

Para terminar diremos que hemos verificado experiencias para comprobar si otros compuestos nitrogenados tal y como ácido úrico, creatina y ácidos amínicos, principalmente, pueden ser precipitados por los reactivos estudiados y hemos comprobado que el sulfato potásico, el bicloruro de mercurio y ácido fosfomolibdico no tienen acción visible alguna, es decir que no forman precipitado visible.

Además, con respecto al ácido úrico, quisimos asegurarnos de si en las condiciones en que se hace el desalbuminado con bicloruro de mercurio, un exceso patológico del mismo, podría ser precipitado por el coagulante. Para esto hicimos dos determinaciones en un mismo suero del modo siguiente:

En dos tubos de centrifugador pusimos 1 c.c. de suero en cada uno. En uno de ellos añadimos algunos cristallitos de ácido úrico Merck, que no se disolvió en totalidad.

Las dos pruebas fueron desalbuminadas con bicloruro de mercurio y la dosificación del N. no protéico dió en el control, 0'425 por mil y en la adicionada de ácido úrico, 0'556 por mil. Esta prueba demuestra claramente que por lo menos una buena porción de ácido úrico añadido no fué precipitada por el bicloruro de mercurio, pues la diferencia de los valores del N. corresponde a 0'4 grs. de ácido úrico disuelto en mil c.c. de suero y la cantidad que se añadió oscilaría entre 0'5 y 0'8 mgrs. que, según hemos dicho, no se disolvieron totalmente.

Esta prueba cuantitativa aproximada, indica que en las condiciones de la experiencia el bicloruro de mercurio no precipita el ácido úrico del suero.

RESUMEN

En el presente trabajo se exponen procedimientos de desalbuminación con el hidróxido de hierro coloidal, con el bicloruro de mercurio, con el sulfato potásico y ácido acético, con el ácido tricloraético, con el ácido Wolfrámico y con el ácido fosfomolibdico, qua dan técnicamente buen resultado combinados con nuestro

ESQUEMA

El siguiente esquema permite interpretar gráficamente estos resultados

PRECIPITANTES EMPLEADOS	Substancias nitrogenadas que se hallan o pueden hallarse en el suero					
	Albumina	Albumosas primarias y secundarias	Peptonas	Aminoácidos	Acido úrico	Creatinina Amontaco etc., etc.
Sulfato potásico.						
Bicloruro mercurio						
Acido Wolfrámico.						
Acido fosfomolibdico.						

Los trazos horizontales continuos abarcan la zona de precipitación. Los punteados, el N. - residual que dejan sin precipitar.

método minimétrico de dosificación del Nitrógeno ya descrito en otro trabajo.

Entre estos desalbuminantes se han escogido como más prácticos, tres de ellos:

- 1.º El sulfato potásico con ácido acético que precipita las albúminas solas.
- 2.º El bicloruro de mercurio que precipita las albúminas y las albumosas primarias y secundarias; y
- 3.º El ácido fosfomolibdico que precipita las albúminas, albumosas y peptonas.

Y, añadimos ahora, los resultados son tan exactos y concordantes que el empleo de los tres desalbuminantes a la vez, permite dosificar de un modo seguro y fácil las albumosas y peptonas de los sueros, lo cual, además del interés químico-clínico que tiene, nos ha incitado a estudiar, bajo una nueva técnica, la acción de los fermentos defensivos de Abderhalden, dosificando las peptonas y aminoácidos que se forman durante la reacción.

CRÓNICA

SOBRE LUCHA ANTICANCEROSA LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En estos momentos en que la gravedad del problema, crea la necesidad de intensificar la lucha anticancerosa, es preciso que cuantos se interesen por ella y aquellos que por sus cargos, directamente deben mantener un contacto constante con la realidad de esta plaga, contribuyan a aquella lucha, aportando su grano de arena a obra tan noble y humanitaria. Todos debemos contribuir, respondiendo cada uno a las distintas modalidades de acción posibles; unos, apóstoles de la campaña de vulgarización ante el *gran público*, contribuyendo a crear una *moda más* bajo el aspecto de un nuevo romanticismo social a base de explotar la clave del egoísmo humano, mejor que sinceros sentimientos de caridad, modalidad esta, al fin beneficiosa, si se sabe dar un tono de justa ponderación a la armonía de miserias que deben tañerse para que vibren en abigarrada resonancia el egoísmo y la caridad; otros, orientando sus deseos de acción en el sentido de cultivar la condición cultural de los médicos, sosteniendo y negociando su preparación científica para la lucha anticancerosa y además inculcándoles el sentido de su enorme responsabilidad y otros, escogidos entre los privilegiados por el talento y noblemente dispuestos al sacrificio por un ideal científico, trabajando e investigando en los laboratorios desentrañando poco a poco los misterios y la intensidad del mal.

Como siempre han de encontrarse espíritus dispuestos a inclinarse a cualquiera de estas actividades y los más servirán para aquella campaña de vulgarización sentimental entre el gran público, modalidad fácil para cualquier espíritu medianamente cultivado o excesivamente romántico, por excepción. Creo sinceramente y así lo he dicho en estas páginas de ARS MEDICA en el número de Agosto de 1925 y en ocasión de otra crónica sobre lucha anticancerosa, que sin criticar acerbamente este

aspecto de propaganda popular, por cuánto yo mismo me he prestado alguna vez a ella, de todos modos debiéramos cuidarnos los médicos, de penarla, por el peligro de caer fácilmente en un tono antipático y excesivamente fuerte que si por una parte estimula a parte del público repugna a ciertos espíritus equilibrados. Creo que la campaña debe alejarse en lo posible de aquel aspecto, para reducirse a las otras dos modalidades: la preparación, frente la lucha, de la clase médica y paramédica y el estímulo a la investigación y a los estudios científicos.

Desgraciadamente debemos confesar que entre nosotros la investigación es un algo esporádico porque ni abunda entre nosotros el tipo de estos apóstoles de la ciencia, ni hay ambiente favorable. Con los elementos actuales puede pensarse todo lo más en aproximarnos a tal intención, en corregir a lo más un término medio, basado en la observación clínica y en algunas experiencias, empíricas las más de las veces, en algunos servicios que en nuestros hospitales o Facultades tengan abundancia de material y medios, esfuerzos que a lo más se traducen en la adquisición de pequeños detalles científicos o en alguna estadística notable. No diré que no sea posible organizar algo más serio en el terreno especialmente científico, pero es preciso una preparación adecuada de los que hayan de trabajar en tal sentido, adquirida entre los centros extranjeros especializados en tales cuestiones biológicas y además es preciso un ambiente apropiado, sin restricciones ni pequeñez de medios. Y creo que precisamente este punto, esta orientación debe ser uno de los fines de la obra anticancerosa entre nosotros.

Dejando aparte estos fines de investigación y de estudio, como medios que esperan atajar el morbo canceroso, estoy convencido de que otro de los aspectos más útiles de la campaña anticancerosa, es el que se refiere a una acertada labor cerca de la clase médica o aquellas que por sus funciones yo llamaría paramédicas, odontólogos, comadronas, practicantes, etc. En este sentido quisiera yo poder aportar mi modesto esfuerzo a esta obra, iniciando en ARS MEDICA la expresión de las realidades que me han hecho conocer la experiencia cobrada en mi departamento de Fisioterapia de la Facultad de Barcelona, donde tantos cientos de cancerosos vemos anualmente, tristes realidades que el imperativo de mi conciencia me obligan a propagar para ver si hay modo de contribuir a mejorarlas.

La obligación de ver cancerosos, con ser hartamente ingrata y descorazonante, lleva consigo además, el sinsabor de ir presenciando a diario una peregrinación de sentenciados a causa de tan terrible mal y en contraste doloroso, para el hombre de conciencia y preñado de fé en su profesión, ante la diaria convicción de que en su mayor parte alcanzan así la muerte porque por ignorancia o desidia, llegaron tarde a nuestras manos o a las del cirujano. Pero aún más emociona contrastando con nuestros entusiasmos, aquellos otros casos en que ya la ineficacia para toda terapéutica, se debe a la desidia del médico a quien confiaron sus dolencias.

