

La interpretación de los trazados se hace partiendo de las diferentes trastornos que pueden alterar las distintas funciones del músculo cardíaco, a saber, la periodicidad, la contractibilidad, la excitabilidad y la conductibilidad. Además la obra está brillantemente ilustrada con numerosos trazados a la pluma reproducción exacta de algunos trazados originales del autor. Estas láminas son altamente comprensivas y no desmerecen en nada del valor clínico del texto.

En conjunto un libro recomendable.

L. TRIAS DE BES.

G. LIEBAULT. — NOCIONES DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA PARA USO DE LOS PRÁCTICOS, Gaston Doin y C.ía. Editores. París, 1926.

Dentro del gran número de publicaciones de la especialidad otorino-laringológica que vienen apareciendo, especialmente en Francia, esta pequeña obra de George LIEBAULT merece el honor de clasificarse entre los libros útiles, no solo al médico práctico, sino al mismo especialista.

Trata unos cuantos temas de la especialidad y en cada conferencia analiza un tema distinto con una claridad de concepto y una línea de exposición tan clásica, que algunas veces parece sacrificada la realidad a la exposición y al concepto estético.

Demuestra en el autor un claro concepto de los vómitos que trata, especialmente en algunos de ellos analiza de una manera muy pulcra todos los detalles.

Como discípulo de la escuela de Burdeos trata muy claramente en el primer capítulo de la angina aguda y su tratamiento, en un estudio de detalle claro y preciso que convence al lector y le instruye en todos los detalles del tratamiento como buen discípulo de su escuela, pero es muy racional y simplista.

Da curiosos detalles aunque no intente el autor dejar completado el exámen del asunto pero señala curiosidades como la angina eritematosa producida por la ingesta de fresas; las anginas estacionales muy frecuentes en verano; nosotros hemos observado precisamente algunos casos de anginas que se repiten todos los veranos y desaparecen durante el resto del año. Es muy interesante conocer este capítulo y el que le sigue y el que trata de vegetaciones adecuadas, especialmente en nuestro país donde abunda de una manera tan exorbitante la infección del tejido linfóide de cavum y faringe bucal tanto en los primeros años de la infancia y pubertad como en la edad adulta, de pronóstico más grave si cabe que en la juventud pues la infección de las amígdalas de una manera permanente es la causa de gran número de infecciones y alteraciones renales, cólicas, cardíacas y especialmente reumáticas.

En algún detalle está muy preciso y práctico el autor, en particular cuando se refiere a procedimiento de exámen, sigue la etiología, diagnóstico y tratamiento no sean muy dignos de atención aunque algunas veces no tan completos.

Estudia muy bien el concepto de hipertrofia, amígdalas y su tratamiento, con muy claro criterio, no somos nosotros de la misma opinión que el autor en lo que se refiere a tratamiento en cuanto al detalle de la extirpación total de las amígdalas en los adultos que nosotros consideramos sencilla, definitiva y sin ningún peligro si se hace la sutura sistemática de los pilares, de la que se ha hecho una exagerada propaganda de la dificultad de la que nosotros consideramos tan fácil de ejecutar en los adultos como la separación de los pilares adheridos; tampoco creemos un buen procedimiento el aconsejado por MOURE de seccionar el pilar anterior con el termo cauterio por que complica la operación, causa una herida que tarda mucho en cicatrizar es dolorosa, impide la sutura de los pilares y no favorece la intervención.

Con la sutura profunda de los pilares no hay posibilidad de hemorragia, dejando la herida abierta sangra fácilmente en el adulto; el autor es partidario de la cauterización hemostática, la escuela de Burdeos es muy afecta al polvo y al termo-cau-

terio, nosotros preferimos el bisturí, las pinzas y la sutura.

Aunque no tan preciso ni completo es también muy interesante el capítulo que trata de la afonía y del mal uso vocal, está perfectamente diferenciado el concepto de ronquera del de afonía y las causas de estos trastornos vocales, insiste con muy buen criterio, según nuestro opinión, en la dificultad de respiración nasal como causa de ronquera y afonía; es sobrio en el tratamiento pero muy justo.

En el capítulo siguiente estudia la obstrucción nasal, sus causas y sus consecuencias.

Es un capítulo muy completo en el que el autor estudia las deformidades, hipertrofias, tumores y demás causas que obstruccionan las fosas nasales causantes a su vez de una gama de enfermedades de la garganta y árbol respiratorio.

Otro capítulo trata de la hidroneanasal con muy claro criterio diferencia la causa de la hidronea de la de la piona, insiste en la necesidad de examinar los senos perineales causantes de gran número de estas dolencias, las deformidades nasales y raras veces dejaremos de encontrar una de estas causas para tener que atribuir un rinorrea de una diatesis exudativa. Como siempre el tratamiento preconizado es sencillo y lógico.

El capítulo que trata de los trastornos óculo-orbitarios y cefaleas de origen nasal es interesante por ser una cuestión poco debatida en la especialidad, si bien los ingleses y especialmente los norteamericanos insisten ahora en los trastornos nasales como causa de cefalalgias e infecciones y trastornos tóxicos generales, es éste un capítulo curioso porque explica la relación de las enfermedades nasales y perinasales con las enfermedades de la órbita y el globo-ocular.

El capítulo que trata de vegetaciones adenoides es un capítulo que deben leer todos los médicos internistas y todos los especialistas. Siguen unas conferencias sobre las enfermedades del oído y mastoides. El criterio práctico es el que guía al autor; cuanto mejoraría la situación clínica del enfermo si el médico y el especialista se penetrasen de este criterio lógico que el autor expone y que nosotros compartimos en absoluto y hemos defendido siempre; ¿porqué si una osteitis de la tibia o de una costilla es tratada con el raspado del hueso enfermo, una lesión osteítica de la mastoides o de la capa no debe ser tratada de la misma manera, sino al contrario conservar durante años y más años una supuración del oído que además de los trastornos propios de la supuración crónica está vecina a unos órganos vitales que pueden fácilmente ser infectados?

