

osado a los ojos de quienes en materia de artritis tuberculosa no se apartan del camino que tiene como punto de partida la conocida fórmula lapidaria "absente en los niños, reseca en los adultos y amputa en los viejos"; pero en este momento llega a mis manos el número correspondiente al mes de agosto último de la *Revista médica latino-americana*, de Buenos Aires, con un artículo de ROBERTSON-LAVALLE ante cuyo solo enunciado palidecen intensamente mis aparentes radicalismos: "Curación en 25 días y por injertos óseos, de los tumores blancos, coxalgias, mal de Pott y todas las demás osteoartritis tuberculosas."

En él expone su criterio ya conocido del origen siempre óseo de la tuberculosis articular, interpreta las modificaciones de las epífisis tal como hemos dicho anteriormente y deduce que los injertos óseos constituyen el tratamiento de elección en todo proceso fímico ósteoarticular.

Si leemos sus trabajos de 1919, 1920 y 1924, veremos que habla de ciertas limitaciones del método, que recomienda la inmovilización en aparatos durante tres meses, que aconseja el comienzo del masaje y la movilización a los seis, que conviene someter a los enfermos a ciertos cuidados pre y postoperatorios, etc., y hoy nos sorprende con que opera a los enfermos "en toda edad, clase y momento de la osteoartritis, y la mayoría con fístulas, abscesos fríos y con infecciones secundarias", y con que a los 25 días da de alta a los adultos entrega los niños a sus padres "sin vendaje ni indicación terapéutica alguna, recomendando que los dejen caminar sin llegar a la fatiga, los manden a la escuela y les hagan hacer la vida activa de los otros niños sanos".

Lleva más de 250 operados con el 100 % de curaciones integrales de la articulación enferma y afirmando además que "las lesiones tuberculosas alejadas del foco operado, como adenitis tráqueobronquiales, fístulas de ano, epididimitis se curan sin medicación alguna y con una rapidez sorprendente."

Las completísimas historias clínicas de los 15 últimos operados que acompañan al texto con numerosas radios y fotografías y con minuciosa relación del curso postoperatorio, se refieren a 6 coxalgias, 2 artritis tibio-tarsianas, 6 tumores blancos de la rodilla y 1 mal de Pott.

Dada la solvencia científica de ROBERTSON-LAVALLE no podemos dudar de sus afirmaciones y hemos de admitir como ciertos los resultados obtenidos hasta la fecha. Pero téngase en cuenta que estos 15 enfermos llevan muy poco tiempo de operados (uno lo fué en Diciembre del 25 y los demás en Febrero, Marzo y Abril del corriente año), para deducir conclusiones definitivas.

Si el tiempo confirma la realidad de la "Curación de los tumores blancos en 25 días" la obra de ROBERTSON-LAVALLE será considerada por todo el mundo médico como la obra de un Genio. Hasta tanto... y esperemos.

LOS CÍRCULOS VICIOSOS EN GINECOLOGÍA

Trabajo de la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona, a cargo del Prof. M. BONAFONTE

por el doctor

M. GARRIGA ROCA

Médico I. de la Sección de Toco-Ginecología

Entendemos por *Círculo vicioso* en patología al conjunto de 2 enfermedades cada una de las cuales es a la vez causa y efecto de la otra: esto en el criterio más lato, podríamos decir por definición. Pero este concepto puede modificarse en el sentido de admitir círculos viciosos de más de dos factores, los cuales constituyen una verdadera cadena cuyos dos extremos se encuentran en las mismas condiciones mútuas que los elementos inmediatos, es decir, que uno es directamente efecto del anterior, y causa del mismo por intermedio del resto de la cadena: es lo que se llama círculo vicioso complicado.

En algunos casos encontramos aparentes círculos viciosos constituidos por 2 afecciones que pronto adquieren anatomía propia pero que dada su concisa sintomatología aparentan una más estrecha relación: tal sucede p. ej., con el círculo vicioso

INSUFICIENCIA OVÁRICA — METRORRAGIAS — ENDO-METRITIS

La insuficiencia ovárica motiva un estado congestivo uterino permanente hasta ocasionar cambios morfológicos como son la fungosidad del endometrio el cual a su vez es motivo de nuevas hemorragias, las que agravan el cuadro clínico. En este caso, como en todo círculo vicioso no hay tendencia a la curación; si se corrige la endometritis, esta se reproduce, persisten las metrorragias y necesita un *tratamiento doble*. Es lo que podríamos llamar *círculo vicioso de cadena abierta*, puesto que la endometritis no influye sobre la insuficiencia ovárica.

