

tes, este es el inconveniente o mejor dicho lo engorroso del antiguo método.

Este método puede ser mal dirigido por emplear intensidad no conveniente, por ser de poca duración o por aplicar los electrodos fuera de los puntos correspondientes. Así hemos leído de ZIMMERN haber asistido a niños con síncope bastante graves provocados por haberles sido excitado el plexo cardíaco colocando el polo indiferente sobre el tórax al ser explorado para un electro-diagnóstico.

La galvanización continúa ocupando el primer lugar del tratamiento de la parálisis infantil. Es el primer factor de la triada fisioterápica, *radioterapia, diatermia y galvanización*.

Sería un grave perjuicio para los niños paralíticos que los médicos prácticos que tienen que tratarlos dejen de conocer la utilidad y oportunidad de cada uno de los métodos citados.

A pesar de lo que se ha dicho a favor de la corriente farádica para el tratamiento de la parálisis infantil, no podemos decir un gran bien de su empleo si exceptuamos aquellos casos de menor grado de parálisis.

Tampoco nos ha dado nunca resultado alguno el empleo de las corrientes de alta frecuencia en forma de efluviación, que también han sido preconizadas.

L. BARRAQUER FERRÉ

BIBLIOGRAFIA

W. LUBOSCH.—COMPENDIO DE ANATOMÍA CIENTÍFICA. Editorial Georg Thieme. Leipzig, 1926.

Divide el autor su libro en una parte general en que estudia el concepto de la vida y sus objetivaciones, las formas adoptadas por los seres organizados y las causas y mecanismos (transformismo) por las cuales se han regido las variaciones morfológicas de las especies.

En la parte especial trata de la morfología (antimería y metamería) y morfogénesis del hombre; expone brevemente la evolución pristina del embrión y cubiertas ovulares según los hallazgos obtenidos por las investigaciones practicadas en los huevos humanos más jóvenes y trata de obtener de este estudio y de la comparación de los mecanismos embriogénicos de los mamíferos y no mamíferos, las leyes por que deben regirse los mecanismos expresados.

Todas las realidades de las formas vivas son expuestas y comentadas desde un punto de vista crítico, tratando de inquirir el porqué y los procesos que a su determinación dieron lugar, lo que da por resultado que la exposición adquiera muy a menudo el carácter de una disquisición puramente filosófica. Es ello lo que precisamente pretende el autor, el cual nos advierte ya en la cubierta de su libro que es para uso de estudiantes y médicos, como complemento de los tratados de anatomía.

L. GUILERA.

ERNESTO H. STARLING.—FISIOLOGÍA HUMANA. Editorial Pubul. Barcelona, 1926.

La concisión, la claridad y el orden que caracterizan las obras didácticas de la medicina inglesa, son en el tratado de "Fisiología Humana" del prof. STARLING las virtudes más relevantes. Era una verdadera lástima que este libro no hu-

biese hallado un traductor que lo hiciera accesible a los estudiantes de lengua española. El nombre de STARLING, así como los de BAYLISS, HALLIBURTON, STEWART, MATEWS y LANGLEY, es familiar a los oídos de los escolares españoles. Pero solo a los conocedores de la lengua inglesa les era permitido aprovechar desde la fuente de origen las enseñanzas del maestro. El esfuerzo llevado a cabo por los Dres. MONTANER DE LA POZA y MONTANER TOUTAIN, traductores del libro, y la Editorial Pubul que nada ha economizado para dar a la traducción española la magnificencia de presentación que le corresponde, merecen de aquellos escolares una sincera felicitación.

Acompaña al nombre de STARLING en la portada del libro el del Dr. H. HARTRIDGE, al cual corresponde el honor de haber redactado el capítulo de la Visión y revisado la primitiva redacción que hiciera STARLING de los de los demás aparatos de los sentidos.

El prof. HOUSSAY, de Buenos Aires, en un breve prólogo dedica unas justas palabras de elogio al autor, a los traductores y al editor.

Fisiología Humana ha sido traducida de la tercera edición inglesa y forma dos tomos de unas trescientas páginas cada uno. El autor la divide en cuatro libros; el libro primero está dedicado a la fisiología general y comprende tres capítulos, uno dedicado a estequiología, otro a bioquímica y química y otro a la citología como fundamento estructural del organismo; el libro segundo se ocupa del mecanismo de movimiento y sensación y consta de ocho capítulos en los que son tratados de manera admirable la fisiología de los tejidos contráctil y conductor, el sistema nervioso central y los órganos de los sentidos; en el libro tercero se hace el estudio de los mecanismos de la nutrición dividido en doce capítulos dedicados respectivamente a: metabolismo general, fisiología de la digestión, bromatología, hematología, fisiología de la circulación, la linfa y el quilo, defensa contra la infección, respiración, excreción renal, piel y glándulas cutáneas, temperatura del cuerpo y su regulación y endocrinología; el libro cuarto está dedicado a la reproducción. Un índice alfabético de materias completa la obra y la hace más manejable.

L. CERVERA.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Accidentes súbitos en el curso de la reabsorción de los edemas.
IVAN MAHAIM.

El autor expone un caso sumamente demostrativo de accidentes generales graves sobrevenidos inmediatamente a la reabsorción de grandes edemas en una enferma afecta de insuficiencia cardíaca grave.

Se trataba de una mujer de 74 años de edad que desde hacía 5 años venía sufriendo de crisis de insuficiencia cardíaca con extensa infiltración edematosa de ambas extremidades inferiores tratadas hasta entonces favorablemente con la digalena.

Una intensa crisis de asistolia sobrevenida en último término acompañada de grandes edemas irreductibles a toda medicación, decidió al autor a practicar varias punciones en la cara externa de ambos muslos con el fin de favorecer la evacuación del anasarca.

Al cabo de ocho días, después de haber disminuído considerablemente los edemas y coincidiendo con el cierre de las heridas evacuadoras, se presentó bruscamente una crisis grave de disnea, cianosis y taquicardia.

La similitud de esta crisis con el choque anafiláctico decidió al autor a inyectar subcutáneamente un miligramo de adrenalina, que determinó en el término de media hora el cese del desagradable accidente.

La relación de este caso ofrece un real interés por venir

en apoyo de la teoría anafiláctica emitida para explicar los accidentes consecutivos a la reabsorción de los edemas pasivos de los cardíacos.

Es curioso señalar con VAQUEZ que estos accidentes pueden aparecer antes de la diuresis y que siempre acostumbran a faltar cuando la evacuación del líquido tiene lugar por vía externa.

Otras causas han sido invocadas para explicar aquellos accidentes, tales como una congestión o una isquemia cerebral, una dilatación aguda del corazón, o bien una intoxicación por los medicamentos, o por el cloruro sódico retenido en el líquido edematoso.

El caso de MAHAIM que relatamos es ciertamente favorable a la teoría anafiláctica. Sabido es por otra parte que en ciertos individuos ha sido posible producirse una crisis anafiláctica con una sola inyección intravenosa de su propio suero. (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, Octubre de 1925).

L. TRÍAS DE BES.

Investigaciones experimentales sobre el quimismo gástrico, en función de los diferentes tipos de alimentación y de su cocción; sus variaciones bajo la acción de la adrenalina, atropina y estrignina. E. LIBEROPULO.

La A. estudia las modificaciones del quimismo gástrico en los tres tipos de alimentos, las influencias de la cocción y las influencias de la atropina, adrenalina y estrignina sobre el quimismo.

Si bien la cocción destruye los gérmenes patógenos y solubiliza los grumos de almidón, destruye las enzimas endocelulares, así como las vitaminas. A la cocción se debe la disminución del poder nutritivo de las frutas y leche cocidas.

La A. basa su trabajo en 158 análisis practicados (unos en individuos sanos, otros afectos de gastropatía). Las comidas de prueba han sido dispuestas de modo que entren los tres tipos de alimentos.

En cada jugo gástrico ha investigado el CIH libre, la A.T., el fermento lab. y el poder digestivo. Luego en idénticas condiciones de alimentación, se administró atropina, adrenalina y estrignina.

Conclusiones: Dejando aparte la influencia de factores tales como horas de sondaje, masticación, factor individual de digestibilidad, hábito alimenticio del individuo, etc. Los enfermos sometidos a una alimentación proteínica, resulta:

1.º Que las proporciones entre el CIH libre y fermento proteolítico varían en las distintas comidas de un mismo individuo.

2.º Algunos sujetos con A. T. pobre y poco CIH libre, tienen un poder digestivo grande e inversamente, es decir aumento de fermentos proteolíticos con disminución del poder digestivo.

La leche hervida aumenta el lab y disminuye el CIH libre y la A. T. e influye en el poder proteolítico.

La carne cocida aumenta ligeramente el CIH libre y disminuye algo la A. T., sin influir en el poder digestible. El lab. disminuye.

