

sin antecedentes familiares. La pierna afecta es también la izquierda, con la única diferencia de que su ángulo de desviación es más abierto. Pie muy atrofico con considerable limitación de movimientos en la articulación tibio-tarsiana. Desarrollo esquelético normal, si bien apreció exagerado valgismo en ambos codos.

Ha usado diferentes formas de calzados ortopédicos y actualmente marcha sobre un pilón-pierna, con pie simulado.

Se niega asimismo a ser fotografiado.

Lo interesante y ventajoso de este personal modelo es la concomitancia de dos excelentes *zonas de apoyo*. Una de ellas es la que radica en la rama horizontalizada del miembro y que la aseguramos y reforzamos por un estribo metálico que pasa por debajo del amoldado de cuero o celuloide contentor. La otra es—como en las protesis para amputación normal de pierna—la meseta tibial representada por las tuberosidades anterior y laterales y este hueso y el borde inferior de la rótula.

La solidez de este aparato esta asegurada por dos montantes laterales de acero de primera calidad los cuales tienen al nivel de la rodilla una charnela que coincide con el mismo eje articular al objeto de permitir el libre funcionalismo de este importante artículo. El pie es de sauce con p'anta de fieltro amortiguadora del choque al dar el paso y el eje metálico de la articulación tibio-tarsiana artificial es totalmente regulable y reajutable limitando sus movimientos dos topes de caucho intercambiables. La pieza A la preferimos de madera de haya por su mucha mayor resistencia, pues debe tenerse presente que está muy expuesta a deterioros. Inmediatamente se adquiere el hábito al porte de esta pierna sin necesidad de reeducación médica.

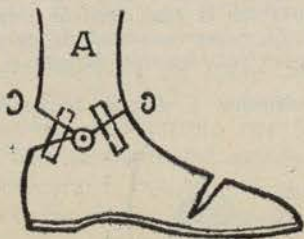


Fig. 5. —Pie artificial; c, c, topes de caucho intercambiables; A, pieza que construimos con madera de haya.

Si la finalidad de este artículo no pusiera un razonable límite a la extensión del mismo detallaríamos algunas variaciones que puedan ya y a veces deben introducirse en la construcción de la extremidad artificial. Sin embargo añadiremos tan solo que en las pseudartosis congénitas, a pesar de que la forma del miembro es muy semejante a la que representamos en la figura 4 ha de prescindirse del apoyo bajo ya que—como se adivina—aquél segmento es movable y en cambio cabe enderezar el miembro de tal forma que algunas veces es posible englobarlo con la pantorrilla artificial sin faltar seriamente a la estética.

En los diferentes grados de hemimelias la forma definitiva de la protesis depende naturalmente de la del miembro, quedando siempre condicionada por la des-

viación y acortamiento de este. En cuanto a las amputaciones congénitas es bien notorio que siendo la deformidad que más analogía tiene con las amputaciones quirúrgicas su protesización será también análoga, y huelga por ende que nos detengamos a hablar de ella.

De cuanto llevamos dicho queda bien patente que para rehabilitar físicamente a estos grupos de contrahechos que acuden ya adultos al médico ortopédico cuenta el especialista con excelentes e inofensivos recursos que ofrecen, al propio tiempo más garantías que cualquier procedimiento quirúrgico. Véase como en este punto los agentes de mecánica ortopédica lejos de ser un eficaz auxiliar del cirujano son de más segura acción que éste y por su sola mediación se obtienen más ventajosos resultados.

CRÓNICA

VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

En los días del 7 al 10 del mes de Abril próximo pasado, se celebró en Roma esta importante reunión de cirujanos pertenecientes a la Sociedad Internacional de Cirugía. El profesor WILLEMS, de Lieja, y el doctor MAYER, docente de la Universidad de Bruselas y Secretario general de la Sociedad, cuidaron, juntamente con el profesor GIORDANO de Venecia, nombrado presidente del VII Congreso, de los trabajos preparatorios de la magna reunión. Hubo las pequeñas deficiencias que son propias de una reunión de esta naturaleza, a la que acuden profesores de muy distintos países y de distintas lenguas. En conjunto, sin embargo, la reunión se deslizó normalmente y los médicos y cirujanos pudieron seguir atentamente la labor de los ponentes e intervenir activamente en las discusiones.

La sesión inaugural fué solemne. Celebróse a las 10 de la mañana del día 7 de Abril en una hermosa sala del Capitolio, presidiendo S. E. Benito MUSSOLINI, Jefe del Gobierno italiano, quien tenía a su derecha a los Profesores WILLIAMS y GIORDANO y a su izquierda al senador CREMONESI, gobernador de Roma y al doctor MAYER.

El Senador CREMONESI abrió el Congreso dando la bienvenida a los Congresistas y expresando la esperanza de que Roma vuelva a ser un centro de civilización y de progreso al servicio de la paz y de la concordia universal,

Benito MUSSOLINI pronunció el siguiente discurso:

Doy la bienvenida, en nombre del Gobierno italiano, a los más ilustres maestros de este arte quirúrgico en el que la ciencia médica ha sabido encontrar, a través de los siglos, una de sus más grandes y gloriosas conquistas. La palabra que designa vuestro arte, Señores congresistas, no lo define suficientemente ni indica, sobre todo, su ideal significación, y su alto valor humano. Por sus raíces griegas, la palabra "cirugía" sólo tiene, en efecto, una muy modesta significación. Puede traducirse: "trabajo de la mano". Pero las más brillantes virtudes de la inteligencia y las más arraigadas energías de la voluntad y del carácter deben conducir y sostener esta

mano en el curso de su trabajo en beneficio de una ciencia gracias a la que, con victorias cada vez más resonantes, vuestros escálpelos sutiles y precisos arrancan al mal, que ya no es invencible, la vida de los hombres tan a menudo y tan terriblemente amenazada. Nacida de muy lejanos orígenes, fué en tierra italiana, Señores Congresistas donde vuestra ciencia, arrancada de la ignorancia de sus profundos, llegó a ser ley y disciplina por la voluntad y el genio de los sabios agrupados en aquella Escuela de Salerno que debía crear más tarde, durante el Renacimiento, los cuatro grandes y gloriosos maestros que reconocéis, todavía hoy, como los reveladores y fundadores venerados de vuestras doctrinas científicas: aludo a Andrés VESALIO y a WURTZINS, a PARACELSO y a AMBROSIO PARÉ. Ciertamente, es inútil recordaros que este último, cirujano de Francisco II, de Carlos IX y de Enrique III, durante las grandes guerras de aquella época acompañaba los ejércitos en los campos de batalla. Y cuando inclinándose sobre los guerreros mortalmente heridos les devolvía la vida que estaban a punto de perder para siempre, y lo hacía, sobre todo, por ligadura de las arterias reemplazando los antiguos métodos de cauterización de los miembros amputados, cuando él arrancaba así de la muerte inminente y cierta el prodigio de una vida nueva, Ambrosio PARÉ, lleno de admirable modestia y levantando los ojos al Cielo decía siempre, muy humildemente: "Je le pançai, Dieu le guarist". No. El no había solamente curado y cuidado aquellos moribundos. El los resucitaba. Y allí donde la muerte mataba, el hombre llegaba para crear una nueva vida.

Los siete libros de una de las más ilustres obras de historia del arte quirúrgico llevan por título: "De corporis humani fabrica". Sois, en efecto, vosotros, los maestros de la anatomía los que "fabricáis" por segunda vez el cuerpo humano. Con vuestros sólidos puños, vuestras manos sabias, vuestros corazones estoicos, y vuestros cerebros lúcidos, habéis arrancado paulatinamente de los arcanos de la enfermedad, la mayoría de regiones las más misteriosas del cuerpo humano.

Como soldado de la gran guerra, he experimentado en mi propio cuerpo vuestra maravillosa habilidad y vuestra ciencia incomparable, y conmigo millones y millones de heridos.

Yo saludo en vosotros, Señores Congresistas, a los salvadores prodigiosos de innumerables vidas, a los héroes victoriosos de las ambulancias. Pero si los soldados reposan, pues hasta las más terribles guerras finen con la paz, vuestro combate con la muerte no tiene ninguna tregua. Hasta el último día de vuestra existencia lucháis sin cesar intentando salvar los grandes heridos de la vida, que son más numerosos, todavía que los heridos que caen en el campo de batalla. Si todos los hombres dignos de este nombre se convierten en soldados al llegar la hora del sacrificio exigido por la patria, sois vosotros, los maestros de la cirugía, los soldados magníficos e infatigables de una batalla ininterrumpida con la muerte.

Soy verdaderamente feliz de veros reunidos aquí, en número tan imponente, huéspedes de Roma, y os ruego aceptéis, con mis saludos cordiales, los sentimientos de mi más viva admiración y de mi más profunda simpatía.

El discurso del "Duce" fué recibido con entusiastas aclamaciones, terminadas las cuales WILLEMS, presidente de la Sociedad, recordó la vida y las obras de los miembros de la Sociedad fallecidos a partir del último Congreso.

El Secretario general MAYER, expuso brevemente los cambios habidos en la Sociedad de Cirugía, señalando la marcha ascendente que seguía y manifestando que el Comité internacional, reunido el día anterior, había acordado admitir en la Sociedad a los cirujanos de las ex-Potencias centrales, cuando estas hubieran solicitado el ingreso en la Sociedad de las Naciones. La condición que se les exigirá es la de que se adhieran a los estatutos de la Sociedad Internacional de Cirugía. Propuso también que se dirigiera por cable un saludo al profesor KEEN, de Filadelfia, al que su avanzada edad de 89 años había impedido asistir a este Congreso como lo hizo a todos los anteriores, sin excepción.

El presidente del Congreso, profesor GIORDANO, dirigió a los Congresistas un excelente discurso en latín.

Primera ponencia.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER UTERINO. Prof. C. RÉGAUD (París).

En la introducción o prefacio de su ponencia dedica RÉGAUD un primer apartado al recuerdo de las nociones histológicas que deben presidir todo estudio clínico y terapéutico del cáncer del útero. Hay que distinguir ante todo dos grandes grupos de epitelomas cervico-uterinos: los *adenopiteliomas* y los *epiteliomas pavimentosos*; las numerosas variedades histológicas de este último grupo, quedan comprendidas entre dos tipos extremos: el *epitelioma epidermoide* y el *no-epidermoide o tubulado*. La separación entre los adenocarcinomas y los epitelomas pavimentosos no es una cosa absoluta y existen formas mixtas entre estos dos grupos.

Esta clasificación si bien no está desprovista de importancia bajo el punto de vista radioterapéutico no representa una base sólida y de seguridad absoluta para las indicaciones y dosis, ya que nuestros conocimientos sobre ello están muy lejos de la certeza absoluta y de una solución definitiva.

En el segundo apartado se ocupa el ponente de la evolución de la radioterapia del cáncer del útero, relatándonos las primeras tentativas de hace 20 años tratándolo con radium cuyos focos dejaban pasar la casi totalidad de los rayos beta y gama, irradiación heterogénea que limitaba a un tenue espesor de tejidos la eficacia a la vez que la incuidad del tratamiento. La interposición de filtros permitiendo la selección de las radiaciones, constituyendo la irradiación ultrapenetrante, permitió a DOMINICI (1907) y a sus discípulos CHERON y RUBENS-DUVAL (1909-1914), crear y difundir rápidamente por el mundo entero la radioterapia del cáncer cervicouterino.

La idea de alcanzar estos epitelomas por medio de los rayos X utilizando tubos especiales adaptados para la irradiación por vía vaginal, remonta también bastantes años; pero estas tentativas cuyo interés quedó ofuscado durante algún tiempo por la superioridad alcanzada por los focos radioactivos, fueron coronados por el éxito gracias al perfeccionamiento de los aparatos, a la filtración (PERTHES), los métodos de medida, la irradiación homogénea (DESSAUER) y su realización práctica con verificación histológica (RÉGAUD y NOGIER). Los trabajos de la escuela de Freiburg bajo la dirección física de FRIEDRICH y la dirección biológica de KRONIG, condujeron hacia los primeros éxitos de la roengenterapia transcutánea aplicada a los tumores malignos profundos y de modo especial al cáncer cervicouterino.

Los resultados comunicados por SEITZ y WINTZ (1920) orientaron hacia los rayos X la terapéutica de los epitelomas cervicouterinos demasiado avanzados para ser curables con solo los focos radioactivos.

Cuando se vió que la radioterapia (curie y roengenterapia) proporcionaba mejoras inesperadas e incluso curaciones en casos que estaban muy por encima de toda tentativa quirúrgica, empezó a crearse atmósfera en favor de la supresión del bisturí en los casos operables; de aquí nació la discusión, todavía en pie, entre cirujanos y radioterapeutas sobre si es preferible irradiar u operar los casos en los que es posible una bien reglada intervención quirúrgica.

Los métodos radioterápicos aplicados al cáncer cervicouterino.

—Factores físicos y geométricos de las técnicas: la *curieterapia*, la *roengenterapia*, la *asociación de los dos métodos*.
CURIETERAPIA: *Vía uterovaginal, intersticial* (radiumpuntura y radiumcirugía), *curieterapia por focos exteriores* (transcutánea).

Curiterapia por vía uterovaginal: Las mejores posiciones focales para la colocación de las substancias radioactivas vienen representadas por la vagina y el canal cervical. No pueden utilizarse las visceras huecas anterior (vejiga) y posterior (recto), son posiciones incómodas y sus mucosas muy susceptibles, permitirían sólo dosis muy débiles.

Cuando se tenga la seguridad de la limitación precisa de un cáncer incipiente, puede defenderse la técnica de una concentración de focos adaptados lo más posible a la lesión clínicamente delimitada! (tubo de radium en el conducto cervi-

cal, uno o dos tubos dispuestos en la superficie externa del cuello—GAGEY, 1924—incluso una radiumpuntura difícil) y con ello alcanzar buenos resultados. Pero, ¿cuán raros son los casos tributarios de estas técnicas ante lo incierto de una exploración clínica como único medio de resumir la extensión de la neoplasia! Vale más suponer una invasión más avanzada y tratar la lesión con un campo de irradiación amplio, por otra parte sin peligro en la inmensa mayoría de los casos.

Guiados por esta idea, dimos a conocer en 1920 una técnica que seguimos practicando y en aquella misma fecha KEHERER recomendaba también alargar el foco cervical a toda la longitud de la cavidad uterina y su colaborador LAHM (1921) preconizaba—lo que plenamente realizaba nuestra técnica—la descentración del foco útero-vaginal.

Disposición de los focos: Tres focos elementales intrauterinos formando rosario dentro de una sonda de caucho; estos focos elementales (substancia radioactiva equivalente a 6'66 mgrs. o 13'33 mgr. de radium elemento por foco) contenida en tubos de platino u oro, realizando una filtración equivalente a un milímetro de platino, filtración secundaria con hoja de aluminio y 2 mm. de caucho puro.

La parte superior de la vagina recibe los focos elementales con filtro de platino 1'5 mm. hoja de aluminio y 6 a 10 mm de corcho parafinado; dos focos en los fondos de saco laterales y uno o dos focos intermedios.

Los tubos de corcho, en cuyo interior se colocan los focos destinados a los fondos de saco laterales, van unidos por un resorte, recubierto de caucho, que los separa y los mantiene bien aplicados lo más cerca posible de la pared pelviana lateral. En la concavidad del resorte se colocan el o los focos intermedios, sostenidos con gasa que impide al mismo tiempo la salida del tubo uterino y protege la pared rectal.

El dispositivo descrito se aplica en un solo tiempo, en todos los casos en que los órganos han conservado su conformación normal. Si el canal uterino es impermeable, se aplica el tratamiento en dos tiempos; vaginal primero y luego uterino, cuando la regresión de la neoplasia ha puesto en condiciones de penetrabilidad el conducto cervical.

