

leche. Estudio experimental. *Paris Médical*. 29 Noviembre, 1924.

HALLION.—Los resultados de la lactoproteínoterapia. *Rev. pratique de biologie appliquée a la Cli. et a la Therap.* Marzo, 1924.

JENDRALSKI.—Galactoterapia. *Zeitsch. f. Ang.* Vol. 46, fascículo 1-2. 1921.

JACQS.—Sobre dos casos de anafilaxia consecutivos a inyecciones de leche. *Clinique Ophit.* Febrero, 1925

KERF.—Discusión de la comunicación de BARTELS. Congreso de Oft. de Renania. *Klin. Mon. f. Ang.* Noviembre, 1922.

LABBÉ.—*Soc. de Méd. de Paris*. 27 Diciembre, 1924.

MASCHLER.—Resultados obtenidos con las inyecciones de leche en la segunda clínica de Viena. *Soc. Ophit. de Vienne*. 10 Enero, 1920.

PARA.—Estudio clínico sobre el valor terapéutico de las inyecciones de leche. Tesis. París, 1919.

PUTTSCHER.—Inyecciones de leche. *Zeitsch. f. Ang.*, 1920.

PENTYAGLÉ.—El envenenamiento protéínico crónico. *Klin. Woch.*, 11 Noviembre 1924.

SELTER.—Contribución al estudio de las inyecciones de leche en terapéutica ocular. Tesis. París, 1925.

NOTAS Y RESEÑAS

IV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE GINECÓLOGOS Y TOCÓLOGOS DE LENGUA FRANCESA

En el pequeño anfiteatro de la Facultad de Medicina de París se celebró durante los tres primeros días del pasado Octubre el IV Congreso de la Asociación de Ginecólogos y Tocólogos de lengua francesa; presidió el venerable SREDEY, Miembro de la Academia de Medicina, y actuó de Secretario el profesor BRINDEAU, quien tuvo para con nosotros toda suerte de atenciones, que sinceramente le agradecemos, facilitando nuestra tarea de informadores.

Vamos a intentar facilitar a los lectores de ARS MEDICA una relación resumida de las ponencias y de lo más sobresaliente en materia de discusión y comunicaciones, pero como nota previa nos permitiremos exponer nuestra modesta opinión de conjunto sobre las tareas del Congreso y sobre la evolución que se inicia en la Tocoginecología francesa.

Lo más interesante del Congreso fueron: la ponencia de SCHICKELÉ (de Strasbourg), la discusión de la ponencia sobre pelvitomías y la sesión dedicada a las comunicaciones sobre curie y roentgenoterapia ginecológica.

SCHICKELÉ, con su magnífico trabajo sobre biología ovárica, su intervención en el tema de pelvitomías, su réplica en favor del tratamiento roentgenoterápico del adenomioma de la mucosa uterina y del fondo de saco posterior, en la discusión de la comunicación de VIOLET y MICHON (de Lyon) sobre adenomas retrouterinos, se nos mostró tal como debe ser el especialista completo: no un cirujano que opera y perfecciona técnicas de cirugía ginecológica, ni un tocólogo que hace ginecología de especulum; sino un personaje científico completo, un biólogo del aparato genital femenino, conocedor de la función procreadora y de toda su patología y terapéutica, desde la puericultura intrauterina hasta la más alta tocurgia, capaz de estudiar, diagnosticar y tratar toda la patología genital con los más adecuados medios terapéuticos.

No quiere esto decir que compartamos en absoluto las ideas del profesor de Strasbourg sobre las cuestiones que trató, pero la orientación que su personalidad marcó a los ginecólogos y tocólogos franceses es la que nosotros hemos sentido y seguido siempre y la única que creemos racional para nuestra especialidad. Las discusiones del Congreso se resintieron mucho de esta duplicidad de la especialidad en Francia: Ginecólogos (mejor, los cirujanos) y tocólogos y ello impidió que en muchas ocasiones el debate alcanzara la altura que era de esperar en una reunión de personalidades de tan grande valía.

En el próximo Congreso (Vº) que debe celebrarse en Lyon en 1927 esperamos poder asistir a la cristalización definitiva en Francia de una especialidad única, lo que sinceramente deseamos para el mayor aporte de progreso por parte de la ciencia francesa a la obra mundial de adelanto científico y rendimiento práctico de nuestra especialidad.

En la primera sesión del Congreso discutióse el tema: *Acción biológica del cuerpo amarillo y de la glándula intersticial del ovario*. El ponente profesor SCHICKELÉ, de Strasbourg, nos expuso una de las más notables lecciones de fisiología del ovario, aclarando muchos puntos dudosos y sentando conclusiones algunas de ellas demoleadoras, fundamentadas, hay que reconocerlo, en minuciosas investigaciones histológicas, en hechos experimentales y en observaciones clínicas de la fisiopatología ovárica.

