y manchas del astro magno, las mareas atmosféricas; que aumenta con la altura a modo de capas horizontales flexuosas con la misma potencial, según demostraron Saussure, Volta, Becquerel, Quetelet, y a los seis o siete mil metros está la atmósfera fuertemente electrizada; conocidas son las variaciones horarias con un máximo a la salida del sol y al crepúsculo y los mínimos en el centro del día y la madrugada, según Lemonnier, Beccaria, Arago y Schuhler, mayores en estío; tampoco se ignora que decrece con la latitud, la influencia de los vientos, humedad, nieblas, brumas, lluvias y tormentas; que se relaciona con las variaciones barométricas, pues la electricidad positiva se halla en razón directa de la altura y la negativa del descenso de la columna, por lo cual barómetro, higrómetro y brújula señalan los distintos estados eléctricos y se utilizan en meteorognosia, pareciendo algo paradójico que cuanto más limpio y tranquilo está el cielo llegue su electrización positiva al máximo. *¡Parvi refert!*, exclamaba Cicerón cuando las cosas no satisfacen bastante.

El hombre es otra antena o punta del haz terrestre (veletas, árboles), perfecta o de doble juego—como se intenta lograr con las demás—pues recoge las del ambiente y difunde su carga eléctrica originándose acciones fisioterapéuticas forzosas ante el polivalente flúido que es vibración, fuerza, luz, sonido, acción química... Aunque influyan sin duda otros factores cósmicos y sea casi siempre compleja la acción de los modificadores, no puede negarse la primordial de la electricidad silenciosa en la vida sana y patológica, que al cabo dichos otros factores telúricos también la engendran; excita o deprime, ejerce la hegemonía en la naturaleza y ya De la Rive dijo que su papel es más importante de lo que se cree, de acuerdo con Arnould y tantos higienistas y terapeutas que no viven esclavos solamente del termómetro, del higrómetro o del microscopio más bien para sorprender la canalla de Pandora.

Un brusco equilibrio de la capa terrestre puede provocar el rayo ascendente visto por Maffei, Berthelot y Lequier, la tromba o lo que Aristóteles llamó con propiedad temblor de tierra; si menos intensa y también visible da margen a ciertos brillos de los días estivales o a los llamados fuegos de San Telmo, llamas o luminosidades que surgen de los mástiles y picos montañosos, vistos por César en las lanzas de una legión y por algunos viajeros en sus cabellos y dedos, luces que suman al drenaje eléctrico otros efectos psicológicos; descargas habituales inapreciables, *microscópicas* como quien dice, infinitesimales, como la que sorprendió un fotógrafo por el trazo negro e inexplicable de una prueba positiva, son las que modifican en todo momento el organismo.

Tales trastueques mansos, inadvertidos y constantes, ese equilibrio movible

eléctrico, oscuro para la retina, de perpetuo divorcio y recomposición entre la electricidad atmosférica y la corpórea inducida o producto del quimismo orgánico, de roces y choques, etc., constituye un estado perenne de vibración molecular que colabora en el metabolismo normal o despierta fenómenos morbosos y abre horizontes para el terapeuta, aunque harto opacos todavía. Algo así como una especie de sutil soplo o efluviación sin chispa a lo Dommer, que en la ionización del aire por los rayos catódicos, a la postre eléctricos según Danilewski o Freund, puede llegar hasta el estrago; pero en su grado mínimo aumenta la capacidad respiratoria (Arsonval), empuja el coeficiente de oxidación interna, favorece el apetito y las digestiones (Charcot), es en suma de efecto general tónico, atestiguando Levy, Lucas y otros autores que tan misteriosos vaivenes facilitan los fenómenos del organismo humano y no permanece indiferente la modalidad de la vida animal, hasta se avivan en zootecnia los huevecillos de los peces comestibles por el efluvio suave. Acreditanlo además los vegetales, pues se favorece el fruto aun cultivados en la oscuridad, vése la pujanza que según Berthelot imprime y traduce esa lujuriante flora de los trópicos y penetrando la electricidad en el suelo laborable vigoriza las descomposiciones orgánicas siendo por añadidura buen abono insecticida en concepto de Pelletier.

Cunde asimismo el reverso, porque descargas imperceptibles provocan el malestar de los nerviosos, de enfermos y convalecientes, la perturbación moral de las personas impresionables, decía Fonsagrives, se agudizan neuralgias, reumas, sobrevienen insólitos pinchazos indefinibles, tenues hormigueos, una efímera contracción fibrilar, despiértanse molestias en callosidades y cicatrices: el antiguo catedrático de Medicina legal de Valencia, don Juan Nepomuceno Torres, encogíase y cerraba los ojos cuando una nube, a veces insignificante, pasaba por encima; recuérdense también los clásicos ejemplos del capitán, citado por Lereboulet, con una pierna amputada, que tuvo la paciencia de anotar los dolores de su cicatriz paralelamente con los datos suministrados por el Observatorio Central de los Estados Unidos, demostrando que coincidían con los cambios atmosféricos; y lo observado por W. de Fonvielle en una anciana herida de rayo en su juventud y con tortícolis pertinaz.

A sabiendas o empíricamente se vale el terapeuta de una sutil electroterapia sin aparatos cuando aconseja, convencido de que no sólo es la presión causante de hemoptisis o congestiones, ni la humedad de catarros; cuando propone discreto la rusticación montaraz o sabiendo que la descarga oscura es capaz de formar ozono (Cavendish) piensa en la saludable atmósfera de los pinares o en la talasoterapia que por su menor tensión eléctrica aquieta el sistema nervioso de niños y adultos; o prefiere un clima de altura o de hondonada —aunque está por hacer en climoterapia el detallado mapa electro-topográfico de los distintos países para que cristalicen definitivamente en la práctica—, un

paraje cálido propenso por ende a las infecciones u otro frío que observaciones del comandante Peary en su viaje exploratorio de las zonas árticas establecen a su juicio sea «el clima polar soberano contra la tisis» (?) pues curaron varios compañeros con signos de tuberculosis incipiente. Muchas veces espera resignado el clínico que cese una constitución médica reinante o cierto giro de la veleta nuncio de un probable asalto por el reuma, que lo atan de manos, como el paso de esas manchas solares cuyas mudanzas en la radiación suponen la muerte de millones de seres (Langley) o producen siquiera las neuralgias por desequilibrio vago-simpático (L. Neuberger), aparte de su influencia en la colectiva aparición de afecciones agudas diversas o el recrudecimiento o la mitigación de cronicismos heterogéneos, según observa Mauricio Faure, de Niza, y comprueban Vallot y Sardon. (Ac. de Med. de París, julio, 1922.)

Ahora bien, digo antes que debe ampliarse el contenido de los libros sobre esta materia, porque además de la citada electricidad atmosférica estática hay que ir desflorando ya el imperio de la dinámica. La noble ciencia médica, que requiere para su ejercicio espinoso los ojos de un Argos, los cien brazos de un Briarco y la doble mirada de Jano para enlazar lo pretérito con el presente en aras del provecho humano, viene acumulando las conquistas favorables desde la negra noche del hacha de silex paleográfica o de la astilla de obsidiana empleada por Zipparah, la viuda de Moisés, para circuncidar al hijo, hasta el actual avión; ciencia que se afanó en nuestros días por inquirir el pro y el contra para la patogenia, la profilaxia o la cura de la velocipedia, la autoconducción, el dirigible, los aeroplanos y deportes—¡incluso los posibles beneficios del fútbol y el boxeo!—esa bienhechora ciencia tiende a investigar ahora los efectos de las hondas magneto-eléctricas ondulatorias de Hertz, que imitan en la atmósfera las de la piedra caída en el agua, se propagan veloces a grandísimas distancias impresionando los aparatos radio-receptores que tropiezan, incluso al hombre, retemblando la atmósfera a su furioso paso que traducen la admirable telegrafía inalámbrica en que la onda eléctrica sustituye a la línea, hecha práctica por Guillermo Marconi en 1895 e iniciada antes por el español Salvá en su Memoria a la Academia de Ciencias de Barcelona el año 1799—según declara aquel sabio al disputarle la gloria el ingeniero americano Dolvear—; la otra moderna sorpresa de la telefonía sin hilos, basada por su creador Graham Bell el año 1880 en las propiedades fotofónicas de ese extraño metaloide llamado selenio, entrevisto por nuestro Arnaldo de Vilanova, y acrecentado el sonido microfónicamente, remeda la voz de Stentor; y surge otra maravilla con Baselga y Torres Quevedo, la telemecánica, dando el segundo, en 1904, el telekino para dirigir torpedos y barcos a distancia, sin cables, demostrándolo hace diez años con el acorazado *Iowa*, de los Estados Unidos; y asoman los rayos incendiarios o diabólicos del inglés Matthews, señalados ya por Caballé en 1918 y por el ingeniero Sánchez,

de Piedrabuena (Ciudad Real), rayos para provocar a distancia explosiones e incendios, que alumbran pueblos, como han hecho el santanderino Iglesias Blanquer en su provincia o Marconi en Australia desde Marsella. Ante prodigios tales, que parecen obra de hechicería, no sorprende que se aspire ya a intervievar a Marte!

Desde este punto de vista fascinador, nueva escena del mundo aéreo, se ha realizado otro salto tremendo comparable al que separa el sencillo candil de la fastuosa luz eléctrica. ¿Estaremos al borde, se dice, de una revolución en el reino de la dinámica atmosférica? Las numerosas estaciones emisoras encuentran ya dificultades o sitio para intercalar en la escala de longitudes de onda, a pesar del reparto equitativo hecho por los reglamentos de Bruselas, Ginebra y Praga, y resulta ahora para colmo que no sólo hay en el mundo mil o mil quinientas estaciones emisoras, sino millares de millares sin cuento, gracias a las abejas y otros himenópteros, a los lepidópteros y múltiples especies de la gran familia entomológica provistas de emisor en perfecto orden de marcha, descubierto al parecer por los físicos, según escribe J. Boyer, y cuya longitud de onda se desconoce aún; portento que funciona secretamente para cuantos seres carecemos de la vista del águila o el olfato de los insectos y poseen sólo mediocres u obtusas sensibilidades corporales, cuando para apreciar tan diminutas ondas no bastaría el eretismo estrícnico. Lo antedicho hace recordar aquel desencanto sufrido en 1894 al descubrirse el argón y otros gases raros, acaso no tan desprovistos de acción, decía el doctor Llord en el Congreso de Hidrología de Madrid, demostrándose que distamos todavía del completo conocimiento del aire que nos baña, ilusión desvanecida.

Más aún. Recuérdense aquellas vibraciones oscuras de Brondlot (1903), casi olvidadas, penetrantes, capaces de iluminar la pantalla fluorescente y dar luces cual la luciérnaga y los noctílucos oceánicos, fisiológicos además porque las hallaron en vegetales (Meyer), en las cimasas (Lambert) y en el cuerpo humano las obtuvo Charpentier a pocos centímetros de la frente durante el trabajo mental, radiaciones que vigorizan los sentidos con promesas terapéuticas si no fueron espejismos (digo en mi libro de 1905), alentadas por la contracción muscular y los fenómenos inhibitorios, que los anestésicos apagan y parecen ser un fenómeno primordial de la vida (J. Becquerel); ni se olvide tampoco la discutible radioactividad corpórea anunciada por Zwardemarker («Biochem. Zeits.», 1923), más probable tras de la administración de las radiactivas tierras raras (samario, itrio, etc.) experimentada por el profesor Ferrua, de Turín, fenómeno comparable; en virtud de todo ello se cree que el hombre emite probablemente ondas oriundas del movimiento de los músculos y vísceras, la calorificación, roce de los eritrocitos sobre las paredes vasculares, etcétera. El cerebro, según insiste ahora P. Fumouze, es una verdadera máquina eléctrica, su masa anfractuosa y rica en arterias y venas es asiento de múltiples

frotaciones, de choques por los latidos, que engendran un campo eléctrico cuyas ondas de escasa longitud pueden captarse acaso un día con aparatos sensibles y transmitidas por un solo emisor las recojan millones de receptores, cual la luz de una estrella alcanza a la muchedumbre; y así como ésta necesita a menudo millares de años para verla, tal vez las radiaciones de nuestros aborígenes reexpedidas por tantas generaciones, vayan llegando aún para acreditar la teoría del «inconsciente colectivo» de Yung que explicaría por qué se reproducen costumbres remotísimas; pábulo al fin todo ello de la sospechada telepatía.

Si, como dijo el filósofo Descartes, nadie puede sin peligro ser extraño a las cosas de su tiempo, con el afán de centuplicar su fruto benéfico emprenderá sin duda la Medicina el estudio intensivo de lo que brota embrionario rasgando el velo de dichas ondas misteriosas para nueva cosecha, con esperanzas de triunfo, porque no hay misterios definitivos, según creo haber leído en Taine. Algo sabemos ya de esa futura y soñable electroterapia natural o espontánea, como cabe llamarla; sus efectos van abriéndose paso de entre la manigua de oscuridades y mucho de lo atribuído a la electricidad atmosférica estática sólo vislumbrada antes, será debido a las ondas hertzianas conforme parecen expresar esos vagos indicios de la agitación de la aguja imantada o sus bruscos cambios por el paso de las corrientes, que decían Davy y el P. Secchi, cual otras rarezas como el chocante desprendimiento de la presa de los imanes vista en algún Gabinete de Física en una de las epidemias coléricas que afligieron a Valencia a mitad del siglo último—¡hasta se ha creído observar la huída de moscas de los pueblos apestados!—, hechos que denotan un efecto de tales ciclones electro-magnéticos y su influencia no dudosa sobre el reino zoológico, como cualquiera puede comprobar fácilmente. Si se aisla de la antena un radioreceptor telefónico, apenas se aprecian los sonidos provocados por las ondas captadas por tuberías, objetos y paredes del edificio; si en tal momento contactamos el enchufe del aparato con nuestra mano, percíbense reforzados los sonidos, la antena casi huelga, el hombre la reemplaza o cumple el papel del erguido palo. Yo realicé repetidas veces tan curiosa experiencia con un receptor marca «Columbia», de los Estados Unidos. Es decir, que a pesar de la resistencia del cuerpo humano para la penetración de las vibraciones eléctrodinámicas, variable por las circunstancias y que por término medio es de unos 1500 ohmios, nos impresionan sin duda.

Recientemente escribe Ch. Nordmann, del Observatorio Astronómico de París, que al Dr. Foveau de Courmelles, tratando de la acción de la T. S. H. en los seres vivos, le llamó la atención el efecto observado en Valencia y en el campamento de Paterna y luego en Krensnach sobre la suelta de palomas mensajeras, cerca de una estación emisora, aun a la distancia de ocho kilómetros, pues las aves no encuentran la dirección y giran mucho tiempo circularmente desorientadas hasta que cesa la emisión; lo mismo ocurre a su regreso, acción perturbadora sobre el sentido de la orientación que es verosímil comparar, dícese, con el efecto de las descargas de electrones en las corrientes de A. F. de D'Arsonval. Pájaros, mariposas y otros volátiles también se aturden; y el inglés Dr. Avay, dice ahora, que ha apreciado lo mismo en las personas.

En tal concepto, dado el supuesto simil y mientras que la clínica suministra hechos más concretos, es presumible la hipótesis de que la electrodinámica atmosférica obre como la arsonvalización por el método llamado de la *corriente hertziana* o de efluviaciones sin contactos, productoras de ondulaciones en los distintos tejidos que juegan papel de circuito inducido cerrado sobre sí mismo y sin molestias por su efecto ínfimo, se soportan intensidades hasta de 3000 mA a través del cuerpo, tan dañinas con otras técnicas, despertándose mayor actividad hemoglobínica característica, se desperezan las defensas íntimas y refuerza la destrucción de toxinas, beneficios que señalaron Oudin y Barthelemy con las electrizaciones de alta tensión y frecuencia.

Y ya en el terreno hipotético o de las lucubraciones, en el antro inexcrutable aun de posibles sorpresas victoriosas, ¿quién sabe si a las electricidades atmosféricas en repaso u ondulatoria, bajo la ironía de un ciclo lápiz lázuli, estará reservado el despejo de la incógnita de tantos problemas médicos, más o menos mal planteados, pero que desde inmemorial motivaron hondas preocupaciones? Acaso sean el oculto botafuegos para la espontánea desaparición de los azotes epidémicos, que atribuyen unos a la microbicida ozonización, otros a las esterilizaciones de las aguas por sus movimientos y choques, fuentes electrogenéricas al fin, o a la pérdida de la virulencia bacteriana o adaptación al medio en concepto de terceros; tal vez llegue a explicarse el incremento de la mortalidad a la caída de las hojas, la agravación de las enfermedades y aumento del número de partos cuando tras del ocaso alienta el genio de las tinieblas, las furiosas excitaciones vesánicas globales en los manicomios y quizá el contagio moral de suicidios en primavera entre hipocondriacos cansados de la lucha o por la enervante sugestión ante el espectáculo de un eclipse o la cercanía de un cometa, en la ola de sangre que impele a la perpetración de crímenes y hasta en las tempestades o conflictos sociales... que a todo puede contribuir la electricidad en los neuróticos, máxime asociada a otros modificadores pertinentes a la diáfana envoltura cantada por los poetas.

Hoy mejor que antaño conviene al médico el conotado de *físico* que se le asignaba —*ubi dessinit physicus, incipit medicus*— porque el más hipocrático, siguiendo después de todo las enseñanzas del gran mentor griego, ha de preocuparse hondamente de la física y química biológicas en su doctrina

e intervenciones, sin la bancarrota de la farmacología profetizada por Hayem en 1902; so pena de recordar, dolorido, que a pocas millas de la Helade encalló la gentil nave en que los argonautas, llevando por caudillo a Hércules y por mecánico a Orfeo, salieron a la conquista del vellocino de oro; vieja leyenda, que aplicada al tema, advierte la posibilidad de un fracaso a los descuidados que, asidos al poste ante la avalancha del progreso, ignoran los escollos y nuevos derroteros de la ciencia.

LINFOGRANULOMATOSIS INGUINAL SUBAGUDA

(ENFERMEDAD DE NICOLAS-FAVRE)

POR LOS DOCTORES

EDUARDO DE GREGORIO Y AUGUSTO MUNIESA

Director del Dispensario Oficial Antivenéreo — Profesor Auxiliar de Histología de la Facultad

ZARAGOZA

Esta enfermedad ganglionar, de localización inguinal conocida hace tiempo, fué estudiada erróneamente hasta 1913, en que Nicolás y Favre la estudian con verdadero acierto, y la individualizan de otras afecciones ganglionares de la misma región.

Los cirujanos antiguos estudiaron unas adenopatías inguinales de evolución crónica o subaguda, con brotes repetidos, los que curaban de largo tiempo como Chassaignac en 1859, Velpeau en 1865, Nelaton, Audry y otros.

Lejars (1) describe y estudia el bubón estrumoso de la ingle y señala sus principales características; Gandy y Morion (2) considera estas adenopatías como tuberculosas por su testura tuberculoide. En 1913 Nicolás, Favre y Durand (3, 4) y Gaté (5), poco después describen las características más importantes de esta afección, como su evolución subaguda con brotes repetidos, su supuración por múltiples focos intraganglionares, su origen casi siempre venéreo y su anatomía patológica. Shylactos (6) en 1922 hace el estudio más completo hasta entonces publicado, apuntando sus relaciones con el bubón climático; posteriormente aparecen varias publicaciones en diversos países, y en España los casos publicados por Covisa, Bejarano y Gay (7), Sáinz de Aja (8), La Portilla (9) y la tesis de Gay (10).

Recientemente aparece un completo estudio realizado por Hellerström (11). Nosotros hemos estudiado atentamente esta enfermedad y en este trabajo nos ocuparemos y aportaremos a su estudio nuestra contribución sobre quince casos, para en fecha a ser posible no remota dedicar a esta enfermedad con la aportación de mayor número de observaciones un extenso trabajo.

La enfermedad comienza la mayoría de las veces por una adenopatía inguinal. Generalmente no se comprueba lesión genital. Esta lesión genital, denominada úlcera venérea adenógena o chancro linfogranulomatoso, por su evolución rápida en la mayoría de los casos pasa desapercibida. Para la mayoría de los autores está constituída por una lesión erosiva, indolora, sin bordes, de superficie lisa, de color rosado; otras veces, de forma papulosa centrada por una vesícula de regular tamaño a veces, e indurada como en el caso estudiado por Ravaut. Pueden existir lesiones genitales de aspecto no definido, de tipo

herpetiforme, de balanopostitis y, en ocasiones, ligeras uretritis con escaso exudado.

La afección puede ser de comienzo monoganglionar o pluriganglionar uni o bilateral, las que aumentan de tamaño de forma más o menos rápida, con escasas manifestaciones dolorosas que permiten al enfermo desempeñar sus ocupaciones habituales. Posteriormente se produce una reacción periadenítica, conglomerándose los ganglios, formando un gran plastón ganglionar.

Estas adenopatías generalmente supuran; la piel que las recubre se enrojece; se adhiere a planos ganglionares; notándose más tarde fluctuación, para supurar en ocasiones ampliamente un pus trabado y la mayoría de las veces un pus no trabado, filante y en escasa cantidad. La evolución puede ser rápida; las adenopatías supuran ampliamente en sus comienzos, pero casi siempre su evolución de comienzo subagudo se prolonga largo tiempo; los ganglios supuran por múltiples accesos repetidas veces; la afección sufre reactivaciones; después de vaciado un ganglio comienza la supuración de otro próximo, formándose varios trayectos fistulosos sobre una tumoración ganglionar de consistencia dura, con superficie irregular formando un gran plastón ganglionar movible sobre planos profundos.

El comienzo puede ser por una ingle, pero más tarde la afección se trasmite al lado contrario para seguir una marcha idéntica con supuración o retroceder mediante un tratamiento oportuno.

Microscópicamente en el pus existen polinucleares neutrófilos, linfocitos y grandes mononucleares de protoplasma acidófilo, en los que parece existir granulaciones de diversos tamaños, teñido fuertemente por las anilinas, las que son consideradas por Gamna como protozoarios. Para Ravaut, al principio existen más polinucleares y grandes mononucleares para existir más tarde diversos tipos de mononucleares macrófagos y algún eosinófilo. En dicho pus no se demuestra ningún germen y su autoinoculación es negativa.

La mayoría de los enfermos presentan manifestaciones de carácter general, como en la tercer forma estudiada por Giacordy, fiebre desde el comienzo, elevada en ocasiones hasta 39º, la que puede persistir y presentar un tipo continuo con temperaturas más o menos elevadas, un tipo ondulante con elevaciones subintrantes o elevaciones acompañadas de nuevos focos de supuración. El estado general está alterado, existen sudores más intensos por la noche, anorexia, lengua saburral y adelgazamiento, con artralgias y dolores reumatoídeos en ocasiones.

Es frecuente un aumento de volumen del bazo, comprobado por varios autores y por nosotros en siete ocasiones. En regiones ilíacas compruébase en algunas ocasiones hiperplasias ganglionares y a veces en otras regiones, como axilar y cervical, comprobadas por Ravaut, Nicolás, Favre y Hellerström.

En la sangre existen alteraciones bastante típicas y constantes, consistentes en un aumento de grandes y medianos mononucleares en relación de los linfocitos y polinucleares neutrófilos (Ravaut, Gay), y eosinofilia ligera en ocasiones. En los casos por nosotros estudiados hemos comprobado un aumento de leucocitos que oscila alrededor de 9.000; la fórmula leucocitaria presenta ligeras mononucleosis por aumento de grandes mononucleares, oscilando entre 9 y 12 por 100; los polinucleares neutrófilos existen en menor número; solamente en cuatro enfermos su tanto por ciento era normal.

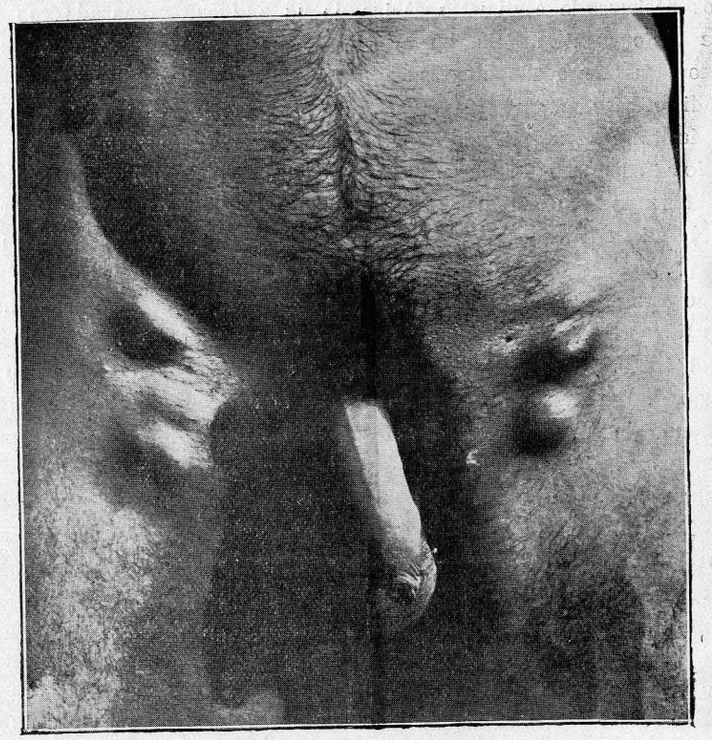


FIGURA 1
Linfogranulomatosis inguinal subaguda (Ficha clínica 765)

Son de gran importancia las modificaciones serológicas; Ravaut (12) hace notar la existencia de reacciones de Wassermann positivas de forma transitoria, sin infección sifilítica. Por nuestra parte hemos podido comprobar estas reacciones positivas preferentemente al principio de la enfermedad, cuando existen alteraciones claras del estado general, con elevaciones febriles acentuadas, sudores, etc., las que se negativan sin tratamiento específico, como

sucedió en nuestros enfermos (660, 758, 765, 772 y 820). En estas reacciones positivas, cuando se utilizan varias técnicas, es preciso notar una disociación en su positividad, pues las positividades son de diferente intensidad en cada reacción de las practicadas, lo contrario de lo que sucede en infecciones sifilíticas recientes en las que todas las reacciones utilizadas son por igual de fuerte intensidad.

Hemos estudiado con gran atención la reacción de Frei en todos nuestros enfermos, de cuyo valor hemos formado un concepto bastante claro. Esta reacción ideada por Frei (13) consiste simplemente en inyectar intradérmicamente dos décimas de centímetro cúbico de un antígeno preparado con ganglio o pus de Linfogranulomatosis. La técnica de preparación es sencilla, se puede obtener con pus de adenopatías supuradas diluído en cinco veces su volumen de suero fisiológico, el que después de bien mezclado se tindaliza a 60 grados, o según la técnica de Nicolás, Favre y Libeuf (14) que consiste en tratar los ganglios como hace Pasteur con médula para obtener la vacuna antirrábica.