Cuando lo avanzado del caso no permite la aplicación en uno o dos tiempos del dispositivo típico, la curación por la sola curieterapia uterovaginal es muy probable. Mejor es asociar la curieterapia interna con la roentgenerapia o con la curieterapia externa transcutánea.

Se ocupa luego RÉGAUD de la radiumpuntura y de la radium-cirugía

La primera solo podría admitirse para realizar el primer tiempo del tratamiento destinado a obtener la regresión del tumor vaginal, haciendo abordable el conducto cervical, pero tiene el gran inconveniente de actuar sobre la mucosa vaginal y no alcanzar la infiltraciones periuterinas, por ello la desaconsejamos y preferimos actuar con el radio conforme hemos indicado anteriormente para estos casos, o destruir la tumoración exuberante con la electrocuagulación. La radium-cirugía del cáncer cervicouterino, ya no tiene ningún interés práctico, pues con la roentgenerapia o los focos exteriores de radium podemos actuar mejor y con menos peligro sobre las infiltraciones parametrales, que con el radium-drenaje por ingenioso que sea.

Curiterapia por focos exteriores: Dispositivo especial que permite la irradiación del contenido de la pelvis utilizando 6 puertas de entrada: 2 anteriores lateroabdominales—2 posteriores sacroiliacas—2 laterales, iliofemorales. Puede añadirse una puerta de entrada pubovulvar (casos de invasión baja de la vagina) de 80 centímetros cuadrados y a 8 centímetros de distancia (véase ARS MEDICA Diciembre 1925).

Roentgenerapia: Dos escuelas o tendencias: 1.^a la de SEITZ y WINTZ de Erlangen utilizando rayos X de efectos biológicos medianamente selectivos, procurando localizar su acción lo más exactamente posible el territorio canceroso (pequeñas y numerosas puertas de entrada, convergencia de rayos muy bien calculada, irradiación breve, algunas horas con distancia focal de 25 cm.). 2.^a la escuela de Freiburg (KRONIG, FRIEDRICH, OPITZ) utiliza rayos X muy selectivos y no precisa una localización tan minuciosa, grandes campos de entrada, duración de la irradiación más larga tanto más cuanto se aumente la distancia focal con lo que se logra mayor igualdad de campo de irradiación y menos peligro de dosis peligrosas para los tejidos normales.

Asociación de la curieterapia con la roentgenerapia: Muy

superior la curieterapia a la roentgenerapia para el tratamiento y destrucción de la neoplasia que puede alcanzar, es imponente (la interna útero-vaginal) para obtener la destrucción de las células cancerosas situadas en la parte externa de los parametrios y menos aun para alcanzar las adenopatías más lejanas; en este caso, la asociación de la curie y roentgenerapia es muy aconsejable teniendo en cuenta el preciso cálculo de las dosis roentgen que lleguen a los territorios que hemos de suponer alcanzados por el radium (dosis mixta).

Se ocupa luego el ponente del problema de la radiosensibilidad, haciendo una distinción entre los factores de radiosensibilidad verdadera de modo especial los inherentes a la especie histológica propiamente dicha y los factores que dependen de la composición del tejido conjuntivo y de la defensa local contra el cáncer.

Se ocupa también de la radiorresistencia debida a la auto-inmunización de las neoplasias contra las rayos y la radiorresistencia debida al mal estado general y a la infección, en forma completísima.

La radiosensibilización artificial se funda en la separación normal de las sensibilidades, es decir la diferencia que existe entre la radiosensibilidad de la neoplasia y de los tejidos normales (base de la radioterapia selectiva) y procura aumentar la radiosensibilidad neoplásica introduciendo en las células átomos de peso elevado que aumenten la absorción de la irradiación (electrolisis o cataforesis de una solución de sal de cobre) o bien orientándose hacia el aumento de la vitalidad mitótica de las células (momento óptimo de radiosensibilidad) calentando la neoplasia con la diatermia (Keating-Hart) aumentando el tono del estado general del canceroso, irradiando en dosis excitante la neoplasia días antes de la dosis cancericida, irradiando determinadas glándulas de secreción interna, administración interna de ciertas substancias orgánicas; intentos todos de radiosensibilización biológica de la neoplasia.

Distribución cronológica y dosis de la irradiación: Cuando las condiciones anatomoclínicas permiten esperar la curación de un cáncer cervicouterino, se debe administrar la dosis cancericida en un tiempo relativamente corto y correspondiendo a un tratamiento único, ya que es un hecho comprobado la *disminución progresiva de la radiosensibilidad bajo la influencia de irradiaciones repetidas y muy espaciadas.*

La dosis depende de las condiciones técnicas de la aplicación, es decir esencialmente del número, valor y disposición topográfica de los elementos radioactivos, de la filtración, de la distancia y de la duración de la aplicación. En caso de una aplicación típica y completa, en el Institut du Radium de Paris, se dan, término medio, 50 millicuries destruidos (6666 miligramos hora radio) en 5 días. Se pueden dar 60 mcd. (8000 mgr. por hora) si es posible la colocación, a más de los 6 elementos focales clásicos, de 2 elementos más suplementarios. Si las condiciones anatomopatológicas de la neoplasia no permiten la colocación de más de 3 o 4 elementos, la dosis será sólo de 30 a 40 mcd., teniendo en cuenta de que estos casos no puede esperarse obtener la curación con la curieterapia sola y que es inútil y peligroso con defectuosa colocación de los focos querer alcanzar la dosis de 70 mcd., ya que nos expondríamos a lesiones vesicales y rectales graves y ello sin ninguna compensación, ya que más allá de cierto límite, el efecto terapéutico de la dosis absorbida no aumenta, ya que más bien disminuye.

RÉGAUD estudia a continuación las dosis roentgen y las dosis radium en aplicación por focos exteriores, para los casos en que no pueda confiarse en una curación obtenida por la sola curieterapia uterovaginal.

Los cuidados preliminares y consecutivos tienen una importancia muy grande, tanto para el éxito definitivo como para evitar las complicaciones de orden general (infección), como las locales. La mortalidad primaria oscila de 1 a 6 % en los casos avanzados y es debida siempre a la infección.

Las buenas estadísticas radioterápicas nos dan término medio las siguientes proporciones de curación para una duración de observación de 5 años, por lo menos, después del tratamiento:

Conjunto de categorías	15 a 20 %
Categorías inoperables (conjunto de grados III y IV)	5 a 15 %
Categorías operables (grados I y II)	30 a 40 %
Únicamente en casos de I grado.	40 a 50 %

Indicaciones terapéuticas: Las indicaciones de la histerectomía se restringen cada día más. Salvo algunas excepciones, la

histerectomía ya no es superior a la radioterapia, incluso para los casos del primer grado.

En este caso, parece asegurar mejor el éxito una aplicación preoperatoria.

La curieterapia por vía uterovaginal es el método de elección para los casos del segundo grado. La histerectomía consecutiva no puede aconsejarse en este caso más que para un cáncer de débil radiosensibilidad (adenocarcinoma).

La roentgenterapia es la colaboradora necesaria de la curieterapia en la mayoría de casos del tercer grado y es el tratamiento de elección para los casos más avanzados y para las recidivas después de histerectomía.

La radiumterapia exterior entra en competencia con la roentgenterapia.

La radiumcirugía parece próxima a desecharse.

La radioterapia postoperatoria profiláctica debe desecharse en absoluto.

LA CURIETERAPIA DEL CÁNCER DEL ÚTERO. PROFESOR E. PESTALOTTA (Roma).

En la lucha contra el cáncer la cirugía ha dado ya de sí cuanto podía dar, no siendo presumible que ulteriores perfeccionamientos técnicos marquen un progreso esencial.

El A. limitando su estudio a los resultados obtenidos por medio de la curieterapia, aislada o asociada a otros recursos terapéuticos, basa sus conclusiones en una estadística de 540 casos, importante más que por su número, por la duración de las observaciones.

El tratamiento metódico por la curieterapia se practica en la Clínica Ginecológica de Roma desde 1914. Casi todos los casos se refieren a carcinomas del hocico de tenca o del canal cervical. Los cánceres de cuerpo lo considera tributarios de la Cirugía, superior en los casos operables, al radium. En los casos de cánceres inoperables del cuerpo conceptúa el radium insuficiente y peligroso.

La curieterapia del cáncer del cuello puede responder a tres indicaciones diferentes: a) tratamiento de cánceres inoperables (primitivos o recidivantes); b) tratamiento coadyuvante de la operación en los casos operables (curieterapia preoperatoria o postoperatoria), y c) tratamiento sustitutivo de la intervención cruenta en los casos operables.

Convencido de los resultados obtenidos por la intervención quirúrgica, desecha *a priori* el A. la curieterapia sustitutiva, limitando por tanto su experiencia personal a los dos primeras indicaciones.

Curiterapia de los carcinomas inoperables: A los fracasos de todos los otros métodos terapéuticos propuestos, la curieterapia, sola o asociada a la radioterapia, opone posibles curaciones, no sólo temporales sino a veces durables, entendiéndose por tales las que ofrecen supervivencias de 5 a 11 años. Figuran en su estadística 14 casos de curación inesperada en enfermas con extensa invasión parametral y destrucción del cuello, con formación de cavernas fétidas, caquexia y dolores. Cuatro casos extremadamente avanzados pueden calificarse de verdaderas resurrecciones. Estos resultados animan a intentar la curieterapia en los casos más desesperados siempre que no existan contraindicaciones evidentes: posibilidad de formación de una fistula véscico-vaginal o recto-vaginal, etc.

Al lado de estos resultados favorables, relativamente raros, conviene añadir buen número de casos en los cuales se obtuvieron curaciones transitorias o, cuando menos, disminución de las pérdidas o atenuación de los dolores y mejoramiento del estado general de la enferma.

El A. tiene poca confianza en las curaciones definitivas de los casos avanzados tratados por curieterapia por la existencia de metástasis en el ligamento ancho y pléyades ganglionares lejanas que escapan a la acción local del radium y aconseja la aplicación de la radioterapia. La colocación de material radiífero en la profundidad de los focos metastásicos ha proporcionado al A. resultados poco lisonjeros.

Sin embargo cree que los perfeccionamientos de la técnica abrirán a la curieterapia horizontes más despejados y se muestra partidario de la colaboración radio-radiumterápica que cree de gran utilidad.

Curiterapia en los cánceres operables (curieterapia pre y post operatoria): La oportunidad de asegurar los resultados

defectuosos de la intervención quirúrgica mediante la irradiación, se halla reconocida universalmente. Divergen únicamente las opiniones en la práctica de la irradiación antes o después de la operación.

El A. practica desde hace varios años la curieterapia postoperatoria. Su impresión, aunque difícilmente traducible en cifras, es bastante favorable; acuciado por ello, ha ido restringiendo los límites de la histerectomía total ampliada, limitándose a escindir lo que está evidentemente enfermo: la curieterapia hace el resto. La denudación metódica del ureter, según el método de WERTHEIM, debe reservarse para los casos de infiltración del parametrio manifiesta; en los restantes basta la clásica operación de FREUND, menos agresora y de mejores resultados inmediatos. Tampoco considera necesario, como complemento de la operación, el taponamiento abdominal a lo FAURE, presentando a pesar de ello una estadística brillante cuando ello es factible: se muestra partidario de la histerectomía vaginal y en los casos de cáncer inicial de la *portio* se decide por la sencilla amputación alta metódica del cuello; este proceder, tan sencillo como radical, que puede aplicarse solo excepcionalmente, reduce a cero la mortalidad operatoria y permite la curieterapia postoperatoria en condiciones óptimas. Los tubos de radio se hallan protegidos por el cuerpo uterino a modo de cúpula, lo que excluye casi en absoluto la posibilidad de producir lesiones vesicales o rectales.

El A. se alza contra la opinión de los que condenan la curieterapia postoperatoria (REGAUD, OPPERT, PRONET) y mantiene su punto de vista personal que resume así: operación en lo posible económica, para reducir la mortalidad inmediata y aplicación subsiguiente de radium, asociada a la curieterapia, vigilando asiduamente los casos y repitiendo la aplicación en caso necesario.

Teniendo en cuenta que casi todos los casos de curieterapia postoperatoria pertenecen al último cuatrienio, no es posible establecer todavía un juicio definitivo. Sin embargo sus observaciones corroboran la ausencia de recidivas precoces y curaciones persistentes datando de tres y cuatro años después de la intervención.

Curiterapia preoperatoria: El A. ha ensayado este método que cuenta con mayor número de sufragios. Es innegable que permite operar en terreno menos dispuesto a la infección postoperatoria. El A., sin embargo, ha observado una mayor dislacerabilidad de los vasos en los casos de reciente irradiación. Aconseja dejar transcurrir un período de seis semanas, como mínimo, entre curieterapia y operación.

Otra ventaja no insignificante de la curieterapia preoperatoria es que mejora las condiciones de operabilidad, aumentando la movilidad del útero en ciertos casos dudosos.

El A., a pesar de ello, sigue fiel a la post-curiterapia en los casos operables reservando la curieterapia preoperatoria para los casos en el límite de la operabilidad.

Resume su trabajo estableciendo como conclusiones: En el momento actual la curieterapia de los cánceres inoperables es un recurso preciso con el que se obtienen, a veces, sorprendentes resultados y casi siempre mejorías momentáneas. En los cánceres operables y evidentemente iniciales es de aconsejar la operación económica, seguida de radium-radioterapia. En los cánceres en el límite de operabilidad se preferirá la curieterapia preoperatoria.

Todo hospital debe estar dotado del necesario material radioactivo, debiendo intensificarse en lo posible la preparación de las emanaciones de radio.

CÁNCER DEL ÚTERO TRATADO POR RADIUM Y RAYOS X. Prof. Sidney FORSDIKE (Londres).

El A. presenta una estadística personal de 197 casos de cáncer cervical tratados por radioterapia profunda en los últimos cinco años. Divide su casuística en:

Casos incipientes: Estos casos se tratan invariablemente en Inglaterra con procedimientos quirúrgicos y tan sólo en casos especiales llegan a manos del radioterapeuta.

Siete de ellos fueron tratados con 1.272 mgms. E. H. en el primero, veinte y treinta días de tratamiento.

El radium, filtrado con 1.5 mm. de plomo, protegido por un manguito de goma se deposita en el canal cervical y en los fondos de saco laterales.

Tres casos viven entre los 4-5 años y pueden considerarse

curados. Otros tres se hallan en observación y sin recidiva entre el año y medio y los dos años y medio. El séptimo murió de toxemia.

El A. se propone modificar en adelante su técnica coadyuvando a la acción del radium con la radioterapia profunda para esterilizar el sistema ganglionar.

Casos de desbordamiento marginal, en los que la neoplasia ha traspasado clínicamente los límites del cervix, invadiendo vagina y tejidos peri-cervicales. Estos casos se tratan, casi siempre, quirúrgicamente pero sus resultados son nulos.

De cincuenta enfermas que sobrevivieron a la operación de WERTHEIM:

58 %	recidivaron dentro del primer año.	} 76 %
18 %	lo hicieron entre el primero y el segundo años.	
18 %	viven sanas entre el primero y los 3 años y medio.	
6 %	viven sanas entre los 4 y medio y 6 años.	

El A. condiciona la operación al tratamiento previo con radium: 2.400 mgms. E. H. en una sola sesión, distribuidos en la masa neoplásica y sus alrededores.

Catorce días después un exámen detenido divide los casos en operables e inoperables. En los casos operables, la induración extracervical ha desaparecido o regresado notablemente. A la tercera semana se practica la operación de WERTHEIM previa irradiación profiláctica de la pelvis con Rayos X. Un mes después nueva aplicación de radioterapia profunda.