Sintéticamente consideramos el libro del Dr. LIEBAULT como uno de los mejores libros de la especialidad para orientar al médico práctico y aun al especialista, con un criterio lógico y práctico dicho de una manera clara y simple.

A. VILA ABADAL.

## REVISTA DE REVISTAS

### Medicina

*El método de Tornai como tratamiento físico de la descompensación cardíaca.* BESSONE.

En estos últimos años se ha intensificado la actividad de los médicos y cirujanos en favor de la solución física de varios aspectos de la patología cardio-vascular.

Una de las últimas manifestaciones en este sentido es sin duda el procedimiento ideado por TORNAI para aligerar el trabajo cardíaco en determinadas fases de hiposistolia.

Fundándose en algunas experiencias preliminares de TABORA, dió a conocer TORNAI su método de Tratamiento de la descompensación cardíaca que tiene como fundamento la disminución de la cantidad total de sangre circulante mediante una sustracción temporal obtenida con una ligadura a nivel de la raíz de los miembros. TORNAI utiliza para este objeto un brazal compresor aplicado hasta conseguir la desaparición del pulso.

La compresión era ejercida por espacio de una hora dos veces al día y solo era practicada por lo general en enfermos con ligeros edemas y cuya descompensación cardíaca era poco grave.

Este tratamiento ha sido comprobado en distintos servicios hospitalarios pero sus resultados no parecen haber motivado grandes entusiasmos a pesar de que LILLENSTEIN cree haber obtenidos favorables resultados. Ello ha inducido al autor del trabajo que comentamos a renovar su estudio que ha realizado sobre algunos animales.

En realidad, si el método no puede substituir ni de mucho a la medicación propiamente cardio-tónica, no por ello puede despreciarse en su carácter de tratamiento coadyuvante, sobre todo si se tratan de enfermos seleccionados dentro de formas poco avanzadas de descompensación cardíaca.

El autor ha comprobado en alguno de estos casos, favorables modificaciones de las presiones máxima y mínima, disminución de la opresión y reabsorción de los edemas...

El autor cree que este procedimiento físico puede ser un útil coadyuvante de la medicación cardio-tónica y podrá ser empleado preferentemente en las etapas de reposo farmacológico.

Por lo general los enfermos toleran bastante bien la compresión ejercida sobre sus miembros la cual debe ser desde luego moderada y durará unos 30 minutos, durante los cuales pueden ejercerse algunas descompresiones de algunos segundos de duración con objeto de favorecer la tolerancia. Bastan dos sesiones diarias.

Juntamente con las modificaciones tensionales apuntadas el autor ha comprobado también una disminución de las pulsaciones en número de 8-10 por minuto.

(*Minerva Médica*, núm. 3-1926).

L. TRIAS DE BES.

### Cirugía

#### *Diagnóstico y tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón.* E. BRESSOT.

Afección relativamente frecuente en el África del Norte es mucho más rara no obstante que la misma afección de localización hepática.

En los once casos comprobados por las A. A. de los cuales operaron 8, el quiste era único. La afección ataca en todas las edades.

Su diagnóstico es difícil. Los signos observados al iniciarse la afección son muy vagos. Solo puede hacerse después de un cierto grado de evolución del tumor. Entre los datos anamnésticos, la presencia de un quiste hidatídico antiguo favorece el diagnóstico.

En los quistes abiertos, la expectoración da macro o microscópicamente los elementos específicos de la afección. En los acompañados de vómito es fácil e indiscutible. Si en el pus no se encuentran fragmentos de membrana característica, el diagnóstico encuentra las mismas dificultades que pasa con los quistes cerrados.

Esta categoría es lo más interesante. Pueden agruparse los síntomas que los A. A. creen más fieles en dos categorías; signos posibles y signos probables. Los posibles son, la hemoptisis aunque no es característica por ser común a otras afecciones; raramente es una hemoptisis franca, frecuentemente está constituida de esputos hemoptóicos más bien aéreos que permite diferenciarlos de los verdaderos hemoptóicos. No lo consideran como otros autores como un signo precoz puesto que en 3 de sus casos no apareció hasta que ya existía una sombra a la radioscopia.

El dolor, que comparan a una compresión alguna vez a un tornillo es otro signo constante de la afección.

Dos veces notaron disnea de esfuerzo, eran dos casos de quistes izquierdos que oprimían más o menos al corazón.

El espesamiento pleural es bastante frecuente, poco abundante, limitado, y de reabsorción bastante rápida; parece acompañar a la inflamación que se nota al desarrollarse el quiste y que desaparece como el espesamiento pleural cuando el quiste adquiere ciertas dimensiones.

Estos signos considerados individualmente tienen poco valor, mas su persistencia, sus caracteres especiales, su contraste con

otros síntomas observados, conducen a practicar exámenes de laboratorio y de radioscopia que aclaran el diagnóstico y constituyen los signos probables, que son positivos y por lo tanto de certeza.

La punción exploradora que puede ser signo de diagnóstico por el líquido extraído, es un error y una falta porque puede inocular la pleura, y tiene el peligro de contaminar el pulmón de focos hidatídicos secundarios.

El examen radiográfico o radioscópico, es un método de diagnóstico de primer orden. La imagen es imposible de confundir cuando se ha visto alguna vez: es un círculo perfecto de dimensiones variables según el tamaño del quiste que se destaca opaco sobre la claridad del pulmón. Esta sombra, como "trazada a compás", está además separada de la línea diafragmática por un espacio claro.

En un caso observaron una sombra redondeada seccionada en su tercio inferior a nivel del diafragma que hizo pensar en un quiste hidatídico del hígado. Mas las hemoptisis y considerar que un elevamiento del diafragma daría una convexidad de este músculo dió el diagnóstico, confirmado en la intervención, de un quiste hidatídico de la cara inferior del pulmón.

Una ectasia aórtica concomitante falseó el examen radiográfico en un caso de PÉLTISSIER. Mas estos casos son raros, y debe tenerse en cuenta que la imagen radioscópica sea característica a condición que los exámenes radioscópicos sean repetidos para demostrar la constancia de la sombra obtenida.

