

CONGRESO DE CLIMATOLOGÍA.—Del 16 al 22 del corriente agosto se celebra en la población de Davos (Suiza), un Congreso de Climatología organizado por el Instituto de investigaciones científicas sobre la fisiología de altura y la tuberculosis. En el Congreso, que se ha dividido en secciones físico-meteorológica, biológica y clínica, tomarán parte caracterizados hombres de ciencia europeos.

EL PRIMER CATEDRÁTICO DE OBSTETRICIA DE AUSTRALIA.—La Universidad de Sidney ha designado al doctor J. C. WINDEYER para regentar la Cátedra de Obstetricia de nueva creación. Hasta este momento la enseñanza de la Obstetricia ocupaba un lugar secundario en el plan de estudios médicos de Australia por cuyo motivo la morbilidad y mortalidad materna y fetal eran elevadas a pesar de las medidas sanitarias puestas en vigor desde hace algunos años. El nombramiento de un profesor responsable para la reorganización de esta rama de la Medicina ha sido bien acogido y muy pronto seguirán esta iniciativa las Universidades de Melbourne y Adelaida.

UN NUEVO SIGNO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS EN LA MUJER.—En la *Prensa Médica Argentina*, describe Carlos Alberto CASTAÑO, la dismenorrea apendicular como un nuevo signo diagnóstico de apendicitis. Aparece este signo en mujeres sin pasado genital morboso a consecuencia de una afección de origen apendicular. Consiste en dolor premenstrual tres o cuatro días antes de la aparición de las reglas. Más raramente coincide con ellas.

Su localización constante es en la mitad derecha sub-umbilical del abdomen: puntos cvárico y de Mac Burney, irradiándose hacia la cara anterior del muslo derecho, lo que los distingue de los dolores de origen genital que se presentan en ambas fosas ilíacas e irradian hacia la región lumbo-sacra, cintura y región glútea.

Desaparecen completamente después de la apendicectomía, comprobándose en la intervención que no existen alteraciones concomitantes de los anejos: no se trata por tanto de una lesión mixta sino de una repercusión congestiva periódica.

LA CINEMATOGRAFÍA DE LOS MOVIMIENTOS CARDÍACOS.—LUTEMBACHER ha presentado a la Sociedad de Medicina de París un film mostrando el movimiento de corazones aislados y perfundidos con el líquido de Ringer, dispositivo que permite el estudio objetivo de las arritmias de una manera muy demostrativa.

LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER.—Se ha fundado en Lausana un Centro Anti-canceroso cuyo objeto es coordinar los esfuerzos encaminados a la lucha contra el cáncer. Servirá de agente de enlace entre los tres servicios principales de Anatomía Patológica, Investigaciones experimentales y Terapéutica. El servicio terapéutico comprende los diferentes tratamientos: Cirugía, Rayos X y Radium. Se relaciona con los médicos de cabecera para tenerlos al corriente de los tratamientos a que han sido sometidos sus clientes y para darles todas las indicaciones útiles cuando deseen tratar a los enfermos por sí mismos.

Se ha organizado asimismo un servicio de propaganda, con conferencias públicas a cargo de profesores calificados y una Asociación Benéfica encargada de recoger cotizaciones dedicadas a asegurar el buen funcionamiento de la obra.

También en Ginebra se ha creado otro centro análogo.

El profesor ASKANAZY dirige el Laboratorio de Investigaciones experimentales, habiéndose asimismo organizado un ciclo de conferencias públicas por una comisión especial.

Los médicos de cabecera cuidan del tratamiento de los cancerosos pero encuentran en el centro el radium necesario para ello y M. WASSMER, director desde hace once años del "Radium Institut Suisse" está a su disposición para darles cuantas indicaciones prácticas les sean necesarias.

De esta suerte posee el Centro Anti-canceroso de Ginebra cuantos elementos son necesarios para luchar eficazmente contra el cáncer y los pone a la disposición de todos, haciendo un llamamiento a la caridad privada para que ayude al sostenimiento de la obra.

NUEVO TRATAMIENTO DEL CARBUNCO.—El cirujano ruso MESHTSCHANINOFF ha comunicado al Congreso de cirujanos de Odesa

que la inyección intravenosa de una dosis máxima (0,60 a 0,90 gr.) de Neosalvarsan, tiene una influencia curativa sobre el organismo de los enfermos de carbunco, que se revela por caída crítica de la temperatura, localización y disminución del edema, mejoramiento del estado general y cicatrización de la pústula. La inyección de 914 hace inútiles los medios hasta hoy empleados para tratar el carbunco.

ENVENENAMIENTO POR LOS DERIVADOS BARBITÚRICOS.—ACHARDS, MOUZON y ELOCH, han presentado a la Academia de Medicina de París cinco casos de intoxicación voluntaria por los derivados de la malonilurea, veronal, dial y gardenal puros o asociados. Los síntomas más constantes son: somnolencia o coma, hipotonía muscular, midriasis, hipertermia a 39 grados, aceleración del pulso y de la respiración y tendencia a la cianosis. Los reflejos pueden estar conservados o exagerados, con signo de Babinsky, en un caso había voz escandida y temblor como en la esclerosis en placas. Dos enfermos murieron entre el tercero y cuarto día; uno de ellos a pesar de una sangría de 500 cc.

RAVINA y GIROT llaman la atención sobre el peligro, en ciertos casos, de las inyecciones intravenosas de Somniféne. A este respecto mencionan la observación de una enferma atacada de delirio y agitación de origen etílico que recibió una inyección de diez c. c. de este fármaco, introducida en la circulación venosa en tres minutos.

Se durmió durante la inyección y descansó doce horas con sueño apacible, sin alteración del pulso ni de la respiración. A partir de este momento se altera su facies, sobreviene disnea y sucumbe la enferma en breves instantes después de una elevación térmica superior a 40 grados. La autopsia no reveló ninguna lesión orgánica.

De ahí que parezca difícil no establecer una relación entre la muerte rápida con hipertensión y la inyección intravenosa.

Ello induce a creer que no se debe emplear el Somniféne por vía intravenosa, si no es con extrema prudencia, a la dosis y en las condiciones actualmente indicadas por muchos autores, sobre todo en enfermos intoxicados.

CHAUFARD apoya estas conclusiones y FLAUDIN ha señalado un caso de intoxicación crónica por el Somniféne que revistió el aspecto de una parálisis general. La supresión brusca del medicamento produjo en 15 días una remisión completa.

DISTINCIONES.—Han sido nombrados doctores *honoris causa* de la Facultad de Medicina de Toulouse los profesores RECASENS, decano de la Facultad de Medicina de Madrid, y MARTINEZ VARGAS, rector de la Universidad de Barcelona.

Ha sido concedida la Cruz de Alfonso XII al doctor GUYANES, distinguido cirujano de Madrid.

Sergio VORONOFF, bien conocido por sus trabajos sobre rejuvenecimiento, ha sido nombrado Caballero de la Legión de Honor.

## REVISTA DE REVISTAS

### MEDICINA

*La secreción gástrica estudiada por el sondaje fraccionado.*

M. LABBÉ y H. MEURDRAC.

Un siglo después de los primeros ensayos de cateterismo gástrico llevados a cabo por RÉAUMUR (1752) y SPALLANZANI, entra éste como medio diagnóstico en las afecciones gástricas con LEUBE, KUSSMAUL, EWALD y BOAS. Con ellos y otros autores se ha ido perfeccionando el método, hasta que la modificación introducida por EINHORN disminuyendo notablemente el calibre del tubo que puede así dejarse colocado durante largo tiempo sin producir molestias, ha permitido seguir paso a paso la secreción gástrica, establecer curvas de secreción comparables con otras análogas y proporcionar datos que no podía dar el examen único del contenido estomacal practicado antes sistemáticamente una hora después del desayuno de prueba. Desde América, país de EINHORN, el método se ha ido difundiendo a los demás.

TÉCNICA. Son necesarios el tubo de EINHORN y una jeringa de 20 c. c. para practicar la operación. Con ellos se extrae primero el líquido que pueda contener el estómago en ayunas, se

retira el tubo y se hace ingerir el desayuno de prueba clásico de EWALD, que los autores prefieren a otros que se han propuesto (peptonados, etc.) por creer que provoca la secreción mejor que ellos y ser de fácil extracción con sencillos artificios como el de inyectar aire cuando se obstruye el tubo, etc. Extrayendo de 20 a 40 c. c. cada vez no se observan errores en las cifras del análisis químico cuantitativo.

A la media hora del desayuno de prueba, es reintroducido el tubo que no se retirará ya hasta el final de la experiencia y cada media hora se practicarán las extracciones del contenido gástrico (20-40 c. c.). No es necesario repetir las aspiraciones cada diez minutos: lo interesante es seguir la marcha de la secreción hasta el fin, durante 2-3 o más horas, hasta vacuidad completa del estómago a ser posible, pues la mayoría de las displasias están caracterizadas por una prolongación de la digestión o por anomalías que sobrevienen en un periodo avanzado de la misma. Cada fracción extraída, lo propio que la secreción en ayunas, se coloca en una probeta graduada para apreciar y medir el sedimento y sobre cada una de ellas se practica el análisis químico cuantitativo del CIH libre, del combinado y de la acidez total (método de TOEFFER, modificado por LINOSSIER), se investiga la presencia de sangre y sería conveniente apreciar también la abundancia de moco y llevar a cabo el análisis histológico del sedimento. Con estos datos se establece la curva de la secreción gástrica.