De los 50 casos tan sólo 20 pudieron ser operados después de la curieterapia. Una de las enfermas murió de obstrucción intestinal. En seis, los ganglios ilíacos estaban invadidos y en 11 casos la exéresis se verificó en pleno tejido canceroso degenerado por el radium. Si se descuenta un caso desaparecido quedan 18 casos vivos entre el año y los dos años y medio después de la intervención.

Los restantes 30 casos fueron irradiados nuevamente a los 30 días con 2.400 mgms. E. H. y tratados posteriormente con Rayos X. Los síntomas remitieron durante un período de tiempo de uno a tres años.

Recidivas después del Wertheim: Las dificultades de tratamiento son difícilmente superables en estos casos por la proximidad del recto y de la vejiga. En 40 casos tratados solo se obtuvieron mejorías pasajeras y ninguno de ellos sobrevivió al año. En uno apareció después del tratamiento una fístula vesical.

Casos avanzados: De cien casos inoperables, diez no pudieron ser tratados por caquexia, fístulas o generalización cancerosa.

Otros diez desaparecieron después del tratamiento; 31 eran casos desesperados en los que no se buscaba más que la atenuación de los síntomas; 8 sobreviven entre los 5 y los 2 años; 14, entre 1 2 años; 18, entre 1/2 y 1 año; y 5, después de los 6 meses.

En total 3 curaciones (8'8 %) y 79 mejorías (80 %).

Cáncer del cuerpo del útero: Es casi siempre justificable de intervención quirúrgica, con resultados buenos. Solo siete casos han sido tratados por el A.

Dos viven después de 3 años y 1/2. Otros dos recidivan entre los 2 y 3 años. Uno fué tratado por la histerectomía. Vive a los 4 cuatro años. Los otros casos son recientes.

Su tratamiento ha consistido en 3.816 mgms. E. H. en aplicación intrauterina, seguida de radioterapia.

El A. practica un curetaje de los mamelones cancerosos y aplica los tubos radíferos en la masa neoplásica y alrededor de ella, utilizando los rayos *gamma* exclusivamente, con filtros entre 1 y 2 mm. de plomo.

En la primera serie de casos fueron administrados 3.816 miligramos E. H. en una sola sesión, seguida a los 30 días de radioterapia.

Las extensas úlceras tórpidas a que a veces dió lugar este tratamiento masivo obligó a modificar la técnica de la segunda serie, que consistió en 1.272 mgms. de E. H. cada diez días durante tres veces, seguido de irradiación pélvica con Rayos X.

En el tratamiento de las metástasis, el A. ha abandonado los métodos radio-quirúrgicos de DAEL y de BRUSSEL aunque prefiere este último (laparotomía exploradora y aplicación del radium en plena masa neoplásica) que ha puesto en práctica en tres ocasiones.

La técnica radioterápica consiste:

Antes de la operación:

17 días antes, radium: 2.400 mgms. E. H. de radium.

5 días antes: dosis anterior 18 unidades HOBZNECHT; 100 minutos, campo de 33 cms. diámetro.

Dosis posterior: 18 unidades H; 100 minutos; campo: 33 cms. diámetro.

Un mes después:

Dosis anterior: 16 H. = 90 minutos. Campo: 33 cms. diámetro.

Dosis posterior: 16 H. = 90 minutos. Campo: 33 cms. diámetro.

Dosis lateral derecha: 16 H. = 90 minutos. Campo: 3 cms. diámetro.

Dosis lateral izquierda: 18 H. = 100 minutos. Campo: 33 cms. diámetro.

Casos avanzados (un mes después del radium):

Dosis anterior: 18 H. Campo: 17 1/4 X 23 cms.

Dosis post.: 18 H. " 17 1/4 X 23 —

Lat. derecho: 18 H. " 17 1/4 X 23 —

Lat. izquierdo: 18 H. " 17 1/4 X 23 —

El A. ha ensayado como coadyuvantes a la terapéutica física, el *selenio coloidal* con resultados malos y el *cobre coloidal* que le ha producido en los animales resultados alentadores y le induce a continuar por esta vía experimental.

CURIETERAPIA DEL CÁNCER. Prof. Sebastián RECASENS (Madrid).

La introducción en la terapéutica anti-cancerosa del radium, mesotorium y Rayos X, ha modificado el concepto que se tenía de la palabra inoperabilidad, como sinónimo de incurabilidad. Son numerosos los casos avanzados o que han pasado del límite de la operabilidad y en los que los medios físicos han obtenido una curación persistente.

A pesar de todo las probabilidades de curación continúan dependiendo, en terapéutica física como en cirugía, de la posibilidad de instituir un diagnóstico y tratamiento precoces.

La curieterapia del cáncer puede ser efectuada de diversos modos: sea con radium, aplicado en substancia bajo forma de diversas sales: bromuro, sulfato, clorhidrato teniendo en cuenta no la cantidad de sal, sino el radium que contiene, sea con la emanación, encerrada en pequeños tubos de vidrio, cuyo efecto es análogo ya que los rayos utilizados para obtener las modificaciones celulares que conducen a la destrucción de la célula cancerosa son los rayos *gamma* y de una manera excepcional los rayos *beta*.

Análogas consideraciones pueden hacerse acerca del mesotorium cuyas radiaciones pertenecen al mismo tipo *gamma*: la diferencia entre las aplicaciones del radium y las del mesotorium residen en la exacta dosificación a que puede llegarse permanentemente con el radium y los cambios que la vida, relativamente corta del mesotorium, le hace sufrir en pocos días.

La curieterapia del cáncer fué iniciada con motivo de las observaciones de DANLOS. Por su parte DARRIER y ZIMMERN la aplicaron en 1903 a los epitelomas cutáneos. Las observaciones presentadas por BUMM DOEDERLEIN y KROENIG al Congreso de Friburgo sobre su aplicación al cáncer del útero, hicieron concebir esperanzas que no se vieron más tarde enteramente justificadas ya que la cifra de curaciones que se elevó en los primeros tiempos al 80 por 100 descendió a consecuencia de las recidivas, a un porcentaje no superior a 30.

Durante la guerra, BAYLEY, DOUGLAS y KELLY realizaron sobre este particular importantes trabajos.

El empleo de la emanación ya propuesto por RÉGAUD, fué más tarde practicado en grande escala por KELLY.

La introducción de pequeños tubos de emanación en el seno del tejido canceroso marcó una orientación diferente en la dosificación y técnica de las aplicaciones de radium, que fué aplicada con resultados discordes a diversos órganos.

Desde el punto de vista biológico, existen diferencias notables entre las aplicaciones de radium bien filtrado, para las que no se utilizan otras radiaciones que las *gamma*, por quedar detenidas las restantes por el metal, que obra como filtro, y las aplicaciones de radium filtrado deficientemente, a través de delgadas películas metálicas que dejan escapar las radiaciones *beta*.

Los trabajos de DOMINICI, DESGRAIS y sobre todo de FRIEDRICH, han demostrado que los rayos *beta* obran de modo di-

ferente de los rayos *gamma*. Los primeros son análogos a los rayos catódicos del tubo de Rayos X; y dotados de enorme velocidad, al chocar con otro electrón dan lugar a vibraciones de naturaleza idéntica a las de los rayos X.

La cantidad de radiación *beta* que se produce en un tubo de radium de un débil espesor de filtro es considerable y su acción de dos órdenes: una de ellas obra de la misma manera que las radiaciones *gamma*, modificando primeramente las funciones celulares hasta llegar a la destrucción secundariamente; la otra es directamente destructiva. Ello se comprueba en los tejidos irradiados con radium o emanación débilmente filtrada, en los que aparece, alrededor de los tubos, una línea blanca necrótica debida a las radiaciones *beta*.

Esta acción directa puede ser favorable cuando se verifica en pleno tejido canceroso, pero expone a consecuencias desagradables para los órganos y tejidos sanos de la proximidad: numerosos casos de fístulas vésico-vaginales y recto-vaginales no reconocen otra causa que un filtro defectuoso.

El factor más importante en la curieterapia es el conocimiento del grado de sensibilidad de las células neoplásicas. La ley de BERGONIÉ y TRIBONDEAU apoyada por KAISERLING establece la radiosensibilidad de una célula en relación directa con la rapidez de su crecimiento. Pero pueden existir causas individuales que aumenten la sensibilidad. Los medios físicos y químicos pueden también modificarla: diatermia del bazo, catáforesis con sales de cobre, inyecciones de eosina, de colina, de metales coloidales, etc., así como la vacunoterapia y los sueros citolíticos.

Otro fenómeno biológico que precisa conocer, es el estado de radio-resistencia que adquieren los tejidos cuando son irradiados una vez de una manera insuficiente.

Dos técnicas diferentes pueden ser utilizadas en radio-terapia: las aplicaciones cortas y repetidas cada ocho o diez días y las aplicaciones masivas que administran la dosis total destructiva en una sola sesión, a fin de evitar la ulterior radio-resistencia de las células que hubiesen sobrevivido.

En la curieterapia del cáncer del útero la aplicación masiva ha sustituido a la técnica de aplicaciones fraccionadas, que predominó en épocas anteriores, para evitar los fenómenos de radioresistencia. Esta técnica tampoco ha producido los resultados que se esperaban: en ciertas formas de carcinoma, la dosis única ha producido efectos notables; pero en otras, las formas infiltrantes, por ejemplo, ha determinado una evidente disminución en las cifras de curación.

El estudio del índice cariocinético (una célula en mitosis por campo de microscopio; dosis masiva; célula en mitosis por cada tres campos; dosis fraccionada), tampoco ha mejorado evidentemente los resultados de la curieterapia.

Está demostrado que las dosis mínimas producen, en ocasiones, una reactivación del proceso neoplásico, colocando a las células en un estado de actividad química susceptible de sensibilizarlas, en ocasiones, hasta tal punto que una segunda o tercera aplicación de radium produzca los efectos destructivos que no han podido ser conseguidos con las primeras aplicaciones.

La administración de dosis insuficientes para producir la muerte celular puede sobrepasar en ocasiones la dosis irradiante y conducir a una inhibición de la actividad celular o período de latencia, que puede terminar, bien sea con la vuelta a la normalidad, o bien con la muerte de la célula.

Este estado de latencia debe tenerse en cuenta en tejidos previamente irradiados, que pueden conservar, dentro de una aparente vitalidad, lesiones de tal índole que una segunda aplicación puede sobrepasar los límites deseados.

Se admite universalmente que la curación de los procesos cancerosos se halla en razón directa con el estado de vitalidad del substratum conjuntivo, sobre el que reposa la neoplasia epitelial.

Por esta causa, los resultados de las irradiaciones que no destruyan el tejido conjuntivo, son mejores que los obtenidos con dosis más fuertes, influyendo en ello los fenómenos de irritación que experimentan las células conjuntivas, habida su radio-resistencia, contraste con la sensibilidad de las células del carcinoma.

Precisa pues no sobrepasar la dosis de sustancias radio-activas cuando es excesivamente fuerte o muy prolongado su tiempo de aplicación, sucede que a la destrucción epitelial se une la de los tejidos conjuntivos, obteniéndose resultados menos brillantes que cuando se limita la dosis destructiva a las cé-

lulas hiper-radiosensibles: ello explica el resultado de las dosis repetidas, no muy espaciadas en ciertas formas de cáncer uterino.

Las sustancias radioactivas pueden ser aplicadas en la superficie de la neoplasia o en su seno.

Las aplicaciones superficiales pueden hacerse colocando inmediatamente el radium sobre la superficie neoplásica, o filtrándolo en mayor cantidad para utilizar únicamente las radiaciones *gamma* y aun colocándolo a cierta distancia de la producción neoplásica como si se tratase de una ampolla de rayos X.

La aplicación de los tubos de radium en superficie, debe hacerse de tal modo que quede fijo sólidamente en el punto deseado para no influir sobre los tejidos sanos circunvecinos. Se utilizan para ello la cera, la plastelina, etc., con los que se obtienen moldes de la región enferma en los que se colocan los tubos en tal forma que en todo momento las partes a irradiar reciban la radiación calculada.

En esta clase de aplicaciones precisa tener en cuenta la disminución que se produce no tan sólo en razón de la distancia sino también a consecuencia del fenómeno de la absorción, que tiene lugar en las capas atravesadas por las radiaciones y da como resultado una diferencia muy importante entre la cantidad de rayos recibidos por las capas superficiales y los que reciben las capas profundas. Esta desigualdad hace muy difícil la dosificación, porque si se administran dosis exactas para destruir las capas superficiales llega a la profundidad una dosis exigua y por tanto irritante y si por el contrario se calcula la dosis letal para las capas profundas, se obtienen en las superficiales fenómenos de destrucción no sólo epitelial si que también de los tejidos sanos.

En las cánceres del cuello uterino, puede aplicarse el radium en superficie pero ordinariamente se coloca el tubo radífero en el canal cervical, ayudando la acción irradiante central con varios tubos de radium colocados alrededor del hocio de tenca, con lo que se obtiene una acción en superficie y en profundidad.

En ciertos procesos neoplásicos situados en la profundidad y rodeados de tejidos sanos, debe evitarse una dosis letal que sobrepasaría la dosis de resistencia de aquellos; es mejor administrar la dosis por dos puertas de entrada, convergiendo los rayos en la neoplasia. Los cánceres del seno pueden ser tratados por este método de fuegos cruzados, pero no es prudente generalizar su aplicación para las neoplasias internas, por el peligro a que se exponen los órganos vecinos. En los cánceres del útero, la vejiga puede sufrir notablemente si se recurre a los fuegos cruzados.

En ciertas localizaciones neoplásicas no pueden emplearse otros métodos que los de aplicación en superficie; tales son; los cánceres del clítoris, del septum vésico-vaginal algunas formas autótonas o metastásicas del tabique recto vaginal, el de la uretra y el llamado *laminar* uterino.

Para la aplicación del radium precisa tener en cuenta la disminución que experimenta el haz de rayos a consecuencia de la ley del cuadrado de las distancias y de la absorción.

SIDDNEY RUS da como cifras aproximadas de la disminución debida a la distancia las siguientes: representando por 100 la cantidad de radiaciones recibidas en la superficie de la piel: a un centímetro de la superficie equivaldrá a 90; a dos 81; a tres, 72; a cuatro, 68'5; a cinco, 56'5; a ocho, 33; a diez, 22 y a 15 únicamente 13.

Para una neoplasia de 3 centímetros de espesor colocada inmediatamente debajo de la piel, la diferencia entre las radiaciones recibidas entre la capa superficial y la capa profunda oscila entre el 25 y el 30 por 100.

Para las aplicaciones de radium en superficie pueden utilizarse tanto las sales de radium como la emanación. El filtraje y la disminución a distancia son idénticos, permitiendo la utilización de los *gamma* y la de los *beta* en totalidad o en parte.

También puede utilizarse el radium sin filtración aprovechando radiaciones *beta* y *gamma* por cuanto los rayos X son detenidos por las paredes de vidrio o de platino (0'01 mm.) del tubo radífero. A esta probabilidad de terapéutica física se la denomina *betaterapia*, a consecuencia del predominio considerable de los rayos *beta* sobre los *gamma*, en tales condiciones.

Los efectos necrosantes de los rayos *gamma* y aun de los *beta* poco penetrantes, restringen su empleo y se procura eli-

minarlos mediante filtros constituidos por metales de peso atómico elevado: plomo, oro, plata, platino, latón niquelado, etcétera.

Cuando se trata de grandes cantidades de radium, tres gramos o más, un filtro de plomo de un milímetro elimina los rayos gamma de poca potencia y todos los beta.

Para las dosis corrientes de 30, 40, 50, 70 miligramos y las finas agujas de terapéutica intraneoplásica (0'6, 2, 3, 5, 10 miligramos de R. E.) se utilizan filtros de plata, latón o platino.

Para la radioterapia del cáncer de cuello uterino se utiliza preferentemente un filtro de dos milímetros de latón niquelado, eliminando los rayos secundarios con caucho, gasa o papel de filtro.