En los sarcomas del pulmón, entre dos exámenes radioscópicos se nota un crecimiento rápido del tumor que no se encuentra nunca en los quistes hidatídicos.

En el laboratorio pueden practicarse tres reacciones: la de Weinberg, la busca de la eosinofilia, y la cuti-reacción.

En los once casos que aportan los A. A. han practicado la reacción de Weinberg y solo en dos ha sido positiva.

La eosinofilia para tener valor debe ser acentuada, la han observado en 6 casos (13 %) y en dos (20 %).

La cuti-reacción practicada en siete enfermos les dió 5 resultados positivos. Es interesante y útil tanto por su rapidez como por su sensibilidad. Esta sensibilidad es mayor para los quistes del hígado que para los del pulmón.

\*\*\*

La técnica general de intervención de quistes, hidatídicos comprende tres tiempos; descubrimiento del quiste, esterilización del contenido y evacuación total.

Ante todo, el cirujano por medio de exámenes radioscópicos debe ver en sí mismo el tumor y su situación. La facilidad y el curso de la intervención residen en una localización impecable.

No todos los quistes del pulmón son justificables de una intervención. Los gruesos y medianos son operables, los pequeños tienen que dejarse crecer hasta adquirir las dimensiones de una naranja. Los quistes corticales son justificables de tratamiento quirúrgico en razón de su fácil acceso.

Los quistes abiertos deben tratarse bajo las mismas condiciones y los mismos cuidados que los quistes cerrados.

La anestesia general es mal soportada por estos enfermos, pues provoca crisis de asfixia. Los A. A. emplean la anestesia local con novocaina; para los póstero-laterales, hacen sentar al enfermo en una silla alta o en un extremo de la mesa de operaciones con las piernas colgantes y los codos apoyados en los soportes destinados a sostener los muslos en las operaciones del ano. Para los quistes anteriores lo colocan acostado sobre la mesa, el dorso apoyado sobre una almohada que sostiene el tórax casi en ángulo recto.

La vía de acceso debe ser siempre la más corta; la que atraviesa menos parenquima pulmonar evitándose así hemorragias muy enojosas.

La longitud de la incisión cutánea y la resección costal dependen de la profundidad y del volumen del quiste. Es mejor una incisión larga intercostal que una de corta con resección costal.

La travesía pleural pone todavía en discusión el problema de la intervención en uno o dos tiempos.

Los A. A. proceden como sigue:

Abierto el tórax hacen a la pleura un pequeño corte. Si des-

cubren adherencias pleurales, practican la pneumotomía. En gran número de casos la pleuritis que se forma al desarrollarse el quiste deja un gran número de adherencias. Diez días después abordan el pulmón. Efectuada la travesía pleural incinden el pulmón. Se observa una cáscara fibrosa resistente en los quistes supurados; se abre; salida de líquido claro, turbio o francamente purulento exhalando olor gangrenoso.

La hemorragia es poco importante cuando la preparación ha sido bien hecha, pues la sección pulmonar es reducida al minimum. En caso contrario el taponamiento preconizado por PETIT DE LA WILLION, será el mejor medio hemostático.

La extracción de la membrana germinativa debe hacerse siempre que sea posible por pequeños movimientos de torsión, sin tirar bajo riesgo de dislacerarla. Práctica fácil en los quistes del hígado lo es menos en los del pulmón, sobre todo en los supurados.

Abierto el quiste y reseca la membrana germinativa si es posible, se procede a la marsupialización. Un drenaje grueso y corto se sitúa en la cavidad. Esto expone a una fistulización prolongada; por lo tanto sólo es preferible en los quistes supurados. No obstante en cinco casos de quistes de hígado han reducido la cavidad sin drenaje. Para los quistes de contenido viscoso y con movimiento febril es preferible la marsupialización. Es prudente fijar a la pared los quistes reducidos sin drenaje, para estar alerta a toda infección amenazadora.

Se cierran los labios con catgut y se fija a la pared facilitada a veces por las adherencias pleurales que se han encontrado e incluso a veces provocado y se procede al cierre total.

En los días sucesivos a la intervención se produce a veces un poco de exudado pulmonar que cede pronto, la fiebre si existe desaparece y el estado general mejora rápidamente. Las hemoptisis disminuyen progresivamente de intensidad hasta desaparecer pocos días después de la intervención, mas no han visto nunca como otros autores dicen, cesar bruscamente una vez extirpado el quiste.

En los marsupializados no hay interés en dejar el drenaje más de 12 o 15 días. Algunos lavados de suero fisiológico completan los cuidados post-operatorios. Se ve con frecuencia en los quistes supurados, recubrirse la herida de una placa grisácea de aspecto de esfacelo que sorprende e inquieta la primera vez que se ve. Algunas curas de vino aromático conducen a una detención rápida.

La cicatrización de los quistes pide por término medio de 50 a 60 días. Citan un caso de 110 días de duración.

Hacen levantar a los operados rápidamente para empezar enseguida la gimnasia respiratoria de educación pleural y pulmonar de gran importancia. La curación de 7 operados de los

La cicatriz es flexible y lineal en tres de sus casos; en 2 la cicatriz es ligeramente adherente en profundidad; en un caso es deprimida y presenta en toda su longitud un infundibulum de 2 cms. de profundidad. Este enfermo es el que conservó una fístula más de tres meses. En los 5 restantes, el estado general es satisfactorio.

A la auscultación y percusión, cuatro están enteramente curados, dos presentan submatidez hacia atrás con disminución de murmullo vesicular; el examen radioscópico confirma estos resultados. En cuatro los ruidos pulmonares son bien claros en los dos lados; y en otros dos los senos costo-diafragmáticos están velados.

Uno de estos operados comienza una recidiva. Jamás han visto tuberculosis secundarias, tan frecuentes en las interminables supuraciones de los quistes marsupializados.