No parece demostrada una acción bien manifiesta del ovario sobre el metabolismo del calcio. En cambio la experimentación en los animales y la observación en la mujer, parece demostrar que el ovario ejerce una cierta influencia sobre el metabolismo de los hidratos de carbono.

Lo más notable del trabajo de SCHICKELÉ es el estudio de la evolución folicular:

El folículo que no llega a su madurez, sufre una atresia con regresión; la teca interna de estos folículos se ensancha y vasculariza notablemente y sus células adquieren los caracteres y disposición de un tejido glandular endocrino que no es otra cosa que la llamada glándula intersticial del ovario, y que SCHICKELÉ propone sea llamada *glándula tecal*.

Ese origen tecal de la glándula intersticial, a expensas de la proliferación de la teca interna de los folículos atrésicos, nos explica la abundancia de glándulas tecales en algunos pequeños mamíferos en los que, gracias a lo muy numerosos que son los folículos atrésicos, llega a formar la mayor parte del tejido ovárico. Siendo en la mujer antes de la pubertad y durante el embarazo, cuando el cuerpo amarillo camina hacia la regresión, los dos momentos de su vida en que mayor es en el ovario el número de folículos atrésicos, es también cuando mayor es la abundancia de glándulas tecales.

¿Cuál es la procedencia de estas células de la glándula intersticial o tecal que generalmente se consideran conjuntivas o epiteloides? RAMUSSEN, COORMAYHTIGH y BELL piensan que podrían provenir del mesodermo, como la porción cortical de las suprarrenales o también del epitelio germinativo, como el cuerpo amarillo.

Existe un antagonismo evidente de desarrollo entre el cuerpo amarillo y la glándula tecal: cuando el uno está en plena vida, la otra se halla en máxima regresión. ¿Cuál es el valor funcional de la glándula intersticial o tecal?

Los exámenes histológicos e histoquímicos no han podido establecer el valor funcional de la glándula tecal. Experimentalmente se ha demostrado que una dosis mediana de rayos X que provoque una hiperplasia de la glándula intersticial va seguida de un aumento de las glándulas mamarias, acompañado de secreción láctea en la cobaya virgen, el útero sufre aumento de volumen y modificaciones gravídicas.

De estos hechos y de una serie de observaciones sobre injertos ováricos deduce SCHICKELÉ que no se puede negar a la glándula tecal (intestinal) su valor hormosecretor: su desarrollo exuberante en determinadas condiciones y períodos, la estructura histológica del tejido y sus condiciones particulares en los ovarios injertados, son valiosos argumentos en favor de la importancia secretoria de las células tecales.

Cuerpo amarillo: PRENANT en 1898, inspirado por los trabajos de SOBOTTA, emitió la hipótesis de que el cuerpo amarillo es una glándula de secreción interna, caracterizada por su abundante vascularización, apariencia glandular de sus células que recuerda la célula hepática, tiroidea o pituitaria. BORN, casi

simultáneamente, demostró también el parecido del cuerpo amarillo con las glándulas de secreción interna y que su acción primordial debía ser la provocación de las modificaciones gravídicas del útero y la protección de la nidación del huevo.

La importancia del cuerpo amarillo para la conservación del óvulo fecundado y su nutrición hasta la mitad del embarazo en la coneja (y también en la perra y en la cobaya) es un hecho cierto y definitivamente establecido y comprobado.

Para la mujer, cuya experimentación es solo casualidad quirúrgica, es cierto y comprobado que esta ley no rige pasada la octava semana de la gestación. Para las 7 primeras semanas las escasas observaciones de castración de que disponemos y la forma en que se han realizado los hechos no permiten sentar ninguna conclusión al abrigo de una seria crítica. Solo por analogía podemos suponer que el cuerpo amarillo joven ejerce en la mujer una influencia favorable sobre el estado de la mucosa uterina que asegura la nidación del óvulo en las mejores condiciones.

Cuerpo amarillo y glándulas mamarias. Es un hecho cierto y comprobado que a partir de la octava semana el desarrollo y función de las glándulas mamarias de la mujer embarazada evolucionan normalmente incluso en ausencia del cuerpo amarillo. Podemos pues, solamente preguntarnos si el cuerpo amarillo ejerce alguna influencia sobre ellas en las siete primeras semanas de la gestación.

Cuerpo amarillo y menstruación: La ovulación, es decir la dehiscencia del folículo, puede tener lugar en todo momento entre las dos menstruaciones; es por lo tanto imposible que el cuerpo amarillo se halle, inmediatamente antes de la hemorragia menstrual, siempre en la misma fase de su evolución. FRAENKEL ha sorprendido un cuerpo amarillo reciente al segundo día de la menstruación. El hecho de que la exéresis de un cuerpo amarillo con una tasa de 4 % de colesterídes (período de estado del cuerpo amarillo) vaya seguida de una hemorragia uterina, no demuestra por esta sola manifestación externa que ello sea una menstruación y hay que juzgar con gran prudencia un derrame sanguíneo después de una operación sobre los órganos genitales cuando nos guíe la intención de poderlo calificar de menstrual.