LOS DIVERSOS TIPOS DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA. Todos los autores están conformes en admitir una hipersecreción clorhídrica en los úlcus gástrico y duodenal y una hiposecreción en el cáncer. En lo demás, las opiniones son muy diversas, lo cual no es de extrañar pues el diagnóstico de muchas afecciones (gastropatías reflejas, colecistitis, coledocistitis) no asienta sobre bases sólidas.

Así, REHFUS, BERGHEIM y HAWK creen que en el sujeto normal—cosa que no es admitida por los autores del trabajo que extractamos ni casi por ninguno—pueden observarse los tipos de secreción más extremos en cuanto a cantidad y acidez.

Son otros, según ellos, los caracteres que determinan la inclusión de una secreción en el campo de lo patológico y admiten como tales, cuatro tipos distintos: 1.º hiper o hipoacidez sin moco ni sangre, por trastornos psíquicos o reflejos; 2.º Gastritis caracterizadas por la presencia de moco; 3.º Trastornos secretorios caracterizados por la presencia de sangre (cáncer, úlcera o congestión) y 4.º Presencia de pus, sangre y moco (infección, inflamación o ulceración).

RYLE halla el máximo de acidez en los sujetos sanos (1,16 para el CIH libre y 2,19 para la acidez total) a la hora y media o dos horas, para descender enseguida lentamente; la evacuación tendría lugar a las 2 h. 15 o 2 h. 30. En la úlcera duodenal ha hallado las cifras más altas en cantidad de secreción, en duración y en acidez; en las de pequeña curvatura, curvas de hipersecreción.

RYFFEL da como normales, cifras parecidas, algo más bajas en la acidez y lo propio TALBOT, aunque halla cifras algo mayores en la acidez total (1,82-2,92) y cree que si bien en el sujeto normal la curva de secreción reviste una marcha general bastante constante; hay no obstante, variaciones individuales notables (por ej.: CIH libre 1,29 de promedio resultante de unas cifras extremas de 0,73 a 2,19).

ANDRESSEN describe cuatro curvas patológicas: 1.º el tipo aquilia con hipoacidez, sangre, albúmina y evacuación rápida; 2.º El tipo reflejo con hiperacidez e hipersecreción continua; 3.º El tipo de úlcus duodenal con hiperacidez, hipersecreción y aparición, al final de la digestión, de sangre y bilis, y 4.º El tipo de úlcus gástrico con acidez intermitente y presencia constante de sangre.

También CHIASSERINI indica cuatro tipos de secreción, pero no cree que exista una relación entre la afección gástrica y el tipo de curva secretoria.

MOJENA en las úlceras de pequeña curvatura halla una acidez total entre 0,4 y 1,2; en las pilóricas no halla curva fija y en las duodenales 30/100 de acidez.

En este trabajo se citan otras observaciones de diversos autores que omitimos para dirigirnos directamente a las investigaciones llevadas a cabo por LABBÉ y MEURDRAC.

INVESTIGACIONES SOBRE LA SECRECIÓN GÁSTRICA. Conforme a la técnica indicada, estos autores han hallado los siguientes resultados:

A. En sujetos sanos, el acmé de la secreción se alcanza al cabo de una hora y la evacuación es completa a las dos horas.

El CIH libre oscila entre 1 y 1,50/100; CIH combinado entre 1,50 20/100; la acidez total, entre 2 y 20/100.

No han observado hiper ni hipoclorhidrias notables en sujetos verdaderamente sanos.

B. En las curvas patológicas admiten cuatro tipos:

I. Secreción acortada e insuficiente.—Hay el caso del sujeto con una secreción normal en cantidad, pero con insuficiencia clorhídrica manifiesta. La motricidad es normal y la evacuación también. Se trata de una gastritis alcohólica de cinco años de fecha.

Y hay el caso con motricidad normal, pero con secreción acortada e hipoclorhidria manifiesta.

II. Secreciones prolongadas. Hay tres tipos: a) Con hipoclorhidria.—Corresponde generalmente al caso de insuficiencia secretoria con retardo de evacuación por atonía o ptosis o por un obstáculo mecánico, generalmente de naturaleza cancerosa.

Por la presencia o ausencia de sangre, conoceremos, en general de que se trata.

b) Con clorhidria normal.—Caso bastante frecuente que corresponde a orígenes muy diversos: ptosis o atonía gástrica, atonía de origen reflejo o úlcus pilórico o duodenal.

El acmé de la secreción no se alcanza hasta las dos horas o más tarde. La secreción no es completa muchas veces, hasta las tres o más; la acidez es normal.

c) Con hiperclorhidria.—Corresponde, en general, a una úlcera de estómago o de duodeno o a una excitación refleja como la pericolecistitis. Líquido abundante en ayunas, ácido o hiperácido con estasis alimenticio muy manifiesto cuando hay estenosis del píloro o del duodeno.

El máximo de acidez no se alcanza hasta después de las dos horas. La secreción ácida persiste tres, cuatro o más horas, o puede ser continua lo cual la acerca a la gastrosucorrea de Reichmann. La evacuación siempre está retardada. Puede no encontrarse sangre ni en el jugo gástrico ni en las heces, tratándose de hipersecreción simple sin úlcus, pero la ausencia de sangre en el jugo gástrico después del desayuno de prueba puede coexistir con una úlcera de píloro. Pero generalmente se halla al principio o al final o durante toda la observación. Los autores combaten la idea de ANDRESSEN y BASSLER que creen que la aparición de sangre en un período tardío indica úlcus duodenal.

III. Hipersecreción con hiperclorhidria tardía.—En el esclarecimiento de este punto de la patología digestiva y en el de las secreciones policíclicas que estudiaremos luego, es donde más útil y necesario ha sido el sondaje fraccionado y donde más puede esperarse de él. Muchos tipos de secreción que antes se tenían por casos de hipo o anaclorhidria y llevaban al diagnóstico de cáncer haciendo la extracción a la hora de la comida de prueba, han resultado ser casos de hiperclorhidria tardía estudiándolos con el sondaje fraccionado. Corresponde generalmente a úlcus piloro-duodenal o también a ptosis o atonía gástrica con evacuación retardada.

En ayunas se halla un jugo más o menos ácido, muy ácido generalmente. Después de la comida de prueba se extrae un líquido hipo o anaclorhídrico que a las tres, cuatro o más horas en los casos extremos, se hace notablemente hiperácido. Las observaciones deben llevarse a cabo durante varias horas para saber cuando ceden estas cifras tan elevadas de acidez, que alcanzan a 4, 5 y hasta 60/100 a las tres horas de la comida de EWALD.

IV. Secreción policíclica.—Generalmente con hipoclorhidria pueden ser curvas de hiperacidez. Después de un acmé de acidez a la hora, se produce otro a las 2 horas y media, o tres, o más tarde. Corresponde a lesiones intestinales cuyo reflejo excita la secreción, pues no puede admitirse la excitación por retención alimenticia ya que en todos los casos la evacuación es precoz o normal.

ENSEÑANZAS DERIVADAS DEL SONDAJE FRACCIONADO. Las ideas clásicas sobre la secreción normal han variado poco: el acmé de la acidez seguimos considerando que aparece en estado normal, a la hora del desayuno de Ewald; la evacuación completa no se admite que termine antes de las dos horas.

Peró en el estado patológico nuestras concepciones han variado más. Los tipos de secreciones cortas (evacuaciones antes de una hora), son muy raros. Aun en los casos de secreción insuficiente, la evacuación es normal cronológicamente la mayoría de las veces. Hemos de investigar en estos casos si no se trata de hiperclorhidrias tardías.

El trastorno más frecuente consiste en la prolongación gástrica por retardo de la evacuación (comprobable por radios-

copia, eliminación de substancias disueltas incorporadas al desayuno de prueba, como el ácido salicílico o el percloruro de hierro, o más sencillamente por la medición y análisis del sedimento). Con el quimismo fraccionado cambia el concepto del tipo secretorio y de la entidad patológica que representa, respecto del que se tenía antes para estos enfermos, ya que el acmé de la acidez y de la cantidad de secreción se produce después de una hora del desayuno de prueba y pasaban desapercibidos antes de entrar en la práctica corriente el sondaje fraccionado.

Otro detalle que debemos agradecer al nuevo método consiste en el conocimiento de la existencia de una disociación entre la cantidad y la calidad de la secreción, o sea la existencia de hipersecreciones hipoclorhídricas: la hipersecreción está en relación con la dificultad de evacuación y la hiperclohidria con la irritación de la mucosa y la existencia de lesiones ulcerosas.

Insistimos sobre la importancia de las enseñanzas proporcionadas por el quimismo fraccionado sobre las hiperclohidrias tardías que pasaban desapercibidas antes y que ahora nos permiten explicar en muchos casos las crisis dolorosas a las tres o cuatro horas en los que eran tenidos antes por hipo o anaclorhídricos. Clínicamente ya se habían atribuido a hiperclohidria tardía, pero faltaba la comprobación experimental y así se comprende que después de haberse creído en una relación de causa a efecto siempre cierta, se negara más tarde toda relación. Ahora se ha comprobado que en muchos casos existe y en otros es preciso explicar estas crisis por la existencia de afecciones extragástricas, cuando falta esta hiperclohidria tardía (tabes, colecistitis, etc.)

