

tarse el curso de arroyos y afluentes, o por el desbordamiento de los grandes ríos en la primavera y otoño.

5.° Los terrenos pantanosos y las marismas.

6.° Las balsas de cañamo, muy a propósito para la vida de las larvas de anofeles.

7.° La presencia en comarcas de condiciones palúdigenas latentes, de portadores de parásitos procedentes de lugares muy palúdicos, especialmente de trabajadores y soldados repatriados del Ejército de Africa.

8.° Los abrevaderos y embalses, en pueblos que no cuentan con agua potable.

Después de describir los focos palúdicos en las distintas regiones de España, expone ampliamente el autor la organización que debiera darse a la lucha antipalúdica. Adopta la fórmula abstracta del higienista peruano PAZ SOLDÁN,

HE—MP—CS = Endemicidad malárica

en la que los tres primeros términos expresan los factores inherentes a la endemicidad. HE representa el índice malarígeno, o sea los *hombres enfermos* de paludismo crónico que propagan la enfermedad. MP son los sectores de la infección: *mosquito* y *pantano*. CS significa *colectividad sana*, que vive o ingresa en los focos maláricos. Los tres términos reunidos dan la ecuación epidemiológica de la malaria.

Basándose en esta ecuación, el Dr. MATURANA VARGAS analiza concienzudamente lo que en nuestro país se ha hecho y para revista a lo que debería hacerse en el orden antipalúdico, sentando cada extremo con arreglo a su criterio personal e imprimiendo a la Memoria un sello de originalidad y buen sentido que la hicieron merecedora del Premio con que la Real de Medicina honró a su Autor.

N. BATESTINI.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

La colesterehinemia en los sujetos afectados de arteritis obliterante. Sujetos diabéticos. MARCEL LABBÉ y JEAN HEITZ.

En Noviembre de 1923 apareció la primera parte del trabajo que extractamos hoy, dedicados ambos al estudio de la etiología y patogenia de la arteritis obliterante de marcha crónica y al papel que en ellas juega la colesterehinemia. En el primero, que tenemos a la vista, las observaciones abarcan todos los enfermos no diabéticos.

Entre las causas que se han invocado como productoras de arteritis figura el tabaquismo entre las principales. De las observaciones de los autores resulta que aunque pueda influir sobre la evolución de la enfermedad por los espasmos vasculares que provoca, su importancia es de segundo orden. Casi lo propio podríamos decir de la importancia de la infección sífilítica, pues si en algunas estadísticas aparece muy crecido el número de sífilíticos entre los enfermos de arteritis, en otras, la mayoría, el porcentaje es igual al admitido por los sífilígrafos para el total de la población. Su importancia tan considerable entre las causas de aortitis, parece mucho menor en las arteritis que nos ocupan, hasta el punto de que WEBER y BUEGER en su estudio de esta afección entre los israelitas han propuesto la denominación de trombo-angeitis obliterante no sífilítica de los hebreos, lo que demuestra la poca frecuencia de la sífilis a lo menos en esta forma particular de la raza hebrea en la que tan común es la arteritis obliterante y donde todas las investigaciones para descubrir la sífilis han sido negativas.

Acabamos de indicar la importancia del factor raza en la presentación de arteritis. No obstante, en la segunda serie de observaciones la noción de raza no influye para nada, puesto que ningún israelita figura en la serie.

Entre los enfermos estudiados, una tercera parte eran diabéticos y teniendo en cuenta que la hipercolesterinemia es un carácter muy frecuente entre los diabéticos y la riqueza en

colesterina de las placas ateromatosas, hacia este punto se dirigieron las investigaciones.

Si además de tener en cuenta los trastornos funcionales subjetivos (dolores, claudicación, etc.), se investiga sistemáticamente la existencia de lesiones artríticas en los diabéticos por la oscilometría y la radiografía de los miembros, se observa que es aun mayor de lo que se creía el número de diabéticos con lesiones de esta clase.

La colesterehinemia normal es de 1'50 a 1'60 o/oo. En la primera serie de observaciones hallamos como cifra media 2'77 o/oo y en la segunda, 2'60 o/oo, ambas muy aumentadas con respecto a la normal y sensiblemente iguales entre sí, o sea que la colesterehinemia en los afectos de arteritis obliterante es superior a la normal y casi igual en los sujetos diabéticos o en los que no lo sean.

Pero las cifras individuales oscilan notablemente y era preciso tratar de referir estas variaciones a algún trastorno de la economía.

Las lesiones hepáticas parecen favorecer el aumento de la colesterehinemia sanguínea en algunos casos, pero en la mayoría las cifras son iguales al promedio total. De las observaciones recogidas por los autores, tampoco se deduce influencia de las lesiones renales, ni de la tensión arterial, ni de la obesidad. Hay con frecuencia coexistencia con la aortitis torácica, pero la cifra media de la tasa de la colesterehinemia en la sangre de los aórticos simples es inferior a la de los que presentan además arteritis periféricas. En la segunda serie de observaciones, la cifra promedio de la colesterehinemia sanguínea es muy elevada en los enfermos afectos simultáneamente de ambas lesiones.

Hay relación entre la forma clínica de la diabetes y la colesterehinemia, siendo ésta progresivamente más elevada desde la glucosuria intermitente hasta la diabetes grave con desnutrición y acidosis.

Ya los autores habían publicado anteriormente un trabajo sobre el valor pronóstico de la colesterehinemia en la diabetes.

Lo propio en los diabéticos que en los no diabéticos, la colesterehinemia sigue una marcha sensiblemente igual a la extensión, profundidad y antigüedad de las lesiones arteriales. En el último trabajo (sujetos diabéticos) no notan diferencia marcada en lo concerniente a la colesterehinemia en los afectos de lesiones unilaterales y los afectos de lesiones bilaterales, pero sí entre aquellos cuya permeabilidad arterial se halla sólo disminuída y los que la tienen abolida o poco menos.

La influencia de un régimen privado de colesterehinemia es notable, viendo los autores descender con él la tasa de la colesterehinemia e incluso en un caso, amplificarse las oscilaciones del aparato de Pachon. Respecto a estas investigaciones oscilométricas que se realizan a diversas alturas de los miembros y principalmente en el tobillo, debe tenerse en cuenta que las oscilaciones indican la cantidad de sangre que pasa por aquel punto, pero no que esté situado allí el asiento de la lesión, pues una localización más alta conduce a idéntico resultado y ello es muy frecuente.

Entre la intensidad, la facilidad de presentación y el asiento del dolor por una parte y la tasa de la colesterehinemia por otra, no es posible establecer una relación. No es infrecuente ver disminuir el dolor a medida que la enfermedad sigue una marcha progresiva y ello se explica por el hecho de que en su presentación influye un espasmo que se sobrepone a la estenosis y este espasmo se produce más fácilmente en los nuevos enfermos que en los ya habituados.

El citrato de sosa ejerce una acción analgesiante indudable, pero no puede explicarse su acción por una disminución de la colesterehinemia sanguínea.

La insulina tiene en cambio una acción notable sobre la colesterehinemia que hace descender y de ella pueden esperarse buenos resultados para evitar la presentación de las lesiones arteríticas.

Las caquexias y la proximidad de la muerte hacen descender marcadamente la cantidad de colesterehinemia en la sangre, así como la de los lípidos totales. Influencia parecida sobre la colesterehinemia sanguínea tienen los purgantes, la sangría, la dilución de la sangre por lesión cardio-renal, etc., factores todos ellos que deben tenerse en cuenta en los análisis.

Comparando la colesterehinemia de los diabéticos arteríticos y no arteríticos, se observa que su cantidad aumenta proporcionalmente a la gravedad de la diabetes, pero sin que la presencia o ausencia de lesiones arteriales influya en ello, de

modo que la hipercolesterinemia habitual de los diabéticos no crea necesariamente lesiones arteriales.

Pero las comprobaciones necrópicas constatando que el estrechamiento de la luz arterial ya ligada a depósitos de coles-terina, dan derecho a pensar que la frecuencia de lesiones arteríticas observadas en los diabéticos es debida al exceso de coles-terina en la sangre circulante, que es una característica de la enfermedad. (*Annales de Médecine*, Agosto 1925).

A. DE BALANZÓ.

Tratamiento de la hemiplegia con contractura por la ionización cálcica; nueva técnica. M. G. BOURGUIGNON.

El autor desde hace tiempo viene indicando la ionización cálcica transcerebral para el tratamiento de la hemiplegia con contracturas, valiéndose de una técnica con dos electrodos. Casualmente, en ocasión de aplicar un electrodo sobre el ojo para mejorar un síndrome de Weber pudo observar la eficacia de realizar la ionización cálcica transcerebral aprovechando como lugar apropiado para la introducción del ion cálcico el ojo y así realizar la técnica colocando un electrodo positivo, embebido en solución de cloruro de calcio sobre el ojo del lado de la lesión y el electrodo negativo embebido en agua pura sobre la nuca. Los resultados son muy notables.

Cuando la causa de la hemiplegia ha sido la sífilis, obtiene con la misma técnica pero usando el ion yodo, mejores resultados. Las contracturas, las parálisis hemiplégicas, las crisis jacksonianas mejoran rápidamente y persisten largo tiempo estas mejorías. (*Sociedad de Neurología*, París, 2 julio 1925).

V. CARULLA.

Prueba de tratamiento del tétanos por la glucosa. JADASSOHN y STREIT.

Los autores en el año 1923 tuvieron ocasión de tratar dos enfermos con tétanos por medio de inyecciones intravenosas de una mezcla de glucosa con sulfato de magnesio, que influyeron favorablemente el curso de la enfermedad. Los dos casos fueron muy graves.

Primer caso. Tiempo de incubación 5 días; al 8.º día ingresa en el hospital con fuerte trismus, contracción de la nuca, etc.; se le trató con el suero a altas dosis, cloral, sulfato de magnesio, etc., llegando al tercer día con gravedad extraordinaria; un cambio favorable sufrió cuando le inyectaron la glucosa intravenosa (7. cm.3 de una solución de glucosa al 10/100 + 3 cm.3 de la solución de sulfato de magnesio al 25/00, tres o cuatro veces por día). Completamente curado a los 26 días.

Segundo caso. Después de 8 días de una herida en el pie, fuerte trismus, contractura tónica de la pierna y músculos abdominales, incontinencia urinaria, respiración regular, etc. Además del suero, morfina, hidrato de cloral, etc., se le inyectó intravenosa y a la misma dosis, la mezcla de sulfato de magnesio y glucosa que en el primer paciente. Como que el enfermo siguió agravándose, al tercer día se aumentó la dosis de glucosa (de 4 a 5 veces por día inyección intravenosa con 17 cm.3 de la solución de glucosa al 20/00 + 3 centímetros cúbicos del sulfato de magnesio al 25/00). Al quinto día franca mejoría, disminución del trismus, vientre flácido, micción voluntaria, etc. Curación.

