

refiere a las posibles lesiones y alteraciones que pueden sobrevenir tras el tratamiento röntgen del carcinoma de mama—especialmente en lo que se refiere a las lesiones pulmonares—la esclerosis pulmonar consecutiva a las aplicaciones röntgen, lesión que él llama, *induración pulmonar*. Cree WINTZ que la dosis de quemadura es elevada y la juzga en 170 % a 180 % de HED, quizás exageradamente a mi juicio, pero es en cambio innegable que acierta extraordinariamente cuando dice que dadas ciertas condiciones morbosas del pulmón, bronquitis a veces simplemente, son suficientes para que dosis de 60 % pueden producir la induración pulmonar en casos excepcionales. Desde luego el autor con su larga experiencia expone la clínica de este proceso, su terapéutica y su pronóstico y los peligros de las irradiaciones insistentes. De un modo espléndido ilustra esta exposición con 18 radiografías inconfundibles de casos clínicos cuya historia detalla. Este asunto era problema que debía plantearse porque en principio era negada y ha sido menester conocerlo prácticamente para orientar todo el porvenir de las técnicas röntgen en la mama—y es de creer que sobre el espíritu del Prof. WINTZ debe pesar este inconveniente, que él quizás no exagera, apesar de su sinceridad en exponerlo, porque a nuestro juicio es grave inconveniente a menudo para emplear su técnica.

En este mismo capítulo, habla el autor de los peligros mayores de las irradiaciones profilácticas post-operatorias porque en este caso el pulmón recibe más dosis por la supresión quirúrgica de la mama y de los músculos y porque luego de la intervención el estado del pulmón no es normal en mucho tiempo. Desde el punto de vista del autor está bien razonado su criterio contrario a la irradiación profiláctica, aunque pienso yo de un modo contrario si bien estamos desde luego de acuerdo con WINTZ, si hubiésemos de dar una dosis y seguir su técnica. Nuestra posición actualmente se acerca más al criterio de BÉCLERE y JÜGLING, de dosis menos intensas y repetidas. Este criterio del autor no parece lo haya modificado recientemente y de aquí que este libro de WINTZ siga teniendo todo su valor actualmente porque personalmente se lo hemos oído defender (y aun nos hemos atrevido a discutirlo) en el Congreso Internacional de Radiología celebrado en Julio último en Londres—siendo de notar la notabilísima estadística, bien favorable por cierto, que merced a su técnica llevó a aquel Congreso.

Expone luego el autor brillantemente y con detalle las lesiones en la piel, en la sangre y sobre todo con gran cuidado cuanto se refiere a la intoxicación röntgeniana, el *röntgenkarter*.

En un último capítulo habla de los cuidados pre y post-irradiatorios, insistiendo en la necesidad de investigar antes el estado de los pulmones, la sangre y la orina de la enferma. Expone la necesidad de que la enferma guarde cama, que no sea ambulatorio su tratamiento. Estos consejos por boca de WINTZ resultan definitivos y sería conveniente quedasen grabados en todos los radiólogos a fin de que se diese importancia a estos detalles que pueden ser base del éxito o de la contraindicación. Plantea el problema de la biopsia, magistralmente, punto bien necesario de aclarar cuando como WINTZ, se sienta la indicación radioterápica a intención curativa en el cáncer de mama.

Los cuidados post-irradiatorios están perfectamente estudiados, y sobre todo es interesante llegar a la conclusión final que sinceramente hace WINTZ sobre la repetición del tratamiento, afirmando que precisa al menos más de dos meses, y no admitiendo sino la posibilidad de dos tratamientos máximo y aun uno solo, si la irradiación se hizo cruzando fuegos por el torax y la espalda, nota esta de prudencia necesaria porque verdaderamente hemos nosotros mismos comprobado que los peligros de la indicación pulmonar y su caquexia sobrevienen habitualmente luego de la segunda irradiación.

Hemos dejado de mentar la importancia del capítulo en que detalla la técnica empleada, dividida en dos grupos según que la enferma pueda levantar el brazo o no. En el primer caso hace un campo pectoro-axilar y otro supra-clavicular añadiendo una dosis complementaria a una faja intermedia siguiendo

el haz tendinoso del pectoral porque allí la dosis fué más escasa por la posición. Si la enferma no es gruesa y siempre que sea posible se usa una sola orientación anterior y nos parece bien el justificado temor del Prof. WINTZ de dar concentraciones complementarias por la espalda. Si la enferma no puede levantar el brazo se irradia el brazo pegado al cuerpo formando un campo *húmero-pectoral*, compensando la dosis con un campo posterior igual. Muy bien hace el autor de prevenir para este caso con buenos consejos prácticos la posibilidad de quemaduras en la cara interna de brazo y pared costal externa, en este caso. En este capítulo podría criticarse la poca extensión que le dedica, sino viniese compensado por una información gráfica, realmente sorprendente, con cincuenta cuidados grabados, que hablan por varias docenas de páginas y a quienes debe la obra el gran valor didáctico que no puede regateársele.

El autor dedica también un capítulo a la castración röntgen como medio que él cree necesario para garantir más el éxito de la curación. Debido a las relaciones gènito-mamarias, bien conocidas y que se analizan con detalle en el libro de WINTZ y sin que por esto, haga aseveraciones definitivas sobre este punto de vista, considerándolo como un criterio de lógica intención más que como consecuencia de una confirmación estadística.

En resumen, el libro del sabio Prof. de Erlangen, como dice RECASENS en el prólogo, forzosamente prestará un gran servicio a la cultura Röntgenológica de nuestro país.

V. CARULLA.

## REVISTA DE REVISTAS

### Medicina

*Paquimeningitis hipertrófica sífilítica*. H. CARLILL y E. ROCK CARLING.

Enfermo de 31 años de edad, empezó a quejarse en el mes de Septiembre de 1924 de cierta debilidad en los hombros y un dolor agudo en los miembros superiores, más en el brazo izquierdo, que el derecho. Hormigueo desde la espalda a la punta de los dedos. Explicó que había contraído sífilis en 1905 y que había estado bajo tratamiento por ello durante dos años. Antes había estado en el ejército y era boxeador. No dijo nada referente a trauma en el cuello o espina dorsal.

Fué visitado a primeros de Enero de 1925, admitiéndolo en el Hospital el 7 de dicho mes. Se observaba en él un marcado aleteo en ambas escápulas cuando sostenía su propio peso con los brazos extendidos, debido a la debilidad del serrato mayor y de las fibras inferiores a cada lado del trapecio. Aparte de esto no se observaba ninguna deformidad o anomalía visible y fuera del aleteo escapular y una ligera ptosis del ojo derecho, no presentaba ningún dato clínico de enfermedad. No había cefalalgia. Se sostenía erguido y los movimientos de cabeza y espina dorsal los hacía bien y sin molestia. Podía levantar y activamente y en forma normal los miembros superiores.

No había atrofia, ni posición anormal de las manos, ni herpes. No existía anestesia disociada o en otra forma y los reflejos de toda variedad eran normales.

Las reacciones eléctricas de los músculos del hombro y brazos eran normales, a excepción de la respuesta galvánica en el serrato derecho, en el cual A. C. C. era mayor que K. C. C.

No existían síntomas de lesión del centro cilio espinal. Las pupilas normales también.

El líquido céfalo-raquídeo era amarillo. Contenía 0,95 por 100 de albúmina. El líquido de la cisterna magna era incoloro y contenía 0,025 por 100 de albúmina. Ambos daban pruebas evidentes y completas de sífilis. El caso era claramente sífilis aguda de la meninge espinal con intensidad en la médula cervical, según demostraba la parálisis del serrato y del trapecio. (C. segmentos 3 al 7). Además existía obstrucción en el espacio subaracnoideo. Se diagnosticó "Paquimeningitis Hipertrófica" y se trató al enfermo enérgicamente con mercurio

y yoduro de potasio. A los pocos días empezó el hipo (C. segmentos 3 al 5) y persistió tanto cuando el enfermo dormía como estando despierto y continuó durante el resto de la enfermedad. Aumentó después de media hora de haber punccionado la cisterna. Se empezaron las inyecciones semanales intravenosas de arsénico orgánico. El 6 de Febrero se presentó la paraplejía. Perdió la sensibilidad hasta la altura de la segunda costilla. (C. segmento 4) y además retención de la orina. El líquido cérebro-espinal continuó amarillo.

En 19 de Febrero al ver que los síntomas aumentaban rápidamente apesar del tratamiento y amenazaban con un rápido y fatal desenlace, se hizo la laminectomía cervical para ver de evitar la extrangulación espinal. Hallose el espacio sub-aracnoideo endurecido como un bloque. Las meninges adheridas al hueco entre sí y a la cuerda espinal. Se intentó separarlas sin conseguirlo. Aunque aparentemente, la operación fué bien soportada, el enfermo murió unas horas después.

El microscopio demostró marcada endarteritis sifilítica. (*The Lancet*, 9 Enero 1926).