Los extractos de cuerpo amarillo. La acción hipotensora por vasodilatación de los extractos y jugo de cuerpo amarillo, por vía subcutánea y per os así como su poder estimulante de las contracciones del útero durante el parto, son hechos bien comprobados. Su efecto hipereimante sobre los genitales femeninos y sobre la glándula mamaria parece también cosa demostrada; pero, no se trataría de una acción específica reservada especialmente al cuerpo amarillo. Los jugos y extractos de ovario, útero, placenta y de muchos otros órganos tienen efectos absolutamente análogos.

SEITZ, WINTZ y FINGERHUT han extraído del cuerpo amarillo una substancia (lipamina), la agomensina, que provocaría las pérdidas menstruales en caso de amenorreas y las aumentaría en las oligomenorreas y otra substancia extraída del cuerpo amarillo en regresión (luteolipoide) sistomensina, que produciría una disminución en caso de menorragias. A pesar de la gran diversidad de pareceres sobre la realidad de los efectos de estas dos substancias, SCHICKELÉ no ha visto en su uso, acción y resultados diferentes de los obtenidos con extractos de ovario, cuerpo amarillo, útero o placenta.

Podemos pues afirmar que hasta la fecha no se ha podido aun aislar el principio activo del ovario o de sus partes. M. MULON ha tenido la paciencia de recopilar 26 acciones diferentes que se han venido atribuyendo al cuerpo amarillo: inhibición de la dehiscencia del folículo, aceleración según otros, provocaría la eclampsia, aumenta según unos y disminuye según otros la producción de urea, es causa de la osteomalacia... VILLEMÍN afirmaba que "el cuerpo amarillo tiene bajo su dependencia toda la fisiología genital de la mujer y de las hembras mamíferas". ¡Cuán escasas notas quedan hoy de esta interminable sinfonía amarilla! Solamente queda el consuelo

de poder atribuir a este cuerpo amarillo objeto de tantos desvelos, un papel protector de la nidación del óvulo y aun limitado a un corto período, propiedad que si bien no ha sido rigurosamente demostrada en la mujer, parece verosímil por analogía a lo que ocurre en los animales.

Tomaron parte en la discusión de tan interesante ponencia los Doctores BECLÈRE (París), CHATILLON (Ginebra), KRIFFER (Bruselas) y BROUHA (Lieja). Debemos reconocer que las afirmaciones de SCHICKELÉ podían haber dado lugar a una discusión tan interesante como lo fué la ponencia; pero, no salió el adversario capaz de discutir, objetar y oponer hechos de investigación personal a lo aportado por el profesor de Strasburgo; no hubo tal discusión ya que de tal no puede calificarse las frases de felicitación al ponente y alguna vaselinada duda, muerta en flor, temerosa de la fogosa reprimenda que el entrecejo de SCHICKELÉ presagiaba.

La segunda sesión del Congreso fué dedicada al estudio de los tumores incluidos en el ligamento ancho, ponentes FORGUE (de Montpellier) y CROUSSE (de Bruselas), sobre cuyo tema presentaron una extensa y documentada memoria.

El problema de las inclusiones ligamentarias que fueron en otro tiempo consideradas como peligrosísimas, se ha simplificado notablemente en nuestros días merced a los progresos del instrumental quirúrgico, la posición de Trendelenbourg, la histerectomía abdominal la reconstrucción de la celda ligamentaria y la raquianestesia. Reinó sobre ello una absoluta unanimidad limitándose las discrepancias a pequeñas divergencias de detalle, que no modificaron los puntos de vista sustentados por la ponencia.

Quirúrgicamente el mayor interés de la cuestión se concentra en los tumores enclavados en la base del ligamento ancho. Todos ellos presentan caracteres comunes caracterizados por la fijación pelviana de la masa, el amplio despegamiento subseroso que realizan, las modificaciones de posición de los órganos pelvianos que determinan y la dificultad de su enucleación.

La situación del tumor depende de la situación inicial del órgano o resto embrionario al que debe su origen. El desarrollo del tumor se verifica en uno de los espacios para-vesical, para-uterino o para-rectal.

Cuando asienta en el espacio lateral para-uterino se apoya firmemente en el plano pelviano: el crecimiento se produce hacia arriba y hacia afuera arrastrando progresivamente al útero en la misma dirección. En los tumores de desarrollo anterior para-vesical, se observa paralelamente la ascensión de la vejiga. Pero si se trata de un tumor posterior es rápidamente bloqueado por la concavidad sacra; entonces ascierde desdoblado los mesos del recto o del colon contrayendo con el instestino adherencias que dificultan la enucleación. El emplazamiento de estos quistes retro-peritoneales depende de la topografía de las inclusiones embrionarias restos del cuerpo de WOLFF.