Difícil y espinoso es tratar este tema, pero ante la realidad de los hechos es preciso apuntar sinceramente este pecado. Enjuiciar el desacierto o la ignorancia de

un compañero yo creo que aun ante la evidencia es un acto que debe repugnar nuestro espíritu. Cuando un médico tantea cualquier terapéutica más o menos acertada, al descubrir un canceroso entre sus pacientes, aunque la indicación terapéutica estuviere reñida con las normas más científicas para aquel caso, mientras no haya engaño o mala fé, aunque juzguemos de un desacierto terapéutico trascendental, podrá sublevarse nuestro fuero interno, pero yo creo que es pecaminoso o de muy difícil ponderación toda recriminación pública. Ante un error de diagnóstico cuando no faltaron los medios de exploración adecuados, ni regateó el médico sus esfuerzos en aclarar el caso también sería injusta toda responsabilidad y aun perdonable si el error se amagó en un tanto de ignorancia. Al menos yo no me siento con prestigio y fuerzas para avalorar la responsabilidad de estos casos, porque sería preciso para enjuiciar severamente estos casos, pensar antes en nosotros mismos, en la posibilidad de nuestros errores y los que seguramente habremos cometido en nuestra vida sino en el orden de nuestra especialización, en otros, pero que para el caso, da lo mismo.

Mi objeto, mi *vis crítica*, mi intención por ahora, se refiere al caso muy corriente aún, de enfermos que acudieron quizás a tiempo a su médico y que éste no por ignorancia, sino por desidia, no reconoció y no exploró debidamente, a su tiempo.

Durante el año 1925, me entretuve en valorar estos hechos. Entre 66 casos de cánceres del cuello uterino llegados en condiciones de inoperabilidad a nuestro Departamento del Clínico, pulcramente estudiados, pudimos recoger 16 casos, que a tiempo seguramente, más de medio año antes, el que menos, acudió a un médico quien apesar de recibir aquella visita por razón de sus flujos o sus metrorragias no las reconocieron, hablándoles de anemia, menopausia, etc., y limitándose a recetarles lavados vaginales anodinos, inyectables, etc., que entretuvieron el progreso del mal, alejándolo de todo éxito quirúrgico o físico. ¿Es que este 25 % de casos llevados al desastre por la desidia del médico, no merecen comentarios?

Entre 23 casos de cáncer rectal, ocho casos fueron claramente entretenidos más de cuatro meses, desde su primera visita al médico, sin intentar siquiera un tacto rectal, so pretexto de que debían ser unas hemorroides internas. ¿No es impresionante esta cifra de 35 % de casos entre los cánceres de recto, que durante varios meses se entretuvieron con pomadas hemostáticas y astringentes, dejando escapar toda posibilidad de curación?

Vimos durante el año 1925, cinco casos de cáncer de pene, y cuatro de ellos hacía varios meses que habían sido confundidos con una lesión luética y a pesar de la inutilidad de toda terapéutica específica se insistía cada vez más en ella, durante meses, sin pensar que aquella lesión progresiva, podía ser aclarada con una simple biopsia, bien fácil de hacer sobre una lesión ulcerada de aquel tipo.

No habremos de la infinidad de neos de laringe, cuya frecuencia aterra entre la estadística de nuestro Departamento, lesiones cuya ronquera inicial durante meses

no movió a ningún médico a explorar su laringe o enviarlo a un laringólogo, y sí en cambio considerada como sin importancia o tratada con benzoato.

Aunque así podríamos seguir hablando, localicemos nuestra intención estadística especialmente en el útero y en el recto, donde hemos podido estudiar aquella representación numérica de la desidia respectivamente en un 25 % y en 35 % de los casos historiados por nosotros en el año 1925: Ahora yo me digo; ¿es que habría otro medio o modo de lucha anticancerosa que pudiese prometer mejor resultado numérico que evitar este 25 % en el cáncer de útero y 35 % en el cáncer de recto, entre los dolientes que llegan en condiciones de intratables por ningún método terapéutico, gracias a la desidia del médico? Creo que lo evado de este porcentaje, en relación a estos casos estudiados según nuestra estadística, hace de este aspecto de lucha, la más primordial y positiva, a la par que la más fácil porque pedir al médico que sepa practicar una biopsia en los casos dudosos y manejar un especulum o un rectoscopio no es cosa difícil y aun menos difícil practicar un tacto adecuado.

¿Cómo conseguir eficacia en este aspecto de lucha? Yo me atrevo a proponer a las flamantes entidades de lucha anticancerosa, que conviertan la desidia de estos casos en razón de responsabilidad médica, que consigan la creación de sanciones para los protagonistas de estos casos. Ni es difícil la cultura necesaria para juzgar de tales casos, ni le es imposible a ningún médico manejar una pinza de biopsias, un especulum o un rectoscopio (que los hay baratísimos y que no exigen otro medio de incandescencia que una pila de lámpara de bolsillo) para que nadie pueda excusarse de la obligación de tales exploraciones aun en aquellos casos remotamente sospechosos. Las elevadas cifras encontradas por nosotros exigen esta campaña en pro de una responsabilidad médica en tales casos. Apuntados estos hechos dejo a la conciencia de cada uno pensar sobre la calidad de la sanción, que a mi juicio sería eficaz, sólo con la amonestación verbal en nombre de una entidad *ad-hoc* con fuerza moral para ello.

Ahora bien, hablar solamente de responsabilidad y sanciones, sería injusto sino propusiéramos medios que permitan estimular la conciencia médica y así disminuir el porcentaje afortunadamente pequeño, en que la falta de cultura médica, pudiera empujarles hacia esta aparente desidia en algunos casos.

Los profesores de nuestras Facultades debieran hacer, en relación a su función docente, un propósito de honor alrededor de estos puntos, machacando en toda ocasión a los estudiantes aquella responsabilidad y procurando esquematizar e inculcar con el mayor empeño las condiciones más simples de la exploración y diagnóstico de los cánceres, según la orientación clínica de sus respectivas disciplinas. Me atrevería a proponer, aun con la convicción de que peco por exceso con tal fantasía, pero que nadie me negará la importancia práctica de mi proposición, de que en las Facultades de Medicina se dieran anualmente unos cursillos breves de exploración y diagnóstico del cáncer, cursillos de doce a veinte lecciones, bien esquematizadas, para in-

culcar una idea completa del cáncer en los distintos aparatos y *vulgarizar* los medios de exploración al alcance del médico general. Estos cursillos podrían darse por los profesores de las distintas disciplinas académicas que interesen la posibilidad de tal dolencia y previa una preparación suficiente de enfermos que den a estos cursillos un carácter eminentemente práctico y eficaz. Estos cursillos podrían ser oficiales y obligatorios para antes de conseguir el título, a todos los alumnos del último curso y además podría ser libre para todos los médicos. Y conste que la visión de esta necesidad sólo la considero desde el punto de vista del diagnóstico y los medios para conseguirlo fácilmente, y dejo aparte, por ser conocimientos más fáciles y vulgares, lo que se refiere a terapéutica, dado que el diagnóstico bien prontamente sentado, suma a la conciencia del médico general la necesidad de buscar el concurso de quien por su crédito o especialización pueda resolver el caso. Los cursillos de terapéutica tienen ya un cierto carácter de particularización y pueden además desgraciadamente despertar pasiones y diferencias de criterio y por tanto ya escapan al carácter de interés primordial de aquella propuesta mía, aunque sin quitar importancia, repito, al problema terapéutico. Debiera instituirse un laboratorio central, yo creo que con carácter provincial, para practicar gratuitamente o en relación a tarifas reducidas, las biopsias que los médicos interesen de sus clientes pobres o modestos. Habitualmente se entiende como obligación benéfica, entre nosotros, los cuidados médicos o quirúrgicos en relación a los enfermos menesterosos, pero se olvidan todos los medios auxiliares de exploración: roentgen, análisis químicos, histológicos, cuando es absolutamente comprensible que un enfermo de la clase obrera puede sostener una visita médica, en general poco cargosa, pero que no puede alcanzar la sobrecarga de frecuentes análisis o radiografías a veces absolutamente necesarias. Es preciso en relación al cáncer, favorecer las posibilidades de análisis histológicos o estudios radiográficos; de aquí la necesidad de crear gabinetes centrales, o provinciales mejor, dedicados a este fin. Así el médico no podría excusar sus dudas ante mayores imposibilidades diagnósticas para con los pobres.