Esta intradermorreacción ha sido estudiada por diversos autores, Ding (15), Ramel (16), Milan Kitchevat (17), Hellerström (18), Nicolás, Favre, Lebeuf, Gersild (19) y otros, los que la consideran de gran valor por su especificidad. Uno de nosotros (20) ha estudiado atentamente esta reacción en adenopatías inguinales de origen diferente, venéreas, sifilíticas y linfogranulomatosas, en las que utilizamos vacuna de D'melcos, antígeno de bubón venéreo y linfogranulomatosis, encontrando casos de bubón venéreo y adenopatías sifilíticas que reaccionan con todos los antígenos, y enfermos de linfogranulomatosis que reaccionan también con antígeno venéreo.

Como ya decíamos en nuestras anteriores publicaciones, la intradermorreacción de Frei, bien interpretada, ayuda eficazmente al diagnóstico de la enfermedad de Nicolás y Favre; las reacciones positivas de gran intensidad son totalmente específicas y las de menor intensidad exigen gran atención para su interpretación por presentarse en ocasiones en adenopatías claramente chancrosas y sifilíticas.

* * *

En el estudio histológico de las adenopatías hemos prestado gran atención con el objeto de controlar la testura de los ganglios del cobaya inoculados con los humanos, de los que nos ocuparemos al estudiar las inoculaciones experimentales.

El chancro linfogranulomatoso presenta una textura histológica característica y bien definida estudiada por Bory, Nicolás, Favre y Phylactos. Se trata de una ulceración superficial plana en la que la epidermis ha desaparecido totalmente, sus bordes son terminados bruscamente sin el aspecto despegado y desprendido del chancro blando. En la zona más superficial de la ulceración existe una capa de células de origen conjuntivo, aplanadas paralelamente en

sentido de la superficie, por debajo del dermis, donde los haces conjuntivos han desaparecido, existe una infiltración celular densa, formada por diversas células de carácter inflamatorio, células linfoides, mastzellen, entre las que existen plasmastzellen adultos y jóvenes, características celulares que diferencian un chancro venéreo o una lesión de piodermitis cuyo infiltrado es formado por polinucleares, los que faltan como vemos en el chancro linfogranulomatoso.

A cierta profundidad del citado plasmoma, sin conexiones aparentes con la ulceración superficial, existe una pequeña cavidad de forma irregular, rodeada de células epitelioides y con un contenido parecido al que existe en los abscesos estelares intraganglionares que luego describiremos.

Los ganglios linfogranulomatosos se encuentran formando un bloque ganglionar, fusionados y unidos por una intensa reacción periadenítica. Al corte presentan aspectos diferentes según el tiempo que llevan atacados, los más recientemente infectados se presentan simplemente congestionados, más tarde se observan islotes no bien limitados y pequeños abscesos del tamaño de un grano de sémola o un guisante, y cuando son de gran tamaño puede encontrarse al corte abscesos redondeados y estelares de contenido blanco amari-

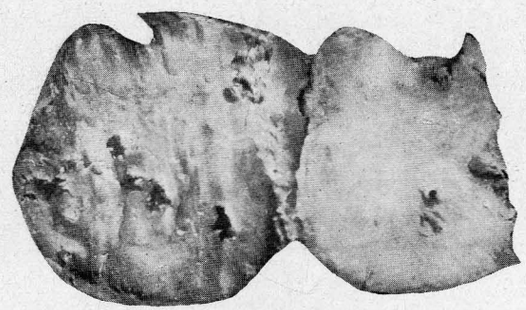


FIGURA 2
Ganglio linfogranulomatoso (Ficha clínica 820)

llento y viscoso que puede vaciarse, o quedar adherido en la superficie de sección. Pueden existir verdaderos focos purulentos por la fusión y unión de varios abscesos estelares con destrucción casi total del ganglio. Entre la intensa reacción periadenítica se producen también abscesos análogos, aislados o confluentes, los que se abren en piel con fístulas cutáneas múltiples en una extensa superficie.

El estudio histológico ha sido realizado después de fijados los ganglios en formol al 10 por 100 y cortados por congelación. En la coloración de los cortes hemos seguido, en unos, el procedimiento de Río-Hortega con impreg-

nación doble en caliente y en frío. Otros han sido teñidos con hematoxilina-eosina o por el método de Gallego.

La cápsula ganglionar se presenta engrosada y esclerosada con rica vascularización y una infiltración predominando las células plasmáticas. La histología demuestra un tejido inflamatorio de aspecto abigarrado con una infiltración linfoplasmocitaria, con lesiones características como los gomas linfogranulomatosos, abscesos lenticulares y estelares, focos de células epitelioides y células gigantes. Los gomas son constituídos por un foco central finamente granuloso y degenerado, rodeado de una zona de células epitelioides y algunas gigantes. Rápidamente, a través de la zona epitelial, hay una abundante emi-

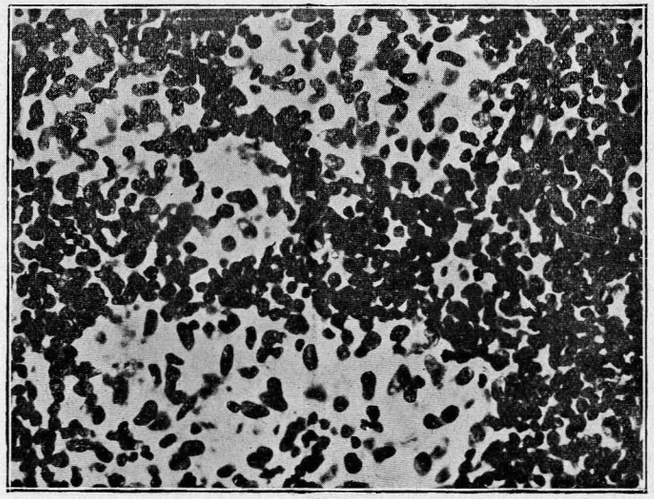


FIGURA 3

gración de leucocitos y polinucleares que invadiendo la zona central caseosa del goma transforma éste en un absceso.

Estos tienen diferentes formas y tamaños; los más pequeños, lenticulares de forma circular, y los mayores, de forma estelar o fisuraria. La pared de estos abscesos está constituída por varias capas de células epitelioides típicas, las que se tiñen intensamente por la eosina, con un protoplasma muy desarrollado, núcleos voluminosos y poco coloreados. Estas células, más o menos alargadas en sentido radiado del absceso, teñidas por el método de Río-Hortega para macrófagos, presentan prolongaciones dispuestas radiadamente en la periferia del absceso.

Existen algunas células gigantes típicas de gran tamaño con varios núcleos

alrededor del absceso; las más pequeñas, comparadas erróneamente por Fischl a las células de Stemberg, y las grandes, con abundantes núcleos, adoptan una disposición plasmodial o la forma de células de Langhans.

Pueden encontrarse en el parénquima ganglionar focos de células epitelioides sembrados de células gigantes, fuera de la pared de los abscesos y gomas linfogranulomatosos, y las células gigantes situadas generalmente en los conglomerados de células epitelioides pueden existir aisladas en zonas diferentes.

En la cavidad de los abscesos existe pus de aspecto filante y viscoso, como hemos descrito en los trayectos fistulosos, compuesto de numerosos polinucleares neutrófilos, escasos eosinófilos y mononucleares con protoplasma acidófilo. En

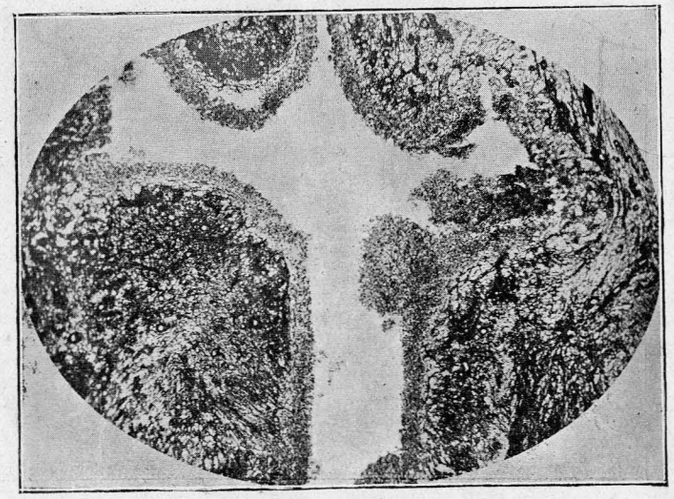


FIGURA 4

estos últimos elementos existen unas inclusiones celulares de tamaño variable muy refringentes, descritas primeramente por Favre, Phylactos y Bory, consideradas por Gamna (21) como protozoarios parásitos al encontrarlos con gran frecuencia en los ganglios humanos y en los de los cobayas inoculados. Estos corpúsculos son de forma irregular, de dos a tres micras de tamaño y menores en ocasiones, generalmente en forma de media luna, en cuyo centro existe una esférula acidófila o, según Gamna, pueden ser de forma de anillo, con un centro claro o en forma de una masa cromática redondeada con sus bordes de sustancia acidófila, y los de mayor tamaño de aspecto de gránulos muy refringentes.

Están rodeados de un halo claro, contenidos en los macrófagos en número

de ocho a diez y generalmente uno de ellos íntimamente unido al núcleo, como encajado y adherido en una pequeña oquedad. Su origen ha sido muy discutido; son considerados por Gamna como protozoarios y específicos de la enfermedad de Nicolás-Favre; son considerados por el contrario por Bory (22) como restos nucleares más o menos fagocitados.

El parénquima ganglionar sufre una transformación completa; su estructura normal es casi totalmente borrada. Con los elementos linfoides normales en un tejido de aspecto inflamatorio existen elementos celulares de lo más polimorfos; pueden existir algunos folículos germinativos con intensa proliferación y en otras ocasiones han desaparecido totalmente. Se encuentran pequeñas células

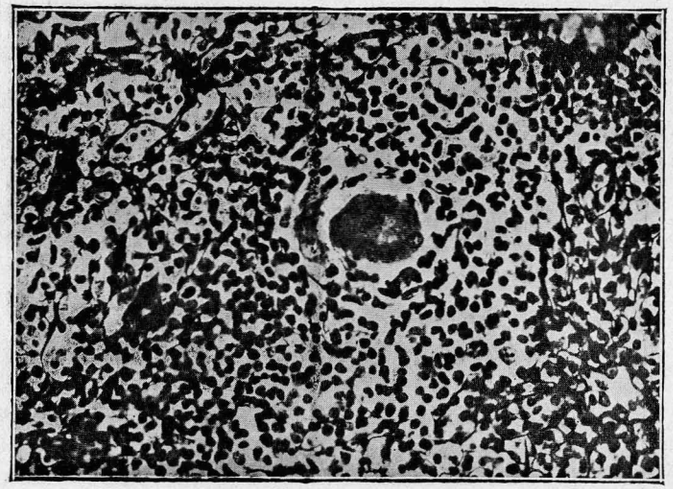


FIGURA 5

linfoides, medianas mononucleares, plasmastzellen adultos y jóvenes, grandes células mononucleares acidófilas, polinucleares neutrófilos y eosinófilos, células epitelioides y células gigantes, creando un aspecto histológico, una reacción celular muy variada, que constituye un granuloma y motiva el nombre de Linfogranulomatosis totalmente diferente de la enfermedad ganglionar generalizada y no supurada, enfermedad de Paltauf-Sternberg.

* * *

La etiología de esta enfermedad ha sido muy estudiada, sin que en la actualidad conozcamos su germen productor. Ataca con más frecuencia al sexo masculino y en la edad adulta. Su origen venéreo parece probado por la comprobación de casos claros de contagio por Nicolás, Favre y Durand, primero, y después por Ravaut, Gaté, Giraud y Vidal.

Se han descrito variados gérmenes responsables, ambas por Ravaut, un bacilo del tipo pútridus liquefaciens por Tanton y Pigeon (23), bacilos difteroides por Favre (24) y seudodiftéricos por Montemartini (25), etc., etc.

Kitchevatz (26) aísla un germen que fija el complemento en presencia de suero de enfermos de Linfogranulomatosis. Bory (27) comprueba un germen próximo al bacilo subtilis. Recientemente Schmidt-Labaume realiza cultivos de los ganglios extirpados en dos enfermos y en ninguno encuentra gérmenes. Se han realizado múltiples y repetidas inoculaciones en animales de laboratorio, generalmente con resultados infructuosos por Nicolás, Favre, Phylactos, Capelli, Bory, Frei, Tomanasi, Gastiarel, Reilly, Prado, Castillo y otros. Por el contrario obtienen al parecer resultados positivos Darré Dumas (28), en cámara anterior del ojo del conejo; Capelli (29) produce una queratitis herpetiforme, la que cura rápidamente.

Gay realiza inoculaciones en el cobaya y en cinco ocasiones observa, pasados cuatro o cinco días, un nódulo de consistencia fibrosa, el que se ulcera más tarde y considera como un chancro de inoculación. En los animales, en unos cura espontáneamente la lesión de inoculación; uno muere a los ocho días; sus ganglios son inoculados a otros animales y uno de ellos muere también a los ocho días con un chancro de inoculación. Los ganglios de los animales muertos y de los supervivientes presentan lesiones histológicas discretas, pero muy próximas y parecidas a las que presentan los ganglios humanos.

Otros autores obtienen alteraciones ganglionares en los cobayas inoculados que en ocasiones retroceden espontáneamente como en las observaciones de Ravaut; Nicolás, Lebeuf y Rousset (30), mediante la inoculación de fragmentos ganglionares obtienen lesiones de inoculación que consideran como seudochancros, como escaras de eliminación, los que igualmente obtienen al inocular un tejido normal como piel, músculo, etc. Obtienen también ligeras reacciones ganglionares en cuyos ganglios jamás comprueban alteraciones histológicas comparables a las que existen en linfogranulomatosis.

Nosotros hemos inoculado un total de treinta y cuatro cobayas con resultados idénticos a los obtenidos por los autores franceses; en los animales se producen en alguna ocasión ligeras hiperplasias ganglionares sin lesión en el punto de inoculación, las que perduran algunos meses y retroceden espontáneamente. Han sido extirpados dichos ganglios en los que hemos hecho un detenido estudio histológico, comprobando siempre una testura totalmente normal. En ocasiones, con pus procedente del mismo enfermo, inoculamos animales repetidas veces en diversas épocas de la evolución de la enfermedad, siempre con resultados infructuosos.

Hellerström y Wassen (31), en 1930, demuestran que la inoculación intracraneal de jugo ganglionar produce en el mono una meningo-encefalitis, generalmente mortal y transmisible en serie. Resultados parecidos son obtenidos por Levaditi, Ravaut, Lepine, S. Choen (32) y Kleeberg (33).

Vemos, pues, que la etiología de esta enfermedad no está perfectamente estudiada; los últimos estudios parecen demostrar su transmisibilidad al animal, en el que se produce una meningoencefalitis, en la que no se puede demostrar el germen productor, pero el líquido céfalo-raquídeo produce intradermorreacciones, positivas en enfermos de linfogranulomatosis, demostrando la especificidad de la afección cerebral de inoculación.

* * *

El diagnóstico exacto exige su diferenciación con las adenopatías inguinales de otro origen, principalmente las chancrosas y sifilíticas. Son de gran valor en el diagnóstico el modo de comenzar la enfermedad, acompañada frecuentemente de manifestaciones de carácter general, no precedidas la mayoría de las veces de lesión genital apreciable, la evolución de las adenopatías, su forma de comienzo y terminación. Es preciso estudiar las modificaciones de la fórmula leucocitaria, aumento de volumen del bazo, generalización de las adenopatías en la región ilíaca, positividades transitorias de la reacción de Wassermann y otras reacciones de uso corriente y, por fin, la intradermorreacción de Frei.

El bubón venéreo acompañado casi siempre de un chancro apreciable es de evolución más rápida, con sintomatología más aguda, más doloroso; rápidamente supura ampliamente con pus trabado y en su totalidad no con múltiples abscesos intraganglionares, es autoinoculable y con reacción de Ito positiva.

Las adenopatías sifilíticas van acompañadas de serología fuertemente positiva en infecciones recientes, y las tardías mejoran rápidamente con el tratamiento antisifilítico, el que carece de eficacia en la linfogranulomatosis.

Las tuberculosas, por su evolución crónica y tórpida, y su testura histológica, exigen un diagnóstico diferencial en ocasiones difícil, exigen para demostrar el bacilo de Koch la inoculación al cobaya la que generalmente es positiva cuando su origen es tuberculoso y negativa en caso de linfogranulomatosis.

La enfermedad de Hodgkin o Linfogranulomatosis maligna será fácil de diferenciar por el estudio de la fórmula leucocitaria, su evolución clínica y caracteres histológicos.

Las adenopatías blenorrágicas, las banales por gérmenes piógenos y las micósicas, son de evolución diferente las primeras, y en estas últimas, mediante cultivos apropiados en medios azucarados, será fácil demostrar el germen productor.

* * *

Los tratamientos utilizados en esta enfermedad han sido múltiples. Preparados de iodo por vía bucal o venosa como la solución iodoiódurada de lugól preconizada por Ravaut. Este autor inyecta 5 a 10 c. c. de líquido Lugol mezclado con 10 a 20 c. c. de suero fisiológico para evitar trombosis venosas.

El antimonio fué utilizado por Destefano y Vaccarezza (34) en 1927 bajo la forma de tartrato doble de antimonio y potasio en solución al 1 por 100, utilizado por vía venosa. Las inyecciones son puestas dos veces por semana en días alternos, en un total de doce a quince, a una dosis de 5 a 10 c. c.; generalmente son bien toleradas; en ocasiones producen accesos de tos que duran pocos minutos, seguidos a veces de náuseas y vómitos. Nosotros hemos seguido esta terapéutica en los primeros casos estudiados con medianos resultados, y posteriormente hemos utilizado el Neoestibosán «Bayer», que contiene aproximadamente el 42 por 100 de antimonio, en un principio con alentadores resultados. Su tolerancia ha sido perfecta; hemos llegado hasta veinte inyecciones, puestas en días alternos.

Gay utiliza el cianuro doble de oro y potasio por vía venosa, sin ningún resultado. El ioduro potásico, empleado por Jersild, no proporciona tampoco resultados favorables. La tuberculina, empleada con resultado por algunos autores, para nosotros carece de eficacia terapéutica.

El sulfato de cobre amoniacal es utilizado por Carnot y Froment (35) y más tarde por Petges (36) en solución al 4 por 100 en inyecciones intravenosas de 1 a 4 c. c. La técnica a seguir y la adoptada por nosotros es inyectar en días alternos, comenzando por 0,5 c. c. y aumentando hasta 3 c. c. en un total de veinte inyecciones; si la curación no es total se hace un tratamiento con tintura de iodo por vía bucal durante quince a veinte días, para repetir después el sulfato de cobre.

En nuestras manos, como indica Petges, no ha producido dicha medicación ningún accidente; su tolerancia es perfecta y sus resultados hasta la fecha los consideramos muy superiores a los que se obtienen con las restantes medicaciones ya indicadas.

Han sido también utilizadas la Lactoterapia, Proteinoterapia y Vacunoterapia con vacunas no específicas como el Propidón y D'melcos sin resultado. La autoterapia no ha sido muy utilizada por producir reacciones generales y locales intensas; aparte en ocasiones de la producción de abscesos muy dolorosos y de larga duración.

Como tratamientos locales es preciso, en ocasiones, recurrir a su desbridamiento y evacuación del pus. La extirpación y vaciamiento total de la región inguinal permite en ocasiones buenos resultados, pero se pueden producir cicatrices retráctiles con estados elefantiásicos por trastornos circulatorios. Entre los agentes físicos se han utilizado los rayos ultravioletas, rayos X y electrocoagulación. La Radioterapia proporciona al parecer buenos resultados princi-

palmente en las formas incipientes, las que retroceden rápidamente; las formas supuradas y fistulizadas son también influenciadas muy favorablemente.

BIBLIOGRAFIA

Una nota bibliográfica extensa existe en la monografía de Hellerström. Solamente indicaremos los autores citados en el texto:

1. Lejars. — Le bubon strumeux de l'aine. — «Presse Médicale»; 1894.
2. Gandy et Marion. — L'adenite subaigüe de l'aine à foyers purulents intraglangionaires pretendue simple. — «Archiv. de Méd.»; 1901; pág. 129.
3. Nicolás, Durand et Favre. — Lymphogranulomatose inguinale subaigüe d'origine genitale probable peut-etre venerienne. — «Soc. Méd. des Hopitaux»; enero, 1913.
4. Nicolás, Durand et Favre. — Sur une varieté d'adenite inguinale subaigüe à foyers purulents intraganglionaires non chancrelleusse non tuberculeuse d'origine probable peut-etre venerienne. — Cong. Inter. de Med. de Londres; 1914.
5. Gaté. — Lymphogranulomatose inguinale subaigüe à foyers purulents intraganglionaires d'origine probable peut-etre venerienne. — These de Lyon; año 1913.
6. Phylactos. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. — These de Lyon; 1922.
7. Covisa, Bejarano y Gay. — Tres casos de Linfogranulomatosis inguinal subaguda. — «Actas Dermo-Sifiliográficas»; 1926; pág. 26.
8. Sáinz de Aja. — Una variedad no común de adenitis inguinales. Poliadenitis sucesivas de origen ignorado verosiblemente genital paragonocócico. — «Actas Dermo-Sifiliográficas»; 1923; pág. 47.
9. F. de la Portilla. — Linfogranulomatosis inguinal. — «Actas Dermo-Sifiliográficas»; 1929; pág. 416.
10. Gay. — Contribución al estudio de la Linfogranulomatosis inguinal subaguda. — «Actas Dermo-Sifiliográficas»; 1928; pág. 122.
11. Hellerström. — Of contribution to the Karowledge of Lymphogramuloma inguinale. — Stockholm; 1929.
12. Ravaut et Rabut. — Reaction de B. W. passagerement positive et oscilante au cours de l'affection dite Lymphogranulomatose inguinale subaigüe. — «Ann. de Dermat. et Syphil.»; 1922; pág. 80.
13. Frei. — Eine Hantreaktion bei Lymphogranuloma inguinal.—«Klin. Wochens.»; año 1925; pág. 2.148.
14. Nicolás, Favre et Lebeuf. — L'intradermo-reaction dans la Lymphogranulomatosa inguinale. — «Le Journ. de Méd. de Lyon»; 20 mayo, 1930.

15. Ding. — Encore le maladie de Nicolás, Durand et Favre. — III Congres. de Dermat. et Syphil. de langue franc.; Bruxelles; 1926.
16. Ramel. — Breitäge sur Kenntnis der Lymphogranulomatosis inguinale. — «Dermat. Zeits.»; 1928.
17. Milan Kitchevatz. — Une reaction allergique dans la maladie de Nicolás, Favre. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.»; 1927; pág. 874.
18. Hellerström. — Intradermo-reaction dans la Lymphogranulomatose inguinale. «Cont. Rend. Soc. de Biol.»; agosto, 1927.
19. Gersild. — Les intradermo-reactions dans le chancre mou et la Lymphogranulomatose inguinale. — «Ann. de Dermat. et Syphil.»; 1930; pág. 537.
20. De Gregorio. — La alergia cutánea en las adenopatías de origen venéreo. — «Archiv. de Med. Cir. y Especialidades»; 1931.
21. Gamna. — Sur l'etiologie de la Lymphogranulomatosa inguinale subaigüé. «Presse Medicale»; 1924; pág. 405.
22. Bory. — Sur la signification des corpuscules chromatophiles dans les lesions de microchancre poroadenique. — «Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil.», 1925; pág. 171.
23. Tauton et Pigeon. — Contribution a l'étude d'une variete particuliere d'adenites inguinales. — «Archives generales de Med.»; 1908; pág. 67.
24. Favbre. — Note sur les recherches bacteriologiques a propes d'une variete inflamatoire de la region inguinale. — «Soc. Med. des Hopitaux»; 8 marzo 1921.
25. Montemartini. — La linfoadenite inguinale subacuta.— «Bull. Soc. Med.Chir.»; 1924.
26. Kitchevatz. — Contribution a l'etiologie de la maladie de Nicolás et Favre. — «Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil.»; 1927; pág. 879.
27. Bory. — Sur l'etiologie de la maladie de Nicolás-Favre. — «Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil»; 1928; pág. 2.
28. Dorre Dumas. — Sur l'etiologie de la lymphogranulomatose inguinale subaigüe. — «Soc. de Biol.»; 21 marzo, 1921.
29. Capelli. — Per la conocenza della linfogranulomatosis inguinalis subacuta. «Giorn. Ital. di Dermat. e Sifil.; 1926; pág. 506.
30. Nicolas, Lebeuf et Rousseti — A propos de linoculabilite experimentala de la maladie de Nicolás-Favre. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.»; 1929; pág. 320.
31. Hellerstrom y Wassen. — VIII Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía. — Copenhague, 1930.
32. Levaditi, Ravaut, Lepine et Schoen. — Sur le precence d'un virus pathogene pour le signe dans certains bubons veneriens de l'homme. — «Bull. Soc. Fran. de Dermat. et Syphil.»; 1931; pág. 376.

33. KLEEBERG. — Intervención en la comunicación presentada por Levadite. etc.— «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil»; 1931; pág. 379.
34. DESTEFANO Y VACCAREZZA. — Traitement de la poroadenite inguinale subaigüe par les inyections deemetique. — «Presse Médicale»; 1927; pág. 1.378.
35. CARNOT ET FROMENT. — Poroadenite inguinale guerie par les inyections intraveneuses de sels de cuivre. — «Paris Medical»; 8 marzo 1924.
36. G. PETGES, DAVID-CHAUSSE ET A. PETGES. — Le traitement de la maladie de Nicolás-Favre par les inyections intraveneuses de sulfate de cuivre amoniacal. — «Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil.»; pág. 178.

LAS COMPLICACIONES BRONCO-PULMONARES DE LA OBSTRUCCIÓN NASAL

POR EL

DR. JOSÉ DUERTO

Laringólogo del Hospital Militar de Zaragoza

Ex-pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios

ZARAGOZA

Aun sabida, es frecuentemente olvidada la estrecha relación que entre las superiores e inferiores vías respiratorias existe; a tal punto, que, en no pocas ocasiones, al explorar un enfermo del aparato bronco-pulmonar se suele prescindir de un examen nasal y faríngeo; *todavía* hay quien, desgraciadamente, hace caso omiso de las primeras y limita su exploración a las segundas, como si el aparato respiratorio empezase en la tráquea, y ésta, en unión de los bronquios y pulmones, no formase con las fosas nasales, faringe y laringe un todo indivisible y único, un conjunto de continuidad anatómica, destinado a la primordial función respiratoria; función que, para que se desenvuelva en las debidas condiciones, ha de ser a base de un perfecto equilibrio entre todas y cada una de las partes que integran el aparato respiratorio.

Esta unidad anatómica, esta sinergia fisiológica está corroborada, además, por la Patología con infinidad de ejemplos. Esas febrículas dependientes de un estado infeccioso de las fosas nasales; esas traqueobronquitis descendentes rinógenas en las que la infección primitivamente nasal (coriza, adenoiditis, rinofaringitis, sinusitis..., etc.), se extiende paulatinamente a todo el árbol bronquial; esas bronco-pneumonías, casi siempre mortales, del niño de pecho consecutivas a un simple catarro nasal; esas deficiencias de desarrollo torácico de los adenoídeos; esos accesos de asma provocados por una simple compresión irritativa de las terminaciones nerviosas en la pituitaria del sistema trigémino-simpático, ¿qué son sino pruebas fehacientes, terminantes y categóricas de la interdependencia entre todos los tramos del aparato respiratorio?