Todo tumor intraligamentario de desarrollo considerable produce desplazamientos viscerales que dificultan el acto operatorio. Debe pensarse siempre: en transposiciones del ureter; en un desplazamiento ascensional de la vejiga, en el rechazamiento y bloqueo del ciego a la derecha y del asa sigmoidea a la izquierda, en las desviaciones uterinas y en las modificaciones de relación de los pedículos vasculares, si se trata de un tumor independiente del útero el pedículo uterino es rechazado hacia dentro; si guarda dependencia del útero el pedículo se desplaza hacia arriba y afuera.

El tacto vaginal juega papel predominante en el diagnóstico de estos tumores: presumiremos la existencia de un tumor intraligamentario cuando comprobemos: presencia en el fondo de saco vaginal correspondiente de un tumor látero uterino; rechazamiento del cuello hacia la opuesta pared pélvica; inmovilidad más o menos completa del tumor elevación variable de la vejiga. En el período pelvi-obdominal del tumor, es cuando

precisamente la elevación de la vejiga y el ascenso del cuello tienen particular importancia.

Muchas veces es difícil por no decir imposible la diferenciación diagnóstica entre tumores intraligamentarios y las pseudo inclusiones debidas a falsas membranas o encapuchamientos.

También presenta dificultades precisar la naturaleza sólida o líquida del tumor. Los fenómenos dolorosos y de compresión acostumbra a acompañar a los fibromas; por el contrario los quistes del paraovario son en general indoloros.

La extirpación de estos tumores requiere toda clase de precauciones para afrontar los accidentes imprevistos que vienen a menudo. La raquianalgia es la anestesia de elección por que asegura un quietismo abdominal absoluto.

Precisa incidir la pared muy hacia arriba para evitar la vejiga. Abierto el abdomen el útero es el punto central de exploración; si se trata de una inclusión verdadera el polo inferior de la masa se adhiere al tabique pelviano sin intersticio alguno que permita establecer un plano de enucleación. Precisa darse cuenta de la topografía de la masa y de sus relaciones con útero, vejiga, S íliaca y ciego para establecer un plan de ataque acertado.

Se impone desde luego practicar la histerectomía preliminar con cuya técnica se evitan las maniobras infructuosas, se simplifica el descubrimiento del plano declive, se ataca el espacio ligamentario de abajo arriba conforme a los principios de DOYEN y se asegura una hemostasia perfecta facilitando la reconstrucción del suelo perineal y realizando una peritonización perfecta.

La simple enucleación no se aplicará más que en casos especiales: juventud de la enferma o fácil enucleabilidad del tumor: quistes paraováricos, ciertos fibromas ligamentarios autóctonos, etc., que se dejan extirpar abandonando una celda limpia, poco hemorrágica y correctamente peritonizable.

En las maniobras de decapsulación son frecuentes algunos incidentes como hemorragia, lesión del ureter, del intestino o de los vasos mesocólicos, sin contar las dificultades que a veces presenta la reconstrucción del ligamento.

Los autores adoptan la siguiente clasificación: neoplasias que se desarrollan entre ambas hojas del ligamento ancho; neoplasias que procedentes de órganos vecinos se extienden secundariamente al ligamento; embarazo intraligamentario y corioepitelioma de la misma región.

Terminan los ponentes con algunas consideraciones acerca de los quistes dermoides, restos wolffianos, quistes hidatídicos intraligamentarios, hematoceles extraperitoneales, hipernefomas, sarcomas y lipomas desarrollados en el ligamento ancho.

Tomaron parte en la discusión BEGOUIN, HARTMANN, BECLÉRE, DUPONT, VANVERTS, DELAGENIÈRE y VIOLET. HARTMANN se declara contrario a la histerectomía preliminar.

BEUTNER y SCHICKELÉ presentaron interesantes comunicaciones sobre el particular, ilustradas con proyecciones.

La parte más interesante de la sesión fué sin duda la dedicada a *Indicaciones y técnica de las pelviotomías*, tema de controversia alrededor del cual se concentraba la curiosidad y la expectación de los congresistas.

Los ponentes ROSSIER, de Lausana, y LE LORIER, de París, desarrollaron metódicamente sus respectivas ponencias.

ROSSIER previó un detenido estudio histórico de las dos principales intervenciones, la *hebesteotomía* o *pubiotomía* y la *simfisiotomía*, durante los últimos 50 años, afirma que la terapéutica de las viciaciones pelvianas es precisamente la piedra de toque que permite afirmar el valor del tocólogo y señala el interés que ha despertado su estudio por el hecho de que más de 1.600 trabajos o memorias aparecidos en la literatura obstétrica desde 1892 han sido consagrados a las pelviotomías.