BARRAQUER FERRÉ

*Tentativa de curación de la leucemia mediante la inoculación de sangre infectada con "plasmodium vivax". TOMMASO.*

El autor expone un interesante caso sometido a este moderno proceder terapéutico.

Las primicias de este método se deben en realidad al Profesor SCHUPFER quien en 1905 dió a conocer un concienzudo trabajo clínico basado en la influencia que las enfermedades infecciosas intercurrentes ejercen sobre la evolución de las leucemias. Con este objeto el citado Profesor inoculó por primera vez sangre infectada del parásito de la cuartana (4 cm. c.) en un enfermo de leucemia crónica. Los resultados obtenidos fueron bien poco alentadores.

En el caso presente, el autor, inspirándose en el novísimo método terapéutico propuesto por WAGNER y von JAUREGG para el tratamiento de la parálisis general, ha tratado un enfermo afecto de leucemia mediante la inoculación del "plasmodium malariae" empleado primitivamente por SCHUPFER por poseer un más breve período de incubación, una variada actividad reproductora, una mayor virulencia y una mayor vulnerabilidad por la quinina que el parásito de la cuartana.

Las características del caso clínico tratado son en síntesis las siguientes:

Enfermo de 14 años de edad con un estado general grave, hipertermia de tipo continuo desde hace más de un mes, intensa adinamia, palidez cutánea y ligero edema generalizado.

Infartos ganglionares discretamente voluminosos en ingles y axilas, de mayor tamaño y más numerosos en la región del cuello. Enorme esplenomegalia con hepatomegalia menos acentuada.

Hemocultura negativa. Primer examen de sangre:

Leucocitos ... ..	250,000
Hematies ... ..	1,500,000
Hemoglobina ... ..	24 %

Discreto número de hematies nucleados, anisocitosis y poiquilocitosis.

El 73 % aproximadamente de leucocitosis pertenecen al tipo mieloblástico.

Se formula el diagnóstico de *leucemia subaguda de tipo mielóide*.

El día 2 de Septiembre de 1925 se practica la primera inoculación subcutánea de 3 cm. c. de sangre infectada por el parásito de la terciana primaveral.

A los 12 días el enfermo experimenta el primer ataque palúdico. Después de tres accesos se practica un segundo examen de sangre con el siguiente resultado:

Leucocitos ... ..	120,000
Hematies ... ..	1,600,000
Hemoglobina ... ..	26 %

Se mantiene todavía un 70 % de mielocitos.

Tras el cuarto acceso nuevo examen de sangre con:

Leucocitos ... ..	8,100
Glóbulos rojos ... ..	750,000
Hemoglobina ... ..	18 %

Se advierte una franca disminución de las formas jóvenes y y la presencia de numerosos elementos granulocíticos.

Para corregir en lo posible el estado de anemia se administra al enfermo el hierro.

Después del séptimo acceso la sangre acusa un aumento de los glóbulos blancos:

Leucocitos ... ..	40,000
Hematies ... ..	1,200,000

Hay un predominio de polinucleares y muchos elementos de tipo monocítico.

Después del doceavo acceso:

Leucocitos ... ..	4,400
Hematies ... ..	1,200,000
Hemoglobina ... ..	18 %

El enfermo acusa una notable reducción de bazo y de masas ganglionares.

En esta fecha se comienza la cura de quinina, a razón de un gramo y medio diario lo que determina prontamente un aumento de glóbulos rojos y de la tasa hemoglobínica.

El 28 de Octubre, o sea un mes aproximadamente más tarde del último ataque malárico la fórmula hemática es como sigue:

Leucocitos ... ..	5,800
Hematies ... ..	3,880,000
Hemoglobina ... ..	52 %

La forma leucocitaria tiene el tipo normal.

En este caso aparte de las brillantes modificaciones de la fórmula hemática es preciso hacer resaltar como lo hace el autor la importante disminución del volumen del bazo (máximo sabiendo que la malaria determina esplenomegalia) y la rápida mejoría general del enfermo caracterizada por un retorno del apetito, desaparición del edema, etc.

Indudablemente el éxito franco obtenido en este caso de leucemia, cuyo pronóstico no puede ser menos desfavorable, se presta a interesantes comentarios.

El autor atribuye la acción favorable del proceso malárico merced a la conocida acción leucopénica neutrófila propia del paludismo. Probablemente esta acción del parásito ha sido ejercida de un modo predominante sobre la médula ósea.

En el orden práctico el autor cree que la inoculación malárica en los casos de leucemia debe ser acogida por el médico sin reparo alguno por cuanto se trata de afecciones de pésimo pronóstico como lo pueden ser la parálisis general o la tabes.

Claro está que el caso reseñado no consiente conclusiones definitivas pues falta conocer el resultado a distancia de este ensayo de malarioterapia; constituye sin embargo una prueba sugestiva para que sean proseguidas nuevas tentativas en este sentido.

Una serie de puntos quedan todavía para explicar que afectan al mecanismo íntimo de la malario-terapia en la leucemia; ya sea por la acción hiperpiréxica, ya por una acción directa del plasmodium vivax sobre los órganos hematopoyéticos, o bien por una acción directamente antagonica entre el agente palúdico y el desconocido agente productos de la leucemia, son todos ellos distintos aspectos del problema que nuevas investigaciones aclararán. (*El Policlínico*, 14 de Diciembre de 1925).

L. TRIAS DE BES.

*Sobre Coramina. El analéptico soluble en agua, con los efectos del alcanfor.* M. ROSENBERG.

Ha empleado la Coramina como estimulante cardíaco y excitante del centro respiratorio, así como expectorante.

En el primer caso está indicado el medicamento para todas aquellas afecciones en que el aceite alcanforado era de uso corriente; en primera línea casos de debilidad cardíaca originada por enfermedades infecciosas, sobre todo pneumonías, así como también insuficiencias crónicas del miocardio, o insuficiencias agudas debidas a enfermedades crónicas del corazón. En estados de gravedad inminente, se puede usar la Coramina por vía intravenosa (en general 1 ampolla por dosis); cuando el peligro no es tan agudo, por vía subcutánea. La inyección puede ser repetida tan amenudo como sea necesario, sin peligro ninguno.

En muchos casos, especialmente en pneumonías graves, tuvo la impresión bien marcada de que los efectos de la Coramina eran netamente superiores a los del aceite alcanforado. Sobre todo, nunca vió después del uso de la Coramina, los abscesos neumocócicos tan desagradables, en el sitio de la inyección, que

por desgracia son tan frecuentes con el empleo del aceite alcanforado.

En los casos de presión sanguínea disminuída, obra la Coramina elevando dicha presión, mientras que no la aumenta en casos de presión normal o ya elevada, lo cual es una ventaja nada despreciable para los tratamientos en hipertónicos.

También es sorprendente la acción de la Coramina comparada a la del antiguo aceite alcanforado, en lo que se refiere a la expectoración.

La Coramina es el mejor expectorante que conocemos—dice el autor—por ej. como medio de elección en casos de tuberculosis sospechada, sin esputos, y en los cuales se trata de asegurar el diagnóstico por la comprobación del bacilo en los esputos, y tiene por costumbre para éste fin, prescribir 20 gotas de Coramina "per os" por la noche, al acostarse. Usa además este medicamento en todas las enfermedades tanto agudas como crónicas del aparato respiratorio, en las que la expectoración no es suficiente o es dificultosa a causa de su viscosidad.

No se han observado nunca fenómenos secundarios de ningún género en su uso. A veces ha amentado la secreción de la saliva, al mismo tiempo que la expectoración, pero nunca ha sido ello de la más mínima molestia para el enfermo. La Coramina representa pues según el autor un aumento de la riqueza de nuestro arsenal terapéutico, y de la cual ya no podemos prescindir. En sus efectos sobre la circulación supera al aceite alcanforado. No tiene acción irritante local ninguna, permite el uso intravenoso en combinación con estrofantina, sin que por ello se alteren sus resultados. Sus sorprendentes efectos sobre el centro respiratorio igualan los de la Lobelina. Como expectorante es superior a todos los medios conocidos hasta el día. (*Münchener Med. Wochenschrift*, 23 octubre 1925)

V. SINGLA.

#### *La etiología sifilítica de la cirrosis de Laennec.* VILLACIAN.

De entre los factores etiológicos de la cirrosis de Laennec el alcoholismo y la sífilis dominan la situación si bien con marcada ventaja para el primero cuya preponderancia es clásicamente manifiesta.

El valor causal de la sífilis gana diariamente terreno ofreciéndose con ello nuevos horizontes terapéuticos en favor de una dolencia aceptada en terminos generales como de evolución fatal.

El autor aporta en su trabajo una interesante experiencia clínica basada sobre trece casos de cirrosis de Laennec en diez de los cuales la etiología sifilítica manifestada positivamente por la Wassermann tuvo una brillante corroboración terapéutica determinando una mejoría inmediata del estado de hipertensión portal de dichos enfermos.