Las investigaciones de FAILLA y RUTHERGORD demuestran que 2 mm. de cobre equivalen en filtración a 0'4 mm. de platino y suministran un haz homogéneo.

Los filtros de plata deben tener de 0'5 a 1 mm. de espesor. El platino es recomendable cuando precisen tubos de escaso diámetro (0'4 mm. de espesor).

Las aplicaciones intraneoplásicas de sustancias activas se efectúan sea con emanación o mediante pequeñas cantidades de radium, encerrados en tubos de vidrio o de metal, provistos o no de filtro.

Estos tubos se introducen mediante un trocar delgado y se abandonan en el seno de la neoplasia donde se enquistan. En sustitución de los tubos se utilizan agujas de platino de 0'4 mm. de espesor que contienen emanación y son retirados a los tres días, tiempo indispensable para que su valor haya sido reducido a la mitad. Sus paredes mismas sirven de filtro para los rayos beta y los gamma poco penetrantes.

El dosado del radium es de gran dificultad. Para el dosado físico pueden utilizarse los métodos fotográficos o los ionizadores, pero la dosis biológica debe establecerse por tanto hecho en condiciones iguales sobre los tejidos vivos.

Acostumbra a tomarse como punto de referencia la acción del radium sobre la piel en determinadas circunstancias y partiendo de lo que se llama dosis eritema, estudiar los efectos que a igualdad de filtraje y de distancia produce sobre las células cancerosas y sobre la capa basal de la neoplasia.

Las dosis pueden dividirse en tres categorías: dosis inhibitoria, dosis carcinomatosa y dosis letal del tejido conjuntivo.

Con 60 miligramos de radium encerrados en un tubo de dos milímetros de espesor, se produce en un tiempo que varía entre sesenta y noventa minutos, un eritema que tarda unos 20 días en desaparecer. Con 30 miligramos de r. e. precisos de cuatro a cinco horas para obtener un efecto análogo.

Un tubo conteniendo 60 miligramos de radium elemento filtrado con un milímetro de cobre y encerrado en un dedal de caucho produce en treinta horas la destrucción de una neoplasia cervical uterina en un espesor de cuatro centímetros.

Los tubos conteniendo menos de diez miligramos de r. e. sólo pueden ser utilizados para radio puntura. Con agujas y tubos de vidrio conteniendo emanación pueden utilizarse dosis mucho menores a condición de ampliar considerablemente (tres o cuatro días) el tiempo de irradiación. En estas condiciones la acción biológica se produce a distancia de medio a un centímetro alrededor del tubo.

En ciertas formas de cáncer en que los procesos mitóticos se llevan a cabo con marcada lentitud, las primeras aplicaciones de radium son infructuosas.

El A. ha ensayado en estos casos con ciertas ventajas las dosis repetidas y poco espaciadas, al objeto de producir en los primeros momentos una reabsorción de la neoplasia.

En los cánceres superficiales, en los que la distancia a que se encuentran los tejidos sanos les protege de una irradiación excesiva, pueden ensayarse las aplicaciones masivas en una sola sesión; en los restantes casos, para evitar todo daño a los órganos próximos, son preferibles las aplicaciones intermitentes separadas por intervalos de diez días, llegando a la destrucción de las células cancerosas por etapas sucesivas.

En los cánceres profundos o muy extensos la seguridad de llegar a producir efectos letales sobre células cancerosas a distancias de algunos centímetros, no puede obtenerse a priori. Existen casos de neoplasias de la *portio* con indudable invasión parametral hasta la vecindad de la pelvis, curadas con dosis de 30 miligramos de r. e. repetidas cada ocho días

durante un período de seis o siete semanas. El A. puede presentar dos curaciones de esta clase.

Pero generalmente los resultados no son tan favorables; por cuyo motivo desde 1914 el A. aconseja la asociación del radium a los Rayos X y al mesotorio.

Los progresos realizados en la construcción de los aparatos productores de Rayos X, la mensuración por el ionocuantímetro de las radiaciones obtenidas y los estudios llevados a cabo sobre su acción biológica, prestan a esta técnica un valor terapéutico indiscutible.

La asociación radium-radioterápica ha producido una mejora de los resultados definitivos y ha abierto nuevas vías a la terapéutica radio-activa con la posibilidad de hacer llegar la acción de las radiaciones hasta la profundidad de ciertos órganos que de otro modo escapaban a toda terapéutica.

En la actualidad pueden obtenerse radiaciones X de una longitud de 0'06 *armstrong*, lo que significa una potencia de penetración más que suficiente para alcanzar los tejidos profundos y obtener los efectos biológicos deseados, si se eliminan mediante filtros apropiados los rayos blandos que acompañan a aquellos.

No se sabe todavía si son los rayos duros que atraviesan los tejidos sin detenerse o los rayos que transforman en el seno de los tejidos su energía en calor, en estado eléctrico o en fuerza ionizante, los que producen las modificaciones biológicas que van desde la simple irritación hasta la muerte celular. Este problema tiene una importancia capital hoy día en que se ha pretendido reemplazar la fuente de Rayos X que produce la ampolla de Crookes por grandes cantidades de radium filtrado por algunos milímetros de cobre o de platino, para obtener a distancia efectos semejantes a los de aquéllos, haciendo llegar hasta el seno de los tejidos rayos *gamma* de escasa longitud de onda en cantidad suficiente para obrar sobre las células cancerosas situadas a grandes profundidades.

KELLY, de Baltimore, ensayó durante la guerra los efectos de 3 a 4 curies de emanación irradiados desde la superficie de la piel en el tratamiento de los miomas y carcinomas uterinos, tumores del mediastino, etc. El instrumental para estas aplicaciones se reducía a cubos de corcho o de madera de diez centímetros de espesor, por cuyo extremo distal se introducían tres o más tubos de emanación, filtrados convenientemente y adaptados sólidamente a la piel, protegiendo las partes vecinas con placas de plomo de 2 cms. de espesor.

Esta técnica ha producido buenos resultados en los epitelomas cutáneos, localizaciones cancerosas poco profundas y hemorragias metropáticas. En los casos de cáncer uterino se efectuaban aplicaciones mixtas vagino-uterinas y en la superficie exterior de las regiones abdominales y pélvicas.

LAZARUS BARLOW, SYDNEY RUS y C. CHAMBERS utilizando cerca de 5 gramos de bromuro de radium, filtrado con dos milímetros de plomo y un mm. de cobre, distribuido en 18 tubos y colocado en un dispositivo especial que permite proteger al operador, modificar la inclinación del haz de rayos y colocarlo automáticamente a la distancia requerida, no han logrado obtener resultados muy alentadores. Ello pudiera explicarse quizás por la dureza de los rayos utilizados, lo que hace descender mucho la cantidad de radiaciones absorbidas por los tejidos.

Posteriormente RÉGAUD, trabajando con 4 gramos de r. e., ha proseguido estos trabajos, manejando exclusivamente los rayos gamma filtrados con un milímetro de platino, lo que produce un fascículo de rayos capaces de penetrar en la profundidad de los tejidos.

Sus impresiones favorables nos hacen más optimistas y permiten mantener la esperanza de que si el 30 o 40 por 100 de cánceres pueden ser curados por este procedimiento, nuevos perfeccionamientos técnicos acrecerán considerablemente la cifra total de curaciones.

La curieterapia del cáncer del cuello uterino y de la piel son, como hace doce años, los que proporcionan mejores resultados definitivos.

Por regla general, en los cánceres muy limitados, primitivos, en los que la operación puede efectuarse sin riesgos, conviene escoger los procedimientos quirúrgicos.

El problema cambia de aspecto cuando existen invasiones ganglionares. De este modo debe procederse en cánceres labiales.

En los carcinomas de la lengua los progresos han sido rápidos en estos últimos años. Deben citarse entre los perfeccionamientos el empleo de los moldes de manera reglada para impedir el deslizamiento de los tubos y las aplicaciones intraneoplásicas de tubos y agujas de radium, preconizadas por Douglas QUICK. El número de curaciones es muy elevado en los casos sin propagación ganglionar.

El cáncer de las amígdalas ha beneficiado igualmente de estos procedimientos.

En la localización laríngea del cáncer precisa conceder la preferencia a los focos exteriores con rayos gamma filtrados. Sin embargo, la cirugía tiene todavía ciertas ventajas sobre la curieterapia.

El cáncer del recto ofrece pocas posibilidades de curación quirúrgica.

El uso de agujas intraneoplásicas han producido una mejora en las estadísticas de curación.

La práctica de la laparotomía para determinar exactamente el límite superior de localización cancerosa es poco recomendable.

En los cánceres del aparato urinario, los de localización vesical, excepto los papilomas, obtienen malos resultados de la cirugía. Deben ser tratados mediante la introducción cistoscópica de agujas radiferas en los casos limitados y la talla suprapúbica seguida de radiumpuntura en los restantes.

Las aplicaciones de radium en focos exteriores deben ir acompañados de sonda permanente.

El cáncer de la próstata puede tratarse por procedimientos análogos.

El cáncer del pene, si es limitado y sin propagación ganglionar, puede curar lo mismo con procedimientos quirúrgicos que mediante la curieterapia. Pero si hay metástasis ganglionar debe preferirse la radioterapia a grandes dosis de radiaciones muy filtradas o los rayos X.

En el cáncer del seno deben distinguirse los casos bien limitados y fáciles de operar de los muy extendidos y que han sobrepasado el límite de operabilidad.

En los primeros debe aconsejarse la intervención quirúrgica como proceder de elección. La radio o curieterapia consecutiva a la intervención puede rendir buenos servicios profilácticos.

En los muy extendidos es de aconsejar la radioterapia a distancia acompañada de la implantación de numerosas agujas alrededor de la neoplasia.

Nunca está indicada la radioterapia antes de la intervención quirúrgica.

En definitiva: en los casos favorables la elección entre la intervención quirúrgica y la curieterapia es todavía discutible. En lo futuro, es probable que la curieterapia vaya imponiéndose en los casos bien limitados.

RADIOTERAPIA DEL CARCINOMA UTERINO. Profesor O. BEUTTNER (Ginebra).

Las estadísticas referentes al carcinoma uterino deben unificarse en lo futuro al objeto de poder comparar los resultados obtenidos en las diversas clínicas.

Los postulados de WINTER propuestos en la Asamblea de Innsbruck para la instauración de un modelo racional de estadística, deben ser seguidos con escrupulosidad por los ginecólogos, contribuyendo así a la simplificación del problema.

El autor cita a continuación los resultados estadísticos de las aplicaciones radioterápicas en las clínicas alemanas y presenta su estadística personal ajustada a las normas winterianas. Dichas estadísticas pueden resumirse en la siguiente forma:

Munich (1912-1917): 755 casos de carcinoma del cuello tratados con radium; tanto por ciento de operabilidad: 19'5; tanto por ciento de curaciones absolutas: 16'9; tanto por ciento de curaciones obtenidas mediante tratamiento quirúrgico: 26'9.

Heidelberg (1913-1919): 203 casos de carcinoma del cuello (radium); operabilidad: 31 %. Tanto por ciento de curaciones absolutas: 25'1.

Carcinoma de cuerpo: 44 casos. Tanto por ciento de operabilidad: 65'9. Curaciones absolutas: 27'3 %.

Dresden (1915-1917): 36 carcinomas de cuello. Curaciones absolutas: 27'9 %.

Estocolmo (1914-1918): 217 carcinomas de cuello; tanto por ciento de operabilidad: 8'7; curaciones absolutas: 20'29 %.

Ginebra: Divide su estadística de carcinoma del cuello en 3 series de 63 casos cada una repartidas en cuatro grupos:

I Casos operables..	14'3 %	6'3 %	15'9 %
II Casos en el límite de operabilidad ...	12'7 %	17'6 %	19'0 %
III Casos con formaciones crateriformes e infiltración parametral y de los fondos de saco vaginales	37'7 %	33'3 w	46'1 %
IV Casos con extensa craterización y bloqueo de los genitales internos ...	33'3 %	42'8 %	15'0 %

Resultados: Curaciones absolutas:

Primer grupo ...	6'35 %	6'35 %
Segundo grupo... ..	6'35 %	1'75 %
Tercer grupo	4'76 %	1'60 %
Cuarto grupo (defunciones)...	82'54 %	87'30 %

Berlin (Koengl. Univ. Frauenklinik): 1913-1915: 282 carcinomas de cuello. Curaciones absolutas (1920): 17'73 %. Tanto por ciento de operabilidad: 33'78 %.

1916-1918: 431 carcinomas de cuello irradiados. Curaciones absolutas (1920): 18'08 K.

Carcinomas de cuerpo (1913-1918): 50 casos; 18 curaciones (36 %); prefiriéndose la intervención a la radioterapia.

Charité (1915-1925): Carcinomas de cuello de útero: 105 Operabilidad: 4 %. Tanto por ciento de curaciones absolutas en 60 casos (operables o en el límite de operabilidad) tratados con radium: 23'3 Recidivas después de la irradiación: 31'7 %. Recidivas después de operación: 33 %.

Stuttgart (1914-1917): Tratamiento radioterápico. Carcinomas de cuello: 198.

Curaciones durables:

Casos operables ...	20 %
Casos límite... ..	15'4 %
Casos inoperables..	4'4 %
Casos finales... ..	0 %

Carcinoma de cuerpo irradiado: 58.

Curaciones durables:

Casos operables ...	53 %
Casos límite... ..	21 %
Casos inoperables... ..	0 %

Recidivas después de la operación tratadas por la irradiación: 22. Curaciones durables: 7'7 %.

Deduce de ellas que la curieterapia, generalmente asociada a la radioterapia, ha producido en el tratamiento del carcinoma del cuello, resultados interesantes, "comparables en un todo a los obtenidos mediante la intervención" (VOLTZ) y ha permitido la curación persistente de cánceres considerados inoperables

KEHSER y FORSELL comparten este punto de vista y SHAFER añade que la asociación radio-radiumterapia parece ser la más indicada.

En lo que se refiere al carcinoma del cuerpo prevalece la opinión de SCHULTE, que defiende la intervención quirúrgica considerando como falta el tratamiento exclusivo de esta localización mediante la irradiación.

PHILIPP y GORNIG, por su parte añaden: "Pronunciarse en estos casos por la operación o la radioterapia es en ocasiones difícil. Sin embargo, parece verosímil que la intervención quirúrgica en los casos operables de carcinoma de cuerpo tiene ventajas reales y por ella deberemos decidimos siempre que no existan contraindicaciones formales, teniendo en cuenta que la radioterapia es, en estos casos, un recurso ciego que no permite apreciar objetivamente su influencia efectiva sobre el carcinoma."

En lo que se refiere a las lesiones de vecindad y a los trastornos derivados de la radiumterapia (proctitis, sigmoiditis aguda, necrosis tardías del recto, cistitis, fistulas vesicales, manifestaciones generales,) tan frecuentes al principio, las buenas técnicas los han reducido en proporciones extraordinarias. Lo mismo debe decirse de la mortalidad primaria post-radium, que en muchas clínicas ha llegado a reducirse a cero.

Técnica de la radioterapia del útero. Los principios de la curieterapia del cáncer del útero han sido sentados por HEY-MANN (1918) y KEHRER (1920) y a sus trabajos remite el autor para los detalles generales de la técnica, siendo su im-

que a la salida de líquido céfalorraquídeo. Esta última circunstancia se puede atenuar bastante en sus efectos haciendo previamente la punción de los ventrículos o haciéndola una vez abierto el cráneo, como veremos más adelante al tratar los tumores ponto-cerebelosos.