Finalmente, debiera castigarse con rigor las visitas que frecuentemente comadronas o practicantes practican a los enfermos que acuden a ellos con síndromes o lesiones cancerosas, y que la escasa cultura, lógica por otra parte, de aquellos profesionales, les llevan camino del desastre perdiendo el tiempo de toda oportunidad terapéutica. Pero aquí también es necesario insistir en la idea de hacer cultura en este sentido entre estas clases, procurando también dar cursillos anuales, en proporción a sus respectivos grados de cultura médica, a fin de que conozcan los síndromes generales que pueden hacerles pensar en un canceroso y así excusar la responsabilidad que es necesario inculcar a todos los profesionales para-médicos.

Como la asistencia a los cursillos de ampliación de estudios suele ser escasa, entre nosotros, mientras se irían educando las nuevas generaciones de futuros médicos, a base de lo que yo me atrevo a proponer,

exigiéndoles una asistencia obligatoria antes de lograr el título, a un cursillo de exploración y diagnóstico del cáncer en los distintos aparatos sería necesario editar publicaciones serias repartidas a toda la clase médica; publicaciones simples, concisas, magistrales, nacidas de una comisión creada a este fin, con todas las garantías de su prestigio y de su orientación didáctica, publicaciones que educando, hicieran comprender el sentido de la responsabilidad médica.

Por algunos quizás podría criticarse esta opinión mía, aumentando con nuevas exigencias la conciencia médica, sobre todo intentando propagar esta responsabilidad. Ya he dicho antes que toda esta campaña debe sellarse con un tono de discreción exagerada y, si cabe mayor aún, en el sentido del compañerismo; pero hay que contar con que una campaña que tiene mucho de higiene social, es siempre algo que debe estar por encima de las concesiones humanas del compañerismo. Por otra parte es innegable que a veces con solo el anuncio de una amenaza lógica, se consigue el cumplimiento de obligaciones olvidadas o descuidadas, y en este caso el cumplimiento de estas obligaciones se traduciría por un esfuerzo científico y unas ansias culturales de aquellos que su indolencia les hubiese llevado a ser uno de los que no cumplían sus deberes profesionales en relación a este caso particular de la exploración de todo sospecho canceroso.

VICENTE CARULLA.

XXXV CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Del 4 al 9 del próximo pasado octubre, se celebró en el gran Anfiteatro de la Facultad de Medicina de París el XXXV Congreso francés de Cirugía.

El Dr. FAURE, presidente del actual Congreso, pronunció el discurso inaugural disertando sobre los deberes y derechos del cirujano, rindiendo un ferviente recuerdo a los muertos en este último año, principalmente a MAUNOURY y JONESCO.

Seguidamente al discurso de salutación del embajador de Polonia, quedaron abiertas las sesiones del Congreso.

PRIMERA CUESTIÓN:

Patología de los meniscos de la rodilla.—Ponentes: Alberto MOUCHET (de París) y Luis TAVERNIER (de Lyon).

Después de una breve reseña anatómica y fisiológica de los meniscos, estudian, los ponentes, dos aspectos inherentes a la patología de los mismos: *las lesiones traumáticas y los quistes de los meniscos.*

Lesiones traumáticas de los meniscos.—Tras una breve historia de la manera como merced a la gran guerra y a la dominación deportiva, la sintomatología de las lesiones meniscales ha sido separada del globo de todas las lesiones capsulares, sinoviales y óseas, insisten en la desproporción de las estadísticas de los diversos países inexplicable por la afición a tal o cual deporte, como se suponía, *siendo probable que haya países en*

que las lesiones traumáticas de los meniscos sean más frecuentes, existiendo según algunos cirujanos (suizos) cierta concordancia entre la topografía de estas lesiones y la del bocio.

Se observan más en los adolescentes y adultos.

Los *deportistas* por sus movimientos violentos, los *mineros* por su trabajo en posición forzada de flexión de la rodilla, los soldados por su ejercicio, son en respectiva proporción los más frecuentemente afectados del síndrome en cuestión. Esto explica la causa de su mayor proporción en el hombre que en la mujer y su rareza antes de los quince años.

Las dos rodillas y los dos meniscos de una rodilla pueden estar conjuntamente afectados, siendo, no obstante, la rodilla derecha y el menisco interno los más frecuentemente lesionados.

En la mujer por su tendencia al genu-valgum son las lesiones del menisco externo más frecuentes que en el hombre.

El accidente que causa la lesión inicial puede ser mínimo y pasar desapercibido. A veces parece que hay una predisposición que favorece el traumatismo, que podría explicarse por una alteración primitiva de la estructura del fibro-cartilago, por una fragilidad de las fibras del mismo y mayor deslustramiento de las superficies articulares.

Anatomía patológica.—La *ruptura* (expresión más apropiada que la *fractura*) del menisco, es la lesión primordial. La *luxación*, otro tipo de lesión, puede faltar y ser, cuando exista, función de la ruptura.

La lesión traumática más frecuente es la *fisura longitudinal, incompleta o completa* dando lugar, al *meniscus bipartitus*. Cuando esta fisura pasa más o menos al ras de la inserción capsular corresponde a lo que se ha llamado la *desinserción del menisco de sus adherencias capsulares*.

Siguen luego, en orden de frecuencia, el *arrancamiento de la inserción anterior del menisco* o del asta anterior del mismo que puede ser parcial o total; la *ruptura transversal del menisco completa o incompleta*, única o múltiple, más raramente se observa el *arrancamiento de la inserción posterior del mismo*, o de su asta posterior y la *fisura horizontal*.—Frecuentemente esta fisura horizontal acompaña la fisura longitudinal.

A estas lesiones pueden asociarse desórdenes del lado de los ligamentos externos, o de los ligamentos cruzados intra-articulares, el anterior sobre todo.

La *laxitud meniscal*, observada en raros casos, que ha podido dar lugar en ciertos sujetos a una especie de rodilla en resorte que se produce en los movimientos de flexión y extensión y no se acompaña del bloqueo característico.

La *meniscitis traumática* descrita por César ROUX carece de individualidad nosológica. Por otra parte, es difícil percibir lesiones inflamatorias en un tejido desprovisto de vasos.

Evolución de estas lesiones: El aspecto de los desgarros meniscales es fibrilar, sin tendencia a la cicatrización. Más raramente las partes flotantes de los meniscos toman el aspecto de lengüetas redondeadas o de perlas cartilaginosas.

Esta falta de cicatrización se explica por la ausencia de vasos. Las modificaciones morfológicas de los meniscos pueden compararse con las de los cuerpos extraños articulares osteo-cartilaginosa.

Las estadísticas de BRISTOW (de Londres), de STEINMANN (de Berna) y de BIRCHER (de Aarau) no tienen entre sí gran concordancia ni con las conclusiones expuestas por los ponentes.

Ninguna de las teorías que pretenden explicar el mecanismo de las lesiones traumáticas de los meniscos, acompañadas de datos de autopsias, satisface plenamente.

Solo excepcionalmente puede admitirse una causa directa (caída en flexión de la rodilla sobre el canto de una escalera o sobre un objeto puntiagudo). Los movimientos de defensa que suceden a un traumatismo imprevisto pueden explicar de una manera más o menos verosímil las lesiones difíciles de comprender por acción directa.

El mecanismo de las mismas parece a los ponentes, pues, de etiología indirecta.

El movimiento de flexión combinado con la rotación hacia afuera del muslo, es el invocado por los cirujanos ingleses y americanos.

STEINMANN cree que la lesión más frecuente es el meniscus bipartitus, debida a un estallido por compresión.