Las observaciones del autor tienen pues bastantes puntos de afinidad clínica con las investigaciones realizadas en 1912 por LETULLE y BERGERON los cuales juntamente con BALLAND fueron los primeros que fijaron de un modo preferente la atención sobre el papel de la sífilis en la génesis de la cirrosis atrófica.

Desde aquella fecha hasta hoy no han faltado nuevas aportaciones en este sentido siendo de notar los nombres de MILLAN, CASTAIGNE, KUTSCHERA y otros autores. Entre nosotros MEDINAVEITIA y FERNANDEZ MARTÍNEZ sostienen también un criterio aproximado.

CHAUFFARD ha observado también grandes mejorías y desaparición de la ascitis bajo la acción del cianuro de mercurio.

Los casos clínicos que el autor ha tenido ocasión de seguir bajo su control y que expone muy detalladamente en su trabajo constituyen en conjunto un fuerte alegato a favor de la precedencia sifilítica de gran número de casos de cirrosis de Laennec y desde luego abre un favorable campo de acción terapéutica en todos ellos aun en aquellos en que se sobreañadía una tara alcohólica manifiesta.

No precisaremos las características de cada caso pero sí creemos interesante reproducir las conclusiones clínicas de este trabajo y que como es natural reflejan mucho más fielmente el criterio del Autor.

Dicen así:

1.<sup>a</sup> De nuestras trece observaciones, ocho solamente habían consumido bebidas alcohólicas en cantidad mayor de un litro (62 por 100 de los casos); tres en cantidad menor de un litro

(23 por 100), y dos no habían usado bebidas alcohólicas (15 por 100).

2.<sup>a</sup> Estas cifras no difieren ostensiblemente de las halladas en enfermos de otras enfermedades.

3.<sup>a</sup> Hemos encontrado la sífilis en diez de nuestras observaciones (77 por 100).

4.<sup>a</sup> La sífilis en la mayor parte de nuestros casos, iba asociada al alcohol (62 por 100). En dos casos que no había alcohol había sífilis. En otros dos que no había sífilis, había alcohol.

5.<sup>a</sup> La sífilis es preciso investigarla por medio de la reacción de Wassermann: ni el interrogatorio ni la exploración objetiva dan señales de padecer sífilis.

6.<sup>a</sup> La presencia de pigmentos biliares en el suero no ha quitado valor al hallazgo del Wassermann.

7.<sup>a</sup> Con tratamiento específico hemos obtenido la curación clínica en ocho de nuestros enfermos.

8.<sup>a</sup> No hemos obtenido ningún beneficioso resultado del tratamiento antisifilítico en los casos con Wassermann negativo.

9.<sup>a</sup> Los enfermos con Wassermann positivo de terminación letal, fué a consecuencia de infección intercurrente.

10. Con aplicación de estas observaciones se modifica el porvenir de estos enfermos, dejando de tener muchos de ellos la evolución progresiva y fatal que la mayoría de los autores les señalan.

11. La anterior conclusión es exacta aun teniendo en cuenta lo relativo del concepto de la curabilidad de las cirrosis.

Esperemos que nuevas observaciones contribuyan a aclarar este interesante aspecto de la etiología de la cirrosis atrófica de Laennec y acariciemos por lo menos la esperanza de que existen una cierta cantidad de enfermos de esta dolencia susceptibles de responder a una terapéutica eficaz. (*El Siglo Médico*, 5 de Diciembre de 1925).

L. TRIAS DE BÉS.

#### *El tratamiento de las infecciones bacterianas agudas con las inyecciones intravenosas de percloruro de mercurio y mercuriacromo.* L. DUDGEON.

Frente a muchas infecciones agudas nos hallamos todavía desposeídos de un tratamiento específico que asegure al clínico o le haga esperar por lo menos una cierta eficacia terapéutica. Este hecho desfavorable en la práctica médica ha decidido al autor a emplear algunas preparaciones químicas con resultados bastante halagadores.

Como punto esencial a favor de las posibilidades de este proceder terapéutico insiste el autor en su institución temprana, pues esta circunstancia es reconocida ya como necesaria en los tratamientos específicos que hoy poseemos. Es preciso evitar la pérdida de un tiempo precioso malgastado en algunas ocasiones esperando la generalización de la infección con el deseo de hacer una comprobación por el hemocultivo. Ello es tanto más importante si se trata de infecciones sépticas complicando las intervenciones obstétricas o en aquellas ocasionadas por el *S. aureus* en el momento en que se inicia un proceso inflamatorio agudo de la piel o del tejido celular subcutáneo, cuya intensidad no hace prever el desarrollo fulminante de una toxemia rebelde a todo tratamiento.

El profesor DUDGEON ha tratado 330 casos de infecciones agudas con percloruro de mercurio o con mercuriacromo 220 soluble y se muestra francamente satisfecho de sus resultados, pues en su estadística sólo señala como resultado desfavorable algunos casos de tratamiento tardío y alguno de endocarditis maligna.

Es posible, sin embargo, que muchos de los enfermos sometidos a este tratamiento habrían obtenido su curación sin someterse a él. Desde luego los casos tratados por el Profesor DUDGEON no han sido previamente seleccionados y en la larga serie de ellos hay muchos de fiebre puerperal, de infección por *S. aureus*, otras debidas al *S. hemolítico* y no hemolítico, bacilo coli y otros procesos sépticos.

Nadie puede discutir cuan difícil es sentar en la mayoría de los procesos antedichos un pronóstico de probabilidad.

El empleo del cloruro de mercurio en terapéutica tiene ya algún antecedente, pues BACELLI lo empleó en 1907 para el reumatismo gonocócico. Existen sin embargo muy escasas referencias sobre el empleo de este fármaco en el tratamiento

de las infecciones, aunque en 1918 hubiese sido ya empleado de un modo poco sistemático por algunos autores.

VECKI, de S. Francisco, empleó una solución al 1 por 1000, inyectando de ella de 3 a 5 c. c. por vía endovenosa. FERRARI empleó dosis parecidas en el tratamiento de la gripe. PÉREZ, de Madrid, obtuvo éxitos altamente favorables en el tratamiento de algunos casos de septicemia puerperal empleando dosis más crecidas (10 c. c. de la solución al 1 por 1000).

MIXON, de Texas, decía refiriéndose a este tratamiento que había sido revivido varias veces y abandonado otras tantas por las obliteraciones venosas intensas a que daba lugar.

La técnica seguida por el Prof. DUDGEON consiste en administrar 5 c. c. de una solución al 1 por 1250 de percloruro de mercurio en suero fisiológico como primera dosis y repetir la inyección, si es preciso, después de 12 o 24 horas según el estado del paciente.

La dosis máxima para una inyección ha sido de 7 c. c. de la solución antedicha, reservando desde luego estas dosis excepcionales para los casos que ofrecían pocas esperanzas de éxito. Según la experiencia del prof. DUDGEON, si después de 4 inyecciones dadas en un período de 3 días no se aprecian resultados favorables es inútil insistir en este tratamiento.

La solución debe ser recientemente preparada y al practicarse la inyección debe seguirse la técnica que había sido preconizada por MIXON con el fin de evitar la producción de la trombosis venosa. Esta técnica consiste en mezclar dentro de la misma jeringa la solución de percloruro a inyectar con una pequeña cantidad de sangre extraída del mismo paciente antes de verificar la inyección.

El autor está conteste en reconocer que esta técnica evita la trombosis venosa que adquiere una intensidad extraordinaria si se inyecta la solución directamente. La necrosis de la piel es a veces intensa si la inyección se escapa fuera de la vena.

A veces puede presentarse en el curso del tratamiento intensa disnea que hay que combatir con salinos y opió. Otra complicación es la estomatitis mercurial que debe ser vigilada.

Aunque la nefritis ha sido señalada como una complicación temible, el autor no la ha comprobado en ninguno de sus casos. Constituirá, sin embargo, una buena norma de prudencia el examen de la orina antes y durante el tratamiento, evitando su empleo en aquellas ocasiones en que la presencia de albúmina se haga ostensible.

Puede presentarse un ascenso térmico consecutivamente a la inyección con escalofríos y tendencia al shock. Una atenta vigilancia del enfermo se impone en estos casos, si bien lo más corriente es que este pseudo acceso se resuelva antes del término de 24 o 48 horas en que la normalidad ha reaparecido por completo.

El autor insiste en que el empleo precoz de este tratamiento proporciona un porcentaje elevadísimo de éxitos.

Algunos autores han alegado contra este método su acción inhibitoria de la actividad fagocitaria. Ello es indiscutible pero así y todo los éxitos curativos son suficientemente elocuentes para poner al método a salvo de esta objeción.

El Profesor SHATTOCK ha estudiado las variaciones de la acción fagocítica de los polimorfos en los infecciosos sometidos a este tratamiento y no estima trascendental, ni siquiera grave, la expresada acción inhibitoria del medicamento, máxime si su empleo es precoz.

En todo caso una fórmula leucocitaria previa del enfermo puede dar una pauta para una selección de los casos a tratar.