Los autores no han tenido ocasión de tratar más enfermos, pero el Prof. P. D. Dr. WALTHARD, de Berna, ha probado dicho tratamiento en un caso habiendo también tenido éxito.

Recientemente FLUCKIGER obtuvo también buenos resultados en un caballo.

Los autores estudiaron en conejos de indias tetanizados el cambio de concentración de glucosa en la sangre, resultando sus experiencias negativas por la mínima diferencia.

MÉTODO DE TAKAHASHI

Conejo de Indias	Concentración en mgr. por un cm. ³ de sangre	
Normal	1.370	} Promedio 1.418
Tétanus	1.342	
Normal	1.660	
Normal	1.300	} Promedio 1.412
Tétanus	1.492	
Normal	1.342	

De modo que en el tétanos, contrariamente de la que pasa en las contracciones por la insulina, no hay hipoglicemia.

Veamos ahora la cantidad de glicogeno del sistema nervioso central:

Animal núm.	Dosis tetánica	Comienzo de la 1.ª contractura	Glicogeno en mgr. por 1 gr. de cerebro	Observaciones
1	}	Control normal	0,153	
2			0,177	
3			0,179	
4			0,116	
5			0,188	
6	12	3 día	0,126	Sacrificado al 3 día. Poca contractura.
7	10	4 día	0,088	Sacrificado al 5 día. Fuerte contractura.
8	10	3 día	0,073	Muerte al 4 día.
9	11	3 día	0,050	Muerte al 5 día.
10	10	3 día	0,050	Muerte al 5 día.
11	14	3 día	0,076	Muerte al 4 día.
12	14	2 día	0,058	Sacrificado in extremis al 3 día.

Por el gran interés que tienen hemos querido reproducir completas las dos adjuntas tablas.

Los autores por los pocos casos estudiados no pueden sentar juicio definitivo pero el empleo de la glucosa parece podría dar buenos servicios tanto más cuanto es inofensiva. (*Klinische Wochenschrift*, 30 Julio de 1921).

M. SOLER TEROL.

Efectos del Luminal sobre la hipertensión arterial. GRUBER, SHAKELFORD y ECKLUND.

Los autores aportan un nuevo esfuerzo en la terapéutica asaz compleja de la hipertensión arterial basado en la administración "per os" de la feniletilmalonilurea (Luminal).

Las bases experimentales de esta aplicación clínica no son en realidad un hecho de adquisición reciente por cuanto ya en 1912 en un estudio practicado por IMPENS sobre la farmacología del Luminal se precisa la acción hipotensora de esta droga por inyección en el gato.

Esta acción sin embargo no llegó a traspasar los límites de un simple hecho de observación experimental. La idea de una posible aplicación clínica fué sugerida a los autores por la comprobación fortuita de un importante descenso de la tensión arterial en dos enfermos tratados por el luminal con motivo de sus crisis epilépticas.

Tras estos hechos los autores han estudiado la acción de un fármaco de un modo sistemático en una serie de enfermos afectados de hipertensión cuyas cifras tensionales de máxima, determinadas por el método auscultatorio, eran superiores a 17.

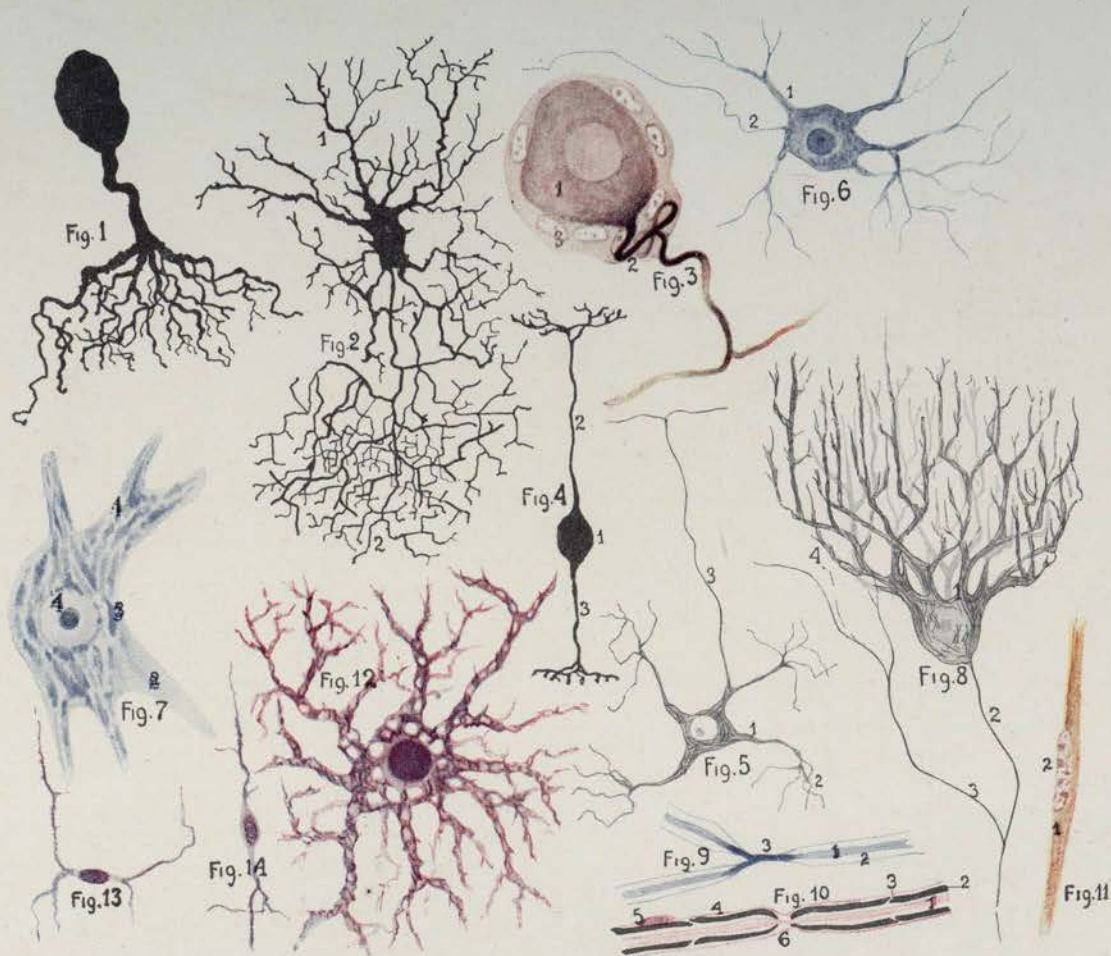
Las dosis de luminal empleadas eran por lo general elevadas oscilando entre los 20 y 40 centigramos en las 24 horas.

Este tratamiento ensayado en 35 enfermos ha proporcionado siempre resultados positivos a excepción de seis casos integrados por enfermos cuya hipertensión estaba ligada a un grave estado de descompensación cardíaca o a nefritis azoémicas también graves. Los autores citan el caso, entre otros, de una mujer de 68 años de edad afectada de una hipertensión habitual de 21-11 en la que se obtuvo merced a la administración del luminal (30 centg. diarios) un descenso a 18-9 en el término de 48 horas y de 17-10 a los seis días de haber instituido el tratamiento.

Los autores afirman no haber observado ningún accidente tóxico, ni de grave intolerancia ya que a su juicio, ni la ligera somnolencia ni algún vértigo presentado por algunos de los enfermos tratados fueron motivo para interrumpir el tratamiento iniciado. La acción del luminal sobre el riñón carece prácticamente de importancia en el orden clínico.

Del trabajo de GRUBER, SHAKELFORD y ECKLUND que comentamos parece desprenderse que la acción del luminal en sus series de enfermos no ha sido fugaz, antes bien, los efectos hipotensores hanse prolongado algunos días. En cambio, el uso

LÁMINA VI
TEJIDO NERVIOSO



CÉLULAS NERVIOSAS

I.—CÉLULAS CUYAS EXPANSIONES NO PRESENTAN DISTINCIÓN MARCADA EN PROTOPLÁSMICAS Y NERVIOSAS. (Espangioblastos de la retina, células simpáticas de los plexos intestinales).

Fig. 1. *Espangioblasto de la retina* (Método de Golgi).

II.—CÉLULAS QUE OFRECEN CLARAMENTE DISTINTAS LAS EXPANSIONES PROTOPLÁSMICAS Y NERVIOSAS.

A.—CÉLULAS DE CILINDRO EJE CORTO, O SENSITIVAS DE GOLGI. (Células de asociación, esparcidas por todos los centros nerviosos).

Fig. 2. *Célula de la capa cortical del cerebro* (Método de Golgi).—1. Expansiones protoplásmicas.—2. Ramificación extensa y próxima del cilindro eje.

B.—CÉLULAS TIPO DEITENS, MOTRICES DE GOLGI O DE CILINDRO EJE LARGO DE CAJAL.

Fig. 3. *Célula de ganglio raquídeo*. 1. Cuerpo celular.—2. Ovíulo formado por la expansión única, en el interior de la cápsula.—3. Núcleos de las células capsulares.

Fig. 4. *Bipolar de la retina* (Método Golgi).—1. Cuerpo celular.—2. Expansión protoplásmica, aferente, centripeta, de penacho aplastado (bipolar para cono).—3. Neurita, expansión eferente o centrifuga.

Fig. 5. *Grano del cerebelo*. Método neurofibrilar de Cajal.—1. Dendrita con 2, su expansión digitiforme.—3. Axón, nacido de una expansión protoplásmica.

Fig. 6. *Célula de los ganglios simpáticos*. (Método de Ehrlich).—1. Dendrita.—2. Neurita.

Fig. 7. *Cuerpo de una célula motora del asta anterior* (Método de Niss).—1. Expansión protoplásmica.—2. Cono de arranque del cilindro eje, exento de grumos.—3. Grumos de Niss, dispuestos entre los haces neurofibrilares. (Véase la disposición de las neurofibrillas en la figura 6 de la lámina I).

Fig. 8. *Célula de Purkinje* (Método neurofibrilar de Cajal).—1. Expansión protoplásmica.—2. Axón.—3. Rama recurrente del axón.—4. Anillo terminal de una rama del axón.

FIBRAS NERVIOSAS.

Fig. 9. *Fibra nerviosa de la sustancia blanca de los centros*. (Método de Ehrlich).—1. Axón.—2. Cubierta de mielina, no teñida.—3. Exstrangulación extensa, formada por un manguito muy afín del azul.

Fig. 10. *Fibra nerviosa de los nervios cerebro-raquídeos*. (Acido ósmico).—1. Cilindro eje.—2. Cubierta de mielina.—3. Cisura de Lantermann.—4. Membrana de Schwann.—5. Núcleo de las células de Schwann.