Es preciso distinguir, al hablar de la operación en dos tiempos, según se haga con abertura de la duramadre. Nosotros creemos que terminar el acto operatorio primero, antes de abrir la duramadre, podrá hacerse en los tumores del cerebro propiamente dicho, o sea, en los tumores situados por encima de la tienda del cerebelo; pero es muy pligrosa esta práctica en los tumores del cerebelo y de la protuberancia anular, porque la presión intraventricular, creada por la incomunicación de estos ventrículos con la cisterna magna, a favor del neoplasma, expone a que todo el cerebro gravite sobre la protuberancia anular y de lugar a la muerte. Por este motivo, en los tumores situados por debajo de la protuberancia anular debe ser más leve la operación en un tiempo.

Si la duramadre ha sido abierta en el primer acto operatorio, creemos que debe terminarse la operación, porque existen grandes peligros en esperar un segundo acto operatorio. DANDY ha tenido mucha mayor mortalidad en los tumores ponto-cerebelosos extirpados en dos tiempos que los extirpados en un tiempo. Acha-ca está mayor mortalidad al edema del bulbo y de la protuberancia o a la dislocación del bulbo por el tumor dejado en su sitio, parcial o totalmente.

Resección de lóbulos.—En los tumores sin cápsula que infiltran el tejido nervioso, DANDY no vacila en extirpar bastante extensión de tejido sano. Llega a resecar el lóbulo frontal derecho totalmente. Ha extirpado también el lóbulo frontal izquierdo sin observar trastornos mentales ni síntomas de ninguna clase. Ha hecho esta extirpación total diez veces. La extirpación del lóbulo temporal derecho o del occipital derecho ha ido seguida de una hemianopsia homónima.

Podemos decir que no debemos vacilar en resecar lóbulos cerebrales cuando precisa llegar a un tumor profundo y encapsulado; que en los gliomas infiltrados debemos extirpar la substancia cerebral limitrofe; que la resección de los lóbulos llamados silenciosos, como por ejemplo, los frontales, es compatible con la vida y no dejan trastornos mentales ni de ninguna clase tras la resección; que la abertura, durante la operación de los ventrículos laterales no es tan grave como la creía la cirugía clásica.

La oclusión completa de la duramadre, del cráneo y del cuero cabelludo debe ser el ideal que persiga el cirujano tras la extirpación del tumor. Si la duramadre no puede ser cerrada podrá implantarse un trozo de aponeurosis, en cambio, no creemos tan recomendable la implantación de grasa, pues BRAMAN ha perdido un enfermo de meningitis por esta causa. La hematostasia debe ser perfecta, antes de ocluir la duramadre.

Pronósticos.—El pronóstico de los tumores cerebrales es bastante malo. Se dice que la mortalidad, dejándoles a su curso natural, es de 100 por 100. KUTTNER dice que solamente pueden considerarse como operables del 2 al 9 por 100; a lo sumo el 14 por 100. Y como los operables tienen una mortalidad de más de 40 por 100, resultan curables solamente, en término medio, el 5 por 100 de los tumores cerebrales que se dan en la clínica.

La mortalidad operatoria puede considerarse como término medio de 45 por 100.

El pronóstico para la fosa temporal posterior alcanza de 60 a 75 por 100.

También influye en el pronóstico la clase de tumor: Los quistes tienen un buen pronóstico. También el fibroma y el tuberculoma tienen buen pronóstico. En cuanto al endoteloma, tampoco puede formularse mal pronóstico. En cambio tiene pronóstico más grave el glioma infiltrante y de crecimiento rápido: sobre los gliomas hablaremos más adelante.

Miscelánea.—E. SACH, de San Luis ("Annals of Surgery", mayo de 1925) ha dedicado algunos estudios especiales al glioma y cree que ciertos quistes no son más que gliomas reblanecidos; que podrán transformarse los gliomas en quistes artificiales por medio de succiones repetidas y de esta manera extraerlos con más facilidad, cuando están situados profundamente o cuando son difusos. Ha descrito una variedad de gliomas llamados gelatinos, que se presentan generalmente en el cerebelo y en los ganglios centrales del cerebro. Estos gliomas dice que se pueden extirpar fácilmente, pero en cambio tienden

a reproducirse. Añade este autor que el día que progresen más los métodos colorantes empleados para teñir las preparaciones microscópicas, algunos tumores que no parecen gliomas demostrarán que lo son.

RIVAROLA (Buenos Aires) ha visto 22 casos de quistes hidatídicos del cerebro, de los que el 38,09 por 100 curaron completamente con la operación y 13, o sea el 61,0 por 100, murieron. De estos últimos, cinco por reproducción del quiste. Solamente en uno se presentó supuración.

Experiencia propia.—Nosotros hemos operado 35 casos de tumores cerebrales, de los cuales 13 no han sido encontrados en el acto operatorio. En uno de estos enfermos la autopsia no acusó tampoco el tumor. La lesión parecía un hidrocefalo de escasa magnitud.

Los operados han dado dos muertes: uno a los siete días después de la operación; el otro dos meses después de la operación. En este se halló en la autopsia un enorme hidrocefalo y un tumor pequeño en el borde lateral del cuarto ventrículo. La suerte ulterior de los operados se desconoce, excepto en tres; uno, de craniectomía posterior descompresiva por tumor cerebeloso, vivió varios años con los síntomas atenuados, pero sin recuperar la visión; el otro de un tumor calcificado, grueso como una mandarina, alojado en el lóbulo temporal izquierdo, que fué extirpado completamente, estaba curado en absoluto, puesto que la cefalalgia intensa, los ataques epilépticos y los trastornos mentales, tan intensos que lo llevaron al suicidio dos veces, han desaparecido durante dos años; el tercero, operado de un quiste del lóbulo parietal izquierdo, vive después de seis meses, con una paresia de los miembros del lado opuesto y dificultad de la palabra. La paresia y la dificultad en la palabra disminuyen paulatinamente.

TERAPÉUTICA DE LOS TUMORES CEREBRALES. TÉCNICA QUIRÚRGICA. Dr. de MARTEL (París).

La cirugía de los tumores cerebrales ha hecho grandes progresos en los últimos veinte años. Los constantes progresos de la clínica, el perfeccionamiento de la exploración del cráneo y su contenido por la radiografía, la introducción por DANDY de la ventriculografía y de las inyecciones coloreadas para la localización de los tumores del cerebro, permiten hacer diagnósticos de localización más precisa, lo que tiene gran importancia desde el punto de vista quirúrgico. Los continuados progresos de la técnica operatoria y de la instrumentación han convertido la cirugía del cerebro en una cirugía casi inofensiva en la actualidad. DE MARTEL consagra su ponencia a estas cuestiones de técnica, insistiendo en los siguientes puntos:

- 1.º Necesidad de operar con gran cuidado, haciéndolo tan pronto como sea posible.
- 2.º Necesidad de practicar una hemostasia absolutamente perfecta, usando diferentes medios (cera, fragmentos de hueso, pinzas especiales, etc.).
- 3.º Necesidad de emplear el menor tiempo posible en la abertura de la bóveda craneana, empleando la instrumentación mecánica.
- 4.º Ventajas de servirse, siempre que sea posible, de la anestesia local y de operar sobre un enfermo en posición vertical, lo que suprime los vómitos, la tos y disminuye considerablemente la hemorragia y turgencia del cerebro.
- 5.º Necesidad de no abrir la duramadre hasta después de haber disminuido en lo posible la tensión cerebral (punción ventricular, punción lumbar, inyección intravenosa hipertónica, enemas de sulfato de magnesía).
- 6.º Necesidad de liberar los tumores cuidadosamente, asegurando en todo momento la hemostasia.
- 7.º Intentar siempre la ablación del tumor y renunciar sólo después de haberse asegurado de su imposibilidad.
- 8.º No resolverse a practicar una terapéutica descompresiva (sub-temporal u occipital) sino cuando sea imposible obrar de otra manera mejor.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DE LA FOSA CRANEANA POSTERIOR. Profesor R. BASTIANELLI (Roma).

La localización de estos tumores es más fácil que la de los tumores de la fosa anterior (excepción hecha de la hipófisis).

La localización de los tumores del cerebelo es difícil. Por el contrario, el diagnóstico de los tumores del acústico es resuelto, en general, con precisión.

La punción ventricular con inyección coloreada (DANDY) es un método útil pero peligroso.

El diagnóstico deberá ser precoz y el tratamiento intentado aún estando el enfermo comatoso. Las intervenciones podrán ser exploradoras, radicales o incompletas, según los casos.

Los gliomas son los más favorables para la cura radical.

En suma, ser ecléctico y renunciar a una intervención radical cuando esta se presenta como muy peligrosa.

Las meningitis serosas crónicas, los quistes aragnoideos, curan bien con la simple punción.

Operación en un tiempo, anestesia local, hemostasia perfecta, son los principales factores de éxito.

La estadística de BASTIANELLI da las cifras siguientes:

Operabilidad en un 40 a 50 por ciento de los casos. Probabilidad de exéresis total o parcial, 40 a 50 por ciento de los casos operados. En los tumores intrínsecos del cerebelo, posibilidad de ablación: 15 a 20 por 100; en los tumores extracerebelosos, 50 a 80 por 100.

Sobre la totalidad de los tumores operados la ablación ha sido practicada en 40 a 45 por 100 de los casos.

La mortalidad operatoria para las ablaciones totales y parciales del cerebelo es de 50 a 60 por 100; para el acústico es de 70 a 80 por 100 y más.

En los casos de descompresión y de exploración simple, 40 a 80 por 100 de muertes.

Por el diagnóstico precoz y una técnica cuidadosa, podemos esperar llegue a reducirse la mortalidad operatoria a 15 y 20 por 100, obteniendo curaciones duraderas tan numerosas como para los tumores de otros órganos.

TÉCNICA DE LA RESECCIÓN OSTEOPLÁSTICA DEL CRÁNEO. Prof. HANS BRUN (Lucerna).

Basándose en 458 operaciones cráneo-cerebrales ejecutadas en los últimos 23 años, estima que toda pérdida de sangre, primitiva o secundaria, tiene una influencia muy notable sobre el pronóstico operatorio. Tanto como las modificaciones de presión resultantes de la abertura del cráneo y de las maniobras sobre la duramadre y el cerebro, la hemorragia brusca puede determinar un colapso que imponga la intervención en dos tiempos.

La sutura de Heidenhain, las placas de Kroedel, etc., sólo producen una hemostasia temporal, provocando, secundariamente, una repleción del territorio bloqueado.

Es preciso, pues, evitar la hemorragia primitiva o secundaria, por ligera que sea.

El autor ha operado casi siempre bajo anestesia local y con fragmento muy ancho. Resume en esta forma su técnica personal:

La arteria temporal y las occipitales, cuando interesan el territorio operatorio, son ligadas *d'emblée*. En el punto más declive del fragmento óseo sobre el que se practicará la trepanación hace una pequeña incisión hasta el hueso; después pinza cuidadosamente los vasos con sólidas pinzas óseas dentadas; rechaza enseguida el periostio y horada el hueso con una fresa.

Por el orificio rechaza la duramadre, mediante la sonda de Braatz, en la dirección que seguirá la línea de incisión practicada en una extensión de algunos centímetros. Asegura nuevamente la hemostasia y secciona el hueso valiéndose de la simple pinza de Krause, a partir del orificio de perforación; introduce en la hendidura practicada una mecha de gasa empapada en una solución de gelatina yodoformada caliente, con lo que se detiene instantánea y completamente toda hemorragia. Con la misma técnica y paso a paso, secciona todo el fragmento osteoplástico.

Si debe practicar la operación en dos tiempos, BRUN se detiene en el tiempo descrito, sin levantar el fragmento óseo y suturando el cuero cabelludo sin drenaje, con algunos puntos separados por encima de los mechas de gasa deslizadas en la tabla interna.

Si la operación es en un tiempo, en este momento hay un paro durante el que el enfermo puede beber y reposar y el cirujano renueva todo el material operatorio.

Considera la sutura primitiva de la duramadre como de gran importancia en cirugía cerebral, incluso cuando la intervención

sobre el cerebro ha conducido hasta un ventrículo. Repara las pérdidas de substancia de la duramadre con tejido adiposo, haciéndolo antes con fragmentos de oponentosis. Utiliza siempre como material de sutura y de ligadura la seda fina y no el catgut.

Cuando el tumor cerebral puede ser extirpado, conserva el fragmento óseo; si el tumor es inoperable o sólo parcialmente operable, el hueso es total o parcialmente resecado.

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES CEREBRALES. Doctor Percy SARGENT (Londres).

Se ocupa únicamente del tratamiento quirúrgico que recomienda sea precoz y radical.

Presenta su estadística personal que se resume en:

I. *Gliomas*: a) frontales: 42 casos, 3 éxitos completos; b) occipitales: 12 casos, 1 éxito parcial; c) post centrales: 32 casos, de los que 6 viven 22 meses después de la intervención, pero presentando trastornos más o menos pronunciados; d) temporales: 26 casos, 6 que sobreviven 4 años después de la intervención; e) cerebelosos: 25 por 100 de éxitos.

II. *Endoteliomas*: a) ablación del tumor: 19 éxitos en 31 casos; b) descompresión: 9 éxitos en 10 casos.

III. *Tumores post-cerebelosos*: En 38 casos: 9 supervivencias de 4 a 5 años.

IV. *Tumores de la región pituitaria*: Resultados alentadores

Tercera ponencia.

RESULTADOS LEJANOS DEL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA JACKSONIANA. Prof. LÉRICHE (Strasbourg).

El estudio de unos treinta casos de epilepsia jacksoniana traumática observados durante años, le lleva a creer que la epilepsia es siempre debida a la cicatriz de un foco de contusión cortical. Las lesiones óseas y meníngeas a las que se concede tanta importancia por lo común, no significan nada y son enteramente secundarias. Sin embargo, una simple cicatriz fibrosa no es suficiente para crear el jacksonismo. Las cicatrices epileptógenas parecen encerrar siempre una anormal proliferación de la neuroglia, lo que parece debido a una reacción conjuntiva particular del organismo.

Cuando existe la cicatriz neuróglia, las crisis son determinadas por variaciones bruscas de la circulación cerebral y corresponden siempre a verdaderos desequilibrios del líquido céfalo-raquídeo, sea en exceso, sea en defecto. En efecto, se pueden provocar, experimentalmente, las crisis en el jacksoniano elevando o bajando la tensión del líquido; puede hacerse cesar la crisis por el mismo mecanismo.

El verdadero tratamiento de la epilepsia jacksoniana consiste en la exéresis de la cicatriz fibro-neuróglia. Como esto no es siempre posible, debe contentarse el cirujano, a menudo, extirpando la cicatriz fibro-meníngea que se hunde en el cerebro.

Entonces, la intervención determina una desaparición temporal de las crisis, pero la recidiva es habitual.

¿Puede modificarse la cicatriz por la radioterapia? Es prematura toda contestación.

Para evitar la recidiva es preciso mantener los jacksonianos en estado de equilibrio del líquido céfalo-raquídeo, sea mediante inyecciones intravenosas de agua destilada, sea por la ingestión de soluciones hipertónicas.

Discusión:

Intervienen en ella los profesores ALESSANDRI, ANGILOTTI, DE QERVAIN, YOUNG, JEFFERSON, GAMBERINI, SOLARO, MAYER, y CORACHÁN, quien considera necesaria la ablación completa de las lesiones que puedan considerarse en relación con el desarrollo de las crisis, y considera el procedimiento de la "válvula" de KOCHER muy práctico para mejorar las grandes hipertensiones e indicado, particularmente, en la epilepsia esencial. Expone 4 casos personales.

El próximo Congreso tendrá lugar en Varsovia, bajo la presidencia del Prof. HARTMANN, de París.

Cuarta ponencia.

LA CIRUGÍA EN LOS PROCESOS COMUNES DEL BAZO.
 Prof. A. CORTÉS LLADO (Catedrático de Cirugía en la Facultad de Medicina de Sevilla).