Clínicamente las crisis de dolor tardío ligadas a hiperclohidria, asientan netamente en el epigastrio, aparecen inmediatamente después de la comida pero no alcanzan su máximo hasta la hora o las dos horas, se calman con la ingestión de alimentos o alcalinos y se reproducen con un ritmo regular después de cada comida durante largos periodos. Las correspondientes a una afección extragástrica son de asiento menos marcadamente epigástrico, empiezan más tardíamente, son más nauseosas, no son tan regulares, ni se calman de la misma manera.

El sondaje fraccionado ha confirmado alguna idea clásica que había caído en descrédito, como es la relación entre la hiperclohidria y la úlcera de estómago. MATHIEU decía que en un 20 a 30 % de úlceras no había hiperclohidria, porque desconocía las hiperclohidrias tardías que han hecho aumentar mucho el número de las hiperclohidrias.

Las secreciones policíclicas, relacionadas generalmente con afecciones intestinales, han sido estudiadas también gracias al sondaje fraccionado, que los autores creen que debe entrar en la práctica corriente, por ser un auxiliar precioso para completar los datos obtenidos por la clínica y la radioscopia. (*Annales de Médecine*, Febrero 1925).

A. DE BALANZÓ.

#### La claudicación intermitente y su tratamiento. VAQUEZ.

Los estudios que en estos últimos años han sido emprendidos sobre la patogenia y tratamiento de la claudicación intermitente han contribuido a que este proceso conserve todavía un marcado interés clínico.

Su fisonomía clínica ha variado ciertamente bien poco a través del tiempo, así es que la definición que en 1856 le dió CHARCOT continúa siendo absolutamente clásica. CHARCOT definió la claudicación intermitente como "una impotencia motriz dolorosa, inexistente en estado de reposo, y que sobreviene solamente por accesos determinados por el funcionamiento del miembro, es decir, con el esfuerzo propio de la marcha." Este síndrome es pues la expresión de un estado de isquemia del miembro cuya arteria principal o nutricia se halla parcialmente obstruida. El síndrome de la claudicación intermitente tiene su fundamento en las experiencias de Claudio BERNARD, quien demostró que los músculos durante su fase de trabajo exigen un riego sanguíneo seis veces superior al normal. La supresión en mayor o menor grado de este aflujo circulatorio suplementario puede determinar la isquemia y aun la gangrena del miembro afecto.

El Profesor VAQUEZ tomando como punto de partida la evolución clínica observada en un enfermo de su servicio hospitalario, afecto de claudicación intermitente, construye una lec-

ción clínica en la que hace una revisión de todas las ideas actuales sobre aquella enfermedad, fijando de un modo especial la atención sobre su patogenia y tratamiento.

En la evolución clínica de la claudicación intermitente, sabido es que el acceso doloroso de la extremidad afecta constituye el síntoma subjetivo predominante; por no decir el único síntoma que caracteriza aquel proceso durante mucho tiempo. Se ha dicho acertadamente, que la claudicación intermitente es una afección monosintomática en los primeros estadios de su evolución.

El acceso doloroso conoce como causa inmediata el esfuerzo producido por la marcha (paso apresurado, subida de escaleras, etcétera) y es característica su desaparición con el reposo.

La sensación dolorosa se manifiesta bajo formas variadas, ya sean de tipo lancinante, hormigueos, impresión de frío, etc.

El comienzo de la enfermedad se establece habitualmente de un modo lento bajo la forma de pequeñas crisis dolorosas consecutivas a largas caminatas, no siendo rara su confusión con las varices internas.

Como hecho no del todo excepcional merece señalarse que en algunas ocasiones el acceso doloroso no sobreviene inmediatamente al esfuerzo, sino que aparece tardíamente, por la noche, bajo la forma de un calambre doloroso típico.

Estas formas de crisis dolorosas independientes del esfuerzo y sobrevenidas espontáneamente con carácter paroxístico durante la noche son casi siempre el preludio del esfacelo o de la gangrena del miembro afecto.

Ya hemos dicho que durante algún tiempo la claudicación intermitente evoluciona sin otro signo característico que el acceso o calambre doloroso, sin embargo, por el examen externo del miembro se comprueba relativamente pronto una palidez cutánea y sensación de frío local en el momento de los accesos.

La posición vertical de la pierna determina asimismo una ciano-eritrosis de la parte inferior de la extremidad enferma, es el signo del calcetín descrito por VAQUEZ y BRICOUT.

En periodos ulteriores, el esfacelo constituye una consecuencia casi fatal de la marcha la mayoría de veces implacable de la enfermedad. Este esfacelo tiene puntos predilectos en su localización: la cara plantar del dedo gordo del pie, la parte infero-externa del dedo pequeño, el talón y a veces la planta del pie.

El pulso de la pedia está poco menos que abolido en el lado afecto y existe asimismo una disminución considerable del índice oscilométrico de este lado.

*Variaciones evolutivas.*—Cabe hacer una subdivisión fundamental previa, a saber: la claudicación intermitente que aparece como epifenómeno en el curso de un proceso ateromatoso general; tal es la claudicación premonitoria de la gangrena senil; y la claudicación intermitente que podríamos llamar solitaria, esencial, cuyo cuadro evolutivo se adapta con mayor precisión a la descripción clínica que hemos hecho más arriba.

Esta última forma de claudicación no es patrimonio de los viejos sino que puede descubrirse en edades relativamente jóvenes, de 35 y 40 años, evolucionando lentamente en muchos años y sugiriendo los más opuestos diagnósticos, tales como la gota, ciática, varices internas etc.

¿Cuál es el porvenir de los enfermos afectados de claudicación intermitente?

La curación debe considerarse como un hecho excepcional, a excepción de aquellos casos en que la etiología específica ha justificado un tratamiento causal oportuno.

En los casos más favorables la afección hace su camino lentamente con remisiones transitorias durante cuyo tiempo una afección intercurrente puede poner fin a la situación.

En la gran mayoría de los casos la evolución se hace progresivamente hacia el esfacelo ya sea precozmente ya de un modo tardío en el espacio de 10 o 15 años.

Es de notar el hecho interesante de que la claudicación intermitente coexiste muchas veces con una integridad total del aparato circulatorio, en estos casos es cuando la afección merece ciertamente el calificativo de monosintomática. Recientemente HEITZ ha señalado la asociación del síndrome de claudicación intermitente con la angina de pecho y también aunque más raramente con el síndrome de Raynaud.

La etiología de la claudicación intermitente ha dado lugar a las más variadas opiniones.

El papel de la sífilis es mucho menos constante de lo que muchos han creído, las estadísticas de DEHON y HEITZ la seña-

lan escasamente en un 30 por 100 de los casos; el Prof. VAQUEZ por su parte afirma que el tratamiento específico ejerce raramente una acción francamente favorable.

Willy MEYER acusa al tabaquismo como factor tiiológico fundamental de la claudicación intermitente.

Finalmente se han invocado otras causas banales tales como el frío, la humedad, las intoxicaciones y algunas infecciones.

La hipercolesterinemia es casi constante en estos enfermos pero cabe preguntarse si más que un hecho ligado directamente a la claudicación intermitente entre el sexo femenino y su marcada frecuencia en cambio entre ciertas razas: los israelitas en particular.

La *Patogenia* no ha sido menos discutida.

Un hecho desde luego salta a la vista y es la existencia de alteraciones arteriales en los miembros, sobre todo inferiores. Las lesiones anatómicas observadas en estos miembros son, sin embargo, de diversos órdenes. En algunas ocasiones las arterias son rígidas, de paredes espesas, invadidas, en una palabra, por el proceso ateromatoso; otras veces es una arteritis obliterante o estenosante localizada en un segmento arterial, otras en fin es un aneurisma de la iliaca externa.

La obliteración del vaso como factor patogénico de la claudicación intermitente no puede, sin embargo, aceptarse sin reservas. El carácter progresivo y tardío en la evolución de las lesiones anatómicas y su posible regresión son hechos que inclinan a la duda.

Si bien es verdad que la obliteración ha sido indiscutiblemente comprobada tras de algunas amputaciones por gangrena, no es menos cierta la existencia de otros casos en que el proceso obliterante no pudo ser demostrado.

Recientemente SALOMON y SCHWARTZ han presentado a la Sociedad de Cirugía una observación sobre un enfermo al que le fué practicada una simpaticectomía perifemoral a causa de manifestaciones progresivas de claudicación intermitente. Al poco tiempo la invasión gangrenosa del pie exigió la desarticulación de Lisfranc pudiéndose comprobar entonces que las arterias supra yacentes no ofrecían el menor signo de obliteración. Solamente una ligera condensación fibrosa de las paredes reducía discretamente la luz del vaso.

Un hecho clínico interesante merece ser consignado en este caso: el índice oscilométrico brillaba por su ausencia, lo mismo en el lado enfermo que en el lado sano.

TUFIER y LÉRICHE admiten la posibilidad de una lesión alta que pueda explicar la bilateralidad de los signos objetivos apuntados, pero esta suposición no pasa de ser una hipótesis no comprobada anatómicamente.

Seáse como quiera, un hecho subsiste inexplicable y es la desaparición de las oscilaciones en un miembro en que no existe la obliteración propiamente dicha.

El profesor BARD ha propuesto una explicación basada en el fenómeno del pulso. Este resulta de la separación brusca de las dos presiones extremas y para que sea perceptible es preciso que el vaso esté dotado de un cierto grado de elasticidad. Se concibe muy bien que si la arteria reduce su luz o se esclerosa perdiendo por lo tanto su elasticidad, se produce una aproximación de las dos tensiones extremas que determina una uniformidad en el curso de la sangre exteriorizada por una desaparición de las oscilaciones.