Sienta luego su criterio sobre las indicaciones de las mismas.

1.º Los estrechamientos pélvicos estudiados en cuanto a su tipo morfológico (pelvis plana, plana raquílica, pelvis unifor-

memente estrecha, y estrechada en el estrecho inferior) y en cuanto a su grado: *es prudente limitar las indicaciones de la pelviotomía entre 8 y 10'5 cms. de conjugado verdadero.*

La mensuración de la pelvis obligada en toda mujer en cinta conforme a lo preconizado por PINARD es hoy día fácil de ser practicada (conjugado diagonal medido digitalmente, conjugado verdadero medido directamente mediante los pelvimetros de Bylicki y Von Herff).

Para estimar cuerdamente la indicación de pelviotomía precisa tener en cuenta diversos factores: dimensiones relativas de la cabeza fetal y de la pelvis, lentitud de la dilatación, resistencia de las partes blandas, carácter de los dolores, mecanismo normal o anormal del encajamiento y del cálculo (MORISANI, VARNIER), que permite comprobar si una separación de los pubis que no sobrepase de 6 cms. es suficiente para permitir el paso de la cabeza fetal.

Las pelviotomías subcutáneas han realizado un progreso real permitiendo obtener una expulsión espontánea que protege mucho mejor las partes blandas de la madre.

Precisa renunciar al empleo del forceps en el estrecho superior para obtener una prueba fehaciente de que la cabeza no puede franquear el obstáculo, así como no esperar a que el feto manifieste sufrimiento para practicar la pelviotomía; el cálculo de los factores anteriormente enunciados permiten decidir en un momento dado la indicación oportuna.

2.º El exceso de volumen del feto con defecto de encajamiento de la cabeza.

3.º La lentitud de la dilatación con bolsa de aguas rota en los casos de pelvis viciada, así como cuando la dilatación no hace progresos durante tres horas o bien si con dilatación completa no progresa la cabeza después de 3 horas de dolores.

4.º Las presentaciones cefálicas defectuosas y persistentes. La fiebre no es contraindicación para las pelviotomías subcutáneas.

Tampoco es contraindicación la primiparidad entre los 8 y 10'5 cms. de c. v. si se atiende el parto espontáneo.

Si el estrechamiento tiene menos de 8 cms. la cesárea cervical recobra sus derechos cuando se trata de casos febriles.

Si existe infección de origen genital con un conjugado verdadero por encima de 8 cms., se practicará la pelviotomía. Esta tiene un pronóstico más favorable que la cesárea.

Por debajo de 8 cms. debe recurrirse, en caso de infección, a la histerectomía, la operación de PORTES, la fístula útero-abdominal o la operación cesárea supra-sinfisaria con Mikulicz.

Por último las operaciones de ROTTER, de COSTA y de ROTTER-MANGIAGALLI, pueden ser útiles cuando se desee ampliar la pelvis de un modo permanente fuera del embarazo o después de la operación cesárea.

Las pelviotomías, elección del proceder. LE LORIER clasifica así los principales métodos de pelviotomía:

1.º Operaciones destinadas a producir un ensanchamiento temporal de la excavación o de uno de sus estrechos (simfisiotomía, hebesteotomía, isquio-pubiotomía).

2.º Operaciones cuya finalidad es obtener un ensanchamiento definitivo: interposición púbica de un fragmento óseo o cartilaginoso o de una pieza metálica, talla de los pubis, doble isquio-pubiotomía con luxación y fijación de la cuña obtenida, etc.

3.º Operaciones que obtienen el ensanchamiento permanente mediante resección ósea por verdadero "desbastamiento" superficial del espón intra-pélvico (operación de Rimala-Costa, operación de Rotter).

Las pelviotomías merecen conservar un lugar en la terapéutica obstétrica ya que sus cifras de mortalidad materna igualan a las que arrojan otros procederes. Esta tiende a descender en todos ellos a las cifras óptimas de 1'5 a 3 %. En este sentido las pelviotomías no valen más ni menos que las histerotomías.

En cambio en lo que concierne a la mortalidad fetal la pelviotomía rinde un porcentaje superior al de la histerotomía:

7 a 8 % contra 5 %. Este porcentaje puede disminuirse merced a una preciosa elección de los casos y a un perfeccionamiento de las técnicas.

Existen además tres motivos para conservarlas: 1.º dejan el útero intacto, 2.º mejoran las condiciones mecánicas de la pelvis y 3.º pueden ser realizadas en caso de urgencia en condiciones mediocres de medio y de asistencia.

Sus detractores objetan que aparte de su elevada mortalidad bastarían las complicaciones post-operatorias que producen para rechazarlas: hemorragias, hematomas, lesiones vaginales, uretrales, flebitis, supuración de la herida, accidentes infecciosos diversos incontinencia de orina, trastornos de la deambulación, prolapso, hernias.