Los ponentes ven el mecanismo de la fisuración longitudinal en el estiramiento en dos sentidos opuestos del menisco cuando en un movimiento forzado, el cóndilo femoral arrastra al menisco en su movimiento lo que le impide por otra parte su fuerte inserción a la cápsula rompiéndose en el sentido longitudinal, de menor resistencia de sus fibras.

Las otras lesiones son más difíciles de comprender.

El predominio de las lesiones del menisco interno sobre el externo ha suscitado varias teorías, siendo las principales, la disposición anatómica, de los ingleses, y la mayor motilidad del menisco externo de BRISTOW.

Los ponentes lo atribuyen a las condiciones dinámicas de la rodilla; al apoyo del cuerpo oblicuamente sobre los meniscos internos. La ruptura del menisco externo no tendrá lugar más que en condiciones anormales de caída y en la mujer por razón de su genu valgum fisiológico.

Sintomatología.—El síndrome comienza por un accidente inicial, que pasa a veces desapercibido. Más frecuentemente se acompaña de un bloqueo inmediato. Este accidente inicial, durante el cual se produce la lesión meniscal es a menudo un esguince. La forma típica se acompaña de "bloqueo" seguida después de reducción de dolor e hinchazón. El dolor espontáneo y exagerado a la presión se localiza en el asta anterior del menisco y en la interlínea entre el ligamento rotuliano y el ligamento lateral.

Evolución.—Las formas clínicas de las lesiones meniscales pueden dividirse en dos grupos correspondientes a lesiones anatómicas diferentes. El primer grupo está constituido por los casos que presentan los síntomas clásicos de "bloqueo" típicos intercalados con períodos de calma. En el segundo grupo se incluyen las

formas frustradas; por faltarles el síntoma considerado como más característico, o las larvadas que pueden simular otras afecciones de rodilla. Nada más variable que la evolución de estas lesiones, pues su curación nunca será anatómica y solo se conseguirá con la extirpación del menisco.

Diagnóstico.—La base sólida del diagnóstico es la historia del enfermo y la periodicidad de los accidentes. Este carácter permite eliminar todas las artritis, y restringe el cuadro de lesiones residuales post-traumáticas. Por la radiografía, la ausencia de otras lesiones, fracturas parcelares, cuerpos extraños, lesiones de artritis seca, decalcificación ósea, demostrando la ausencia de toda otra alteración visible, puede coadyuvar al diagnóstico de la lesión.

En Alemania y Suiza, para esclarecer diagnósticos dudosos, han preconizado un procedimiento más complejo denominado *artroscopia*. Previa anestesia, banda de Esmarch e isuflación de aire en la rodilla, introducen en la articulación un trocar provisto de un aparato óptico parecido al toracoscopio de Jacobeus.

Diagnóstico diferencial; en los casos recientes, el diagnóstico puede raramente establecerse con exactitud. Los arrancamientos cartilagosos, la ruptura de los ligamentos cruzados, las desinserciones del ligamento adiposo pueden confundirse con la lesión del menisco. En los casos antiguos la sintomatología se apoya en el carácter fundamental de la repetición de los accidentes, signo que permite eliminar los diagnósticos de artritis crónica, tuberculosa o reumática en las cuales se fundan los errores de diagnóstico que alejan del cirujano los portadores de lesiones meniscales.

Tratamiento.—El tratamiento incruento tiene solamente una acción paliativa. Comprende la reducción de la luxación, el tratamiento del dolor y la profilaxia de nuevos accidentes. El mismo enfermo reduce en las crisis siguientes la luxación de su menisco. Para calmar el dolor, aparte la utilidad de los antineurálgicos en las crisis más agudas, la inmovilización, es el método fundamental, pues es necesario solamente evitar los frotos y pellizcamientos del menisco lesionado. Los revulsivos (tintura de iodo, puntos de fuego) son poco menos que de acción nula. El calor en forma de fomentos calientes en las formas más dolorosas es de mayor eficacia.

El masaje es útil para evitar la atrofia muscular del muslo. El masaje curativo no ha tenido en las estadísticas de los ponentes los buenos efectos preconizados por ROUX en el Congreso francés de 1895. Con él, la rodilla se pone tumefacta y dolorosa y es de utilidad casi nula.

La inmovilización curativa prolongada aplicada en los casos recientes y hecha con todo rigor e inmediatamente después de la reducción del primer "bloqueo", permite, a juicio de ortopedicos ingleses, ROBERT JONES entre ellos, obtener una curación definitiva. En Inglaterra mismo, BRISTOW no comparte esta opinión al igual que los ponentes por favorecer la atrofia muscular y el desarrollo de adherencias intra-articulares por organización de los callos fibrinosos.

En cuanto al tratamiento cruento, la *meniscectomía*,

de interés puramente histórico ha sido hoy día abandonada.

La *meniscectomía* es la operación más eficaz en el tratamiento de estas lesiones. Todo su valor radica en la elección de la técnica empleada. Se preconizan dos métodos diferentes: la *ablación sub-total de la parte anterior del menisco*, por una incisión económica que respeta los ligamentos (ROBERT JONES, MARTÍN, STEINMANN y BIRCHER) y la *ablación total del menisco* por una incisión transversal, que secciona el ligamento lateral, operación preconizada por los ponentes. La importancia de este método estriba en que permite una exploración completa del asta posterior, que no puede ser hecha por una artrotomía anterior. Los cirujanos que rehusan incidir el ligamento lateral, puedan recurrir a dos procedimientos complementarios: *incisión posterior complementaria* o *extirpación previa del segmento anterior del menisco* al solo objeto de explorar el segmento posterior. La única objeción que se opone a este proceder es la creencia de la falta de solidez de la rodilla consecutiva a la sección del ligamento lateral. Con la técnica de sutura preconizada por TAVERNIER en ligera flexión de la rodilla (posición de relajación del movimiento, este temor es injustificado. La restauración funcional integral obtenida por las observaciones de los ponentes permite aconsejar sin reservas la meniscectomía.

Quistes de los meniscos.—Los ponentes logran reunir 24 observaciones tomadas de distintos autores sobre esta lesión de escasa frecuencia, llegando a las siguientes conclusiones:

Predominantes en el hombre (15 sobre 22) sobre todo en adultos jóvenes, asientan—excepto en un caso de ALLISON y O'CONNOR—en el menisco externo en su parte media o en la unión de su tercio anterior y su tercio medio.

Los quistes que aparecen algunas semanas o meses después del accidente se desarrollan progresivamente, estacionándose a veces.

En la sintomatología se nota el mismo saliente engrosado, algunas veces crepitación en sus movimientos de vaiven y dolor localizado a la presión.

La afección no se acompaña de reacción articular pero puede complicarse de atrofia muscular del muslo.

Macroscópicamente, bajo el punto de vista anatómo-patológico, los quistes son sesiles, de volumen variable, de forma hemisférica, a veces transversalmente alargados y multiloculares presentando pequeños quistes al lado de uno mayor se proyectan al exterior, tomando la dirección de la menor resistencia.

En su interior se encuentra un líquido claro, espeso, gelatinoso, microscópicamente se trata de pseudo-quistes debidos a una degeneración coloidea del fibro-cartilago de causa desconocida. En su patogenia se ha invocado una etiología congénita, infecciosa y traumática. El mejor tratamiento, dada su tendencia a persistir, consiste en su extirpación juntamente con el menisco en que asientan.

TERCERA CUESTIÓN

Artritis gonocócicas. Diagnóstico y anatomía patológica.—Ponente: Henri MONDOR.

Diagnóstico.—El ponente hace un comentario sobre los términos de reumatismo o pseudo-reumatismo con que se acostumbra a llamar a las localizaciones articulares de la gonococia y la conveniencia de sustituir esta denominación por la de *artritis gonocócica*.

Estudia en su trabajo el diagnóstico y la anatomía patológica de la lesión y lo divide en tres partes: 1.º, Datos clínicos para el diagnóstico precoz; 2.º, Estudio anatómo-patológico, y 3.º, Coxitis gonocócica.