El concepto de *círculo vicioso* tiene su fundamento en la correlación funcional de todos los órganos, en el principio doctrinal de que todo cambio en la función de un órgano repercute sobre todo el organismo, pero con mayor intensidad en algún punto determinado. Si éste puede influir sobre aquél, queda constituido el estado circular.

Como corolario de lo anterior diremos que el círculo vicioso puede constituirse dentro de un aparato o entre 2 o varios, siendo lo primero lo más frecuente.

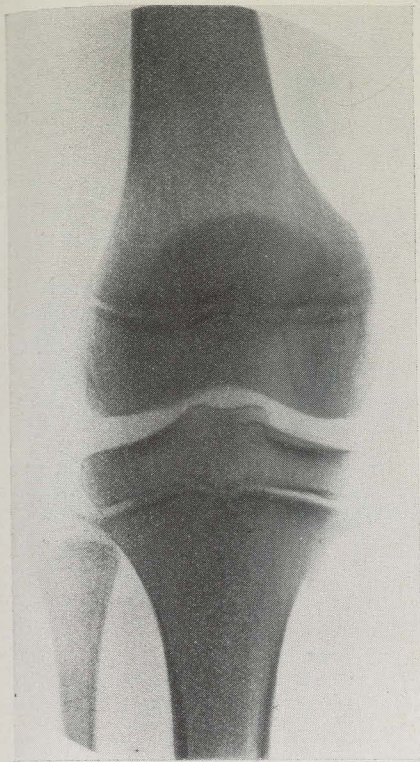
Este estudio que en principio parece que tenga solo un valor filosófico es de gran importancia práctica pues nos explica la causa de continuos fracasos terapéuticos y nos da la clave de su solución.

El criterio hoy día establecido de que todo círculo vicioso hay que cortarlo por dos puntos es exacto pues sin ello solo conseguimos que en un plazo más o menos largo se reconstituya el estado circular.

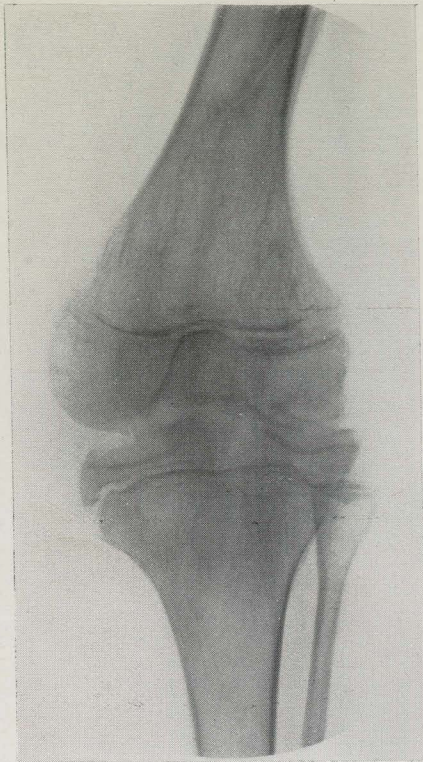
El fracaso de muchas intervenciones de retroflexión, las recidivas de prolapsos, los pruritos rebeldes, hay