Existen, como veremos, unas afecciones bronco-pulmonares, que, no siendo más que secuelas de una impotencia funcional de las fosas nasales, y desapareciendo, por ende, con el sólo restablecimiento de la permeabilidad nasal, son, sin embargo, por su analogía de síntomas con la tuberculosis pulmonar, motivo, con frecuencia, de duda o, lo que es peor, de errores diagnósticos cuyo esclarecimiento tiene tanta más importancia cuanto que son, a veces, incluso el

primer paso para tuberculizarse, lo que sólo puede evitarse sentando precozmente un diagnóstico preciso basado, a la vez que en un examen esteto-acústico y radiográfico del tórax, en una meticulosa y detenida exploración de las vías respiratorias superiores y completado con los indispensables análisis de laboratorio.

Es por hacer caso omiso de la citada exploración de fosas nasales y faringe, por lo que muchos enfermos que todo su padecimiento no era más que una obstrucción nasal, cuya supresión le hubiese curado completa y definitivamente, han acabado haciéndose bronquíticos crónicos, enfisematosos o, lo que es más grave, tuberculosos; y es por descuidar muchas veces una exploración de la función respiratoria nasal y por no tener presente que los errores de diagnóstico son debidos, las más de las veces, a una exploración deficiente o defectuosa, por lo que muchos médicos generales, especialmente los que ejercen en el medio rural, que no siempre disponen además de los elementos precisos de diagnóstico para formar un juicio exacto, cometen estos errores con el consiguiente perjuicio para el enfermo y evidente mengua de prestigio. Aquél no se evita y éste no se conserva más que diagnosticando exactamente, y un diagnóstico exacto no puede sentarse más que interpretando bien los fenómenos sintomáticos para lo que es preciso una meticulosa, metódica y completa exploración de todos los tramos de la gran vía aérea.

* * *

Cuando en el interior de las fosas nasales o rinofaringe existe un obstáculo que se opone al paso del aire inspiratorio; es decir, cuando hay una obstrucción nasal, automáticamente se establece por la boca una respiración supletoria que ni en cantidad ni en calidad llena las veces de la respiración nasal, toda vez que no estando la boca destinada a la función respiratoria, no tiene los medios defensivos de que disponen las fosas nasales. El resultado es, que el aire inspirado por respiración bucal no llega al árbol respiratorio en las necesarias condiciones de limpieza, calor y humedad, y como consecuencia sobreviene una irritación de la mucosa de la encrucijada aéreo-digestiva por la corriente aérea, que, sobre ir cargada de impurezas e insuficientemente calentada y humedecida, le llega demasiado violenta y directamente; irritación que se traduce por un estado congestivo, muy favorable por otra parte, para que los gérmenes que allí habitan como saprofitos o que llegan transportados por la corriente de aire inspirado desarrollen su actividad patógena y la infecten. Se comprende que subsistiendo la causa y persistiendo la irritación de un modo constante, la infección de tal sector de la faringe en vez de regresar pase fácilmmente al estado crónico y pueda, en lo sucesivo, ser un punto de partida para que la infección se propague por continuidad a los órganos respiratorios intra-torácicos. Vemos, pues, cómo una obstrucción nasal,

por el mero hecho de existir, es capaz de determinar una faringitis crónica, origen a su vez de una laringitis y de un proceso tráqueo-bronco-pulmonar en definitiva.

Como es bien sabido, por los recovecos de la mucosa nasal pululan, igual en estado de perfecta amplitud respiratoria que en caso de obstrucción, un sin fin de microorganismos que, en estado saprofito, están esperando una ocasión favorable para exaltar su virulencia, adquirir mayor vitalidad y convertirse en patógenos. Tan pronto como una causa cualquiera, el frío por ejemplo, les proporciona esta ocasión desarrollan sus aptitudes e infectan la mucosa dando lugar, si las circunstancias son propicias para adoptar los fenómenos un giro agudo y franco desde el primer momento, a los intensos fenómenos de hipersecreción e hiperhemia de la pituitaria con sensación de pesadez de cabeza y aun de cefalalgia, taponamiento nasal con voz gangosa y respiración bucal, estornudos, lagrimeo, quebrantamiento general, elevación térmica..., etc., que caracterizan al coriza agudo y forman su cortejo.

En uno y otro caso, es decir, con obstrucción nasal y sin ella, los fenómenos pueden quedar localizados y regresar espontáneamente curándose el proceso sin más contratiempos; como puede ocurrir también, y de hecho ocurre la mayoría de las veces, que el coriza se propague a todo el árbol respiratorio y *pasando* como dice el vulgo, *el resfriado al pecho,* dé lugar a un proceso agudo broncopulmonar más o menos intenso y más o menos grave. Mas cuando existe un obstáculo nasal, la regresión no se verifica en aquel caso tan fácil y rápidamente; el catarro nasal en vez de extinguirse por completo, no hace más que atenuarse y declinar, pues las fosas nasales obstruídas, al estar privadas del barrido mecánico que la corriente aérea realiza tanto a la inspiración como a la expiración, se convierten en una cavidad con las mejores condiciones de calor y humedad para que la infección no se extinga completamente. Como consecuencia, queda un estado de infección latente, un estado de hipovirulencia microbiana, que no se manifiesta ostensiblemente, pero que por sucesivas exacerbaciones a las que naturalmente está muy propicio, acaba por pasar al estado crónico. Y ello si en alguna de éstas o en su período mismo de latencia no se ha propagado, dadas las favorables condiciones, a los senos y ha originado una sinusitis o etmoiditis.

Cierto es que la infección puede existir previamente siendo no el efecto sino la causa de la obstrucción nasal: tal ocurre, por ejemplo, con los pólipos nasales consecutivos a un proceso infeccioso etmoidal. Pero de un modo o de otro sea la infección primitiva o sea secundaria, y empiecen los fenómenos muy intensamente para, amortiguándose poco a poco, acabar en la cronicidad, o adopten desde el comienzo un giro atenuado y latente, el caso es que la infección de las fosas nasales acompaña a la obstrucción como la sombra al cuerpo; y allí podrá permanecer silenciosa sin provocar accidentes

agudos durante más o menos tiempo, pero callada y solapadamente irá continuando su funesta labor infectando primeramente la rino-faringe y, ayudada por la irritación producida en ella por la respiración bucal, la faringe oral más tarde, para acabar (bien tomando la vía libre que la continuidad anatómica de la mucosa le ofrece o bien por la caída continua de las secreciones mocopurulentas en el árbol respiratorio o ya por la aspiración de los productos sépticos de que al ponerse en contacto con éstas se carga el aire inspirado), por infectar la laringe, tráquea, bronquios y vesículas pulmonares, dando lugar a esas laringitis y tráqueo-bronquitis tan rebeldes y que tan frecuentemente son confundidas con los procesos tuberculosos; sin ser todo ello más que una consecuencia lógica e inexorable de aquel catarro nasal, de aquel coriza, de aquel resfriado y de aquella dificultad respiratoria nasal de otro tiempo, a los que ni el enfermo ni su médico concedieron importancia de momento, pero que callada y traidoramente ha seguido su labor, favorecida por el estado de menor resistencia en que todo el organismo en general y los órganos profundos del aparato respiratorio en particular se encuentran, a causa de la hipohematosis consecutiva a la llegada del aire a los pulmones en cantidad insuficiente.

He aquí, pues, cómo la infección que acompaña a la obstrucción nasal va progresando continuamente hacia las profundas vías respiratorias para acabar por invadir los bronquios y dar lugar a esos estados catarrales localizados, no ya en el vértice pulmonar, sino en esa otra zona que corresponde al origen del bronquio superior denominada por Martín de Magny «zona del ángulo del hombroplato» y que afectando a individuos adelgazados, de aspecto anémico y enfermizo, cargados de espaldas, debilitados, que tosen, que expectoran y que incluso tienen reacción febril vespertina y hemoptisis, dan la sensación de que padecen un proceso tuberculoso... que desaparece tan pronto como una intervención restablece la permeabilidad respiratoria de sus fosas nasales.

Y he aquí planteada una cuestión altamente interesante, cual es la relación entre

La obstrucción nasal y la tuberculosis pulmonar

Porque es el caso que, si ciertamente muchos de estos pseudo-tuberculosos no son sino obstruídos nasales, es preciso, como dice muy bien Sergent en el capítulo «Les Rhino-Bronchites descendantes» de su obra «Les Syndromes Respiratoires», «*no llevar la cosa al extremo e incurrir en el error inverso; es preciso que el miedo de la tuberculosis, la tuberculofobia, no sea sustituída por la rinofobia*», pues, «*si es importante no ver un tuberculoso en un falso tuberculoso, tan importante es desconocer un tuberculoso verdadero y considerarlo como un simple bronquítico crónico*».

Pero como dice también el citado autor, «*muchos tuberculosos incipientes*

son insuficientes respiratorios; muchos antiguos tuberculosos con esclerosis más o menos marcada de sus vértices, son insuficientes respiratorios», lo que indica que la insuficiencia respiratoria, la obstrucción nasal, es causa muchas veces de la tuberculización de un sujeto. Y véase cómo, pues, tan interesantísima cuestión plantea a sus vez dos problemas, cual son: 1.º, la diferenciación entre las tuberculosis verdaderas y las pseudo-tuberculosis; la tuberculosis pulmonar y las bronquitis rinógenas; y 2.º, la influencia de la obstrucción nasal en la producción de la tuberculosis.

1.º LAS TRAQUEO-BRONQUITIS RINÓGENAS O PSEUDO-TUBERCULOSAS. — Hace ya cerca de un siglo, en 1857, Guéneau de Mussy llamó la atención sobre la frecuencia de unas traqueo-bronquitis tenaces y rebeldes que, acompañadas de abundante tos y expectoración, presentaban los jóvenes portadores de vegetaciones adenoides; Percepied, en 1881, publicó un trabajo estudiando las complicaciones traqueo-bronquiales en los catarros de las primeras vías respiratorias; Lichwitz, en 1890, y Moure y Brindel, en 1896, insistieron sobre la influencia de las sinusitis en las afecciones bronco-pulmonares; y Martín de Magny, en 1901, dió a conocer su célebre Memoria «Accidents pulmonnaires consecutifs aux lesions du nez, des cavités accesoires, de l'oreille et de la región rétro-faryngée», dirigida a la Academia de Medicina de Burdeos, en la que, sintetizando en el síndrome que lleva su nombre los diferentes signos que caracterizan a los accidentes pseudo-fímicos de origen nasal, llamó la atención de los clínicos sobre la existencia de las falsas tuberculosis. El asunto no es pues nuevo ni mucho menos.

Pero pese a ello y a los trabajos de Chauvet, de nuestro compatriota Botey, de Aboulker, de Lermoyez..., las falsas tuberculosis pulmonares que habían sido puestas en evidencia por Martín de Magny, cayeron en el olvido. Y llegó la guerra de 1914. Y Rist, primero, y Sergent después, con motivo de las observaciones recogidas en las revisiones a que fueron sometidos gran número de inútiles por tuberculosis, pusieron de manifiesto en numerosos trabajos (entre los que descuella la famosa Memoria de este último autor, titulada, *Historia sugestiva de algunos falsos tuberculosos* — que por cierto le valió no pocos dicterios y persecuciones por parte de los revisados—) el importante papel que las infecciones de naso-faringe producidas y mantenidas por una impermeabilidad nasal, desempeñan en la etiología de ciertas bronquitis que fácilmente adoptan un giro de cronicidad y que por los signos con que se manifiestan son motivo, frecuentemente, de confusión con la tuberculosis pulmonar, y cuyas observaciones y trabajos fueron corroborados por los de los americanos Gerald Webb y Burton Gibbert y completados por los de Florín, quien con la gran experiencia adquirida en el balneario de Cauterets ha precisado la cuestión señalando el importantísimo papel que las bronquitis rinógenas ocupan entre las causas productoras del enfisema pulmonar.

La sintomatología en nada difiere en ambos procesos; en los dos el enfermo tose, expectora y hay ligera elevación térmica vespertina; en los dos hay adelgazamiento, sudores nocturnos e incluso pequeñas hemoptisis consistentes en estrías sanguinolentas en los esputos.

Si el tuberculoso tose, el obstruído nasal también tose. Su tos es unas veces seca, convulsiva, quintosa, *tos nasal de Lermoyez* debida a la irritación que el aire inspirado ejerce sobre la laringe tráquea y bronquios, y sobreviene otras por la mañana y es tenaz y persistente, acompañándose de expectoración con la que expulsan las secreciones moco-purulentas de origen faríngeo caídas y depositadas durante la noche en el árbol respiratorio mezcladas con las procedentes de la tráquea y bronquios.

Si el tuberculoso expectora, el obstruído nasal también expectora, expulsando esputos moco-purulentos nummulares idénticos a los de la tuberculosis y cuya procedencia hemos expuesto.

Si el tuberculoso tiene hemoptisis, también el obstruído expulsa, a veces, sangre en los esputos, procedente de la ruptura de pequeños vasos varicosos de faringe, que ceden y se rompen con la tos o los esfuerzos realizados para arrancar las secreciones y cuyas varices cuando asientan en la base de la lengua o en los repliegues gloso-epiglóticos dan la sensación (por la dificultad de ser descubiertas) de tratarse de verdaderas hemoptisis. El único dato que distingue a estos esputos de los tuberculosos es, de una parte la ausencia de bacilos de Koch, y de otra la presencia de la misma flora bacteriana que la de las mucosidades rino-faríngeas expulsadas por el enfermo; detalle de gran significación que debe ser tenido muy presente para hacer el diagnóstico.

Si el tuberculoso adelgaza y tiene reacción febril vespertina, también el obstruído nasal presenta en ocasiones ligeras elevaciones térmicas y pérdida de peso y energías, que se explican perfectamente por la penetración en el organismo de los productos sépticos de origen sinuso-nasal, por la insuficiencia de la hematosis, por el retardo de las funciones de nutrición, por la deglución de las secreciones moco-purulenta rino-faríngeas y aun, según parecen indicar las modernas investigaciones, por un trastorno del metabolismo basal.

Si a estos signos funcionales se añade que, como consecuencia de su infección traqueo-bronquial, existen también signos subjetivos, como sub-macidez a la percusión, debilidad del murmullo vesicular, rudeza inspiratoria, expiración sibilante y prolongada, estertores..., etc., localizados de una manera especial a los vértices; que a la inspección se observan deformidades esqueléticas de la caja torácica; que radioscópicamente se aprecian una disminución de la transparencia de los vértices (consecutiva a la menor aereación por insuficiencia respiratoria) y adenitis hiliares; que como consecuencia de la hipofunción hematósica estos enfermos son verdaderos intoxicados, anémicos y de

mal estado general, la semejanza sintomática es tan completa, que no es sorprendente que la duda surja en el ánimo del clínico por avisado y perspicaz que sea y diagnostique una tuberculosis pulmonar en sus comienzos.

Si por otra parte se tiene en cuenta que merced a la irritación constante del aparato fonatorio estos sujetos presentan con frecuencia una disfonia que, naturalmente, persistiendo la causa productora no cede a los tratamientos habituales, ¿qué médico no piensa en una tuberculosis pulmonar complicada de laringitis específica? Y sin embargo el enfermo no es un tuberculoso. Es solamente un obstruído nasal que tras la extirpación de su obstáculo y restablecimiento de la permeabilidad respiratoria nasal renacerá a la vida como una planta falta de agua que tiene en adelante asegurado el riego.

Recuerdo a este propósito un caso que tuve ocasión de observar el año 1927 durante mi permanencia en Madrid en el Servicio de Laringología del doctor Fumagallo, que a este objeto es altamente significativo.

Por un compañero de un pueblecito de la Mancha me fué enviada una muchacha de unos diez y ocho años, que estaba tratando de tuberculosis pulmonar, la que desde hacía tres meses padecía una rebelde ronquera que no cedía a ningún tratamiento. El compañero, suponía que el proceso laríngeo era también fímico y en una carta en la que me hacía historia de la enfermedad, me rogaba que le diese mi opinión y le pusiese tratamiento. La madre de la enferma, que la acompañaba, traía una radiografía de tórax, en la que yo, poco ducho por otra parte en la interpretación de estos radiogramas, no pude apreciar más que marcada adenopatía hiliar, más acentuada en el lado derecho.

Al interrogatorio, la enferma me refirió una historia de tos, expectoración, fiebre vespertina, pérdida de apetito, adelgazamiento..., etc.; los consabidos signos, que tan ambiguos son, de tuberculosis pulmonar; y con posterioridad a tales síntomas, desde unos tres meses antes, ronquera que, al principio intermitente, había acabado por instalarse permanentemente. Como, además, su aspecto exterior pálido y enfermizo se correspondía bastante bien con los datos que el compañero me daba y los que me proporcionó el interrogatorio, no tuve inconveniente en aceptar en principio el diagnóstico que aquél había hecho. Y procedí a practicar un detenido reconocimiento.

Pero al empezar, como en nosotros es costumbre, por el examen de boca y faringe, me llamaron la atención dos signos que para el laringólogo son de gran significación diagnóstica: primero, la *ausencia de palidez del paladar blando,* ese signo tan común y significativo de las laringitis fímicas; segundo, la *presencia de secreciones moco-purulentas adheridas a la pared posterior de faringe;* detalles que me movieron a ampliar el interrogatorio, a fin de averiguar la existencia de la sensación de estorbo retro-nasal, que confirmada por la enferma, hizo, en unión de los signos observados, nacer en mí la sospecha

de una obstrucción nasal con infección naso-faríngea consecutiva, hecha patente al efectuar la rinoscopia y ver un tabique nasal desviado en S que, complicado con un espolón del lado *derecho,* obstruía por completo la fosa nasal de este lado e incompletamente la del lado izquierdo.

La rinoscopia posterior mostraba algunos vestigios de tejido adenoídeo en rino-faringe, y la mucosa de ésta recubierta en toda su superficie de secreciones moco-purulentas indicadoras, en unión de una rubicundez de la mucosa, de un catarro naso-faríngeo.

Por laringoscopia se observaban unas cuerdas vocales ligeramente paréxicas que no llegaban en el acto fonatorio (al pronunciar la *e)* a juntarse completa y normalmente por su parte central; sonrosada la izquierda y roja en toda su extensión la *derecha,* presentaba en el borde libre de su tercio posterior una pequeñísima descamación que no llegaba a ser verdaderamente una ulceración.

A la auscultación pulmonar se apreciaba un apagamiento del murmullo vesicular con rudeza respiratoria y algunos estertores finos en el vértice del pulmón *derecho,* pero localizados más bien en la *región del ángulo del omoplato.* La percusión no indicaba nada de particular.

Ante todos estos datos, me reservé el diagnóstico: aquella obstrucción nasal; la homolateralidad de todas las lesiones; la presencia de moco-pus en rino-faringe, y el «signo del ángulo» de Martín de Magny (que dista mucho de ser la zona de alarma de Chauvet y Sergent, situada como es sabido más en el vértice), pesaban mucho en mi ánimo en favor de una tráqueo-bronquitis rinógena. Y sin poner en evidencia al compañero, antes bien dándole la razón, aconsejé, como primera medida, la liberación de aquellas fosas nasales obstruídas, al mismo tiempo que unas inhalaciones balsámicas, desinfección rino-faríngea y reposo vocal absoluto.

Aceptada la intervención, se practicó una resección submucosa del séptum nasal, marchándose la enferma a su pueblo al cabo de cuatro o cinco días, cuando habiendo cedido considerablemente los fenómenos inflamatorios post-operatorios, empezaba a respirar libremente por las fosas nasales, no sin recomendarle unos ejercicios de reeducación respiratoria y el tratamiento que más arriba dicho queda. En una carta que le di para su médico le explicaba mi opinión y todo cuanto había hecho.

No volví a ver más a la enferma (esto en España es muy frecuente), pero profundamente interesado por el caso, escribí al compañero en demanda de noticias, el que al cabo de algún tiempo me contestó muy satisfecho diciéndome que la muchacha había empezado a mejorar rápidamente a raíz de la operación y que por aquel momento estaba completamente curada de lo que él creía una tuberculosis pulmonar, habiendo aumentado en peso.

Pudiera pensarse maliciosamente por cuanto hemos expuesto antecedentemente que con ello hemos querido dar a entender que la tuberculosis es incurable y que los únicos tuberculosos que se curan son los que... no son tuberculosos. Y, sin embargo, nada más inexacto ni más lejos de nuestra intención. La tuberculosis es una enfermedad perfectamente curable, sobre todo en sus comienzos: esto no puede ser puesto en duda en modo alguno. Pero si ello es cierto, si es así, efectivamente, también lo es que muchos enfermos etiquetados de tuberculosos no lo son, como lo prueba el caso referido, y que estudiados concienzudamente y explorados meticulosamente resultan nada más que unos obstruídos nasales.

Y esto es lo que queremos dejar bien sentado, encareciendo la importancia que tiene en presencia de un enfermo *sospechoso* no limitar la exploración al aparato bronco-pulmonar, y la necesidad que hay de extenderla a TODO el aparato respiratorio, buscando la causa de la tos y el origen de los esputos, de la fiebre, y de la permeabilidad nasal y asiento del foco infeccioso. Un examen rino-faríngeo es fácil y dura unos minutos. No hace falta que el médico afine el diagnóstico; poco importa que ante una obstrucción nasal o un síndrome de insuficiencia respiratoria, confunda una hipertrofia de cornete con unos pólipos nasales, o, que en presencia de moco-pus en la pared posterior de faringe no distinga un catarro naso-faríngeo de una sinusitis posterior. Lo interesante es que se dé cuenta de que allí existe *algo* que obstruye o que está infectado o ambas cosas a la vez; sin que haga falta precisar el diagnóstico para orientarse y orientar al enfermo. Con ello no sólo ganará prestigio, acreditándose de gran «ojo clínico», sino que tendrá la satisfacción de haber contribuído a curar y, sobre todo, a tranquilizar una familia y un enfermo que no era tuberculoso *todavía,* pero que muy posiblemente hubiese acabado por tuberculizarse. Porque es el caso que la obstrucción nasal influye poderosamente, facilitando la tuberculización del que la sufre. Veamos como:

2.º La obstrucción nasal como causa de la tuberculosis. — Si verdaderamente es un hecho real que no todos los obstruídos nasales son tuberculosos, también es indudable que las estenosis nasales y las infecciones crónicas de rino-faringe consecutivas a la obstrucción o productoras de ella, juegan un importantísimo papel como causa predisponente.

Como demostrativo de tal aserto, no deja de ser interesante y curioso examinar las estadísticas concernientes a tal objeto.

Moeller ha comprobado en 120 tuberculosos un porcentaje de 84 por 100 de estenósicos nasales.

Von Rivers ha examinado 1.000 enfermos, 500 tuberculosos y 500 no tuberculosos, encontrando doble número de obstruídos entre los primeros que en los segundos.

Wotzilka ha comparado 100 tuberculosos con 100 indemnes de bacilosis,

comprobando entre los primeros 45 sujetos con obstrucción nasal, mientras que en los segundos no ha podido encontrar más que 13.

Didier, en los exámenes llevados a cabo en el dispensario Louise de Marillac, encuentra que más del 43 por 100 de los tuberculosos pulmonares presentan lesiones obstructivas de las vías respiratorias superiores, mientras que los indemnes de tuberculosis (de los que la mayor parte son falsos tuberculosos) la proporción no alcanza más que un 30 por 100.

Razemon, en fin, hace notar, apoyado en los resultados de su estadística, que los bacilosos afectos de obstrucción nasal constituyen más del cuarto de la totalidad de los enfermos reconocidos en el dispensario Emile Roux del Instituto Pasteur de Lille, mientras que los sujetos sanos con deformidades obstructoras del séptum nasal no llega a la octava parte de los casos, de donde concluye que «La obstrucción nasal puede, por sí misma, ser un factor importante en la génesis de la tuberculosis pulmonar».

Es sabido que, si no la única, una de las más importantes vías que la infección tuberculosa sigue para contaminar al individuo, es la inhalación de partículas de saliva impregnadas de bacilos de Koch que, procedentes del enfermo tuberculoso, existen en el aire inspirado.

Cierto que se nos puede argüir que esta inhalación igual puede efectuarse por la inspiración nasal. Y aun que ello es absolutamente cierto, como lo prueba el que no todos los tuberculosos son obstruídos nasales, si se considera que el aire inspirado por respiración bucal no ha sido depurado como el inspirado por las fosas nasales, se convendrá en que respirando por la boca ha de ser mayor la cantidad que de bacilos ha de llegar a los pulmones.

Pero no es esto sólo. Si todo el que inhala bacilos de Koch se tuberculizase, no habría nadie que no fuese tuberculoso; lo que quiere decir que no basta para que un individuo se tuberculice con que el bacilo llegue a los pulmones, sino que es preciso otro factor, otra circunstancia favorable para que la infección *prenda*, cual es la naturaleza propicia del terreno.

Ahora bien, los efectos de la impermeabilidad nasal sobre el organismo en general son de lo más pernicioso que imaginarse puede; el obstruído nasal es un sujeto pálido, delgado (¡cuántos obstruídos nasales no han venido a nosotros pidiéndonos un reconstituyente, a los que les hemos contestado que el mejor reconstituyente era la liberación de sus fosas nasales y el restablecimiento de su permeabilidad nasal!), cargado de hombros y hundido de pecho, con hematosis precaria, con tórax deforme..., en una palabra, sin defensas y con un desarrollo orgánico débil o atrasado. En estas condiciones, se comprende que el bacilo de Koch encuentra un terreno propicio, un organismo vencido de antemano y en las mejores circunstancias para desarrollar su nefasta labor. No es, pues, solamente que el obstruído inhale mayor cantidad

de bacilos; es que, como dice Sergent, muy elocuentemente, «*la estenosis nasal les conduce a la insuficiencia respiratoria, la ventilación defectuosa, y la disminución de sus cambios respiratorios, pueden, en cierta medida, favorecer la germinación de una tuberculosis que, de otro modo, aun inoculada, hubiera podido ser extinguida en el sitio*».

Se ve, pues, que todo obstruído nasal, si no es un tuberculoso, es un candidato a la tuberculosis y un predispuesto a tuberculizarse; y se ve la extraordinaria importancia que, como decíamos antes, tiene, como medida profiláctica, la conservación, restablecimiento y atenta vigilancia de una amplia respiración nasal.

Porque bien están todas esas reuniones benéficas, esos festivales y esas colectas pseudo-caritativas con que recaudar fondos para construir sanatorios y preventorios; excelentemente orientadas esas conferencias y propagandas antituberculosa; dignos de encomio esos esfuerzos oficiales y particulares encaminados a proveer al ciudadano de viviendas higiénicas, al niño de escuelas amplias y al obrero manual e intelectual de talleres, fábricas y oficinas bien ventiladas y capaces; merecedores de estímulo y apoyo esos viajes de las colonias escolares al monte y a las playas; y dignos, también, de aplauso y aliento esos ejercicios deportivos dentro de prudentes límites; esas excursiones domingueras en busca de sol y aire libre; esa buena alimentación y esa vida higiénica recomendada por higienistas y médicos; pero sin que olvidemos, que ese aire puro que tratamos de proporcionar a los tejidos y órganos del individuo, tiene que pasar por los pulmones para llegar a ellos; sin que olvidemos, que tiene que llegar en las debidas condiciones de cantidad y calidad, para lo que, se necesita una amplia y perfecta respiración nasal, sin la cual, todas esas recomendaciones, propagandas, excursiones y ejercicios son, al menos, estériles, a veces perjudiciales y siempre sin efecto.