Fig. 11. *Fibra simpática, amielínica, gris o de Remak*. (Nitrato de plata reducido).—1. Axón finamente estriado.—2. Núcleo de la célula de Schwann que se le superpone.

NEUROGLIA.

Fig. 12. *Neuroglia protoplásmica*. Método de Del Río).—Cuerpo celular y expansiones de aspecto esponjoso, con oquedades destinadas a albergar los gliosomas.

Fig. 13. *Microglia, mesoglia*. (Método de Del Río).—Células pequeñas con núcleo muy cromático, escaso protoplasma y expansiones con espinas laterales.

Fig. 14. *Microglia*. (Método de Del Río).—Célula en bastoncillo.

Neuroglia fibrosa. (Véase figura 5 de la lámina I).

un tanto prolongado de la droga determina un cierto grado de habituación por parte del enfermo que trae naturalmente aparejada la pérdida de su actividad terapéutica.

De todo ello se deduce que el empleo del luminal en la terapéutica de la hipertensión debe ser aceptado como un tipo de medicación transitoria no desprovista por ello de una cierta utilidad práctica.

En la hipertensión como en tantos otros procesos cuyo íntimo mecanismo patogenético permanece *sub judice* no existe una terapéutica realmente eficaz, es por ello que toda innovación aun en apariencia desprovista de trascendencia merec ser acogida con respeto. (*Archives of International Medicine*, 15 Septiembre 1925).

L. TRIAS DE BES.

La reacción de Wassermann en la sífilis cardioaórtica. CH. FIESSINGER.

Después de una larga serie de análisis, comenzada hace 15 años por N. FIESSINGER y continuada por LABOUGLE, CARRION, OLIVIER, cree el autor haber llegado a establecer una norma general sobre el valor de la reacción de Wassermann en las más importantes afecciones cardioaórticas de origen sífilítico.

Solamente en las tres afecciones siguientes la r. d. W. es siempre positiva y por tanto conserva todo su valor diagnóstico: *aortitis*, *aneurismas* y *miocarditis sífilíticas*. En el síndrome *angina de pecho*, la W. algunas veces es negativa y lo es con mucha mayor frecuencia en el *pulso lento permanente* (tipo *Stokes-Adams*).

Estos resultados están de acuerdo con lo que se sabe actualmente de la etiología de estas afecciones. En efecto, las aortitis sobrevenidas antes de los 50 años son sífilíticas en el 90/00 de los casos. Los aneurismas alguna vez reconocen un origen traumático. La arritmia completa, expresión clínica la más típica de la miocarditis, se puede presentar en la estrechez mitral, el corazón grasoso, ciertas nefritis hipertensivas; pero descartados estos casos, la intervención de la sífilis es constante. La W. es fuertemente positiva.

En cuanto a la angina de pecho, tiene el autor como demasiado exclusiva la tendencia actual a considerarla ligada siempre a una aortitis subaguda o crónica, tratando (con GALLAVARDIN) de volver, por lo menos para muchos casos, a la concepción de la coronaritis sífilítica de HUCHARD, basándose en que en las aortitis la W. es siempre positiva y al contrario, es negativa, en muchos anginosos.

Este resultado a veces negativo de la W. se debe probablemente, a que el *angor pectoris* no es más que un síndrome dependiente de diferentes causas, entre las que hay que contar desde luego la aortitis con distensión cardioaórtica (dilatación ventricular izquierda de VAQUEZ), la misma coronaritis sífilítica o ateromatosa de HUCHARD, la hiperexcitabilidad del plexo cardíaco de origen tóxico o neuropático, el espasmo de las coronarias causa quizá no bien tomada en cuenta y que explicaría la ausencia de lesiones de las coronarias en algunas autopsias. La W. sólo se mostrará positiva en los casos en que el *angor* dependa de una aortitis. En el *pulso lento permanente*, en muchos casos, a pesar de los antecedentes sífilíticos, la W. suele ser negativa; su valor es, pues, muy relativo, tanto que el autor piensa (con LAUBRY) que quizá en esta afección se ha exagerado un poco el papel de la sífilis.

Respecto a la orientación terapéutica deducida de la W., de lo expuesto se desprende que para las aortitis, aneurismas y miocarditis, ella ha de informar el tratamiento que debe ser enérgico y prolongado ya que la W. no pierde su carácter positivo sino después de dos o tres años. No aconseja ni el bismuto ni los arsenicales y cree de mayor eficacia el mercurio (cianuro de mercurio intravenoso en caso de accidentes inquietantes en los que precisa obrar rápidamente, benzoato de Hg. intramuscular si se desea una acción más lenta). El reposo prolongado en el lecho durante una serie de meses, es de gran eficacia, sobre todo para los aneurismas en los que se puede obtener sorprendentes resultados, según casos que cita.

En la angina de pecho, la W. siendo en cierto número de casos negativa, no establece ninguna indicación decisiva para el tratamiento. Este se hará, lo mismo que para las aortitis, sobre todo prolongado, aunque se obtengan notables mejorías, porque la posibilidad de la muerte súbita queda en pie a pesar de todo y para alejarla, precisa persistir lo menos dos años.

En el pulso lento permanente, las indicaciones terapéuticas informadas en la W. no tienen ningún valor. La curación o mejoría apreciable es posible solo en los casos en que las crisis no se repitan de un modo constante, sino que se intercalan entre ellas períodos más o menos largos en los que el ritmo sea normal. (*Journal des Praticiens*, 21 Noviembre, 1925).

ENRIQUE ARTISPE.

Exploración funcional del páncreas por examen del jugo pancreático obtenido mediante sondaje duodenal, después de la inyección de éter. LAEBÉ, NEPVEUX y ADLERSBERG.

Las funciones, múltiples y complejas, del páncreas son de exploración difícil, por lo que desde la introducción en la práctica médica de la sonda de Einhorn, se pensó en medir directamente la actividad del jugo pancreático, como se mide la del jugo gástrico. Para obtener jugo pancreático en buenas condiciones de puerza, se buscó la manera de excitar la secreción pancreática, de un modo semejante a como se provoca, con la prueba de Meltzer-Lyon, la excreción de la bilis contenida en la vejiga y vías biliares.

De los diversos excitantes propuestos, los AA. han escogido el éter, siguiendo a KATSCH (de Frankfurt), quien en 1922, inspirándose en experimentos de Claudio BERNARD, inyectó por la sonda duodenal una pequeña cantidad de éter, provocando rápidamente una secreción y la llegada de jugo pancreático casi puro al duodeno.

La introducción de la sonda de Einhorn se hace siguiendo la misma técnica que en las otras aplicaciones del sondaje duodenal. El sujeto debe estar en ayunas, si queremos obtener jugo pancreático puro.

Llegada la sonda al duodeno, se aspira un líquido amarillento, claro, límpido, alcalino, que son los caracteres propios del jugo duodenal. Cuando la aspiración no da ningún líquido o el que da no tiene los caracteres enunciados, es debido a que la sonda ha descendido demasiado, o bien a que ha quedado arrollada en el estómago.

KATSCH, una vez que la aspiración ha dado líquido duodenal, procede a la inyección del éter. Los AA. creen que es más ventajoso agotar, primero, la secreción biliar, excitándola mediante dos o tres inyecciones sucesivas de sulfato de magnesia. Una sola inyección basta, siempre que se extraiga todo el líquido que llegue al duodeno por espacio de media hora. Tomando estas precauciones es menos probable que el jugo pancreático llegue al duodeno simultáneamente con la secreción biliar, como pudiera ocurrir practicando desde el principio la inyección de éter que, al mismo tiempo que excita la secreción pancreática provoca, también, la contracción de la vejiga biliar. Aún procediendo como aconsejan los AA. el líquido recogido es, todavía, una mezcla de jugo duodenal y de una pequeña cantidad de jugo gástrico, lo que no tiene grandes inconvenientes, por cuanto los fermentos gástricos pierden su actividad en un medio en que la acidez iónica es inferior al neutro y no pueden, por tanto, enmascarar la dosificación de los fermentos pancreáticos.

No sucede lo mismo con la ptialina salival que, después de la inhibición que experimenta al mezclarse con el jugo gástrico, ácido, recobra su actividad en el medio duodenal, alcalino, y es imposible distinguirla de la amilasa pancreática por lo que, en la práctica y a fin de evitar confusiones seguras, debe prescindirse de la dosificación del fermento amilolítico y limitarla al proteolítico y a la lipasa.

La dosis de éter inyectada por KATSCH varía entre 1 y 4 centímetros cúbicos. Los AA. emplean siempre la dosis máxima, sin inconvenientes, inyectándola en unos cinco minutos, con lo que evitan las reacciones violentas. En ciertos sujetos es observada una secreción salival abundante y rubefacción de la cara, siendo imprescindible recomendarles que no deglutan la saliva. La sensación puede ser más viva—sensación de quemadura en el epigastrio, taquicardia, náuseas, quintas de tos, etc.—en los sujetos con susceptibilidad neurovegetativa.

También varía el tiempo que tarda la secreción pancreática en responder a la excitación.

Es frecuente encontrar hilillos de sangre en el jugo duodenal extraído, lo que revela la acción congestiva del éter sobre la mucosa duodenal y lo peligroso que sería practicar esta prueba en caso de úlcera.

Una vez practicada la inyección se mantiene la jeringa aco-

plada a la sonda durante cinco a veinte minutos, con objeto de evitar el retroceso del éter por la sonda. Al cabo de este tiempo se empieza a retirar el líquido duodenal, desechando las primeras porciones retiradas, que resultan demasiado ricas en éter, y anotando las cantidades obtenidas en el espacio de 20 a 25 minutos; KATSCH concede gran significación a la cantidad de secreción. La falta de secreción pancreática, después de la prueba, indica un estado de obstrucción de las vías pancreáticas (cálculo o tumor de la cabeza del páncreas) o una esclerosis difusa o un proceso patológico que haya destruido la glándula (quistes, hemorragias). Una disminución notable de la secreción se ve en los casos de diabetes, colecistitis y litiasis biliar, en que hay generalmente esclerosis del páncreas. No puede concederse un valor absoluto a estas variaciones de la secreción que, ya en estado normal, experimenta grandes variaciones. Además, las causas de error son numerosas y para que los resultados sean exactos precisa que la oliva terminal de la sonda esté en la segunda porción del duodeno, frente a la ampolla de Vater, que no haya exceso de dilución del jugo pancreático en las secreciones intestinales o salivares, y que la secreción sea francamente alcalina.

La dosificación de los fermentos pancreáticos, exceptuando la amilasa por las razones anteriormente expuestas, se practica con arreglo a los métodos corrientes de laboratorio.