Clasifica los procesos esplénicos de interés quirúrgico en:

- | | | | | | |
|--|--|--|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1.º Procesos locales vulgares sin carácter especial. | } | Heridas. | } | | |
| | | Rupturas por contusión. | | | |
| | | Rupturas espontáneas. | | | |
| 2.º Infecciones. | } | Cambios de situación. | } | hemáticos | |
| | | Quistes | | | serosos |
| | | | | | parasitarios |
| 3.º Enfermedades hepato-lienales. | } | Neoplasias. | } | | |
| | | Aneurisma de la arteria esplénica. | | | |
| | | Sífilis esplénica. | | | |
| | | Tuberculosis esplénica. | | | |
| | | Bazo palúdico. | | | |
| 4.º Enfermedades del sistema retículo-endotelial. | } | Bazo de algunas septicemias palúdicas | } | | |
| | | Abscesos del bazo. | | | |
| | | Anemia esplénica y enfermedad de Banti. | | } | ictericia hemolítica. |
| | | Anemia esplénica infantil y enfermedad de von Jaksh. | | | enfermedad de Gaucher. |
| } | Cirrosis hepáticas: | } | | | |
| | con predominio hepato-lienal. | | | anemia perniciosa. | |
| | con predominio esplenomedular. | | | púrpura trombocitopénica. | |
| } | linfoesplenomedular | } | poliglobulia esencial. | | |
| | | | | linfogramulomatosis. | |
| | | | leucemia. | | |

Heridas, contusiones y rupturas espontáneas. Prescindiendo de las formas más ligeras de contusión en que la cápsula íntegra limita un hematoma situado en pleno parénquima esplénico, todas las lesiones que aparecen agrupadas en este epígrafe tienen de común el amenazar la vida del enfermo rápida e intensamente por la gran hemorragia a que dan lugar las soluciones de continuidad de la cápsula y del parénquima o de los vasos del pedículo.

Los mecanismos de curación espontánea de esta suerte de lesiones son poco frecuentes y muy inseguros. Pero al discutir cual debe ser la intervención terapéutica para obtener la hemostasia, es preciso contar con el hecho anatómico frecuente de la friabilidad y vascularización extrema de la pulpa esplénica, con la frecuentísima alteración patológica del bazo que ha sido lesionado. El tamaño mayor del bazo patológico, ofreciendo una superficie mucho mayor a los agentes traumatizantes, y su fijeza resultante del volumen y de las adherencias que limitan su desplazabilidad, es lo que explica que sea más vulnerable.

Pero sobre todo es la friabilidad del parénquima en los bazos de convalecientes de procesos infectivos (tíficos, neumónicos, gripe), y en el período agudo del paludismo, lo que aclara el mecanismo de las rupturas espontáneas y por lo mismo de las que se producen por traumatismo poco intenso, relativamente, y crea condiciones esencialmente desfavorables para la sutura visceral. En cambio, ciertos bazos esclerosos del paludismo crónico y de la fibradenia, pueden ser poco sangrantes y ofrecer a la sutura un tejido más resistente que el normal.

Resulta, pues, que la decisión del cirujano oscila necesariamente entre sacrificar un bazo agudo y transitoriamente enfermo y susceptible por tanto de volver a la normalidad, o conservarlo por un tratamiento más inseguro tal vez en este caso que si se tratara de un bazo normal; o entre suturar un bazo fibroso con relativa seguridad o extirparlo por ser inútil o

perjudicial para la economía, cuando precisamente la extirpación puede ofrecer más dificultades por existir una periesplenitis. La sutura solo es legítima cuando es fácil, completamente hemostática, cuando permite conservar un bazo sano y cuando es técnicamente correcta. Precisa un pedículo largo, que permita exteriorizar completamente la víscera para explorarla y para poderla inmovilizar, evitando desgarros por movimientos inesperados.

El taponamiento sólo debe utilizarse en casos de desgarros capsulares o muy poco profundos de la cara convexa.

El A. no considera nunca aconsejable la resección parcial que se menciona en las obras clásicas.

La operación indicada en la mayoría de los casos, por ser más segura, más fácil y por suprimir en ocasiones un órgano enfermo cuya ablación podía ser tal vez considerada ya en ausencia de ruptura, es la esplenectomía total.

Desplazamiento del bazo. Sólo cuando el bazo es sano o está muy poco alterado por el estancamiento sanguíneo resultante de una torsión incompleta de su pedículo susceptible de ser corregida del todo por la reposición en situación y posición normales, puede ser considerada la posibilidad de una esplenopexia. La operación más frecuentemente practicada es, sin embargo, la esplenectomía, tanto por su mayor facilidad técnica, como por la inseguridad del resultado de la esplenopexia.

Quistes hemorrágicos, serosos y parasitarios. En los quistes hidatídicos es criterio unánime de los cirujanos el considerar la punción como procedimiento mucho más peligroso que la incisión y aun que la ablación del bazo. La incisión simple seguida de taponamiento es un buen procedimiento en los pseudoquistes hemáticos, que en realidad no son más que hematomas subcapsulares que subsiguen a un traumatismo o a una ruptura espontánea curada. En los quistes de serosos y serohemáticos no parasitarios es más segura la esplenectomía.

Tumores. Las neoplasias, que en todo órgano son indicación de exéresis parcial o total de la parte donde se implantan, en el bazo dan relativamente pocas ocasiones para la esplenectomía, por la poca frecuencia con que se presentan y porque en la mayoría de los casos no se diagnostica en vida la naturaleza tumoral de la esplenomegalia.

Aneurismas de la arteria esplénica. La ligadura de la esplénica ha dado una curación en un caso; la extirpación del saco aneurismático una muerte; el taponamiento de un saco roto una muerte; y la esplenectomía tres curaciones en los tres casos en que ha sido practicada.

Esplenomegalias infectivas. Constituyen múltiples indicaciones de extirpación del bazo.

Esplenomegalias septicémicas. MAYO ha practicado la esplenectomía en 15 casos de septicemia consecutiva a artritis, febrilis, estomatitis y endocarditis; de ellos sólo fallecieron cuatro como consecuencia de la operación o de la continuación del proceso, mientras que todos los demás mejoraron o curaron.

En la endocarditis crónica infectiva con esplenomegalia, la esplenectomía puede obrar beneficiosamente, disminuyendo los focos permanentes de infección. En estos casos es preciso asegurarse previamente de que la esplenomegalia no es debida simplemente a una congestión pasiva por alteración circulatoria.

En muchos de los casos operados, han sido los accidentes agudos de infarto en el curso de la esplenomegalia crónica, los que han llevado al cirujano a la operación. Estos casos de infarto agudo establecen el enlace entre los procesos de evolución subaguda y los abscesos piógenos del bazo que a menudo subsiguen a la obliteración de una ramificación arterial por un émbolo séptico con desprendimiento frecuente de un secuestro esfacélico. Cuando el absceso es intraesplénico y las adherencias son pocas, el tratamiento por la esplenectomía es el más indicado. Los grandes abscesos, muy dolorosos y acompañados de adherencias numerosas o que son francamente abscesos subfrénicos secundarios sólo son tributarios de la esplenotomía.

CIRUGÍA DEL BAZO. Prof. Mauricio PATEL (Lyon).

Desde hace poco, el dominio de las indicaciones operatorias en las afecciones del bazo va desarrollándose y los resultados ya obtenidos permiten darles una verdadera base científica.

1. *Lesiones traumáticas.* En los traumatismos cerrados (con-

tusiones, roturas) pudiendo dar lugar a accidentes tardíos, la esplenectomía es casi la regla; sus éxitos son tanto mayores, cuanto más precozmente ha sido tomada la indicación.

En los traumatismos abiertos (heridas) la indicación es tomada *d'emblée*. Las heridas por arma blanca iustifican a menudo intervenciones conservadoras (esplenorrafia) por ser las lesiones, muchas veces, limitadas y superficiales. Las heridas por arma de fuego, por sus daños profundos y escondidos, por la infección amenazadora, exigen la esplenectomía.

2. *Bazo móvil*. La esplenopexia debe ser reservada para los bazos sanos y de tamaño normal; la esplenectomía será la regla en los bazos patológicos. La indicación operatoria será tomada observando la sintomatología del enfermo.

3. *Enfermedades infecciosas*. a) Las supuraciones esplénicas, cualquiera que sea su origen, exigen una incisión, sobre todo si el absceso ha roto la cápsula esplénica. Una esplenectomía secundaria puede ser necesaria; b) La tuberculosis localizada del bazo está subordinada a una intervención radical, que puede dar algunos resultados.

4. *Tumores quísticos*. a) Los quistes hidatídicos del bazo están a menudo adheridos e infectados y así está indicada la marsupialización. La ablación será practicada secundariamente en los casos en que persista una fístula.

b) En los quistes serosos la esplenectomía es la operación de elección.

5. *Tumores sólidos*. Son mal conocidos y mal diferenciados desde el punto de vista histológico. La esplenectomía es el único tratamiento.

6. *Esplenomegalias diversas*. a) Enfermedad de Gaucher: El tratamiento quirúrgico (esplenectomía) proporciona éxitos, en tanto que el tratamiento médico sólo da fracasos.

b) Leucemia: Está contraindicada la intervención operatoria.

c) Paludismo: En los países no palúdicos, la intervención sólo estará indicada en los accidentes raros y limitados de las esplenomegalias palustres (torsión, ruptura). En los países palúdicos se practica en ocasiones la esplenectomía para conjurar la infección; los resultados parecen buenos, en ocasiones.

d) Enfermedad de Banti: Han sido obtenidos buenos resultados con la esplenectomía practicada precozmente.

e) Esplenomegalias raras (sífilis esplénica, leishmaniosis, anemia esplénica infantil, trombosis esplénica, cirrosis hepática con esplenomegalia). En ocasiones ha dado buenos resultados la esplenectomía.

7. *Afecciones de origen sanguíneo*. a) Ictericia hemolítica: La esplenectomía proporciona buenos resultados.

b) Anemia perniciosa: La indicación operatoria es aún muy oscura.

c) Púrpura hemorrágica: La esplenectomía ha dado algunos éxitos.

CIRUGÍA DEL BAZO. Prof. LEOTTA (Beri).

1. *Lesiones traumáticas*. La esplenectomía es el tratamiento de elección; la esplenorrafia constituye el tratamiento de excepción, al que sólo debe recurrirse en los casos de heridas parciales.

2. *Esplenomegalias infecciosas*. a) Abscesos esplénicos: En los abscesos múltiples está indicada la esplenectomía; en el absceso único basta la esplenotomía.

b) Tuberculosis esplénica: Está indicada la esplenectomía.

c) Sífilis esplénica: La esplenectomía suprime un foco de treponemas y el síntoma dolor.

d) Esplenomegalia palúdica: La esplenectomía sólo está indicada cuando haya complicaciones.

e) Leishmaniosis generalizada: La esplenectomía está contraindicada.

f) Esplenomegalia por endocarditis lenta: Indicada la esplenectomía.

g) Esplenogranuloma siderótica: Indicada la esplenectomía.

3. *Esplenomegalias hemopáticas*. a) Leucemia: La esplenectomía es un tratamiento de excepción reservado para los casos de leucemia crónica con buen estado general, fórmula sanguínea satisfactoria sin manifestaciones hemorrágicas.

b) Leucemia aleucémica: La esplenectomía está contraindicada en todas las formas.

c) Linfogranuloma: Está contraindicada la esplenectomía

d) Enfermedad de Gaucher: La esplenectomía da resultados tanto mejores, cuanto más precoz sea.

e) Anemia perniciosa progresiva: Sólo en los casos lentos, con esplenomegalia notable, está indicada la esplenectomía.

f) Anemia infantil esplenomegálica: La esplenectomía puede responder—en ciertas formas de etiología obscura y rebeldes al tratamiento médico y radioterápico—a la indicación de suprimir una fuente importante de toxinas y de atenuar el proceso hemoclásico, rompiendo el desequilibrio entre la hemólisis y la hemopoiesis.

a) Policitemia y eritemia: Esplenectomía.

h) Ictericia crónica hemolítica: La indicación de la esplenectomía es absoluta y precisa.

i) Púrpura hemorrágica: La esplenectomía es el único tratamiento que puede llevar a la curación.

4. *Esplenomegalias cirróticas*. a) Enfermedad de Banti: La esplenectomía está claramente indicada en el primero y segundo períodos.

b) Enfermedad de Hanot: Está contraindicado todo tratamiento quirúrgico.

c) Cirrosis hipertrófica esplenógena: Esplenectomía en todos los casos en que el proceso hepático es de origen esplénico o cuando menos va acompañado de una notable esplenomegalia que indica se ha desarrollado en el bazo un proceso idéntico al del hígado.

5. *Esplenopatías circulatorias*. a) Aneurisma de la arteria esplénica: El tratamiento de elección es la esplenectomía precoz, asociada a la extirpación del saco aneurismático.

b) Esplenomegalia esplenotrombósica: Está indicada la esplenectomía.

c) Esplenomegalia piletrombósica: La esplenectomía tiene las mismas indicaciones que las demás tentativas de tratamiento quirúrgico (derivaciones circulatorias, fístula de Eck, etc.).

6. *Neoplasias del bazo*. Está indicada la esplenectomía.

7. *Quistes del bazo*. a) Quistes hidatídicos: El método de elección es la marsupialización; la esplenectomía sólo está indicada en los quistes múltiples y muy voluminosos, no adherentes y en los quistes subdiafragmáticos.

b) Quistes no parasitarios (dermoides, hemáticos, serosos, sero-hemáticos): Es preferible la marsupialización, reservando la esplenectomía para las formas complicadas.

CIRUGÍA DEL BAZO. Prof. Th. PAPAYOANNOU (Gherzich).

Considera la esplenectomía como la operación de elección en cirugía esplénica. Debe considerarse como muy favorable en las rupturas del órgano, los tumores quísticos y sífilíticos, la tuberculosis localizada y (cuando es precoz) en las esplenomegalias egipcias y la enfermedad de Banti.

En la malaria suprime un foco importante de infección pero no cura radicalmente. En el *Kala-azar* no es posible asegurar, todavía, el valor exacto de la operación.

La recidiva es casi constante después de la esplenectomía en los casos de tumores malignos.

En cuanto a las enfermedades de la sangre, la esplenectomía ha dado brillantes resultados en la ictericia hemolítica, mientras que en la anemia perniciosa sólo se han obtenido remisiones ligeras del proceso morboso.

En la anemia esplénica infantil la esplenectomía parece haber dado resultados felices y duraderos, estando contraindicada en la verdadera policitemia y en la leucemia.

Se han obtenido resultados favorables en la trombopenia esencial.

CIRUGÍA DEL BAZO. Prof. HENSCHEN (Saint-Gall).

1. *Lesiones traumáticas*. En las formas larvadas, de síntomas imprecisos, operación precoz, conservado el órgano cuando sea posible y, si no, esplenectomía.

2. *Bazo móvil*. Tributario, según su grado, de la esplenopexia extraperitoneal, la esplenectomía, o la ligadura de la arteria esplénica.

3. *Tumores del bazo*. En los quistes hidatídicos la esplenectomía es la operación de elección; en los casos en que no sea posible, marsupialización. En los tumores malignos esplenectomía e irradiación consecutiva. En los quistes y angioperitomas, según las condiciones anatómicas, se practicará la

esplenectomía, la enucleación-resección del quiste, la ablación de la pared quística exteriorizada, el vaciamiento sub-capsular del bazo o la marsupialización.

4. *Esplenomegalias infecciosas.* En los abscesos se practicará la esplenectomía siempre que sea posible. Está también indicada en los infartos esplénicos infecciosos no supurados, la *periesplenitis plástica dolorosa*, las *esplenomegalias tuberculosas*, la *esplenomegalia sifilítica* refractaria al tratamiento específico y el *linfogranuloma*. La esplenectomía no da ningún resultado en la *endocarditis séptica*. Debe ser precoz en la *necrosis esplénica toxémica* y se practicará en las complicaciones esplénicas de la *malaria* y en las *esplenomegalias leishmaniósicas* resistentes al tratamiento estibado.

