

SENCERT.—Archivos de Obstetricia y Ginecología Franceses. París 1924.

COTTE.—Revue de Gynecologie et Obstetrique Française. París 1923.

GAYLE.—La reflexe de l'explanique ou reflexe pelvienne. *La Press. Medical*, núm. 67. 1923.

EMGE.—Tratamiento Quirúrgico de las varices de la pelvis femenina. *The Journal American Medical Association*. 15 de Diciembre de 1925.

CHALIER et DOUNET.—Resection et ovariectomie. *Gynecologie et Obstetrique*. Enero 1921.

CASTANO.—La ligadura de las varices pelvianas. *Presse Medicale*. Diciembre de 1924.

KELLSALC.—La ligadura múltiple como tratamiento de las varices pelvianas. *The Journal American Medical Association*. Enero de 1921.

EMGE.—Acortamiento de los ligamentos redondos y sacro-uterinos. *Surg. Gynecologie and Obst.* Febrero de 1921.

SCHUBERT.—Resección y ligadura de las venas y ventrofijación. *Surg. Gin. et Obst.*, núm. 40. 1925.

CRÓNICA

LAËNNEC (1781-1826)

En este mes, la ciencia médica francesa conmemora el centenario de la muerte de uno de sus más ilustres miembros: LAËNNEC.

En realidad, el homenaje que la Medicina francesa rinde a la memoria de su egregio clínico tiene todos los honores de un homenaje póstumo universal al cual se suman todas las naciones civilizadas. Y es que la magna figura médica de LAËNNEC por su valor representativo en la Historia de la Medicina ejerce ciertamente una irradiación universal.

Todas las etapas históricas de la medicina, desde Hipócrates hasta nuestros tiempos, han tenido su hombre símbolo bajo cuya égida se han señalado nuevos horizontes y derroteros en la marcha eternamente progresiva de la Ciencia. LAËNNEC marca en los comienzos del pasado siglo un momento culminante de la Medicina, el jalón inicial de la Era Moderna.

En la época de LAËNNEC, las ciencias biológicas y de un modo especial su más genuina representante, la Medicina, se desenvolvían todavía dentro de un sofocante ambiente especulativo en el que el empirismo, rutinariamente fiel a las viejas tradiciones, oponía un obstáculo infranqueable a toda renovación. La teoría se imponía aun sobre la realidad de los hechos y la Medicina se hallaba todavía influenciada por la clasificación nosográfica de PINEL basada en la arbitraria concepción de los sistemas orgánicos. Corresponde ciertamente a LAËNNEC la gloria de haberse rebelado contra el rutinario quietismo de la Medicina de sus tiempos, otorgando a la pura observación clínica un valor hasta aquel momento desconocido. El descubrimiento del estetoscopio le permitió la admirable labor de establecer la verdadera significación anatómica de los síntomas y de fundar la descripción y la clasificación de las enfermedades sobre una base anátomo-clínica.

La formación médica de LAËNNEC fué inicialmente anatómica y ella fué, sin duda alguna, la que determinó la formación del espíritu eminentemente objetivista del genio.

Al lado de CORVISART, se despertó en LAËNNEC su pasión hacia los estudios anátomo patológicos. Su enorme capacidad de trabajo unida a un refinado sentido clínico le permitió no solo prodigar sus investigaciones necrópsicas sino el relacionar estas observaciones anátomo patológicas con la evolución clínica de los procesos, creando de este modo una concepción personal de las enfermedades, según la cual éstas eran en todo momento la expresión de una base lesional que las caracterizaba clínicamente.

Esta concepción lesional de los procesos morbosos creada por LAËNNEC hoy debe ser reputada como insuficiente por el hecho de que omite el valor del trastorno funcional creador a veces por sí solo de todo el proceso morbo, pero ello se justifica sobradamente si se tiene en cuenta que la fisiología no había pasado todavía de la fase embrionaria en los tiempos de LAËNNEC. Este reparo no empaña lo más mínimo la gloria de LAËNNEC que al fundar la descripción de las enfermedades en la exacta observación de los hechos y al otorgar al síntoma objetivo su verdadera significación morbo, creó de hecho la clínica moderna y preparó el terreno a la más admirable ciencia experimental que han conocido los tiempos, la Fisiología.

Para ello fué preciso establecer previamente una ruda lucha contra la llamada medicina fisiológica patrocinada por BROUSSAIS y que confundía a todos los procesos morbosos bajo una patogenia universal, la irritación de los tejidos consecutiva a una inflamación del tubo digestivo.