Los A.A. han practicado la prueba del éter en 18 casos: 7 casos de diabetes, 1 de cáncer del páncreas, 1 de acidosis con vómitos incoercibles en el curso del embarazo, 1 de colitis crónica, 5 de afecciones de la vejiga biliar, 4 de ligeros trastornos de la digestión, y la experiencia conseguida les permite sentar las siguientes conclusiones.

I. Para obtener un líquido pancreático completamente decolorado es conveniente agotar, primero, el contenido de la vejiga biliar mediante inyecciones repetidas de sulfato de magnesio. Prácticamente, basta una sola inyección seguida de un agotamiento prolongado largo tiempo. Siempre que no fué tomada esta precaución, el líquido obtenido estaba más o menos coloreado, lo que significa que la excitación de la secreción pancreática no es estrictamente específica. Para el estudio de la actividad fermentativa precisa desechar los primeros centímetros cúbicos que se retiran por la sonda, pues contienen éter que inhibe los fermentos.

II. La cantidad de éter empleada para excitar la secreción del páncreas fué siempre la misma (4 cm. c.). Los A.A. no tienen que lamentar accidentes serios consecutivos a la inyección de esta cantidad de éter, que introdujeron, siempre, lentamente, empleando, cuando menos, cinco minutos. A consecuencia de la excitación congestiva provocada por el éter, aparecen hilillos de sangre en el líquido pancreático, resultando, por consiguiente, una contraindicación para los sujetos afectos de úlcera.

III. El líquido pancreático disminuye notablemente, en cantidad, en las afecciones que destruyen anatómicamente la glándula, y de las cuales el cáncer de la cabeza del páncreas es la más caracterizada. Se notan disminuciones más o menos grandes en las enfermedades inflamatorias, agudas o crónicas, quísticas, litiasicas, así como en las alteraciones funcionales, aunque estas disminuciones no sean constantes ni características.

IV. En tres casos observados por los A.A. hubo disminución clara y simultánea (para la lipasa y tripsina) de la actividad fermentativa; eran: una infiltración cancerosa del cuerpo del páncreas; dos sujetos afectos de diabetes grave con desnutrición nitrogenada, de los cuales uno ha muerto y el otro es un diabético joven con pronóstico gravísimo.

V. Disminuciones menos marcadas, aunque casi constantes, fueron encontradas en casos de diabetes benigna, sin desnutrición.

VI. Los otros casos en que los A.A. encontraron cifras más o menos bajas, son: un caso de colitis con pancreatitis crónica, un caso de lamblisis vesicular, y un caso de colecistitis en que demostróse disociación de los dos fermentos, habiendo disminuido, únicamente, el fermento triptico.

VII. La cantidad de líquido pancreático retirado después de la prueba de KATSCH, sólo tiene importancia en los casos muy aparatosos como el cáncer de la cabeza del páncreas o la obstrucción de las vías pancreáticas. En cuanto al tiempo que tarda en aparecer el líquido, los A.A. no creen que pueda servir para sacar conclusiones patológicas, debido a su extrema variabilidad.

VIII. Los dos fermentos estudiados (lipasa y tripsina) no varían siempre en el mismo sentido, aunque haya una correspondencia bastante manifiesta.

Como conclusión general, ponen de manifiesto los A.A., la importancia grande que unánimemente se concede a la exploración directa del jugo pancreático en el diagnóstico del cáncer de la cabeza del páncreas y de las esclerosis y litiasis completas del órgano. (*Arch. des Maladies de l'Ap. digestif et de la Nutr.*, Noviembre 1925).

N. BATTISTINI.

Cirugía

Terapéutica de los derrames traumáticos de la rodilla. H. MAYET.

Hay tres tipos de derrames traumáticos de la rodilla que son: 1.º La gran hemartrosis de producción rápida: La hinchazón total se instala en poco rato, se hace enorme la rodilla y el enfermo se queja de gran dolor y sensación de constricción. Este tipo de derrame es sintomático de lesión profunda (ósea, tendinosa, meniscos).

2.º El enfermo cae, tiene un dolor vivo, y nota que la rodilla se hincha discretamente. La sangre extravasada y algunos movimientos producen una irritación de la sinovial que segrega una cantidad grande de sinovia que junto con la sangre distiende todos los fondos de saco, apareciendo al día siguiente la articulación con un derrame articular considerable.

3.º También después de una caída o de un retorzamiento, el enfermo nota ligeras molestias en la rodilla y a los dos o tres días presenta un derrame articular pero siempre discreto. Es lo que se llama la "hidrartrosis traumática" mal llamado por que si puncionamos veremos como sale un líquido rosado. Es una pequeña hemartrosis que ha provocado una hidrartrosis.

Cada tipo clínico tiene una terapéutica eficaz.

El 1.º debe hacerse la artrotomía precoz, sacar los coágulos, lavarla con éter y tratar la lesión provocadora de la hemartrosis. Se cierra después la articulación con una cuidadosa sutura como si se tratara de un vientre y se moviliza la articulación a los 5 ó 6 días. Curación total en tres semanas.

Solo cuando hay fractura de la extremidad ósea femoral o tibial, puede hacerse una punción y explorar entonces la lesión para hacer después la terapéutica adecuada.

El segundo tipo se beneficia igualmente de la artrotomía precoz, sobre todo desde el punto de vista de la rapidez de la vuelta de las funciones articulares.

En estos casos, no obstante puede practicarse la punción y lavado con éter pero nunca es tan perfecto, pues quedan coágulos en los fondos de saco articulares que provocan reacción en la zimobral y retardan la vuelta de punción al miembro.

Lo que si no debe hacerse nunca es la abstención, inmovilizando, pues la punción quedaría seriamente comprometida.

El tercer tipo, requiere la terapéutica según los casos. Hay algunos que solo con inmovilización curan en seis o siete días una hidrartrosis y otros que son tributarios de una punción y aun repunción si el derrame se reproduce. Es conveniente inyectar éter (2 ó 3 cm. c.) e inmovilizar en extensión 6 ó 7 días para ver si el derrame se reproduce y si no empezar con flexiones pasivas y activas.

En fin hacer un buen diagnóstico y saber despistar las enfermedades productoras de hidrartrosis crónicas (lues, tuberculosis), es la base para hacer una terapéutica eficaz. (*Journal des Praticiens*. 21 Febrero 1925).

A. RAVENTÓS MORAGAS.

Lesiones traumáticas intra-articulares de la rodilla. W. ROWLEY BRISTOW.

Después de estudiar la anatomía normal de la rodilla, el autor se ocupa del mecanismo causal de las lesiones meniscales; hay que recordar que el ligamento lateral interno tiene intensa conexión con la porción posterior y lateral del menisco interno, estando el cuerno anterior de éste mucho más libre; de aquí la importancia causal del movimiento de rotación particularmente si va acompañado de flexión de la rodilla. El autor opina que por regla general, la abducción forzada lesiona particularmente el ligamento lateral interno; la

hiperextensión forzada, el ligamento cruzado anterior, y la rotación forzada el menisco interno.

Antes de hacer el diagnóstico de lesión meniscal hay que eliminar diversas afecciones como, cuerpo extraño, insuficiencia del cuádriceps, lesión del ligamento cruzado anterior, fractura intra-articular, etc., etc.

Su tratamiento es de capital importancia siendo distinto según sea la época, en que veamos al enfermo después del traumatismo causal.

1.º Vemos el enfermo unos días después del accidente: anestesia general y maniobras de reducción del menisco desplazado; inmovilización 48 horas con vendaje compresivo para evitar la hidartrosis y enseguida movilización progresiva.

2.º Le vemos después de unas semanas: es necesaria generalmente la movilización bajo anestesia o bien nos encontramos ya como en el caso siguiente:

3.º Después de largo tiempo en que presenta síntomas claros de "blocage" continuo o intermitente: es indispensable la intervención. La incisión lateral recta o curva, sin seccionar el ligamento lateral interno, es suficiente y la vía trans-rotuliana debe ser evitada en lo posible. Exéresis del cuerno anterior o bien de todo el menisco interno; el externo raramente está lesionado. Movilización precoz. (*The Journal of Bone and Joint Surgery*. Abril 1925).

M. SOLER TEROL.

La auto-hemoterapia como preventivo de la acidosis post-operatoria. D. MARAGLIANO.

El autor extrae por punción venosa del paciente que va a operar, dos horas antes de la operación, 15 cm.3 de sangre que inyecta inmediatamente en el tejido celular subcutáneo del muslo, nalga o abdomen (según la región que deba ser intervenida). En 15 casos que ha seguido esta técnica, operados bajo anestesia general con éter, solo observó ligeros indicios de acetona en la orina en un caso.

Realmente la estadística presentada por MARAGLIANO es muy insuficiente y teóricamente es difícil explicar que esta auto-hemoterapia facilite un mayor aprovechamiento de los hidratos de carbono y asegure una normal combustión de las grasas impidiendo la formación de cuerpos cetósicos. De todas maneras si consideramos que Fritz SCHULZE señala la acetonuria en el 67 por 100 de operados bajo anestesia con éter, no podemos atribuir a mera casualidad que en los 15 casos de MARAGLIANO solo uno presentara ligera acetonuria (6 1/2 por 100) y dada la inocuidad y sencillez del tratamiento preventivo auto-hemoterápico merece ser ensayado y estudiado con cariño. (Comunicación al XXXII Congreso de Cirugía, Roma, Octubre 1925).

COMAS CAMPS.

Ginecología

Retención placentaria aséptica prolongada 18 meses. GUILLEMIN.

Las retenciones placentarias cuya duración varía desde algunas semanas a 2-3 o 4 meses, se observan frecuentemente; son más raras las retenciones que duren de 6-8-10 meses, y excepcional el hallar retenciones de 15 o 18 meses.

El autor refiere un caso observado por el mismo.

Mujer de 23 años, que queda embarazada poco tiempo después de su matrimonio. Habiendo sufrido un accidente automovilista, abortó al quinto mes y medio. Fué asistida por una comadrona y curó en poco tiempo. Menstruada la primera vez a los 14 años, tuvo siempre reglas regulares hasta el embarazo que terminó con el aborto: no tuvo nunca sufrimientos y no padeció de leucorrea. Después del aborto, que se verificó en diciembre, no volvió a ver sus reglas hasta el mes de marzo siguiente. En marzo tuvo 4-5 días de pérdida de sangre que interpretó como una menstruación. En abril no vio aparecer la menstruación: pero en mayo tiene grandes pérdidas de sangre, por lo que se hace visitar de la comadrona, la cual cree se trata de otro aborto. Ninguna pérdida de sangre en otros 13 meses sucesivos. El 10 de julio, es decir 18 meses después del primer aborto, bruscamente se presenta una copiosa hemorragia. Sobrevienen lipotimias que la obligan a quedarse en la cama, la sangre atraviesa el taponamiento y los colchones. La hemorragia momentáneamente es detenida por irrigaciones calientes, pero el día siguiente vuelve a empezar. Es en este

momento que es visitada por el autor que halla el cuadro de la intensa anemia: labios y mucosas descoloridos del todo, extremidades exangües y frías, marcos, pulso pequeño, rápido, filiforme.