Respecto al *Mercuriocromo 220*, preparado introducido en la práctica médica en 1919 por JOUNG, WHITE y SCHWARTZ para el tratamiento de las infecciones, es bajo su aspecto químico una sal disódica de dibromo-mercurio-fluoresina.

El autor lo ha empleado en 150 casos de infección aguda con resultado satisfactorio. Para ello ha utilizado soluciones salinas de 1 X 200 - 1 X 500 - 1 X 750, inyectando diariamente por espacio de 5 o más días cantidades de 10 a 15 c. c. de aquellas soluciones.

No ha obtenido las reacciones, a veces violentas, que seguían a las inyecciones de percloruro de mercurio y los resultados han sido, por otra parte, muy satisfactorios, si bien menos constantes.

En los casos en que el mercuriocromo no ha dejado sentir su acción bienhechora, el autor no ha vacilado en recurrir al percloruro de mercurio. (*The Lancet*, 23 de Enero de 1926).

N. GONZALO RODRIGUEZ.

## Cirugía

### Tratamiento de las fracturas bimaloleares por el atornillado del maleolo interno. G. LECLERC.

Este sencillo método de osteo-síntesis, se emplea con éxito en todas las fracturas de la garganta del pie, con fractura del maleolo interno y desplazamiento importante de los fragmentos, siempre que el peroné resulte fracturado por encima de su porción articular.

En estas condiciones al restablecer el maleolo interno a su posición normal mediante el atornillado, se consigue mantener la reducción correcta de la desviación de todo el pie, ya que entonces el ligamento peroneo-astragalino insertado en la punta del peroné ejerce una tracción sobre el maleolo externo que suprime la diastasis tibio-peronea si existía y determina la corrección total de la desviación ejerciendo el fragmento inferior del peroné acción de férula o contra-fuerte, que impide la dislocación del pie hacia fuera. Aun cuando persista cierta desviación, únicamente evidenciada a los Rayos Roentgen, entre los fragmentos del peroné en una región extra-articular el método conserva toda su eficacia; lo importante es la reposición exacta de los fragmentos articulares, esencial para el completo y perfecto funcionamiento articular.

Es evidente que cuando la línea de fractura del peroné pasa por el mismo maleolo, cual ocurre en las fracturas *bi-estiloideas*, este método carece de valor, siendo entonces necesario actuar por separado sobre ambos maleolos.

Del mecanismo de acción de este método se deduce su eficacia cuando en lugar de fractura del maleolo tibial existe un arrancamiento del ligamento lateral interno ya que entonces es imposible actuar sobre el fragmento peroneo por intermedio del maleolo interno.

Aun cuando exista un tercer fragmento marginal puede aplicarse idénticamente dicho método siempre que la reducción bajo anestesia sea posible, como ocurre en la generalidad de estos casos; cuando la reducción incruenta no pueda lograrse se averiguará por radioscopia la causa de irreductibilidad y se intervendrá directamente sobre el fragmento que constituya obstáculo.

Para la práctica del método se empieza por reducir la subluxación del pie, restableciendo su perfil normal mediante anestesia general o raquídea. Se practica una pequeña incisión arqueada, contorneando por debajo el maleolo interno y se efectúa el atornillado de este fragmento en la tibia mediante un tornillo de Lambotte de 7 cms., que acaba la reducción exacta y total del maleolo interno y corrige la diastasis tibio-peronea inferior que acompaña la fractura.

Una vez colocado el tornillo se levanta la pierna y se sacude el pie, comprobando la persistencia en la reducción correcta del desplazamiento. Se coloca la pierna en una sencilla canal de contención que permita las curas asépticas durante algunos días. Los movimientos de la tibio-tarsiana se restablecen lo más pronto posible. El resultado es perfecto y los movimientos articulares quedan íntegramente conservados en toda su amplitud.

Este rápido y sencillo método de osteo-síntesis, susceptible de efectuarse con anestesia local, ofrece ventajas indiscutibles al método clásico del vendaje enyesado que permite muchas veces ligeros desplazamientos a los pequeños fragmentos malleolares y cierto grado de diastasis en la mortaja tibio-peronea que dificultan el libre juego articular. (*La Presse Médicale*, Enero 1926).

P. MAS OLIVER.

### Consideraciones sobre el tratamiento de los tumores de hipófisis. LOEDERL.

El autor comunica 6 casos de operación hipofisaria, cuatro de ellos por el procedimiento de SCHLOFFER, modificado por EISELBERG, y dos por el procedimiento de HIRSCH. En tres de los primeros se trataba de adenomas (diagnóstico histológico); uno de ellos seguido de buen resultado, los dos restantes seguidos de mejoramiento pasajero pero cuyos enfermos murieron 6 meses y tres años, respectivamente, después de la operación. En el otro caso el enfermo sucumbió inmediatamente después de la intervención (seguramente no se trataría de un tumor hipofisario). En el primero de los otros dos el enfermo

estaba afecto de acromegalia típica. La sintomatología indicaba que el tumor había traspasado los límites de la silla turca. En la operación se encontró un quiste muy alargado, que se vació, ocupando la totalidad de la silla. El enfermo sucumbió más tarde por uremia. En la necropsia se encontró el resto del tumor extendiéndose hacia el cerebro. En el último caso no se encontró ningún tumor y el enfermo mejoró tratado por radioterapia.

Apoyándose en estas observaciones, el autor expone los diversos procedimientos operatorios transcraneanos y transfenoidales, deteniéndose en detalles en el método de HIRSCH.

Señala la importancia de los diversos procedimientos de diagnóstico por el papel que juegan en la determinación de la extensión y localización de tales tumores. Una lesión muy pronunciada de los nervios ópticos indica un tumor que ha traspasado ampliamente los límites de la silla turca. El éxtasis papilar es raro, existiendo no obstante en una de sus observaciones. En la acromegalia el tumor tiene su origen en la silla como los tumores cromógenos del lóbulo prehipofisario, y la operación se practica por vía transfenoidal. Los tumores del canal faringo-hipofisario por regla general, caso de distrofia genital adiposa, serán siempre abordados por vía transcraneana. Es posible que a los rayos X la silla aparezca de dimensiones normales sobre todo en los tumores del canal faringo-hipofisario. Por otra parte la silla, puede estar notablemente agrandada sin que exista tumor cerebral (hidrocefalia) o concomitantemente con un tumor cerebral no interesando la hipófisis. La vía transcraneana está contraindicada todas las veces que el líquido céfalo-raquídeo no es normal; el aumento de células puede en efecto, ser el síntoma de una comunicación a través del fondo de la silla hundida entre las meníngeas y la faringe, en cuyo caso el peligro de meningitis consecutivo a la operación transcraneana es considerable. (*Acta Chirurgica Scandinavica*. 12 de Enero de 1926).

J. MAS OLIVER.

*El cáncer de las cicatrices. Estudio clínico y experimental.*  
FRIDTJOL BANG.

El autor pasa revista en principio a las historias clásicas de cánceres desarrollados en cicatrices. El caso de BROCA, a l'Hospice de Bicetre, de un soldado de Napoleón que en 1811 recibe una herida en la pierna derecha que no llega a cicatrizar nunca por completo y que 50 años más tarde por degeneración cancerosa mata al enfermo. Las comunicaciones de César HANKINS sobre los cánceres desarrollados en las cicatrices de la espalda producidas en las heridas de los latigazos con que eran castigados. Oscar BLOCH, un caso de cáncer sobre una cicatriz de una vieja lesión tuberculosa curada hacía 30 años.

Los cánceres desarrollados sobre viejas cicatrices debidas a quemaduras, el kangri-cáncer, publicados por BASHFORD en los tibetanos que se queman frecuentemente el abdomen con sus braserillos, el cáncer del esófago, tan frecuente en los chinos que suelen tomar el arroz hirviendo casi, con el dato curioso curioso de que en las mujeres es raro, por el hecho de que como costumbre social deben esperar a comer a que terminen los hombres. Los cánceres de las quemaduras con parafina, con alquitrán, etc.

Los cánceres de los que usan alquitrán o parafina caliente han permitido al autor iniciar sus estudios. Las investigaciones demuestran que aparte las viejas heridas o cicatrices, el cáncer puede nacer de heridas accidentales recientes, pudiendo por este concepto estudiarse los casos agudos y los latentes. División celular y cancerización son cosas distintas. Causas irritantes estimulando la división celular pueden provocar alteraciones hiperplásicas benignas, si por cualquier circunstancia estas células se cancerizan resulta un cáncer agudo, y a este fin el A. estudia y expone cuatro historias de casos de cancerización aguda después de pequeñas heridas en la mano que son cánceres bien típicos en pocos meses. Es imposible conocer las causas, sólo pueden hacerse hipótesis; quizás una infección de un virus desconocido (la spiroptera de Fibiger, etc.). La idea de la infección podría marcarla la necesidad de una puerta de entrada de una herida, en los casos estudiados.