5. *Esplenomegalias angioesplénicas.* En los aneurismas, ligadura central de la arteria o esplenectomía. Las *trombosis venosas* pueden ser curadas por una esplenectomía precoz. Está contraindicada la esplenectomía en la *enfermedad de Baumgarten*.

6. *Esplenomegalias médulo-hemo-esplénicas.* Está contraindicada la esplenectomía en la *policitemia*. Puede ser admitida como operación paliativa en la *leucemia crónica mieloide y linfática*. Debe ser precoz en la *anemia perniciosa*. Está justificado el tratamiento médico—y en la *ictericia hemolítica*. Constituye el tratamiento radical de la *trombopenia esencial*.

7. *Esplenomegalias reticulo-endoteliales.* Sólo se practicará la esplenectomía en los casos de *degeneración amiloide*, cuando haya ruptura espontánea del órgano. En la *enfermedad de Gaucher* la esplenectomía da buenos resultados clínicos.

8. *Esplenomegalias hépato-esplénicas.* Debe ser precoz la esplenectomía en la *enfermedad de Banti*. En las formas anémicas, leucopénicas y trombopénicas de las *cirrosis hepáticas esplenomegálicas*, la esplenectomía proporciona una mejoría notable y una remisión de los síntomas.

Quinta ponencia.

LOS ABSCESOS DEL HÍGADO. Prof. LEONARDO DOMINICI (Director de la Clínica de la Universidad de Serres).

Cuando se habla de absceso hepático entienden muchos, únicamente como tal, el absceso amebiano. No es verdadero este concepto, ya que si bien el absceso amebiano es el más frecuente, no es el único, pues hay otros gérmenes piógenos que pueden alcanzar el hígado y determinar en él abscesos. ROGERS, acaso quien más profundamente ha estudiado la amebiasis hepática, ha referido casos de abscesos hepáticos piógenos en sus operados e insiste en la necesidad de intervenir quirúrgicamente aquellos que son consecutivos a una angiolititis.

Es más, puede afirmarse que el nombre de absceso no es el más adecuado para designar el amebiano, pues las colecciones hepáticas producidas por los amebas no son verdadero pus, sino el producto de una necrobiosis colicuativa del hígado. Sin embargo, en la práctica es imposible, dada su difusión, sustituir la denominación de absceso amebiano por otro nombre más apropiado.

No es fácil dar una definición que comprenda todas las variadas formas de abscesos del hígado. DOMINICI cree que la más exacta es la siguiente: *El absceso del hígado es una colección, única o múltiple, de pus líquido o de un producto necrobiótico fluidificado formado en el espesor del parenquima hepático, o que lo ha invadido secundariamente.*

En esta definición están comprendidos los abscesos amebianos, los piógenos formados en el hígado o propagados a él por las vías biliares, los que se corren al hígado desde un proceso supurativo de un órgano vecino e incluso están comprendidas, en la definición, las supuraciones secundarias de los quistes de equinococos.

El absceso hepático ha sido diferentemente clasificado por los distintos autores que de él se han ocupado. DOMINICI adopta en su ponencia la siguiente clasificación:

1. *Abscesos hepáticos bacterianos.*
 - a) Por traumatismo hepático.
 - b) Por litiasis biliar e infección de las vías biliares.
 - c) Por enfermedades del tubo digestivo.
 - 1) Apendicitis.
 - 2) Heotifus.

- 3) *Helmintiasis.*
 - d) Por difusión directa de los procesos flogósicos vecinos al hígado.
 - e) Por bacterihemia y piohemia.
2. *Abscesos hepáticos amebianos.*

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

A. *Abscesos hepáticos piógenos.* Han sido encontrados en ellos estafilococos, estreptococos, b. coli, b. de Eberth, diplococos de la pulmonía, piociánicos y anaerobios. Estos abscesos han sido observados muy raramente en los primeros tiempos de la vida extrauterina como complicaciones de la infección del cordón umbilical; son muy raros en los niños y ancianos y han sido observados, principalmente, entre los 25 y los 40 años de edad. Parecen ser más frecuentes en el hombre que en la mujer.

1. *Abscesos por traumatismo hepático.* El traumatismo puede obrar de modos diversos: en algunos casos se trata de heridas inciso-contusas, o por arma de fuego, o por instrumento cortante, que atravesando la pared tóraco-abdominal hasta el hígado, abre una vía directa a los gérmenes piógenos que producen el absceso. En otros casos el trauma obra disminuyendo la resistencia del hígado y favoreciendo el ataque de las bacterias. Se trata de contusiones de la glándula hepática sin solución de continuidad de la pared tóraco-abdominal: las alteraciones así producidas en el parenquima hepático determinan un *locus minoris resistencie* en que encuentran condiciones óptimas de desarrollo los microorganismos llegados por vía sanguínea o procedentes del tubo digestivo. Las heridas directas del hígado pueden determinar abscesos producidos por gérmenes que no han llegado directamente del exterior, sino por vía hemática o biliar, de preferencia.

2. *Abscesos de origen biliar.* La litiasis biliar puede producir el absceso hepático de varios modos, pero siempre por intermedio de una infección purulenta de las vías biliares intra o extrahepáticas. La causa más frecuente de absceso hepático en la coelitis es la angiolititis ascendente supurada, en la que pueden formarse colecciones purulentas en los más finos canaliculos biliares (*abscesos miliares*) o bien el pus se recoge en la periferia de los canaliculos en contacto con las trabéculas hepáticas (abscesos periangiocolíticos), y así difundiendo cada vez más puede llegar a formar el *gran absceso*. En otros casos la colección purulenta puede alcanzar a la vez un canal biliar y el tejido hepático vecino (*absceso biliar*).

CHAUFFARD ha descrito una forma de absceso biliar constituido por múltiples focos confluentes, constituyendo el *absceso areolar*.

3. *Abscesos de las enfermedades del tubo digestivo.* Donde aparecen con más frecuencia los abscesos piógenos es en la apendicitis, el tifus y la helmintiasis.

La vía de propagación más frecuente de los procesos infecciosos apendiculares hasta el hígado es la vía portal, a través de las venas apendiculares que forman una red en torno de la base del apéndice y desaguan en la mesentérica superior. Han sido encontrados casos de trombosis periapendicular, extendida acaso hasta la porta, y en el hígado se han visto abscesos distribuidos a lo largo de los ramos portales. La trombosis periapendicular productora de abscesos hepáticos ha sido observada, no sólo en el absceso apendicular, sino cuando la infección estaba todavía circunscrita al interior del apéndice, y en los casos de apendicitis crónica.

Una segunda vía de difusión, del apéndice al hígado, es la vía linfática.

Los abscesos hepáticos del tifus pueden originarse en las ulceraciones intestinales y de allí alcanzar directamente el hígado por vía portal, determinando, a veces, una pyleflebitis con trombosis.

Los gérmenes pueden, también, llegar al hígado por el torrente circulatorio general durante la fase septicémica Eberthiana, o bien por vía biliar desde una colecistitis o una angiolititis.

Cabe señalar que en el tifus el absceso hepático puede ser producido por un piógeno—distinto del EBERTH—que puede provenir de una ulceración intestinal o de otra flogosis que complique el tifus (úlceras por decúbito).

La *helmintiasis* es, a veces, causa de abscesos hepáticos. Han sido incriminados los ascárides y en menor grado los distomas y tricocéfalos.

4. *Abscesos por difusión directa de infecciones de órganos vecinos.* No tienen una gran importancia, pues su sintomatología, se confunde con la lesión primitiva y hasta desaparece borrada por ella. Su tratamiento tiene también una importancia secundaria, pues depende del de la lesión de origen.

5. *Abscesos por bacteriemia y piohemia.* Los abscesos que se producen en la bacteriemia y los de la piohemia tienen un mecanismo patogénico casi idéntico, pero presentan diferencias desde el punto de vista clínico y terapéutico. Los piohémicos se observan en el cuadro de una verdadera piohemia, de curso agudo o subagudo, pero siempre con producción simultánea de otros abscesos en otros órganos y con el cuadro típico de la piohemia. Estas supuraciones hepáticas acostumbran a ser múltiples y presentan pocas probabilidades de éxito por cualquier terapéutica a que sean sometidas.

Hay otros abscesos, los bacterihémicos, que son también producidos por gérmenes entrados en el torrente circulatorio desde un foco de supuración más o menos lejano, pero que no se acompañan de localizaciones purulentas en otros órganos, no se presentan con el cuadro clínico de la piohemia y en el hígado acostumbran a ser únicos; estos abscesos son menos graves y pueden ser tratados con esperanzas de éxito.

B. *Abscesos amebianos.* Son mucho más frecuentes que los abscesos piogénicos. No son exclusivos de los países cálidos. (La estadística italiana de casos inéditos relatados por DOMINICI comprende 140 casos y otros 120 en la Cirenaica).

Tienen gran importancia como causas predisponentes el clima y el estado higiénico del país. El factor raza tiene también importancia. Se ha visto, por ejemplo, que los blancos emigrados a las regiones tropicales estaban más predispuestos que las razas indígenas, y de estas algunas menos predispuestas que otras. En los musulmanes es poco frecuente el absceso hepático. Algunos autores relacionan estas diferencias en cuanto a predisposición con el uso de alcohol, que está más difundido en la raza blanca que en las indígenas, y del que se abstienen los musulmanes.

La edad en que más frecuentemente aparecen los abscesos amebianos es entre los 30 y 50 años. Son más raros en la mujer que en el hombre.

Naturalmente, la disenteria anterior tiene una importancia fundamental como causa predisponente del absceso amebiano. Según MOSCATO, un factor que predispone a las complicaciones hepáticas de la disenteria amebiana sería el abuso de los astringentes.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Abscesos piogénicos. Pueden localizarse en cualquier punto del hígado pero se encuentran, de preferencia, en el lóbulo derecho. La razón debe buscarse en una especial disposición anatómica de las ramificaciones portales, gracias a la cual el émbolo séptico tiende a penetrar más fácilmente en el ramo derecho que en el izquierdo.

Los abscesos piógenos pueden ser únicos o múltiples. El volumen varía desde el de una nuez hasta la transformación de todo un lóbulo en una colección purulenta.

La estructura es semejante a la de todos los abscesos; una pared (membrana piógena) y un contenido purulento.

Abscesos amebianos. Prefieren, como los piógenos, el lóbulo derecho del hígado. Pueden ser grandes y únicos o grandes y poco numerosos o pequeños y múltiples.

Estos abscesos son la terminación de un proceso necrobiótico mal definido (acaso inicialmente una necrosis hialina, necrosis de coagulación) que no tiene nada que ver con el proceso de infiltración flogística y con el reblandecimiento purulento característico de los abscesos piogénicos.

La cavidad de absceso es irregular y a menudo anfractuosa con varios departamentos comunicantes.

La pared, en los abscesos recientes, es irregular y vegetante. Está en vías de necrobiosis colicuativa y contiene numerosas amibas, especialmente en la parte más periférica. Cuando las amibas han disminuido su actividad y se han sobreadañado bacterias, la pared cambia de aspecto; principia el proceso de reparación por la formación de un tejido de granulación que invade y sustituye la pared necrobiótica y que en ulteriores estadios puede convertirse en fibroso e infiltrarse de sales calcáreas.

Así se enquista el absceso y no tiende más a difundirse.

El contenido es característico. De color diverso, con frecuencia de chocolate por contener restos hepáticos. Está más

coloreado en las partes declives por el proceso de sedimentación de las partes sólidas.

Al examen microscópico el contenido de los abscesos amebianos aparece constituido fundamentalmente por una sustancia amorfa, uniformemente coloreada, algunos raros leucocitos muy alterados y ninguna bacteria. Es incluso difícil encontrar la entameba histolítica, que cuando está presente siempre es escasa.

Si sobreviene una infección bacteriana del contenido del absceso, encuéntrase, aparte de las bacterias, numerosos leucocitos polinucleares más o menos alterados (corpúsculos del pus). Estos datos tienen gran importancia cuando se trata del método terapéutico que debe adoptarse.

SINTOMATOLOGÍA

Abscesos piogénicos. Los síntomas que se encuentran más o menos claros y diferentemente combinados son:

Fiebre que puede ser continua remitente con elevaciones nocturnas hasta 39.5-40 grados o intermitente en accesos lo más a menudo cotidianos.

Pulso frecuente (130), blando, filiforme, irregular.

Dolor espontáneo que puede faltar en los pequeños abscesos, pero que es muy vivo en los grandes abscesos. Depende de la distensión y de la participación en el proceso flogístico de la glissoniana. Asienta en el hipocondrio derecho y gran parte del epigastrio. Puede irradiarse en todas direcciones, pero especialmente hacia la escápula derecha.

Es sordo, lancinante, profundo, y se presenta de un modo remitente y en crisis más o menos intensas y prolongadas.

Hepatomegalia manifiesta:

Contracción de defensa del músculo recto derecho, que no es constante.

Dolor provocado por la palpación.

Inmovilidad del hígado durante los movimientos respiratorios, por estar fijado por el proceso de perihepatitis.

Ictericia que se produce cuando el absceso comprime un grueso conducto biliar o cuando existe angiolitiasis aguda.

Tos hepática seca, sin expectoración. Se debe a irritación del diafragma y de la pleura, cuando no a una verdadera pleuritis.

Hipo por irritación del diafragma.

Pleuritis seca, serosa o purulenta.

Trastornos respiratorios: disnea, respiración breve, superficial.

Alteraciones digestivas: náuseas, vómito, diarrea.

Alteraciones de la orina: albuminuria, urobilinuria, indicanuria.

Hiperleucocitosis neutrófila.

Síntomas radiológicos: elevación de la cúpula diafragmática; diafragma inmóvil.

Punción exploradora que debe ser practicada con toda suerte de precauciones. Cuando se sospeche un absceso piogénico y a falta de otros datos de prueba quiera recurrirse a la punción, lo mejor es practicarla en la misma sala de operaciones, teniendo todo preparado para intervenir y procediendo a la intervención si la punción resulta positiva.

Abscesos amebianos. Son una enfermedad de evolución prolongada, a diferencia de los abscesos piogénicos. Los síntomas son los corrientes.

Estado general caquéctico, con tinte terreo de la piel, que recuerda el de la malaria crónica. Son frecuentes los sudores profusos, independientes de la fiebre y sobre todo nocturnos.

Fiebre: no falta nunca en el período inicial de la complicación hepática. No tiene una curva característica.

Pulso: en general guarda relación con la temperatura.

Dolor espontáneo que puede ser sustituido por una sensación de peso, de estiramiento.

Hepatomegalia: falta al principio o cuando menos es difícil ponerla de manifiesto. Es constante, por el contrario, en los casos avanzados.

Alteraciones urinarias: en el período inicial hay disminución de la cantidad de orina y aumento de los cloruros y del nitrógeno urinario.

Examen de la sangre. Cuando el estado general llega a la anemia y caquexia, hay una disminución de los eritrocitos y del valor globular, acompañada, en ocasiones, de la aparición de formas jóvenes.

Examen radiológico. Puede mostrar alteraciones de la sombra

hepática, de la cúpula diafragmática y del seno pleural, parecidas a las que se observan en los abscesos piógenos y en ocasiones más evidentes por el mayor tamaño que alcanzan los abscesos amebianos.

Exámen de las heces. Puede demostrar la presencia de amebas, lo que tiene, naturalmente, un gran valor diagnóstico.

La *rectosigmoidoscopia* que tendría gran importancia, mayor que el exámen de las heces, según algunos autores, para constatar la existencia de una disentería. En efecto, no faltan lesiones de colitis crónica: vasos dilatados, áreas hemorrágicas puntiformes o mayores, ulceraciones, zonas de infiltración con engrosamiento de la submucosa, edema de la mucosa, falsas membranas, mucosa granulosa y en ocasiones sangre libre o un anormal acúmulo de moco.