Lo más digno de mención, dice la A., es la influencia de la adrenalina, determinado un aumento sorprendente de fermento proteolítico, especialmente en alimentos ricos en sustancias extractivas.

Los efectos de la atropina y adrenalina son distintos según el tono del simpático y parasimpático, dependiendo además de la hora y manera de administrarlos.

La hipersecreción adrenalínica de fermento proteolítico y de lab., se manifiesta igualmente, cuando la tasa de fermentos es baja y no es influenciada por la atropina y la estrignina.

La acción inhibitoria de la atropina sobre la secreción puede faltar, y en algunos individuos o en un mismo individuo en distintas comidas, presenta efecto secretor.

Lo digno de especial atención, dice la A., es la acción de la adrenalina, muy característica, y que abre camino a nuevas investigaciones. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, Marzo de 1925).

A. RABELLA.

Elementos suministrados al diagnóstico de las colecistitis por

el sondeo duodenal y el examen de las bilis A. B. C.
F. RAMOND, A. BORCESCO y C. JACQUELIN.

Dos clases de exámenes pueden practicarse en el jugo recogido por la sonda de EINHORN: El examen clínico y el de laboratorio.

Este último requiere mucho tiempo, material apropiado y una técnica minuciosa.

La simple apreciación de los caracteres físicos (examen clínico) en el mismo lecho del enfermo, de las bilis A. B. C., suministran datos de gran valor diagnóstico.

Se debe investigar: Color, Limpidez, Viscosidad, Ritmo de salida, Cantidad, Substancias en suspensión, Presencia o no de las tres bilis.

I.—COLOR

Estado normal: La bilis A. es de color amarillo de oro. La bilis B. amarillo obscuro. La C. amarillo limón, análoga a la bilis A. pero más pálida.

Se distingue fácilmente del jugo gástrico modificado por el reflujo duodenal, por su color amarillo verdoso o francamente verde.

Estado patológico: 1.º Las tres bilis tienen un tinte más claro; frecuentemente en los individuos con insuficiencia hepática (cirróticos, alcohólicos).

2.º Las tres bilis tienen un color verdoso, a veces unido a un aspecto de "puré de guisantes" (EINHORN), inclina a pensar en una infección de las vías biliares: angiocolitis, coleocistitis, angiocoleocistitis.

3.º Las bilis A y C normales, la B amarilla clara: representa una disminución de positividad en la prueba de M. L.

Se explicaría por la menor permanencia de la bilis en la vejiga, no teniendo tiempo de adquirir los caracteres que le son propios. Se observa en hipoclorhidrias (que exigen una neutralización más activa en el duodeno) en la colecistitis calcúlosa.

4.º Las bilis A y C normales, la B verde oscura o negruzca: Representa la prueba de M. L. fuertemente positiva (aumento de estancia de la bilis en la vejiga; atonía vesicular, acodadura del conducto consecutiva a ptosis vesicular, brida, etcétera.

II.—LIMPIDEZ

Estado normal: Las tres bilis completamente transparentes.

Estado patológico: 1.º Bilis A y C límpidas. La bilis B falta transparente: Indica infección vesicular (colecistitis catarral o supurada).

2.º Las tres bilis opacas, sin transparencias características: infección de todo el árbol biliar. Existe colecistitis y angiocolitis. La bilis B es generalmente la más alterada en el aspecto de limpidez.

III.—VISCOSIDAD

Normalmente las tres bilis presentan un cierto grado de viscosidad, que aumenta por el exceso de moco; está pues en relación con la inflamación de la mucosa biliar; siendo por lo tanto paralelas a las modificaciones de limpidez y teniendo su mismo significado.

IV.—RITMO DE LA SALIDA DEL JUGO DUODENAL

En estado normal: El momento de aparición de la bilis A es variable. Unas veces aparece al llegar la oliva a la segunda porción del duodeno, otras es necesario aspirar, otras no se obtiene, a pesar de la aspiración, más que una salida difícil y escasa.

La bilis B, de una manera casi constante, aparece a los 15 minutos de la instilación de sulfato magnésico. En cuanto a la C aparece 20 o 25 minutos, después de la salida de la bilis B.

En estado patológico: 1.º Precocidad de la salida de la bilis B: Se observa en individuos de temperamento neurótico, depende de una exageración del reflejismo vesicular; se observa en la colecistitis catarral y en el hepatismo, tipo Glénard.

2.º La salida de la bilis B adelantada, disminuida: Significa atonía vesicular, disminución permeabilidad conducto cístico y aumento viscosidad.

V.—CANTIDAD

Estado normal: La bilis B solamente representa 28 a 60 centímetros cúbicos. Varía con capacidad vesicular. La bilis C es menor en cantidad, aumenta por el sulfato magnésico. La A. es la menos importante.

Estado patológico: Varía en proporciones considerables según el estado de distensión o retracción vesicular, oscilando de 5 a 90 cc.

VI.—SUBSTANCIAS EN SUSPENSIÓN

En estado normal, no se percibe macroscópicamente, ninguna partícula. Por lo tanto la presencia de grumos, coágulos, etcétera, es siempre patológico.

1.º) Presencia de grumos: Constituidos por moco en exceso. Indica estado de inflamación de las vías biliares.

2.º) Presencia de cálculos macroscópicos: Ya en suspensión, ya en el fondo del tubo, del tamaño de un grano de mijo, más o menos irregulares. Es un excelente signo de litiasis biliar.

3.º) Presencia de pequeños coágulos sanguíneos: Indican hemorragia de vías biliares o de duodeno, tienen pues un significado menos preciso que los cálculos.

4.º) Trozos de quiste hidatídico: en caso de abertura del quiste en las vías biliares.

VII.—LAS DIFERENTES BILIS OBTENIDAS POR LA PRUEBA DE MELTZER-LYON

Normalmente: Se obtienen con la prueba de M. L. tres bilis. La A, que aparece al penetrar la sonda en el duodeno, color amarillo de oro, y proviene de la hepática. La bilis B aparece después de instilación de 30 c. c. de solución de sulfato magnésico al 25 por 100, de coloración más oscura y más viscosa. La bilis C, la última en aparecer, de color amarillo canario. Cuando sucesivamente se obtienen las tres bilis, la prueba de Meltzer-Lyon es completa o positiva.

En estado patológico: 1.º) La bilis B falta: Se obtienen las bilis A y C. Prueba M. L. negativa. Indica supresión anatómica: colecistectomía. Supresión funcional: por desaparición más o menos completa (colecistitis esclero-atróficas inflamatorias, litíasicas y cáncer de la vejiga) o bien un obstáculo se opone al vaciamiento (cálculo cístico o en su orificio).

2.º) Las tres bilis ausentes: Indica ictericia por retención.

CONCLUSIONES

1.ª El simple examen clínico de las bilis recogidas por la prueba de M. L. suministra preciosos datos para el diagnóstico de las afecciones de la encrucijada duodeno-píloro-pancreato-vesicular.

2.ª Muchos de estos signos son patognomónicos: Presencia de cálculos; bilis opaca, espesa, infección biliar, ausencia de bilis B, supresión de vesícula.

Los demás signos son menos precisos; sin embargo junto con los suministrados por los exámenes clínico y radiológico permiten muchas veces llegar a un diagnóstico preciso. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition*. Octubre de 1925).

A. RABELLA.

Cirugía

El bocio intratorácico. A. H. NOEREU.

Enumera el autor en su artículo los especiales caracteres del bocio intratorácico: los denomina *bocios plongeants* y les diferencia de los verdaderos bocios intramediastínicos, nacidos a expensas del tiroides aberrante y situados dentro el tórax.

El diagnóstico de los bocios es algunas veces difícil, pudiendo confundirse con otros tumores del mediastino (aneurisma de la aorta, adenopatías, etc.). Estima el autor que del 7 al 18 por 100 de los bocios, son intratorácicos y estudia las causas del descenso del bocio en el tórax.

Los signos de compresión sobre la traquea (disnea, accesos de tos a menudo paroxística, con sensación de muerte inminente), sobre el esófago (disfagia), sobre el nervio recurrente (parálisis de las cuerdas vocales), sobre las venas (distensión de las venas del cuello). El examen radiográfico, ayuda a facilitar el diagnóstico.

La incertidumbre del tratamiento radioterápico y el peligro de la medicación yodada, hacen que el autor se muestre partidario de su extirpación con anestesia local, que permite controlar la integridad del nervio recurrente.

El fondo del bocio debe ser extraído progresivamente fuera del tórax, "como el fondo del útero en la histerectomía vaginal."

En los casos de bocio intratorácico doble, debe practicarse su extirpación en dos tiempos para evitar la asfixia por aplastamiento traqueal. La traqueotomía de urgencia en el curso de la operación, será practicada en caso de colapso traqueal. (*American Journal of Surgery*. Agosto 1925. tomo XXXIX. núm. 8).