Frente a estos casos agudos, el A. estudia varios casos de

*cáncer latente*, desarrollados años después en las cicatrices. La causa cae dentro la misma hipótesis si se tiene en cuenta la solución de discontinuidad en los tejidos, sólo que en estos casos la cancerización es lenta, latente. Hay casos, y cita el A. uno bien curioso, en que el cáncer desarrollado 60 años más tarde, tiene lugar sobre una zona de la cicatriz que según el paciente siempre fué distinta del resto, más gruesa y dolorosa.

\*\*\*

Para estudiar experimentalmente estas cuestiones el A. inició la siguiente experimentación:

Serie de 22 ratas. Una vez anestesiadas con éter, depiladas con anterioridad, reciben con el termo-cauterio graves quemaduras, que en general soportan luego bien. Desde el mes siguiente a la cicatrización a la mitad de las ratas (cicatrices habitualmente lisas y blancas) con frecuencia se las escarifica. Entre ellas ninguna muere meses y años después con cáncer. Sólo una no escarificada, muere con un papiloma que comienza a degenerar, histológicamente, y aun sucede esto año y medio después de las quemaduras.

Una serie de 10 ratas. Luego de depiladas y tratadas con alquitrán, reciben idénticas quemaduras. Ninguna de ellas al morir dos años después presenta cáncer.

Una serie de 10 ratas. Depilación, frías con alquitrán hirviendo y quemaduras luego con un hierro al rojo. Ninguna tiene cáncer, ni siquiera aquellas que se las cauterizó varias veces.

Una serie de 4 ratas. Quemaduras en el dorso con hierro al rojo o cauterio de Paquelin. Entre ellas una a las tres semanas presenta un gran endurecimiento de la cicatriz, que crece, se ulcera y prontamente presenta histológicamente un carcinoma esponocelular.

Entre todas estas series de cicatrices provocadas por un modo idéntico, sólo dos degeneran en cáncer y aun entre la serie de casos menos irritados localmente: simple quemadura con hierro al rojo. El alquitrán no consigue siquiera aumentar el porcentaje.

Entre las dos degeneraciones una es un caso de cáncer latente lento, se desarrolla, o mejor, se inicia al año y medio, la otra a las tres o cuatro semanas se observa ya un cáncer, es caso agudo. La quemadura innegablemente facilita el terreno. Pero, ¿en qué condiciones se inicia? ¿A que causas biológicas se debe la transformación celular francamente cancerosa?

Quizás en vez de buscar otras hipótesis sería mejor pensar en el papel del tejido conjuntivo jugando un papel predominante en el cáncer cicatricial. (Trabajo del Laboratorio de Anatomía patológica del Instituto del cáncer de Copenhague. 1925.)

V. CARULLA.

## Ginecología

*La miomectomía considerada como el tratamiento de elección de los fibromiomas uterinos.* V. BONNEY.

Relata el A. los resultados obtenidos con la miomectomía en una nueva serie de 120 pacientes, con lo que se eleva su estadística a la cifra de 220 intervenciones de este género. Expone consideraciones personales acerca de la superioridad de este procedimiento en el tratamiento de la histerofibromatosis, comparándolo con la histerectomía.

No cree, sin embargo, que la miomectomía haya de substituir sistemáticamente a la histerectomía: esta estará indicada siempre que existan enfermedades concomitantes del útero que hagan precisa su extirpación.

Describe a continuación su técnica personal que consiste esencialmente en el uso de un clamp de su invención que permite la hemostasia completa de la musculatura uterina y facilita enormemente la extirpación sistemática de los nódulos fibromatosos.

El clamp de BONNEY, fabricado por ALLEN y HANBURYS, es una recia pinza del tipo de forcipresión cuyas ramas prensoras sin estriación alguna, tienen la forma del istmo uterino que deben abarcar. El autor incluye en la presa ambos ligamentos redondos con lo que obtiene una perfecta hemostasia de los vasos nutricios del útero. Teniendo la precaución de comprimi-

mir con una pinza elástica oval el pedículo útero-ovárico, la pérdida de sangre es nula durante la operación.

La extirpación sistemática de los nódulos se efectúa a través de una incisión en la cara anterior del útero. Para los nódulos situados en la pared posterior no vacila en seguir la vía transcavitaria. La abertura de la cavidad uterina no ha sido nunca seguida de consecuencias desagradables y permite descubrir los pequeños fibromas submucosos. La sutura de las grandes cavidades y la reconstitución del útero se practica con seda, empleando solamente el catgut para las pequeñas cavidades. Separados los clamps, se advierte a veces hemorragia entre los puntos que cierran las oquedades del útero, lo que se remedia mediante algunos puntos profundos de colchonero.

La intervención termina bien sea mediante una ventrofixación, un acortamiento ligamentario o la aplicación de un pliegue del peritoneo véscico-uterino a la cara anterior del útero para evitar adherencias intestinales a las suturas uterinas.

La miomectomía practicada con este método ha sido simple en 47 de los 100 casos reseñados y múltiple en 73. El número máximo de tumores extirpados de un útero en una sola sesión ha sido de 80.

Para la práctica correcta de la miomectomía precisa: entrenamiento del cirujano y condiciones de resistencia de la paciente; está contraindicada por tanto en las enfermas con anemia aguda o depauperación.

Cuatro objeciones se han hecho a esta intervención:

a) *Mayor mortalidad que la hysterectomía.*—En la serie de 120 miomectomizadas ocurrieron tres defunciones. Dos de ellas fueron debidas a ileus paralítico. Se trataba de mujeres ancianas cuyo útero fué conservado mediante ventrofixación para remediar el prolapso de su bóveda vaginal. La tercera murió de embolia pulmonar.

En la serie anterior murieron dos enfermas de accidentes infecciosos dependientes de la operación, lo que arroja un tanto por ciento global de 2'9 por ciento, que no es superior a la mortalidad determinada por la hysterectomía.

La convalecencia después de la miomectomía acostumbra a ser más pirética en la primera semana que la hysterectomía, debido seguramente a la absorción de los hematomas. Jamás han ocurrido percances a consecuencia de la sutura con seda.

b) *Reproducción de la fibromatosis.*—El A. no ha observado reproducciones de la enfermedad. Tan solo en dos de los casos operados en el comienzo de la serie primera se apreciaron nuevos nódulos años después; lo atribuye a falta de práctica en la busca de los focos de fibromatosis. La curación absoluta de la enfermedad ha hecho modificar su opinión respecto a la época de aparición de los fibromas. Para el autor los nódulos miomatosos se inician en la juventud antes de los treinta años, y su agente productor desaparece rápidamente, por cuya causa aumentan en tamaño pero no acostumbran a incrementar en número.

c) *Persistencia de las menorragias.*—Jamás ha sido preciso reoperar a ninguna de las pacientes por pérdidas alarmantes o excesivas. Cuando el útero se halla hipertrofiado a consecuencia de haber albergado un tumor voluminoso es prudente resecar una porción prudencial antes de reintegrarlo al abdomen. El útero deberá conservar un tamaño algo mayor del normal al objeto de prevenir la involución uterina que se presenta rápidamente.

d) *Función del útero parcelariamente conservado.*—Un cierto número de miomectomizadas que figuran en la estadística han concebido posteriormente. Es posible el parto espontáneo después de la operación. Menciona el caso personal de una enferma que tuvo un parte espontáneo años después de la extirpación de 21 fibromas, y recuerda la observación análoga de FLETCHER SHAW después de la extirpación de 23 nódulos. Probablemente no existe en el organismo humano otro tejido que regenere mejor que la musculatura uterina. La exploración de estas enfermas años después de la miomectomía sorprende por la *restitutio ad integrum* que ha tenido lugar. Una de ellas, nuevamente laparotomizada años después, presentaba un útero completamente normal.

El A. ha practicado la insuflación tubárica en dos enfermas miomectomizadas, hallando las trompas permeables.

La conservación de la menstruación normal se ha observado en todas las operadas. La dismenorrea que en ocasiones acompaña a estos tumores ha desaparecido con la intervención.

Asimismo se conserva la actividad ovárica que como es sabido desaparece paulatinamente con la hysterectomía, a consecuencia de la atrofia ovárica subsiguiente.

Avalora este trabajo una bien cuidada casuística y fotografías de fibromas extirpados, algunos de ellos minúsculos. (*The Lancet*, Noviembre de 1925.)

J. VANRELL.

*Resultados de la lactancia materna en las afecciones puerperales de origen infeccioso.* RUNGE y LAUER.

Los AA. defienden el criterio de que la única enfermedad que contraindica la lactancia es la tuberculosis. En estos casos la lactancia materna debe proibirse en absoluto para proteger al recién nacido del contagio. En los procesos sépticos tan sólo los casos muy graves pueden constituir una contraindicación para la lactancia materna en atención a la necesidad de conservar en lo posible las energías de la recién parida en su lucha contra la enfermedad. En los restantes, no hay inconveniente en que la madre amamante a su hijo. De 55 niños, lactantes de su madre hallándose esta afecta de infección puerperal, tan solo uno, prematuro y débil congénito, murió a consecuencia de peritonitis estreptocócica producida por el mismo germen de la madre.