La *punción exploradora* es menos peligrosa que en los abscesos piógenos y de gran valor diagnóstico. La punción negativa no debe hacer desecharse el diagnóstico de absceso amebiano, pues podría darse el caso de que la aguja no diera con la cavidad del absceso.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial entre el *absceso hepático piógeno* y el *absceso amebiano* (hepatitis necrobiótica colicuativa) se basa en:

a) La investigación de la enfermedad que puede ser el punto de partida de la infección piógena (traumatismo, apendicitis, fiebre tifoidea, helmintiasis, infecciones, disenteria amebiana);

b) La evolución de la enfermedad es, en general, más aguda en las formas piógenas que en las formas necrobióticas colicuativas.

c) El enfermo presenta más a menudo síntomas agudos en el absceso piógeno y síntomas crónicos en la hepatitis necrobiótica colicuativa.

d) El volumen de las colecciones es más considerable en la infección amebiana.

e) El exámen de la sangre es también útil: la polinucleosis elevada es propia de los abscesos piógenos, mientras que en las hepatitis necrobióticas, incluso las que se han complicado de una infección piógena secundaria, falta la polinucleosis; acaso en estas últimas predomine la mononucleosis.

f) La punción exploradora, cuando el diagnóstico no esté confirmado y cuando se sospeche un absceso piógeno, será practicada en la sala de operaciones, preparados a intervenir si se encuentra pus.

El examen del líquido, que será pus en los abscesos piógenos.

h) El tratamiento de ensayo podrá asimismo ser útil para el diagnóstico diferencial.

TRATAMIENTO

Los abscesos piógenos pueden ser tratados quirúrgicamente. Es preciso distinguir los abscesos únicos y los múltiples.

Los abscesos piógenos únicos serán tratados por la abertura y drenaje del foco; en los pequeños abscesos, como los que determinan los arcárides, se puede intentar la ablación en masa del absceso y la sutura del parénquima hepático.

El tratamiento quirúrgico de los abscesos piógenos múltiples es difícil y da pocos resultados: en las calculosis y las infecciones de las vías biliares, el drenaje es indispensable.

¿Que conducta debe seguirse con los abscesos amebianos?

Las siguientes consideraciones guiarán al cirujano y le ayudarán a formar un criterio.

1.º El exámen microscópico del líquido extraído con la punción exploradora puede revelar la presencia de microorganismos piógenos y de numerosos corpúsculos de pus; en estas condiciones es necesaria la intervención quirúrgica, asociada a la cura emetina.

2.º Las dimensiones muy voluminosas del absceso constituyen una indicación para la cura mixta, especialmente cuando amenazan accidentes respiratorios.

3.º Las condiciones generales precarias del enfermo pueden aconsejar el asociar a la cura con emetina el vaciamiento del contenido del absceso.

TRATAMIENTO DEL ABSCESO DEL HÍGADO. Dr. Paulo PETRIDIS (Alejandría).

Hasta 1912, época en que ROGERS publicó sus trabajos sobre la emetina e introdujo este medicamento en el tratamiento de la amebiasis, todos estaban de acuerdo en admitir la ecuación siguiente:

absceso del hígado = abertura quirúrgica

Desde las investigaciones de ROGERS, es preciso reemplazar esta fórmula sencilla por las proposiciones siguientes:

1) Absceso del hígado = tratamiento médico con emetina sola o asociada a otros medicamentos;

2) Absceso del hígado = punción evacuadora con o sin drenaje, mas el tratamiento médico;

3) Absceso del hígado = tratamiento quirúrgico mas tratamiento médico.

De manera que el descubrimiento de la emetina por el eminente médico de Calcuta ha revolucionado el tratamiento moderno del absceso del hígado por las siguientes razones:

1.ª Porque gracias a la emetina, medicamento específico de la amebiasis, se cura mejor la disenteria y, por consiguiente disminuyen en grandes proporciones el número de hepatitis y de abscesos del hígado consecutivos (tratamiento profiláctico colectivo).

2.ª Porque una vez constituida la hepatitis, la emetina puede desingurgitar el hígado y abortar la probable supuración consecutiva.

3.ª En fin, porque una vez constituido el absceso la emetina es capaz de influenciar la evolución ulterior de la supuración hepática, bien sea sola sin ningún coadyuvante, bien sea acompañada de alguna intervención quirúrgica.

PETRIDIS describe detalladamente la técnica de la punción del hígado, el tratamiento médico acompañado de punción curativa con o sin drenaje y el tratamiento mixto médico-quirúrgico. Se extiende, especialmente, describiendo el procedimiento de diagnóstico y de tratamiento técnico de Arístides PETRIDIS (polipleuro diafragmatomía). Se muestra partidario del uso de la anestesia local en las operaciones del absceso del hígado y trata, finalmente, de las complicaciones operatorias y post-operatorias y de la manera de solventarlas.

Discusión:

LATIS BEY (Alejandría) atribuye accidentes mortales a la punción exploradora.

GIORDANO (Venecia) ha visto una punción positiva en un caso de cáncer supurado. Considera peligroso el tratamiento arsenical por vía rectal.

GALLART MONÉS (Barcelona), opina que deben apurarse los medios diagnósticos. Concede valor decisivo a la punción exploradora y a la polipleurodiafragmatomía de Arístides PETRIDIS.

En cuanto al tratamiento de todo absceso hepático, debe comenzarse por el tratamiento médico (emetina, neosalvarsan, estovarsol). En todo absceso hepático de origen desconocido, debe hacerse el tratamiento como si fuese amebiano. Cuando el tratamiento médico fracasa, debe recurrirse al tratamiento quirúrgico, simultáneándolo con el tratamiento médico.

Nuestro distinguido colaborador, el Dr. CORACHÁN, nos envía las siguientes impresiones que completan la reseña que del Congreso publicamos, redactada siguiendo las impresiones y utilizando las notas proporcionadas por el Dr. GALLART MONÉS.

CORACHÁN y GALLART junto con RECASENS, LOZANO y CORTÉS LLADÓ, han representado dignamente la ciencia española en la Reunión de Roma y nos complace en extremo poder asociar el nombre de los dos primeros a la información que de la misma publicamos.

Desde luengos años y allí donde se celebra un Congreso Médico, ya tenga efecto en España o en el extranjero, allá encaminó mis pasos para inquirir novedades y enseñanzas y también —¿porqué no decirlo?— en busca de descanso material para mi cuerpo.

El VII Congreso Internacional de Cirugía había de celebrarse en Roma y allí fui aguijoneado por doble motivo: por la parte científica del Congreso y por trabar conocimiento con lo que fué escenario de los grandes dramas del cesarismo. Querido por mis buenos amigos de ARS MEDICA para que les dedicase algunas notas, visión de conjunto de lo que fué el Congreso y a pesar de que mi vocación se halla distante de esta misión especial de informador o cronista, antes de emprender el viaje hacia la Ciudad Eterna, les prometí algunas cuartillas y en estas líneas van reflejadas las principales ponencias que se discutieron, despojadas de toda exposición prolija de detalles y acontecimientos y que en puridad no cabrían dentro de los límites forzados de esta crónica.

Igualmente omitiré lo que fué para nosotros la tradicional hidalguía italiana y las ansias que poseen de mostrar al bárbaro las soberbias bellezas que atesora el pueblo italo, donde a las exquisiteces de los grandes artistas que fueron del pincel y del buril, se junta el marco de una naturaleza pródiga y exuberante. Ello fué complemento del Congreso y de un interés, más que científico, puramente artístico y que le es dable al turista contemplarlo en cualquier tiempo y ocasión.

Antes de adentrarme en hablar del Congreso, me hago la siguiente pregunta: ¿tienen los Congresos, una verdadera importancia científica o práctica para el Médico?

Sin duda tienen un objetivo de alto interés y cumplen una necesidad frente al movimiento incesante de las evoluciones científicas de nuestro tiempo tal vez mayor en el aspecto quirúrgico que no en el médico; me explicaré. Al credo científico-biológico informador de la terapéutica quirúrgica de hoy va adjunto y como parte inseparable, la cuestión operatoria práctica, la verdadera cuestión de técnica que avalora los resultados de un acto quirúrgico; pues bien, esta parte se hace asequible al Cirujano que concurre a Congresos mediante la organización de sesiones operatorias, a las que puede asistir y tiene derecho a ello y donde tendrá oportunidad y ocasión para completar sus conocimientos y aprender *maneras de hacer* quirúrgicas de Cirujanos eminentes de los que es dado recoger provechosas enseñanzas hijas de una experiencia cotidiana troquelada por la práctica asidua en las enfermerías quirúrgicas.

Pero, además de este aspecto, hay otro cual es, el trabar relaciones con otros profesionales, pues por lo regular los concurrentes a estas reuniones son siempre los mismos, y cambiar ideas e impresiones científicas con ellos, fuera concurso, esto es, dentro la esfera amistosa y de camaradería.

Quedan para después y a modo de complemento, tomar parte en las sesiones científicas, donde se exponen doctrinas modernas de terapéutica operatoria, se discuten ponencias confiadas a personalidades de relieve, y se asiste a maenas conferencias de los áridos problemas que están en la orden del día.

Además, no hay duda, que viajando siempre se adquiere algún conocimiento que no se tenía y en la visita a Hospitales, Instituciones Higiénicas, quirúrgicas o médicas, se aprende a saber organizar servicios y dar cumplimiento a funciones sociales relacionados con los mismos.

Creo haber dicho bastante en elogio de los Congresos modernos y como queda tela para exponer, paso a referir lo que he visto y comprobado en mi visita de estudios a las diferentes ciudades en que he estado de paso para Roma.

Italia, en cuestión de asistencia médico-quirúrgica, posee una esplendidez de nosocomios que indican un grado de adelanto y cultura científica muy superior a la que habíamos presumido a pesar de leer las notables publicaciones que nos vienen del país del Dante.

El carácter italiano, emprendedor y activo ha sabido sacar el máximo provecho de vetustos edificios monacales, hoy convertidos en espléndidos Hospitales, donde la cultura quirúrgica está a la altura de los servicios que presta y el personal técnico reúne las exigibles cualidades que hoy se creen indispensables para el mejor cometido de la Cirugía; esto es, base científica, dotes de habilidad quirúrgica y larga práctica.

En Milán tuve ocasión de visitar un espléndido Hospital montado a la moderna, esto es, constituido por Pabellones aislados en los que se hallan instalados cómodamente completos servicios de toda clase de quirúrgicas.

El Director Dr. BAGOZZI y el personal subalterno nos recibió con sumas atenciones, quedando satisfechos todos, visitantes y visitados.

En Venecia subieron de punto las atenciones con que fuimos acogidos en nuestra visita a sus Hospitales. El Dr. GIORDANO, Presidente del Congreso, hizo los honores a los visitantes y en nuestro obsequio tuvo la delicadeza de organizar una memorable sesión operatoria en la que pudimos hacernos cargo de su pericia y saber, así doctrinal, como técnico. Reciba desde estas columnas nuestra enhorabuena. Al mismo tiempo nos causó grata impresión la manera de operar del Dr. DEL'ITALE.

Rápido, pero provechoso fué nuestro paso por Padua, Bolonia y Florencia; en la primera pudimos asistir a una operación practicada por el Dr. DONATI que logró interesarnos mucho, por lo difícil de la intervención; en Bolonia llamó poderosamente nuestra atención el Instituto Rizzoli de Ortopedia Moderna, centro importantísimo dirigido por el famoso PUTTI, de cuyo instituto conocíamos ya la Revista que publica con el título de *Chirurgie degli organi di movimento*.

Estando espléndidamente dotado de medios económicos huelga decir cuan completo es su material y cuan importantes son sus talleres, adjuntos donde se confeccionan además de los aparatos protésicos y ortopédicos que su especialidad requiere, los instrumentos que se emplean en esta quirúrgica de restauración.

Es un establecimiento de gran modernidad, de bonita factura y llama la atención por ser de los pocos de su clase, el que más relieve tiene.

Un interés muy secundario tenían las restantes visitas hechas a centros de cultura, Academias, Instituciones Sociales, etc., etc., que completaron la excursión; y réstame ahora decir cuatro palabras acerca del Congreso, en su aspecto general.

Antes consignaré que la impresión que causa Roma es por demás bella y grande; son de admirar a cada paso los restos gloriosos de una grandeza magna perteneciente al que fué Imperio de los Césares romanos, época que ha dejado huellas imperecederas de lo que representara su exquisita civilización un tanto distinta a la que hoy gozamos, a cambio de sobresaltos continuos por el germen de disolución que en ella anida.

En el Congreso se notaba inusitada animación y un trajín continuo en las oficinas y centro de información para los congresistas. Parece ser que la afluencia de médicos y cirujanos sobrepasó a la de otros Congresos, atraídos o, con miras de aprovechar la ocasión que les brindaba el certamen o, para poder admirar de cerca el tesoro de bellezas que reúne el suelo italiano y en particular los alrededores de Roma y Nápoles.

En la primera sesión se expuso con todo detalle el interesante tema *Radioterapia del Cáncer del Utero* en el que dió la nota, del estado en que se halla esta terapéutica física, RÉGAUD, de París; también se puso a discusión la ponencia de los Profesores BEVTTNER (Ginebra), RECASENS (Madrid), quedando completado en todos sus aspectos este primer tema de la orden del día.

En la segunda sesión se estudió la *Terapéutica de los tumores cerebrales* siendo ponente MARTEL (París), BRUN (Lucerna), LOZANO (Zaragoza), BASTIANELLI (Roma), SARGENT (Londres) y ADSON (Rochester). En la discusión sobresalió la de éste último que aportó una nutrida estadística acompañada de proyecciones cinematográficas que ilustraron mucho el tema haciendo resaltar su trascendencia clínica. La discusión fué muy estensa y animada tomando parte YOUNG, DONATI, VIERBAIN, MAGNIS, GIRASH y otros.

La tercera sesión se dedicó a *Epilepsia Jacksoniana* dando ocasión al conocido cirujano de Estrasburgo, Prof. LÉRICHE, para dictar la pauta del tratamiento quirúrgico de esta enfermedad nerviosa.

Tomaron parte en la discusión ALESSANDRI, MARTEL, YOUNG, JEFFERSON, GAMBERINI, CORACHÁN y MAYER. En esta sesión tuve el honor de proyectar unos interesantes diapositivas de casos de epilepsia Jacksoniana operados por mí que merecieron la aprobación de los concurrentes.

La cuarta sesión estuvo dedicada a la *Cirugía del Bazo*. Merece especial nota la comunicación presentada por nuestro compatriota Dr. CORTÉS LLADÓ (Catedrático de Patología Quirúrgica, de Sevilla), en unión de PATEL (París), LEOTTA (Bari), PAPAYOANNOU (Ghezirek) y HENSCHEN (Saint-Gall).

Tomaron parte en la discusión ALESSANDRI, BEER, GIORDANO, SENTZER, DOMINICI (Rossi), DE SOUZA, SCHOEMAKER KUMMER, D. MATHAS, HERNAN, LECONTE.

La quinta sesión la absorbió el tema *Absceso del hígado*, expuesto por DOMINICI (de Cesare) y PETRIDIS (de Alejandría).

En todas las sesiones fué notado un alto interés científico revelado por las bien documentadas ponencias de los temas objetos de exposición.

Tomaron parte en la discusión GIORDANO, MATTHIASON, LAFIS BEY y GALLART MONÉS (de Barcelona).

Las enseñanzas que reportará este Congreso no tardarán en dejarse sentir dentro del campo de la Cirugía al que cada día con más devoción se inscriben mayor número de eximios hombres científicos, biólogos y experimentadores.

M. CORACHÁN