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GONARTROSE

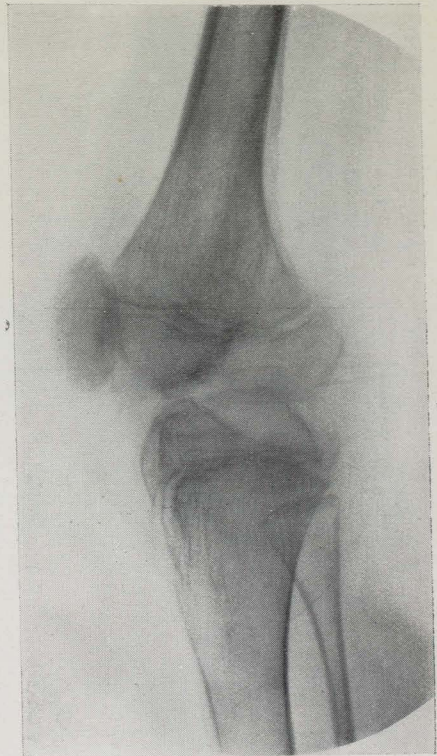
POR EL DR. E. ONDIVIELA



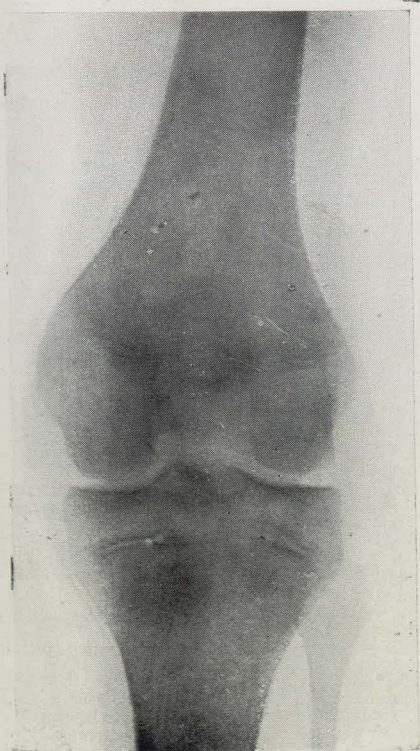
1



2



3



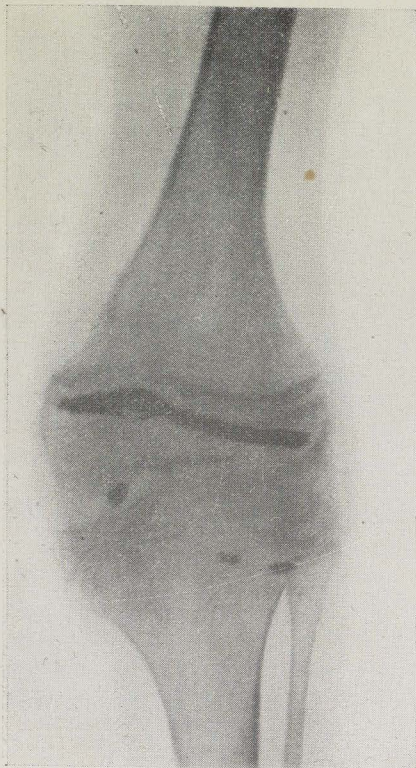
4



5



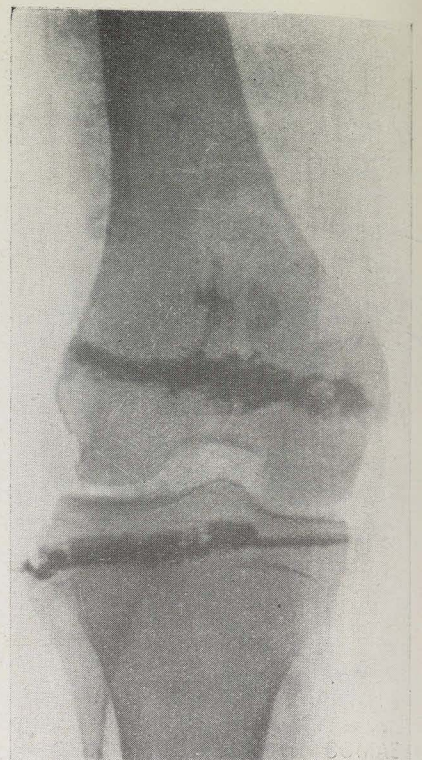
6



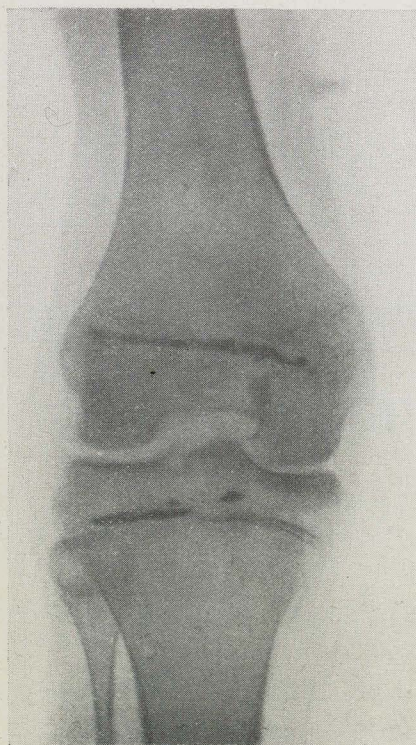
7



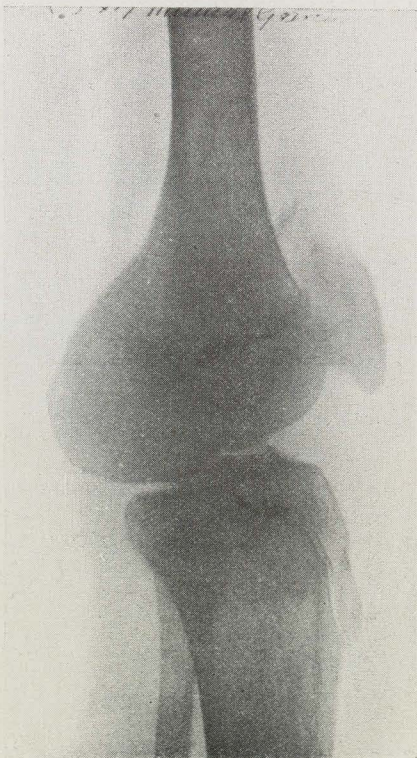
8



9



10



11

Radios 1 y 2 (V. CARULLA)

Rodilla sana y rodilla enferma del enfermo de la obs. I.

Lesiones óseas bien evidentes. Destrucción completa del cóndilo interno de la tibia. Anquilosis fibrosa. Integridad del cartilago de conjugación.

Radio 3 (V. CARULLA)

La misma rodilla en proyección lateral. Ligera subluxación de la tibia hacia atrás.

Radios 4 y 5 (COMAS Y PRIÓ)

Rodilla afecta del enfermo de la obs. II. Ligeras lesiones óseas. Desgaste de la tróclea femoral. Contorno irregular de la espina tibial. Cartilagos normales.

Radio 6 (COMAS Y PRIÓ)

Rodilla de la obs. I ocho días después de la operación.

Parte de la pasta ha penetrado en la articulación debido a la destrucción patológica del cóndilo interno tibial.

Radios 7 y 8 (COMAS Y PRIÓ)

La misma rodilla dos meses después de la operación.

La pasta se ha reabsorbido principalmente a nivel de la tibia persistiendo una pequeña cantidad entre las superficies articulares. Comparando la radio 7 con la 1 se observa un esbozo de regeneración ósea en la zona destruída de la meseta tibial.

Radio 9 (COMAS Y PRIÓ)

Rodilla de la obs. II una semana después de la operación.

Tunelización alta en la epifisis femoral por la poca altura de la tróclea.

Radios 10 y 11 (COMAS Y PRIÓ)

La misma 2 meses después de la operación.

Se observa un contorno más limpio de la cavidad articular. Regeneración ósea en la epifisis femoral. La espina tibial se destaca con más limpieza.