Los restantes resistieron perfectamente, si bien algunos tuvieron que ser sometidos a lactancia mixta a consecuencia de la escasa cantidad de leche materna.

Tan solo un pequeño número de casos ofrecieron trastornos tales como enteritis, fiebre y conjuntivitis posiblemente debidos a la infección de la leche materna.

Ciertos procesos sépticos de larga duración y escasa virulencia, como flebitis, trombosis, etc., beneficiaron extraordinariamente con la instauración de la lactancia. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1925, pág. 602.)

J. VANRELL

## Obstetricia

*Sifilis, diabetes y embarazo.* G. VALMALE.

El origen sifilítico de la diabetes ha suscitado y suscita todavía empeñadas controversias.

En tanto que FRERICHES, LECORCHÉ, FOURNIER, PINARD, etcétera, consideran la lues como el principal factor de la diabetes, CANTANI, MAURIAC, LABBÉ y LEPINE niegan en absoluto su influencia. Entre ambos extremos se manifiesta una tercera opinión ecléctica defendida por RATHERY, FERNET y MONIER-VINART para los cuales no es dudoso aunque si excepcional el origen sifilítico de ciertas diabetes.

El A. presenta un interesante caso de Diabetes originalmente gravídica cuya dependencia sifilítica es incontestable respondiendo absolutamente al tratamiento específico y reincidiendo en los intervalos de descanso de la medicación.

La observación se refiere a una mujer joven, con sospechas de herencia específica, cuyo marido presenta Wassermann positiva; esta mujer tiene un primer embarazo sin glucosuria, con feto vivo, muerto poco después de nacer.

En el curso de su segundo embarazo aparece la diabetes que cesa después del parto de un feto muerto y macerado.

En su tercer embarazo presenta desde el principio glucosuria, que disminuye cuando se instaura un tratamiento antisifilítico y aumenta en los intervalos; cesa después del nacimiento de un feto vivo, a término, para reaparecer definitivamente cuatro meses más tarde.

Parece como si el embarazo hubiese sido por dos veces el revelador que hizo aparecer una diabetes latente, su influencia agravante desencadena la glucosuria que desaparece en cuanto cesa el estado gravídico.

Bajo la dependencia de lesiones degenerativas se manifiesta a cada embarazo con mayor intensidad la insuficiencia de los órganos que regulan la glucosuria hasta que después de un largo período de claudicación intermitente aparece vencida definitivamente esta función.

La naturaleza sifilítica de las lesiones que han determinado este síndrome parece demostrada por cuanto un tratamiento mercurial ha producido mejorías pasajeras de la glucosuria e incluso tanto que su suspensión ha acarreado agravaciones de la enfermedad.

Desde el punto de vista obstétrico es de notar que tan solo después de un tratamiento específico aunque poca continuado, la enferma ha logrado llevar a término su embarazo pariendo un feto vivo y viable sin estigmas degenerativos. (*Reunión Obstétricale et Gynecologique de Montpellier, 2 de Diciembre de 1925*).

J. VANRELL.

*La teoría anafiláctica de la Menstruación. Resumen de ideas y comentarios. H. VIGNES.*

Por muchos de sus síntomas clínicos y por sus caracteres biológicos, la menstruación, sea la que fuere su significación fisiológica, da la impresión de una crisis, es decir de uno de estos cambios que se presentan bruscamente y modifican el curso de una enfermedad o de un estado fisiológico.

Por otra parte, los fenómenos de crisis por su aspecto revolucionario hacen pensar en otros fenómenos de cambios bruscos que se observan en el choque coloidoclásico o en los accidentes anafilácticos.

La hipótesis de que la menstruación en su mecanismo era un hecho de orden anafiláctico, nació desde que la anafilaxia comenzó a intervenir en la explicación de muchos fenómenos fisiológicos y del campo de la patología general.

BOUCHÉ y HUSTIN llevados por esta idea, emprendieron una serie de curiosos experimentos orientados hacia un fin terapéutico o sea tratamiento de las amenorreas y metrorreas. Estos autores han logrado provocar artificialmente una pérdida sanguínea con los caracteres de una menstruación, creando al nivel del útero, una reacción sérica local.

Técnica: sensibilización de la mujer por la inyección de 3 cc. de suero de caballo y quince días después introducción en el útero de 1 a 2 cc. de este mismo suero.

Resultado: en 10 mujeres bien regladas han provocado la menstruación antes de la fecha presumida como normal. Esta se ha presentado en algunos casos después de pocas horas de practicada la inyección intrauterina de suero y lo más tarde a los cuatro días. El aspecto del derrame sanguíneo era el de sangre menstrual y los síntomas físicos y subjetivos los de un catamenio corriente.

En 8 mujeres amenorréicas han provocado en cinco casos la aparición de la regla.

BOUCHÉ y HUSTIN tienden a admitir la teoría de que el mecanismo de las reglas normales sería idéntico al de este choque uterino por ellos provocado y ello por las razones siguientes:

1.º Existe en los dos casos hiperleucocitosis y de modo especial eosinofilia.

2.º Hay aumento del índice refractométrico tanto en las reglas como en el choque.

3.º El estado de incoagulabilidad de la sangre menstrual se presenta en las pérdidas provocadas por choc y la hipocoagulabilidad sanguínea de la sangre circulante es como se sabe, hecho constante en los sujetos en estado de anafilaxia.

Después de haber observado estos hechos experimentales, BOUCHÉ y HUSTIN emprendieron una serie de experimentaciones aplicadas al fin de conseguir la curación de las metrorragias: la metrorragia puede muy bien ser causada por la acción de un antígeno que desconocemos; pero que podemos actuar sobre él aprovechando el hecho biológico conocido de que todo organismo sensibilizado por dos antígenos no reacciona para uno de ellos cuando ha sufrido un choque determinado por el otro. Inyectaron a las mujeres metrorrágicas 2 a 3 cc. de suero de caballo, 15 días después reinyectaron 1 a 1 1/2 cc. de este mismo suero. El resultado fué excelente, las pérdidas cesaron o disminuyeron extraordinariamente. Es más, si la inyección desencadenante se practicaba durante un período menstrual normal, este no sufría alteración alguna y por lo tanto no entraba en juego el mecanismo hemostático que intervenía en los casos patológicos.

M. KEIFFER apoyándose en estos hechos, inició la idea de que muy bien la menstruación podría ser un fenómeno anafiláctico en el que la inyección preparante podría ser el líquido folicular derramado en el peritoneo cuando la puesta ovular y la inyección desencadenante sería la secreción del cuerpo amarillo.

M. DALCHÉ considera estas hipótesis muy aceptables para

explicar el mecanismo normal de la menstruación y la patogenia de las dismorreas esenciales.

La dismenorrea coincide muy a menudo con hemicráneas, urticaria, asma; es por lo tanto verosímil que el trastorno menstrual y los desórdenes generales tengan idéntico origen. Hay analogía anatomoclínica entre el síndrome local de la dismenorrea y los edemas y otros trastornos de la circulación local que se observan en el choque anafiláctico.

HOFBAUER ha señalado el hecho de que se podían provocar crisis hemoclásicas con la mayor facilidad durante el período premenstrual. Según este autor, la menstruación puede muy bien ser un fenómeno anafiláctico actuando como desencadenantes las substancias puestas en libertad por la muerte del óvulo.

L. TRIFAUD (de Marsella) no admite las hipótesis de KEIFFER, DALCHÉ, CARLINI, etc. y a ellas opone la siguiente crítica, que resumiremos:

1.º Los hechos experimentales de BOUCHÉ y HUSTIN no son más que una vulgar reacción sérica, sin consecuencias aplicables a la explicación del mecanismo íntimo de la menstruación.

2.º El choque coloidoclásico no sería explicable por la reabsorción de una tan débil dosis de proteínas como es la representada por la desintegración de un óvulo. Por otra parte, ignoramos la suerte que cabe al óvulo no fecundado ¿se reabsorbe? ¿es expulsado?.

3.º Decir que la dismorrea esencial es de origen anafiláctico por ser clínicamente análoga a otros síndromes de origen anafiláctico, es lanzarse con precipitación hacia conclusiones y explicaciones de patogenias que no son ciertamente tan sencillas. En efecto: estos trastornos locales y generales de la dismorrea esencial son manifestaciones fisiológicas de un desequilibrio vago-simpático y éste no es forzosamente la expresión clínica de una coloidoclasia. Para TRIFAUD más bien prodría atribuirse este desequilibrio a estados de hiper o hipo-ovarismo.

Lo que se desprende de esta revista analítica puede resumirse en las siguientes conclusiones:

1.ª *Fenomeno de Bouché-Hustin*: una reacción sérica uterina capaz de producir modificaciones vasomotoras locales, que recuerdan las menstruales.