Estas consideraciones hacen preferible el nombre de arteritis estenosante aplicado a las lesiones de la claudicación intermitente, en lugar de arteritis obliterante que deberá reservarse para los casos terminados por gangrena.

Por lo que se refiere a la patogenia del espasmo THOMAS-ZACK admite la producción de un espasmo capaz de transformar la estenosis en obliteración.

El Prof. VAQUEZ admite la existencia probable del espasmo muscular susceptible por sí solo de explicar el elemento doloroso del síndrome de claudicación, pero el espasmo vascular aceptado como patogenia esencial del síndrome es un hecho difícilmente demostrable. Por de pronto está bien demostrado que el baño caliente no ejerce la menor influencia sobre los fenómenos isquémicos lo cual contradice la noción del espasmo vascular.

La producción del espasmo queda suficientemente explicada por la simple estenosis del vaso a la cual se agrega en múltiples ocasiones los traumatismos localizados y repetidos sobre tejidos sujetos a nutrición deficiente.

El problema terapéutico de la claudicación intermitente es difícil y complejo.

Las soluciones terapéuticas propuestas van encaminadas unas a la causa misma de la claudicación, otras a remediar los trastornos de ella derivados. El tratamiento deberá ser específico dentro de lo posible y sintomático en todos los casos.

El tratamiento antisifilítico debe ser instituido siempre que la especificidad sea sospechada con todo y los fracasos excesivos de esta medicación.

La supresión del tabaco parece también cumplir una medida terapéutica ligada directamente a la etiología de la claudicación. Cuando el ateroma es manifiesto, los yoduros y el lipiodol pueden ser de alguna utilidad.

La medicación sintomática va toda ella dirigida a combatir los trastornos isquémicos actuando sobre el régimen circulatorio y la vaso dilatación.

Los nitritos son sin duda alguna el tipo de medicación vaso dilatadora más eficaz: inyección de 5 o 10 c. c. de la solución al 2 por 100. Una inyección diaria durante veinte días.

La diatermia no puede ser despreciada por su acción favorable sobre la nutrición de los tejidos oponiéndose de este modo al esfacelo. LIAN ha descrito recientemente dos casos favorablemente influenciados por este tratamiento, pero los efectos son inconstantes.

Otro tanto puede decirse de la medicación carbo-gaseosa (ROYAT).

MEYER, William STELL y más recientemente TROISIER y RAVINA han preconizado el empleo del citrato de sosa por su acción fluidificante de la sangre.

STELL ha empleado diariamente una inyección intravenosa de 250 centímetros cúbicos de una solución citratada al 2 por 100.

TROISIER emplea soluciones más concentradas (20 c. c. de una solución al 30 por 100) pero este método intensivo presenta serias molestias subjetivas para el enfermo.

El prof. VAQUEZ prefiere el tipo de medicación de STELL, añadiéndole la ingestión de 20 gramos de citrato de sosa.

La combinación de este tratamiento con los tratamientos externos, aire caliente, diatermia, etc., puede realizar una terapéutica bien aceptable en algunos casos, sin prometerse, no obstante, grandes esperanzas.

Finalmente, LÉRICHE ha preconizado su procedimiento de simpaticectomía para el tratamiento de los dolores y de las ulceraciones de origen arterial.

Los resultados eficaces obtenidos en el mal perforante plantar han sido menos persistentes en el tratamiento de la claudicación intermitente.

SCHLESINGER, de Viena, ha dado cuenta muy recientemente de una brillante estadística de 9 casos de simpaticectomía bilateral por claudicación intermitente con 7 casos favorables en que la gangrena fué evitada con atenuación marcada de los fenómenos dolorosos.

Como hace notar acertadamente VAQUEZ, si los casos de SCHLESINGER eran realmente otras tantas claudicaciones intermitentes puras, la gangrena no constituye un hecho fatal, sin que se pueda por tanto otorgar un valor definitivo a la simpaticectomía.

La simpaticectomía difícilmente puede actuar sobre los nervios vasomotores de distribución segmentaria, mucho más probable es que tenga una acción real sobre los dolores destruyendo los filetes sensitivos.

Para terminar diremos que el propio LÉRICHE desconfía de la eficacia de su método en la claudicación intermitente al que atribuye solamente una acción paliativa sobre los dolores. (*Paris Médical*, 4 julio 1925).

L. TRIAS DE BES.

## CIRUGÍA

*Tratamiento de las varices y hemorroides con inyecciones esclerosantes.* OSCAR IVANISSEVICH.

Basado en el principio de "que las flebitis químicas estan en general exentas de peligros" ha tratado doscientos casos con un completo éxito y sin accidentes ni complicaciones de ningún género. Consiste, teóricamente, el procedimiento, en provocar una flebitis química obliterante que llegará a transformar la vena afecta en un cordón fibroso duro, susceptible de desaparecer casi completamente al cabo de algún tiempo. El autor expone, provoca la flebitis y preconiza como agentes esclerosantes, siendo los que él emplea y ha empleado, la glicerina.

fenicada al 30 por 100 y el líquido de Genevrier cuya fórmula es:

Biclorhidrato neutro de quinina...	4 gr.
Uretano ... ..	2 gr.
Agua destilada. ... ..	30 gr.

Preparación estéril.

La glicerina fenicada la emplea para las hemorroides y el líquido de Genevrier para las varices de la safena.

**TÉCNICA. Varices del miembro inferior.**—Examen general del enfermo. Comprobación y afirmación del diagnóstico. Provocación del exstasis venoso por quietud en posición vertical y colocación de un tubo o venda elástica por debajo del cayado de la safena. Asepsia y antisepsia del punto elegido para la inyección procediendo de abajo arriba. Inyección intravenosa de 1 cm.<sup>3</sup> de líquido de Genevrier; compresión en el punto de la inyección durante 8 ó 10 minutos con un tapón de algodón hidrófilo estéril o gasa; supresión de la compresión y de la ligadura elástica. El enfermo puede dedicarse a su vida ordinaria, y unos ocho días después se repite la misma operación, hasta que hayamos conseguido la esclerosis en toda la longitud venosa deseada. En la mayor parte de los casos, la trombosis y la reacción febril se presenta sin reacciones anormales, ni perturbaciones subjetivas ni objetivas. En algún caso se acompaña de dolores intensos espontáneos, infiltración perivenosa de tipo inflamatorio, edema, impotencia relativa. Esto cede bien con reposo y compresas húmedas, frías o calientes.

**Accidentes.** Teóricamente es posible la movilización de un pequeño coágulo y la embolia consecutiva a nivel del pulmón. No ha sido comprobado clínicamente, y además la embolia séptica, no tiene ni con mucho los peligros de la embolia con coágulo infeccioso.

**HEMORROIDES.** Explorado el enfermo y afirmado el diagnóstico, es necesario distinguir los enfermos en dos grupos: 1.º Los que no son tributarios de las inyecciones esclerosantes y deben por consiguiente operarse. El 10 ó 15 % del conjunto y son: a) Hemorroides internas de gran tamaño, que se prolapsan con gran facilidad y en los que hay un verdadero prolapso de mucosa. b) Hemorroides internas ulceradas con grandes varices, en las que la repetición de las hemorragias comprometen la vida del enfermo. c) Hemorroides externas con gran prurito que benefician con la extirpación de una parte del revestimiento cutáneo que las cubre. 2.º Grupo: Todos los enfermos de hemorroides que no están dentro de las anteriores condiciones, son tributarios de las inyecciones esclerosantes. **Preparación del enfermo:** Alimentación líquida el día anterior, laxante, enemas, lavados de la región. **Instrumental:** 1.º Esfinteroscopia de Kelly. 2.º Una aguja de inyecciones de 1 centímetro 1/2 larga, montada sobre un vástago de metal acodado en su extremidad externa. 3.º Una pinza de disección acodada, de bocados planos para fijar el paquete hemorroidario, en el momento de la inyección. 4.º Vaselina esterilizada. 5.º Glicerina fenicada al 30 % 6.º Líquido de Genevrier. **Posición del enfermo y técnica:** En posición genupectoral, colocado el esfinteroscopia y puestos al descubierto los paquetes hemorroidarios, se entrega el esfinteroscopia a un ayudante, que lo mantiene en posición. Cargada la jeringuilla y montada la aguja, tomando la pinza con la mano izquierda, se fija un paquete, y con la mano derecha armada del inyector se depositan cuatro o cinco gotas dentro del paquete; si no entra el líquido dentro de una luz venosa, la inyección es algo menos eficaz, pero no es inútil. Habitualmente se inyectan en la primera sesión dos o tres paquetes, dejando el resto para una segunda sesión. **Cuidados postoperatorios:** Reposo de uno o dos días. Alimentación semilíquida. Píldora de opio de 0,02 gr. cada cuatro horas durante dos días. Al tercer día, uncionar la región esfinteriana con vaselina, laxante oleoso. Nueva cura a los ocho días. En plena crisis hemorroidaria aguda, es indispensable abstenerse y esperar que desaparezca la agudez, empleando un tratamiento apropiado. Los fenómenos e inconvenientes que se presentan en algunos casos son análogos a los de las varices y tienen el mismo tratamiento. (*La Semana Médica*. 13 Noviembre 1924).