J. MAS OLIVER.

Técnica de la raquianestesia generalizada. T. JONNESCO.

Después de exponer una serie de trabajos en que el autor sigue el desenvolvimiento y modificaciones que ha sufrido la técnica de la que él llama desde 1908 *raquianestesia generalizada*, nos da la norma de la última técnica seguida por él en todas sus operaciones.

Emplea una aguja simple de 6 cm. de longitud, fina y de bisel corto. Tiene importancia la delgadez de la aguja, por no dejar, así, grandes orificios en los ligamentos y en la duramadre, que permitirían la salida a su través del líquido céfalo raquídeo.

Admite el uso de cualquier geringa, pero de preferencia la Record de 2 cm. c.

La solución a inyectar está formada de agua esterilizada, la substancia anestésica y un coadyuvante o correctivo, antes estrignina y que desde 1922 ha substituído por la *cafeína* que constituye su coadyuvante indispensable, por ser perfectamente tolerada por el anestesiado y preconizada por otros cirujanos, entre ellos CHEVALIER que afirma que con ella ha visto desaparecer los fenómenos bulbares que se observan con el empleo de la novocaina, y DUBONEAU que se sirve de la misma solución con excelentes resultados.

Un solo inconveniente de la *cafeína*, ya predicho por el autor, es la retención urinaria que produce más o menos persistente en las inyecciones bajas; pero reduciéndola a las proporciones toleradas por el centro vesical (20 centigramos) el accidente desaparece.

Se ha pretendido que la *cafeína* muere de la médula; que produce excitación marcada y nociva. El autor la defiende afirmando que no es nociva del todo, antes al contrario, que les presta servicios enormes pues gracias a ella han podido obtener la anestesia superior en excelentes condiciones, sin que el bulbo reaccione con síntomas sobrado conocidos para insistir sobre ellos. Prescindiendo pues de esta guerra contra la *cafeína*, que no sabe si atribuir a malas técnicas o a una práctica demasiado extendida, guarda la *cafeína* como un factor indispensable de su solución anestésica.

Para obtener la disolución de la *cafeína*, junta a su solución el benzoato de sosa, en cantidad variable según la cantidad de *cafeína* empleada; como substancia anestésica emplea la *stovaina* que considera como el anestésico mejor, más seguro y que bien manejado no llega jamás a la dosis tóxica. POULENC de París prepara esta solución en dos ampollas, una que contiene el agua esterilizada, *cafeína* y benzoato sódico y otra la *stovaina* sólida esterilizada.

Considera de gran importancia la dosificación del anestésico, que debe hacerse teniendo en cuenta el estado general del paciente; así en los debilitados por grandes hemorragias, en los afectos de shock traumático y nervioso, caquéticos, infectados y en especial los cancerosos, la dosis que debe usarse sería incapaz de producir la anestesia en un paciente que goce de buen estado general.

Actualmente emplea J tres punciones: una superior, cervico-dorsal, debajo de la prominente o entre la 1.ª y 2.ª dorsal para operaciones de la cabeza, cuello, miembros superiores y torax superior, mediante la solución siguiente: 2 c. c. de agua esterilizada conteniendo 65-70 centigramos de benzoato de sosa y 50 centigramos de *cafeína* pura a la que se añade de 3 a 6 centigramos de *stovaina*, habiéndole permitido practicar, merced a una doble de los maxilares superiores.

Otra media, punción dorso-lumbar, para la anestesia de las operaciones que recaigan en las vísceras alojadas en el abdomen superior utilizando la solución formada de 1 c. c. de agua esterilizada, 30 centigramos de benzoato sódico, 20 centigramos de *cafeína* y una dosis variable de 4 a 8 centigramos de *stovaina*, siendo necesario en algunas ocasiones colocar el paciente en ligera posición de Trendelenburg a fin de que la anestesia remonte hacia el torax.

Y la punción baja, dorso-lumbar, comprendiendo las operaciones del abdomen inferior pelvis y miembros inferiores.

En ciertas operaciones recurre a una doble punción e inyección; así para obtener la anestesia del torax, practica la cervico-dorsal y la dorso-lumbar, inyectado en la primera el tercio de la dosis y el resto en la segunda.

Para las intervenciones ginecológicas practica las punciones dorso-lumbar y lumbar inferior repartiendo en cantidades iguales la solución anestésica.

Termina, finalmente diciendo que ha practicado la raqui-

anestesia en 6.200 intervenciones, 1.387 altas y 4.813 bajas y medias, *sin accidentes ni mortalidad* declarando que, con seguridad, la raquí-anestesia generalizada será la anestesia del porvenir. (*La Presse Médicale*, 3 febrero 1926).

J. SALARICH.

Urología

La pielonefritis como complicación post-operatoria en los prostatectomizados. G. GAYET y R. PEYCELON.

La infección ascendente de los uréteres y de la pelvis renal es una complicación tan frecuente en los prostáticos retencionistas, que ha sido estudiada y clasificada desde los comienzos de la Urología e incluso se ha considerado como el término fatal de la enfermedad abandonada sin tratamiento.

No obstante muy poco se han ocupado los urólogos de lo que sucede en las lesiones uretero-piélicas después de la operación radical, de su influencia sobre el curso post-operatorio, y de la acción de la prostatectomía sobre su evolución.

Habiendo tenido el autor ocasión de observar algunos casos de pielonefritis en el curso post-operatorio de la prostatectomía, hace detenidamente el estudio de esta complicación. Cita las contadas ocasiones en que se ha escrito o hablado de ella y entra en el Estudio Clínico de la misma deteniéndose en los siguientes puntos. *Origen de estas pielonefritis.* Desde luego, la primera pregunta que acude al espíritu, es si estas lesiones, que se manifiestan en el curso post-operatorio de la prostatectomía son o no continuación de una infección anterior.

La presencia de orinas turbias, de orquitis, de vesiculitis, la vejiga de columnas y divertículos, profundamente infectada antes de la intervención, predisponen en efecto singularmente a la difusión de la infección. De hecho, parece que en la mayoría de los casos sea así. La cistostomía aun largo tiempo mantenida no basta para desinfectar completamente las vías urinarias y el menor incidente, obstrucción de la sonda a permanencia en el momento en que se pretende cerrar la fístula hipogástrica, lavado vesical demasiado brusco, bastan para provocar la aparición de la pielonefritis. Este es el mecanismo más ordinario; la ablación del adenoma prostático pone a los enfermos ordinariamente en las condiciones mejores para llegar al mejoramiento de su infección renal. Es suficiente que en el curso post-operatorio sobrevenga una causa que impida el drenaje perfecto de la vejiga, y la *pielonefritis* aparecerá; noción esta de máxima importancia pues es evidente la sanción terapéutica que de esto se deduce. No obstante esta complicación aun en los prostáticos que antes de la operación nunca habían sido sondados, que tenían siempre orinas claras. En estos casos probablemente el origen de la infección está en la supuración de la celda prostática. Por último, es también evidente que las enfermedades renales previas, hacen que los operados estén mucho más predispuestos a estas complicaciones. Es frecuente comprobar el factor lesión renal anterior, en tales casos. Lo mismo que las anteriores, es un factor patogénico de primera importancia, el ureter dilatado, forzado, pues en tales enfermos la menor contracción vesical violenta sobre la sonda, el menor lavado que distienda bruscamente la vejiga, entraña el reflujo de la orina hasta la pelvis. La *fecha de aparición de estas pielonefritis*, viene en apoyo de este mecanismo antedicho.

La *pielonefritis de los prostatectomizados sobreviene lo más frecuentemente hacia la tercera semana; ella aparece en el momento en que se intenta cerrar la fístula hipogástrica.* Se nota aun en los casos buenos, de curso post-operatorio normal, una ligera elevación térmica, en esta época. El mecanismo patogénico explica bien la fijeza de esta fecha de aparición, si se piensa que el drenaje vesical que había estado hasta entonces asegurado gracias a la cistostomía, se hace bruscamente menos perfecto, al colocar la sonda uretral; desde este momento el menor incidente de obstrucción de la sonda o de reflujo ureteral, hasta para provocar la infección ascendente. Sin embargo todo esto no tiene nada de absoluto. La crisis infecciosa puede ser precoz como en algún caso al sexto día. Se ha de advertir también que los prostatectomizados en los cuales los riñones tienen alguna lesión, están siempre bajo la amenaza de una crisis de pielonefritis grave y tardía.