En buena lógica, la verdadera profilaxis no se circunscribe solamente a procurar la curación del tuberculoso y evitar por todos los procedimientos imaginables que difunda su enfermedad, sino en proteger también al indemne para que no se tuberculice. Y para ello no basta aislarlo del tuberculoso confirmado, ya que es infinito el número de tuberculosos que, ignorados, van expeliendo diariamente aterradoras cantidades de bacilos de Koch por el aire ambiente; para ello una de las condiciones necesarias, es, que se respire aire puro y limpio en cantidad suficiente, lo que no puede ser realizado más que a base de una AMPLIA Y COMPLETA RESPIRACION NASAL, imposible de llevarse a cabo cuando en las fosas nasales o rino-faringe asienta algún obstáculo.

Y véase cómo la corrección de un tabique desviado, la extracción de unos pólipos nasales, la resección de una cola de cornete o el raspado de

unas vegetaciones adenoides (operaciones que diestramente ejecutadas no encierran el menor peligro si se toman las debidas precauciones), puede arrancar una víctima a las garras de la tuberculosis.

* * *

Mas no es éste el solo tipo con que en el aparato bronco-pulmonar pueden manifestarse los fenómenos determinados por la obstrucción nasal.

Las secreciones moco-purulentas procedentes de la faringe y caídas en el árbol bronquial o bien la irritación constante por el aire impuro actuando de una manera constante sobre todas las ramificaciones bronquiales, puede muy bien, en vez de localizarse a un sector determinado, afectar a todas ellas y aun a los alvéolos pulmonares y producir, a la larga, una bronco-alveolitis con enfisema pulmonar consecutivo, y los consiguientes fenómenos de desfallecimiento cardíaco.

Cierto es que estas bronquitis crónicas se presentan a veces en individuos que no han traspasado los linderos de la juventud, pero no lo es menor, que esas lesiones bronquíticas enfisematosas son patrimonio casi exclusivo de las edades avanzadas; que no se hacen ostensibles prematuramente, pero que ello no supone, ni mucho menos, una integridad anatómica y fisiológica absolutas y un estado de normalidad del aparato bronco-pulmonar, que, por el contrario, está seriamente *tocado* y en plena evolución patológica. Podrá durar más o menos tiempo esta aparente normalidad; es posible y aun corriente que sea alterada en ocasiones y a intervalos cada vez menos espaciados por brotes agudos y pasajeros de bronquitis aguda. Pero día llegará en que el brote se convertirá en definitivo y permanente con todo el cortejo de tos, expectoración, disnea, insomnios, ahogos..., etc., preludios de una dilatación de corazón derecho que acabará, probablemente, en un ataque de asistolia... Y será entonces, al instalarse definitivamente los fenómenos de bronquitis con enfisema pulmonar, cuando acaso se dé cuenta el enfermo de su estenosis nasal durante tantos años mantenida y desatendida, y cuya corrección, cuyo restablecimiento de la permeabilidad nasal, no traerá consigo como en el caso anterior una curación total, y acaso ni siquiera un alivio, porque las lesiones afectan ya al substráctum anatómico. «*Todas las infecciones de la naso-faringe*—dice Besançon—*entretenidas, más o menos, por las deformaciones de los cornetes o del tabique o por la presencia de vegetaciones adenoides, son una causa importante de rino-bronquitis descendentes agudas o a repetición, y en fin, de bronquitis crónica*».

Otras veces, independientemente de estas complicaciones infecciosas o sumándose a ellas, se desencadenan ciertos accidentes, en cuyo desarrollo para nada interviene la naturaleza infecciosa del proceso. Son aquellos en los que la tupida red simpática que inerva la pituitaria y que tan íntima relación guarda

con el organismo entero, puede ser excitada por una causa obstructora nasal, (mecánica e infecciosa, ello no importa), y provocar, al actuar como espina irritativa, intensos desórdenes a distancia por fenómeno reflejo. Y es así, por excitación de la mucosa nasal, a condición de existir ciertas condiciones patológicas, como se producen muchas veces el espasmo bronquial y los accesos de asma.

Según las modernas concepciones de la patología, tres factores esenciales intervienen en la producción del acceso asmático, que son: El choque coloidoclásico; una distonia neuro-vegetativa; y una espina irritativa que es el punto de partida de la irritación nerviosa, la cual, conducida por el sistema vago-simpático que ella ha excitado, es conducida hasta sus terminaciones en la mucosa de los bronquios determinando el acceso. Es decir; que la obstrucción nasal *por sí sola* no es capaz de producir el acceso, sino que actúa como *causa ocasional*, que un estado de inestabilidad neuro-vegetativa actúa rompiendo el equilibrio humoral.

Y así es en efecto; sabido es que en las fosas nasales existe una rica red nerviosa trigémino-simpática. Pues bien; puede muy bien darse el caso de que un individuo en ciertas condiciones de inestabilidad humoral con terreno endocrino-simpático predispuesto, (no hay que olvidar el papel regulador de las glándulas endocrinas sobre el sistema vago-simpático), o con un medio humoral sensibilizado, padezca unos pólipos nasales, una cresta o espolón de septum, una hipertrofia de cornete, una desviación de tabique o unas vegetaciones adenoides. (Las vegetaciones, no son como erróneamente se cree, patrimonio exclusivo de la infancia; por el contrario, existen con muchísima frecuencia en los adultos). Las cuales, en un momento dado y por la causa más insignificante, el frío por ejemplo, al congestionar la mucosa nasal ponen en contacto determinado territorio de ella, con el obstáculo nasal, el cual irrita las terminaciones del sistema trigémino-simpático, y transmitidas por la rama centrípeta a los centros bulbo-medulares, de los cuales por la centrífuga va a parar a los bronquios, produciendo el acceso asmático.

He aquí, cómo un obstáculo nasal puede, aparte de toda acción infecciosa, ser causa de los molestos trastornos; y he aquí, cómo su supresión, puede dar lugar a la curación de un asmático.

Ahora bien; es el caso que como ha demostrado Schmidt, en toda estrechez de las vías respiratorias, el acto inspiratorio va seguido de una rarefacción del aire en los tramos profundos, con consecutiva hiperhemia del revestimiento epitelial, acompañado de una secreción más o menos abundante de moco, que conduce a una compleja distrofia de la mucosa bronquial en definitiva. Así se explica, que la repetición de los accesos de asma, den lugar a la bronquitis crónica y enfisema pulmonar consecutivo. Y así se explica el

por qué en estos enfermos, al llegar a este estado, no tiene ninguna eficacia la extirpación del obstáculo.

* * *

En resumen, como hemos visto, la obstrucción nasal es susceptible de provocar las más variadas alteraciones en el sistema bronco-pulmonar, cuya variedad e importancia, a veces, justifica la necesidad de no descuidar jamás, en presencia de un enfermo de aparato respiratorio, la exploración de la faringe y fosas nasales.

L A S C I S T I T I S

POR EL

DR MAURICE JOURDAN

Antiguo Jefe de Clínica Urológica de la Facultad de Medicina

MONTPELLIER (Francia)

Se llama cistitis a la inflamación de la pared vesical provocada por gérmenes infecciosos diversos o por cuerpos extraños.

Tres síntomas capitales caracterizan la cistitis: el dolor, la frecuencia de las micciones y la piuria o hematuria.

Se dividen las cistitis en agudas y crónicas. Decir simplemente que un enfermo tiene una cistitis no es hacer un diagnóstico; es lo mismo que decir en Medicina general que un enfermo tiene fiebre. Es necesario para el diagnóstico que la palabra cistitis vaya seguida del nombre de la causa conocida o supuesta de la enfermedad.

Insistimos sobre el hecho de que toda reacción anormal de la vejiga sea desgraciadamente muy a menudo tratada como una ligera afección banal, siendo así que en las tres cuartas partes de los casos, es el síntoma de comienzo de una afección muy grave que puede ser causa de una intervención o a veces de la muerte (tuberculosis, cáncer, etc.).

ETIOLOGÍA. — ¿Cuáles son las causas de la cistitis?

1.ª El traumatismo: un cateterismo realizado sin haber tomado las precauciones asépticas y antisépticas necesarias (las mujeres en parto, en una retención aguda en un prostático, en los estrechos, etc.).

2.ª Los cuerpos extraños introducidos por el enfermo (horquillas, agujas romas, trozos de cerillas largas, tallos de planta (un caso) y muchos otros objetos), o dejados accidentalmente en la vejiga (bujías conductoras filiformes, trozos de litotritor roto, etc.).

3.ª Los cálculos.

4.ª Las infecciones renales microbianas (bacilo de Koch, colibacilo, gonococo, pyociánico, Eberth, etc.).

5.ª Los tumores, ofreciendo variedades importantes según su naturaleza, desde el papiloma calificado de benigno (benignidad bien relativa) hasta el carcinoma generalizado, en una palabra, el cáncer de vejiga.

6.ª Los parásitos de la sangre (bilharziosis en los sujetos que hayan habitado en las colonias africanas, muy rara en los europeos).

7.ª La sífilis (bastante rara).

8.ª Más raramente la alteración de las paredes, ya por estancamiento de la orina infectada en los estrechos u otros urinarios infectados, como en los prostáticos, o en los sujetos afectos de lesiones medulares que hayan dado lugar a la parálisis de la musculatura vesical.

TRATAMIENTOS. — ¿Qué hacer en presencia de un enfermo que presente los síntomas de cistitis?

1.º Hacer un diagnóstico de certeza o probabilidad.

2.º Hacer un tratamiento inmediato, aliviar al enfermo.

Para hacer el diagnóstico pueden poner en camino muy frecuentemente el estado de la uretra, el examen de los órganos genitales, de la próstata, la afección general que el enfermo sufre; pero también a veces, a pesar de un examen muy bien hecho, es imposible encontrar ni aun una probabilidad sobre la naturaleza de la infección; se recurrirá entonces al examen microbiológico de las orinas, que todo médico puede y debe hacer. Es suficiente para esto hacer una desinfección muy cuidadosa del meato uretral (sobre todo en la mujer), y, después de haberse lavado las manos con alcohol y haberlas enjuagado en agua hervida, hacer un cateterismo con ayuda de una sonda convenientemente hervida durante diez minutos, dejar correr el primer chorro, y recoger en seguida las orinas en una botellita igualmente aseptizada, así como su tapón; todo lo cual será enviado al laboratorio de bacteriología más próximo. Casi todos los médicos, actualmente, hacen deducciones de todo género y tomas de sangre que envían a los laboratorios; es pues también fácil para ellos enviar la orina.

Es preciso ahora aliviar al enfermo.

Se aprovechará el cateterismo hecho con el fin de evitar un dolor sobreañadido, y se instilará en la vejiga un medicamento escogido entre aquéllos de que vamos a hablar en seguida.

Se podrá igualmente hacer una inyección de morfina o de pantopón, o bien después de haber hecho administrar un enema evacuador con agua hervida tibia (medio litro) prescribir un pequeño enema de retención, para el que podemos señalar como una buena fórmula la siguiente:

Láudano de Sydenhan	**de 25 a 30 gotas**
Antipirina	**2 gramos.**
Agua hervida tibia o leche	**60 »**

Si a pesar de este tratamiento los dolores no se alivian, no hay que dudar en poner una sonda permanente. En el hombre la sonda de muleta de Marion, de goma, flexible y de varios ojos, es excelente; en general el número 16, si el enfermo no es estrecho, es bien tolerada. Se la fijará por medio de algunos pedazos de leucoplasto.

Para la mujer será preferible emplear la sonda autofijadora de Malecot, de dos aletas, antes que la sonda de Pezzer (más dolorosa de introducir y sacar); se podrá, si la vejiga lo tolera, emplear la sonda en caracol de Pousson.

Una vez colocada la sonda, será necesario hacer, mañana y noche, un pequeño lavado de algunos centímetros cúbicos a cada golpe de pistón con una solución ligeramente antiséptica, y sobre todo no distender jamás la vejiga.

Se prescribirá un antiséptico por vía bucal, escogiendo el producto que se tenga más costumbre de emplear: Uroformina, Urometina, Urosanina, etc. Se puede observar algunas veces con el empleo de la Uroformina, que es por otra parte el mejor antiséptico urinario, escozores bastante vivos; también será prudente añadir benzoato de sosa. He aquí una fórmula que da buenos resultados:

Azul de Metileno	**5 centigramos**
Benzoato de sosa.	**20 »**
Uroformina Gobey	**30 »**

Para un sello. (Tres o cuatro sellos por día.)

Como bebidas las tisanas son útiles, pero tomadas en pequeña cantidad, pues el aumento de la secreción urinaria disminuiría el poder antiséptico de los medicamentos y además obligaría al enfermo a tener micciones más frecuentes.

A título indicador las tisanas cuyo efecto sedativo es manifiestamente más grande, son: la tisana de granos de lino, la tisana de liquen, etc.; estas tisanas podrán ser edulcoradas con la mezcla siguiente:

Jarabe de trementina	**a a**
Jarabe de brea	
Jarabe de Tolú	

Tres o cuatro cucharadas soperas al día.

HIGIENE GENERAL. — Supresión de las especias, alcoholes, etc. Hacer tomar al al enfermo, aunque vaya bien de vientre, un enema de agua hervida tibia de medio litro cada día. Baños de asiento calientes, etc.

TRATAMIENTO LOCAL. — Un gran principio domina en el tratamiento local de las cistitis; no distender jamás la vejiga. Es preciso, cuando se trata una afección vesical, efectuar todas las manipulaciones con gran suavidad y cuidado. El mejor modo de tratamiento es la instilación. Esta consiste en inyectar lentamente algunos centímetros cúbicos del medicamento elegido.

Las sustancias empleadas generalmente, son:

El Argyrol, empleado a dosis de 5 a 10 por 100. Es un excelente medicamento, mucho menos activo que el nitrato de plata, pero menos doloroso.

El Protargol, al 10 por 100.

El Colargol, al 1 por 100.

Aunque el permanganato de potasa sea el remedio heroico de la uretritis blenorrágica, está formalmente contraindicado en la cistitis blenorrágica.

El aceite gomenolado al 10 por 100 es un excelente medicamento, pero es preciso no dejar permanecer jamás en una vejiga que no se vacía y que está infectada (prostática), una medicación aceitosa cualquiera que sea, pues expone al enfermo a uno o más cálculos de la vegiga. Estos se forman por la precipitación de las sales calcáreas de la orina fermentada que se aglomeran al contacto del aceite.

Una cistitis que no se mejora rápidamente, debe ser tenida por sospechosa y el médico debe mandar hacer un examen cistoscópico que, casi siempre, conducirá al diagnóstico. El examen cistoscópico revelará: ya lesiones banales de inflamación, ulceraciones, el estado de los orificios ureterales que indican a menudo el estado renal del enfermo, ya cálculos, un cuerpo extraño, un neoplasma, etc.

Si después de agotar todos los medios terapéuticos médicos los dolores son siempre demasiado vivos, es preciso hacer entonces el tratamiento quirúrgico, es decir, la cistostomía.

Tratamiento vacunoterápico. — El tratamiento por las vacunas es relativamente reciente y da excelentes resultados. Se puede emplear ya la auto- vacuna, ya el stock-vacuna. Una vez determinado por el Laboratorio el agente microbiano, causa de la cistitis, el médico, siempre tendiendo a crear un tratamiento antiséptico local y general, elige la vacuna apropiada y llega así a curar a su enfermo. Entre las vacunas que dan actualmente resultados mas halagüeños, podemos citar (fuera de las auto-vacunas):

La vacuna antigonocócica, el Gonagone. (Carrión).

Las vacunas I. O. D. de Ranque y Senez. (Marseille).

Cépede.

Grémy.

Instituto Pasteur.

Propidon.

La técnica para las inyecciones de vacunas debe ser siempre la misma: servirse de una aguja lo más fina posible, e inyectar lentamente la vacuna bajo la piel sin pentrar en el músculo.

Las reacciones con ciertas vacunas son algunas veces muy vivas y dolorosas, se las atenúa haciendo tomar al enfermo un comprimido o tableta de aspirina y, cuando la reacción local está acentuada, es conveniente aplicar algunas compresas de agua caliente recubiertas de tela impermeable.



Dr. VÍCTOR PAUCHET

PARÍS

FIGURAS MÉDICAS

CLÍNICA Y LABORATORIO

SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Diagnóstico Röntgenológico del tubo digestivo, por el **Prof. Dr. E. Stierlin (†);** segunda edición corregida y aumentada por el **Prof. Dr. H. Chaoul,** de la Universidad de Berlín. Traducción del alemán por el **Dr. A. Bages Carey.** Un volumen de 650 páginas (20 × 27 centímetros) con 893 grabados.

Editorial Labor, S. A.—Barcelona. 1931.

El profesor Sauerbruch, en el prólogo de esta magnífica obra, dice que es la primera recopilación de la röntgenología clínica de las afecciones del aparato digestivo y que el profesor Chaoul, que revisó y aumento la obra de Stierlin, ha seguido las huellas de este maestro, es decir, comparar los datos radiológicos de cada órgano, con la anatomía y fisiología del mismo, y acoplar los resultados radiológicos con la anatomopatología y la clínica.

Reputamos la obra como lo mejor que se ha publicado sobre la materia; la exposición es clara y ordenada; la casuística numerosa; las radiografías reproducidas — que son centenares — lo más correcto que hemos visto; los esquemas muy instructivos, el lenguaje brillante y correcto.

Los primeros capítulos tratan de los métodos especiales de exploración, instrumental y accesorios empleados y la marcha a seguir en la misma. Nos parecen muy prudentes las manifestaciones de los autores al desechar la insuflación artificial y el neumoperitoneo en la exploración del aparato digestivo; son escasas las ventajas de estos métodos y muy peligrosos los accidentes a que pueden dar lugar.

En cuanto a la técnica de la radioscopia, aconsejan no pasar de 3-6 miliamperes con 50-50 kilovoltios, con filtro de aluminio de 1-2 milímetros de espesor. La radiografía la hacen, generalmente, con intensidades de 150-200 miliamperes y tensión efectiva de 70-75 kilovoltios, lo que supone tiempos de exposición muy cortos, de 1/10 a 1/20 de segundo. Consideramos muy interesante el modelo de rontgenoscopio de Chauol, que tiene las siguientes ventajas: posibilidad de examinar al enfermo en posición decúbito abdominal, con proyección dorso-ventral de los rayos; poder tomar las radiografías inmediatamente después de la radioscopia y sin variar la posición del enfermo y, por último, centrar y colocar la región, a voluntad, y por tanto facilidad de hacer radiografías de 13 × 18 ó de 9 × 12 que rontgenografían las porciones de órgano que interesan; es, especialmente, muy adecuado para la observación del píloro y la obtención de radiografías de duodeno y pliegues, de la mucosa gástrica, mediante la compresión.

En el capítulo de exploración del esófago se ocupan de los cuerpos extraños,

estenosis cicatriciales, desviaciones, retracción, compresión y acodaduras: divertículos (este apartado es muy interesante y está bellamente ilustrado) · parálisis, espasmo y megaesófago; últimamente hacen un completo estudio del cáncer de esófago.

La exposición del capítulo sobre patología del estómago va precedida de un extenso estudio sobre la fisiología y topografía del órgano; es conciso claro y completo. Ante la imposibilidad de comentar todos los asuntos de esta magistral obra, nos limitamos a mencionar como de los más brillantemente expuestos los capítulos sobre gastritis, diagnóstico diferencial entre úlcera y cáncer, tumores benignos y sobre todo el estudio en que se expone el aspecto rontgenológico del estómago operado (gastroenterostomía simple y con ligadura del píloro; resección del estómago,escisiones locales, gastropexia, etc.)

El método preconizado por Chauol para la exploración del duodeno es muy interesante y se comprende que mediante él se puedan obtener tan elocuentes radiografías como las que ilustran todo este capítulo.

En casi todas las obras de la especialidad la parte correspondiente al estudio radiológico del intestino delgado es mediocre y de escasísima extensión; en la obra que nos ocupa este asunto está tratado con cariño y gran acopio de datos.

Por lo que respecta al intestino grueso, sin que haya nada original, es de notar las hermosas radiografías que lo ilustran.

Termina la obra con un Apéndice sobre el estudio radiológico del relieve de la mucosa gástrica: asunto éste de gran actualidad, se le ha dado toda la importancia que merece; rigurosamente expuesta y detallada la técnica a seguir, estudia el autor las modificaciones que en la topografía de los pliegues de la mucosa gástrica determinan las gastritis hipertróficas y atróficas, la úlcera y el cáncer y las modalidades que se presentan a consecuencia de operaciones como la gastroenterostomía.

La bibliografía inserta al final de la obra es de lo más completo en esta clase de trabajos, pues se acercan a tres mil las referencias anotadas.

La Editorial Labor, que ha compuesto la edición con el mayor esmero, merece nuestra gratitud y la de todos aquellos que sean amantes de la buena literatura médica.— Dr. Echeverría.

Manual de Psiquiatria por el **Dr. Levy-Valensi,** Médico de los Hospitales de París.—Un tomo de 488 páginas (14 × 21 centímetros) de la «Biblioteca del Doctorado en Medicina», de P. Carnot y L. Fournier, ilustrado con 108 grabados intercalados en el texto.

Editor: *Salvat Editores, S. A.*—Barcelona. 1930.

Esta colección, que tanto cuida del prestigio de los autores que firman sus

obras, ha requerido para la parte psiquiátrica, la colaboración del doctor Levy-Valensi, uno de los valores más destacados de la escuela neuro-psiquiátrica francesa.

Como advierte el autor en el prólogo, se trata de un Manual de Psiquiatria elemental, dirigido al estudiante y al médico práctico no especializado en esta disciplina. Situada la obra en este plano, hay que reconocer que alcanza su finalidad con acierto, pues el autor, que es un maestro en didáctica, esquematiza con originalidad hasta los más complejos problemas psicopatológicos haciéndolos asequibles hasta a los menos preparados en esta materia.

Dentro del matiz personalista que tienen algunos de sus capítulos, la obra permanece estrictamente limitada al círculo en que se mueve toda la psiquiatria francesa.

Esto no quiere decir que el autor haya prescindido sistemáticamente de conceptos y orientaciones que proceden de otras escuelas, sino más bien que al emplearlos los sitúa dentro del dogmatismo psiquiátrico francés.

Todo el contenido de la obra está condensado en cinco partes: en la primera, después de esbozar ligeramente el problema de las tendencias y constituciones, estudia en detalle las causas etiológicas, dividiéndolas en causas prenatales y postnatales. La segunda parte comprende el estudio de los síntomas mentales; dejando los síntomas físicos para estudiarlos en cada enfermedad particular. Es un resumen hecho con acierto.

La tercera parte, dedicada a la exposición de los principales síndromes mentales, está quizá comprimida en exceso. Los síndromes son de tal importancia para jalonar el campo de la patología mental, que bien merece su estudio una mayor amplitud.

En la cuarta parte se exponen las enfermedades mentales en particular. El autor las clasifica en cuatro grupos: 1.º Enfermedades mentales de evolución. 2.º Enfermedades mentales por desequilibrio o constitucionales. 3.º Enfermedades mentales adquiridas; y 4.º Enfermedades mentales por regresión o involución. Todos los cuadros clínicos están descritos con la claridad y amplitud necesaria para que el médico práctico o el estudiante adquiera una cultura psiquiátrica que satisfaga todas sus necesidades en esta materia.

El autor es parco en descripciones anátomo-patológicas, pero ello no resta utilidad al capítulo, puesto que el práctico pocas veces ha de recurrir a estas nociones para resolver sus problemas clínicos.

Completa la obra una parte dedicada a los elementos de práctica psiquiátrica. Hace una clasificación resumida de los trastornos mentales. Estudia la técnica de examen de un psicópata; hay un apartado para decir lo indispensable en terapéutica de las enfermedades mentales, y un resumen de legislación y práctica médico-legal psiquiátrica.

La claridad y sencillez con que están expuestas todas las materias, hacen muy estimable la obra de Levy-Valensi, que satisfará sobre todo a los simpatizantes de las concepciones y sistemática francesas. — J. ACERO LAGUNA.

Enfermedades del estómago. Su diagnóstico y su tratamiento, por el **Prof. Dr. Otto Porges,** de Viena. Prólogo del **Prof. Dr. A. Simonena.** Traducción del alemán por **J. Núñez Grimaldos.** Un volumen de 259 páginas (12'50 × 19 centímetros).

Editorial: *Plus Ultra.*—Madrid. 1931.

Lo que destaca del libro de Porges es su sabor clínico; el mejor elogio que podemos hacer de este manual, es decir que nos recuerda su lectura el famoso libro sobre Enfermedades del Estómago, que publicó hace años el doctor Madinaveitia.

El primer capítulo de la obra, lo dedica su autor a enumerar aquellos datos de anatomía y de fisiología imprescindibles para interpretar correctamente la patología del estómago. Sigue, después, un extenso y detallado estudio sobre la anamnesis y exploración clínica de los enfermos gástricos; es muy interesante la parte que hace referencia al análisis del contenido gástrico; partidario el autor de la prueba con el desayuno de Ewald, hace hincapié en el estudio del *Ph* del contenido gástrico. Emplea para la determinación de aquél, el indicador violeta de genciana, y en colaboración con Kauftheil establece una fórmula que llama *r R N*, para, en virtud de ella, deducir de las cifras de ácido clorhídrico libre y acidez total encontradas, el valor del *Ph*.

Conociendo nosotros hace tiempo estos estudios de Porges, hemos tratado de comprobar el valor de la fórmula propuesta por él, para lo cual venimos determinado en el contenido gástrico de nuestros enfermos el *Ph* por el método de los indicadores de Michaelis y por el método electrométrico y comparando los resultados con los obtenidos por el cálculo mediante la fórmula *r R N*.

Prometemos exponer nuestros resultados en las páginas de esta misma Revista.

Volviendo al libro que comentamos, el autor se ocupa extensamente en dos capítulos del problema de la Gastritis; concede poca importancia para el diagnóstico a la presencia de moco en el contenido gástrico, y en cambio considera de gran valor a las alteraciones de la sensibilidad cutánea y muscular de la zona epigástrica.

Los capítulos en que descubre la úlcera y cáncer de estómago nos parecen perfectos y en ellos ha huído el autor de toda discusión doctrinal; sus consideraciones sobre la patogenia de la úlcera nos parecen muy aceptables desde el punto de vista clínico. No podemos hacer el mismo elogio sobre sus prescripciones dietéticas; bien se comprende que el autor no conoce los hábitos alimenticios de los españoles.

En resumen: un libro muy recomendable y de gran utilidad para el médico práctico.

Enhorabuena a la casa editora; la traducción correctísima. — DR. ECHEVERRÍA.