La descripción clásica dista mucho de la realidad en buen número de casos, observándose en ellos una gran variedad de formas clínicas.

La *poliartritis*, frecuentísima (97 sobre 118, según NOLEN), puede constituir todo el cuadro clínico de la enfermedad, o solamente la fase septicémica de la misma antes de localizarse, pudiendo confundirse con el reumatismo poliarticular agudo, responsable de los fracasos de los tratamientos salicílicos. Puede decirse que la intensidad de la reacción poliarticular está en relación inversa a la de la monoartritis ulterior.

La *artritis con derrame*, expresión más propia que la de hidrartrosis, puede ser serofibrinosa o purulenta. Esta piartrosis blenorragica atribuida a asociaciones microbianas ha sido comprobada como gonococia pura. Importa conocer la evolución frecuentemente subaguda de estas piartrosis, que con ligera inflamación y sin edema pueden evolucionar gravemente en oposición a otras formas de evolución hiperaguda.

La *artritis pseudo-flemonosa* es la verdadera artritis gonocócica. Precisa conocerla en sus formas atenuadas y en sus formas graves.

A las formas clásicas citadas deben añadirse tres formas importantes: las formas *prolongadas*, que a pesar de serlo, pueden a juicio del ponente curar, por tratamiento quirúrgico, en menos de dos años; las formas *recidivantes*, citando una serie de casos de diversos autores que demuestran esta tendencia a la recaída. las formas *tardías*, relativamente frecuentes, susceptibles de aparecer largo tiempo después que la infección uretral parece definitivamente agotada. Finalmente cita las formas *septicémicas*, siendo curioso ver cómo el gonococo ha pasado a la circulación y se ha localizado en ciertas articulaciones, vainas sinoviales, tejido celular subcutáneo, piel y hasta en la pleura sin un estado hipertérmico mayor de 38° y sin fenómenos generales premonitorios. Las artritis de forma *crónica* que no son más que formas prolongadas, consideradas por algunos como recaídas o recidivas. Las *artritis puerperales*, que pueden sobrevenir en el curso de un embarazo, en los últimos meses de la gestación, algunos días después del parto e incluso muchas semanas después. Las artritis de los *recién nacidos*, de las que reúne el ponente 77 casos. La puerta de entrada del gonococo puede ser el ojo y más excepcionalmente la vulva y la vagina, la uretra, el ombligo, la boca, el nasofarinx y el recto. Los varones parecen más susceptibles, desarrollándose el síndrome a la ter-

cera semana; y las artritis de los niños, más frecuentes en el sexo femenino: vulvitis por estupro o, más excepcionalmente, por contagio indirecto.

Diagnóstico.—El error tradicional de llamar reumatismo articular agudo a las artritis gonocócicas y de prescribir salicilatos es un gran peligro, pues las formas prolongadas no son debidas más que a errores prolongados. El descubrimiento del gonococo es el dato único de certeza del diagnóstico.

Radiológicamente las artritis con derrame pueden no dar ningún signo preciso. No obstante, los datos radiológicos tienen en las artritis gonocócicas gran importancia, obedeciendo a la falta de comprobaciones radiográficas la confusión diagnóstica con los reumatismos. Los contornos óseos son más blandos, difumiándose hasta desaparecer en un tinte gris que engloba toda la articulación. La interlínea es confusa. En la estructura epifisaria hay una mayor transparencia y el hueso es más permeable a los rayos X, como si estuviera decalcificado. Esta decalcificación es el signo más precoz y constante. Más tarde se ven desaparecer los dibujos trabeculares "pareciendo el hueso disuelto".

Al lado de esta *osteoporosis aguda* existe una forma atenuada—*osteoporosis subaguda* de COSTA Y GARCÍA,— en que el hueso perdiendo sus sales se siembra de vacuolas que aumentan su porosidad y le dan un aspecto perlado. Estas lesiones de osteoporosis subaguda traspasan la epífisis.

Otro aspecto debido a la desmineralización del hueso es la *imagen enlutada* de DELORME; la cubierta del hueso, disminuida de espesor, aparece en las imágenes radiográficas positivas como un trazo negro de lápiz que sigue su contorno.

Aparte estas lesiones pueden verse verdaderas lesiones de *osteítis rarefaciente y destructiva, exóstosis, perióstosis, hiperóstosis y lesiones a distancia.*

Merced a la radiografía pueden fijarse los períodos de la artritis en fases de formación de sombras, de desaparición de contornos, de reaparición de los mismos y de formaciones anormales. Hay formas agudas distintas radiográficamente; son la *exudativa*, caracterizada por ensanchamiento de la interlínea, necrosis progresiva del cartilago, y reacciones óseas (exóstosis, osteofitos, etc.); la *flegmonosa*, por espesamiento de las partes blandas e hinchazón del periostio; la *indurada*, en que la atrofia ósea aguda es el signo característico.

El diagnóstico etiológico es poco menos que desconocido.

En cuanto a la bacteriología es un deber la busca del gonococo. El gonococo es el solo responsable de las artritis gonocócicas y su descubrimiento es frecuente. La resistencia del mismo es muy grande a nivel de las articulaciones. La busca del gonococo en la sangre es difícil; la bacteriemia no es constante, se hace por descargas progresivas, es una infección reiterada con focos metastásicos más que una septicemia verdadera. A esta inestabilidad del microbio se deben los efectos negativos de la hemocultura. Cita luego, el ponente, el serodiagnóstico, el diagnóstico por

la vacuna y especialmente la reacción de fijación (gonorreacción).

Anatomía patológica.—La anatomía de las lesiones articulares en estos procesos gonocócicos sigue en un estado muy atrasado. Las *lesiones sinoviales* se caracterizan por una hiperemia con engrosamiento y deslustramiento y en casos más graves por una mayor intensidad de estas lesiones. El líquido, amarillo obscuro, viscoso, filamentososo, puede variar en cantidad desde 20 a 300 cm.³

Las *lesiones del cartilago* pasan por las siguientes fases de deslustramiento, aspecto gris, ulceración y perforación.

Las *lesiones ligamentosas*, distensión, infiltración, destrucción, o más tarde osificación, pueden ser la causa de una luxación patológica. Los más expuestos son los intra-articulares y particularmente el ligamento redondo de la articulación de la cadera y los ligamentos cruzados de la rodilla. La *cápsula* engrosada e infiltrada puede ser el sitio de próxima inflamación. El *tejido periarticular* adquiere un tinte grisáceo, preséntase infiltrado de edema que se propaga a los músculos, tendones y bolsas serosas; la piel es espesa y enrojecida. Las *sinovitis periarticulares* son lesiones bien conocidas. El *periostio* es asiento de lesiones que FOURNIER divide en dos órdenes: *periostitis* y *periostosis*, que pueden localizarse en su principio en la epífisis para extenderse más tarde a la diáfisis. En cuanto a las *lesiones óseas*, cita el ponente un caso de ULLMANN como ejemplo de *osteítis epifisaria*, otro caso de CUPLER, de *artritis con osteítis necrosante*, y finalmente un caso de HOLMBERG, demostrativo de una *osteomielitis epifisaria con artritis de vecindad*. Las formas malignas son aquellas en las cuales el foco primitivo se localiza en la porción articular del hueso o en la sinovial, en el primer caso tendremos una osteo-artritis infecciosa; en el segundo una artritis. Las formas benignas serán puramente sinoviales, formas más graves sinoviales y perisinoviales y otras más severas, osteo-artritis.

Después de un estudio histológico de las artritis prolongadas, MONDOR agrupa las formas anatómicas mixtas y atípicas que se encuentran más a menudo en la siguiente clasificación: 1.º, sinovitis ligeras, secas, fugaces (artralgias); 2.º, Sinovitis con derrame seroso, serofibrinoso, purulento (artritis con derrame); 3.º, Sinovitis flegmonosas; 4.º, Condro-sinovitis (artritis prolongadas); 5.º, Osteo-artritis, frecuentemente flegmonosas (panartritis grave).