En resumen. Sobre once casos de quistes hidatídicos del pulmón, los autores han operado ocho: uno solo ha comenzado un proceso de recidiva cinco meses después de la intervención; el octavo caso, que no han visto más, abandonó el hospital enteramente cicatrizado. La mortalidad ha sido nula. (*Lyon Chirurgica*, Marzo-Abril de 1926).

J. SALARICH.

*Patogenia y tratamiento preventivo de las complicaciones pulmonares de la cirugía gástrica.* P. RAZEMON.

Las complicaciones pulmonares se presentan con más frecuencia consecutivamente a las intervenciones supraumbilicales

que a las infraumbilicales, y de entre aquellas las que darían un tanto por ciento mayor de morbilidad (15 por 100) serían las gastro-duodenales. Son asimismo causa frecuente de muerte; las estadísticas fluctúan entre 14 y 35 por 100 como causa de defunción en las intervenciones practicadas en el estómago y duodeno. Su patogenia se ha explicado de manera muy diversa e insuficiente. Lo es cuando se hacen intervenir factores comunes a otras muchas intervenciones, tales como: el shock operatorio, anestesia general, enfriamiento, infecciones de la nariz y de la boca.

Las secciones y tracciones repetidas del neumogástrico en el transcurso de las maniobras operatorias pueden influir como causa favorecedora de la infección cuyo origen queda sin determinar. Lo mismo cabe decir de la congestión pasiva de las bases pulmonares favorecida por el decúbito y por la dificultad respiratoria. Fundamentándolo en pruebas bacteriológicas, clínicas y experimentales, el autor busca el punto de partida de la infección pulmonar en la movilización de gérmenes procedentes del foco operatorio.

El estudio comparado de la flora microbiana del contenido gastro-duodenal, el de las úlceras y el de las complicaciones pulmonares demuestra la similitud de gérmenes; estando constituida en su gran mayoría por microbios pertenecientes al grupo de los neumo-entero-estreptococos, y de entre estos el que se encuentra con mayor frecuencia es el enterococo. Habiéndose, en algunos operados que después presentaron una complicación pulmonar, hecho el análisis bacteriológico previo del contenido gastro-duodenal, o de la pared de la úlcera reseca, el análisis posterior de la flora de sus esputos demostró ser idéntica a la hallada anteriormente.

Mediante pruebas experimentales, valiéndose bien de microbios, bien de substancias colorantes previamente divididas se demuestra que la invasión de los gérmenes parte de la serosa peritoneal y principalmente de la que tapiza el diafragma. La inoculación de la herida gástrica o duodenal influye poco en la propagación de los gérmenes.

Los microbios inoculados durante el transcurso de la intervención en la superficie peritoneal serían acarreados directamente o más aún por el intermedio de pequeños focos locales de infección, por los linfáticos del diafragma hacia el gran canal linfático torácico o hacia las cadenas linfáticas mamarias internas y de estas a la circulación general y al corazón derecho, encontrando como a primer filtro capilar los pulmones, en donde su influencia patógena variará según su virulencia y según la resistencia del individuo.

La invasión por vía venosa hecha abstracción de la poca influencia que pueden ejercer las anastomosis porto-cava, está dificultada por el obstáculo que supone la interposición del hígado entre el sistema porta y la circulación venosa general.

La terapéutica de las complicaciones pulmonares debe ser ante todo preventiva. A los factores reconocidos como a coadyuvantes deberá tenderse a anularlos en lo posible. Así deberemos esforzarnos en emplear la anestesia local asociándola eventualmente a los anestésicos generales para los momentos dolorosos de la intervención. La gimnasia respiratoria comenzada días antes de la operación y proseguida después lo más pronto posible, combatirá eficazmente la tendencia a la congestión pulmonar y ejercerá su influencia favorable sobre el estado general.

Para disminuir la septicidad del contenido gastro-duodenal, practicaremos lavados de estómago mediante agua yodada.

Durante la intervención hay que procurar mediante un aislamiento lo más completo posible del campo operatorio la contaminación del peritoneo. Pero como esta contaminación es prácticamente imposible evitarla de un modo absoluto, deberemos asociar a las precauciones indicadas la fundamental de la inmunización preventiva.

En principio el empleo de una vacuna polivalente es lo más indicado pero el número de especies microbianas que deberían serle incorporadas es demasiado numeroso para que todas figuraran en cantidad suficiente para obrar con eficacia; así pues se ha elegido el enterococo como único componente de la vacuna puesto que es el germen que más comúnmente se encuentra en la flora gastro duodenal y en la de los accidentes pulmonares.

Para distinguir a los enfermos sensibles al enterococo hay que emplear la intradermo-reacción. Para ello se inyectan en el

dermis 1/2 cc. de una emulsión que contenga 500 millones de gérmenes por centímetro cúbico. La inyección determina inmediatamente algunas veces la formación de una especie de pápula de urticaria a la que no debe asignarse ningún valor ya que también puede determinarla una inyección de suero fisiológico. Se considerará como positiva cuando aparezcan manifestaciones de irritación local cerca de las cuatro horas después de la inyección; tales son la rubicundez local más o menos extensa acompañada o no de edema y dolor y que alcanza su máximo a las 24 horas.

La intradermo-reacción se demuestra positiva en un 15 por 100 de futuros operados precisamente en la misma proporción en que se presentan los accidentes pulmonares.

Los enfermos que presentan reacción positiva son sometidos a la vacunación en la que se insiste hasta que la intradermo se vuelve negativa.

En una serie de 300 casos en que el método fué aplicado no hubo ninguna defunción por accidente pulmonar, no siendo de forma grave ninguna de las complicaciones que se observaron.

*Revue de Chirurgie*, núm. 3-1926.

J. MAS OLIVER.

### Obstetricia

*La tuberculosis primitiva del útero por vía mucosa ascendente.*  
C. DANIEL.