Memorie e Comunicazioni Scientifiche (1894-1930) por el **Prof. Cesare Serono,** Docente di Clinica e Microscopia Clinica nella R. Universitá di Roma.—Un vol. de 702 pages (18'50 × 26'50 centímetros.)

Editor: *Istituto Nazionale Médico-Farmacológico Serono.*—Roma. 1931.

Cuarenta años de vida científica intensa, vienen a recopilarse en este volumen, que el Instituto ha querido reproducir al cumplirse el 25 aniversario de su fundación rindiendo de este modo un tributo de merecido homenaje y respeto a su Director.

En el libro figuran 62 trabajos originales del Profesor Serono, fruto brillantísimo de una labor asidua y constante, que justamente han colocado su nombre a la envidiable altura científica que disfruta.

Brillantes aportaciones sobre investigaciones urinarias, lecitinas, metales coloidales, lipoides, quimioterapia, etc. Todo cuanto en relación con la moderna terapéutica presenta interés científico, ha sido estudiado por el Profesor Serono y de su labor quedarán huellas indelebles.

El libro que nos ocupa es prueba concluyente de que el prestigio de que su autor goza en la actualidad, es legítimo y valioso. Es a la vez una prueba del alto valor científico de que disfruta la ciencia médica italiana. — DOCTOR HORNO.

SECCIÓN ANALITICA

MEDICINA GENERAL

CH. DOPTER (París). — *Las enfermedades infecciosas en 1931.* — («París Médical»; núm. 23; 5 junio, 1931. París).

Estados tifoídeos. — Gastinel y Reilly han aislado por hemocultivo dos gérmenes, uno asimilable al paratífico C y el otro muy parecido. Los autores estiman que los bacilos C no constituyen un grupo homogéneo.

Handarvy ha descubierto que bajo la influencia del bacteriófago los bacilos tífico y paratífico podían adoptar una forma invisible y filtrante.

Chalier y Froment han dado a conocer una nueva complicación de la fiebre tifoidea: la encefalitis tífica.

Bourdelles ha continuado estudios anteriores sobre los resultados de la intradermorreacción con filtrados de cultivos tíficos y paratíficos.

Bajo el punto de vista terapéutico hay que señalar los éxitos obtenidos por Tremolieres y Tzane con la inmuno-transfusión.

Disentería bacilar. — Homburger ha realizado un estudio sobre las complicaciones oculares, uretrales y articulares de la disentería bacilar.

Lavergue, Melnotte y Debenedetti han insistido sobre la cuestión tan discutida del suero-diagnóstico de la disentería bacilar, cuyo método practicado corrientemente merece, a juicio de dichos investigadores, salir del olvido en que se encuentra.

Violle, ha aportado nuevas precisiones sobre la patogenia de la disentería bacilar.

Melitococia. — El estudio de la melitococia ha suscitado toda una serie de trabajos interesantes, sobre todo, en lo que concierne al origen bovino de esta infección. Actualmente la cuestión referente al «bacilus abortus» de Bang, ha entrado en una fase decisiva.

Bajo el punto de vista terapéutico, continúan las investigaciones con gonacrina y arsenobenzol.

Fiebre exantemática. — Investigaciones de Jorge, Lemaire, Blanc, Caminopetros, Olwer, etc., sobre la etiología y modo de transmisión del tifus exantemático.

Sarampión. — Anderson y F. Gèrard, han dado a conocer una nueva técnica sobre la seroprofilaxia del sarampión, utilizando la vía conjuntival.

Debré, Broca, Florand y Cros-Decam, han continuado sus estudios sobre sero-atenuación. Recuerdan que el niño que ha recibido a título preventivo

suero de convaleciente no es protegido sino tres o cuatro semanas, cuando la sero-prevención es absoluta. Cuando, por el contrario, presenta un sarampión modificado obtenido por simple sero-atenuación, la inmunidad parece tan duradera como después de un sarampión natural. No obstante, existe una serie de intermediarios entre este sarampión atenuado y las manifestaciones muy discretas, aun insignificantes, que se observan muchas veces. La experiencia demuestra que para que la inmunidad se adquiera es necesario que el sujeto tenga fiebre durante uno o dos días, con un poco de catarro y una erupción mínima, pero neta. Cuando los signos clínicos están más atenuados, la inmunidad así adquirida es insuficiente, pues no impide contraer ulteriormente el sarampión. Es necesario, sin duda, como piensa Woringer, que se produzca una alteración cutánea; las formas frustradas producen la inmunidad, pero ésta no sería duradera.

Se ve así la complejidad del problema que es bastante difícil de resolver cuando se quiere por este procedimiento ejercer una profilaxis cierta.

Escarlatina. — Dochez, Wadsworth, Friedeman, conciben la escarlatina en el cuadro de la infección estreptocócica como un síndrome tóxico, o un síndrome mixto toxalérgico.

Cantacuzene, expone siempre su doctrina opuesta a la etiología estreptocócica, admitiendo la existencia de un virus autónomo, totalmente extraño al estreptococo hemolítico.

Coste, George, Juen-Si-Tchang, han seguido sus trabajos sobre la reacción de Dick, que ha seducido a tantos autores por su paralelismo, al menos aparente con la reacción de Schick, concluyendo en sus experiencias sobre la variabilidad y mediocridad del valor de la citada reacción para apreciar la inmunidad del sujeto. En todo caso, no debería ser invocada como un argumento comprobante de la doctrina estreptocócica.

Meader, ha intentado la profilaxis de la escarlatina por el empleo del suero de sujetos antiguamente afectos de esta enfermedad.

Horoskine, ha empleado inyecciones de antitoxina escarlatinosa por la vía intra-raquídea, como medio terapéutico.

Balteano y Alexa, han utilizado el suero de convalecientes en el tratamiento de la escarlatina.

Varicela. — Laignel-Lavastine, Miget, y Constatinesco han recogido un caso de meningitis purulenta postvaricelosa.

Chavagny y Chaignot, han visto en el curso de una varicela la presentación de una neuraxitis de sintomatología cerebelosa. Se preguntan si esta neuraxitis debe ser considerada como debida al papel patógeno del virus variceloso o como una afección secundaria despertada por la varicela.

Difteria. — Ramón, Debré y Thiroloix han dado a conocer un método capaz

de hacer manifiesta y claramente perceptible el poder patógeno esencial de los bacilos diftéricos, mientras que la técnica corriente puede no revelarlos o revelarlos difícilmente.

Los resultados de la vacunación continúan siendo muy satisfactorios.

Sin embargo, Anbron ha recordado que a pesar de la eficacia indudable de la vacunación, existen ataques diftéricos que pueden ser graves en ciertos vacunados. Estas son también las conclusiones de De Pórez y Prestaux. Los hechos de este orden, amenazan con causar un cierto descrédito en el método. La «Société de Pediatrie» ha encargado a una comisión el estudio de los casos publicados para determinar la frecuencia y la causa de estos fracasos y preconizar los medios destinados a evitarlos.

Ramón y sus colaboradores han continuado estudiando la duración de la inmunidad conferida por la anatoxina.

Lowenstein ha dado a conocer en el Congreso de Estokolmo los resultados obtenidos por la profilaxis percutánea con ayuda de una pomada antidiftérica.

El estudio de la sueroterapia ha sido objeto de trabajos encaminados algunos a probar que los fracasos no son debidos a la sueroterapia, sino a la técnica de la sueroterapia.

Courtois, finalmente, ha publicado un trabajo de conjunto muy interesante sobre el tratamiento de los lactantes portadores de gérmenes diftéricos por medio del novarsenobenzol y la gonacrina.

Meningococia. — Algunos hechos interesantes son presentados referentes a la distribución de los diversos tipos de meningococos. Las púrpuras y las parotiditis meningocócicas, también han sido estudiadas.

La vacunación preventiva antimeningocócica ha sido utilizada en varias guarniciones de Grecia por Maunossakis.

Respecto a la terapéutica, P. Teissier y Chavany han recordado las causas que pueden provocar los fracasos de la sueroterapia.

En cuanto a la quimioterapia, Pehu y Mlle. Lambert, han utilizado la gonacrina en inyecciones intrarraquídeas lumbares de 1 a 2 centímetros cúbicos de solución a 1 por 50.000. Roux, Cavailler y Dujarric de la Riviere, han empleado la tripaflavina irradiada (radiocrina), así como el azul de metileno.

Poliomielitis epidémica. — Relata el autor los estudios sobre las últimas epidemias, entre otros los de Duperié, que insiste sobre la importancia de las formas meníngeas y sobre las variaciones del líquido céfalo-raquídeo.

Leenhardt, Chaptal y Dufaix, han registrado la acrodinia en niños afectos de poliomielitis, y lo atribuyen al efecto del virus sobre los centros mesocefálicos.

Los estudios histológicos de Mouriquod y otros, dan a conocer las lesiones

en los centros simpáticos medulares e infundíbulo-tuberosos, médula suprarrenal, plexos nerviosos intestinales, cadena simpática, ganglios semilunares.

Levaditi, Kling y Lepine, han logrado conferir la infección a los animales por la ingestión de alimentos contaminados.

En cuanto a la terapéutica, se registran los ensayos de Netter con suero de antiguos enfermos. Rhomer y otros clínicos de Estrasburgo llegan a la conclusión de que el suero de antiguos enfermos y sobre todo de convalecientes recientes ha tenido un efecto curativo considerable en la forma invasora grave de la enfermedad, pero no pueden aportar ninguna prueba terapéutica de la acción del suero de Petit.

Encefalitis epidémica. — Entre los datos interesantes recogidos, merecen citarse los ensayos de tratamiento de la infección y sus secuelas por la insulina. (Froment y Chambón.)

Espiroquetosis ictero - hemorrágica. — Troisier y Boquieu, describen un caso de esta enfermedad en forma de meningitis aguda curable, evolucionando sin ictericia.

Los mismos autores describen un caso de contagio de un cobayo a otro cohabitando en la misma caja, demostrando la contaminación hídrica por espiroquetes acuáticos vegetando en un medio contaminado por portadores de gérmenes.

Fiebre recurrente. — Estudios epidemiológicos de Lesnet, Nicolle y otros sobre las epidemias de Africa y especialmente de Marruecos.

Amibiasis. — Delacroix ha observado en Chatel-Guyon una cifra bastante elevada de amibiasis intestinales, que confirman las relaciones entre la enfermedad que se estudia y el estreñimiento. Todos los enfermos presentaban hipertrofia hepática; siete u ocho tenían quistes amebianos en las heces y para la mayoría, el tratamiento combinado a la emetina y al stovarsol, ha dado resultados favorables inmediatos.

Bressot ha mostrado las dificultades del diagnóstico de la hepatitis supurada del lóbulo izquierdo.

Entre otros hechos clínicos, relacionados con la amibiasis, merecen citarse los de Cordier y Croizat: derrame pleural; Petzetakis: absceso de pulmón; Labbé: absceso de pulmón; Saad: diagnóstico por examen de las ulceraciones recto-sigmoideas; Gamtier: cistitis amebiana; Froilano de Mello: cistitis hemorrágica.

Bajo el punto de vista terapéutico: trastornos nerviosos pseudo- tabéticos, tratados por stovarsol. Leibli, señala un caso de muerte, después del tratamiento emetínico.

Paludismo. — Los principales trabajos en el Congreso del Paludismo, cele-

brado en Argel, son los trabajos iniciados por Henry sobre la sero-floculación palúdica; resultados profilácticos alcanzados por los hermanos Sergent, etcétera, etcétera.

Fiebre amarilla. — R. Jorge, estudia la epidemia de la fiebre amarilla en Río Janeiro y la llamada inmunidad racial.

Ramsey ha presentado una memoria de gran interés, sobre la fiebre amarilla en el Senegal, y James sobre las investigaciones profilácticas.

Silva Mello, ha realizado un estudio sobre el problema de la inmunidad en la fiebre amarilla.

La reacción de desviación de complemento, ha sido estudiada por Moses, Lemos Monteiro, Travanas y Levis. — LORENTE SANZ.

PEDIATRIA

M. PEHU y H. JARRICOT (París). — *La concepción actual de la acrodinia.* — («Paris Médical»; núm. 45; noviembre 1931. París).

El autor de este interesante artículo se propone añadir nuevas manifestaciones clínicas a las ya conocidas de esta enfermedad, y con este objeto empieza por tratar de las perturbaciones musculares, consistentes desde el principio en una hipotonía manifiesta, que hace tomar al enfermo actitudes especiales; esta hipotonía va acompañada en algún caso como el relatado por MM. Nobecourt et Pichon, en un niño de siete años, y MM. André Devic y Daujat, en uno de cinco, de contracciones clónicas musculares en la región facial izquierda que duraron varios meses en el primer caso, y contracciones del miembro inferior en el segundo.

Esto tiene gran importancia, ya que con ello se puede llegar a la conclusión, muchas veces cierta, de una lesión de encéfalo.

Otro signo que da el autor, aunque sin concederle mucho valor, es el de las *adenopatías periféricas*, como se ha probado en un caso presentado por M. Robert Debré, Mlle. Hébert y M. Gardinier; infartos que eran occipitales, carotídeos, inguinales, de tamaño entre una avellana y una nuez. Lo curioso de este caso, es que desaparecieron a los cinco meses los demás síntomas de la acrodinia, pero perduraron los infartos.

Hace notar el autor, que hasta ahora se ha venido diciendo que la acrodinia se padece en medio de un estado apirético; pues bien, tras detenidos estudios se ha comprobado, que a semejanza de lo que ocurre con la poliomielitis anterior aguda, esta enfermedad no se instala en el organismo sin un período hipertérmico, que desaparece tan pronto como la enfermedad se ha establecido.

Por otra parte se conocen casos en los que la enfermedad se ha desarrollado con 38º de fiebre. (Obs. de Ludo van Bogaert, de Greppi, de W. Koumans y J. Swerts, de J. Barbier y H. Jarricot.)

Hasta ahora se creía que en nada se reflejaba en el líquido céfalo-raquídeo esta enfermedad. Se ha comprobado que se refleja una inflamación de los centros nerviosos, alguna vez muy acentuada y que llega a extenderse hasta los espacios aracnoídeos.

Por otra parte también se ha comprobado un aumento de albúmina que llega hasta 0,60 y de glucosa de 0,50.

Habla después de las acrodinias atenuadas y pasa seguidamente a tratar de la Anatomía Patológica, para lo que dice el autor se tropieza con grandes dificultades por la falta de necropsias y porque algunas de las hechas no se han realizado en todo el sistema nervioso, y esto aunque pesado, es indispensable.

Las lesiones que hace observar el autor son, unas difusas, otras localizadas.

Las primeras consisten en alteraciones de la médula y nervios periféricos, consistente (Peterson y Greenfield) en desaparición de la mielina asociada a una inflamación crónica de la médula y nervios sensitivos, hablando dichos autores de una colección edematosa del canal ependimario, de las meningitis raquídeas y del sistema retículo-endotelial.

Las localizadas consisten en lesiones de los núcleos de la base del cerebro y de algunos del bulbo.

Al hablar de la fisiología de esta enfermedad, está de acuerdo con la expresión de M. Guillaume, que la acrodinia aparece como una «amfotonía».

Termina el artículo con tres puntos interesantísimos:

1.º Se inclina por admitir la teoría infecciosa para explicar esta enfermedad.

2.º Hace la pregunta de qué grado de parentesco une a la acrodinia con la encefalitis epidémica o letárgica y la poliomielitis.

Y por último hace un llamamiento a las teorías de Crookshank que considera la gripe como causa de las tres enfermedades anteriores. — RAMÓN RIERA.

G. PATEIS (París). — *El «Nem-System», su fundamento y aplicaciones a la alimentación del lactante».* — («Archives de Médecine des enfants»; número 11; noviembre, 1931. París).

Creado por Pirquet, este sistema tiene por objeto el precisar la alimentación del individuo normal o patológico.

Hace el autor una primera observación sobre los alimentos esenciales en el niño y su división en alimentos de entretenimiento y de crecimiento, haciendo observar que en el niño son principalmente estos últimos los interesantes.

Como toda la nutrición gira alrededor del número de calorías desprendidas por los alimentos tomados, lo que hay que calcular es el número de calorías que necesita el niño para su natural nutrición.

La unidad de medida es el «Nem», el cual da por oxidación 667 calorías pequeñas; éste es el valor nutritivo de un gramo de leche.

Hay que tener en cuenta que un gramo de leche de mujer produce sensiblemente el mismo número de calorías que uno de vaca.

Habla más tarde de los múltiplos y submúltiplos de esta unidad.

Todos los sistemas de alimentación están en función, o de la talla, del peso, o del perímetro, etc.; pues bien, este sistema ideado por Pirquet durante la guerra europea, es función de la altura del niño, desde el sacro hasta el occipucio.

Y está en función de esta altura porque por medio de unos cálculos muy ingeniosos demuestra que la superficie de absorción intestinal es igual al cuadrado de esta altura.

El «Nem» viene dado por tanto por el cuadrado de la altura y se denomina «Siqua», pero esta medida es diez veces mayor que la necesaria para la alimentación del niño, por lo que se utiliza el «decim siqua».

Da un cuadro a continuación de los principales alimentos del niño, valorados en «Nems».

Esta alimentación sólo tiene un valor preciso a partir del cuarto mes.

Después expone las alimentaciones durante los primeros meses, y en el cuarto mes da un valor de un «Hectonem», dos en el quinto, tres en el sexto, cuatro en el octavo y cinco en el décimo. Todo esto es para lactancia natural.

Para lactancia artificial, en la primera semana se aumentará de uno a cuatro «Densq»; de la segunda al tercer mes, cinco «Densq»; del cuarto al sexto, seis «Densq», y del séptimo a los catorce años, siete «Densq».

Da después un cuadro de valoración de un «Densq», con instrucciones para el uso de dicha tabla, y a continuación expone las reglas por las que se ha de regir la alimentación de los niños patológicos, haciendo primero observaciones sobre la tolerancia límite y el margen de alimento. más tarde habla de la alimentación en los prematuros, y por último incluye un cuadro de prescripciones alimenticias de alimentos sólidos y leche para los niños sanos. — RAMÓN RIERA.

LOEWENSTEIN («Aerztliche Rundschau», 1931) BESREDKA («Annales del Instituto Pasteur», 1931). — *La vacunación antidiftérica por pomada.* — (Trabajos citados en «La Medecine Infantile». París).

El profesor Loewenstein de Viena, recomienda un nuevo método de vacunación antidiftérica, que no tendría los inconvenientes de la vacuna de Behring y de la anatoxina de Ramón.

Loewenstein, partiendo de la concepción de Baar y Grabenhofer, de que el cobayo puede ser vacunado por fricciones cutáneas de toxina diftérica, y de que la inmunidad, prácticamente suficiente, no se observa más que en las enfermedades dermotropas, eruptivas, ha propuesto realizar la vacunación antidiftérica, friccionando la piel del sujeto con un cultivo de bacilos de Loefler, no filtrado y atenuado por el formol.

La vacunación por pomada descarta los fenómenos de chokc, de anafilaxia y de reacción a la inyección. Los resultados obtenidos son satisfactorios.

Besredka, experimentalmente, ha realizado esta vacunación en el conejo, obteniendo una inmunidad limitada y débil por fricción solamente, inmunidad que se refuerza, prolonga y se convierte en específica, generalizándose enseguida, por la aplicación varias veces, con 8 ó 10 días de intervalo, de una pomada que contenga la toxina diftérica en cantidades progresivamente crecientes. Esta inmunidad es de duración superior a dos meses.

Estos ensayos no son más que una consecuencia lógica de los trabajos de Besredka sobre la vacunación local. — M. SUÁREZ.

C. MONCKEBERG (Santiago. — *La infección tuberculosa congénita.* — («Revista Médica de Chile»; núm. 2; febrero, 1931. Santiago de Chile.)

En pocos casos como en el de la infección tuberculosa congénita se observan tan claramente y en tan pocos años una evolución tan completa en las ideas y en los conceptos que a ella se refieren. Desde 1920 a 1929, o sea en el curso de nueve años, se han producido los más sensacionales descubrimientos a este respecto. En 1920 era un absurdo considerar que la tuberculosis se heredara, las pocas ideas que desde los comienzos de la medicina se recibieran en este sentido eran duramente criticadas, hoy volvemos a las ideas de antaño, refrescadas ahora por notables experiencias hechas por multitud de investigadores.

La influencia de una enfermedad de los progenitores sobre la descendencia, dice Monckeberg, puede manifestarse de tres formas: heredo-predisposición, heredo-distrofia y heredo-infección.

La heredo-infección congénita es hoy un hecho indiscutible y se realiza en dos formas: «anatómica o folicular, en que a la vez que bacilos se encuentran lesiones tuberculosas típicas en los órganos del feto, y la bacilar pura en que la infección se transmite como una septicemia pura, sin lesión específica alguna aparente.» Verdad que estos casos son los menos frecuentes pues requieren que en la placenta exista una lesión que permita el paso de los gérmenes

de la madre al feto, claro que no admitimos hoy, como antes, que los gérmenes se encuentren en el óvulo o pasan con el espermatozoide.

Lo más notable en este asunto es que existe un virus filtrable y que este virus ultramicroscópico, invisible por los medios actuales de laboratorio, realiza su pasaje a través de la placenta, sin dejar la menor huella de su paso y reproduce en el feto el bacilo de Koch en su forma adulta.

Una experiencia de las muchas verificadas en este sentido y realizada por Monckeberg lo demuestra ampliamente; inyéctese la sangre del cordón de hijos tuberculosos al cobayo, al cabo de un mes se sacrifica al animal y se encuentra infarto ganglionar de la región inoculada y bacilo de Koch en su forma típica. De esta experiencia se deducen dos hechos de grande interés, después perfectamente demostrados: 1.º, que el germen de la tuberculosis atraviesa la placenta bajo una forma especial invisible, y 2.º, que esta forma es una forma intermediaria, con lo que se llega a formar nuevamente el bacilo adulto. Posteriormente se ha filtrado en bujías de Berkefeld pus o cultivos de bacilos y el producto de filtrado inoculado al cobayo produce infartos ganglionares y reproduce al bacilo Koch.

En resumen, puede afirmarse sobre este importante tema que la tuberculosis se hereda en el mayor número de casos. Monckeberg dice: «las autopsias, las experiencias de laboratorio y algunos hechos clínicos permiten afirmar, hoy, que la infección tuberculosa de la madre se transmite al hijo en buen número de casos por vía placentaria.

Dicha transmisión puede verificarse en tres formas, a saber: La tuberculosis congénita bacilar y anatómica; la bacilosis congénita sin lesiones y el pasaje del virus filtrable.» — R. PÉREZ BARRACHINA.

M. TORELLÓ CENDRA (Barcelona). — *Valor clínico de la dosificación de los cloruros en el líquido céfalo-raquídeo.* — («Butlletí de la Soc. Catalana de Pediatria», año IV, núm. 2; junio, 1931. Barcelona).

He aquí las conclusiones a que llega el autor después de un estudio muy detallado del asunto:

La cifra media normal de cloruros es de 7,10 por 1.000, oscilando, dentro aun de lo normal, entre 7 y 7,50 por 1.000.

Las meningitis por lo general evolucionan con hipoclorurorraquia, siendo ésta más acentuada cuantos más sean los días de duración de la enfermedad.

Las hipoclorurorraquias acentuadas (por debajo de 6 por 1.000) no son en modo alguno exclusivas de la meningitis tuberculosa, pero en caso de líquido claro, en un enfermo que evolucione con síntomas meníngeos, pueden llegar a ser patognomónicas.

La dosificación de los cloruros puede ser un dato de valor para ayudar al diagnóstico entre granulia tuberculosa de tipo meningítico y meningitis tuberculosa, ya que en nuestras observaciones la granulia meningítica ha evolucionado con cifras mucho más altas que los casos de meningitis tuberculosas.

En los casos de encefalopatías crónicas infantiles la hipoclorurorraquia, quizá está en favor de una lesión anatomo-patológica corticomeníngea.

Sería interesante estudiar la relación que puede existir entre ataque convulsivo, hipertensión accidental de líquido cefalorraquídeo y aumento momentáneo de la clorurorraquia. — R. PÉREZ BARRACHINA.

PECHO Y CORAZÓN

DANTE BETTINI (Bologna). — *Parálisis infantil y tuberculosis pulmonar.* — («Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi»; octubre, 31, 1931. Bologna).

Examinando cuatro casos de sujetos con lesiones en los miembros superiores de poliomielitis anterior aguda en los cuales la infección teberculosa se manifestó del lado mismo de la parálisis, el autor disiente la posibilidad de considerar este hecho no como una simple coincidencia, sino en el sentido de que factores mecánicos (alterando el desarrollo de la caja torácica) y factores neurovegetativos (alterando inervación vasal y disturbios tróficos) puedan actuar como causas predisponentes. — GIL CHÓLIZ.

GUARNIERI (Roma). — *Sobre un tratamiento dietético del cobayo para el rápido diagnóstico de la tuberculosis.* — («Tuberculosi»; septiembre, 1931. Roma).

El autor propone un nuevo tratamiento dietético-ambicubital para la sensibilización del cobayo a la infección tuberculosa. Con su método los animales se hacen extremadamente receptibles para el bacilo de Koch, tanto que es posible encontrar lesiones específicas dentro de los cuatro y seis días de la inoculación de los materiales infectados.

Su trabajo es muy útil para el diagnóstico diferencial entre la tifo-bacilosis de Landouzy y otras enfermedades infecciosas. — GIL CHÓLIZ.

DURAN ARROM (Barcelona). — *Semiología cardíaca de origen tuberculoso.* — («Revista de Higiene y de Tuberculosis»; núm. 279; 31 agosto de 1931. Valencia.)

Concluye el autor, en su interesante trabajo, que debe investigarse en todo

tuberculoso el funcionamiento del aparato circulatorio con todos los medios que poseemos en exploratoria moderna.

La hipoplasia cardíaca, tensión arterial anómala electrocardiografía y los signos cardíacos, deben ser analizados muy cuidadosamente.

El tuberculoso tiene en su evolución circulatoria tres fases: a) tóxica con o sin electrocardiograma alterado, curable; b) al curarse el tuberculoso puede presentar alteraciones mecánicas, hipertrofia ventricular derecha, cianosis, disnea, tendencia al colapso, en una palabra; claudicante de corazón derecho, compensable; c) miocarditis tuberculosa y asistolia total, incurable.

Las arteritis y flebitis en todas sus localizaciones, formas y variedades, pueden ser afectas por el b. t. con un porcentaje muy bajo, pues estos vasos se defienden. — GIL CHÓLIZ.

J. ESPLUGUES (Valencia). — *El verdadero valor de los signos de Grancher en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.* — («Revista de Higiene y de Tuberculosis»; núm. 280; septiembre 1931. Valencia).

Las modificaciones del murmullo vesicular, llamadas signos de Grancher, no expresan generalmente el comienzo de proceso tuberculoso.

Estos cambios pueden ser debidos a otras muchas causas ajenas en absoluto a la tuberculosis pulmonar.

Cuando su origen radica en un proceso tuberculoso, la mayor parte de las veces traducen procesos esclerosos del vértice, motivados por la primoinfección y, por lo tanto, sin ningún valor en la clínica.

Cuando son debidos a lesiones tuberculosas activas, muy pronto, deben ir seguidos de otros cambios auscultatorios y acompañados de expectoración bacilar, ya que son muy escasas y problemáticas las tuberculosis activas cerradas.