SALARICH.

*A propósito de la osteitis fibrosa generalizada.* W. GERLACH.

El autor cita un caso de este proceso en un enfermo que a los 39 años de edad se le extirpó un tumor craneal diagnosticado de sarcoma. 2 años después, otro tumor semejante le aparece en

la tibia izquierda, aplicándosele entonces un intenso tratamiento de rayos X, que, no obstante, no impide la formación de nuevos tumores a nivel de la cabeza del fémur derecho. Más tarde, el enfermo presenta fracturas espontáneas múltiples del cuello del fémur del mismo lado, de la tibia izquierda y de varias costillas. El estado del enfermo se agrava, aparecen trastornos cerebrales y el enfermo muere diez años después de la primera intervención.

En la necropsia, se aprecia una osteitis fibrosa generalizada con focos tumorales múltiples. Las vísceras normales, a excepción del hígado, que presenta una hiperplasia nodular, consecutiva a una atrofia aguda.

El examen histológico demuestra: hemorragias extendidas en la médula, la substancia medular y esponjosa reemplazada por tejido conjuntivo, neoformación de tejido óseo. Los focos irradiados presentan estructuras muy diferentes, el tejido neoformado es esclerosado y sanguíneo, parangonable por su estructura con el tejido de los queloides, la osteogénesis defectuosa; caracteres todos típicos de la osteitis fibrosa.

El autor, no da ningún dato nuevo en la interpretación de este proceso. La teoría neoplásica de la osteitis fibrosa es definitivamente abandonada, la naturaleza inflamatoria, dudosa. El autor no comulga en la opinión de CHRISTELLER, quien en diversos estudios sobre esta enfermedad niega la existencia de una osteitis fibrosa localizada, declarándola una enfermedad generalizada. (*Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*. Enero 1923).

SALARICH.

*Significación de la dilatación unilateral y fijación pupilar en las lesiones graves del cráneo.* E. HOLMAN y W. M. J. SCOTT.

En los traumatismos craneales, tributarios de la trepanación descompresiva, el cirujano tropieza muchas veces con dificultades diagnósticas casi insuperables. La existencia de lesiones llamadas por contragolpe, la falta de correspondencia entre las lesiones externas y las intracraneales y la multiplicidad de estas últimas, son factores que dificultan extraordinariamente el poder sentir una indicación quirúrgica acertada; indicación que en algunas ocasiones debe ser decidida con rapidez, ya que un retardo puede entrañar la muerte del lesionado.

El comprobar los síntomas de la hipertensión intracraneal nos induce a trepanar, pero para que a la intervención le siga el éxito, precisa que sea practicada en el lado donde radica la lesión causante de aquella. Dicha lesión puede consistir unas veces en una contusión cerebral, otras en una ruptura de la meninge media, seguidas respectivamente de hemorragia intra o extra dural.

En los casos que ha existido después del accidente un intervalo de lucidez seguido de inconciencia más o menos completa, acompañándola síntomas tales como parálisis o convulsiones unilaterales, el diagnóstico es fácil, y permite por consiguiente una trepanación bien orientada. Pero en los casos que el lesionado se encuentra con síntomas de hipertensión, intracraneal inconciencia absoluta y sin ninguna de las habituales manifestaciones localizantes, la presencia de una pupila dilatada y rígida unilateralmente es lo único que nos permitirá orientarnos, debiendo adjudicarsele un gran valor como síntoma de localización.

Los autores presentan algunos casos clínicos en los que la rigidez y dilatación pupilar unilateral fue lo único que les guió al practicar la trepanación, citando casos que demuestran debe concederse más valor a dicho síntoma localizante que a la hemorragia por el oído y aun en ocasiones que a los mismos síntomas paralíticos.

No había pasado desapercibido a otros autores—CUSHING entre ellos—el estado de las pupilas, al objeto de aprovecharlo para localizar la compresión cerebral consecutiva a los traumatismos craneales. Pero en general se olvidaba mencionar dicho síntoma en los tratados, y cuando se comenta es para concederle poco valor fundándose en su variabilidad. En efecto la anisocoria puede ser un fenómeno transitorio que puede trocarse en midriasis bilateral cuando la compresión es lo suficientemente intensa y generalizada, pudiéndose suceder los síntomas en el espacio de algunos minutos. De ahí deriva que deba someterse al lesionado a una asidua vigilancia.

Se concederá poco importancia a ligeras variaciones en el tamaño de las pupilas; ya que la compresión cerebral produce una midriasis acentuada, y la ausencia completa de reacción a la luz en la pupila afecta de dilatación.

Si quisiera investigarse el edema de la papila se comprende deberá prescindirse del uso de midriáticos, por otra parte generalmente innecesarios, haciendo notar de paso que el edema papilar es un síntoma incomparablemente inferior desde el punto de vista diagnóstico, a la parálisis unilateral del tercer par. (*The Journal of the American Medical Association*, 15 Mayo 1925).

J. MAS OLIVER.

## ORTOPEDIA

*Contribución al estudio de la Espondilolistesis.* DESFOSES y COLLEN.

La espondilolistesis está caracterizada por el deslizamiento de la quinta lumbar sobre el sacro; propiamente hablando, luxación hacia adelante del cuerpo vertebral sobre la primera pieza sacra. Su diagnóstico sólo es posible radiográficamente, dando una imagen característica. Sintomáticamente hay dolores lumbares con irradiaciones que se confunden con una espondilitis, ciática, etc. En cuanto a su etiología, puede ser debida: 1.º A una fractura intra-articular del arco vertebral; 2.º A una artritis lumbo-sacra, y 3.º A un defecto de osificación entre la porción anterior y posterior del arco vertebral; en este último caso la lues tiene una gran importancia. (*Revue d'Orthopédie*, Enero 1925).

SOLER TEROL.

## OBSTETRICIA

*Nueva técnica de la sinriotomía subcutánea.* E. ZÁRATE.

Analiza las diferentes técnicas preconizadas para obtener la diástasis de la sínfisis pubiana, partiendo del método de Frank que considera ciego y expuesto a lesionar órganos de importancia. Rechaza los procedimientos de Kehrer, anatómicamente incorrecto, de Grün, peligroso, y de Schwartz, complicado.

Cree que el principal defecto de estas técnicas estriba en su escaso fundamento anatómico.

No comparte el criterio sustentado por las escuelas alemanas de que la ausencia de hemorragias y la rareza de lesiones vaginales y vesicales durante el acto operatorio esten precisamente condicionadas a la sección incompleta del ligamiento arcuatum que permite seguir un plano declive profiláctico que protegería los cuerpos cavernosos.

Tampoco considera necesaria la separación del clitoris de la línea media durante la sección para evitar la hemorragia.

Concede, por el contrario, importancia a la lentitud en la sección del fibro-cartilago por cuanto permite graduar la diástasis con la posición de las piernas en abducción forzada.

En realidad no es el ligamiento arcuatum el que, resistiendo, impide la separación de la sínfisis más allá de un centímetro, sino el fascículo superior de fibras ligamentosas ya que su sección amplía la abertura hasta tres o cuatro centímetros.

Las fibras ligamentosas superiores tienen una estructura compleja: se hallan formadas por el ligamiento trasversal de la pelvis reforzado en su parte superior por fibras aponeuróticas procedentes del oblicuo mayor, base de la línea alba y ligamiento de Cooper y por la bandeleta fibrosa trasversal que ciertos autores consideran como el ligamiento superior de la articulación que, infiltrado fisiológicamente por la gestación, se distiende gradualmente.

Estos elementos anatómicos del borde superior junto con los del arco inferior de la sínfisis constituyen los frenos moderadores de la diástasis violenta, el rendaje que debe graduar la separación del pubis. Toda buena técnica debe fundamentarse en la sección metódica de sus fascículos constituyentes.

Fundamentada en investigaciones anatómicas precisas llevadas a cabo en colaboración con Avelino GUTIERREZ, NAJERA y FALSA, preconiza la técnica siguiente:

Afeitado del pubis; desinfección con tintura de yodo marcado bien el borde de la sínfisis. Anestesia general o local; preferentemente cloroformo. Instrumental: un bisturí corriente de hoja recta de cinco centímetros de longitud que permite llegar en personas obesas hasta al borde inferior del arcuatum. Aguja curva enhebrada con crin.

Dos ayudantes sostienen, separándolas en abducción forzada, las piernas de la parturienta flexionadas sobre los muslos y estos sobre el abdomen.

Sondada la vejiga, introduce el operador los dedos índice y medio de la mano izquierda en la vagina, rechazando hacia arriba

el polo cefálico que se apoya sobre la sínfisis y apartando la uretra hacia la derecha del punto saliente retro-púbico, manteniéndola en esta posición hasta que se haya verificado la sección del fibro-cartilago. Esta maniobra profiláctica del canal uretral no es indispensable y resulta incluso perjudicial en el momento en que la articulación haya acentuado su diástasis.

También es peligroso y de ningún resultado descender con el pulgar el clitoris hacia la base del arcuatum por cuanto en lugar de separarlo de la punta del bisturí vulnerante tiende esta maniobra a aproximarlo al mismo aumentando así las probabilidades de que pueda ser lesionado.