El bacilo de Koh puede llegar al útero por vía mucosa ascendente (vaginal) o descendente (tubárica). La contaminación ascendente es considerada muy rara, pero es real y existen en la literatura 39 casos de endometritis tuberculosa a los que DANIEL añade otro por él comprobado. El estudio experimental de la cuestión, demuestra que en el cobaya hembra es posible la inoculación en la mucosa uterina del bacilo de Koch y que las lesiones tuberculosas desarrolladas en el punto de implantación pueden extenderse sucesivamente a las vías genitales superiores (trompas), la cavidad abdominal (peritonitis tuberculosa), ganglios iliolumbares y acabar por una generalización tuberculosa.

En esta contaminación ascendente, la etapa cervical es franqueada sin dejar rastro (en ocasiones provoca una tuberculosis del cuello), la etapa corporal se caracteriza solamente por ligera endometritis tuberculosa con pocos síntomas y es la localización tubárica, terminal, lo que se manifiesta a veces aparatosa con propagación peritoneal o bien crónica en forma de anexitis tumoral fibrocásea.

La endometritis tuberculosa no sería tan rara si en ella se pensara, y a esta localización del bacilo de Koch reacciona el endometrio ya muy superficialmente en forma de tubérculos miliares discretos o bien con lesiones más destructivas, caseosas, que se manifiestan por piometra, útero voluminoso y doloroso a la palpación.

*(Gynecologia si Obstetrica. Tomo IX, núm. 3).*

COMAS CAMPS.

### Ginecología

*La forma hipertrófica de la tuberculosis del cuerpo del útero.*  
(Tuberculosis pseudoneoplásica). A. BABÉS.

Trabajo inspirado en las observaciones de la clínica Ginecológica de Bucarest dirigida por el prof. DANIEL y que describe una forma poco conocida de tuberculosis del cuerpo del útero, muy diferente de las formas miliar y ulcerocásea bien conocidas y descritas en los tratados clásicos.

Según la evolución topográfica de las lesiones puede esta forma pseudo neoplásica dividirse en intracavitaria y superficial; ya sea que las tumoraciones se desarrollen hacia la cavidad permaneciendo poco o nada modificada la forma exterior del útero o bien que evolucionen hacia la superficie provocando una notable deformación del órgano.

Como base de descripción de la forma intracavitaria expone BABÉS el caso de una mujer de 50 años que se quejaba de dolores hipogástricos y fosilacos, metrorragias discretas, leucorrea fétida y presentaba a la exploración combinada un útero aumentado de volumen, globuloso y cuyo raspado ex-

plorador proporcionó una mucosa sin lesiones carcinomatosas.

Histerectomizada por vía vaginal, durante la hemisección anterior apareció un tumor sesil del fondo del útero del volumen de una pequeña manzana.

A la sección del tumor aparecieron en el espesor de la muscular una serie de cavidades que contenían un líquido purulento.

Al examen histológico se apreció que la mucosa estaba casi totalmente reemplazada por un tejido de granulaciones con células gigantes y escasos folículos tuberculosos miliares. En la muscular los tubérculos son muy numerosos, aislados o agrupados, masas caseosas con reblandecimiento de su parte central de lo que resultan verdaderas cavernas tuberculosas limitadas por una membrana tuberculígena.

La forma superficial la describe BABÉS basándose especialmente en el caso de ALESSANDRI, de Roma, publicado en 1910. Enferma de 43 años, con dolores inguinales y epigástricos, menstruación irregular, metrorragias, leucorrea. Por la palpación bimanual se comprueba una tumoración que forma cuerpo con el útero y que ocupa su cara anterior. La histerometría da una cavidad de 9 centímetros. Se diagnostica de fibromioma de la pared anterior y fondo y se interviene por vía abdominal practicando una histerectomía subtotal. *Examen anatomopatológico:* El útero extirpado, considerado miomatoso aun durante la operación, presentaba un volumen casi doble del normal, deformado por el tumor de la cara anterior del cuerpo del tamaño de una mandarina y que a la sección resultó constituido por una substancia gelatinosa, friable de aspecto netamente caseoso, rodeada de la muscular uterina que la separaba de la serosa y de la mucosa, ambas normales. Las preparaciones microscópicas ponen bien de manifiesto la estructura típica de las granulaciones tuberculosas; diagnóstico confirmado por el resultado positivo de la inoculación al cobaya.

BABÉS cita en su trabajo seis casos bien estudiados: cuatro de forma intracavitaria y dos de forma superficial.

Este interesante y bien documentado estudio de esta forma hipertrófica, pseudoneoplásica, de la tuberculosis del cuerpo del útero, debe ser conocido de todo ginecólogo y sin duda el concienzudo estudio macro y microscópico de las piezas patológicas de úteros extirpados como miomatosos (a los que después de la operación solo se secciona y se abandonan a la cloaca con asaz frecuencia), calificando de degeneraciones las anomalías que en la masa tumoral pone de manifiesto la sección, contribuirá al aumento del número de casos publicados. (*La Gynecologie*, Enero de 1926).

COMAS CAMPS

*Implantación de las trompas en el útero.* VOLKMANN.

El autor refiere la interesante y bien documentada observación de una mujer de 26 años, nulípara, afecta de metrorragias rebeldes a los tratamientos corrientes: útero aumentado de volumen, blando, cuello dehisciente. Excluido el embarazo, se diagnosticó una metritis poliposa hiperplásica.

El prof. HENKEL intervino a la enferma practicándole una histerectomía fúndica (mejor resección fúndica); seccionadas las trompas junto a su porción intersticial, cuidando de no traumatizarlas haciendo presa en ellas con alguna pinza, fueron reimplantadas en el útero, después de una perfecta hemostasia. La enferma curó sin incidente y sus reglas reaparecieron normales.

El resultado funcional de estas trompas reimplantadas, fué comprobado con la insuflación, que demostró una permeabilidad perfecta de los dos lados con presión de 150 a 160 milímetros de Hg.

Esta joven, soltera, puede ser considerada como fecundable. VOLKMANN cree que este procedimiento puede ponerse en práctica incluso en los casos de salpingitis crónica y embarazos ectópicos, cuando persistan algunos centímetros de trompa intacta. Es de todo punto esencial para asegurar el buen resultado funcional de la operación, el evitar todo traumatismo instrumental que pudiera mortificar alguna porción del epitelio tubárico, lo que provocaría adherencias que obstruirían la luz del conducto falopiano.