El *aspecto clínico* que ofrecen estas pielonefritis post-operatorias no ofrece nada de particular. El autor señala dos for-

mas anatómo-clínicas. Una *forma aguda*, la cual resume su sintomatología en dolor lumbar, piuria, accesos febriles con escalofríos iniciales; en estos casos la exploración renal a la palpación no ofrece casi modificaciones; a la cistoscopia el meato ureteral está congestionado edematoso. Estas son las formas benignas que ceden al tratamiento médico (régimen, inyecciones de septicemina). Una *forma crónica pionefrósica*. La piuria en estos casos es muy abundante y constante; el enfermo se queja constante e intensamente de su riñón; el estado general se altera rápidamente y la fiebre es continua y oscilante. La palpación muestra una gruesa tumefacción renal; si se llega a la nefrotomía se observa un riñón convertido en una bolsa de pus.

El *pronóstico* de estas formas de pielonefritis es muy sombrío. La dilatación del ureter, de los cálices y de la pelvis renal, de estos retencionistas crónicos, favorecen la infección, la supuración y las retenciones purulentas de la pelvis. El autor señala dos defunciones en los cinco casos historiadados.

El *diagnóstico* de estas *pielonefritis* es fácil, pero hace falta sorprender la aparición, vigilar atentamente los operados en el momento de cerrarse el orificio hipogástrico, pues es la fase crítica. Aun más, si al cabo de algunos meses, las orinas no llegan a ser claras, si no se encuentra ninguna causa genito-vesical que pueda explicar esta piuria, divertículo, espermato-cistitis crónica, hay probabilidades de que el pus venga de más arriba; una cistoscopia, un cateterismo ureteral, enseñarán desde luego sobre el estado del riñón de los cálices y de la pelvis renal. A estas exploraciones instrumentales hace falta recurrir, cuando se tenga la menor duda.

Tratamiento. Lo expuesto respecto a su mecanismo de producción, indica ya, el tratamiento preventivo de estas pielonefritis post-operatorias. La oportunidad y la buena técnica de la intervención, la vigilancia minuciosa de los operados, tales son los mejores medios de evitar estas infecciones ascendentes. La operación en dos tiempos rinde grandes servicios, pero es necesario que la desinfección por la cistostomía sea obtenida, lo que no es siempre fácil ni rápido; es necesario esperar el momento en que las orinas sean claras. Después de la intervención, los lavados bicultidanos aseguran la desinfección, lavados hechos bajo débil presión a fin de no provocar un reflujo en un ureter forzado. Es necesario evitar lo más posible los traumatismos y la infección de la uretra, no poner demasiado pronto una sonda uretral, y vigilar su buen funcionamiento cuando ella está colocada.

Si una crisis de pielonefritis se declara después de cerrada la fístula hipogástrica, se volverá a colocar una sonda a permanencia, y si a pesar de esta medida persiste la temperatura y la piuria, la mejor conducta es la de restablecer el drenaje por la vía hipogástrica. Contra la *pielonefritis* declarada, el autor ha adoptado la terapéutica siguiente. La *septicemina* (urotropina inyectable) en inyecciones intravenosas de 5 cm., dos veces al día, parece el agente antiséptico más eficaz; tienen una acción francamente favorable sobre las curvas térmicas de estos enfermos infectados. Los lavados de la pelvis renal, con suero artificial y con protargol al 1 %, son medios admirables y de grandes resultados en el tratamiento de las pielonefritis. Esta asociación de la urotropina intravenosa, y de los lavados de la pelvis renal con sales de plata, es la terapéutica más activa de las infecciones piélicas. Por último, desde el momento que la *pielonefritis* pasa a ser *pionefrosis*, es decir que el riñón aumenta de volumen y existe retención de pus, que la temperatura se eleva y que el estado general se altera, la nefrotomía es la sola capaz de asegurar un drenaje suficiente. Es indispensable practicarla precozmente, so pena de ver el enfermo caquetizarse rápidamente.

El autor, historia seguidamente cinco casos observados personalmente y acaba sentando las siguientes conclusiones:

1.^a La *pielonefritis* en los viejos urinarios no es suprimida por la prostatectomía. Constituye una complicación que es necesario evitar. Más aún, la *pielonefritis* puede aparecer en el curso post-operatorio en enfermos que tenían orinas claras antes de la intervención.

2.^a El momento peligroso es sobre todo hacia la tercera semana cuando se intenta cerrar o se ha cerrado la fístula hipogástrica. Es necesario en este momento esforzarse en obtener orinas claras, por los lavados vesicales hechos a conciencia y con extrema suavidad disminuir progresivamente el drenaje hipogástrico, y estar pronto a restablecerlo si la temperatura se eleva.

LAMINA VII

TEJIDO HEMÁTICO Y ÓRGANOS HEMOPOYÉTICOS

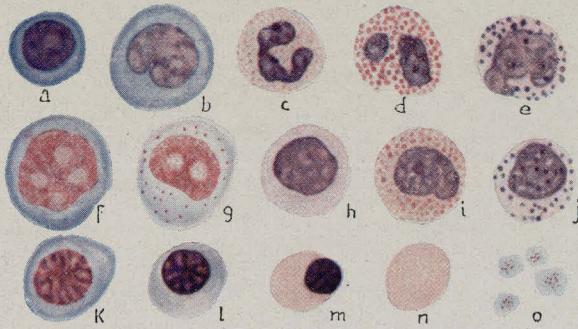


Fig. 1

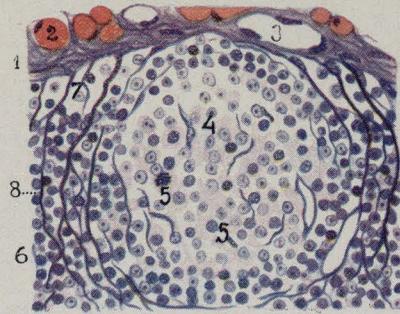


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

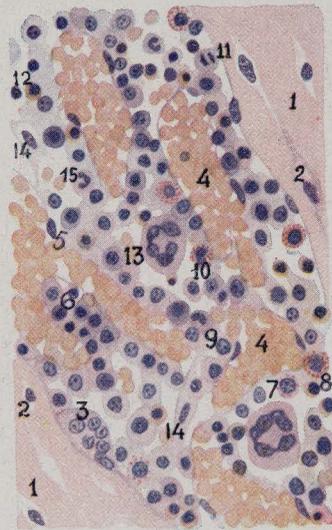


Fig. 5

Fig. 1. a, b, c, d, e. LEUCOCITOS DE LA SANGRE CIRCULANTE. (Coloración May Grunwal-Giemsa).

- a. *Linfocito*: Núcleo esférico muy cromático, nucleolo, protoplasma basófilo.
- b. *Monocito*: Gran mononuclear de origen predominante o exclusivamente histioide (de las células retículo-endoteliales de Aschoff). Núcleo no segmentado, globuloso, poco cromático. Protoplasma basófilo, a menudo con granulaciones azurófilas.
- c. *Polinuclear neutrófilo*: núcleo presentando lobulaciones en número en general no superior a cinco, unidas por puentes. Protoplasma con granulaciones neutrófilas finas.
- d. *Polinuclear eosinófilo*: Núcleo ordinariamente de dos lobulaciones. Protoplasma con granulaciones gruesas, esféricas iguales y acidófilas.
- e. *Polinuclear basófilo*: Núcleo de una o dos lobulaciones, de contorno mal definido. Protoplasma con granulaciones basófilas de tamaños y formas diversos.

Fig. 1. f, g, h, i, j. CÉLULAS MEDULARES DE LA SERIE BLANCA (May Grunwal-Giemsa). Todas estas células mononucleadas son anormales en la sangre circulante.

- f. *Mieloblasto*: Nucleolos numerosos, protoplasma basófilo sin granulaciones.
- g. *Promielocito*: Nucleolos menos numerosos, protoplasma menos basófilo, con granulaciones azurófilas.
- h. *Mielocito neutrófilo*: Cromatina más condensada, protoplasma con finas granulaciones neutrófilas.
- i. *Mielocito eosinófilo*: Protoplasma con granulaciones acidófilas.
- j. *Mielocito basófilo* (Mastmielocito o célula cebada sanguínea): Protoplasma con granulaciones basófilas.

Las células h, i, j, proceden de f, pasando por g, y dan origen a c, d, e, respectivamente.

Fig. 1. k, l, m. CÉLULAS MEDULARES DE LA SERIE ROJA. (May Grunwal-Giemsa).

- k. *Eritroblasto basófilo*: Véase la especial disposición de la cromatina y la basofilia del protoplasma.
- l. *Eritroblasto policromatófilo*: Núcleo con cromatina más condensada, en rueda de carro y protoplasma en parte acidófilo y en parte basófilo.
- m. *Eritroblasto acidófilo* con núcleo pignófico próximo a ser expulsado, y protoplasma acidófilo completamente impregnado de hemoglobina.
- n. ERITROCITO CIRCULANTE.
- o. PLAQUETAS: PARTE HIALÓMERA Y CROMÓMERA.