2.ª *Deducciones de Dalché*: las modificaciones vasomotoras de la menstruación (normal o patológica) y ciertas reacciones generales que con ella coinciden, parece que obedece a un mecanismo común.

3.ª *Observación de Hofbauer*: mayor facilidad de provocar crisis hemoclásicas en el período premenstrual como si el organismo estuviese durante este período en condiciones óptimas de sensibilización.

La explicación de este hecho sería sencilla si la hipótesis anafiláctica, que no podemos negar *a priori*, tuviese en su favor pruebas, de las que actualmente carece; por ahora, lo único que podemos admitir es que el choque anafiláctico y los factores determinantes de la menstruación, ponen en juego mecanismos fisiológicos análogos, cuyo determinante es el sistema vegetativo y (a este íntimamente ligado) el sistema endocrino. (*La Presse Medicale*, núm. 8, Enero 1926).

(Los resultados en el orden terapéutico obtenidos por BOUCHÉ-HUSTIN no dejan de ser menos interesantes y no es menor su alcance práctico por el hecho de no admitir ni conformarnos con su explicación ni con la hipótesis que sobre ellos se pretende cimentar. Cuantas actuaciones terapéuticas han quedado firmes en sus resultados prácticos a pesar de haberse modificado radicalmente las hipótesis que las orientaron o pretendieron explicar su mecanismo íntimo. N. d. T.)

COMAS CAMPS

*Prostatectomía trans-vesical con dedil. Enucleación y drenaje peritoneal. BENSA.*

El autor detalla los perfeccionamientos de su técnica destinados a disminuir los peligros de la prostatectomía. Para extirpar el adenoma se sirve de un dedil metálico especial colocado en el índice derecho que incide la mucosa sin arrancarla y después el dedo medio decortiza el adenoma en el plano de *clivage* donde los vasos son capilares y no arteriales, con lo cual se disminuye la hemorragia y se hace innecesario el taponamiento.

Por la herida supra-pubiana se introduce un clamp curvo que levanta la piel del periné; con el bisturí se practica una abertura por la cual se introduce en la cavidad vaciada un largo tubo de caucho núm. 30 que se fija al periné con dos crines. Durante siete días se deja colocado un tubo de Marion por la herida supra-pública. No es necesario el taponamiento; el empleo del dedil suprime la hemorragia. Lavado con agua oxigenada abundante para asegurar la hemostasia. Los dos primeros días lavado mañana y tarde al oxicianur (1 x 4000); los demás días, un lavado por la mañana. A los doce días se suprime el drenaje peritoneal y se coloca permanencia la sonda de orificios múltiples de Marion hasta cicatrización de la herida supra-pubiana que tiene lugar alrededor de dos semanas.

La perforación peritoneal actúa de modo semejante a la contra-abertura en un absceso mal drenado y el tubo peritoneal desempeña cometido idéntico al drenaje vaginal que se coloca en la histerectomía total.

Con este método se abrevia el período post-operatorio y se reducen las molestias y posibles complicaciones. Los operados no meceran sus tejidos en la orina evitando las ulceraciones cutáneas, los accidentes pulmonares, la infiltración de los tejidos y la congestión de los plexos venosos, evitando así las complicaciones infecciosas locales y generales. La herida suprapelvíana, bien drenada por el periné, se cicatriza más rápidamente; en cuanto a la perforación perineal se cierra a los cuatro o cinco días sin que sobrevenga ninguna fístula consecutiva.

Esta técnica reúne las ventajas de la facilidad en la vía de acceso para la extirpación hipogástrica y la seguridad de la vía perineal por la eficacia del drenaje declive. Constituye una solución mixta que puede satisfacer a los partidarios de la vía hipogástrica y a los de la vía perineal.

Para evitar la azotemia en los individuos intoxicados se preparará convenientemente al enfermo y ejecutará la operación en dos tiempos practicando primero la talla hipogástrica. (*La Cote d'Azur Médicale*, Diciembre 1925).

P. MAS OLIVER

### Urología

#### *La Radiografía en la tuberculosis renal.* R. LAUSILLOTTA.

Es un hecho conocido de mucho tiempo que la tuberculosis renal puede dar a la radiografía imágenes de una interpretación difícil, y puede inducir al cirujano a operar enfermos por litiasis, cuando en realidad están afectados de tuberculosis renal. Las observaciones son numerosas y por eso, el autor, describe la expresión radiográfica a la cual puede dar lugar la tuberculosis renal, y establece los caracteres diferenciales que distinguen la imagen radiográfica debida a la tuberculosis renal de la que da la litiasis.

Presenta detalladamente historias clínicas de 7 casos de observación, con sus correspondientes radiografías y descripción de las lesiones encontradas en el examen de las piezas anatómicas después de la operación.

Algunas de estas observaciones demuestran bien claramente que la radiografía puede en determinadas condiciones evitar el diagnóstico de cálculo y admitir, no obstante tener una historia clínica más propia de cálculo, el diagnóstico de tuberculosis renal; a la simple vista de la radiografía fué hecho el diagnóstico de tuberculosis renal, por tener la imagen caracteres diferentes, de los que caracterizan el cálculo renal. Este en general se presenta en la radiografía, bajo la forma de mancha homogénea, compacta con bordes muy limpios, de forma variable, reproduciendo en general la parte del riñón donde se ha desarrollado.

Por contraste la imagen radiográfica que algunas veces da la tuberculosis renal es diferente. A veces nos encontramos imágenes radiográficas con pequeñas manchas, poco o menos redondeadas, no homogéneas, de un tinte borroso, con bordes dentellados como esponjosas, tales como múltiples pinzelladas poco oscuras, unas próximas a otras, dando a la sombra renal de la radiografía el aspecto de "riñón atigrado". Estas imágenes son debidas a cavernas antiguas, diseminadas en el riñón y cuyo contenido está en parte infiltrado de sales calcáreas. Otras veces, las imágenes son más o menos grandes,

redondeadas, con bordes esfumados y que corresponden al "riñón de mástic". En esta segunda forma FEUWICH y MARIÓN sostienen que "la opacidad a la radiografía es debida a depósitos de fosfatos en la materia que rellena el saco" o caverna.

Elemento precioso e indispensable en caso de diagnóstico dudoso, la radiografía puede en algunas ocasiones inducir a error. En una de las observaciones historiadas, el enfermo sufrió hacia un año de crisis de cólicos nefríticos muy violentas, y la radiografía mostraba una sombra alargada a lo largo de la dirección del ureter derecho. El diagnóstico de cálculo se impuso. No obstante la operación demostró que se trataba de tuberculosis renal y la sombra radiográfica correspondía a un goma tuberculoso del psoas.

Importa no fiarse en absoluta de la radiografía para establecer sobre seguro el diagnóstico de tuberculosis renal.

Se puede temer, en efecto, que en la forma dolorosa pura de la tuberculosis renal, llamada pseudo-litiásica, exenta de fenómenos vesicales, el cirujano sea llevado a descartar el diagnóstico de tuberculosis y admitir como evidente la litiasis, gracias al cuadro clínico y sobre todo, por alguna mancha correspondiente a la zona renal, revelada en la radiografía. E inversamente puede verificarse el caso opuesto, es decir casos con cuadro clínico a favor de una baciluria que han provocado un diagnóstico erróneo de tuberculosis renal debido a una imagen radiográfica con manchas opacas; siendo la causa de estos errores, que no siempre los caracteres de las imágenes radiográficas son fácilmente apreciables. Por otra parte la radiografía es negativa en los casos de tuberculosis renal inicial y para que de sombras en el radiograma, es necesario que las lesiones sean muy avanzadas.

Después de algunas consideraciones más sobre los casos expuestos, el autor sienta las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> En la tuberculosis renal, la radiografía puede presentar, a nivel de la sombra renal imágenes que corresponden a dos tipos anatómopatológicos de la tuberculosis renal: "el riñón atigrado" y "el riñón de mástic".

2.<sup>a</sup> Tales imágenes por sus caracteres se diferencian de las imágenes que dan a la radiografía, los cálculos renales. Frecuentemente todavía, la interpretación diferencial es cosa muy delicada y puede ocasionar errores.

3.<sup>a</sup> En presencia de una radiografía que presente una imagen que no corresponda a la característica que dan en general, los cálculos renales, no fiarse de la sola radiografía y hacer todas las exploraciones necesarias antes de afirmar el diagnóstico de tuberculosis renal.

4.<sup>a</sup> En la forma dolorosa pura de la tuberculosis renal en la cual los síntomas clínicos son en favor de una litiasis, los errores de interpretación de la imagen radiográfica son particularmente fáciles y frecuentes.

5.<sup>a</sup> En síntesis, el examen radiológico es un excelente elemento de diagnóstico diferencial entre la litiasis y la tuberculosis renal, a condición de no fundarse en este solo medio de investigación, y de completar el examen, con los otros medios de exploración, de preferencia el estudio químico e histobacteriológico de las orinas renales obtenidas por cateterismo ureteral. (*Archivio Italiano di Urologia*, Vol. II, Fasc. I).