*(Zentralbl., f. Gynaeko, núm. 33, 1925).*

COMAS CAMPS

## Urología

*Sobre el tratamiento quirúrgico de las nefritis.* A. DAMSKI.

Hace poco más de veinticinco años que se ensayó de tratar por medio de una intervención quirúrgica, formas diferentes de la enfermedad conocida con el nombre de enfermedad de Bright. Edebols fué el primero que practicó la decapsulación renal en algunos casos de nefritis partiendo de la idea, de que la disminución de la tensión intra-renal después de la operación y la neoformación de vasos entre la cápsula grasosa y el parénquima renal, había lógicamente de provocar, nuevas condiciones anatómicas muy favorables a la mejoración y curación de las nefritis. Comprobaciones y publicaciones de Albarrán, Pousson, Israel y Rovsing, han confirmado el hecho clínico del mejoramiento y hasta curación de ciertas formas de nefritis, pero experiencias y estudios de Theleman, Erhardt, Zoudek y muchos otros, han echado por tierra las ideas hipotéticas de Edebols, para explicar el hecho en sí, demostrando la formación después de la decapsulación de una nueva cápsula, dura, esclerosa, inextensible, que encierra el riñón aun más fuertemente que antes y tan escasa de vasos comunicantes con el parénquima renal, como la cápsula primitiva. En vista de los buenos resultados clínicos obtenidos, se continuaron las experiencias y observaciones y he aquí que durante estos cuatro o cinco años últimos, aparecen una serie de publicaciones de cirujanos y urólogos eminentes que dan estadísticas considerables de casos de *nefritis tratadas quirúrgicamente* siendo la operación más frecuente la *decapsulación renal*. Gracias a una mejor clasificación de las afecciones renales, *las indicaciones son más claras y definidas*. Además el mecanismo de acción de la decapsulación renal, se explica por nuevas teorías mejor fundamentadas. El autor pasa revista a las publicaciones de estos últimos tiempos, referentes al tratamiento quirúrgico de los procesos inflamatorios y degenerativos del riñón, tomando como punto de partida la clasificación siguiente:

- 1.º Nefritis supuradas hematógenas, llamadas quirúrgicas.
- 2.º Nefritis dolorosas y hematóricas a las cuales pertenecen, en la gran mayoría, los casos de hematuria llamada esencial.
- 3.º Nefritis tóxicas y de autointoxicación (eclampsia).
- 4.º Nefritis médicas (las diferentes formas de enfermedad de Bright).

El tratamiento de las *nefritis supuradas hematógenas* pertenece al dominio propio de la cirugía urinaria. En el caso de abscesos miliares, se practica la decapsulación; en el caso de absceso renal más importante y coleccionado en el parénquima, aunque sea abierto en la pelvis se practica la nefrotomía; los casos de una gran destrucción supurada del riñón demandan la nefrectomía.

En cuanto a los casos de nefritis supuradas ascendentes (no hematógenas) o pielonefritis, la abstención operatoria, es la conducta que se ha de seguir, excepto en los casos de retención por obstáculos (pionefrosis) o de formación de un absceso cuando la intervención quirúrgica se hace indispensable.

La *nefritis dolorosa y hematórica* han bien estudiada por los autores franceses pertenece desde hace largo tiempo al dominio de la Cirugía renal. En Alemania KÜMMEL es un defensor convencido de la decapsulación renal en esta forma de nefritis; últimamente ROVSING, LICHTENSTEIN, KARO, POUSSON, ELLIOT, ZOUDEK y CHOLCOFF, han publicado grandes éxitos en las nefritis dolorosas y hematóricas, sometidas al tratamiento por la decapsulación renal. Los casos en los cuales se han hecho excisiones de partículas del riñón, para análisis histológicos ofrecen un interés grandísimo; en efecto se ha demostrado, proliferación del endotelio en los glomérulos de Malpigo, y una tendencia marcadísima a las hemorragias en las cápsulas de Bowman. Sin embargo a veces no se encuentran ni estas ni otras lesiones en los análisis y esto es lo que ha hecho suponer a ZOUDEK que en estos casos la causa de la hematuria podía ser un pequeño cálculo desapercibido o una estrechez del cuello de un caliz alrededor del cual se producirían lesiones nefríticas secundarias. SCHNEIDER que últimamente en un artículo sobre la nefritis dolorosa, expone el cuadro clínico de esta enfermedad, expresa algunas ideas nuevas en lo que se refiere a su patogenia.

El señala una irritación intensa del sistema nervioso vegetativo, sobre todo en ciertas zonas, lo que provoca en el caso, nefritis circunscrita y dolores, lo mismo en un riñón como en los dos riñones, ligados con hematurias a veces muy intensas.

Las adherencias entre la cápsula y el riñón no representan según este autor la causa única del dolor: son en la mayor parte de casos las influencias nerviosas que los producen. Una vez bien sentado el diagnóstico de *nefritis dolorosa*, la operación de elección es la decapsulación que suprime los dolores. En el caso de hematuria profusa, la nefrectomía se hace a veces necesaria.

Las *nefritis o nefrosis tóxicas* en particular las producidas por envenenamiento mercurial (sublimado), han sido y son objeto de intervenciones quirúrgicas, pero los resultados han sido hasta la presente, descorazonadores; es bien cierto que hay algunos casos de curación y otros de aumento momentáneo de la diuresis y disminución de la hematuria y de los dolores, pero hay que tener en cuenta, que en los casos de muerte, esta no es la consecuencia de una lesión renal, sino lesiones que abarcan el organismo entero. En los casos de eclampsia puerperal o del embarazo, si bien se han descrito bastantes casos curados por medio de la decapsulación renal, uni o bilateral, queda según STÄCKEL indicada únicamente en los casos de eclampsia complicada de oliguria acentuada o anuria; los demás se tratan médicamente.