El abdomen es depresible, plano, la palpación indolora. En la vagina se encuentra una masa dura, más voluminosa que un puño, en medio de coágulos.

Hecha fácilmente la extracción, el autor comprueba la presencia de un voluminoso residuo placentario. El cuello es blando, los dedos atraviesan sin dificultad el orificio interno y ponen de relieve en la cavidad del útero la presencia de otros fragmentos de placenta que prueba digitalmente de removerlos. Su ablación resulta dolorosa, porque están como formando cuerpo con la mucosa. Es necesario recurrir a la anestesia general, que se efectúa con cloruro de etilo. Se ejecuta la extracción digital de los residuos placentarios, haciéndola seguir de una irrigación intrauterina de líquido yodo-yodurado.

Curso post-operatorio normal, las pérdidas cesan completamente. El útero el 30 de julio esta indoloro, pero no completamente.

Las menstruaciones vuelven a ser normales, el 18 de agosto la menstruación es del período normal de 5 días, las sucesivas son del todo normales en todas sus características.

Además del período excesivo de retención, que no se manifestaba por el cuadro clásico habitual, pequeñas pérdidas sanguíneas persistentes o hemorragias abundantes y repetidas, el caso hace considerar:

1.º El volumen considerable del polipo placentario que era mayor de un puño con una gran cantidad de vellosidades esclerosadas y con la casi destrucción del epitelio de revestimiento. Ninguna proliferación de los elementos que constituían los residuos placentarios. Se trataba por tanto de un verdadero polipo placentario, un placentoma benigno.

2.º Las raras y poco abundantes hemorragias a las que dió lugar el polipo fueron: dos en 18 meses, una fué considerada como menstruación, la segunda hizo pensar en otro aborto, lo que parece poco verosímil.

3.º Habiendo sido la enferma librada operatoriamente de los residuos, se obtuvo una curación completa.

El autor observa que se trata de un caso benigno como el de la tesis de PERIQUEL y los de las observaciones de BARTHÉLEMY, de Haquil. Pero no es raro encontrar histológicamente proliferaciones epiteliales que den lugar a hechos degenerativos que preludian un corioepitelioma. (*Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn.*, n.º 2. París, 1925).

COMAS CAMPS.

Metro-anestesia en Obstetricia y Ginecología mediante inyecciones en los ganglios de Frankenhäuser. E. FEBRER.

Expone el A. el método de anestesia uterina por vía vaginal que utiliza con éxito desde 1907, cuya técnica es la siguiente:

Inyección en los plexos cervicales llamados ganglios de Frankenhäuser de 25 a 30 c. c. de solución de novocaina-adrenalina o de estovaina-adrenalina al 1/100.

Se hunde la aguja a través de la pared vaginal en la porción latero-posterior del cuello a 2.5-3 cms. del orificio externo hasta penetrar en el plexo de Frankenhäuser.

Precisa además infiltrar las ramas del segundo, tercero y cuarto pares sacros, ramas que sin dirigirse a los plexos cervicales abordan directamente el útero. Para ello hay que exteriorizar el cuello uterino en lo posible, centrando el eje del órgano para atacar directamente su cara anterior en su rafe medio.

Finalmente, en casos determinados precisa inyectar además la cara posterior del útero inervado por ramas aberrantes que no proceden de los ganglios de Frankenhäuser. un ligero masaje útero-vaginal permite difundir regularmente el líquido inyectado. La intervención puede comenzar a los dos o tres minutos.

Si se trata de un cuello rígido sobre el que preciso actuar, es de aconsejar su inyección previa en pleno tejido a fin de ablandarlo, lo que facilita enormemente la intervención. Este reblandecimiento artificial del cuello se obtiene mediante la inyección intersticial de solución fisiológica.

En ocasiones (histerectomía vaginal total) precisa practicar la anestesia de los anejos, los cuales están inervados por ramas procedentes de los ganglios renales y de los ganglios genitales

superiores e inferiores independientes del plexo de Frankenhäuser.

En estos casos, una vez exteriorizado el útero se inyectan directamente 5 cm.3 de solución anestésica a cada lado partiendo del ángulo uterino y hundiendo la aguja hacia arriba y afuera en la dirección de estos anejos.

La anestesia ha sido en todos los casos suficiente. (*Soc. d'Obst. et Gynec. de Paris*, 14 Diciembre, 1925).

J. VANRELL.

La masturbación en las jóvenes. Alice M. HUTCHISON.

La autora después de hacer una ligera síntesis de esta "afición pecaminosa" expone someramente los conceptos terapéuticos que pueden tener eficacia para desterrar este hábito que constituye para las pacientes un verdadero estado de ruptura del equilibrio mental y físico. Ya que el tema no da margen tal vez a una profunda investigación científica, invita por lo menos a meditar sobre la trascendencia de este vicio considerándolo como un obstáculo para la feliz realización del papel que está llamada a representar la mujer en el ambiente social.

El término masturbación se emplea como es sabido para expresar todos los medios empleados para experimentar por mediación del "cuerpo individual" el placer que se consigue en la relación sexual normal.

Cuando una paciente se presenta al médico para su tratamiento, la primera indicación a cumplir consiste en ayudarla a comprender la verdadera significación del hábito perverso haciéndole ver que se trata de un verdadero retroceso mental y espiritual con relación a su desarrollo físico.

Se impone asimismo un examen físico cuidadoso; cualquiera localización pelviana debe ser prontamente aliviada ya sea un simple estado de constipación, ya se trate de un punto de partida genital y más concretamente menstrual. Este último punto es de positiva importancia pues el período de congestión que precede de la llegada del menstro es un momento crítico durante el cual puede ocurrir un orgasmo durante el sueño aunque se haya resistido la tentación durante el día.

La investigación del origen del hábito es muy útil, cita la autora el caso de una paciente, masturbadora empedernida, en la que el estímulo libidinoso era simplemente la visión en los escaparates de las jarrigas de irrigación; ya desde su niñez los primeros recuerdos del placer solitario eran inseparables de la administración de enemas para combatir su constipación.

Es preciso oponerse a la vida sedentaria a que habitualmente se entregan gran número de jóvenes masturbadoras. En la inercia de este género de vida la joven se ve asaltada por recuerdos más o menos halagadores que reclaman en ella el placer solitario. Recomiéndese acostarse y levantarse temprano, ducha fría por la mañana y finalmente impóngase como norma habitual de vida la fatiga corporal a base de ejercicios físicos derivativos.

Evítese completamente el ambiente enervante moral y material con la prohibición de toda literatura marcadamente sentimental y erótica y de todo aquello que pueda influenciar en beneficio del hábito.

Es preciso hacer comprender con fraseología variada a la paciente que su deseo perverso constituye un insulto al desarrollo normal de su fisiologismo.

Si la paciente ha tenido la suerte de consultar con un facultativo capaz de inspirarle positiva confianza no es raro que el éxito no se haga esperar.

La autora refiere en su trabajo un aspecto interesante del problema sugerido por las observaciones que algunas de estas enfermas a modo de crítica acostumbran a formular; no es raro que la masturbadora justifique su vicio inveterado presentándolo como un medio necesario para evitar peores males, la masturbación le ayuda a esperar el matrimonio sin la tentación de la necesidad de la cópula.

A esta alegación de parte es preciso oponer en el ánimo de la enferma estas o parecidas razones: a) que se mantiene con ello un estado de enervación moral y física lamentables, b) que el ideal social no es precisamente el de que la mujer se haga sexualmente independiente del hombre valiéndose de la masturbación, c) que esta independencia puede más tarde hacer naufragar todas las oportunidades de la felicidad conyugal, por cuanto en gran número de casos se vuelve fácilmente a caer en el vicio ya que en él se encontraba mayor satisfacción.

No falta quien sugiera el remedio a base del coito clandestino aun pasando por alto las graves reservas morales de este proceder, cabe oponerle que no constituya una solución real del problema y si solamente una evasión reprochable del mismo.

Hay otros, en fin, que aconsejan el matrimonio como panacea casi eficaz de la masturbación. La autora no puede menos que lamentarse de este triste concepto del matrimonio terapéutico. Después de todo es perfectamente posible que las relaciones matrimoniales acaben por no ofrecer tampoco un placer sexual suficiente.

Con todo lo apuntado se deduce claramente el interesante criterio de la autora de no aceptar ninguna forma de transacción en el tratamiento del problema de la masturbación femenina. Un criterio médico debe presidir todo procedimiento emprendido. La enferma no vencida por este proceder científico no debe ser aconsejada por el médico con fórmulas vulgares e inadecuadas. (*The Lancet*, 26 Diciembre, 1925).

GONZALO RODRIGUEZ.

Substancias protéicas y relación entre sero-albúmina y sero-globulina en la reacción de Bothelo. T. ANARDI.

El A. ha estudiado el significado de la reacción tanto en el campo clínico como en el experimental dedicando especial atención al precipitado que se obtiene en las reacciones positivas.

En todos los sueros sometidos a examen ha determinado la cantidad de substancias protéicas y la relación entre sero-albúmina y sero-globulina.

De los resultados obtenidos en gran número de animales y en 182 casos clínicos afectos de diversos estados morbosos, deduce el A. las conclusiones siguientes:

1) Todos los métodos propuestos para la reacción de BOTHELO son en general equivalentes; deben preferirse los que utilizan como reactivo el ácido nítrico, que aunque menos sensibles proporcionan resultados más seguros.

2) La reacción no es específica para el cáncer aunque rinde un elevado coeficiente positivo en esta enfermedad.

3) La reacción no depende de la tasa de sustancias protéicas contenidas en el suero, sino de alteraciones en la relación entre albúmina y globulina, precisamente en notable aumento de esta última, como ocurre en el suero sanguíneo del canceroso.

4) La substancia precipitante es una sero-globulina que se encuentra en los sueros positivos en equilibrio inestable a causa de su tasa elevada respecto de la sero-albúmina, y que precipita en medio ácido mediante la agregación de una cantidad mínima de solución yodo-yodurada.

5) La precipitación tiene lugar únicamente cuando la cantidad de sero-globulina equivale al 90 % como mínimo de las substancias protéicas contenidas en el suero, como ocurre en las afecciones con metabolismo celular morbosamente aumentado y activa absorción de productos procedentes de la desintegración de los tejidos, fenómeno común a muchas enfermedades y a particulares estados ginecológicos.

6) La reacción de BOTHELO por la simplicidad de su técnica puede ser utilizada para la investigación cualitativa de las substancias protéicas y especialmente para poner en evidencia con toda rapidez un incremento de globulinas en relación con la albúmina del suero sanguíneo. (*Studium.*, n.º 10, Napoles, 1925).