que atribuirlo al hecho de que cortado el círculo vicioso por un punto, persisten las circunstancias que lo motivaron y se reproduce aquel.

No obstante en algunos casos con una sola intervención conseguimos la curación absoluta, siendo esto debido a que la citada intervención es de efecto o resultado doble, tal resulta, por ejemplo, con la exo-histeropexia abdominal de Kocher, que corrige a la vez un prolapso con retroflexión. Pero por poco que haya influido otro factor, la astenia, la hipotomía o relajación conjuntiva universal, se reproduce la dolencia. De ahí se deduce que en los círculos viciosos complicados o en los de cadena abierta, habrá necesidad de ser interrumpida esta cadena patológica tantas veces como elementos menos 1 lo constituyan, teniendo presente no obstante lo indicado a propósito de los tratamientos médicos o quirúrgicos de múltiple efecto.

Otro concepto, hijo de estas consideraciones, es el de que todo proceso circular, abandonado así mismo, no tiende nunca a la curación espontánea, antes bien se agrava indefectiblemente la afección.

Conocido pues el concepto de círculo vicioso y el principio en que se funda el tratamiento vamos a estudiar los principales estados circulares que encontramos en Ginecología

Uno de los casos más típicos de círculo vicioso es el que tiene lugar en el *vaginismo*.

ESPASMO DEL ELEVADOR DEL ANO.—DISPAREUNIA.— LESIÓN VULVO-VAGINAL

Un ligero espasmo del músculo elevador del ano, principalmente de las fibras que rodean la cara posterior de la vagina, dificulta el coito, que al practicarlo de una manera violenta dada la resistencia ofrecida, da lugar a pequeñas lesiones vulvo-vaginales que se acompañan con enteras a las fibras de la vagina, produciendo un dolor intenso por ellas producido aumenta el espasmo que en un principio era ligero.