Fig. 2. FOLÍCULO LINFÁTICO DE UN GANGLIO (Primera variante de Del Río al método de Achúcarro, rojo escarlata). - 1. Cápsula con 2, células grasientas y 3, vasos. - 4. Keimzentrum o zona germinativa con 5, linfoblastos en mitosis. - 6. Linfocitos alrededor del centro germinativo, dispuestos ya para su ingreso en el seno linfático marginal 7, o en los senos linfáticos intersticiales - 8. Trabéculas de reticulina que constituyen el tejido reticular propio de los órganos linfoides. (Véase lámina III, fig. 2).

Fig. 3. GANGLIO LINFÁTICO. (Del Río rápido, van Gieson). - 1. Cápsula. - 2. Trabéculas que se desprenden de aquella y sobre las que se apoya el tejido reticular no teñido en este preparado. - 3. Seno linfático marginal y 3' senos linfáticos perifoliculares y peritrabeculares. - 4. Foliculos linfáticos de la cortical. - 5. Centro germinativo del folículo - 6. Medular constituida por una red de cordones linfáticos (punteado negro) separados por senos linfáticos. - 7. Hileo con los vasos sanguíneos aferentes 8 y linfáticos eferentes 9, rodeados de grasa. - 9'. Linfáticos aferentes.

Fig. 4. BAZO. (Del Río rápido, van Gieson). 1. Cápsula - 2. Trabéculas - 3. Venas trabeculares. - 4. Arterias rodeadas de una vaina de tejido linfóide cuyos engrosamientos constituyen los folículos - 5. Folículo linfóide con su centro germinativo y 6, arteria central. - 7. Senos sanguíneos en continuación con los capilares. - 8. Pulpa esplénica impregnada de sangre. 9. Células endoteliales del retículo de la pulpa.

Fig. 5. MÉDULA ÓSEA. (Hematoxilina-eosina-orange). - 1. Trabéculas óseas 2 Osteoblastos. - 3. Osteoclastos - 4. Capilares llenos de sang e 5. Endotelio de los mismos. - 6. Mieloblastos. - 7. Promielocito eosinófilo - 8. Mielocito eosinófilo. 9. Metamielocito neutrófilo. 10. Id. eosinófilo. - 11. Eritroblasto basófilo en mitosis. 12. Eritroblasto acidófilo. - 13. Megacariocito o mieloplaxia. 14. Célula del tejido de sostén. 15. Polinuclear neutrófilo.

Nú

3.
los
la i
quiz
(Jo

De
p

L
aun
que
nut
lade
ten
asin

E
al
por
ves

P
tilia
gra
apa
dos
vel
acc

2
fal
pu
het
aun

3
mu
ran
L
y e
lid

dic
ter
act
de
ma

hip
día
ba
mi
du
sen

qu
bil
ca
pe

as
ob
m
sic
de
tr
nu
de
O

de
or
la

m
so
pr

3.^a Las inyecciones intravenosas bicutidianas de urotropina, los lavados de la pelvis serán medios útiles, para combatir la infección. La nefrotomía podrá asimismo ser necesaria y quizá no hay que tardar en practicarla en los casos graves. (*Journal d'Urologie*. T. XX, núm. 5).

A. OTERO

Obstetricia

De la influencia de la menstruación y del embarazo sobre la permeabilidad meníngea. R. BENDA.

La fisiología del líquido cefalo-raquídeo es en la actualidad aun muy poco conocida. Parece que sea una secreción más bien que un trasudado y su función podría consistir en una especial nutrición de la substancia nerviosa. Los cambios estarían regulados por la permeabilidad electiva de la barrera meníngea reteniendo los productos tóxicos y librando paso a las substancias asimilables.

Esta hipótesis de BENDA, da una importancia extraordinaria al estudio de la permeabilidad meníngea cuyas modificaciones, por influencia de procesos fisisiológicos, pueden tener graves consecuencias.

ESTUDIO DE LA PERMEABILIDAD MENÍNGEA.—*Pruebas:* 1.^a Utilizando substancias colorantes; después de la absorción de 6 gramos de uranina (GUBLER) la materia colorante fluorescente aparece en el líquido cefalo-raquídeo a las 4 o 8 horas. La dosificación, sirviéndose de soluciones coloreadas contrastes, revela una concentración de 1/300000 en los casos normales (sin acción tóxica alguna).

2.^a Reacción de las hemolisinas: aparición en el líquido cefalo-raquídeo de substancias capaces de producir hemólisis después de la introducción en el organismo de glóbulos rojos heterólogos. Esta reacción denota, cuando es positiva, un aumento considerable de la permeabilidad meníngea.

3.^a Moderno método de WALTER por el bromo: 0'06 de bromuro sólido por kilo de peso se administran por ingesta durante 5 días; el 6.^o día punción lumbar y punción venosa.

La relación entre las concentraciones en el suero sanguíneo y en el líquido cefalo-raquídeo nos da el cociente de permeabilidad: C. P. = de 2'9 a 3'3 — normalmente.

Este método elimina la causa de error posible por la pérdida en el trayecto digestivo de Br Na no absorbido.

Las modificaciones de la permeabilidad meníngea que permiten el paso de substancias tóxicas al líquido cefalo-raquídeo actúan sobre el sistema nervioso. La hiperpermeabilidad ha sido demostrada en las meningitis, parálisis general, uremia de forma nerviosa.

Durante la menstruación y durante el embarazo se observa: hiperpermeabilidad durante las reglas (muy pasajera 2 a 3 días); ninguna modificación durante la primera mitad del embarazo; aumento progresivo de la permeabilidad en la segunda mitad del embarazo que alcanza su máximo en el parto; baja durante el puerperio para volver a la normalidad a las 4 a 6 semanas.

Se observan variaciones más acentuadas en las primíparas que en las multiparas. La lactancia no influye sobre la permeabilidad meníngea.

La inyección de extractos ováricos o tiroideos, no influye, en cambio, la inyección asociada de ambos extractos aumenta la permeabilidad.

Ensayo de interpretación: Durante el embarazo y el parto así como durante la menstruación, las modificaciones psíquicas observadas con tanta frecuencia en las mujeres, serían determinadas por el aumento de la permeabilidad meníngea. Las lesiones de la barrera meníngea en curso de la segunda mitad del embarazo y durante las reglas, serían debidas a la ausencia transitoria de secreción del cuerpo amarillo (recuérdase las nuevas teorías y experimentación de SCHICKELÉ. IV Congreso de Toco-ginecólogos de lengua francesa. París, 1, 2, y 3 de Octubre de 1925. ARS MEDICA. Diciembre 1925).

Esta hiperpermeabilidad meníngea durante la segunda mitad del embarazo, permitiría el paso de las substancias tóxicas de origen fetal al líquido cefalo-raquídeo materno (patogenia de la eclampsia (?)).

La barrera meníngea estaría representada en último término por la pared de los vasos meníngeos, cuyas modificaciones son bien conocidas durante la segunda mitad del embarazo en proyección ascendente hasta el momento del parto; estas modi-

ficaciones vasculares influirían, en gran manera sobre la permeabilidad meníngea.

(Comentario: Es evidente que disponemos de procedimientos capaces de poner en evidencia la mayor o menor facilidad de paso al líquido cefalo-raquídeo de substancias que utilizamos como reactivos (bromo, uranina, hemolisinas); es lógico suponer que esta mayor o menor facilidad de paso existe, y varía en múltiples circunstancias, para las substancias tóxicas en circulación sanguínea. La permeabilidad meníngea es hoy por hoy un término que permite entendernos, admitámosle; pero no nos precipitemos en hipotetizar su mecanismo íntimo y en basar sobre hipótesis, nuevas hipótesis patogénicas y cuidado con añadir un nuevo *andante* a la sinfonía amarilla, de la que nos ocupamos con el Dr. J. VANRELL en la reseña del IV Congreso de Toco-ginecólogos de lengua francesa. (ARS MEDICA, Diciembre de 1925). (*Münchener med. Woch.* Tomo IXXII, núm. 40).

COMAS CAMPS

La cesarea suprasinfisaria transperitoneal. BRINDEAU.

El A. hace un resumen del estado de la cuestión y glosa su estadística de 59 casos operados en año y medio.

El tratamiento de la distocia materna por proceder quirúrgicos ha entrado en la práctica general. PINARD fué el primero que cambió el parto prematuro artificialmente provocado, y defendió la sinfisiotómica en los casos de estrechamiento pélvico.

La sinfisotomía sin embargo es peligrosa sobre todo por sus ulteriores consecuencias (incontinencia de orina, marcha difícil, desgarros de vagina) substituyéndola con ventaja la cesárea, defendida por BAR.

¿Que resultados se han obtenido con la cesárea clásica (histerectomía del cuerpo o cesárea corporal), de BAR?

Sus estadísticas (REWEL, WILLIAMS, BAR,) comprenden miles de casos que tomados en bloque rinden una mortalidad de 8-10 por 100.