Coxitis gonocócicas.—MONDOR al terminar su ponencia, expone, para agrupar algunos conceptos importantes aislados en el curso de su trabajo, una localización de estas lesiones en la articulación de la cadera en una joven de 20 años, virgen, en la cual la artritis no fué diagnosticada sino al cabo de 3 semanas y que a pesar de la inmovilización y los tratamientos específicos empleados, la enfermedad terminó por una luxación patológica de la cadera. De ello se deduce la gran importancia que tiene la localización de la artritis gonocócica en tal articulación, que si no se le da en Francia la trascendencia que merece, en la literatu-

ra alemana se encuentran trabajos muy explícitos y perfectamente documentados. El principal, debido a KONIG (1901), contiene 20 observaciones.

Los signos característicos son tres: *dolor violento, actitud de relajamiento articular y atrofia muscular precoz.*

En un enfermo, sudoroso y febril, el dolor vivo en la raíz del miembro, la hinchazón, la actitud viciosa, impotencia funcional, deben hacer pensar en una coxitis aguda y hacer buscar el gonococo por todos los medios.

El pronóstico es grave, como se desprende de la observación del ponente. La estadística de KONIG es la siguiente: de 20 casos, 1 muerto, 7 de luxación patológica, 7 con secuelas importantes, 5 curaciones.

En la cadera la blenorragia entraña deformaciones de la cabeza femoral, del cuello, subluxaciones, luxaciones, osteocondritis prolongadas de naturaleza crónica, osteo-artritis deformantes, artritis secas anquilosantes, deformaciones de la pelvis.

Termina MONDOR su trabajo con la exposición rápida de sus casos personales, declarando que la gonococia es un vasto marco en el que gran número de observadores colocarán artritis agudas, deformaciones y artritis crónicas de la cadera.

Tratamiento.—Ponente: Gaston MICHEL (de Nancy).

El autor de la ponencia revisa los diferentes métodos de tratamiento de la blenorragia articular y se deduce de los mismos sus ventajas e inconvenientes.

La medicación interna es ineficaz. JAUSION dice haber obtenido, contra el dolor, resultados favorables mediante inyecciones intravenosas de salicilato sódico. No obstante el autor adopta la conclusión de THIBIERGE: "el tratamiento medicamentoso de la artritis blenorragica no existe".

Las dos indicaciones a cumplir son la supresión del dolor y la conservación de los movimientos de la articulación afecta. Todo tratamiento que satisfaga estas dos indicaciones es el tratamiento de elección.

La medicación externa es en extremo variada.

Los antiflogísticos pueden, al igual que los revulsivos, únicamente actuar sobre el síntoma dolor.

La inmovilización, que ha sido preconizada como tratamiento clásico hasta estos últimos años, calma el dolor, pero esta inmovilización prolongada conduce en la mayoría de los casos a la anquilosis.

El método de FEGE, movilización con masoterapia, debe practicarse precoz y prudentemente, pues una movilización demasiado activa puede dar lugar a recidivas y a verdaderos fracasos.

Los métodos incruentos, que constituyen la terapéutica coadyuvante, pueden curar los casos simples, pero en los graves no pueden impedir las complicaciones y la anquilosis. Estos métodos son, la *compresión, aire caliente, electroterapia y radioterapia.*

La punción, seguida o no de inyección de líquidos antisépticos o modificadores, no está indicada más que en las formas con derrame. Puede considerarse como el primer tiempo de la seroterapia o de la vacunoterapia intra-articular. Conviene conocer el método de DU-

FOUR, basado en la reinyección subcutánea de líquido purulento, extraído de la articulación afecta.

La *artrotomía* sin cierre de la articulación es, a juicio de la mayor parte de los cirujanos, peligrosa, porque puede ser el punto de partida de graves infecciones.

La más practicada es la artrotomía, más o menos amplia, con lavaje y sutura inmediata, sin drenaje. Este método debe ser seguido de movilización activa y al mismo tiempo prudente.

Los resultados se modifican favorablemente cuando se combinan con la vacuna o seroterapia intra-articular. Así pues en las formas graves se combinará la artrotomía amplia, para permitir la exploración de la articulación, con lavaje de la misma con suero o vacuna, terminando con la sutura, sin drenaje, seguida de movilización inmediata y tratamiento fisioterápico bien dirigido.

A pesar de todo, se registrarán todavía fracasos, mas una vez curada la infección, queda el recurso de mejorar la anquilosis mediante la *artroplastia.*

La *proteinoterapia, la vacunoterapia* y principalmente la *seroterapia*, tienen una acción netamente sedativa.

La terapéutica intravenosa por el *mercuriocromo* ha tenido gran divulgación en América. Por sus excelentes resultados, junto con la *gonacrina*, a pesar de las violentas reacciones que frecuentemente ocasionan, parece constituirán en las localizaciones articulares de la gonococia, la terapéutica del porvenir.

J. SALARICH.

SEGUNDA CUESTIÓN

Las operaciones conservadoras en las lesiones inflamatorias de los anexos.

Hace más de un año al comentar los trabajos de TUFFIER y de ESTES sobre cirugía anexial funcionalmente conservadora hacíamos votos porque tema de tanta trascendencia para la futura orientación de la terapéutica ginecológica, figurase en el orden del día del Congreso de teco-ginecólogos próximo a celebrarse en París por aquella fecha.

No se realizaron ciertamente a nuestros augurios ya que la docta Asamblea dedicó sus actividades a otros problemas de la especialidad, algunos de ellos de importancia quizás más relativa.

Meses después el XXXV Congreso francés de Cirugía subsana esta omisión dedicando su segunda ponencia encomendada a los Dres. ROUVILLE y MOCQUOT, al estudio de las operaciones conservadoras en las lesiones inflamatorias de los anejos, suscitando alrededor de este tema una discusión nutrida y empeñada que pone de manifiesto la importancia del tema.

Es un hecho incontrovertible que la cirugía en general va evolucionando paulatinamente hacia técnicas más respetuosas con las funciones orgánicas y esta afirmación que a primera vista parecería poco meditada en estos momentos en que algunas de las especialidades quirúrgicas viven apasionadamente la hora de las amplias exéresis no deja de ser por eso menos exacta.

Las primicias de la alta cirugía abdominal a la ginecología correspondieron y por ello nada tiene de extraño en esta rama de la cirugía, que ostenta ya uno de los más rancios abalengos quirúrgicos, cierto clasicismo y perfección de las técnicas muy a propósito para que, alcanzados la mayor parte de los objetivos propuestos, los esfuerzos converjan al mejoramiento de los resultados obtenidos no ya con nuevos atrevimientos operatorios sino más bien con procederes técnicos que rehuyendo las vastas ectomías lleguen a análogos resultados terapéuticos conservando, en lo posible, las funciones femeninas de la generación.

Y esta cirugía ginecológica conservadora, ortopédica como la califica con su habitual agudeza un querido amigo nuestro, va adquiriendo en estos últimos tiempos un favor extraordinario.

Pasaron ya aquellos tiempos de radicalismo extremo en que el ginecólogo no contento con extirpar en bloque el tramo genital superior, fundamentándolo en cualquier trastorno anatómo-patológico del mismo, perseguía con meticulosidad casi inquisitorial los procesos viscerales concomitantes y no vacilaba en practicar la apendicectomía como complemento casi obligado de toda intervención ginecológica.

Poco a poco va acentuándose en las diversas escuelas de ginecología un fundado respeto a las funciones orgánicas siempre que ello sea factible. Y una de las terapéuticas ginecológicas que más ha beneficiado de esta corriente opinión ha sido la de las lesiones inflamatorias de los anejos.

Hasta hace poco las exéresis amplias en el tratamiento de las anexitis eran desde luego la regla y el ginecólogo no se limitaba a extirpar únicamente el órgano enfermo sino que sujetaba a la paciente a mutilaciones más graves que comportaban la supresión de todo el aparato genital en los casos medianamente complicados. La aplicación de los procederes de KELLY, FAURE, TERRIER, etc., estaban a la orden del día en la mayor parte de las clínicas.