A pesar de ello el ponente cree conveniente conservar las pelvotomías. Considera igualmente aceptables la pubiotomía y la sinfisiotomía y no se decide en definitiva por ninguna de ellas.

El éxito de una pelvotomía depende: de que sea practicada en el momento oportuno sobre un terreno no excesivamente séptico; que la sección de la pelvis sea hecha con las precauciones necesarias para no lesionar ningún órgano importante: que la hemostasia sea suficiente; que la separación ósea sea la más limitada posible al objeto de respetar la integridad de las articulaciones sacro-iliacas, del perineo yuxta y peri-uretral y de las partes blandas en general; que el parto tenga lugar espontáneamente de ser ello posible y que las lesiones resultantes de la intervención sean rápida y totalmente reparadas.

La insuficiencia o detención de la dilatación lejos de constituir una contraindicación de la pelvotomía es por el contrario un factor de urgencia para la intervención. Si a las dos horas de la ruptura de membranas la presentación no viene a apoyarse en el orificio uterino dilatándolo, a pesar de existir buenas contracciones uterinas, debe intervenir.

Era de esperar que una ponencia tan juiciosamente desarrollada, cuyo único defecto consistía quizás en un exagerado espíritu de fluctuante contemporización, merecería en la discusión la equiescencia de una mayoría de congresistas. Pero no fué así. La comunicación de SICHIKELÉ "Cesárea baja contra pelvotomía" cuyo título por sí solo era un grito de combate, inició una oposición violenta y sostenida en la que con más o menos intensidad participaron todos los comunicantes: HAMM (de Estrasburgo), SEBRECHTS (de Brujas), HANCH (de Copenhague), FOURNIER (de Amiens) y BAR, se mostraron acérrimos enemigos de la pelvotomía. CONVELAIRE y BRINDEAU contemporizaron en parte, asegurándole un puesto modesto. Tan solo R. DE MESTRE se decidió valientemente a presentar en nombre de la Escuela Argentina ante un areópago poco dispuesto, una comunicación razonada en la que defendía basándose en una estadística numerosa y convincente la oportunidad de la *sinfisiotomía* en las desproporciones pelvianas relativas: 8 c. c. de P. P. M. en las pelvis aplanadas y 8'5 c. c. en las uniformemente estrechas, haciendo notar sus ventajas en los casos de sepsis y reduciendo sus indicaciones a las múltiparas con cuello dilatado o dilatado.

Fué el único paladín de la pelvotomía (posteriormente llegó una comunicación de Eusebio HERNÁNDEZ, de la Habana) y supo dar la nota justa y serena, dejando bien sentado el pabellón científico de su país.

Por nuestra parte consideramos injustificado y notoriamente perjudicial este ostracismo al que pretende condenarse a la pelvotomía, la cual continúa teniendo indicaciones precisas.

Somos poco amantes de partidismos exagerados y lo mismo lamentamos la amplitud de indicaciones que en otro tiempo pretendió darse a las pelvotomías y la facilidad con que se caía en el error de prodigarlas en casos en que sin ella el parto por las vías naturales y con feto vivo habiese sido posible, que este súbito retraimiento de la escuela francesa ante procederes técnicos que han dado ya sus frutos y a los

que el ponente en su rectificación tuvo que defender como se defiende—son sus palabras—a un condenado a muerte.

La tercera sesión del Congreso fué dedicada casi por entero a diversas comunicaciones sobre curieterapia y roentgenoterapia. Fué esta una de las sesiones que mayor interés despertaron ya que todos los asistentes teníamos ansia de aprender nuevos alcances, técnicas y detalles de estas importantes ramas de la fisioterapia aplicadas a la Ginecología y oír el resumen de lo que el transcurso del tiempo afianza o desecha, de labios de los maestros tales como BÉCLERE, RÉGAUD, LACASSAGNE, PROUST, etc.

Comunicaciones:

BÉCLERE: *Roentgenoterapia de los fibromiomas del útero*.—El maestro BÉCLERE, a pesar de sus años, conserva una extraordinaria energía quizás algo exagerada en el sentido de barrer para adentro y extender las indicaciones de los rayos X más allá de lo que la Clínica sanciona, con la fría y prolongada observación de los resultados. En 17 años dice que ha tratado más de 1.000 fibromiomas con los rayos X con éxito completo; considera esta terapéutica muy superior al radium, menos peligrosa y con muchas menos contraindicaciones.

RÉGAUD, LACASSAGNE, MONOD y RICHARD: *Tratamiento de los cánceres del cuello del útero*. (Instituto de Radium de París, 1919-1923). *Estado actual de las indicaciones terapéuticas*.—403 casos tratados durante los cinco años (1919-1923); 41 casos eliminados de la estadística por falta de perfecta verificación; quedan 362 casos.