El tratamiento en este caso tendrá que romper el círculo por 2 puntos: calmar el espasmo originario, o su causa (impotencia relativa del marido), con abstinencia sexual, reposo, calor y antiespasmódicos, y por otra parte curar las lesiones vulvo-vaginales que por sí solas mantendrían el espasmo.

El *prurito vulvar idiopático* es una afección que a poco de haberse presentado se agrava considerablemente por el siguiente C. V.

PRURITO VULVAR.—NECESIDAD DE RASCARSE.— LESIONES DE LA PIEL

La necesidad de rascarse motiva pequeñas escoriaciones que ligeramente infectadas por los mismos saprofitos de la región, producen más prurito.

El tratamiento tenderá por una parte a curar el prurito con preparados antipruriginosos, con la protección

contra los irritantes y por otra parte se tratarán oportunamente las lesiones cutáneas.

Las afecciones localizadas en el tramo genital constituyen una de las formas más típicas de círculos viciosos por la propiedad que tienen de infectarse mutuamente. Las infecciones bajas como la vulvo vaginitis se propaga dando lugar a metritis y en un plazo más o menos lejano a salpingitis, siguiendo lo que se llama la *infección ascendente*. Por otra parte toda infección localizada en cualquier punto elevado del aparato genital, infecta las regiones más inferiores en virtud de las secreciones sépticas que continuamente vacían las mismas.

Todas las continuaciones caben entre las distintas localizaciones sépticas, siendo las más frecuentes.

VULVO VAGINITIS.—LEUCORREA.—CERVICITIS

Este C. V. es el que constituye el cuadro típico de las vulvo-vaginitis rebeldes al tratamiento. En ellas hay que curar al mismo tiempo la cervicitis que la mantiene.

CERVICITIS.—LEUCORREA.—ANEXITIS

La constitución es idéntica que la anterior. Es el cuadro de la mayoría de las metritis o endocervicitis inveteradas, las de años de duración, y cuya rebeldía al tratamiento hay que atribuir a la existencia de una anexitis que muchas veces pasa desapercibida sin una atenta exploración.

Hay una forma especial de vulvo-vaginitis que es la que presentan las fistulosas urinarias en las cuales la cistitis es la que mantiene la vulvo-vaginitis.

CISTITIS.—VULVO-VAGINITIS.—LEUCORREA

La orina bañando continuamente el epitelio vulvo-vaginal provoca su maceración desde cuyo momento es campo de cultivo de gérmenes patógenos y saprofitos de exaltada virulencia puesto que las defensas naturales han, con ello, desaparecido. La infección vulvo-vaginal no tarda mucho en propagarse a la vejiga dando como resultado la descomposición amoniacal de la orina (olor de los fistulosos) la cual es por este hecho más irritable lesionando más el epitelio vulvo-vaginal.

Esta afección es muy importante pues su curación es condición previa antes de abordar toda fístula véscico-vaginal.

El tratamiento irá dirigido primero a la curación de la vulvo-vaginitis (lavados y protargol) y a la protección de esta región (embadurnamiento con vaselina); por otra parte a curar la cistitis procurando al propio tiempo acidificar la orina.

Otra forma particular de vulvo-vaginitis es la que acompaña a los papilomas vulvares.

PAPILOMAS.—LEUCORREA.—VULVITIS

en la cual la leucorrea producida por los mismos papilomas al irritar la piel (teoría irritativa) dan lugar a

nuevos papilomas. Cuanto más secretantes tanta mayor facilidad para su propagación.

Aparte de algunos otros círculos viciosos de menor interés, donde se ve más manifiesta la importancia de los procesos circulares es en las alteraciones de la estática uterina. Podemos decir que no hay afección que haya sido tratada con tanta diversidad de procedimientos, pudiendo casi asegurarse que no caben ya más combinaciones a hacer para conseguir la reposición del útero en su situación normal, y el mantenimiento de la misma; así mismo llama la atención que con mucha frecuencia vemos fracaso tras fracaso de las técnicas que mayor seguridad tienen de éxito a pesar de comprometer seriamente el fisiologismo de la citada víscera.

Nosotros creemos que esto es debido a que se ha orientado erróneamente la patogenia del proceso y por ende no se ha establecido el oportuno y adecuado tratamiento.