Estudiando las estadísticas pueden separarse dos variedades de esta operación: *los casos puros*, cesáreas practicadas antes de la rotura de membranas en mujeres que no han sido tactadas o lo han sido con guantes de goma, que dan una mortalidad de 2'9 por 100, y *los casos impuros*, mujeres en trabajo de parto después de varios días, y con membranas rotas, que arrojan una mortalidad de 10'8 por 100.

Las mujeres que han sufrido tactos repetidos y han sido sometidas a infructuosas aplicaciones de forceps dan un porcentaje mayor que puede llegar al 34 por 100 (Routh).

MUNVO KERR y HOLLAND han reunido 4000 casos de operación cesárea practicados en Inglaterra.

En los casos puros la mortalidad no llega al 1'6 por 100. En los casos de trabajo más o menos avanzado, es de 10'7. En las mujeres sometidas a maniobras bostétricas (aplicación de forceps) la mortalidad asciende a 27 por 100.

BAR llegó a limitar en consecuencia las indicaciones de la cesárea a los casos puros con una mortalidad de 1 por 100.

Las causas de defunción de los casos impuros son casi siempre la peritonitis (98 por 100).

Para evitar esta causa de mortalidad se han multiplicado los ensayos. Casi siempre inspirados en respetar la integridad del peritoneo para evitar su infección.

El proceder extraperitoneal no es nuevo, JORG en 1806 aconsejaba ya incidir la línea alba y empujar el fondo de saco vesico-uterino y RITGEN en 1820 proponía atacar por la fosa iliaca, remontar el peritoneo e incidir el útero por debajo de aquel.

Ambas operaciones han sido renovadas respectivamente por SELLHEIN y LATZKO.

El A. les ha practicado varias veces abandonándolas a causa de la hemorragia y de la facilidad de rasgar el peritoneo por lo que la maniobra extra peritoneal es ilusoria.

KROEPIG demostró que no era de temer la peritonitis operatoria. Si las mujeres morían después de la operación cesárea corporal era debido a que se infectaba el peritoneo secundariamente durante el puerperio; para KROENIG la incisión del segmento inferior (cesárea transperitoneal supra sinfisaria) producía resultados sensiblemente mejores.

Las condiciones anatómicas y los datos de la fisiología abonan esta opinión. El peritoneo que recubre el segmento inferior es laxo y fácil de separar del útero; el límite superior de la zona despegable alcanza generalmente una distancia de 12 cms.

La pared uterina del segmento inferior es delgada (2 a 4 mm.) y poco vascular, muy elástica y nada contractil en oposición al cuerpo, grueso y eminentemente contractil, diferencia que se observa claramente con la raquianestesia.

Las ventajas teóricas de la cesárea suprasinfisaria transperitoneal son: incisión económica de los planos abdominales y del útero; hemorragia, menos abundante, producida casi únicamente en el momento del alumbramiento; shock operatorio menor a consecuencia del alejamiento de las asas intestinales y de la no distensión de los pedículos uterinos.

La cicatrización del cuerpo se verifica además en una zona que permanece en reposo. Por el contrario la sección del cuerpo determina pequeñas fístulas en el trayecto de las suturas a consecuencia de los desgarros musculares determinados por el material de sutura durante la contractura uterina lo que hace posible, en días sucesivos, la siembra de la flora vaginal en el peritoneo. Esta siembra es más peligrosa generalmente que la inundación por el líquido amniótico que se produce durante la intervención.

Otro hecho importante es la fácil peritonización del segmento inferior que protege la herida y dificulta la propagación de la infección a la gran cavidad peritoneal, limitándola en caso desfavorable al peritoneo pelviano.

Tampoco se precisan oclusiones post operatorias ni adherencias uterinas al intestino o al gran epiplon, ni tampoco fístulas utero-abdominales.

Sus únicos inconvenientes consisten en su más larga duración y su mayor dificultad técnica.

Los métodos operatorios son: el de Kronig y el americano de Hirtz.

Véase el proceder de KRONIG modificado por el A.: Anestesia raquídea, que hace contraer con tal vigor el cuerpo uterino que determina una hemostasia perfecta durante la intervención y asegura la relajación abdominal.

DE LEE utiliza la anestesia local a la Reclus; cree que la anestesia general mata por infección del rino-farinx o de las vías aéreas; la infección se generaliza provocando septicemia que se localiza secundariamente a nivel de la herida.

Incisión abdominal desde el ombligo al pubis en posición declive. Separados los labios de la herida se percibe el relieve de la cabeza fetal recubierta por el segmento inferior. Se señala el fondo de saco vesico-uterino. Se incide el peritoneo un través de dedo por encima de aquel en todos sentidos; luego se agranda transversalmente la incisión peritoneal obteniéndose dos colgajos uno superior y otro inferior. Se coloca una valva por detrás del pubis, incindiendo verticalmente bajo el control de la vista el segmento inferior. Aparece generalmente la oreja del feto. Si es difícil la exhalación cefálica las cucharas del forceps la facilitarán extraída la cabeza precisa levantar con pinzas ovales la incisión del segmento inferior para que el líquido amniótico no inunde la cavidad peritoneal. El alumbramiento se verifica por expresión del cuerpo. Raras veces se necesita recurrir al alumbramiento artificial. Se coloca un taponamiento intrauterino provisional para evitar la hemorragia y se practica la sutura en dos planos: un primer plano de puntos separados con catgut núm. 2, y un segundo plano en sutura continua con gatgut núm. 1.

Se atrae el colgajo peritoneal superior sobre la herida y se fija mediante algunos puntos de sutura. Luego se desliza el colgajo inferior adherente a la vejiga y se fija por encima del primero (sutura en levita). Cuando la sutura ha terminado los planos peritoneales superpuestos recubren a la brecha uterina, completamente aislada.

El método de HIRTZ consiste en incidir verticalmente el segmento inferior después de suturar el peritoneo parietal al visceral a ambos lados de la herida constituyendo a modo de fondos de saco pleurales; se apartan ambos segmentos peritoneales despegados, poniendo a descubierto el segmento inferior; después del parto se juntan ambos fondos de saco suturándolos a la línea media. De este modo queda bien protegida la serosa durante el acto tocórico.

¿Cuáles son los resultados de la cesárea baja según las estadísticas de KRONIG, KRAUSE, VAN ROOY, BICK, AUBERT, HIRTZ, DE LEE, BEUTNER, GAFFEMI, PHANEUF, WALTHER, GALL, SCHICKELÉ y BRINDEAU?

MARASSY ha podido recoger 1.200 casos de diferentes autores. La mortalidad global es de 3 por 100.

Los casos en que está indicada, viciaciones pelvianas generalmente, pueden dividirse en puros e impuros.

En los casos puros presta mejores indicaciones que la cesárea clásica: las complicaciones son menos frecuentes. Las secuelas (adherencias intestinales) no existen. Tampoco se presentan rupturas uterinas con ocasión de otro embarazo (4 por 100 en la cesárea clásica).

En los casos impuros presta todavía mayores servicios: La cesárea alta da un 10 por 100 de mortalidad; la cesárea baja rinde para los mismos casos una mortalidad de 2 a 3 por 100. Todos los autores se hallan contestes.

Asimismo permite esperar con tranquilidad el momento del parto en lugar de precipitarlo, como hacían con la cesárea alta BAR, CATHALA, etc., para operar asépticamente, lo que daba lugar a equivocaciones pronósticas en los estrechamientos limitados y a muertes de fetos prematuros por debilidad congénita.

Tiene también sus indicaciones en ciertos casos de placenta previa. Algunas operadas por esta circunstancia mueren a consecuencia de anemia aguda después de una versión a consecuencia de fisuras sangrantes determinadas en el segmento inferior por el paso más o menos rápido del feto.

KRONIG, ESSEN MOELLER, BAR y LEQUEUX, VAN ROOY, GEORGHIN, etc., han practicado en estos casos cesáreas con éxito para el feto y para la madre.

MUNRO KERR ha recogido 139 casos de cesárea por placenta previa. En las estadísticas recogidas por DESSAUBRY la cesárea da en la placenta previa una mortalidad de 11 por 100 para la madre y para el feto.

En cambio los proceder obstétricos (globos dilatadores, versión, etc.), dan una mortalidad de 9 a 10 por 100 para la madre, pero de 50 a 60 por 100 para el feto.

Por tanto debe emplearse la cesárea, sin mayor peligro para la madre, cuando se trate de salvar un feto vivo y viable. Por debajo de los 7 meses utilícense los métodos obstétricos.

En cambio para los tumores previos, quistes de ovario, fibromas y en los casos de urgencia (eclampsia) debe preferirse la cesárea clásica.