Es evidente que la histerectomía con ooforo-ovarictomía simple o bilateral constituye la curación radical de las anexitis, curación obtenida al precio de una mutilación importante que suprime las funciones menstruales, imposibilita la fecundación y conduce a veces a trastornos generales varios sobre todo en las neurópatas, exponiendo la vida de la enferma a peligros mucho más graves.

Desde el momento que las intervenciones abdominales por lesiones anaxiales se han convertido en operaciones aceptablemente regladas, perfectamente asépticas y de escasa mortalidad, los esfuerzos de los ginecólogos se han dirigido a conservar las porciones menos enfermas o perfectamente fisiológicas de los órganos lesionados con el fin de permitir la recuperación parcial o total de la menstruación y de la ovulación.

Así se han propuesto en poco tiempo toda una serie de intervenciones reparadoras más o menos lógicas y fundamentadas, sobre cuyo límite, valor e indicaciones queda mucho por discutir y precisar todavía.

El trabajo de los ponentes constituye a este respecto

una ordenada recopilación que extractaremos sumariamente.

Impónese ante todo una primera división según que las operaciones de referencia, se dirijan a conservar a la vez la menstruación y la fecundación, se refieran simplemente a la primera de ambas funciones o bien se limiten a conservar la correlación ovárica.

Las operaciones que conservan la menstruación y la fecundación pueden referirse: al ovario solo (ignipuntura o resección parcial en caso de ovario escleroquístico) a la trompa (liberación de adherencias con o sin pexia) salpingostomía, salpingoplastia, salpingorrafia, resección y anastomosis término-terminal, implantación uterina.

En ciertos casos en que la trompa ha sido sacrificada se ha intentado restablecer la posibilidad de un embarazo mediante el injerto de un ovario en útero sea libre o mejor por transposición intrauterina de todo o parte del mismo provista de su pedículo (TURFIER ESTES).

Asimismo se comprende que la salpingectomía unilateral, cuando puede limitarse a esta intervención es la operación conservadora de todas las funciones.

Por último ciertas intervenciones se dirigen exclusivamente al sistema nervioso simpático del cual son tributarios los anejos: simpatectomía hipogástrica, resección del nervio presacro, etc., con la finalidad de suprimir el síntoma dolor.

Operaciones que se circunscriben exclusivamente a la menstruación.—La conservación de las reglas es extremadamente importante ya que su supresión parece ser, mucho más que la ausencia de secreción interna del ovario la causa de los trastornos que acostumbra a seguir a la castración. Las siguientes operaciones han sido propuestas:

- a) Salpingectomía doble con conservación útero-ovárica.
- b) Conservación del útero e injerto ovárico.
- c) Histerectomía fúndica con conservación de un ovario.

Operaciones que conservan especialmente la correlación ovárica:

Se trata de la cuestión siempre debatida de conservar un ovario o fragmento de ovario cuando ello es posible en el curso de una histerectomía. Los autores creen que esta precaución es *siempre inútil* y aun a veces *perjudicial* (degeneración escleroquística y aun neoplasia secundaria).

Indicaciones y resultados obtenidos.—En realidad no existe operación alguna conservadora que valga desde el punto de vista de la constancia y solidez de la curación (si se entiende por ello la supresión de los trastornos determinados por el proceso) lo que las operaciones radicales. Se conservan los órganos y sus funciones a condición de exponer al individuo a ciertos riesgos. Por esta circunstancia deben rechazarse en absoluto las intervenciones que no se hallan especialmente estudiadas para obtener un resultado funcional apreciable: lo interesante es la conservación fisiológica del aparato no su anatomía. Conservar un útero y sus trompas sin ovarios; las trompas sin útero o el útero

sin ovarios ni trompas es comprometer inútilmente el porvenir del sujeto

Indicaciones generales de las operaciones conservadoras: a) Solo tienen su razón de ser en el período activo de la vida genital; pasados los 40 años las esperanzas de fecundación son casi quiméricas y la proximidad de la menopausia natural resta interés a la conservación íntegra de las funciones sexuales.

Precisa asimismo tener en cuenta al sentar la indicación *las condiciones sociales* (aptitud para el trabajo) y el *pasado de la enferma* (maternidad anterior, etc.) ambas en sentido negativo; así como *la naturaleza de la infección causal*.

La infección gonócica, la más frecuente, parece ser poco favorable a las intervenciones que tienden a conservar o restaurar las funciones generadoras a causa del predominio de las lesiones mucosas y a la persistencia de la infección.

La infección puerperal ataca sobre todo el peritoneo y el ovario sin modificaciones notables en la luz y en el espesor de la trompa prestándose mejor a la conservación que las lesiones gonocócicas.

Los caracteres clínicos son en general insuficientes para sentar una medicación cierta antes de la laparotomía, precisando siempre la comprobación de visu mediante el examen directo de las lesiones anatómicas: un peritoneo pelviano poco alterado con conservación suficiente de tejido ovárico y útero susceptible de ser conservado en todo o al menos en parte, son las condiciones fundamentales de las operaciones conservadoras.

Condición *sine qua non* es la de que las lesiones se hallen frías, en apirexia desde largo tiempo consecuencia de un tratamiento médico prolongado que ya no dé más de sí (LECÉNE), escogiéndose de preferencia para la intervención el período inmediatamente *post-menstrual*.

Indicaciones y resultados de las diferentes intervenciones conservadoras

Primer grupo: Conservación integral de funciones.

a) *Ablación unilateral de los anejos.*—El estudio de importantes estadísticas permite afirmar que la operación estrictamente unilateral es benigna y proporciona curaciones durables en los dos tercios de los casos.

Los resultados mediocres (enfermas con dolores, leucorrea etc., pero aptas para el trabajo), francamente malos (dolores violentos, operaciones iterativas) son debidos a la extensión del proceso al lado aparentemente sano y algunas veces a la retrodesviación uterina o a la metritis.

Justifica el uso de esta clase de intervenciones conservadoras los embarazos obtenidos con posterioridad (15 a 20 por 100 de los casos).

Por el contrario en las operaciones conservadoras de la trompa enferma la proporción de éxitos es muy débil, motivo por el cual deben seleccionarse cuidadosamente los casos: integridad del ovario correspondiente, lesiones antiguas y ligeras de salpingitis catarral, pequeño hidrosalpinx, hematosalpinx líquido o perisalpingitis crónica.

En las operaciones conservadoras del ovario los resultados obtenidos con la ignipuntura y la resección parcial son semejantes si bien la segunda intervención cuenta hoy día con mayor número de partidarios. Ambas mejoran el síndrome ovaralgia y no influyen sobre la concepción. Nada puede adelantarse sobre la eficacia de las intervenciones sobre el simpático.

Por último la posibilidad de embarazo sin trompas parece indiscutible si se fija el ovario al muñón tubárico no ligado (SOHIE y CASAS) o se practica un injerto *in utero* (hemoplástico, pediculado (ESTES TUFFIER) o no (caso de MORRIS).

Segundo grupo: Conservación de la menstruación sola.—Es difícil de precisar la cantidad mínima de ovario necesario para ello. En la práctica basta con un pequeño fragmento. En cuanto al útero precisa conservar una parte del cuerpo 3 ó 4 cms. por encima del istmo (LECÉNE).

La conservación de un fragmento suficiente de ovario y de todo el útero da resultados satisfactorios en el 65 a 80 ó 90 de los casos, pareciendo indicada en las lesiones tubéricas bilaterales circunscritas y sin adherencias peritubéricas a condición de que se opere absolutamente en frío. El buen estado de las porciones muscular y serosa del útero y su posición correcta son condiciones indispensables.

La histerectomía fúndica metodizada por BEUTTNER parece presentar interés práctico. No tiene mayor mortalidad que la histerectomía subtotal y da lugar a una curación estable conservando casi siempre en la enferma sus reglas (un fracaso en 28 casos (ROBINEAU) a costa de ligeras molestias (leucorrea, pequeños dolores cuando el ménstruo).