J. VANRELL.

La insuflación tubárica en casos de esterilidad. L. M. RANDALL.

El caso reseñado por el A. pertenece al tipo corriente de esterilidad femenina.

La paciente, de 29 años de edad, casada desde hacía siete años, relataba un aborto de dos meses acaecido a los nueve meses de casada. Este aborto no fué seguido de consecuencias desagradables salvo una ligera fetidez loquial y flujo copioso durante más de una semana. El estado general de la consultante era excelente no habiendo concebido con posterioridad a pesar de los tratamientos puestas en práctica.

El examen general y de la pelvis y la reacción de Wassermann fueron negativos. Tampoco se hallaron lesiones ni rastros patológicos en sus genitales externos, útero y anejos. La se-

creción vaginal era medianamente ácida y un examen microscópico practicado a la media hora del coito demostró espermatozoos normales. El semen del marido evidenció espermatozoos normales en cuanto a número, morfología y movilidad. Conviene recordar que en el 50 % de matrimonios estériles la esterilidad es del marido.

Describe a continuación la técnica de insuflación de las trompas que fué practicada en dos ocasiones. El examen radioscópico demostró que el gas no penetraba en la cavidad peritoneal a consecuencia de estenosis tubárica.

En muchos casos de esterilidad cuya causa es oscura la insuflación de las trompas constituye un excelente proceder diagnóstico. Escogiendo cuidadosamente los casos no sobrevienen reacciones desagradables.

En ciertos casos la oclusión tubárica puede ser vencida a beneficio de la insuflación metódicamente practicada. (*Med. Clin. N. Amer.* 1925. VIII; 1137).

J. VANRELL.

La reacción de Bothelo en Ginecología. B. M. CETRONI.

Conocido es el principio de la reacción de BOTHELO basado en la propiedad del suero sanguíneo de un canceroso de dar en medio ácido un precipitado estable en presencia de una solución yodo-yodurada.

Los diversos autores que se han ocupado de esta reacción han conservado el reactivo yodo-yodurado pero han modificado el medio ácido preconizando diversas soluciones.

BOTHELO utilizaba una solución citro-formólica (ácido cítrico 5 grs.; aldehído fórmico 1 gr.; ag. destilada 100 c. c.) CLARET y BRUGAIROLLE ensayaron el ácido oxálico al 5 %, CABANIS y FOULQUIER el ácido láctico al 1 %; otros el ácido nítrico, el amoniaco, etc.

Utiliza el A. la técnica siguiente:

- 1) Solución citro-formólica, (oxálica o láctica: 2 c. c.
- 2) Suero del paciente diluido a la mitad en solución fisiológica al 7'5 0/00: 0'5 c. c. Agítese y añádase.
- 3) Solución yodo-yodurada (yodo metálico 1 gr. yoduro potásico 2 grs.; agua destilada 210 c. c.): 0'7 c. c.

Se produce un precipitado que se redisuelve añadiendo otros 2 c. c. de solución yodo-yodurada cuando la reacción es negativa y que aumenta si la reacción es positiva.

La técnica de la segunda reacción de BOTHELO es la siguiente:

- 1) Suero no diluido: 0'6 c. c.
- 2) Amoniaco puro a 22°: una gota de una pipeta de 30 gotas por c. c.
- 3) Solución de ácido nítrico (1 c. c. de ácido nítrico puro a 36° en 100 c. c. de solución fisiológica al 7'5 0/00): 3 c. c. Se agita y se añade medio c. c. de solución yodo-yodurada, vertiéndose otro medio c. c. al cabo de unos minutos.

Se requieren algunas precauciones para el buen resultado de esta reacción.

Las probetas y pipetas deben hallarse esterilizadas.

El suero debe obtenerse esterilmente doce horas después de la última comida y siempre a la misma hora en los diferentes sujetos.

Todos los reactivos y especialmente la solución yodo-yodurada deben ser de reciente preparación.

Los resultados obtenidos por los primeros investigadores fueron lisonjeros. El alto porcentaje de las reacciones positivas obtenidas en enfermos cancerosos ha ido luego descendiendo al compás de los perfeccionamientos de la técnica y la controlación macro y microscópica más rigurosa de las observaciones.

La especificidad de la reacción ha sufrido también un serio contratiempo cuando se ha evidenciado que es más o menos positiva en otras enfermedades: tífidea, uremia, sífilis, tuberculosis.

Las cifras porcentuales de positividad en el cáncer han ido también descendiendo, desde el 75 % al 50 y aun al 20 %.

Son asimismo discordes las opiniones acerca de la naturaleza de la sustancia precipitante en el cáncer y en las restantes enfermedades en que es positiva la reacción.

Se ha hablado de insuficiencias en la tasa de colina de la sangre en los sujetos cancerosos, lo que permitiría las precipitaciones en el suero con dosis mínimas de yodo asimismo se ha atribuido a un aumento de la urea sanguínea. GIAUNI sienta la hipótesis de que la acción precipitante sea debida a una toxina cancerosa.

Se ha creído por último que era ocasionada por un aumento de sustancias protéicas, núcleo-protéicas o globulinas en virtud de procesos citolíticos de la neoplasia.

La hipótesis de que la precipitación sea debida a un aumento de las sustancias protéicas es la más probable.

El A. ha circunscrito sus observaciones al cáncer de la vagina, útero y ovario, al embarazo normal y patológico, al puerperio y a diversas afecciones ginecológicas.

La reacción que más seguros resultados le ha proporcionado es la segunda de BOTHELO, al paso que con la solución de ácido oxálico, de ácido láctico y con la citro-formólica los resultados son inconstantes y ofrecen un más elevado porcentaje de errores.

Sus estadísticas se refieren a 44 casos de cáncer y 88 casos de embarazo y enfermedades ginecológicas diversas.

Los casos de cancer han dado un 52'2 % de reacciones positivas.

Las enfermedades no cancerosas y la preñez han rendido tan solo un 6'8 % de casos positivos.

En cambio han proporcionado, sobre todo el embarazo, reacciones debilmente positivas hasta un 21'5 %.

Los cancerosos examinados correspondían a todos los períodos de la enfermedad. Los que habían sido irradiados previamente han dado reacción negativa.

También fué negativa la reacción en dos casos de sarcoma.

En las mujeres embarazadas obsérvese una tendencia a las reacciones debilmente positivas más acentuadas en los últimos meses de gestación.

En el puerperio fisiológico la reacción es generalmente negativa al paso que en patológico obsérvese un porcentaje elevado de reacciones positivas (20 %).

En resumen: la reacción de BOTHELO proporciona en el cáncer un 52 % de casos positivos.

A pesar de ello no rinde resultados muy satisfactorios para el diagnóstico precoz del carcinoma, y ni aun siquiera para el diagnóstico de seguridad a causa de la coexistencia de otras enfermedades y estados fisiológicos que ofrecen a veces reacciones positivas.

Aparte de ello, su técnica, tan sencilla en apariencia, requiere un largo adiestramiento hasta llegar a obtener resultados seguros. (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, núm. 10. 1925).

J. VANRELL.

Ohstetricia

El líquido céfalo-raquídeo de las parturientes como acelerante de las contracciones uterinas. MEYER.

El autor ha obtenido aceleración del parto inyectando intravenosamente a una parturiente con débiles contracciones, líquido céfalo-raquídeo de otra mujer en parto con contracciones enérgicas. Esto plantea el problema de si la secreción del lóbulo posterior de la hipófisis para el líquido céfalo-raquídeo

TRENDELENBURG ha experimentado la acción que tiene el líquido céfalo-raquídeo y el extracto de lóbulo posterior de la hipófisis a determinada solución, sobre el útero y ha comprobado que ambos líquidos dan lugar a contracciones uterinas de idéntica fuerza. El líquido céfalo-raquídeo de animales hipofisectomizados está desprovisto de acción; por lo tanto la acción excitante del líquido céfalo-raquídeo debe residir en los elementos hipofisarios que contiene.

MEYER en vista de esta concordancia entre su experiencia clínica y las investigaciones experimentales, cree poder afirmar la acción cierta sobre la contracción uterina del líquido céfalo-raquídeo por vía intravenosa. (*Klinische Wochenschrift*, núm. 40, 1925).

COMAS CAMPS.

Notas sobre el uso de los extractos hipofisarios para acelerar y regularizar la involución uterina. POUGET.

Los tan discutidos peligros de la administración del extracto de lóbulo posterior de la hipófisis en tanto el útero no está libre del feto y sus anejos, lo que hace debe ser muy meditada la indicación que se formule en tanto (como decía PAJOT para el cornezuelo *Uterus contient quelque ou quelque chose*), no existen cuando se utiliza la hipófisis durante el puerperio para corregir la subinvolución uterina consecutiva a difíciles intervenciones y en casos de ligera metritis puerperal.

La acción del extracto de lóbulo posterior de la hipófisis (inyecciones intramusculares diarias de 0'05, durante 5 a 6 días) es muchísimo más energética que la del cornezuelo y triunfa en casos en los que este se mostró ineficaz.

Solamente se deberán tener en cuenta las contraindicaciones médicas para su uso. (*Soc. d'Obs. et Gynec. d'Alger*)

Influjo de la glándula sexual masculina sobre la hembra.
F. KOVACS.

La inyección subcutánea de tejido testicular en la hembra puede modificar la proporción de sexos en la prole, a beneficio de los varones. El tratamiento debe principiar ocho días antes de la cópula. Mejores resultados se obtienen por la trasplatación del testículo a la rata hembra. En ocasiones la inyección subcutánea de tejido testicular va seguida de esterilidad que dura de tres a once semanas. La trasplatación de testículos a ratas hembras es compatible con embarazo, parto y lactancia normales. (*Am. Journal of Obstetrics and Gynecology*, Octubre 1925).

COMAS CAMPS.

Urología

Secreción de la orina durante el cateterismo de los ureteres.
J. GOLDBERGER.

La fisiología nos enseña que en los animales, los dos riñones, no segregan nunca de una manera idéntica y que durante periodos equivalentes, no solamente la cantidad de orina emitida por los dos riñones, sino también el valor de la orina en materias disueltas son diferentes. El cateterismo ureteral que permite obtener muestras separadas de orina de cada uno de los riñones, ha sido utilizado desde largo tiempo para saber si en el hombre los dos riñones trabajan de una manera idéntica o no. A pesar de los numerosos ensayos practicados, la cuestión no está todavía resuelta de una manera perfecta.

En efecto, hay dos circunstancias que estorban la observación exacta del valor funcional de los riñones; desde luego una parte de la orina no es recogida por el cateter a lo largo del cual ella se vacía; por otra parte se ha de tener en cuenta la influencia de la excitación creada por cateterismo sobre el valor funcional.