Es de primordial importancia tener presente estas ideas, para evitar el hacer pasar por tuberculosos verdaderos a muchos cloroanémicos, basedowianos, enfermos de estrechez mitral, de apendicitis, de colecistitis, de anexitis y de las vías respiratorias superiores, que presentando cuadros auscultatorios, tienen además síntomas generales que inducen a confusión. — GIL CHÓLIZ.

J. BLANCO (Madrid). — *Sobre clasificación de cavernas pulmonares.* — («Revista Española de Tuberculosis»; núm. 4; octubre, 1931. Madrid).

En la actualidad no creemos deba trasladarse del terreno de la investigación al de la práctica diaria, el concepto de los anillos precavitarios.

Es del mayor interés el procurar diferenciar las cavernas recientes o sin capsular de las terciarias o capsuladas, por el diferente pronóstico que entrañan y la distinta persistencia que ofrece la colapsoterapia.

Sólo en los casos típicos (fecha muy reciente de formación, falta de anillo o anillo muy tenue en las secundarias), cabe establecer fácilmente la distinción entre unas y otras cavidades. En los demás casos, debe ponerse a contribución todos los elementos de juicio, tanto clínicos como radiológicos para lograrlo.

El neumotórax puede ayudar muy frecuentemente a distinguir las cavernas secundarias de las terciarias. — RAMÓN CELMA.

CIRUGIA GENERAL

E. LLUESMA URANGA (Madrid). — *Acerca de la dilatación aguda de estómago post-operatoria.* — («Noticias Médicas», núm. 71; noviembre, 1931. Murcia).

Constituye una de las complicaciones post-operatorias más graves y enojosas que se presentan después de las intervenciones abdominales. Su patogenia sumamente compleja puede reducirse a cuatro grandes grupos: atónica, aérea, hipertónica y nerviosa.

El primer grupo, que es el menos frecuente, se refiere a una causa esencial, idiopática.

El segundo es producido por la acumulación de gases debida al aire exterior deglutido (aerofagia verdadera), o al originado por las fermentaciones de alimentos y jugos allí retenidos (pseudoaerofagia).

La hipertónica, muy frecuente en los niños, es debida a un espasmo pilórico.

Y la nerviosa puede ser: directa por parálisis o lesión de los pneumogástricos o refleja por obstrucción arterio-mesentérica.

El tratamiento fundamental ha de procurar evacuar, desintoxicar y alcalinizar. Para combatirla se harán lavados con agua tibia pura bicarbonatada; inyecciones de insulina, suero glucosado y cardiotónicos (cafeína, aceite alcanforado); se colocará al enfermo en posición láteroabdominal derecha y se mantendrá su boca abierta mediante pequeños taruguitos de madera o corcho. También se ha ensayado en los casos graves, el drenaje duodenal con la sonda de Einhorn, mantenida de media a una hora inyectando y reabsorbiendo un par de jeringas de 20 c. c. de solución de sulfato al 30 por 100 para evitar el estancamiento duodenal y derivar el exceso de bilis y de jugos; y las inyecciones de medio miligramo de sulfato de eserina.

Para evitarla se atenderá a un examen detenido del enfermo; se evitarán las dietas y purgantes preoperatorios, recargando la alimentación hidrocarbonada; en la operación se acudirá a la anestesia de tipo local o a la etérea con aparato de Ombredanne; se practicará cuidadosamente la peritoneización

y hemostasia y se evitará en lo posible el manoseo de las vísceras abdominales, tomándolas siempre con compresas o pinzas elásticas; más tarde se colocará la sonda rectal en las primeras horas y se regulará y vigilará la alimentación del enfermo. De este modo el pronóstico que es muy grave cuando se ha establecido francamente, se tornará leve si mediante un tratamiento apropiado se contiene en sus primeras fases. — R. HORNO LIRIA.

¿Cómo evitar la transmisión de la sífilis por transfusión sanguínea? — (Una encuesta de «La Clinique», hecha bajo la dirección de Ph. Dally. — «La Clinique», organe du praticien; año XXVI; núm. 171; octubre, 1931. París).

Con motivo de algunos casos publicados de enfermos que han contraído sífilis por transfusión sanguínea, el doctor Dally ha hecho una encuesta pidiendo contestación a las preguntas del siguiente cuestionario:

1.ª ¿Cómo proceder habitualmente para descubrir a los donantes sifilíticos o invadidos de una enfermedad transmisible?

2.ª ¿Cuánto tiempo antes de la transfusión cree que debe efectuarse o repetirse este examen:

a) para los donantes ocasionales?

b) para los donantes profesionales?

3.ª Es posible, útil o suficiente, mezclar con la sangre antes de tomarla del donante, una sustancia antiséptica, capaz de esterilizar la sangre o impedir la transmisión de la enfermedad, y en este caso, qué sustancia y a qué dosis?

4.ª ¿Qué otras garantías cree posibles o necesario imponer a los donantes profesionales para asegurar que ninguna enfermedad contagiosa no ha sido contraída entre el momento en que han sido examinados y aquél en que la toma de sangre se va a ejecutar?

Respuesta de M. le Pr. Agr. Ch. Aubertin.

1.ª Por la R. de Wassermann y también por un examen clínico tan completo como sea posible.

2.ª Para los donantes ocasionales, adelante la transfusión (sobre todo en casos de extrema urgencia). Para los donantes profesionales cada dos meses, añadiendo un examen clínico frecuentemente repetido.

3.ª Yo no lo creo.

4.ª El examen citológico de la sangre desde el punto de vista de paludismo, gráfico de la temperatura, examen clínico.

Respuesta de M. le Pr. Fruhinsholz y M. le Dr. Paúl Michón (de Nancy).

1.ª Damos una importancia capital

a) al interrogatorio (infecciones palustres, sífilis, anafilaxia transmisible que se señala generalmente en el donante eventual por manifestaciones clásicas de urticaria, asma, migranias...).

b) al examen clínico, al menos somero.

c) a la serología.

2.ª Ante la necesidad de urgencia, los riesgos de una contaminación eventual y muy problemática, no deben ser obstáculos.

3.ª Juzgamos ilusoria toda adición in vitro o in vivo a la sangre, de antisépticos, no teniendo más recurso que la transfusión de sangre pura.

4.ª No es posible en nuestra práctica clasificar a los donantes ocasionales por sus grupos sanguíneos; no imponemos jamás el Wassermann, ya que nosotros no recurrimos más que a los donantes profesionales.

Respuesta de M. le Pr. O. Lambert (de Lille).

Como todos, me preocupo de la cuestión de la sífilis de los donantes, pero en los casos de urgencia extrema en que se está obligado a recurrir a donantes ocasionales, la descuido totalmente.

Si hay veinticuatro horas de tiempo, tenemos la costumbre de someter al donante a un Wassermann, pero no lo exigimos sistemáticamente cuando forma parte de la familia, lo cual es frecuente.

No tengo ninguna experiencia de la esterilización extemporánea en el momento de la transfusión, con ayuda de substancias medicamentosas.

Respuesta de M. Oudard, Director central del Servicio de Sanidad de la Marina.

Nosotros recurrimos a los donantes ocasionales. Les hacemos practicar un Wassermann (técnica de Hecht) y, mientras la efectuan, se buscan las incompatibilidades sanguíneas.

No hemos tenido la oportunidad de mezclar substancia antiséptica alguna.

Respuesta de MM. Víctor-Pauchet y A. Bécart.

1.º y 2.º A los donantes profesionales (descontamos a los que hayan tenido paludismo y a los tuberculosos sospechosos), les hacemos practicar las reacciones siguientes: Bordet-Wassermann, Vernes Ɛ y φ, las que son practicadas regularmente todos los meses.

En la práctica, el riesgo de la sífilis no debe restringir la transfusión, como la amenaza de un accidente clorofórmico no debe impedir el empleo de la anestesia.

3.º No somos partidarios de mezclar nada con la sangre.

4.º Todo donante profesional que haya sido infectado con grippe u otra enfermedad, será provisionalmente eliminado.

Respuesta de M. Dr. Georges Rosenthal.

Practicar una inyección intravenosa de 914, crea una seguridad ilusoria.

Tendremos que, como piensan algunos, utilizar los viejos sifilíticos largamente tratados?

Es indispensable crear organizaciones especiales, centros de donantes, a donde el médico pueda recurrir, para poder practicar sus transfusiones.

Respuesta de M. Dr. A. Tzanck.

El interrogatorio debe ser minucioso. Las transmisiones de paludismo son raras. En la sífilis, el Wassermann es de gran valor. Creo poder afirmar que los viejos sifilíticos, sin Wassermann positivo, no son contagiosos.

No he estudiado la cuestión de adición medicamentosa a la sangre, puede tener alguna indicación el sulfarsenol, un anticoagulante, a la dosis de 6 centigramos por cada 100 gramos. — M. VICENTE.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

C. CARDENAL Y DE SALAS (Barcelona). — *Sistema retículo-endotelial y acciones quimioterapéuticas.* — («Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía»; número 73; octubre de 1931. Madrid).

Lo más interesante de este trabajo son las conclusiones que sienta el autor:

1.ª Las dosis de neosalvarsán establecidas como esterilizantes por Schlossbengen, en la sífilis experimental del conejo, coinciden en las obtenidas por el autor.

2.ª El almacenamiento por el sistema retículo-endotelial de una suspensión coloide como la tinta china, no produce en la sífilis experimental del conejo modificación alguna en la intensidad de la acción terapéutica del neosalvarsán.

3.ª A análogas conclusiones conducen, en la misma enfermedad, la extirpación propia del bazo además del almacenamiento de tinta china.

4.ª Dados nuestros conocimientos sobre la significación de la exclusión total o bloqueo del sistema retículo endotelial, que no se obtienen sino parcialmente, no puede en la actualidad demostrarse, por métodos de «bloqueo», la intervención de dicho sistema retículo endotelial en la acción quimioterapéutica de las combinaciones asomáticas del arsénico. — RAMÓN CELMA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

R. RABUT (París). — *El prurito perineal y su tratamiento.* — («L'Hôpital»; número 299; noviembre, 1931. París).

Se agrupan bajo el nombre de prurito perineal aquellas sensaciones de picazón sentidas en la región ano-perineal y órganos genitales. Sus causas originarias se dividen en locales, de vecindad y generales.

Causas locales. — Son, aparte los parásitos (áscaris, oxiuros), los trastornos circulatorios (flebectasias del embarazo, varices, hemorroides), las irritaciones traumáticas o químicas (fisuras determinadas en el paso del bolo fecal en los sujetos con estreñimiento nervioso, existencia de un pólipo, rectitis, uretritis, cálculo, menstruación, leucorrea, estados metríticos, contacto de orinas alteradas, lavados y jabonamientos repetidos). Actualmente se atribuye a una causa microbiana, a una infección estreptocócica.

Causas de vecindad. — Son las llamadas reflejas o indirectas: estreñimiento, litiasis, alteraciones prostáticas y neoplasias del digestivo y anejos.

Causas generales. — Son debidas a una alteración hemática (clorosis, anemia, leucemia), o endocrina (insuficiencia ovárica funcional o dependiente de ovariotomía); a una hétero-intoxicación alimenticia (café, alcohol, te, especias), o medicamentosa (mercurio, bismuto, cocaína, morfina); a un estado tóxico (embarazo, glucemia, brightismo, gota, obesidad, etc.) o neuropático (psicosis, neurosis, parálisis general, tabes, enfermedad de Basedow, etc.)

Raro en los niños y adolescentes, presenta el máximun de frecuencia entre los treinta y cincuenta años; rara vez es continuo; sobreviene generalmente por crisis; el fenómeno subjetivo se traduce objetivamente por el rascado enérgico con las uñas sin intervención posible de la voluntad, determinando en la zona prurígena enrojecimiento, edema, erosiones y fisuras; más tarde es frecuente ver aparecer la infección, eczematización y liquenificación.

El tratamiento será local, utilizando medios químicos, físicos o quirúrgicos, y general.

Tratamiento local. — Higiene, soluciones astringentes (tanino) o pomadas de cocaína al 1 por 100, bálsamo del Perú al 5 por 100, mentol al 1 por 100. Aplicaciones de agua muy caliente, cataplasmas de fécula de patata.

Puede obtenerse la anestesia regional mediante inyecciones subcutáneo-mucosas con solución de clorhidrato doble de quinina y urea al 5 por 100 (Bensaude), con una suspensión aceitosa de benzoato de benzocaína (Jeanneney) o con inyecciones epidurales de cocaína (1 ó 2 c. c. de la sol. al 1 por 100). Los ingleses y americanos recomiendan para obtener resultados más duraderos, la sección de los nervios perineales combinada o no con la resección parcial de la mucosa o piel pruriginosa; se han utilizado también las inyecciones de alcohol, la simpatectomía (Cotte) y la cordotomía medular (Sicard). La radioterapia da a menudo buenos resultados, pero en caso de recaída no debe repetirse, pues produciría radiodermitis; lo mismo sucede con el rádium.

Tratamiento general. — Se combatirá la excitabilidad del sistema nervioso con quinina, valeriana, gardenal, bromuros, y se recomendará la aireación, sport, hidroterapia, cura de montaña y estaciones termales; se evitará el surmenage y se prohibirán definitivamente las especias, café, alcohol, vino,

te. Se cuidará igualmente del estado del sujeto, buscando la causa productora de ese prurito (diabetes, gota, trastornos hepáticos, etc.) e instituyendo un régimen adecuado. — R. Horno Liria.

R. POLLART (Bruselas). — *El diagnóstico precoz y diferencial del embarazo.* — («Bruxelles-Médical»; núm. 49; octubre, 1931. Bruselas).

El autor expone sus resultados para el diagnóstico precoz de la gestación mediante la glucosuria provocada por la inyección de 2 miligramos de floridzina por vía intramuscular; que parece ser, según los trabajos de Kanmitzer y Joseph en 1921, de origen renal, ya que la glucemia permanece constante.

Los resultados obtenidos en estos cincuenta casos, cuyas historias clínicas acompañan al presente trabajo, han dado un resultado exacto de un 96 por 100; en todos ellos, el embarazo era de menos de tres meses y el reactivo utilizado para demostrar la presencia de azúcar en la orina fué el de Nylander. — R. Horno Liria.

G. PLASSE (Marseille). — *Los extractos de ovario.* — («Marseille Médical», número 21; julio, 1931. Marseille).

La noción del ciclo genital y el conocimiento de sus modalidades en los mamíferos han modificado profundamente la cuestión de los extractos ováricos, tomando nuevas orientaciones en estos últimos años.

Fisiológicamente se conocen dos hormonas: la hormona folicular y la del cuerpo amarillo. Desde el punto de vista fármaco-dinámico se ha conseguido, después de interesantes trabajos, obtener un producto representativo de la hormona folicular: la foliculina, utilizada actualmente en terapéutica y cuyos resultados van siendo más interesantes a medida que se conocen mejor sus indicaciones.

Los extractos luteínicos ejercen una acción congestiva electiva sobre el tracto genital, congestión que se acompaña de modificaciones de tipo gestante en la mucosa uterina y aparición de células deciduales. De un modo general estos extractos retardan o detienen la maduración folicular.

Champy y Keller habían ya obtenido estas modificaciones con inyecciones mixtas de lipoides y sustancia congestiva; resultados iguales aunque menos marcados se lograban con inyecciones prolongadas de lipoides. Corner y Allen obtienen rápidamente estas modificaciones con un producto que han preparado, que no sólo detiene la maduración del folículo, sino que produce la proliferación de la mucosa uterina tal como se la encuentra durante el estado de cuerpo amarillo y las modificaciones uterinas del comienzo del embarazo, actuando sobre la fijación y desarrollo del huevo. Esta acción no había sido lograda por Gley con la luteocrinina que provoca por el contrario la atrofia del tracto genital, ejerciendo una verdadera «castración fisiológica».

Es de esperar que el transcurso del tiempo venga a confirmar estas recientes adquisiciones. — R. Horno Liria.

L. BROUHA (Lieja). — *La función endocrina del ovario.* — («Bruxelles-Médical», número 51; octubre, 1931. Bruselas).

Desde el punto de vista endocrino, el ovario puede considerarse como una glándula de función doble por poseer dos grupos de propiedades endocrinas: unas que mantienen la integridad sexual y dependen de la foliculina, otras que permiten el desarrollo de la gestación y se deben a la hormona luteínica.

La secreción hormonal de foliculina determina todas las manifestaciones de la vida sexual, tanto desde el punto de vista genital propiamente dicho (pubertad, ciclo estral, período de celo, desarrollo útero-vaginal, etc.), como desde el punto de vista somático (aparición y mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios), por lo cual debe considerarse como la *hormona sexual femenina específica.*

El ovario es también una glándula de gestación y este papel lo ejerce por intermedio de la hormona luteínica; ésta es indispensable para que se efectúe la nidación del huevo fecundado. Su supresión, durante un período variable según las especies, lleva consigo inevitablemente el aborto. Las manifestaciones del ciclo estral, ligadas a la actividad del cuerpo amarillo y que constituyen la fase luteínica, pueden ser consideradas como si fuesen fenómenos gravídicos. En el estado gravídico, el papel endocrino primordial del ovario está asegurado por la hormona luteínica que es específicamente la *hormona de la gestación.*

Estas dos actividades endocrinas netamente definidas pueden presentar estados de insuficiencia funcional y estados de hiperfunción. Los resultados de este desequilibrio en la función hormonal del ovario se traducen siempre por modificaciones de orden sexual: supresión o anomalías del ciclo estral, y modificaciones de orden gestante: esterilidad, aborto o prolongación anormal del embarazo. — R. Horno Liria.

GREENHILL. — *El tratamiento de la vaginitis por Tricomonas vaginalis.* — (J. A. M. A.; vol. XXVI; núm. 22; mayo, 1931).

Los Tricomonas vaginales pueden encontrarse en la vagina de gran número de mujeres, aunque su sintomatología no sea constante. Los síntomas princi-

pales son: derrame profuso, de olor muy desagradable, acompañado en un 50 por 100 de los casos de una sensación de escozor o quemadura en la vagina o vulva. La mucosa vaginal adquiere una coloración rojo-anaranjada, la superficie áspera se recubre de un derrame amarillo-verdoso, abundante y purulento.

El estudio e identificación del Tricomonas es sencillo mediante el empleo de la gota pendiente o gotas diluídas en solución salina, pues se descubre fácilmente por su movilidad constante. De este modo ha podido encontrar el parásito en vírgenes y en mujeres que han pasado el período de la menopausia.

El tratamiento empleado por el autor consiste en cepillado de vulva y vagina con tintura de jabón verde y lavado con cloruro de mercurio o agua; aplicación de hexylresorcinol por toda la vagina y vulva y taponamiento vaginal glicerinado; esto se repite cada dos días hasta conseguir dos exámenes negativos. No obstante no debe abandonarse a la enferma, sino que debe examinarse antes y después de las reglas, pues las recidivas son frecuentes. — R. HORNO LIRIA.

J. A. DE BRITO (Río de Janeiro). — *Inyección accidental de Yodipina en el plexo venoso útero-ovárico en el transcurso de la histerosalpingografía.* — («Revista Brasileira de Medicina e Pharmaisa», núm. 1; 1931. Río de Janeiro).

Después de una reseña breve sobre la histerosalpingografía, el autor dice que la razón de la difusión amplia y rápida del método está en su ejecución facilísima y en la ausencia de accidentes graves, cuando se observan las reglas de técnica e indicación. Algunos accidentes caracterizados por estados inflamatorios relacionados con la esfera genital, fueron relatados por algunos cirujanos, especialmente por P. Duval. Pero estos casos no resisten a una crítica estrecha, y la mayoría de los autores continúan proclamando la inocuidad del método.

En 1929, Pujol y Brull, Varell y Riera, dieron conocimiento de un incidente de naturaleza diversa de los aludidos, verbigracia, que en la inyección accidental de sustancia opaca en el plexo útero-ovárico no hubo el menor inconveniente. Los autores españoles en aquella ocasión empezaron con Lipiodol, practicando la histerosalpingografía con todas las reglas de técnica. También el autor tuvo oportunidad de observar un caso semejante. Se trataba de la inyección accidental de Yodipina en el plexo útero-ovárico, introduciendo en la cavidad uterina con todos los cuidados 15 c. c. de este preparado con una presión que oscilaba de 20 a 25 cm. de mercurio.

Como explicación de los accidentes fueron formuladas dos hipótesis: Primera, la inyección se ha hecho en la submucosa en vez de en la cavidad uterina, penetrando la sonda por una vía errónea; no es difícil que el medio de contraste entre en un camino así abierto. Segunda, la inyección se ha hecho con una presión superior a la que puede soportar la pared capilar.

El máximo de presión, según numerosos autores, puede ser elevado hasta 30 cm. Beclere, en observaciones experimentales (ensayos con animales), obtuvo rupturas de trompas en inyecciones con presión de 45 c. c. En el presente caso cree el autor que lo ocurrido no debe atribuirse únicamente a la acción de la presión que osciló entre 20 y 30, sino a un estado especial de fragilidad de las paredes capilares de la mucosa uterina. De la Yodipina introducida en los vasos sanguíneos no había, cuarenta y ocho horas después, ni la más pequeña cantidad en la pelvis menor. Alías, como Sicard, demostraron claramente que el aceite yodado introducido en la circulación se pulveriza poco a poco, llegando a los pulmones en forma de embolias mínimas, que desaparecen al cabo de 10-15 minutos sin dejar la menor alteración. Los enfermos del autor no acusaron el menor trastorno en alguno de los órganos. — A.

OFTALMOLOGÍA

M. MARQUEZ (Madrid). — *Profilaxis de la ceguera.* — («La Medicina Ibera»; 28 de noviembre, de 1931. Madrid).

Define como ciego a todo individuo cuya disminución de visión (periférica, central o de ambas clases) con los dos ojos, no le permite de un modo permanente, ni aun con el empleo de cristales correctores, orientarse por lugares desconocidos, ni ejercer las profesiones más vastas en que haya que hacer uso de la vista. Clasifica seguidamente las causas de la ceguera en absolutamente inevitables, afecciones congénitas, tumores malignos del ojo, ciertos traumatismos inesperados, etc. Evitables en parte, aunque no siempre, tales como las manifestaciones oculares de la diabetes, de la albuminuria, de la sífilis, de la arterioesclerosis, etc., contra las que se puede luchar de un modo indirecto, evitándolas algunas veces, atenuándolas otras, combatiendo las causas que las originan. Y por último en evitables, total o parcialmente, en cuyo grupo están incluídas la mayoría.

A él pertenecen la Oftalmia o conjuntivitis purulenta del recién nacido, evitable con el procedimiento de Credé, o la vigilancia cuidadosa en otros casos para atacarla activamente si es que se presenta. La conjuntivitis purulenta gonocócica del adulto, evitable no tocándose los ojos con los dedos sucios los blenorrágicos uretrales. El tracoma, evitando su propagación y luchando por su curación, mediante Ligas nacionales o internacionales, creación de

Hospitales para tracomatosos más graves, organización de Dispensarios para los menos graves, escuelas especiales para niños tracomatosos; organización de Cursillos para médicos no especializados, Conferencias de divulgación, excitando el celo de los filántropos, etc.

Las infecciones generales agudas, entre ellas la localización gravísima de la viruela, hoy casi desaparecida con la vacunación obligatoria. La úlcera corneal o de hipopión, aconsejando el tratamiento de las afecciones de las vías lagrimales. Los traumatismos causados por accidentes del trabajo, mediante la protección con gafas o rejillas. La Oftalmia simpática, las quemaduras por la cal o las sustancias químicas. Los traumatismos por agentes físicos, la luz o las radiaciones. Las intoxicaciones por medicamentos, o por tóxicos, accidentales y profesionales. La miopía maligna, el glaucoma, la sífilis, tuberculosis y lepra. La hemeralopía y la xerosis córneo-conjuntival, así como la retinitis pigmentaria. Sin considerar completa la enumeración de causas, fija las siguientes conclusiones:

1.ª Que existen y existirán siempre casos de ceguera inevitables, pero que cada vez habrán de ir reduciéndose con los progresos de la ciencia y con las precauciones tomadas para evitarlos.

2.ª Que cabe y cabrá cada vez más, en lo sucesivo, evitar algunas de las causas, ya desde antes del nacimiento, aconsejando mientras no existan medidas legislativas, que no se realicen uniones entre individuos tarados.

3.ª Que en el momento del nacimiento y antes de él, por el empleo en el niño del «Crede», si bien no de un modo sistemático, y de los lavados oculares y por los lavados previos de los órganos genitales de la madre, se puede casi seguramente evitar la oftalmia neonatorum; pero que aun en el caso de declararse ésta, la curación es segura si se la trata a tiempo y por persona competente.

4.ª Que hay que intensificar la campaña contra el tracoma en nuestro país, creando equipos movibles, dispensarios y hospitales para tracomatosos y vulgarizando el conocimiento de la enfermedad todo lo posible.

5.ª Que los accidentes del trabajo puedan ser evitados casi siempre por una buena inspección, obligando al empleo de medios protectores a patronos y obreros.

6.ª Que la úlcera de hipopión o de los segadores, se evita casi seguramente haciendo un tratamiento previo de las «rijas» o afecciones lagrimales.

7.ª Que la miopía y sus consecuencias se evitan o se atenúan en la fase escolar con una higiene racional de la vista y que con el empleo de cristales correctores bien elegidos se precave en los posibles el desprendimiento retiniano, la más grave complicación de aquélla.

8.ª Que se debe contribuir al conocimiento de los medios de lucha contra la ceguera, tales como cursillos, conferencias, redacción de cartillas, etc., que vulgaricen los preceptos para evitar las afecciones visuales. — R. LANDA.

C. ROCHE (Marsella). — *El mito de la catarata madura.* — («Marseille Médical»; 15 de septiembre de 1931. Marsella).

Dedica su trabajo primeramente a la discusión de si existe algún signo que revele la opacificación completa del cristalino, deduciendo que no lo hay. Estudia a continuación si es indispensable o útil que el cristalino esté todo enteramente opacificado para que una operación sea posible, terminando su artículo con las conclusiones que siguen:

1.ª Creemos nosotros que no hay medio alguno de saber si un cristalino está enteramente opaco; cuando las capas anteriores de este órgano no son transparentes, la exploración del resto de dicho órgano es absolutamente imposible.

2.ª La operación impropiamente llamada de la Catarata, consiste en extraer del ojo el cristalino. Esta no ofrece mayores dificultades cuando está el cristalino opaco, que cuando está incompletamente opaco o que cuando está transparente.

3.ª Existe una variedad de catarata, la catarata nuclear, cuya opacidad del cristalino queda indefinidamente localizada al núcleo.

4.ª Un cristalino puede ser siempre extraído. Esta extracción debe de ser considerada en la misma forma que la ablación de cualquier órgano, cuando teniendo en cuenta todas las condiciones de edad, estado general, etc., se estima que la presencia del cristalino en el ojo, es más perjudicial que útil. — R. LANDA.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

P. RESTIVO (Firenze). — *Sobre un caso de absceso cerebeloso de origen ótico.* («Bollettino della Malattie dell'Orechio..., etc.», núm 6; junio, 1931. Firenze).