Una vez fijado el punto exacto de la punción: medio centímetro por debajo del borde superior de la articulación (conservándose así todo el freno superior) se empuña el bisturí hundiéndolo perpendicularmente en la línea media hasta penetrar en el fibro-cartilago. Hecho esto se prosigue la sección hacia abajo dando al bisturí una posición oblicua hasta hacer desaparecer toda la hoja en la articulación. Entonces y siempre en posición oblicua se recorre el trayecto articular completando la sección del fibro-cartilago y del ligamiento anterior sin preocuparse del ligamiento posterior. Si la sínfisis no inicia su separación es señal de que no ha sido seccionado todavía el ligamiento arcuatum. En este caso la hoja del bisturí se desplaza hacia abajo cortando poco a poco las fibras que resisten. La articulación se entreabre ligeramente como lo comprueba el bisturí (los dedos situados en la vagina no pueden comprobar la separación de la sínfisis hasta que aquella haya alcanzado más de dos centímetros). El pulgar de la mano izquierda puede también calcular la separación apoyándose sobre el pubis.

En estas condiciones y si, a pesar de la abducción forzada, no aumenta la separación es que las extremidades óseas se hallan retenidas por las riendas inferiores (ligamiento de Henle) y por la rienda superior del ligamiento anterior.

El ataque de la rienda inferior es peligroso. Por el contrario, está indicada la sección del ligamiento superior por cuanto permite aumentar impunemente la separación.

Entonces, sin retirar el bisturí ni volverlo, se secciona a pequeños golpes poco a poco el fascículo ligamentoso. La abertura de la articulación aumenta, en ocasiones lentamente si se ha mantenido fijamente la extrema abducción, otras veces bruscamente si se ha forzado la abducción o si el bisturí ha cortado demasiado número de fibras. La separación sinfisiaria alcanza entonces tres centímetros y medio o dos traveses de dedo en la parte anterior de la sínfisis.

Esta ampliación no corresponde a la de la diástasis endo-pelviana cuya medición debe suministrar tan sólo un través de dedo, pues el intervalo articular tiene la forma de un cono de base anterior.

Obtenido este grado de separación termina el papel del bisturí. El polo fetal intentará encajarse impelido por las contracciones uterinas reforzadas con pituitrina, y si ello no bastara, una mayor abducción llevaría la separación articular hasta tres traveses de dedo, que es el máximo de ampliación necesaria para permitir el paso de un feto de dimensiones normales en una pelvis de viciación relativa.

Retirado el bisturí, se comprime con los dedos situados en la vagina el espacio inter-pubiano y mediante el pulgar se obtura con una gasa la pequeña puntura hasta detener la hemorragia que oscila entre veinte y cincuenta gramos. Un punto de crin cierra el orificio cutáneo que ha dado paso al bisturí recubriendo la pequeña herida con una o dos capas de colodion.

Conviene mantener la compresión durante diez o quince minutos para evitar la acumulación de sangre en el espacio inter-púbico al propio tiempo que los dedos índice y medio pueden seguir el descenso de la cabeza y la marcha del trabajo.

Después de la sección, si el cuello está dilatado o es dilatado, se administra un centígramo de pituitrina, terminando el parto al cabo de una media hora, con pequeña variante en el mecanismo de rotación interna que no se completa, descendiendo la cabeza en posición oblicua. Raramente precisa una segunda inyección ocitócica.

La operada, que después de la intervención ha permanecido en posición obstétrica hasta el fin del parto, se acuesta con las piernas extendidas, sin vendaje compresivo de pelvis, manteniendo juntos los muslos, pero con libertad para los movimientos de flexión que se le permite siempre que no separe las rodillas.

Aconseja el autor no abandonar el lecho, permitiendo la locomoción, hasta los doce o diez y ocho días después de la intervención.

Utilizando una técnica de separación ósea de dos traveses de dedo quedan todavía referidos los pubis: hacia arriba por el entrecruzamiento de las fibras del gran oblicuo que se hacen horizontales a medida que aumenta la separación del pubis hacia atrás pero la base de la línea alba se ensancha a medida que acrece la diástasis; hacia abajo por el ligamento de Henle y los fascículos aponeuróticos inter-pubianos.

La sínfisis no se entreabre hasta la sección completa del arcuatatum. La abducción extrema distiende y desgarran la porción fibrosa inferior de este ligamiento si ha escapado a la acción del bisturí.

El freno superior modera la diástasis y permite el alargamiento del ligamento prouretral sin desgarrar.

Las raíces de clítoris y el bulbo de la vagina son heridos difícilmente por cuanto se separan del hueso y huyen del bisturí.

En el momento de abrirse la sínfisis escapa hacia arriba la vejiga lo mismo que la uretra, protegida por el ligamento de Henle, lo que impide lesionarlas.

Las experiencias cadavéricas y los hechos clínicos contradicen las afirmaciones de KEHLER, KRONIG y otros de que el desgarramiento del arcuatatum determina la ruptura de los cuerpos cavernosos. (*Gynécologie et Obstetrique*, núm. 6 1925).

J. VANRELL.

## GINECOLOGÍA

*Tratamiento precoz de la infección puerperal mediante apósitos específicos (antivirus estreptocócico).* LEVY-SOLAL y SIMARD.

Los tratamientos clásicos preconizados para yugular la infección puerperal antes de su período septicémico: raspado intrauterino manual o instrumental e histerectomía—de preferencia vaginal—ayudados por los modos de medicación habituales, quimioterapia, proteínaoterapia, etc., aunque han logrado en ocasiones éxitos brillantes, son a menudo insuficientes y de indicaciones poco precisas.

Falta a menudo un criterio para apreciar exactamente dos de los elementos del problema: la virulencia del estreptococo y el grado de inmunidad natural del organismo infectado. No se tienen generalmente en cuenta para evaluar la virulencia los caracteres especiales del estreptococo piógeno verdadero precisados por TISSIER. En lo que se refiere a la medida de la inmunidad natural del organismo infectado los estudios de los autores sobre intradermoreacción en el curso del puerperio demuestran el partido que puede sacarse de este elemento de apreciación cuando se atiende a los trabajos clásicos.

En consecuencia, aconsejan los autores el empleo sistemáticamente precoz de un nuevo y sencillo método terapéutico inspirado en la noción de la inmunidad local bien estudiada por BESREDKA. La vacunación local significa profilaxis de las células receptoras sanas consistiendo su objetivo en circunscribir el foco infectado o mejor aun en prevenir la infección. Se comprende, pues, la importancia primordial de una terapéutica *precoz* puesta en juego desde la primera elevación brutal de temperatura, precedida a veces de una aceleración notable y permanente del pulso o mejor aún de una terapéutica *preventiva* todas las veces en que pueda pensarse en una posibilidad de infección (parto distócico, alumbramiento artificial, etc.). Ello es tanto más importante cuanto que en los casos de infección puerperal las condiciones anatómicas, favorables por la enorme superficie de absorción de la herida uterina, así como la virulencia particular del germen infeccioso, acortan el estado local de la infección durante el cual puede obrarse con eficacia.

Practicando hemocultivos sistemáticos en todas las infectadas sometidas a observación han apreciado a menudo que, contrariamente a la opinión clásica, la primera elevación brutal de temperatura coincide ya con una fase septicémica. Ello permite comprender los fracasos de numerosos legrados y el éxito tan excepcional de la histerectomía de urgencia.

*Técnica del método.*—Utilizan en substitución de las vacunas ordinariamente empleadas, cultivos filtrados de estreptococos preparados según la técnica de Besredka. Estos estreptococos proceden de casos de infección puerperal particularmente grave siendo renovadas las semillas lo más frecuentemente posible.

La rapidez de difusión de la infección impide el empleo de una autovacuna o de un autofiltrado que tarda varios días en obtenerse. Aparte de ello la necesidad de un filtrado polimicro-

biano, que parecería racional, nunca se impone cualquiera que sea la flora bacteriológica asociada. La mezcla de razas diversas de estreptococos basta siempre.

Este filtro estreptocócico o anti-virus se emplea en apósito intra uterino. La cavidad uterina se taponan mediante una larga tira de gasa puesta directamente en contacto de la superficie uterina, rellenándose igualmente los fondos de saco vaginales hasta el orificio vulvar. Al siguiente día se retira la mecha reemplazándola por otra aplicada en iguales condiciones. Este apósito se renueva cada 24 horas durante tres, cuatro o cinco días. En la mayoría de los casos bastan tres curas, siendo conveniente llegar siempre a esta cifra aun cuando haya sido obtenida la apirexia desde el primer día.

La casuística comprende: Ocho casos de vacunoterapia local curativa precoz, tratados con éxito. En dos de ellos el hemocultivo era positivo desde la primera elevación térmica. Dos casos presentaron urticaria generalizada y todas las enfermas acusaron un sabor gustativo especial "sabor de caldo" que demuestra el grado de difusión del filtrado por el organismo. Diez y nueve casos de apósito profiláctico por: alumbramiento artificial (4) versión por maniobras internas (1), aplicación alta de forceps (5), embriotomía (1), retención de membranas (8).

La mortalidad ha sido nula salvo en los tres primeros ensayos en que hubo insuficiencia de medicación y aparecieron pirexias fugaces. Todos ellos habían acusado temperatura en el curso de un parto prolongado.

La vacunoterapia local en las infecciones que datan de varios días no puede aconsejarse. Sin embargo, en tres casos que se remontaban hasta seis y ocho días tuvo lugar una sedación rápida de los fenómenos infecciosos con curación ulterior. Se trataba de infecciones sobrevenidas a consecuencia de alumbramiento artificial gravísimas de suyo a consecuencia de la inoculación séptica directa del endometrio. (*Presse Médicale* 22 Julio 1925).