*Diferentes formas de lesiones renales, incluídas dentro del grupo del mal de Bright agudo o crónico.* En el caso de glomérulo-nefritis agudas septicémicas, escarlatinosa o neumónica se ha practicado a veces con éxito la decapsulación, Kümmel, Schmidt, Hardings, cuando aparece la oliguria progresiva o anuria y durante la uremia cuando el tratamiento medicamentoso resulta impotente para solventar la situación. Habitualmente los riñones liberados y descomprimidos de sus cápsulas vuelven a su función y los síntomas amenazadores desaparecen rápidamente.

Como forma intermedia entre la aguda y la crónica Kümmel describe una forma intermedia (subaguda) observada frecuentemente durante la guerra (Kriegnephritis, nephrite des tranchées). Su cuadro clínico corresponde al de la glomérulo nefritis con edemas, ascitis, oliguria, anuria y a veces síntomas graves de anemia. En 12 casos de esta forma de nefritis, en las cuales el tratamiento interno no dió resultados, Kümmel practicó la decapsulación con el más lisonjero éxito. El día mismo de la intervención a las pocas horas, los enfermos comenzaban a orinar, después de algunos días de completa anuria, y salían del coma urémico. Los buenos resultados de esta operación en las diferentes formas de nefritis agudas y subagudas han sido descritas por muchos autores, pero es de gran interés e importancia, la *opinión de algunos autorizados internistas respecto a este asunto*. HIRSCH estima la intervención quirúrgica indicada, en los casos de nefritis aguda y subaguda con edema y uremia, cuando los síntomas de esta última, no cesan por la influencia de los remedios y tratamientos médicos. En varios de sus casos, dice, la intervención salvó la vida de estos enfermos. EPPINGER da las indicaciones siguientes para la decapsulación en los casos de nefritis aguda: 1.º Hace falta operar durante las primeras veinticuatro horas de anuria, puesto que la intervención más tardía, queda a veces sin resultado. 2.º En los casos de oliguria progresiva cuando el edema no es muy marcado pero la densidad de la orina desciende (6 casos operados con éxito). 3.º En la fase amenazante de la nefritis aguda, cuando la presión sanguínea elevada dura más de un mes y existe oliguria, hematuria y sensibilidad aumentada en la región renal (4 casos operados con éxito). La *opinión de VOLHARDT* que ve el momento más peligroso de la nefritis aguda, en la anuria a causa de la oclusión de un gran número de vasos, es la siguiente, no tenemos otro método más seguro, para influenciar la circulación de la sangre en el riñón, la decapsulación es el único remedio a la cual nos hemos de decidir el tercer día de anuria, cuando después de dos días de dieta, medicamentos y baños calientes, la diuresis no aparece. La decapsulación en estos casos, produce resultados sorprendentes, la diuresis vuelve y el enfermo cura bien pronto.

Respecto al *tratamiento quirúrgico de las nefritis crónicas* hay también publicaciones recientes. KÜMMEL en su último artículo sobre este asunto presenta una estadística de 47 casos de enfermedad crónica de Bright. En 28 casos hizo una decapsulación unilateral; en 5, bilateral. De estos enfermos 10 murieron después de un mejoramiento temporal, 12 están completamente curados, 2 han sobrevivido diez y ocho años, 1 doce años; 2 después de cinco años se encuentran bien, y 2 murieron des-

pués de diez años de perfecta salud, por afección desconocida. KÜMMEL es de opinión que 36 por 100 de curaciones completas, representan una estadística muy satisfactoria, sobre todo teniendo en cuenta el hecho, de que la operación, sobre todo en los primeros años fué practicada en los casos más graves, cuando se habían perdido todas las esperanzas de salvar la vida del enfermo por otros medios. Buscando la causa de la buena influencia de la decapsulación, KÜMMEL la encuentra en algunos en la liberación y descompresión del riñón inflamado y comprimido. Pero en la mayoría de los casos atribuye más grande importancia a la destrucción, durante la decapsulación, de los nervios vasoconstrictores, puesto que son estos últimos los que producen el espasmo vascular que es la base de la teoría de las nefritis de Volhard. El resultado de la decapsulación confirma según él esta teoría. ROVSING presenta una de las más grandes estadísticas de nefritis crónicas operadas, estadística de 87 observaciones personales y 69 observaciones de otros cirujanos daneses. 62 casos de nefritis intersticial operados con 53 curaciones completas, 8 mejorados y 1 muerto. Cincuenta y seis casos de nefritis granulosa con albuminuria a veces con signos de cirrosis y de hipertensión. En este número de enfermos, 24 curaciones completas, 20 mejorados, 2 sin efecto y 9 muertos. Veinticuatro casos de nefrosis (2 unilaterales) con 8 curaciones, 9 mejorados, 4 sin efecto y 3 muertos. Nueve casos de glomérulo nefritis crónica con 4 curaciones, 4 mejorados y 1 sin efecto. Sobre 88 enfermos examinados de cinco a veinte años después de la operación, 43 curaciones completas, 38 mejorados y 5 sin efecto.