Expone el autor el caso de un voluminoso absceso cerebeloso secundario a un colesteatoma del antro y del aditus complicado con trombosis del seno transverso, que fué operado abriendo a través de la pared posterior del seno el absceso cerebeloso que era bastante amplio. Fué tratado con drenaje tubular, consiguiendo una rápida mejoría de los síntomas (cefalea, vómitos) y más lenta de la resolución de la parálisis, estando curado al cabo de tres meses del acto operatorio.

Se extiende a propósito del caso en algunas consideraciones y termina exponiendo el sorprendente y gran poder de compensación que posee el cerebelo. — J. DUERTO.

P. CARCÓ (Catania). — *A propósito de cuatro casos de estomatitis gangrenosa curados.* — («Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia»; fascículo II y III, junio, 1931. Milano).

Describe el autor cuatro casos de estomatitis gangrenosa en los que ha logrado, unas veces con la sola cura local y otras con ésta asociada a la general, obtener la curación, que dignos de mención, especialmente uno de ellos por haber sido determinado por el estreptococo y haberse mostrado eficaz el suero antiestreptocócico, le sugieren las siguientes conclusiones:

1.ª Que pueden existir casos primitivos de estomatitis gangrenosa determinados por el estreptococo en los que resulta muy eficaz la terapia específica.

2.ª Que la simbiosis fuso-espirilar representa la relación casi constante de la estomatitis gangrenosa a la que hay que imputar la producción de esta enfermedad, siquiera existan previamente factores que debilitan la resistencia orgánica.

3.ª Que la angina de Vincent se encuentra con cierta frecuencia asociada a la estomatitis gangrenosa, lo que prueba el parentesco existente entre estas dos afecciones.

4.ª Que la estomatitis gangrenosa puede provenir de una transformación de la ulcerosa, lo que también prueba la afinidad de estas dos formas morbosas.

5.ª Que la mejor terapéutica de los procesos gangrenosos de la cavidad bucal consiste: localmente, en pincelaciones con soluciones concentradas de neosalvarsán e irrigaciones de soluciones de permanganato potásico, y por vía general, en inyecciones de arsenobenzol, a las que se pueden asociar todos aquellos preparados (bioplastina) que de cualquier modo aumenten la resistencia del organismo. — J. DUERTO.

H. CABOCHE (París). — *A propósito del síntoma «dolor ocular» en el curso de la otitis media supurada. Un caso curado sin antrotomía.* — («Les Annales d'Oto-Laryngologie», núm. 6; junio, 1931. París).

Expone el autor una observación muy interesante que pone de manifiesto que el síntoma «dolor ocular» aparecido en el curso de las otitis medias no tiene la significación de gravedad que algunos autores le han asignado, dependiendo menos el pronóstico de la aparición de este síntoma que del cortejo sintomático que le acompaña (cefalea continua, palidez, adelgazamiento).

Es este síntoma, a juicio del autor, idéntico al que él ha descrito con antelación con el nombre de «dolor dentario», aparecido también durante la evolución de las otitis medias supuradas.

La explicación de aquél es la siguiente: una propagación de la infección al ganglio de Gasser por las vías anatómicas preformadas que van desde la caja y el antro mastoideo a la punta del peñasco.

La del dolor ocular asimismo, no puede explicarse sino por la irradiación hacia el núcleo del V par, de la excitación que partiendo de las terminaciones nerviosas en la caja del ramo de Jacobson se propagarían al núcleo del X par.

De todos modos, en razón de la variabilidad de significación, es un signo que constituye, lo mismo que las neuralgias dentarias, una señal de alarma que requiere toda la atención del clínico. — J. DUERTO.

ARY DOS SANTOS (Lisboa). — *El diagnóstico microscópico del cáncer de laringe.* — («Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie»; núm. 13; 15 julio, 1931. Bordeaux).

El examen microscópico es de todos los procedimientos el que más valor tiene indudablemente, pero a condición de que la biopsia esté hecha en buenas condiciones, pues de lo contrario puede ocurrir, pese a la gran competencia del anatomo-patólogo encargado de practicar el examen que éste suministre un informe erróneo.

Si el informe no es tomado sobre la parte de la masa neoplásica de más activa proliferación, se corre el riesgo de no suministrar al anatomo-patólogo los elementos precisos para un diagnóstico seguro.

Pero además es preciso la variedad tumoral a los efectos terapéuticos, pues respecto a la fisioterapia (rayos X o rádium) la radiosensibilidad de la neoplasia tiene una enorme importancia.

Cada variedad tiene más o menos sensibilidad a las radiaciones. El epitelioma pavimentoso estratificado es más radiosensible que los tumores con predominio de epitelio cilíndrico que no son sensibles más que a muy altas dosis. Y la variedad anatomopatológica no se conoce previamente más que por el examen anatomo-patológico de las piezas extraídas por biopsia.

COMENTARIO. — En un reciente trabajo nuestro titulado «El valor de la biopsia en el diagnóstico del cáncer de laringe», aparecido *precisamente* el mes de julio en la «Revista Española de Medicina y Cirugía», decíamos: «Ante la fragilidad de la base clínica sobre que descansa el diagnóstico del cáncer de laringe, es evidente la necesidad de un examen anatomo-patológico concienzudo antes de decidirse por el acto operatorio, examen que tiene la enorme ventaja de, además de ratificar o rectificar el juicio clínico, *indicar la naturaleza y*

variedad histológica del tumor, punto de capital importancia por cuanto sirve de orientación e indica la *pauta a seguir en las resoluciones de orden terapéutico* que adopte el cirujano, pero bien entendido que para que la biopsia tenga verdadero valor y sea un guía para el laringólogo, es necesario que se haga concienzudamente, tomando *un trozo lo más voluminoso posible y procurando que comprenda el tumor en toda su extensión;* es decir, que interese a la vez tejidos sanos y enfermos.»

Como se ve, pues, nuestra conformidad con el autor es absoluta. — J. DUERTO.

RAYOS X-RÁDIUM

LEDOUX-LEBARD y GARCIA CALDERON (París). — *El examen radiológico de de la mucosa gastro-duodenal.* — («París Médical»; noviembre, 1931. París).

Si bien la Radiología parece haber llegado a la perfección en cuanto al diagnóstico de las afecciones del aparato digestivo se refiere, una nueva fuente de información surgida en estos últimos tiempos sirve a los autores del trabajo para recoger cuanto de ella se ha investigado, exponiendo a la vez sus observaciones.

El estudio se basa en el aspecto radiológico de la mucosa gástrica y duodenal merced a sus pliegues visualizados por un sencillo procedimiento cuya técnica describen y que no detallamos por corresponder al técnico más que al clínico.

En normalidad la mucosa gástrica aparece dibujada a lo largo de la porción vertical por tres o cuatro pliegue paralelos cuyos surcos ha llenado la sustancia de contraste, siguiendo su paralelismo hasta alcanzar la porción horizontal donde se expansionan en forma de abanico. De estos pliegues, el más interno llega de ordinario hasta el antro pilórico, siendo el surco por el cual corrientemente se deslizan los alimentos hasta depositarse en la porción baja o fondo.

El antro pilórico no siempre presenta la misma imagen; la disposición de los surcos es individual, pero de ordinario lo recorren oblicuamente, partiendo del ángulo de la pequeña corvadura, dividiéndose en abanico por las caras para englobar la gran corvadura invadiéndola de delante a atrás. Los esfínteres aparecen con surcos estrellados.

El bulbo duodenal presenta pliegues finos, unas veces oblicuos, otras paralelos o transversales con relación al eje, pero siempre paralelos entre sí, desapareciendo o borrándose al paso de los alimentos.

La disposición de los surcos gastro-duodenales es constante o por lo menos poco variable, permitiendo esta circunstancia apreciar fuertes alteraciones cuando en ella se presenta una lesión.

El cuadro de las modificaciones se ha concretado a las imágenes en que aparece el relieve atenuado, exagerado y de carácter granuloso, con trazo normal o totalmente borrado. El primer aspecto, el de relieve atenuado, corresponde de ordinario a las gastritis atróficas, y el exaltado o de mayor relieve va unido a las gastritis hipertróficas, bien asociadas al cáncer, a la úlcera gástrica o a la duodenal, o también como consecuencia de una gastroenterostomía. — J. GALIAY.

T. DALE (Oslo). — *Radioterapia de las leucemias.* — («Acta Radiológica»; octubre de 1931. Stockholm).

Se trata de un nuevo método de irradiación de las leucemias que discrepa del que se ha seguido hasta ahora irradiando únicamente el bazo.

Dale practica una irradiación general del cuerpo, con un foco radiógeno colocado a un metro de distancia, protegidos cabeza, cuello y órganos genitales. En cada serie, cuyo número no fija, da de un décimo a cuatro quintos de la dosis eritema, sin precisar las características con que trabaja.

Según sus observaciones, los enfermos de leucemia mielógena tratados así, mejoran extraordinariamente, desde luego, mucho más que si se irradia el bazo, manteniéndose la mejoría mucho más tiempo. — J. GALIAY.

VIAS DIGESTIVAS

D. MOXÓ (Barcelona). — *Tratamiento de las colitis por las vacunas «per os». Resultados obtenidos con la «Colilisina».* — («Ars Médica», núm. 70; junio de 1931. Barcelona).

El autor fundamenta el uso de la Colilisina para el tratamiento de las colitis en el hecho de la imposibilidad de usar una auto-vacuna, por ser más de cuarenta especies bacterianas las que se pueden llegar a aislar de las heces de los enfermos. Como el germen que domina es el Colibacilo, es preferible emplear una vacuna colibacilar. La Colilisina se diferencia de las demás vacunas de su clase, en que en ella se unen a la vacuna biliada los restantes elementos que contribuyen a la inmunización, tales como el bacteriófago y el autovirus.

El autor cita treinta y dos observaciones de Coli, tres criptogenéticas; el diagnóstico está fundamentado en el cuadro clínico, examen radiológico, y respecto al coprológico, no sólo consideran como elementos diagnósticos la frecuencia de moco, sino la existencia de grumos mucosos, la reacción de la

deposición, y el aumento de valores amoniacales y la frecuencia de albúmina disuelta.

El criterio seguido para asegurar la curación ha sido, aparte de la mejoría del estado general y de los trastornos subjetivos, la vuelta a las deposiciones normales durante bastante tiempo. En todos los casos se ha obtenido éxito, excepto en un caso, afecto de dispepsia intestinal de fermentación, muy antiguo. E. ECHEVERRÍA.

C. CESTARO (Nápoles). — *Gastrostomía y cateterismo retrógrado progresivo del esófago: Sutura de la fístula gástrica. Curación.* — («Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia»; 15 agosto, 1931. Nápoles).

El autor describe un caso de estenosis cicatricial esofágica, por ingestión de cáustico, en el cual se hizo una gastrostomía que permitió la alimentación de la enferma; verificó durante cierto tiempo un cateterismo retrógrado, progresivo y permanente del esófago. Se consiguió la dilatación del punto estenosado y gradualmente fué posible la alimentación por la boca; cuando ésta pudo ser completa, se procedió al cierre de la fístula gástrica y la enferma obtuvo la completa curación de su padecimiento. — E. ECHEVERRÍA.

CRENOTERAPIA

P. FERREYROLLES, G. MONOD y R. BOUCOMONT (París). — *Poder filáctico de las aguas minerales francesas.* — («La Science Médicale Pratique»; noviembre, 1931. París).

Altamente científico y de un profundo interés médico e hidrológico es el estudio hecho por los doctores Ferreyrolles, Monod y Boucomónt, acerca del poder filáctico de las aguas minerales francesas.

Cuidadosas experiencias realizadas *in vitro* y en cobayas con distintas aguas minerales—imposibles de resumir en una nota analítica por su número y detalle—les llevan a admitir las siguientes conclusiones:

1.ª Que un agua mineral puede neutralizar *completamente in vitro* el poder de una dosis tóxica mortal.

2.ª Que mediante inyección de aguas minerales practicadas *anteriormente* — hasta tres semanas antes para la dosis mortal de esparteína — se puede neutralizar *in vivo* el efecto de una dosis tóxica mortal para el animal objeto de experimentación.

3.ª Que mediante inyecciones de aguas minerales practicadas *posteriormente* se puede neutralizar completamente *in vivo* el efecto de una dosis tóxica submortal y parcialmente el de una dosis tóxica mortal.

Estas investigaciones, basadas en las de Billard — creador del vocablo *filaxia* y de las teorías y doctrinas filácticas — abren a la crenoterapia ilimitados horizontes.

Este *poder filáctico* de las aguas minerales nos conduce a considerar toda la importancia terapéutica y termal que debemos concederle. Y al demostrar el *poder de fijación* — inactivación — de estas aguas sobre ciertos elementos celulares bien determinados, sobre ciertos órganos y, por consecuencia, sobre ciertas funciones, descubrimos al encargado de proteger a éstos — células, órganos, funciones — contra toxinas, venenos y enfermedades.

Desanafilactizar y filactizar: doble papel de las aguas minerales. Sobre todo de las indicadas en los cronicismos.

Como agentes de desanafilactización ya son conocidas y ensayadas. Pero ¿cómo *filactizar*?

Billard, en sus trabajos nos indica cómo encontrar el remedio y cómo utilizarle. «*Un solo medicamento; una sola dosis*, bastan».

Para elegir aquél, tengamos presente solamente su afinidad para la célula. Cuanto mayor sea aquélla más eficazmente la protegerá.

En tanto que dure su acción, *una sola dosis* bastará. Una sola dosis de agua mineral ha bastado para proteger durante quince días — hasta durante seis semanas — contra los venenos más violentos. Hemos hecho inyecciones diarias de agua de Choussy y los resultados idénticos a los obtenidos habiendo practicado una sola inyección seis días antes.

A los factores *medicamento* y *dosis* debemos agregar el factor *tiempo*. Es preciso saber esperar el resultado de la cura termal, de la medicación. «Muchas de mis experiencias — dice Billard — negativas al principio, se hicieron positivas cuando intervino el factor tiempo».

CONCLUSIÓN. — No es pues dudoso que exista junto a los procedimientos de defensa que la terapéutica pone en juego, un procedimiento *no específico* de protección de la célula por y para la célula.

La *filaxia*—bloqueo de la célula por los lipoides de los venenos, está condicionada por una *impermeabilidad*. La *anafilaxia* contrasta con aquélla en que el *choc* está condicionado por una *hipermeabilidad* provocada. Estos dos fenómenos están pues ligados por una acción común — pero de sentido contrario — sobre los lipoides. — DOCTOR SERAL.

INDICE (1)

DE AUTORES

Página

A

Acuña 333
Adamberg 60
Alcaino 74
Alexander 154
Alexandresco 406
Alonso Lej **35**
Alsina 329
Anstregesilo. 58
Argañaz 345
Aron 49
Atzeni Tedesco 260
Audry 238
Azpeitia Gutiérrez **27**

B

Barbey. 426
Barrio de Medina 438
Bécart 49
Bellavis 167
Benedict 67
Bengolea 153
Benichou 329
Benjamins 162
Bergmann 152
Bermejo Sandoval **5**
Besredka 492
Bettinotti 333
Bettremieux 421
Bilancioni 257
Biozzi 344
Blanco. 496
Boccia. 244
Bock 59
Boero 413
Bompart 248
Borel 331
Bosch Avilés 327
Bottura 257
Boucomont 513
Brandstrup 81
Brito 504

Página

Brouha 503
Bucky 397
Buzzi 153

C

Calvet 157
Camps. 388
Canestro 70
Caranegra. 62
Carcó 508
Cardenal 500
Cardeñosa de Vega. 166
Catoche 508
Cestaro 513
Chaoul 481
Charachón. 72
Chavez. 416
Cheval. . . . . 337 y 339
Christensen 87
Ciardullo 255
Citelli 422
Claqué. 402
Corachán. 64
Cordier. 329
Corral y Maestro . . . . **397** y 404
Critzman 52
Cusi. 240

D

Dale 512
Daltabuit 246
Daneri 432
Dante Bettini. 495
Dartigues . . . . . 160 y 402
De Gregorio . . 171, 172, **281** y **449**
Dechaume. 163
Dëtlefsen. . . . . 244 y 407
Diez Fernández. 239
Diocles. 436
Donato. 55
Donzelot 52
Dopter. 486
Dos Santos 509

(1) Los títulos de los artículos originales escritos expresamente para esta Revista, y los números de las páginas en que van publicadss, figuras en él con letra distinta.

Página

Ducroquet. 326
Duerto. . . . . . 76, **115** y **463**
Durán Arrom . . . . 241, 348 y 495
Duraud. 238

E

Escomel 426
Esplugues 496
Essen Moller 80

F

Fairén 430
Faure. 246
Favia. 344
Favreau. 249
Fernández. 338
Ferreyrolles 513
Forgue **281**
François 421
Friedemann 408
Friedlan 66
Fruictier 159

G

Gallart Monés . . . . 84, **139** y 263
Gallenga 168
Gamir 57
García Amo. 415
García Ayuso 433
García Calderón 511
García Hormaeche 256
García Urdiales 327
García Vicente. 237
Garibaldi. **388**
Garrigues Orellana 433
Gaudier 411
Gay Prieto 82
Gohrbandt 152
Gómez-Márquez 419
González Aguilar 412
Gota Gálligo **202**
Gourfein 78
Greenhill 503
Guarnieri 495
Guilera 170
Guisez. 422

H

Halban. 155
Haro García 417
Harting 59

Página

Hellstrom. 439
Hieguet 430
Hinojar 164
Horno Alcorta. . . . **147**, **177** y **265**
Huarte Mendicoa 237
Hubin 252

J

Jarricot 490
Jaúregui 153
Jourdan **477**

K

Kadanoff 61
Karger. 152
Kaufmann. 61
Kehl. 57
Kempeneers 159
Khayel Arslan 73

L

Lazarus 156
Leale 71
Ledoux-Lebard 511
Leroy 409
Levet 329
Levy-Valensi 482
Leydier 161
Lieberthal. 67
Lluesma Uranga 497
Lo Cascio 68
Loewenstein 492
López Prieto 327
Lorca-Ruiz 251
Lorir 50
Lorthioir 159
Lozano 259
Lukas 408

M

Magliavacca. 60-61
Magnin 336
Malan 163
Marañón 400
Marchini 411
Márquez 505
Martí Pastor 169
Martín Lagos **230**
Massabuau 247
Massart 161

Página

Matha 70
Mathieu 409
Max Cutler 68
Mendoza 420
Merck 240
Merklen 49
Molfino 413
Monckeberg 493
Monod 513
Montis 62
Moriz 440
Moxó 512
Müller 398
Muniesa **449**

N

Nettelblad 81

O

Oliete Balader **89**
Olivares 151

P

Pansini 264
Parés **212**
Parrel 70
Parturier 53
Pastor 329
Pateis 491
Pauchet 326
Pearson 54
Pehu 490
Peracchia **362**
Peset Cervera . . . . . **237** y **441**
Pigeaud 339
Pithon 418
Plasse 502
Portmann 69
Prevot 259
Porges 484
Proubasta 418
Putschar 240

R

Rabut 503
Rebattu . . . . . 72 y 163
Reinwein 407
Rendu . . . . . 414 y 427
Restivo 507
Retrouvey 77
Ribierre 51
Richard 408
Riosalido Hortega **308**
Roche 507
Rodríguez Villegas 153
Rollet . . . . . 344 y 420
Romberg 325
Rondopoulos 151
Rossi 334
Royo-Villanova . . . . **139** y **353**
Royo-Villanova y Morales **16**
Rubens-Duval 160
Ruiz Moreno 63
Putzu 410

S

Sacco 65
Sala Roig 330
Sánchez Rodríguez 347
Santori 79
Sargnon 74
Scalinci 80
Schmieden 49
Schnerel 408
Schwaab 341
Secousse **77**
Seeman . . . . . 242 y 407
Serono 485
Seitz 155
Seminario 432
Seral Casas **312**
Sergent 55
Sierra 172
Sivori 431
Smaltino 253
Snoeck 337
Stark 433
Stierlin 481
Strauss 398

T

Tapia 424
Terracol 428
Thevenard 161
Thonnesen 172
Torre Blanco 416
Torrelló Cendra 494
Traina 425
Tsiros 258

Página

U

Udaeta 338

V

Van der Schueren 423
Vernieuwe 346
Verwaeck 350
Vicente Carcellei . . . . **177** y **265**
Villafuertes 82
Villard 252
Voronoff 406

W

Weekers . . . . . 252 y 254
Wegelin 243
Weill-Halle 410
Weisz 75
Wilfred 54
Wohlwill 59
Wolff 242
Worms 429
Wyllie 54

X

Ximénez del Rey 83

Y

Yagüe **393**
Yagüe y Espinosa . . . **393** y 432

Z

Zolotowa 243

DE MATERIAS

Página

A

Absceso cerebeloso de origen ótico (Sobre un caso de). 507
Abcesos del ano. (Tratamiento de los) 161
Abceso del pulmón (Amigdalectomía total y). 162
Abdominal (La anestesia local en cirugía). 248
Abdominal y sus indicaciones modernas. (Estudio de la cesárea). 169
Accidentes de la medicación salvarsánica en el tratamiento de la sífilis **281**
Acetileonina por vía endovenosa. Primeros resultados terapéuticos. 264
Acrodinia. (La concepción actual de la) 490
Actínica (La queratitis) 168
Addison (Embarazo y enfermedad de) 417
Adenoidectomía y amigdalectomía en el niño (De la anestesia local en la) 427
Administración del suero antiescarlatinoso (Nuevo método de) . . 408
Aguas de abastecimiento de Zaragoza. (Bacteriología de las) . . **202**
Aguas minero-medicinales. (Tratamiento de los síndromes digestivos con las) **312**
Aguas minerales francesas (Poder filáctico de las) 513
Aguas de la República Argentina desde el punto de vista de su salinidad. (La potabilidad de las) **388**
Alcoholterapia en el entropión espático, en el entropión cicatricial y en el blefarospasmo. (Sobre el valor de la) 253
Anatomía de los centros nerviosos. 527
Anatomo-histológico de la tónsila laríngea. (Contribución al estudio) 257
Anemias hemolíticas. 244

Página

Anestesia local en la adenoidectomia y amigdalectomía en el niño (De la) 427
Anestesia durante el parto (La) . . 418
Anestesia local en cirugía abdominal (La). 248
Anginas leucémicas agudas . . . 430
Ano (Tratamiento de los abscesos del) 161
Antena humana. (La) **441**
Antidiftérica por pomada (La vacunación). 492
Antiviruterapia en las infecciones oculares 80
Ano contranatura con cierre de tapa cutánea. **230**
Anorexias de causa neuropática en el lactante. (El tratamiento de las). 409
Amígdalas. (Investigaciones experimentales sobre la coloración vital de las) 426
Amígdalas y reumatismo 424
Amigdalectomía total y absceso del pulmón. 162
Amigdalectomía (Bacteriología del parénquima amigdalino tras) . . 72
Amigdalectomía por enucleación instantánea. (Técnica y crítica de la). 423
Apendicitis en el embarazo. . . . 415
Apendicitis aguda en el niño (Tratamiento de la) . . . . 247 y 408
Apendicectomía (La incisión póstero-lateral en la) 411
Arterias de los músculos papilares (La ordenación en espiral y longitudinal de la musculatura en la capa media de las). 242
Arterias. (Sobre la elástica de las grandes) 242
Artrodesis extraarticular de la cadera en la coxalgia. (La). 412
Ataques agudos de litiasis bilial (La Eupaverina para combatir los) . . 433
Atrofia óptica por compresión torácica 544

Página

Auditivo (Valor terapeútico de las radiaciones ultra-violeta en las afecciones del aparato) **115**
Auscultation (Les bases fundamentales de l'). 55

B

Bacteriología del parenquima amigdalino tras amigdalectomía. . . 72
Bacteriología de las aguas de abastecimiento de Zaragoza. . . . 202
Bacteriología de la infección puerperal. (Trabajos recientes sobre la). 418
Biología y Patología de la mujer. . 155
Blastomicosis secundaria nasal incipiente. 426
Blefarospasmo. (Sobre el valor de la Alcoholterapia en el entropión espástico en el entropión cicatricial y en el) 253

C

Calcáneo. (Las facturas del). . . 159
Cálculos biliares. (Sindromes por expulsión de gruesos). 85
Cáncer de laringe (El diagnóstico microscópico del) 509
Cáncer de la mama mediante agujas de rádium. (Tratamiento del) . . 68
Cáncer de la vulva, de estructura histológica glandular 251
Cáncer de cuello. (Posibilidades de la vía vaginal en el tratamiento quirúrgico del) 416
Cáncer humano a los monos. (Ensayos de transplantación del). . 406
Cánceres. (Asociación de la Cirugía y proteinoterapia específica en los) 160
Cánceres que se agravan después de ser irradiados. (Algunas consideraciones biológicas sobre los). . 430
Carcinoma en osteomielitis. . . . 67
Cardiopatías distróficas y esclerosis cardio-vascular. 241
Cardio-rénaux (Les). 49
Catarata. (La operación de la). . . 545
Catarata madura (El mito de la) . . 507

Página

Castaña, alimento valioso y olvidado. (La). 432
Castración precoz sobre la morfología de las terminaciones nerviosas de los órganos genitales externos de los mamíferos. (La acción de la). 61
Cavernas pulmonares (Sobre clasificación de) 496
Cefalea en el síndrome de hipertensión intracraneana. (La). . . . 69
Céfalo-raquídeo (Valor clínico de la dosificación de los cloruros en el líquido). 494
Ceguera (Profilaxis de la) 505
Células corticales del timo fundándose en la investigación comparada de los plastosomas. (Para la cuestión de la naturaleza de las) 242
Células gigantes. (Sobre los vasos en el tubérculo o sus relaciones con la formación de). 243
Cesárea alta. (La operación) . . . 341
Cesárea abdominal y sus indicaciones modernas. (Estudio de la). . 169
Cesárea vaginal en los casos de placenta previa. (Algunos puntos de vista sobre la operación). . . 80
Chancro. (Sífilis sin). 171
Chirurgíe Reparatrice. Plastique et Esthétique. (Congrés. Comptes rendus des Seances, de la Societé Scientifique Française de) . . . 402
Cianuro de oro y potasio en las tuberculosis ósea y articular. (Sobre el empleo del) 66
Circulatorio. (El síndrome gravídico) 416
Cirugía abdominal (La anestesia local en) 248
Cirugía lagrimal (La moderna) . . 419
Cirugía y proteinoterapia específica en los cánceres (Asociación de la) 160
Cistitis. (Las) **477**
Clinique chirurgical journalière (Manuel de). 50
Cloruros en el líquido céfalo-raquídeo (Valor clínico de la dosificación de los) 494