J. VANRELL.

## UROLOGÍA

*Siete casos de Hidronefrosis.* G. LOEDERLUND.

El autor comunica 7 casos de hidronefrosis, de los cuales 3 eran debidos a la presencia de vasos accesorios, 3 a una estenosis congénita del uréter en su extremidad superior, y uno a un hipernefroma desarrollado al nivel del hileo que comprímia el uréter a este nivel.

En la totalidad de los casos, los vasos accesorios se extendían de la región situada delante del uréter hasta detrás del polo inferior del riñón. El autor discute el mecanismo de la hidronefrosis debida a los vasos accesorios y se ratifica en la teoría emitida por EKEHORN; estima que solo intervienen de una manera exclusiva o preponderante en la producción de la hidronefrosis los vasos accesorios que se extienden sea delante del uréter hasta la parte posterior del polo inferior, sea delante del uréter hasta la parte anterior del mismo polo.

Por consiguiente en los casos en los cuales existen vasos accesorios siguiendo uno de los dos trayectos, puede el riñón sufrir un pequeño desplazamiento en el curso de un enflaquecimiento, por ejemplo, pudiendo ocasionar una compresión al nivel del cruce del uréter con los vasos, constituyendo un obstáculo al curso normal de la orina y dar origen a la hidronefrosis. En uno de los tres casos los vasos accesorios muy tirantes en el momento de la operación determinaban un profundo surco de constricción en el punto donde cruzaban la parte inferior de la pelvis renal.

Por lo que hace referencia al cuadro clínico se ha de tener en cuenta que puede observarse en el curso de una crisis de hidronefrosis aguda, además de la fiebre y de la tensión de la pared abdominal, síntomas que pueden simular un proceso inflamatorio intra abdominal y especialmente en la hidronefrosis derecha, una crisis de apendicitis o colecistitis. Como elemento importante de diagnóstico comprobado por el autor en dos de sus casos señala la salida rápida por el cateterismo ureteral de una cantidad desproporcionada de orina con relación a la capacidad normal de la pelvis renal al propio tiempo que se atenúan o desaparecen los síntomas dolorosos del hipocóndrio. La pielografía parece en la mayoría de los casos indispensable para establecer un diagnóstico precoz.

En la discusión de la intervención operatoria, insiste el autor sobre la importancia que tiene, cuando es posible, la conservación del riñón. En los casos de hidronefrosis debidos

a vasos accesorios y donde la operación es practicada de una manera precoz, se puede—como señala EKEHORN, y ulteriormente confirman otros diversos autores— limitar la intervención a una simple división de los vasos conservando así el órgano funcionalmente intacto. Es de toda importancia, en las intervenciones de hidronefrosis, asegurarse antes de la existencia de vasos accesorios. De acuerdo con la escuela de urólogos americanos, el autor considera a esta clase de vasos como causa frecuente de hidronefrosis. Cuando, en la exploración de un riñón se comprueba la existencia de una distensión hidronefrótica de la pelvis, coincidiendo con un calibre normal del uréter inmediatamente por debajo de dicha pelvis, y todo tumor o litiasis pueden ser eliminados como elemento etiológico, cabe pensar en las tres causas siguientes: 1.º vasos accesorios. 2.º estenosis congénita del uréter a su salida de la pelvis. 3.º uréter fijo con riñón movable. La primera es indudablemente la más frecuente. (*Acta Chirurgica Scandinavica*. Mayo 1925).

A. OTERO.

#### Los grandes traumatismos en Urología. UTEAU.

Se eliminan en este estudio las heridas operatorias o producidas en el curso de exploraciones o intervenciones. Se comprenden en general los accidentes causados en caídas graves, muchas veces a horcajadas, los aplastamientos, los choques desde el producido por un puntapié, hasta los choques de ferrocarril; las heridas de guerra y armas en general y los accidentes de auto.

El autor hace una descripción anatómica a grandes rasgos para indicar que en general los órganos urinarios están bien protegidos contra los traumas externos y estas defensas osteomusculo-adiposas les permiten escapar a muchos traumatismos. Pero pueden ser alcanzados por los puntos débiles, y además pueden ser víctimas de este mismo sistema de defensas y esto precisamente en los traumatismos graves. Así el riñón que se ablasta sobre los apófisis transversas de las primeras lumbares. En las fracturas pelvianas los fragmentos perforan la vejiga; las diástasis pubianas y las fracturas isquio-pubianas, desgarran o arrancan la uretra; las caídas a horcajadas aplastan sobre las ramas isquio-pubianas o sobre el borde inferior y cara anterior del pubis.

A nivel de la uretra establece que la herida (*sección*) puede ser total (las tres tunicas) o parcial (una sola túnica o dos). La ruptura, la divide en *completa o circular* (toda la circunferencia del conducto) a veces con gran separación de los cabos e *incompleta* o con conservación de una lengüeta formada por un fragmento de la uretra.

Al nivel del riñón las lesiones pueden ser cerradas o abiertas en los cálices y pelvis; con ruptura de su cápsula propia o sin ella. Puede haber ruptura completa del pedículo renal con riñón nefrectomizado in situ, para expresarlo en una frase. El peritoneo, aunque raramente, puede ser desgarrado. Las fisuras del riñón son en general de bordes limpios, de dirección transversal; sobre ellas desembocan fisuras secundarias que recuerdan las fracturas estrelladas del cráneo.

El autor describe la sintomatología de los traumáticos urinarios con detención. El shock, propio de los grandes traumatismos y los signos propios de riñón. La *hematuria*, que puede ser dolorosa, semejando el cólico nefrítico. Derrame de sangre o hematoma perirenal cuya extensión determina, más que la hematuria, el pronóstico de la hemorragia, la cual constituye el barómetro; si el peritoneo está herido, la sangre pasa a derramarse a esta serosa. Uro-hematonefrosis secundarias, perinefritis secundarias, etc. El pronóstico depende de las lesiones traumáticas concomitantes, de la hemorragia interna, y en los casos graves del estado del riñón opuesto. Bastantes enfermos curan aún sin intervención, pero con el riesgo de accidentes y complicaciones próximas o tardías, de las cuales quedan libres los que se intervienen.

Las heridas de la vejiga, lo mismo las extra que las intra-peritoneales son de un pronóstico grave y siempre se han de intervenir pues el pronóstico es mucho más favorable. El diagnóstico de las mismas es en ocasiones difícil. Es característico la imposibilidad de la micción, sin que la palpación señale la existencia de globo vesical hipogástrico. Si el enfermo ha sido por desgracia sondado, esta maniobra nos da el diagnóstico seguro. No se debe recurrir a ello más que en casos excepcionales y con el máximo de garantías de asepsia, y dispuestos a in-

tervenir inmediatamente en caso de confirmación diagnóstica de la ruptura.

Las heridas de la uretra se diagnostican por la retención vesical con tenesmo; aquí se aprecia el globo hipogástrico. Como signos patognomónicos, la uretrorragia sola o acompañada de equimosis y hematoma perineal.

El pronóstico grave de los traumatismos urinarios, beneficia muchísimo de una conducta terapéutica científica, rápida e inteligente. Para el riñón, si las lesiones no nos parecen grandes, conviene adoptar la expectación armada. Reposo inmovilidad, calmantes. ¿Cuándo debemos intervenir? La hematuria no es la que señala el momento (LARDEUNOIS) el que nos indicará la intervención, cuando llegue o sobrepase la línea horizontal umbilical. Si no hay lesiones peritoneales o intra-abdominales se incidirá por vía lumbar. En los casos de ruptura del pedículo, sección del uréter o ruptura del parenquima en múltiples fragmentos, *nefrectomía* y *hemostasia*. En los demás casos se puede intentar una terapéutica conservadora. Ajuste y sutura de los fragmentos.

En las rupturas de *uretra*, lo primero y esencial es no caer en la tentación del cateterismo y mucho menos a permanencia. Esto es axiomático actualmente y no tiene excepción.

Expone a continuación las diferentes etapas y medios operatorios de estas rupturas uretrales. Desde la incisión simple del foco perineal, pasando por la sutura de los dos cabos uretrales sobre sonda; fijación al periné de estos cabos de ruptura, para evitar la sonda y cura ulterior de la fístula, por medio de una autoplastia, procedimientos retirados hoy día, y por último expone la conducta actual, seguida de admirables resultados prácticos.

Esta conducta consiste en el método de derivación previa de la orina por citostomía hipogástrica y sutura primitiva de los extremos uretrales por incisión perineal; buenos y grandes resultados se han obtenido por este método.

Todavía el autor preconiza un último método (método de *Michon*) sobre todo para los casos graves, con estado de shock traumático y fractura de pelvis. *MICHON* se preocupa en estos casos, solo de la cistostomía, y derivación de la orina dejando la uretra para una segunda ocasión de más resistencia para el enfermo. Ha comprobado después en los casos así tratados lo mismo que el autor, que la uretra había cicatrizado sola y sin estrechez. Aun en los casos que la ruptura fuera completa con gran separación de los cabos y fuera inevitable y fatal la estrechez, encuentra el autor preferible este método en los casos de fracturas pelvianas y gran shock traumático. La cistostomía, dice, cumple las dos indicaciones de urgencia; asegurar la micción y evitar la infección del foco de fractura. Caso de que se produjera una estrechez, se la cura secundariamente por vía perineal, en mejores condiciones generales y locales. Los hematomas se han reabsorbido, los tejidos no están contundidos, *se opera en frío* según frase del autor.