La relación entre la orina vesical (orina que se ha vaciado a lo largo de las sondas) y la orina recogida por las sondas, que se ha intentado establecer con la ayuda de una fórmula, esta determinada por los hechos siguientes:

1.º El cateterismo no abole el peristaltismo uretral y se ve a la cromocistoscopia de la orina vaciarse a lo largo de las sondas, aunque estas parezcan obturar completamente los orificios uretrales. 2.º El peristaltismo persiste igualmente de una manera rítmica y periódica durante el cateterismo. 3.º La cantidad de orina que así se vacía no es despreciable, pero si el cateterismo está hecho correctamente, ella no representa más que un valor de 1/4 a 1/10 de la cantidad que se vacía por las sondas.

En cuanto a la excitación del uréter o de la pelvis por el cateterismo, es el efecto de un reflejo nervioso.

El Autor se ha esforzado en estudiar el valor funcional de los riñones en el individuo sano por medio del cateterismo ureteral. El toma como sujetos de observación, individuos sin ninguna tara que somete antes de las pruebas a una dieta relativa la cual señala detalladamente.

Las experiencias las divide en dos grupos. En el primer grupo (A1 y A2) los sujetos son sometidos a la dieta hídrica; en el segundo (B) consumen únicamente agua mineral alcalina. Cada prueba consiste en un examen periódico de la cantidad de orina segregada. Una parte de las pruebas tiene lugar en el curso del cateterismo ureteral.

Cada vez el Autor busca:

1.º La cantidad exacta emitida durante periodos conocidos; a) de la orina total, b) de la orina correspondiente a cada una de las muestras recogidas por las sondas, c) de la orina vesical;

2.º Los pesos específicos de la orina de cada frasco medida al areómetro;

3.º La proporción de cloruro de sodio frasco, medido por el procedimiento de Mohr.

4.º La proporción de materias disueltas en cada frasco por el procedimiento de Ambard;

5.º La cantidad en gramos de cloruro sódico en cada frasco;

6.º La cantidad en gramos de materias disueltas en cada muestra o frasco.

Los resultados son expuestos y relacionados en tablas y por medio de curvas. Estas comprenden ocho experiencias principales y ocho experiencias de control, correspondientes a los diferentes grupos A1 A2 y B, arriba indicados. Cada experimento lleva su gráfico.

El Autor comenta y compara de manera muy interesante, los diferentes resultados que el ha obtenido. Deduce de sus trabajos las siguientes conclusiones:

A) Los dos riñones segregan en el mismo tiempo cantidades de orina diferentes. La concentración de la orina es función de la cantidad de agua eliminada.

B) Los dos riñones excretan en el mismo tiempo cantidades casi equivalentes de cloruro de sodio y productos disueltos. La diferencia en la secreción de los dos riñones consiste pues sobre todo en una diferencia de eliminación de agua.

C) La poliuria refleja aparece en los casos, que la excitación causada por el cateterismo no alcanza más que a un solo riñón (aumento de la secreción de agua en este lado). (*Zentralblatt f. urol. Chir.* tom. XVI, núms. 3-4.

A. OTERO.

Infección del adenoma prostático. LEGUEU.

La infección del adenoma prostático tiene una importancia considerable que la observación confirma de día en día y el conocimiento exacto de esta complicación nos enfrenta con dificultades clínicas hasta ahora insospechadas. Es un hecho preciso y evidente, que al examinar los adenomas extirpados por la prostatectomía, si se practican cortes y se ejerce una presión, en algunos casos bastante frecuentes, sale un líquido macroscópicamente purulento, y que microscópicamente contiene los elementos del pus, es decir leucocitos, microbios generalmente estafilococos, etc. Es esto tanto más frecuente cuanto el adenoma es más voluminoso, y probablemente ha empleado más tiempo en desarrollarse. La proporción establecida es la siguiente:

Menos de 20 gr.	1/8
De 20 a 30 gr.... ..	1/6
De 30 a 50 gr.... ..	1/4
De 50 a 100 gr..	1/7
De más de 100 gr.	1/4

Los adenomas prostáticos que en esta estadística basada en centenares de casos, dan el minimum de supuración son los inferiores a 20 gr. Los que dan el maximum en número, de supuración son los de 100 gr. y más de peso. En ellos un cuarto de los casos son alcanzados de supuración que contiene microbios que han producido una enfermedad del tumor. Esta enfermedad respeta la constitución del tejido, pues generalmente la supuración no llega a la destrucción del adenoma — en resumen hay, desde 1/4 a 1/8 de casos de supuración del adenoma prostático. Esta supuración, debe traducirse por modificaciones clínicas. Se pueden describir bajo tres formas, las modalidades según las cuales ella se presenta. 1.ª *Con supuración.* 2.ª *Con fiebre sin supuración.* 3.ª *Simple induración.*

La primera forma, *Infección del adenoma con supuración* es el absceso prostático. Ejemplo clínico. Un enfermo obligado a guardar cama hace varios días, con fiebre que se ha atribuido generalmente a una gripe; tiene los síntomas de un estado infeccioso; su lengua está seca, y no puede orinar o lo hace con dificultad; es un hombre de 60 a 70 años, con un estado general bastante mediocre; se le sonda y se encuentra retención. Un tacto rectal, basta para diagnosticar un absceso prostático. Este absceso es evacuado por *perineotomía* y el estado general se mejora inmediatamente puesto que esta fiebre, esta gripe era de origen local. Seguidamente se le ha hecho una prostatectomía transvesical en dos tiempos y el enfermo ha curado.

Es este un caso, de infección del adenoma, caracterizado por fenómenos generales graves. Se pensó en la gripe. Felizmente la retención, permitió llegar a la fuente de los acciden-

tes y hacer el diagnóstico exacto y preciso de una supuración prostática en un adenoma. Hay muchos casos semejantes en que los enfermos presentaban igualmente fenómenos infecciosos coincidentes con la aparición de una retención. Se hace entonces una perineotomía, se evacua el absceso y desaparece la fiebre; en una segunda sesión se puede practicar una prostatectomía hipogástrica en un tiempo, si está indicada.

Puede suceder asimismo, que desapareciendo espontáneamente la fiebre, como pasa frecuentemente en las infecciones locales, pase desapercibido el absceso por ser inaccesible al tacto. En uno de estos enfermos se puede llegar a la prostatectomía por vía alta, hecha en el curso de una supuración del adenoma, pero cuya virulencia está atenuada, como lo indica la desaparición de la fiebre.

En un prostático con supuración o infección del adenoma hay dos enfermedades evolucionando conjuntamente; el adenoma que existía antes existirá después de la evacuación del pus; y por otra parte la inflamación prostática que dejará de existir después de la incisión.

En estos casos el problema clínico-terapéutico es bastante delicado. La prostatectomía hipogástrica en un tiempo, en un enfermo con infección del adenoma prostático en plena virulencia, es una audacia que no será provechosa al enfermo; no es esta la forma lícita. Es por la vía perineal que se ha de llegar a abrir la colección; ulteriormente se opera el adenoma. O bien, después de un período suficientemente largo se hará la prostatectomía en un tiempo, o bien al contrario en los días que siguen a la perineotomía, se hará una *cistostomía hipogástrica*, es decir el primer tiempo de una prostatectomía en dos tiempos.

En resumen, en esta categoría de enfermos el tratamiento es sencillo; una vez la supuración evacuada, el prostático se encontrará en favorables condiciones y curará del todo, tanto mejor cuanto más separe las dos intervenciones, dilatación del absceso y prostatectomía.

Hay una segunda serie de casos en los cuales la infección del adenoma prostático se manifiesta por fiebre sin supuración, al menos sin este absceso, esta supuración evidente e incontestable de los de la categoría anterior; y no son casos excepcionales; entre diez prostáticos, cuatro son de este tipo. El enfermo de esta clase se presenta generalmente con una retención datando de dos o tres días. Ha sido sondado de una manera aséptica y no es el sondaje que lo ha infectado y le ha producido la fiebre. La infección por el sondaje era la tesis fundamental y clásica de otros tiempos, y no es verdadera. Este enfermo tiene una infección de su adenoma, de donde a la vez la fiebre y la retención. Un gran número de retenciones agudas pueden tener este origen, la infección localizada determinando modificaciones dinámicas. Antiguamente se hablaba de una infección general; tal era la fiebre urinaria de Guyon. Actualmente se piensa que existe una lesión local, que no siempre se la encontrará por una modificación al tacto rectal, pues esta infección del adenoma, no siempre es tan importante, tan virulenta, para aumentar el volumen del tumor por supuración, este es indoloro; se caracteriza este estado, simplemente por una reacción sanguínea, una infección de la sangre si se quiere, pero de punto de partida local. No pensamos crisis de infección urinaria, sino crisis de infección prostática. Retenciones producidas de esta manera con un poco de fiebre y sin supuración se presentan bajo un primer tipo de los más ligeros, no durable y que pasa fácilmente desapercibido; es necesario tener en cuenta que un ascenso rápido a 39° caracteriza casi siempre una crisis de infección prostática. Actualmente gracias a los recursos de la vacunación, se puede mejorar a estos enfermos antes o después de la cistostomía inicial, o empleada como primer tiempo.

La tercera categoría de enfermos son aquellos en los cuales la infección del adenoma se caracteriza por una sola cosa; una induración al tacto y suscitan la idea de un cáncer. El diagnóstico diferencial entre un cáncer y un nódulo de esclerosis prostática es extremadamente difícil. Afirmar por los caracteres de la induración, si es inflamatoria o neoplásica es imposible. Todo lo que se puede decir para precisar este diagnóstico, es que hace falta explorar del lado de las vesículas seminales; si se constata la induración de éstas, se puede afirmar que se trata de una propagación cancerosa. Después y principalmente hay que recurrir al examen de la sangre. M. M. LEGUEU, MORIN y CHABANIER, han llegado a reconocer en el adenoma prostático una *eosinofilia* semejante a la que exist-

te en los quistes hidatídicos. Mientras el individuo normal tiene un 15 % de eosinófilos en la sangre, cuando es afecto de adenoma prostático, tiene de 5 % para arriba, puesto que en uno se encontró la cifra de 14 %. En el cáncer prostático, no hay eosinofilia; hay un porcentaje de eosinófilos inferior a la cifra media normal.

M. ASTRALDI ha estudiado profundamente esta cuestión en una memoria, confirmando los datos establecidos por el profesor LEGUEU. Si el enfermo tiene una eosinofilia de 5 a 10 % es probablemente un adenoma infectado. Si al contrario este individuo presenta una eosinofilia inferior a 15 % puede ser un cáncer.

La precisión del diagnóstico diferencial no puede ir más lejos a la hora actual en los casos de este género (*Journal des Praticiens*, 31 Octubre 1925).

A. OTERO.

Oftalmología

¿Existe un antagonismo entre la catarata senil y la alteración macular senil según Heab? GJESSING.