Para explicar el resultado beneficioso de la decapsulación (nefrolisis según calificación personal (\*)), ROVSING propone una teoría original: la eliminación de una gran cantidad de toxinas acumuladas bajo la cápsula renal, es lo que debido a la liberación al riñón de su cápsula y de sus adherencias pericapsulares, produce nuevas condiciones anatómicas que favorecen su funcionamiento normal; así viene a ser una especie de drenaje temporal del riñón liberado que produce el efecto beneficioso de la operación. POUSSON refiere 11 casos de nefritis crónica complicados de oliguria progresiva, de anuria y de edema generalizado; el 50 por 100 murieron durante los siete días primeros de curso post-operatorio; aún en estos casos POUSSON dice sobre el resultado inmediato de la operación, que ha observado aumento de la diuresis, disminución grande del edema y mejoramiento de la respiración. Entre los que sobrevivieron a la operación (la mitad), 2 vivieron bien dos años, dos viven después de siete años, y 1 no ha sabido de él. CASPER ha publicado 50 casos de nefritis crónica operados. La operación, según él, produce una mejoría en la enfermedad evidente, la desaparición de diferentes síntomas: ha visto desaparecer la oliguria, la anuria, en algunos casos ha salvado la operación la vida del enfermo, pero esto únicamente en los casos en que no había signos de cirrosis y de hipertensión en los cuales el buen efecto ha faltado siempre, y una curación absoluta y completa no se ha obtenido jamás. El mismo autor identifica los efectos de la decapsulación renal y de la enervación renal; decapsulando el riñón, se practica al mismo tiempo la enervación renal, puesto que el nervio simpático pasa de la adventicia de la arteria renal, a la pared de la pelvis y de allí a la cápsula propia del riñón. Continúa CASPER analizando la opinión de VOLHARD, el cual reconociendo los brillantes efectos de la intervención, en los casos de oliguria y anuria con edema, cree que el mismo efecto puede ser obtenido por una terapéutica cualquiera que sea productora de un choc no específico (proteínas, autohemoterapia, incisiones en cualquier sitio, Rayos X, etc.). CASPER rechaza esta suposición, fundándose en observaciones personales y de otros cirujanos en que la terapéutica por el choc no específico ha producido un resultado completamente nulo.

ZONDEK en un trabajo aparecido muy recientemente, apoyándose en numerosas observaciones, confirma la gran significación de la decapsulación renal, en los casos de oliguria, de anuria y de anemia, de abscesos de riñón y de hematuria esencial o de origen angio-espástico. En cuanto al modo de acción de la

(\*) Nefrolisis pedicular y renal es el mismo calificativo que BARTRINA, nuestro Catedrático, da a la intervención que practica él de enervación capsular y pedicular del riñón: operación anatómicamente distinta a la decapsulación.

operación sobre el proceso cree que obra produciendo una eliminación de linfa proveniente de los espacios intersticiales, y el éxito de la operación, está en razón directa de la cantidad de líquido y de su virulencia; más virulento mejor resultado; con la enervación cree que se puede obtener un ensanchamiento de los vasos renales y una disminución de la tensión intrarenal; ha obtenido buenos resultados en la nefritis de guerra y en una nefritis escarlatina; en los casos de nefritis crónica, la intervención la cree indicada únicamente en presencia de oliguria o anuria. ZONDEK practica solamente la excisión de una parte de la cápsula renal pues cree que la decapsulación completa destruye una cantidad de vasos que representan un regulador fisiológico de la tensión intrarrenal y produce por cicatrización una nueva cápsula que encierra el riñón más fuertemente que antes. El autor A. DAMSKI, expone a continuación sus observaciones durante los seis últimos años, que extractadas al máximo son las siguientes:

2 casos de nefritis supurada hematogena con paranefritis. 1 caso de nefritis séptica crónica no supurada, con perinefritis crónica. 1 caso de pielonefritis ascendente con perinefritis esclerótica. 2 casos de nefritis dolorosa con perinefritis. 2 casos de nefritis dolorosa con nefroptosis. 2 casos de nefritis dolorosa con tuberculosis del otro riñón. 2 casos de nefrosis tóxica (sublimado). 2 casos de glomérulonefritis post-escarlatina. 6 casos de nefritis subaguda (nefritis de guerra). 2 casos de nefronefritis crónica. Total 24 casos; acompaña un cuadro con los detalles de las intervenciones en particular y sus resultados particulares, que analizadas en conjunto dan un 40 % de curación completa, 30 % de mejoría y 30 % de mortalidad. Si se restan dos de envenenamiento por sublimado y uno de tuberculosis renal que al mismo tiempo tenía tuberculosis pulmonar y miocarditis, en que la causa de la muerte fué algo más que la nefritis, quedan 4 muertes debidas a la nefritis operadas, o sea 16 por 100 de mortalidad.

Como conclusiones el autor establece las siguientes:

En los casos de nefritis unilaterales hematogenas se debe proceder según el grado de la destrucción renal observado, llegando hasta la nefrectomía si se estima necesaria.

En las nefritis o pielonefritis ascendentes el tratamiento debe ser expectante y únicamente en el caso de síntomas muy graves de retención de orina o de infección, se intervendrá, pero únicamente se llegará a la nefrectomía en caso de unilateralidad de la infección.

Las nefritis dolorosas hematurias entre las cuales se colocan la mayoría de las hematurias esenciales, deben tratarse quirúrgicamente. La operación de elección es la decapsulación con nefroptosis si hay nefroptosis.

En cuanto a las nefrosis tóxicas, sobre todo por el sublimado, las más frecuentes en la práctica, la decapsulación será teóricamente el método más racional, pero en realidad la operación no da ningún resultado, pues el proceso tóxico hiere no solamente los riñones, sino también la totalidad del tubo digestivo, y aun el tratamiento más racional dirigido al riñón, no es suficiente a salvar la vida del enfermo.

En los casos de nefritis medicas, es decir, en las diferentes formas de enfermedad de Bright, el autor piensa como otros en las nefritis agudas o subagudas con oliguria o anuria con edemas, o en caso de uremia grave, cuando los medicamentos y tratamiento interno han fracasado, la decapsulación da una mejoría grande a veces por mucho tiempo, aunque no ha observado una curación absoluta y completa en el sentido de desaparición de la albúmina y los cilindros. En estos casos se necesita todavía muchas observaciones y mucho tiempo para pronunciarse.

En cuanto al tratamiento de las glomérulonefritis con o sin signos de nefrosis, no está en nuestro poder influenciar el proceso esclerótico o cirrótico por una operación cualquiera. El tejido renal, una vez destruido, no se puede regenerar.

La opinión de VOLHARDT, sobre la decapsulación actuando por idéntico modo que el choc no específico no está confirmada hasta el presente por las observaciones clínicas, pero es posible que tengan una cierta realidad, que las experiencias clínicas habrían de confirmar. (*Journal d'Urologie Medicale et Chirurgicale*, número 3, 1926).

A. OTERO.

Imprenta adia - Doctor Dou, 14 - Teléfono 2344 A - Barcelona