Esta teoría inflamatoria defendida tenzmente por BROUSSAIS e infiltrada en el espíritu de la mayoría de los médicos de principios del pasado siglo, solo era fisiológica en el nombre pero no en el terreno de los hechos, ya que se fundaba en conceptos puramente teóricos fruto en su mayor parte de un trabajo imaginativo. Al destruir LAËNNEC las arbitrarias teorías médicas y pseudo-fisiológicas de BROUSSAIS y al hacer de la Medicina una ciencia objetiva basada en la observación y en la experiencia, no hizo más que abrir de par en par las puertas de la Medicina moderna en toda su plenitud.

En el terreno doctrinal de las ideas y de los principios médicos, saludemos pues en LAËNNEC al genio revolucionario y creador a cuyo impulso la Medicina adquirió nuevos y esplendorosos horizontes.

Al lado del aspecto doctrinal de la gran figura de LAËNNEC que hemos tenido especial empeño en poner de relieve por su trascendental significación en la evolución histórica de la Medicina, sobresale asimismo con rasgos enérgicos la personalidad de LAËNNEC como clínico y como médico.

En ese sentido la obra del gran médico francés debe ser considerada como una de las más prodigiosas creaciones realizadas en el campo de la Medicina.

Ya hemos señalado suficientemente el formidable sentido crítico y las excepcionales condiciones de observador que caracterizaban a LAËNNEC; estas cualidades

ayudadas del descubrimiento del estetoscopio le permitieron crear una serie de conceptos clínicos tan exactos y precisos que han podido resistir sin conmovirse los embates del tiempo.

Es interesante recordar las circunstancias—aparentemente banales como suele acontecer con la mayoría de los descubrimientos—en que LAENNEC tuvo la sugestión del estetoscopio y que él mismo refiere en un conocido pasaje de su *Tratado de auscultación*.

Un día en que él atravesaba uno de los patios del Palacio del Louvre advirtió con curiosidad que dos muchachos se divertían en escuchar con el oído aplicado al extremo de un largo trozo de madera los ruidos que se producían golpeando ligeramente en el cabo opuesto. Esta transmisión del ruido a través de los cuerpos sólidos fué para LAENNEC un luminoso rayo de luz e inmediatamente tuvo la sugestión de que con la ayuda de un pequeño tallo de madera aplicado contra el pecho era posible oír y estudiar los ruidos que se producían en la cavidad torácica. Como afirman los comentaristas de LAENNEC, es muy verosímil que éste hubiese ya ideado la forma de practicar los estudios de auscultación inmediata pues así parece desprenderse de los comentarios con que quiso ampliar su traducción del "Tratado sobre la Percusión" del médico vienés AUBENBRUGGER, creador de este procedimiento de exploración física.

LAENNEC empleó por primera vez un simple rollo de papel fuertemente apretado que aplicó por una de sus extremidades sobre el pecho de un cardíaco mientras auscultaba los ruidos torácicos con el oído en el otro extremo. Más tarde perfeccionó este instrumental y reemplazó el rollo de papel por un cilindro de madera cuya forma fué modificando personalmente en etapas sucesivas.

En su servicio clínico del Hospital Necker intensificó y profundizó su estudio de los ruidos revelados por la auscultación y se dedicó con gran intuición clínica a buscarles una significación apropiada de acuerdo con las lesiones que los producían. De este modo el conocimiento de la patología torácica y en especial pulmonar recibió de LAENNEC un formidable impulso. Las descripciones que el gran clínico francés realizó de la neumonía, la pleuresía, la apoplejía pulmonar, la gangrena de pulmón, el enfisema, la bronquiectasia y sobre todo de la tuberculosis pulmonar tienen todos los caracteres de una obra clásica y definitiva.

Con la descripción de los procesos morbosos, descubrió también LAENNEC gran número de signos de auscultación a los que dió una nomenclatura no menos clásica, tal es la clasificación de los soplos, algunos tipos de estertores, la broncofonía, la egofonía y la pectoriloquía.

El descubrimiento de la auscultación data del mes de Septiembre de 1816 y solo hasta después de diez y ocho meses, en febrero de 1818, no dió a conocer LAENNEC su nuevo método de exploración en forma de comunicación a la Academia de Ciencias. Un año más tarde, 1819, apareció al fin la gran obra de LAENNEC condensada en su magistral *"Tratado de la auscultación mediata"* que se agotó rápidamente y mediante el cual se difundió por doquier la gloria de su autor.

La segunda edición del "Tratado de auscultación mediata" fué realizada por el propio LAENNEC en los últimos meses de su vida y cabe decir de él que tiene todos los honores de un nuevo libro por las grandes reformas e innovaciones clínicas introducidas por su autor.

Ha constituido indudablemente la nota más acertada y a la vez más enaltecedora de la memoria de LAENNEC, la reimpresión, por parte del Comité de las Fiestas del Centenario, de esta segunda edición del "Tratado de auscultación".