Sus 59 casos lo fueron por las siguientes indicaciones: estrechamiento pélvico (43); falta de encajamiento por exceso de volumen del feto (3); placenta previa (4); mujeres que habían sufrido anteriormente la cesárea alta (3); muerte habitual del feto (2); hemorragia retro-placentaria (1); quiste de ovario (1); presentación de espalda en primípara (1).

De ellas 25 se hallaban al principio del trabajo o no habían presentado todavía síntoma alguno de ello.

9 se hallaban en pleno trabajo, desde 7 a 10 horas.

17 se hallaban en trabajo desde 12 a 24 h.

5 se hallaban en trabajo después de más de 24 horas.

23 presentaban membranas intactas. En 32 las membranas se hallaban rotas.

La estadística del A. registra una sola muerte materna por peritonitis, y ninguna defunción fetal. (*Presse Médicale*, número 20, 1926).

J. VANRELL.

Pediatría

Contribución casuístico-clínica al conocimiento de la encefalitis epidémica en el niño. M. MISASI.

La observación de 10 casos de encefalitis epidémica permite al autor las siguientes consideraciones:

Comienzo: En algunos casos la enfermedad tiene un principio brusco, en otros ha podido observar un período caracterizado por síntomas diversos: cefalea, vértigos, depresión e irritabilidad nerviosa seguida de sopor, algunas veces convulsiones. Un síntoma importante al principio de la enfermedad es la fiebre, que puede ser precedida de escalofríos, que puede ser continua unos pocos días, para convertirse luego en intermitente.

Después de algunos días de fiebre, unas veces sin otros síntomas y otras con verdaderos fenómenos meníngeos comienza el letargo.

Curso: En el primer período de la enfermedad nótase casi siempre rinitis y faringitis; en dos de los diez casos estudiados el autor ha podido comprobar complicaciones bronco-pulmonares.

El aparato circulatorio no presenta nada de especial si no es un pulso frecuente y a veces irregular.

En el aparato digestivo no ha podido observar nada interesante.

Los fenómenos más interesantes y que caracterizan la enfermedad corresponden al sistema nervioso. La sintomatología nerviosa es, sin embargo, polimorfa y a menudo el diagnóstico es fundamentado en un criterio epidemiológico y etiológico.

En algunos casos de curso lento con estado soporoso, se presentan remisiones transitorias de los síntomas que hacen pensar en una resolución favorable pero que pronto van seguidas de fiebre y con frecuencia parálisis.

El autor ha encontrado lesiones en el 3.º y 4.º pares. Puede haber ptosis palpebral bilateral o unilateral. Algunos autores consideran a la ptosis como un estado de hipotonía palpebral.

La diplopia, que es frecuente en el adulto, en el niño es difícil comprobarla. Los movimientos activos son siempre lentos, los reflejos tendinosos casi siempre exagerados. Ha observado una sola vez el reflejo óculo-cardíaco.

Los fenómenos psíquicos varían de un niño a otro y se presentan más al final que durante el período agudo.

La forma que más fácilmente se encuentra en el niño es la miotónica. Los síntomas de hipertonía muscular aparecen generalmente después de una semana de enfermedad, principiando generalmente por la cara, interesando después el tronco y las extremidades. Es frecuente la fisonomía privada de expresión y que Claude LEVY-VALEUS denominó con una frase felicísima "cara congelada". La rigidez de las extremidades, que generalmente están en flexión, puede alcanzar una hipertonía muy exagerada.

En el niño, y principalmente en el lactante, la sintomatología de la encefalitis puede simular la meningitis cerebro-espinal o la tuberculosa.

Líquido céfalo-raquídeo: Esta ligeramente aumentado de presión pero al examen químico y citológico presenta caracteres casi normales. Sin embargo en un caso era visible el retículo de Mya con Boveri positivo y linfocitosis, lo que hacía pensar en la meningitis tuberculosa.

Terminación: En los casos estudiados por el autor fué casi siempre favorable. Las parálisis casi nunca completas, han mejorado notablemente. Nunca ha observado el parkinsonismo. Registró dos casos de muerte por complicaciones brônco-pulmonares. (*La Pediatría*, 1 de Octubre 1925).

S. GODAY

Nuevas observaciones de escorbuto infantil. J. COMBY.

El Dr. J. COMBY, después de estudiar una nueva serie de veinte casos de escorbuto infantil, formula las conclusiones siguientes:

1.ª El escorbuto infantil, *enfermedad de Barlow*, se caracteriza por una pseudo-parálisis dolorosa casi constante y por hemorragias gingivales que sólo se ven en los niños provistos de dientes. Desconocido en la lactancia natural o mixta, el escorbuto sólo se observa en los niños alimentados con leches o harinas de conserva: leche homogeneizada, leche humanizada, leche esterilizada industrialmente o a domicilio, leche malteada, leche condensada, leche en polvo, harinas lacteadas. Estos alimentos artificiales están privados de la vitamina C, que es antiescorbutígena.

2.ª Las leches más escorbútigenas son las que han sido sobrecalentadas.

3.ª El escorbuto no se declara inmediatamente después del empleo del alimento de conserva; es preciso que su empleo sea exclusivo y durante muchos meses.

4.ª Excepción de algunos casos observados en la segunda infancia y que establecen el tránsito entre el escorbuto infantil y el de los adultos, puede decirse que la gran mayoría de niños afectados por la enfermedad de Barlow lo son entre seis y diez y ocho meses. El caso que empieza antes de los seis meses y después de los diez y ocho puede considerarse como excepcional.

5.ª Dos síntomas deben ser puestos de relieve: 1.º La *pseudo-paraplegia dolorosa* observada 88 veces en 92 casos, los 4 casos en que faltaba eran niños de segunda infancia; 2.º La *hemorragia gingival* (equimosis, fungosidades) observándose 65 veces en 92 casos, menos constante que la parestesia

dolorosa. El niño que no tiene dientes no presenta jamás equimosis gingivales; tampoco los presenta el que sólo tiene incisivos inferiores. Los equimosis y fungosidades gingivales se ven casi exclusivamente en la mandíbula superior.

6.ª Entre los demás síntomas indica las *hematurias*, la *púrpura*, los *hematomas subperiósticos*. El escorbuto coincide con el raquitismo en más de la mitad de los casos. La *fiebre* no es muy rara; aunque generalmente moderada (38º, 38º,5), puede ser alta (39º, 39º,5, 40º), pero efímera.

7.ª Los errores de diagnóstico, muy frecuentes hace veinte años, son cada día más raros por el mejor conocimiento de la enfermedad de Barlow. En 92 casos ha podido comprobar la confusión con el *reumatismo* 15 veces, con la *heredo-sífilis* 10 veces, con el *mal de Pott* y la *coxalgia* 6 u 8 veces, con la *poliomielitis* 4 veces, con la *luxación congénita de la cadera* 2 veces, con la *osteomielitis*, el *osteosarcoma*, la *polineuritis*, la *fractura ósea*, la *fiebre tifoidea*, la *tuberculosis pulmonar*, etcétera. Relacionando la noción etiológica (alimentación de conserva) con los síntomas principales (pseudo-parálisis dolorosa, equimosis gingivales), se evitará fácilmente el error.

8.ª Pronóstico favorable, mortalidad nula cuando el diagnóstico no es muy tardío; benignidad cada día mayor debido al conocimiento de las causas que, a más del cuerpo médico, ha adquirido el gran público. Todo el mundo sabe que la leche esterilizada expone al escorbuto y que para preservar el niño de pecho, basta darle un poco de jugo de naranja o de limón.

9.ª El tratamiento es de los más simples: suprimir el alimento de conserva, reemplazarlo por leche fresca simplemente hervida; añadir algunas cucharaditas de las de café o de postre o de sopa, según la edad, de jugo de naranja, de uva o de limón diluido.

Es de notar que la supresión del alimento de conserva y su sustitución por un alimento rico en vitamina C, la leche cruda o simplemente hervida, por ejemplo, tiene más eficacia que la adición de jugo de naranja o de uva a la leche de conserva. Puede fracasar si se continúa con éste, incluso añadiendo jugo de naranja, y obtener éxito sin jugo de naranja por el simple cambio de leche. (*Archives de Médecine des Enfants*, Enero de 1925).

S. GODAY.

Radiología

Diagnóstico raentgenográfico de las adenoides. C. C. GRANDY.

A propósito de una radiografía de la cabeza de un niño tomada en posición lateral, con motivo de una hemianopsia que se creía consecuencia de un tumor de la hipofisis. La radiografía reveló una silla turca normal pero colgando del techo y pared posterior del naso-farinx había una masa de tejido suave, liso, de forma semiovalada, cuadro uniforme en densidad que no podía ser otra cosa que tejido adenoide, aconsejando la operación que demostró la coincidencia diagnóstica. Luego extendimos nuestra experiencia a otros niños, previamente diagnosticados por el laringólogo y el resultado fué siempre positivo.