Sus indicaciones quedan limitadas a los casos de anexitis bilateral ligera sin grandes lesiones peri-anexiales ó completamente frías, a ciertos casos de metrorragias rebeldes con doble ovario escleroquistico y a los embarazos extrauterinos cuando existen lesiones anexiales en el lado opuesto. Lo importante es el estado del útero y la existencia de una regular superficie de peritoneo sano. Los úteros que mejor se prestan para ello son los úteros jugosos y gruesos afectos de metritis crónica con lesiones mucosas e hiperplasia y edema de la pared.

Por último en la *tuberculosis anexial* ningún criterio cierto permite juzgar de la oportunidad de las operaciones conservadoras. En las formas activas y extensas parece ser indispensable la intervención radical limitando la indicación de los procederes conservadores a las formas tórpidas bien limitadas en sujetos con buen estado general.

En sus conclusiones los ponentes se muestran partidarios de perseverar en el camino emprendido.

“Todo ello, dicen, debe impulsarnos a orientar nuestra acción en un sentido más conservador. Las indicaciones son frecuentes: en 1909, POLLOSSON practicaba 15 operaciones conservadoras contra 41 operaciones radicales; en 1914, 25 conservadoras contra 17 radicales. Es una cirugía más compleja, más difícil, más incierta todavía. Sin embargo debe existir la “obsesión conservadora”; precisa hacer un esfuerzo y llegar a mayor precisión en el examen clínico, en la

elección de las indicaciones operatorias y en la misma operación. Los resultados obtenidos con las intervenciones conservadoras lo purifican.

Intervienen en la discusión mostrándose favorables a las orientaciones de la ponencia: WESSEL, de Copenhague, BEUTTNER, de Ginebra, VAN ROOY, de Amsterdam, ROUFFART, de Bruselas, SIREDEY, de París, AUSERT, de Ginebra, MAYER, de Bruselas, DANIEL, de Bucarest, BRODIER, de París, DOUAY, de París, SE-NECHAL, de Nanterre, etc.

ROUSSEL, de Bruselas, expone los peligros de la conservación a todo trance.

VILLARD, de Lyon, no ha obtenido buenos resultados con la conservación del ovario. Cree en cambio que la conservación del útero es importante por cuanto parece ser asiento de una verdadera secreción interna.

ABADIE, de Orán, cree que la histerectomía fúndica está indicada tan solo excepcionalmente y que es más sencillo conservar todo el órgano.

J. L. FAURE, insiste en la dificultad de establecer la gravedad de las lesiones anexas aun en el curso de una laparatomía, y señala la frecuencia de las reintervenciones en muchas operaciones conservadoras; si en teoría todos los ginecólogos se hallan de acuerdo acerca de la procedencia de los métodos conservadores, en la práctica es casi imposible fijar directivas sólidas.

No es partidario de la histerectomía fúndica que considera como una complicación creyendo más acertado practicar una supra-istmica que conserva asimismo la menstruación.

Por último POTVIN, de Bruselas, presenta un nuevo tipo de intervención conservadora de las trompas. Consiste en exteriorizar el órgano mediante incisión lateral fijarla a la piel desobturarlo y tratarlo mediante inyecciones de permanganato e instilaciones de nitrato de plata tal y como si se tratase de una uretritis. En 15 días se obtiene la desinfección de la trompa que vuelve a reintegrarse a la cavidad abdominal. El autor presenta 3 observaciones y asegura que la permeabilidad tubárica es permanente (prueba del lipiodol). No ha observado embarazo.

J. VANRELI.

BIBLIOGRAFIA

J. GATÉ.—DERMATOLOGÍA. G. Doin y C., editores. París 1926.

Esta obrita, que forma parte de la colección "Les consultations journalières", es un verdadero manual de Dermatología escrito para los no iniciados en la especialidad o sea para los médicos que dedican su actividad con preferencia a la Medicina general y para los estudiantes.

Nos dicen los editores, en el prólogo, que el autor se ha limitado a reunir en un pequeño volumen lo más nuevo y lo más útil en Dermatología, puesto al alcance de todo médico y estudiante para que le sirva de orientación y guía en lo difícil que resulta la especialidad. Pero son tantas y tan escogidas las cosas que dice este manual que el menos versado en esta rama de la Medicina si consigue llegar a saber todo lo que en él está escrito, tiene la seguridad de que se elevará muy por encima del nivel médico corriente en lo que se refiere

a esta asignatura, y no desdice tampoco de la mesa del especialista por permitir en un momento dado aclarar unas dudas.

A fin de hacer práctico el Manual, no hay en la obra descripción de formas clínicas raras ni tan sólo se estudia en él la anatomía patológica de las diferentes afecciones por considerar el autor que estos asuntos corresponden al especialista y sólo tienen para el médico general un interés secundario.

La sintomatología está expuesta de un modo conciso y claro comprendiendo los síntomas más importantes de las afecciones estudiadas, extendiéndose algo más en la terapéutica, por ser éste corrientemente el punto más flojo, aconsejando se emplee el tratamiento indicado por ser escogido entre lo más empleado y que mejores resultados le ha proporcionado.

La obrita está dividida en tres partes: en la primera señala algunas reglas higiénico-dietéticas antes de entrar en el estudio de los procedimientos terapéuticos. Sigue una idea acerca de la vacunación local y general, indicaciones y técnica de la tuberculoterapia, de las diversas inyecciones intravenosas, de las intramusculares, de la medicación desensibilizante (leche, autoseroterapia, autohemoterapia). En un corto capítulo sienta las indicaciones de la opoterapia y la de las aguas minero-medicinales.

En fisioterapia empieza por las diversas aplicaciones del agua común, ya sola, ya acompañada de diversos medicamentos, empleándola como cura húmeda, lociones, pulverización, cataplasmas y baños, y completa el capítulo con el decostrado, la depilación, gimnasia y masaje cutáneos, aire caliente, helioterapia, fototerapia, la cauterización ígnea valiéndose del termo y del galvano cauterio, las escarificaciones, la nieve carbónica, la electricidad en sus diferentes modalidades, el radium, los rayos X, donde se extiende en muchos detalles, finalizando con el estudio de la terapéutica química tópica abarcando el concepto de algunos antiflogísticos y calmantes antipruriginosos, antisépticos, decostrantes, queratolíticos, reductores y queratoplásticos.

En la segunda parte define ligeramente las lesiones elementales, tales como el prurito, eritemas talangiestasias, pápulas, tubérculos, gomas y otras nudosidades, las vesículas, flictenas, escamas, ulceraciones, atrofas, liquenificaciones y trastornos de la pigmentación.

Dedica una parte de la obra al estudio de estas lesiones elementales dada la importancia que tienen, pues de su exacto conocimiento depende el diagnóstico de la afección.

La tercera y última parte está destinada al estudio individual de cada una de las diversas afecciones dermatológicas; es la más extensa del libro.

Empieza por el grupo de Neurodermias, comprendiendo en él, el prurito, la urticaria y los prurigos; sigue el de los Eritemas y Púrpuras, estudiando a continuación las dermatosis eritemato-escamosas, las papulosas, las tuberculosas y tubérculo ulcerosas, las nudosas, ulcerosas, vesiculosas (extendiéndose al hablar del eczema), las ampollas y las supurativas; siguen las eritrodermias divididas en primitivas y secundarias, las dermatosis hiperqueratósicas y disqueratósicas, las vegetantes, discrómicas, ditróficas foliculares, un capítulo de afecciones de las faneras y otro de las glándulas sudoríparas; el grupo de parasitarias (pediculas, sarna, ladillas) el cual también comprende los parásitos vegetales, las leucémides, las dermatosis bacilares, finalizando con el capítulo de los tumores cutáneos: nevus, quistes, adenomas, molluscum, tumores fibrosos, grasosos, musculares, calcáreos, millium, xantomas y tumores malignos.

Por la rápida y no completa enumeración señalada es posible formarse concepto de la gran cantidad de materia que en forma condensada contiene el librito, debiéndole considerar como muy útil, práctico y suficiente para el que no aspire a especialista.

J. TRAGANT.