El autor habla de las experiencias de sus colegas en la materia antedicha e indica que sus muchos ensayos y la experiencia de su práctica, le dieron en resumen el siguiente resultado:

1.º La degeneración senil de la mácula es en la vejez, o sea desde los 55 años, una enfermedad corriente. Respecto a la agudeza visual no se puede deducir nada del examen oftalmoscópico. Las alteraciones de la mácula alteran la visión mucho más que las del cristalino.

2.º Parece existe un antagonismo relativo entre la catarata senil y la degeneración de la mácula, a pesar de lo cual a veces se presentan ambos trastornos a un tiempo. (*Zeitschrift für Augenheilkunde*, Agosto 1925).

Contribución a la anatomía del lóbulo medio y de sus funciones. El curso anatómico de un haz de fibras del nervio óptico en el hombre (tractus supra-óptico-thalamicus) y contribución a la anatomía del tallo del tálamo inferior. GREVING.

El curso de las fibras ópticas se conoce desde el ojo, por el quiasma, a sus puntos de origen. Sin embargo se sabe que existen otros haces de fibras en el nervio y tracto óptico, no sabiéndose en que parte del cerebro terminan. Otras fibras ópticas van a los ganglios del istmo (vertebrados inferiores). Además se conoce un tercer haz de fibras, que se cree termina en el núcleo óptico basal. Este grupo celular corresponde al núcleo supraóptico. El autor demuestra, por exámenes de cortes sagitales, que existe en el hombre un haz de fibras que pasa por el margen dorsal del quiasma, abandona después las vías ópticas y entra en seguida en la base del lóbulo medio del cerebro. Llama a este haz de fibras tractus supraóptico talámico. En el espacio del núcleo supraóptico este haz de fibras se distiende, tomando la forma de abanico. Sin embargo los haces de fibras no terminan en este grupo celular, sino que transcurren el núcleo supraóptico, sin ser visible que dejen fibras nerviosas en las células del mismo. Después de abandonar el núcleo supraóptico, vuelven a reunirse formando parte del tallo talámico inferior. Desde luego se reconoce una unión directa, anatómicamente probada entre el núcleo óptico y el tálamo, que no transcurre en el tracto óptico. Otro haz de fibras deja el quiasma en el margen dorsal y entra en la masa del tallo talámico inferior, sin haber tocado el núcleo supraóptico; se le denomina el tracto óptico talámico.

La importancia fisiológica de este curso de fibras no está clara todavía, solamente se podría suponer que son transmisoras de impresiones sensibles del ojo al tálamo. (*Archiv. für Ophthalmologie*, Junio 1925).

I. BARRAQUER.

Queratitis ulcerosa de los mineros y su tratamiento. J. OHM.

El autor, especialista de enfermedades oculares en los mineros, da mucha importancia a la enfermedad anotada en este título, porque es una afección repetida entre los mineros

por motivos de su profesión. En el presente artículo el autor se ocupa especialmente de la queratitis ulceroosa infiltrada. Pone algunos ejemplos y recomienda el tratamiento siguiente:

1. Antes de hacer el tratamiento se recomienda sacar un dibujo del absceso para reconocer cada aumento.
2. Examen de la permeabilidad de las vías lagrimales de ambos ojos si se supone que los dos están afectados.
3. Se extrae secreción del absceso para examinarla y ver la causa bacteriológica. En casos graves se examina también la mucosidad de la conjuntiva y si es necesario el pus del saco lagrimal.

A base de estos reconocimientos se ocupa:

- a) de la aniquilación de las bacterias en el absceso, y
- b) de la esterilización de los fondos de saco conjuntivales o del saco lagrimal para evitar una reinfección.

Para la destrucción de las bacterias se recomienda mucho la tintura de yodo.

Para la limpieza del fondo de saco conjuntival se emplea el "Presojod" que debe ser mejor que el "Optochin" y para evitar el peligro de infección por parte del conducto lagrimal, se hace la operación de Toti. Debe además evitarse la iritis; para conseguirlo usa midriásicos.

Termina diciendo que sin duda hay otros procedimientos que pueden dar buenos resultados, pero según su opinión, el tratamiento en cuestión es el que ha fracasado menos. (*Zeitschrift für Augenheilkunde*, Julio 1925).

I. BARRAQUER

Cirugía

Las fistulas gastro-cólicas. R. SAVIGNAC.

Desde los trabajos de CHAVANAZ, de ROGER y de CIVIDALI, no se ha hecho un estudio de conjunto de las fistulas gastro-cólicas, afección que es bastante rara. La fistula yeyuno-cólica, consecutiva a las gastro-enterostomías y que da los mismos signos clínicos de las fistulas gastro-cólicas, debe ser estudiada conjuntamente con ellas.

Los grandes síntomas que destacan en el cuadro clínico de estas afecciones son tres: la diarrea, caracterizada por seis a ocho deposiciones post-prandiales, imperiosas, líquidas, espumosas y fétidas, conteniendo, intactos, los alimentos ingeridos poco antes de la deposición. La diarrea es, sin embargo, un síntoma inconstante; los vómitos son frecuentes y los caracterizan su color moreno y el ser fecaloides. Van acompañados de eructos fétidos y tienen, hasta cierto punto, un aspecto semejante a las deposiciones; finalmente, una *caquexia* rápida acompaña a los precedentes síntomas. Además, hay *signos accesorios* como dolores, sed ardiente, trastornos del apetito, etcétera.

El examen físico del enfermo es poco demostrativo; por el contrario, la radiografía nos proporciona la prueba exacta de la comunicación gastro-cólica, haciendo tomar al enfermo una comida opaca, o bien administrándole una lavativa en las mismas condiciones o por insuflación. Estas pruebas deben ser repetidas tantas veces como sean necesarias hasta observar algunos signos patognómicos, como son el llenarse el colon izquierdo después de la ingestión permaneciendo vacío el colon derecho, posibilidad de hacer pasar la papilla opaca del estómago al colon y viceversa, mediante una palpación apropiada, presencia de comida opaca en el estómago después de administrarla en enema, etc., etc. En cambio, en ocasiones la radioscopia no permite constatar la comunicación fistulosa.

Las dos principales causas de las fistulas gastrocómicas son la *úlcera* y el *cáncer de estómago*. La fistula gastro-yeyuno-cólica está ligada a la úlcera yeyunal consecutiva a la gastro-enterostomía.

El pronóstico, aunque siempre es grave, resulta mejorado por el tratamiento quirúrgico, único posible, dirigido a extirpar la fistula y su causa y a restablecer la continuidad del tubo digestivo. En la mayoría de los casos, desgraciadamente, no es posible llevar a cabo este tratamiento ideal y la intervención debe limitarse a la exclusión de la fistula y colocolostomía y a veces yeyunostomía consecutiva. El A. insiste en que la precocidad de la intervención mejora el pronóstico de estas fistulas. (*Paris Médical*, 12 Julio, 1924).

J. MAS OLIVER.

Sobre la gastroenterostomía. BALFOUR.

El resultado de la gastroenterostomía en 1.000 enfermos intervenidos por úlcera del duodeno en el espacio de 10 años, ha sido excelente en 88 por 100 de los casos.

De estos 1.000 enfermos, 986 se quejaban de dolores antes de la intervención; 90, solamente, sufrían todavía, ligeramente, después de ser operados y sólo en 22 fué preciso proceder a un nuevo examen.

Las hemorragias (286 antes de la intervención), sólo se produjeron en 5 por 100 de los casos. Hubo, finalmente, una recidiva ulcerosa en el duodeno, el estómago o la boca anastomótica, en 3'5 por 100 de los casos.

La mortalidad fué de 2 por 100. Se da el caso de que la longevidad de los gastroenterostomizados, según enseñan los anuarios de las Sociedades americanas de Seguros, es mayor, por término medio, que la de los individuos de la misma edad del resto de la población.

Los fracasos se deben en la mayoría de los casos a que no era correcta la indicación operatoria; en algunos no había úlcera. Conviene, por consiguiente, asegurarse en el curso de la operación de la existencia de la úlcera del duodeno, incindiendo, si es preciso, la pared anterior para poner en evidencia una úlcera de la pared posterior adherente al páncreas.

Quedan, finalmente, los casos en que existiendo realmente una úlcera hay otras anomalías del estómago o del duodeno (particularmente estenosis y acodamiento duodenal) y fácilmente se comprende que entonces los resultados de la gastroenterostomía puedan ser mediocres.

Según BALFOUR, la gastroenterostomía constituye la operación de elección en la úlcera crónica del duodeno. Puede estar indicada una gastrectomía ulteriormente, cuando haya recidiva de la úlcera; sería, sin embargo, de difícil justificación una gastrectomía d'embée dirigida a evitar una recidiva que se presenta en tan escasa proporción, que no pasa del 3 por 100. (*The Journal of the Am. med. Association*, 23 Agosto 1924).

J. MAS OLIVER

A propósito del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico de las perforaciones intestinales en el curso de la fiebre tifoidea. R. GUEULETTE.

En el 3 % de las tifoideas sobreviene una perforación intestinal que constituye una complicación temible, pues las estadísticas dan una mortalidad que en 1908 era de 81 % (MICHAX) y que aún hoy en día llega a 72 %. Esta mortalidad solo podrá disminuir interviniendo más precozmente, lo que comporta una vigilancia minuciosa de los tífoidos durante toda su enfermedad. Los *signos iniciales*, como en toda perforación en peritoneo libre, son *dolor súbito* y más o menos intenso y *contractura localizada* en las primeras horas de la perforación. Hay otros signos menos constantes: caída brusca de la temperatura, facies característica, escalofríos, respiración superficial y rápida. Los signos de peritonitis, primero localizada y generalizada luego, aparecen enseguida. Solamente los signos iniciales permiten, sin embargo, un diagnóstico y una intervención precoz.

La intervención es de pronóstico grave, pero no cabe dudar en practicarla, pues la abstención resulta fatal. La operación será rápida y sencilla; anestesia local de preferencia e incisión subumbilical suficientemente grande para permitir una buena exploración abdominal, que debe empezar por el ciego y remontar el intestino delgado. Una falsa membrana oculta, a menudo, el sitio de la perforación. Esta debe ser tratada: por *sutura simple* o reforzada con ingesto epiplóico; por la *resección*, demasiado grave; por *exclusión* del asa enferma, intervención fuera de lugar; por la *fistulización del asa en la pared* o por *exteriorización*. Las más simples intervenciones son, indudablemente, las que pronuncian mejores resultados. Es preciso drenar el peritoneo y dejar un drenaje supra-púbico.

Tienen una importancia considerable los cuidados post-operatorios y se acudirá a los tónicos cardíacos, la medicación leucógena y la rehidratación (gota o gota rectal). (*Journal de Chirurgie*, Septiembre, 1924).

P. MAS OLIVER.