Se ha atribuído el prolapso sucesivamente: a los desgarros de periné, pero se vió más tarde que mujeres con desgarró total de larga fecha no presentaban el más mínimo colpocele. Se inculpó más tarde a la hipertrofia del cuello como la causa principal de la dolencia explicándolo por el peso o gravitación que tal proceso motivaría la salida del útero: pero la escuela alemana demostró que la hipertrofia o mejor llamada pseudo-hipertrofia lejos de ser la causa era una consecuencia de los trastornos circulatorios que la ptosis genital acarrea. El factor que más importancia se le ha considerado hoy día, es la retroflexión uterina que altera visiblemente la repartición de la presión intra abdominal a nivel del hiatus genital. Ultimamente parece que hay que atribuir la retroflexión y prolapso a una de las manifestaciones de la astenia congénita de STILLER.

Pero cosa notable, nos encontramos con que muchas veces operaciones encaminadas a corregir el *motivo* al cual se atribuye la dolencia son insuficientes pues la recidiva no tarda en aparecer.

La causa es debido a que los procesos más arriba indicados que pueden motivar la existencia de un prolapso, se asocian mutuamente constituyendo varios círculos viciosos como p. ej.

ALARGAMIENTO DE CUELLO.—PROLAPSO.—TRASTORNOS CIRCULATORIOS

Los trastornos circulatorios que motiva la ptosis uterina provocan un edema del cuello que simula una hipertrofia y que actuando como ésta acentúa el prolapso. Buena prueba de ello es que manteniendo reducido un prolapso disminuye considerablemente el tamaño del cuello uterino.

DESGARRO PERINEAL.—PROLAPSO.—RELAJACIÓN PERINEAL

El mismo prolapso al constituirse va separando más y más las haces del elevador del ano provocando una relajación completa de los músculos del periné.

METRITIS.—PROLAPSO.—CONGESTIÓN UTERINA

METRITIS.—RETROFLEXIÓN.—CONGESTIÓN UTERINA

Estos dos círculos viciosos son parecidos a los que motivan la hipertrofia de cuello. Tanto la reflexión como el prolapso motivan dificultad en el desagüe venoso uterino por compresión de los plexos pampiniformes uterinos, que a su vez da lugar a una congestión uterina y relajación ligamentosa que acentúa la retroflexión o el prolapso, motivado en un principio por una ligera subinvolución uterina puerperal.

En todos los casos de retroflexión o prolapso hay que analizar que círculo vicioso lo mantiene y una vez conocido este aplicarle los principios más arriba indicados.

Recordaré un caso intervenido en la Clínica de Ginecología que se le había reproducido un prolapso después de haberse practicado una extensa colporrafia anterior, colpoperineorrafia y una exo-histeropexia abdominal de KÜCHER. A su ingreso presentaba una pseudo-hipertrofia de cuello que asomaba con la vagina por la vulva y en la intervención se comprobó la relajación enorme de la sínfisis útero-parietal. En este caso la relajación conjuntiva, no atendida, motivó la recidiva.

Los trastornos nerviosos de las retroflexiones y ovaritis también están supeditadas a C. V. pero cuyos elementos pronto adquieren autonomía propia (círculo de cadena abierta).

Dada la constitución más corriente del círculo vicioso, su tratamiento más adecuado será a base de intervenciones dobles, debiendo tener presente que siempre que una afección sin causa manifiesta, ofrezca una marcada resistencia a un tratamiento bien orientado, búsquese la solución en la existencia de un círculo vicioso.

ALGUNOS CONCEPTOS ACERCA DE LA GLÁNDULA INTERSTICIAL DEL OVARIO

por el doctor

VÍCTOR CONILL

de la Maternidad de Barcelona

Iniciados, desde hace algún tiempo por un camino de franca investigación en en el terreno de la representación endocrina en la biología y patología propias de la mujer con la ayuda muy valiosa de los Sres. Xandri, médico asistente de la Maternidad de Barcelona y Oslé adscrito a mi modesto laboratorio, podemos adelantar algunos conceptos referentes a la personalidad hormonal de la glándula ovárica, que en algunos aspectos es objeto hoy de vivas discusiones y sobre cuyos puntos capitales hemos tenido ocasión de manifestarnos con anterioridad (v. "El ciclo generativo y el ciclo de secreción interna en el ovario", *Rev. Esp. de Obste. y*