Página

Colesterinemia (Relaciones entre la hormona sexual femenina y la) . 61
Colina en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar (La). 329
Colitis por las vacunas «per os» (Tratamiento de las) 512
Complicaciones bronco-pulmonares de la obstrucción nasal (Las) **463**
Complicaciones faríngeas y laríngeas de la fiebre de malta . . . 163
Complicaciones por trombosis en las parturientes (Estudio de las) 81
Complicaciones oculares en la eritrodermia descamativa 79
Congénita (La infección tuberculosa) 493
Congresos argentinos de Cirugía . 153
Constipación (La) 49
Cornetomía (El taponamiento nasal tras) 258
Corrientes electro-anestésicas de Araya (Tratamiento de las neuralgias faciales, vértigos y zumbidos por las) 429
Cráneo (Los síntomas oftalmológicos en los tumores de la fosa media de la base del) 420
Cráneo en el seno esfenoidal (Permanencia de proyectiles a la base del) 255
Crenoterapia española de algunas enfermedades del aparato digestivo (Contribución a la). 435
Crenoterapia sulfurosa en Dermatología (La) 433
Coloración vital de las amigdalas (Investigaciones experimentales sobre la) 426
Coxalgia (La artrodesis extraarticular de la cadera en la). 412
Cutánea (Ano contranatura con cierre de tapa) **230**

D

Diagnóstico de la flebitis del seno lateral (Elementos de). 416
Diagnóstico de la sífilis (La leucocitarreacción de Gonín, Bienvenne y Daoulas, en el) 172
Diagnóstico de la presentación y posición mediante el síntoma sintético de la ingle del Prof. González . 336
Diagnóstico de la gota (Las pruebas de Escudero para el) 62
Diagnóstico de la sinusitis purulenta (Sobre el valor del examen radiográfico del seno maxilar en el). . 425
Diagnóstico del ulcus cáncer (El problema) 64
Diagnóstico de la tuberculosis (Sobre un tratamiento dietético del cobayo para el rápido) 495
Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar (Signos de Grancher en el) 496
Diagnóstico microscópico del cáncer de laringe (El) 509
Diagnóstico precoz y diferencial del embarazo (El) 502
Diagnóstico Röntgenológico del tubo digestivo 481
Diatermia **212**
Diatermia (El tratamiento por la). . 397
Difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea (El médico práctico ante la) 257
Difteria ocular (A propósito de un caso de) 421
Difteria ocular en un recien nacido, contraída durante el parto . . . 344
Dientes en las enfermedades generales (Comportamiento de los) . **5**
Digestivos con las aguas mineromedicinales (Tratamiento de los síndromes) **312**
Digestivo (Contribución a la crenoterapia española de algunas enfermedades del aparato) 435
Digital (Farmacología de la) . . . 57
Dilatación aguda de estómago postoperatoria (Acerca de la) . . . 497
Divisiones palatinas (La fonación en las) 331
Dermatología (La Crenoterapia sulfurosa en) 433
Desprendimiento retiniano (La curabilidad del) 421

Página

Desprendimiento prematuro de la placenta 170
Drenaje en la peritonitis circunscrita y difusa, especialmente en la apendicitis (La abolición del) 411
Dolor? (¿Parto sin) . . . **177** y **265**
Dosificación de los cloruros en el líquido céfalo-raquídeo (Valor clínico de la). 494
Duodenal (Fundamentos y métodos del tratamiento médico de la úlcera gastro-). 263

E

Electrolisis circular endoscópica en las estenosis cicatriciales graves del esófago (De la). 422
Embarazo (Apendicitis en el) . . . 415
Embarazo. (Consideraciones sobre el paso de substancias de la madre al feto, durante el último período del) 81
Embarazo (El diagnóstico precoz y diferencial del) 502
Embarazo y enfermedad de Addison. 417
Emetina. Sus diversas aplicaciones en la Clínica 240
Encefálicas en la endocarditis. (Alteraciones) 243
Encefalografía arterial. (La localización de los tumores cerebrales por la) 440
Endocarditis. (Alteraciones encefálicas en la) 243
Endocrina del ovario (La función) . 503
Enfermedad de Khöler. (Un caso típico de) **308**
Enfermedades del corazón y de los vasos. (Tratado de las) 325
Enfermedades del estómago. Su diagnóstico y tratamiento . . . 484
Enfermedades de los riñones . . . 154
Enfermedades de los viejos. Nociones para el médico práctico. . . 239
Enfermedades generales. (Comportamiento de los dientes en las) . **5**
Enfermera hospitalaria. (Manual de la) 56
Enfermedades infecciosas en 1931. (Las) 486
Entropion espastico, en el entropion cicatricial y en el bleforospasmo. (Sobre el valor de la alcoholterapia en el) 253
Epiplón mayor del cobaya. (Sobre el desarrollo de la estructura histológica del) 244
Epiplón mayor del cobaya. (Sobre el desarrollo de la estructura histológica del) 407
Episiotomía. (Indicaciones y técnica de la) 339
Equinococos. (Sobre 125 casos de quistes de) 410
Eritrodermia descamativa. (Complicaciones oculares en la) 79
Esclerodermia generalizada tratados con Fibrolisina. (Dos casos de) . 432
Esófago. (De la electrolisis circular endoscópica en las estenosis cicatriciales graves del) 422
Estenosis esofágica. (Estudio clínico de un caso de) 166
Estómago post-operatoria. (Acerca de la dilatación aguda de) . . . 497
Estomatitis gangrenosa curados. (A propósito de cuatro casos de) . . 508
Etiopatogénicas entre tonsilitis y nefropatías (Contribución experimental a las relaciones) 71
Eupaverina para combatir los ataques agudos de litiasis biliar. (La). 433
Examen prenupcial considerado desde el punto de vista médico. (El) 350
Extracción manual de la placenta . 337
Extractos de ovario. (Los) 502

F

Faisceau Scriptural 402
Farmacología de la digital 57
Fibrolisina. (Dos casos de esclerodermia generalizada tratados por). 432
Fibromas uterinos. (Viejas y raras transformaciones de los) . . . **147**
Fiebre de malta. (Complicaciones faríngeas y laríngeas de la). . . 163

Página

Fisiopatología sexual. (Estudios de). 400
Flebitis del golfo de la yugular y su tratamiento quirúrgico. ¿El grunert tiene todavía su valor? 256
Flebitis del seno lateral. (Elementos de diagnóstico de la) 164
Fonación en las divisiones palatinas (La) 331
Fracturas del calcáneo. (Las) . . . 159
Fracturas obstétricas de fémur y húmero; su tratamiento 63
Función endocrina del ovario homotransplantado. (Sobre la). . . . 60
Función endocrina del ovario . . . 503

G

Gastro-duodenal. (Fundamentos y métodos del tratamiento médico de la úlcera) 263
Gastro-duodenal. (Tratamiento médico de la úlcera) 84
Gastro-duodenal. (El exámen radiológico de la mucosa) 511
Gastro-intestinales. (Poliposis) . . 172
Gastropatías. (El recambio hídrico en las) 260
Gastrostomía y cateterismo retrógrado progresivo del esófago . . 513
Gastrorragia. (Como iniciar la alimentación después de una) . . **393**
Glandular. (Cáncer de la vulva de estructura histológica) 251
Glaucoma. (Resultados obtenidos por el enclavamiento del iris en el) 252
Glotis. (Las lesiones anatómicas en la parálisis de los dilatadores de la) 163
Gonocócicas. (Las prostatovesiculitis) 438
Gota. (Las pruebas de Escudero para el diagnóstico de la) . . . 62
Goutte. (La) 52
Gravídico circulatorio. (El síndrome) 416
Gripe en la génesis de las infecciones mortales de las parturientes. (Papel de la) 339
Grumert, tiene todavía su valor? (Flebitis del golfo de la yugular y su tratamiento quirúrgico. (El). . 256

Página

H

Hemolíticas. (Anemias). 244
Hemorrágico. (Origen del infarto) . 243
Hemotórax recidivante en el curso del pneumotórax artificial. (El). . 329
Hendidura esfenoidal. (Sobre el síndrome de la) 167
Hídrico en las gastropatías. (El recambio). 260
Hipertrofia de las amígdalas palatinas. Su tratamiento. (La). . . . 35
Hipertrofia mamaria unilateral. (Sobre la) 160
Hipertensión. (El Rodanato de potasio en el tratamiento de la) . . . 329
Hipertensión intracraneana. (La cefálea en el síndrome de) 9
Hipnonarcosis por Pernoctón en Obstetricia. (La). 338
Hipoglucemia. (Observaciones sobre el cuadro sintomático de la) . 407
Histerosalpingografía. (Inyección accidental de Yodopina en el transcurso de la). 504
Histiocitos. (Sobre las relaciones entre linfocitos, monocitos e) . . 407
Histofisiológica sobre la mama. (Investigación) 61
Histología del epiplón mayor del cobaya. 407
Histológica del epiplón mayor del cobaya. (Sobre el desarrollo de la estructura). 244
Homo-sexualismo. 55
Hormona sexual femenina y la colesterinemia. (Relaciones entre la). 61
«Hunger Pains» (Patofisiología del) 87

I

Ictericia catarral. (El régimen cárneo en la) 159
Incisión póstero-lateral en la apendicectomía. (La) 411
Incisión circular en las operaciones de transposición del seno y de mamectomía total. (De la) . . . 161
Incisión de Wilde. (Mastoiditis en el lactante tratada por) 62

Página

Index Merck 240
Index de las especialidades farmacéuticas para uso de médicos y farmacéuticos. 239
Indigocarmin por vía intravenosa. (Valor práctico de la prueba del) . 439
Infancia. (Tumores malignos del riñón en la). 67
Infarto hemorrágico. (Origen del). 243
Infarctus du myocarde. (L'). . . . 52
Infecciosas en 1931. (Las enfermedades) 486
Infección puerperal. (Trabajos recientes sobre la bacteriología de la) 418
Infecciones oculares. (La antiviruterapia en las) 80
Infección tuberculosa congénita. (La) 493
Inflamación de la placenta y sepsis fetal. (Nuevas investigaciones) . 59
Ingle, para diagnosticar la presentación y posición (El síntoma sintético) 336
Inguinal subaguda. (La linfogranulomatosis). **449**
Inervación de las trompas de Falopio (Sobre la fina) 59
Invaginación intestinal aguda de la primera infancia (La imagen radiológica en la). 334
Inyección de suero glucosado (La vía intraperitoneal para la) . . . 333
Inyecciones intra-traqueales de lipiodol (Las) 77
Iris en el glaucoma (Resultados obtenidos por el enclavamiento del). 252
Irradiados (Algunas consideraciones biológicas sobre los cánceres que se agravan después de ser) . 430

K

Khöler (Un caso típico de la enfermedad de) **308**

L

Lactante. (El «Nem-System», su fundamento y aplicaciones a la alimentación del. 491
Lactante (El tratamiento de las anorexias de causa neuropática en el) 409

Página

Laringe. (El diagnóstico microscópico del cáncer de). 509
Lagrimal (La moderna cirugía) . . 419
Laríngeas periféricas (Parálisis) . . 428
Laringitis tuberculosa de aspecto catarral crónico difuso (Todavía sobre la) 422
Laringitis y ronquera (Alteraciones de la voz) 237
Laringitis tuberculosa (El valor de las simpatectomías periarteriales en el tratamiento de la) 70
Laringostomía (Contribución al estudio de la) 74
Leucemias. (Radioterapia de las) . 512
Leucocitorreacción de Gonin, Bienvenne y Daoulas, en el diagnóstico de la sífilis (La). 172
Linfocitos, monocitos e histiocitos (Sobre las relaciones entre). . . 407
Linfogranulomatosis inguinal subaguda **449**
Litiasis biliar (La eupaverina para combatir los ataques agudos de) . 433
Lipiodol (Las inyecciones intra-traqueales de) 77

M

Mama (Tratamiento del cáncer de la) 68
Mama (Investigación histo-fisiológica sobre la) 61
Mamaria unilateral (Sobre la hipertrofia) 160
Mamectomía total (De la incisión circular en las operaciones de transposición del seno y de) . . 161
Mastoiditis en el lactante, tratada por incisión de Wilde) 62
Medicina (Los milagros en) . . . **353**
Médecine en Belgique 1830 - 1930 (Cent ans de). 403
Memorie é Comunicazione Scientifiche. 485
Monocitos e histiocitos (Sobre las relaciones entre linfocitos) . . . 407
Mucosa nasal en los sexos y diversas edades (algunas observaciones sobre el estado de la) . . . 257
Muerte súbita durante el post-partum 337

Página

Musculatura en la capa media de las arterias de los músculos papilares 242

N

Nasal incipiente (Blastomicosis secundaria 426
Nasal. (Las complicaciones bronco-pulmonares de la Obstrucción) . **463**
Nefropatías (Contribución experimental a las relaciones etiopatogénicas entre tonsilitis y) . . . 71
«Nem-System», su fundamento y aplicaciones a la alimentación del lactante. (El) 491
Neumotórax artificial (El hemotórax recidivante en el curso del) . . . 329
Neuralgias del trigémino. 65
Neuralgias faciales, vértigos y zumbidos por las corrientes electro-anestésicas de Araya. (Tratamiento de las). 429
Niño. (Tratamiento de la apendicitis aguda del). 408
Niño. (Tratamiento de la apendicitis aguda en el). 247
Niño. (De la anestesia local en la adenoidectomía y amigdalectomía en el) 427
Novarsenobenzol Billón en clínica (El) 348

O

Obesidad. (Algunas consideraciones sobre el tratamiento dietético de la) 431
Obstétrica. (Sobre varios casos de parálisis) **89**
Obstétrica del miembro superior. (Parálisis) 414
Obstétricas de fémur y húmero; su tratamiento. (Fracturas) 63
Obstetricia. (La hipnonarcosis por Pernoctón en) 338
Obstrucción nasal. (Las complicaciones bronco-pulmonares de la). **463**
Ocular. (A propósito de un caso de difteria). 421
Ocular en el recien nacido. (La difteria 344
Oculares. (La Antiviruterapia en las infecciones) 80
Oculares en la eritrodermia descamativa. (Complicaciones). . . 79
Oculares en la oxicefalia. (Dos nuevos síntomas) 78
Oftalmia simpática terminan por la curación. (Los caracteres evolutivos de la) 252
Oftalmológicos en los tumores de la fosa media de la base del cráneo. (Los síntomas) 420
Oftalmotónicas provocadas por inyección orbitaria de diversas sustancias. (Reacciones) 254
Operación cesárea alta. (La) . . . 341
Operación de la catarata. (La). . . 345
Optica por compresión torácica. (Atrofia) 344
Osteomielitis. (Carcinoma en) . . 67
Osteomielitis aguda del pubis. (Contribución al conocimiento de la) . 68
Otitis media supurada. (A propósito del síntoma «dolor ocular» en el curso de la). 508
Oto-esclerosis. (Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la) 76
Otoespongiosos. (La reserva alcalina en la sangre de los) 347
Oto-rino-laringología. (Varias aplicaciones de la Percaina, anestésico local, en) 259
Ovario homotransplantado. (Sobre la función endocrina del). . . . 60
Ovario humano. (Investigaciones sobre el tejido parasimpático del). 60
Ovario. (La función endocrina del) . 503
Ovario. (Los extractos de) 502
Oxicefalia. (Dos nuevos síntomas oculares en la) 78

P

Palatinas. (La fonación en las divisiones) 331
Papilares. (La ordenación en espiral y longitudinal de la musculatura en la capa media de las arterias de la) 242

Página

Parálisis de los dilatadores de la glotis. (Las lesiones anatómicas en la) 163
Parálisis infantil y tuberculosis pulmonar 495
Parálisis laríngeas periféricas. . . 428
Parálisis obstétrica. (Sobre varios casos de) **89**
Parálisis obstétrica del miembro surior 414
Parto. (La anestesia durante el) . 418
¿Parto sin dolor?. **177-265**
Parturientes. (Estudios de las complicaciones por trombosis en las) 81
Parturientes. (Papel de la gripe en la génesis de las infecciones mortales de las). 339
Patofisiología del «Hunger Pains» . 87
Pathologie rénale. (Manuel de). . 51
Patología General. (Elementos de) . 404
Patología quirúrgica. (Elementos de) 151
Patología quirúrgica de la infancia. (Tratado de) 152
Pedagogía sexual. 57
Pediatría. (Recientes adquisiciones en) 54
Percaina, anestésico local, en oto-rino-laringología. (Varias aplicaciones de las) 259
Peritonitis aguda, supurada, generalizada **139**
Peritonitis circunscrita y difusa. (La abolición del drenaje en la). . . 411
Pernoctón en Obstetricia. (La hipnonarcosis por). 338
Placenta. (Extracción manual de la). 337
Placenta. (Desprendimiento prematuro de la) 170
Placenta previa. (Algunos puntos de vista sobre la operación cesárea vaginal en los casos de) 80
Placenta y sepsis fetal. (Nuevas investigaciones sobre inflamación de la) 59
Plastosomas. Para la cuestión de la naturaleza de las células corticales del timo fundándose en la investigación comparada de los) . . . 242
Poliposis gastro-intestinales . . . 172
Post-partum. (Muerte súbita durante el) 337
Potabilidad de las aguas de la República Argentina desde el punto de vista de su salinidad. (La). . **388**
Problémes Sous-hépatiques . . . 53
Procidencias. La procidencia del cordón. (La) 249
Proteinoterapia específica de los cánceres. (Asociación de la Cirugía y de la) 160
Profilaxis de la ceguera 505
Prostatovesiculitis gonocócicas. (La) 438
Prueba de Meltzer-Lyon (La) . . . 330
Prueba del indigocarmin por vía intravenosa. (Valor práctico de la) . 439
Pruebas de Escudero para el diagnóstico de la gota (Las). 62
Prurito perineal y su tratamiento. (El) 500
Psiquiatria. (Manual de). 482
Psiquiatría Penal y Civil 399
Pterigión que reincide (Tratamiento del 420
Puerperal. (Trabajos recientes sobre la bacteriología de la infección). 418
Pulmón. (Amigdalectomía total y absceso del) 162
Pulmonares. (Sobre clasificación de cavernas) 499

Q

Queratitis actínica. (La) 168
Química general aplicada a la industria, con prácticas de laboratorio. 157
Quimio-terapéuticas. (Sistema reticulo-endotelial y acciones). . . 500
Quinina en terapéutica. (La) . . . 152
Quistes de equinococos (Sobre 125 casos de) 410

R

Radiaciones ultra-violeta en las afecciones del aparato auditivo. Valor terapéutico de las) . . . 115
Radiodiagnóstico (La evolución del) 436
Radiográfico del seno maxilar en el diagnóstico de la sinusitis pu-

Página

rulenta. (Sobre el valor del examen). 425
Radiología. (Algunas noticias del congreso internacional de). . . 437
Radiología de la mucosa gastro-duodenal 511
Radiología médica. (Tratado general de) 156
Radiológica. (Compendio de Técnica) 398
Radiológica en la invaginación intestinal aguda de la primera infancia. (La imagen). 334
Radioterapia de las leucemias . . . 512
Radium. (Tratamiento del cáncer de la mama mediante agujas removibles de). 68
Reacciones oftalmotónicas provocadas por inyección orbitaria de diversas sustancias). 254
Reeducación de la voz cantada. (La) 70
Reflejo vestíbulo-pupilar (El) . . . 73
Régimen cárneo en la ictericia catarral (El) 159
Relaciones entre linfocitos, monocitos e histiocitos, especialmente durante la inflamación. (Sobre las). 407
Reserva alcalina en la sangre de los otoespongiosos. (La). 347
Retiniano. (La curabilidad del desprendimiento). 421
Reumatismo. (Amígdalas y) . . . 424
Riñón en la infancia. (Tumores malignos del) 67
Rodanato de potasio en el tratamiento de la hipertensión. (El) . . . 329
Rodilla en el tratamiento de las lesiones sinoviales. (La abertura amplia de). 161

S

Salvarsánica en el tratamiento de la sífilis. (Accidentes de la medicación). **281**
Sangre de los otoespongiosos. (La reserva alcalina en la). 347
Semiología cardiaca de origen tuberculoso 495
Seno esfenoidal (Permanencia de proyectiles a la base del cráneo en el) 259
Seno lateral. (Elementos de diagnóstico de las flebitis del) . . . 164
Seno maxilar en el diagnóstico de la sinusitis purulenta. (Sobre el valor del examen radiográfico del) . . 425
Senos de la cara. Contribución al estudio de la tuberculosis de los). 346
Sexual. (Pedagogía) 57
Sífilis sin chancro 171
Sífilis. (Accidentes de la medicación salvarsánica en el tratamiento de la) **281**
Sífilis. (Contribución al estudio del tratamiento abortivo de la) . . . 82
Sífilis. (La leucocitorreacción de Gonin, Bienvenne y Daoulas en el diagnóstico) 172
Sífilis por transfusión sanguínea? (Como evitar la transmisión de la) 498
Signos de Grancher en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. (Valor de los) 496
Simpatectomias periarteriales y ablación del plexo retro-carotídeo de Haller en el tratamiento de la laringitis tuberculosa. (El valor de las). 70
Síntoma «dolor ocular» en el curso de la otitis media supurada. (Apropósito del). 508
Sístema Retículo-endotebial y acciones quimio-terapéuticas 500
Síndrome gravídico circulatorio. (El) 416
Síndrome de hipertensión intracraneana. (La cefálea en el) 69
Síndrome de la hendidura esfenoidal (Sobre el) 167
Síndromes digestivos con las aguas mineromedicinales. (Tratamiento de los) **312**
Síndromes por expulsión de gruesos cálculos biliares. 83
Síntoma sintético de la ingle, del Prof. González para el diagnóstico de presentación y posición. (El) . 336

Página

Síntomas oculares en la oxicefalia. (Dos nuevos) 78
Sinusitis purulenta. (Sobre el valor del examen radiográfico del seno maxilar en el diagnóstico de la) . 425
Sinusitis sin síntomas nasales . . 74
Suero antiescarlatinoso. (Nuevo método de administración del). . . 408
Suero glucosado. (La vía intraperitoneal para la inyección de) . . 333
Suicidio por colgamiento 246
Suicidios, los crímenes y los accidentes. (La influencia de las manchas solares en los) 246

T

Taponamiento nasal tras cornetomia. 258
Técnica Radiológica, Radiodiagnóstico y Radioterapia. (Compendio de) 398
Técnica terapéutica quirúrgica. . . 326
Terapéutica de las enfermedades cutáneas 283
Terapéuticos. (Acetileolina por vía endovenosa. Primeros resultados). 264
Terminologíe médicale. (La unification de la) 151
Timo fundándose en la investigación comparada de los plastosomas. (Para la cuestión de la naturaleza de las células corticales del) . . 242
Tratamiento por la Diatermia. (El) . 739
Tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello. (Posibilidades de la vía vaginal en el). 416
Tratamiento quirúrgico de la otoesclerosis. (Consideraciones sobre el) 76
Tratamiento quirúrgico de las varices. (Sobre el) **362**
Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Provincial de Valencia. (Anales del Servicio de) . . 401
Tónsila laringea. (Contribución al estudio anatomo-histológico de la) 257
Tonsilitis y nefropatías. (Contribución experimental a las relaciones etiopatogénicas entre) 71
Transfusión sanguínea. (Como evitar la transmisión de la sífilis por) 498
Transplantación del cáncer humano a los monos (Ensayos de). . . 406
Tratamiento abortivo de la sífilis. (Contribución al estudio del) . . 82
Tratamiento del Pterigión que reincide 420
Tratamiento de la apendicitis aguda del niño 408
Tratamiento de las colitis por las vacunas «per os» 512
Tratamiento de la hipertensión. (El Rodanato de potasio en el) . . . 329
Tratamiento de la laringitis tuberculosa. (El valor de las simpatectomias periarteriales en el) . . . 70
Tratamiento de la sífilis. (Accidentes de la medicación salvarsánica en el) **281**
Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. (La colina en el) 329
Tratamiento de las anorexias de causa neuropática en el lactante. (El) 409
Tratamiento de las lesiones sinoviales, capsulares, ligamentosas y meniscales. (La abertura amplia de la rodilla en el) 161
Tratamiento de las neuralgias faciales, vértigos y zumbidos por las corrientes electroanestésicas de Araya 429
Tratamiento de la vaginitis por Tricomonas vaginalis 503
Tratamiento de los abscesos del ano. 161
Tratamiento de los síndrones digestivos con las aguas mineromedicinales **312**
Tratatamiento del prurito perineal . 500
Tratamiento dietético de la obesidad (Algunas consideraciones sobre el) 431
Tratamiento dietético del cobayo para el rápido diagnóstico de la tuberculosis. (Sobre un). 495
Tratamiento médico de la úlcera gastro-duodenal. (Fundamentos y resultados del) 84

Página

Trigémino. (Neuralgias del) 65
Trombosis en las parturientes. (Estudio de las complicaciones por) . 81
Trompa. (Torsión aguda de la) . . 413
Trompas de Falopio. (Sobre la fina inervación de las) 59
Tubérculo y sus relaciones con la formación de células gigantes (Sobre los vasos en el) 243
Tuberculosa de aspecto catarral crónico difuso. (Todavía sobre la laringitis) 422
Tuberculosa congénita. (La infección). 493
Tuberculosis de los senos de la cara. (Contribución al estudio de la). 346
Tuberculosis ósea y articular. (Sobre el empleo del cianuro de oro y potasio en las). 66
Tuberculosis pulmonar. (La colina en el tratamiento de la). 329
Tuberculosis pulmonares. (Parálisis infantil y) 485
Tuberculosis pulmonar. (Valor de los signos de Grancher en el diagnóstico de la) 496
Tuberculosis. (Sobre un tratamiento dietético del cobayo para el rápido diagnóstico de la) 495
Tuberculoso. (Semiología cardíaca de origen) 495
Tumores cerebrales por la encefalografía arterial. La localización de los) 440
Tumores de la fosa media de la base del cráneo. (Los síntomas oftalmológicos en las) 420
Tumores malignos del riñón en la infancia. 67

U

Ulcera gastro-duodenal. (Fundamento y métodos del tratamiento médico de la). 263
Ulcera gastro-duodenal. (Fundamentos y resultados del tratamiento médico de la). 84

Página

Ulcus cáncer. (El problema diagnóstico del). 64
Uñero. (El pequeño problema del) 27
Uterinos. (Viejas y raras transformaciones de los fibromas). . . 147

V

Vacunación antidiftérica por pomada. (La). 492
Vacunación por la B. C. G. (Resultados lejanos de la). 410
Vacunas «per os». (Tratamiento de las colitis por las) 512
Vaginal en los casos de placenta previa. (Operación cesárea). . . 80
Vaginitis por Tricomonas vaginales. (El Tratamiento de las) 503
Varices. (Tratamiento quirúrgico de las) **362**
Vasos en el tubérculo y sus relaciones con la formación de células gigantes. (Sobre los). 243
Vendaje de yeso en el tratamiento de las fracturas. (El). 327
Vestíbulo-pupilar. (El reflejo). . . 73
Vía intraperitoneal para la inyección de suero glucosado. (La). . . . 333
Vía vaginal en el tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello. Posibilidades de la). 416
Vida. (El mal de la). 58
Vacación médica. (La génesis sentimental de la) **16**
Voz, laringitis y ronquera (Alteraciones de la). 257
Voz cantada. (La reeducación de la). 70
Vulva de estructura histológica glandular. (Cáncer de la). 251

Y

Yodipina en el transcurso de la histerosalpingografía. (Inyección accidental de) 504
Yugular y su tratamiento quirúrgico ¿El grunert tiene todavía su valor? (Flebitis del golfo de la) . . 256