René - Teófilo - Jacinto LAENNEC nació en 17 de Febrero de 1781 en Quimper (Bretaña). Su afición a la medicina se despertó al lado de su tío Guillermo LAENNEC reputado médico en Nantes quien tuvo en todo momento la conciencia del valor intelectual de su sobrino, impulsándole y orientándole en sus primeras iniciaciones Médicas. Su primer maestro fué CORVISART y más tarde DUPUYTREN. Pero bien pronto la excepcional intuición clínica de LAENNEC determinó en él una tendencia al autodidactismo que culminó en la creación de su magna obra médica.

El campo de labor de LAENNEC fué el Hospital Necker, este viejo y tradicional Hospital del París antiguo que conservará siempre como su mayor timbre de gloria el haber cobijado las enseñanzas de tan eximio maestro.

En 1822 entró LAENNEC a formar parte del Profesorado de la Facultad de Medicina de París y en 1823 tuvo lugar su ingreso como miembro titular de la Academia de Medicina. En realidad, los contemporáneos de LAENNEC comprendieron y premiaron tardíamente su mérito excepcional y ello fué causa de que el gran genio médico francés pudiera disfrutar poco tiempo de los honores que el Estado oficial y la fortuna vinieron a tributarle en los cuatro años que precedieron a su muerte.

LAENNEC murió joven a los 45 años, víctima—como los héroes que mueren en la ruda batalla—de aquel proceso cuyo estudio le dió gloria y honor, la tuberculosis pulmonar. Su constitución más bien débil y enclenque no pudo sobreponerse al gran esfuerzo realizado, ni al contagio de que fué víctima bajo la forma de un tubérculo anatómico contraído en una autopsia de tuberculosis vertebral en Diciembre de 1803.

LAENNEC fué durante su vida gran creyente y católico practicante, su muerte fué dulce y resignada como reacción a su vida agitada de lucha, de trabajo y de gloria.

La posteridad ha sabido apreciar debidamente la obra de este gran genio médico que al crear su obra sobre el examen justo de los hechos ha perdurado definitivamente señalando un momento trascendental de la evolución de la Medicina.

Luis TRIAS DE BES

XXVI CONGRESO FRANCÉS DE UROLOGÍA

Se ha celebrado con brillante éxito en París, el XXVI Congreso de Urología. En él, aparte de numerosas comunicaciones, las más interesantes de las cua-

les, resumimos al final de esta Crónica, se discutió, como ponencia única, el interesante tema *El reflujo vesico-ureteral*, confiado al conocido urólogo C. LEPOUTRE (de Lille).

Define LEPOUTRE el reflujo vesico-uretral, diciendo que existe cuando el contenido de la vejiga remonta hacia las vías urinarias superiores, ureter y pelvis renal, forzando el meato ureteral. El reflujo puede ser un accidente, un hecho pasajero, que no persiste ni tiene trascendencia clínica: tal es el *reflujo accidente*. Completamente distinto es el síndrome descrito, con el nombre de dilatación permanente de los orificios ureterales. Se trata en este caso de un estado permanente, una *enfermedad*, en la cual el contenido de la vejiga pasa libre y habitualmente, sin obstáculos, hasta las vías urinarias superiores. Esta afección es con frecuencia congénita, pero también puede ser adquirida (ureter forzado).

La Fisiología y la experimentación nos muestran que el reflujo adquirido es un fenómeno vesical. La oblicuidad del ureter intramural, el peristaltismo normal del ureter se oponen a su producción. Al contrario en el momento de la contracción de la vejiga, la disposición anatómica cambia algo y es más favorable a tal producción del reflujo. Es imposible determinar reflujo en la vejiga del cadáver, y en el vivo, en la vejiga flácida. Cuando se le puede provocar en el conejo, por ejemplo, tiene lugar única y exclusivamente en el momento de una contracción vesical.

Los principales síntomas del reflujo en el hombre son: 1.º Dolor lumbar durante la micción, o durante un lavado de vejiga (distensión de la pelvis renal).

2.º Signos cistoscópicos; meato abierto, flácido, en agujero de golf, análogo a la entrada de un divertículo; pero a veces meato normal. Salida de la orina lenta, perezosa, a veces con clara constatación del reflujo. En fin, una sonda ureteral colocada hasta la pelvis renal, da el mismo líquido contenido en la vejiga, o incluso algún líquido medicamentoso inyectado en la vejiga algún tiempo antes (aceite gomenolado, por ejemplo).

3.º El examen a los rayos X da una confirmación gráfica del fenómeno. El examen radioscópico o el estudio de radiografías en serie nos demuestra, que en la mayor parte de los casos el líquido asciende progresivamente, por subidas rápidas o como escalones, empujado por la vejiga, aunque detenido en cierto modo por las contracciones del ureter.