Resultados:

6 muertes por infección después del tratamiento.

236 muertes por el cáncer.

28 viven con recidiva.

3 curados por histerectomía postcurieterápica.

95 curados (26'2 %) curación que se sostiene actualmente. Sobre estos 95 casos debemos aclarar que son comprendidos todos los tratados en el lustro 1919-1923 y que el porcentaje aumenta cada año, por lo tanto hay que considerar que los casos del 1923 solo llevan a lo máximo 2 años de observación. Claro está que un espíritu tan metódico y de tanta seriedad como el de RÉGAUD, comprende y hace resaltar esta circunstancia, pero cree además que en este aumento de porcentaje en los últimos años intervienen en gran parte los perfeccionamientos de técnica.

El estado de las enfermas, en la estadística global, antes de principiar el tratamiento, era:

211 casos inoperables, con 36 curaciones (17 %) hasta la fecha,

151 casos en el límite de la operabilidad, con 59 curaciones (39 %) hasta la fecha.

Las normas de tratamiento que actualmente se siguen en el Instituto del radium de París, son las siguientes:

1.ª Solamente los adenocarcinomas del cuello, los epitelomas que coinciden con infección anexial y los fracasos de una anterior radioterapia, son entregados al cirujano.

2.ª Todos los demás casos se tratan por la curieterapia útero-vaginal.

3.ª La histerectomía postcurieterápica puede aconsejarse, pero sus resultados solamente podrán ser buenos en los casos ya puramente operables antes de la radiumterapia. La histerectomía precurieterápica debe proscribirse en absoluto.

4.ª La roentgenoterapia sola, es el método de elección en los casos inoperables y en los que la curieterapia correcta por las vías naturales es imposible.

5.ª La asociación de los rayos X y el radium aplicado por las vías naturales, es el método de elección en los casos de paramétrios invadidos y en los que una correcta curieterapia por las vías naturales es aun posible.

PROUST (de París): *Curiterapia del cáncer del cuello del útero*.—La acción del radium sobre el cuello en las corrientes aplicaciones útero-vaginales, es insuficiente para esterilizar

los parametrios; hay que poner el radium en contacto con las lesiones, operando y colocando un tubo de radium en la vaina hipogástrica infiltrada.

DELPORTE y CAHEN (de Bruselas). *Epiteliomas de la vulva*.—Ambos ginecólogos recomiendan la curieterapia y la vulvectomía postcurieterápica. (Nosotros creemos mejor para esta terrible localización del cáncer ginecológico, la técnica que venimos siguiendo desde hace tres años: röntgenoterapia de los ganglios, curieterapia de la lesión vulvar y luego vulvectomía y vaciamiento ganglionar; pasaríamos aun sin vulvectomía, pero jamás sin vaciamiento ganglionar poströngenterápico. COMAS CAMPS).

FEROUX, MONOD y RÉGAUD. *Tratamiento de los cánceres del cuello del útero por focos exteriores de radium*.—Este tratamiento representa la nota más interesante de la sesión del Congreso dedicada a röntgen y curieterapia ginecológica. Se trata de la utilización de los rayos gamma del radium en aplicaciones a distancia con focos exteriores en los casos en que la cura útero-vaginal sola no puede ser suficiente.

Se utilizan ¡4 gramos! de radium a una distancia de 8 a 10 centímetros. Se disponen de 2 a 7 zonas de focos exteriores.

El tratamiento dura 12 a 15 días en sesiones diarias de 2 a 3 horas.

Desde hace 14 meses, han sido tratadas 32 enfermas. Las modificaciones cutáneas no existen a una distancia de 10 cm. Son curiosos los dispositivos de estas zonas de focos exteriores que contienen: 80 tubos de 50 mmgr. cada uno.

Las dificultades económicas nos parecieron formidables, pero en una visita al Instituto del radium de París, que hicimos acompañados y guiados por nuestro buen amigo, el ilustre fisioterapeuta Dr. D. VICENTE CARULLA, Mr. FEROUX pareció opinar que si esta nueva aplicación del radium daba los resultados que les hacían esperar los efectos obtenidos en los casos tratados, las dificultades de orden económico se sortearían con facilidad.

En el Congreso se presentaron numerosas comunicaciones sobre casos clínicos, ideas particulares e investigaciones anatómicas en el campo de la ginecología; que si bien muy interesantes, no revistieron el carácter de algo trascendental que deba ser detallado en esta relación vivida.

En la sesión de clausura se acordó la celebración del V Congreso en la ciudad de Lyon en 1927.

J. B. COMAS CAMPS y J. VANRELL.

CRÓNICA

EL NIÑO ENFERMO Y LA BIOLOGÍA (1)

Hace veinte años, poco más o menos, ingresé como interno en esta clínica, a la cual vuesta confianza acaba de llamarme como profesor.