La naso-faringe, limitada por el paladar abajo hasta la úvula, y posteriormente por la pared anterior de las vértebras cervicales y la base de cráneo arriba, tiene una dirección antero-posterior y en ella es posible observar radiográficamente su paso de aire que se encuentra estrechado cuando hay una hipertrofia adenoidea. Las radiografías antes y después de la operación son demostrativas de un modo inesperado. Podría tratarse de un absceso post-faríngeo pero el diagnóstico diferencial es fácil por la sintomatología clínica y porque no suben hasta el techo de la naso-faringe. Podría confundirse también con una neoplasia maligna. Un edema de la úvula o cualquier infiltración de ella puede dar una sombra que podría dar lugar a confusiones, pero el caso es raro y de fácil diagnóstico clínico.

La técnica que usa el autor, consiste en: empleo de diafragma Buck, ocho centímetros y medio de chispa, 10 miliampereos, 45 cms. de distancia focal, tiempo 10 segundos. (*The Am. Jour. of Roent. and Rad. therapy*, Agosto 1925).

V. CARULLA.

El tratamiento del cáncer de la mama por el radium. NABIAS y HUFNAGEL.

Deben diferenciarse los casos a tratar, entre las distintas neoplasias de mama que llegan a nosotros, y la técnica debe orientarse desde el punto de vista topográfico:

1.º El tratamiento del tumor de la mama.

2.º El tratamiento del territorio linfático.

Pudiéndose esta última indicación cumplirse según una de las dos fórmulas siguientes:

a) Bloqueo de los linfáticos cuando aun no existen adenopatías.

b) Tratamiento directo de los ganglios cuando existen adenopatías.

1.º.—TRATAMIENTO DEL TUMOR DE LA MAMA

Pueden presentarse tres casos:

1.º *Tumor libre* (en consecuencia distante unos milímetros cuando menos de las costillas-óseas). Este es el caso de técnica ideal.

Con anestesia local, se colocan, mediante un trocar especial los tubos con 2 mgrs., dispuestos en corona alrededor de la lesión a 1 1/2 cm. de su periferia, dirigidos oblicuamente de la superficie a la profundidad, y de la periferia al centro, de modo que queden fuera de la lesión, pero dispuestos de manera que su extremo superficial corresponda al plano superficial del tumor, pero que su extremo profundo toque por debajo del plano profundo. Los tubos filtrados con 1 mm. de platino y en relación con el exterior mediante un fiador, un hilo *mailechort*, recubierto de cautchu en su trayecto exterior.

He aquí las ventajas de este método:

1.ª El radium dispuesto así realiza una verdadera *cubierta esférica de radiaciones* en cuyo centro está el tumor, *aislándolo con una barrera de irradiación del resto del organismo y en particular del tórax y de las vías linfáticas profundas.*

2.ª No se observa ninguna reacción cutánea ni ósea, aun con duraciones largas de tal tratamiento (25 días término medio). En ningún caso hemos observado infección alguna secundaria.

2.º *Tumor fijo a la pared torácica, pero superficial.*

En este caso es imposible colocar tubos en la extremidad profunda del tumor, debajo suyo, porque precisaría que tocasen o se apoyasen quizás sobre el periostio costal, cosa que daría mal resultado, por la facilidad en producirse radio-necrosis. En este caso sólo puede abordarse el caso desde la superficie. Aparato bien adaptado, con filtración suficiente en los tubos, exacta dosificación, perfecta homogenización de la irradiación y conocimiento exacto de las condiciones de tolerancia de los tejidos sanos. He aquí, pues las condiciones que deben estudiarse a propósito de este aparato.

La pasta empleada es la pasta colombiana de un centímetro y medio de espesor, y las dimensiones del aparato deben sobrepasar en todas direcciones en 5 cms. los límites clínicos del tumor. Los mejores tubos son los de 2 mgrs. de R. E., filtrados con 2 mm. de platino y alejados por sus extremidades y lateralmente, unos de otros, de 2 a 3 cms. La homogeneidad de la radiación, si se colocan cuidadosamente se obtiene exactamente, pero puede comprobarse con el ionométrico de Mallet, haciendo mediciones en sitios distintos que deben dar idénticos resultados. Esta medición con el aparato de Mallet, permite estudiar la equivalencia en miligramos de radium-elemento del aparato en cuestión luego de haber los rayos atravesado su espesor. Parece ser que una equivalencia total de 6 mgrs. de R. E. sobre la piel es ideal para el caso de una irradiación que dure 25 días.

Si la filtración fuese inferior a 1 mm. de platino, si la equivalencia en miligramos de radium-elemento en la piel fuese mayor, podrían producirse lesiones óseas y en la piel. Todo ello debe ligarse a la espaciación del tratamiento. Tiempo más largo; mayor tolerancia ósea, sobre todo. El autor cita varios hechos experimentales bien convincentes en este sentido.

3.º *Se trata de un tumor fijo al plano torácico, pero profundo.*

Por idéntica razón que en el caso anterior la introducción de tubos alrededor del tumor es irrealizable. Debe también

resolverse con un aparato difusor moldeado a la superficie empleando las mismas condiciones que en el caso anterior, pero cuidando aún más de evitar las lesiones óseas y de la piel y haciendo que llegue más dosis a mayor profundidad. A estos fines aumentaremos la dosis doblando el grosor de la pasta, y para que no sea tan pesado el aparato, y por tanto molesto, preferimos colocar pequeños rectángulos de pasta de 3 centímetros de ancho, constituyendo pequeños zócalos para cada tubo, y luego soldados sobre una placa de pasta corriente, separando convenientemente estos zócalos a fin de conseguir buena homogeneidad.

Los tubos empleados son de 10 miligramos de radium-elemento, filtrados con dos milímetros de platino y distantes alrededor de unos cuatro centímetros unos de otros.

2.º.—TRATAMIENTO DE LOS TERRITORIOS LINFÁTICOS

a) *El bloqueo linfático.*

Para bloquear la invasión linfática se coloca, una banda de pasta Colombia, de 1'5 cms. de espesor, ancha de 3 cms. y tenemos una longitud suficiente para extenderse desde la base de la axila a cuatro centímetros detrás de la línea axilar y dirigiéndose horizontalmente hacia la pared anterior pasando debajo la región sub-clavicular, sobre el segundo espacio intercostal, atravesando el esternón y terminando por delante del segundo espacio intercostal del lado opuesto. Sobre esta tira se colocan zócalos, en el sentido de su longitud de modo que sus extremidades disten unos cuatro centímetros. Un aparato así durante 25 días se tolera sin reacciones notables.

b) *El tratamiento de las invasiones ganglionares.*

Cuando es ya evidente la invasión ganglionar, palpable a la exploración, el tratamiento de las regiones ganglionares; debe referirse:

Al tratamiento del paquete axilar.

Al tratamiento de las regiones sobre y sub-claviculares.

Al tratamiento de los primeros espacios intercostales a nivel de la región paraesternal.

La mejor técnica sería construir un aparato en pasta Colombia, el mismo que serviría a la vez para irradiar el tumor primitivo y darle extensión suficiente para que se moldee sobre las regiones claviculares y axilar, aparato de un espesor de centímetro y medio y con zócalos distantes entre ellos unos cuatro centímetros y de una altura de un centímetro y medio. En otros casos aunque no sea tan buena técnica, podrían tratarse localmente aquellas regiones ganglionares. La axila, a la misma distancia 3 cms. de pasta colombiana, con uno o dos tubos de 10 miligramos, colocando el brazo y la axila, a caballo sobre aquel molde de pasta Colombia, igualmente pueden construirse aparatos en iguales condiciones para tratar las regiones, sub y retro-clavicular y los espacios intercostales peligrosos.

II Relación entre la duración del tratamiento y la fórmula histológica.

Es preciso hacer la biopsia siempre aun en los casos no ulcerados, bajo anestesia local, suturando bien la incisión necesaria, y practicando la intervención el mismo día si es posible. Como la duración del tratamiento será muy superior al tiempo necesario para juzgar la preparación puede hacerse impunemente.

Seguramente la sensibilidad depende menos del tipo histológico del epiteloma, claro que refiriéndonos a los de tipo pavimentoso, que a las características del índice de actividad carioquinéticas. Las duraciones de la irradiación en relación aquel índice deberían ser de 6 a 10 días para un índice de 1/60 a 1/100; de 10 a 15 días para un índice de 1/100 a 1/150; de 25 a 30 días para un índice que varía de 1/250 a 1/300.

En relación a los epitelomas cilíndricos falta aun experiencia para hablar de sus índices carioquinéticos.

Los autores añaden al trabajo que hemos extractado, cuatro historias de brillantes resultados, conseguidos con tal técnica de irradiación con radium del cáncer de la mama, historias bien documentadas y sorprendentes por sus resultados verdaderamente notables. (*Le cancer*. núm. 1, 1925).

V. CARULLA.