Cita casos así tratados con admirable resultado. (*Journal des Praticiens*, núm. 23, 1925).

A. OTERO.

#### OFTALMOLOGÍA

##### *Queratitis a hipopion e inyecciones de leche.* T. QUINTANILLA.

Reconoce gran mérito a la proteínoterapia cuando se emplea apropiadamente sobretodo en las queratitis a hipopion de las que presenta cuatro casos curados rápidamente por este procedimiento asociado al tratamiento local. Dice además que si el proceso de esta enfermedad está demasiado avanzado no la cura pero mitiga el dolor. (*Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*. Abril de 1925).

##### *El entropion del iris.* E. REDSLOB.

Explica un caso y dice que solamente el examen anatómico nos revela la existencia del entropion del iris; con el examen clínico no sólo es difícil sino imposible, casi, diagnosticarlo.

Para que se produzca la inversión o eversión del iris, es necesaria una fuerza de tracción sobre el borde pupilar que venza la resistencia del iris, que el tonus del músculo sea disminuido. Esta disminución del tonus del esfínter puede ser de origen central o local. En este caso especial elimina la causa cerebral y lo cree consecutivo a una afección intraocular. Según el autor solamente son dos las afecciones que pueden determinar esta atrofia iridiana: las iridoclititis subagudas o crónicas o el glaucoma. (*Annales d'Oculistique*. Abril 1925).

*Sobre la atrofia progresiva del iris con formación de agujeros y glaucoma.* F. ROCHAT y W. MULDER.

Opinan que esta afección es de evolución progresiva, que hay pérdidas de substancia de tejido iridiano, y desplazamiento de la pupila hacia la periferia. Citan el caso observado por MULDER en 1917 de una mujer que con agudeza visual normal, desplazamiento de la pupila hacia el lado temporal se quejaba de fuerte astenopia. El iris presentaba un agujero elíptico en la parte dilatada; en la parte contraída se observaba una zona de atrofia de las capas anteriores del estroma del iris. Seis años más tarde con el ojo hipertenso, amaurotíco y presentando reabsorción de gran parte del tejido iridiano, fué preciso practicarle la enucleación.

El Dr. ROCHAT encargado del estudio anátomo-patológico encuentra infiltraciones celulares que dan la impresión de sarcoma en el ángulo irido corneano, descemetitis, soldadura de Knies más marcada en el lado de la retracción iridiana. (*The British Journal of Ophthalmology*. Agosto 1924).

*Tiña aislada del párpado.* GREENBAUM.

Cita el caso de una placa amarillenta en el borde marginal del párpado inferior derecho, del tamaño de una moneda de 2 céntimos, que cubría una superficie eritematosa de epidermis ligeramente engrosada y a penas ulcerada. Los cultivos en el medio Sabouraud han demostrado que se trata de tiña favosa por *Achorion* de Quinke. No presenta el sujeto otra manifestación dérmica. (*American Journal of Ophthalmology*. T. VII, Núm. 1, 1924).

*Edema de la órbita en el bocio exoftálmico.* S. THOMSON.

THOMSON describe tres observaciones de exoftalmia con quémosis durante el curso de la enfermedad de Basedow. En dos casos fué imposible la tarsorrafia, y en el tercero a pesar de la ligadura de los vasos tiroidianos superiores, aparecieron recidivas con ulceración de las córneas y fué preciso enuclear uno de los dos ojos; el otro se atrofió. El autor deduce del examen clínico y del de los tejidos, que la exoftalmia en el bocio es debida a un edema localizado en el fondo de la órbita, que produce una proliferación del tejido conjuntivo y orbitario y su endurecimiento definitivo. (*American Journal of Ophthalmology*. T. VII, núm. 1, 1924).

*Lipemia retiniana: efectos de la insulina.* WILLIAM S. HARDY.

Expone un caso de una persona joven diabética, en estado comatoso, cuyo fondo de ojo revela un edema retiniano sin hemorragias, pero los vasos estaban llenos de sangre de aspecto lechoso y el examen reveló un estado de lipemia. El tratamiento por la insulina, hizo se normalizara el aspecto del fondo del ojo, aparte de un alivio en su estado general, desapareciendo la acidosis y la lipemia. (*American Journal of Ophthalmology*. T. VII, núm. 1, 1924).

*Extasis papilar en la nefritis.* W. LARSSON.

El autor cree que en muchos casos la imagen oftalmoscópica puede interpretarse como papilitis o neuritis. Cree que la imagen oftalmoscópica de la retinitis albuminúrica puede parecerse en ciertos casos al extasis papilar. En algunos casos de retinitis albuminúrica puede pensarse si el exceso de presión intracraneana es la causa etiológica. (*Acta Ophthalmologica*. Vol. I, Fasc. 3).

*Relaciones entre la iridociclitis y el glaucoma. Observaciones clínicas.* BIRGER MALLING.

Después de citar las observaciones de VAN GELDER, BONNEFONT, POLACK, BAILLARD y MAGITOT, dice que la hipertensión en ciertos casos de glaucoma, es debida a la dificultad de la eliminación del humor acuoso, mientras otros creen que es debida a la hipersecreción de los líquidos intraoculares. (*Acta Ophthalmologica*. Vol. I, Fasc. 3).

*Dos casos de tenonitis serosa.* V. GRONHOLM y A. GALETZI OLIN.

Dicen han seguido la evolución de dos casos de tenonitis con náuseas, conjuntivitis en la parte temporal del ojo, edema circunscrito simulando un poco de epiescleritis y dolores en los movimientos del ojo, llegando el aspecto del mismo progresivamente a ofrecer un cuadro de panoftalmia bilateral.

Compresas calientes y aspirina fué el tratamiento.

Su etiología, el reumatismo. Ambos habían sido sífilíticos.

El autor se pregunta si el virus de la encefalitis podía haber afectado el endotelio recubriendo la cápsula de Tenon. (*Acta Ophthalmologica*. Vol. I, Fasc. 3).

*A propósito de un caso de oftalmia simpática sobrevenido a pesar de la enucleación preventiva rápida del ojo herido.* VILLARD.

La experiencia clínica demuestra que la enucleación de un ojo herido, practicada inmediatamente, y antes de declararse una oftalmia simpática, evita por un regular la aparición de esta complicación de los traumatismos oculares. Por lo tanto, todos los autores que han estudiado esta cuestión, insisten sobre la necesidad imperiosa de esta operación preventiva. En todos los casos de herida penetrante del globo, complicada o no de cuerpo extraño intraocular, puede temerse una iridociclitis simpática. Estos consejos son excelentes y deben seguirse si se quiere evitar transformar un tuerto en un ciego.

Desgraciadamente el poder profiláctico de esta enucleación preventiva, por rápida que se efectúe, no es siempre tan absoluta como lo dejaría suponer la lectura, de los trabajos que se consagran a este asunto. Existen casos en los que esta operación no ha evitado la oftalmia simpática. Tales observaciones son poco frecuentes, pero su posibilidad no puede desestimarse, sino al contrario, tenerse en consideración.

Contando con un caso particular absolutamente típico, he creído no estaría de más darlo a conocer, pues ofrece grandes enseñanzas, bajo el punto de vista práctico que expondré seguidamente.

Herida contusa del globo ocular izquierdo, con hernia del iris y cuerpo ciliar. Enucleación 5 días después del accidente. Oftalmia simpática 25 días después de la enucleación o sea un mes después del traumatismo. Tratamiento: Instalaciones de colirio de atropina, inyecciones intravenosas de 1 cg. de cianuro de mercurio, alternando con salvarsán, desde 15 cg. a 90 cg. Poción de salicilato de sodio a grandes dosis que se suprime por intolerancia gástrica. Al día siguiente al del accidente, se inyectó 1 cc. de esencia de trementina en la cara exterior del muslo, provocando un absceso de fijación, que se abrió 4 días después. Con esta enérgica terapéutica, se consiguió detener aparentemente la infección. Días después apareció una nueva iridociclitis tan violenta como la primera. Dos días después de esta recaída, se inyectó 1 c. c. de esencia de trementina en el muslo izquierdo, al mismo tiempo que se seguía el tratamiento con igual energía. Se consiguió una mejoría y desde entonces la curación siguió su marcha normal.

En mayo de 1925, venos de nuevo a la enferma completamente curada, solo existen restos de úvea sobre la cristaloides anterior. Visión 7 décimas con corrección de +1 dioptría. Antes de todo tratamiento se practicó análisis de orina y un Bordet-Wassermann, con resultado negativo.

El autor cree que para evitar la oftalmia simpática deben recordarse las siguientes conclusiones:

1.º La oftalmia simpática puede desarrollarse en el segundo ojo, en el caso de haber enucleado el ojo herido, mucho antes de los quince días, considerados hasta hoy como límite en el de esta operación preventiva es eficaz. (5 días en el caso clínico reseñado).

2.º Para evitar la oftalmia simpática debe recurrirse a una supresión aun más rápida del foco infeccioso, pero exclusivamente en el caso, en que la gravedad de la herida justifique e imponga esta operación.

3.º El pronóstico de la oftalmia simpática que sobreviene en estas condiciones anormales, es relativamente favorable, toda vez que gracias a un tratamiento enérgico, se puede obtener la curación total y absoluta. (*Annales d'Oculistique*. Mayo 1925).

I. BARRAQUER.