Llamamiento a mis ojos prematuro, y que en el secreto de mi corazón deseaba para más tarde, cuando la edad hubiese conducido dulcemente hacia su retiro, a un maestro querido. Cuantos sufrimientos ahorrados, cuantas adquisiciones todavía proporcionadas por su luminoso espíritu, cuantos beneficios distribuidos por su gran corazón!

(*) Publicamos íntegramente la lección con que el Profesor G. MOURIQUAND inauguró en 9 de Noviembre pasado, el curso de Clínica Médica infantil y de Higiene de la primera edad, en la Facultad de Medicina de Lyon. El Prof. MOURIQUAND, titular hasta la fecha de la Cátedra de Patología General de Lyon, y que ha pasado a ocupar la vacante producida por la muerte del Prof. WEILL, inicia con la lección que publicamos, y que ha sido recopilada expresamente para ser publicada en ARS MEDICA, una colaboración que esperamos sea constante y fructífera para el intercambio cultural hispano-francés.

Pero a qué inútiles lamentos. El mismo no los habría permitido. Si se considera la vida del Profesor WEILL, excluyendo los dos sombríos y últimos años, se la puede recordar como un ejemplo de vida fecunda y bienhechora.

Desde el día en que expulsado de su hogar alsaciano, de Haguenau, vino, pequeño desarraigado de doce años, a sentarse en los bancos del colegio de Remiremont, después en los del liceo de Lyon, se le nota presa por no se que fuerza ascensional que lo arrastra sin tropezar, hacia sus altos destinos.

A los veinte y seis años todo lo ha conquistado. El internado, la agregación. El podrá desde ahora dejar evolucionar y acrecentarse los recursos infinitos de su espíritu bien dotado y penetrante.

Después... la ascensión a esta cátedra creada para él, su enseñanza incomparable, sus descubrimientos en semiología, en terapéutica, en higiene, la influencia profunda que ejerció sobre la medicina Lyonesa, o mejor sobre la medicina y sobre la ciudad.

Sus alumnos agradecidos han explicado como se merecía su vida y su obra en un número reciente del *Journal de Médecine de Lyon*. Secundados por sus amigos han creado la fundación EDMOND WEILL. Nosotros no sabríamos sin incurrir en repetición, volver a explicar esta humana vida y esta gran obra.

Puesto que estamos en su Clínica Infantil donde yo he tenido durante largo tiempo la dicha de vivir a su lado, dejarme ante todo evocar algunos recuerdos personales.

Me relacioné con él con emoción y con algún temor ya que en el internado, corrían leyendas poco tranquilizadoras acerca de sus exigencias en el servicio y acerca de sus cambios de carácter. El primer contacto fué bastante rudo. Leía por sí mismo la historia clínica para valorizar los términos y despistar las fantasías y omisiones de sus colaboradores. Método excelente y que asegura el rigor de los textos. Pues bien, me indicó que yo escribía mal... yo estaba abrumado, me esforcé en hacerlo cuidadosamente y la situación mejoró.

Pero fué preciso sufrir sus temidos silencios. Después de haber oído una opinión, observaba con una mirada vaga y lejana, quedando largo tiempo inmóvil y como ausente.

El interlocutor se preguntaba: ¿me habrá comprendido mal, despreciará mi opinión?

No comprendí hasta más tarde el secreto de estos temidos silencios. Precedían a momentos de extremada concentración de su espíritu, en el curso de los cuales la idea era considerada bajo todos sus ángulos, asimilada, fecundada. Este hombre que en verdad no fué taciturno sabía callarse. De sus profundos silencios, salían sus pensamientos luminosos. En la vida agitada que nos arrastra, nos ha enseñado que nuestro equilibrio y nuestro discernimiento no pueden ser salvados más que por estos silencios fecundos.

Su enseñanza tenía un gran encanto. Se dejaba llevar a improvisaciones en las que derramaba las gracias de su espíritu y su filosofía indulgente y un poco desengañada. Era aficionado a las imágenes bíblicas—asuntos oscuros—que salían luminosos de su contacto.

La inclinación de su espíritu lo llevaba hacia la explicación de los fenómenos, hacia su comprensión. Repetía que la verdad puede salir alguna vez del error pero nunca de la obscuridad. Esta necesidad de comprender le condujo a los estudios biológicos, hacia los cuales nos ha guiado.

Por haber vivido yo largo tiempo bajo su influencia, fué por lo que pensásteis, a la muerte de mi amigo Carlos LESIEUR, que yo era digno de sucederle en la Cátedra de Patología General. No se si en esta Cátedra donde he pasado cinco años habré rendido algún servicio, pero si se bien los que ella me ha rendido a mí.

Ella me ha obligado a poner en orden los conocimientos dispersos, a reflexionar sobre los problemas generales y sintéticos y de los cuales nos separa un análisis demasiado exclu-