A. OTERO.

### Pediatría

#### *Nuevas investigaciones sobre la ictericia simple del recién nacido.* G. L. HALLEZ.

Si los caracteres clínicos, la gran frecuencia y la evolución habitualmente benigna de la ictericia simple del recién nacido son bien conocidos, no pasa lo mismo con la patogenia, que ha dado lugar a numerosas discusiones. Los dos orígenes, hepatógeno y hematógeno de esta ictericia, han sido unas veces sostenidos y otras combatidos, sin que en la actualidad haya todavía acuerdo perfecto.

El autor, después de una serie de investigaciones en la sangre del cordón obtenida en el momento de su sección, en la sangre, en las orinas y en las deposiciones, expone su criterio sobre la patogenia de este síndrome.

En la sangre ha comprobado la existencia fisiológica de hematies granulados en los recién nacidos, presenten o no ictericia. La presencia de hematies granulados es independiente de la fragilidad globular y su número inversamente proporcional a la edad del recién nacido. La resistencia de los hematies desplasmatisados a las soluciones salinas hipotónicas estudiada siguiendo el método de WIDAL, ABRAMI y BRULÉ y comparando la resistencia mínima de los glóbulos rojos en los recién nacidos ictericos con la de los recién nacidos normales, resulta disminuída solamente en 52 % de los casos. La hemolisis total tuvo lugar normalmente en el 68 %, un poco tardíamente en 32 %, no siendo jamás precoz.

El suero más coloreado, en general, que el de los niños ictericos, no contenía hemoglobina al examen espectroscópico, jamás tenía el aspecto lacado señalado por LEURET, salvo en los casos de ictericia infecciosa y en la sangre extravasada de los céfalo-hematomas.

La reacción cualitativa de Hvmans Van den BERGH ha sido siempre indirecta en todos los casos. Lo que demostraría, según este autor, la naturaleza "dinámica" de la ictericia, es decir, que la biliubina del suero sanguíneo proviene de una hemolisis excesiva o de un trastorno hepático, y no de un obstáculo al desagüe de la bilis.

La presencia de pigmentos biliares en las deposiciones prueba que no se trata de una ictericia por retención.

La dosificación de la bilirrubina en el suero ha demostrado constantemente al autor un aumento de la colemia y el paralelismo casi absoluto entre el grado de colemia y la intensidad de la pigmentación cutánea.

Finalmente, las autohemolisis han podido ser puestas en evidencia en el suero de algunos pequeños ictericos.

En lo que se refiere a las orinas de los recién nacidos ictericos, el autor hace notar que en los primeros días de la ictericia, y cuando ésta es bastante acentuada, se encuentran pigmentos biliares verdaderos, pero que dada su escasa proporción, no debe emplearse la reacción de Gmelin sino la más sensible de Grimbert.

El autor no niega la intervención de una hemolisis de intensidad variable y probablemente de corta duración, pero cree que la ictericia simple del recién nacido, en su forma más habitual, debe igualmente reconocer un origen hepático, como lo demuestran la hipercolemia, la coluria frecuente y hasta a veces la urobilinuria.

El autor cree que la ictericia del recién nacido sería el resultado de una hemolisis más un retardo de adaptación del hígado fetal a la secreción biliar normal.

Algunos autores, y en particular GILBERT y LÉREBOULET, asimilan el hígado fetal a una glándula vascular sanguínea cuyas venas centro-lobulares representando el canal excretor del lóbulo recibirían directamente la bilis, que sería derramada así parcialmente en la circulación, antes de ser desaguada exclusivamente hacia el coledoco.

Favorecida su aparición por la hemolisis más activa de las primeras horas de la vida, y por una insuficiencia funcional pasajera del hígado, la ictericia simple de los recién nacidos debería pues ser considerada como una ictericia mixta, por policolia pigmentaria, y no como una ictericia de origen exclusivamente hemolítico. (*Le Nourrisson*, Septiembre de 1925).

S. GODAY.

### Radiología

*Ensayos de un filtro absorbible para la técnica de tubos desnudos con emanación de radium.* C. HEUBLEIN y DOUGLAS QUICK.

Según el autor la técnica de introducción de tubos desnudos con emanación de radium en el interior de los tumores es la más práctica; esta técnica iniciada por JANEWAY tiene la ventaja de su simplicidad y precisión, de una homogénea irradiación y una mínima cantidad de traumatismo.

Teniendo cuidados de asepsia suficiente no hay peligro alguno en introducir estos tubos en los tumores, la intervención es poco molesta, siendo excepcionales, sabiendo colocarlos debidamente, consecuencias desagradables como neuritis, hemorragias, necrosis óseas, perforaciones viscerales. Sin embargo,

es innegable que se producen pequeñas necrosis intersticiales alrededor de los tubos y como estos tubitos capilares están destinados a ser abandonados definitivamente en los tejidos se comprende que debido a las pequeñas necrosis y la circunstancia de cuerpo extraño, si ocurre ocasionalmente la infección, se producirá una fácil e intensa supuración con dolor y quizás toxemia y hemorragia, de aquí la necesidad de disminuir este peligro insignificante de las pequeñas necrosis alrededor de los tubos capilares con emanación, necrosis producidas por los rayos *betas*. El autor reconoce que estos inconvenientes no son suficientes para desvirtuar los magníficos resultados que obtiene con esta técnica y desea estimular la investigación alrededor de una posible filtración de estos rayos beta, sin desvirtuar tal técnica. El Dr. HEUBLEIN, ya ha hecho ensayos a este fin; en vez de abandonar los tubos de cristal capilares que encierran la emanación en el interior de los tejidos, prescinde de introducir la emanación en tubos de cristal finísimos, sino que lo hace introduciendo la emanación en tubitos de oro capilares, de 0'2 mm. de diámetro interno, y teniendo sus paredes espesores infinitesimales. El resultado parece bueno. El autor ha pensado en usar el bismuto, haciendo una pasta con vaselina. Esta sustancia es sabido que se absorbe lentamente y por su densidad puede absorber los rayos blancos fácilmente.

El autor usa el subnitrito o carbonato de bismuto en pasta con vaselina, primero al 33 % y luego al 50 %. Se ensayaron sales solubles de bismuto, por ejemplo, bismuto-amónico-citrato, pero su poder de filtración era escaso. Podría además añadirse una pequeña proporción de substancias antisépticas. En una aguja trocar, para dejar clavados los tubos de emanación en el interior de los tejidos, se introduce a presión, mediante una bomba parecida a la usada para engrases de automóvil, la pasta de bismuto y en medio se introduce el tubo de cristal con emanación y luego clavada la aguja-trocar, mediante el uso de un mandril-obturador se deja en los tejidos al retirar la aguja los tubos con emanación rodeados de pasta bismutada, pudiendo luego estudiarse radiográficamente la posición de estos tubos.

La absorción del bismuto tiene lugar lentísimamente, hemos observado que se ha absorbido la mitad en seis meses en los casos tratados, quizás las esclerosis vasculares y linfáticas como consecuencia de la acción del radium en los tejidos, dificultan aún más la absorción. Parece ser que los resultados obtenidos permiten creer que el número de casos con ligeras necrosis disminuyen mediante esta técnica, si bien el autor dice que hasta ahora es sólo un ensayo para estimular la investigación en este sentido. El principal inconveniente consiste quizás en la dificultad de que el tubo con radium esté exactamente rodeado de la pasta con bismuto.

El autor expone una interesante tabla con los coeficientes de absorción de las radiaciones *beta*, según el espesor de la pasta de bismuto y así por ejemplo, se puede observar que con pasta al 50 %: 2 mm. de pasta absorben el 66 % de radiaciones blandas; 3 mm. dejan solo pasar un 24 % de rayos *beta* blandos, y 5 mm. de pasta absorben totalmente los rayos *beta* sin apenas filtrar los rayos *gamma*. Estos trabajos de control han sido realizados por el prof. físico E. QUIMBY.

El autor termina insistiendo en los buenos resultados de esta técnica que, a pesar de la técnica de radiumpuntura también practicada por RÉGAUD, dice él, es superior, porque si bien es más difícil y costoso mantener a tal fin un servicio de emanación, es menos molesto para los enfermos, el traumatismo de la introducción de gruesas agujas, y sobretodo porque ya que los enfermos pueden marchar a sus casas. Luego de la *mise a point* de los tubos desnudos, se comprende la facilidad de no tener que mantener una hospitalización numerosa, cual ocurriría si en el hospital "Memorial", de Nueva York, debiesen quedarse encamados los numerosísimos enfermos a quienes diariamente se practicaría la radiumpuntura. Así se facilita la labor pudiendo marcharse los enfermos, ya que se llevan en sus tejidos elemento de valor alguno, y además destinados a quedarse definitivamente con sus tubitos capilares de emanación donde hubo tumor. (*The Am. Jour. of Roent. and Rad. therapy*, Agosto 1925.)

V. CARULLA.