En el hombre se ha observado el reflujo en los casos más diversos. La presencia de una sonda en el ureter, la anestesia general no provocan el reflujo accidental.

Al contrario si en el transcurso de un examen se observa un tenesmo violento, y el observador comprime la uretra sobre el instrumento para impedir la salida del líquido por micción, es muy probable que se produzca un reflujo accidente. Según el exponente, la raqui-anestesia que pone la vejiga en flacidez, semejando la vejiga de un cadáver, no solamente no produce el reflujo, sino que pone al abrigo de este accidente. El reflujo enfermedad es frecuentemente *de origen congénito* capítulo de la dilatación esencial de los órganos

huecos (BARD) y se puede observar: 1.º La dilatación de todo el árbol urinario, vejiga, los dos ureteres y las pelvis renales. 2.º La dilatación de los ureteres comprendido el meato. 3.º La dilatación de un solo ureter con su meato y pelvis renal correspondiente.

El reflujo adquirido proviene frecuentemente de la tuberculosis (reflujo en el riñón enfermo, reflujo en el riñón opuesto al riñón tuberculoso, reflujo observado largo tiempo después de la nefrectomía). Se le observa también consecutivamente a una cistitis séptico-química, en el curso de las cisto-pielitis agudas y crónicas, de la litiasis reno-ureteral, de tumores de la vejiga de obstáculos al curso de la orina (hipertrofia, cáncer, absceso de la próstata, estrechez de la uretra, barra inter-ureteral) de divertículos de la vejiga (coexistencia de las dos afecciones congénitas; ureter que se abre en un divertículo, obstáculo aportado por el divertículo a la oclusión activa del meato ureteral), en las enfermedades de la médula. En todos los casos se observa al mismo tiempo la infección uretero-piélica. Las intervenciones sobre el meato no conducen al reflujo más que en el caso en que existe previamente, una atonía irremediable del ureter, lo más frecuentemente de origen inflamatorio: la uretero-cistoneostomía que conduce a la muerte del riñón, permite también el reflujo.

La *anatomía patológica* nos muestra un ureter dilatado irregularmente, flexuoso, alargado y desplazado lateralmente; estas modificaciones del ureter son el substratum anatómico especial del *reflujo enfermedad*. Los cortes practicados en el ureter sometido al reflujo congénito, han mostrado la integridad de la capa muscular. Desde el punto de vista *patogénico*, el ureter forzado adquirido, es en primer lugar un fenómeno vesical, pero hace falta una lesión del meato ureteral, y un cierto grado de atonía del ureter que están bajo la dependencia de causas traumáticas, tuberculosas o inflamatorias banales. En ciertos casos, en el reflujo, en el riñón opuesto a un riñón tuberculoso por ejemplo, un reflujo accidental, ha existido, que produce o favorece la infección uretero-piélica y por este medio el establecimiento de un reflujo adquirido permanente. El exponente no cree que en las condiciones habituales de la clínica, no existen movimientos antiperistálticos del ureter.

COMPLICACIONES: 1.º *Complicaciones vesicales*. En los uréteres forzados adquiridos, la frecuencia de las micciones se observa a menudo y puede llegar incluso a la incontinencia. En el reflujo congénito la retención vesical es la regla. Cuando el reflujo es unilateral, se puede comparar la retención, a la que existe en los casos de divertículo vesical.

2.º La infección es habitual, bien sea por la infección adquirida de un ureter forzado congénito, sea que la infección uretero-piélica haya sido la causa del establecimiento del reflujo.

3.º La litiasis secundaria es frecuente.

4.º Las soluciones aceitosas inyectadas en la vejiga pueden, ascendiendo hasta la pelvis renal, provocar y entretejer la infección.

5.º Los lavados de vejiga pueden, cuando la into-

lerancia vesical es muy grande, provocar accidentes mortales, por infección, o por irritación brutal de las cavidades pielorenales.

6.º El reflujo de la orina por la herida después de una nefrectomía, es una complicación nada excepcional y producida por la misma patogenia. Sobreviene sobre todo después de las nefrectomías por tuberculosis renal y aparece en los días que siguen a la operación, pero también más tarde (1 mes, 1 1/2 años, 2 años) y se cura a menudo por la aplicación de una sonda vesical a permanencia. Un reflujo pequeño e insidioso es frecuentemente el origen de infecciones de la llaga lumbar.

El diagnóstico en general es fácil, si se piensa en ello y se ponen en práctica los medios de exploración necesarios. Si se buscan, se encuentran a menudo casos de reflujo uretero-piélicos. Esto es muy importante pues el reflujo podría exponer a errores en la interpretación de los resultados del cateterismo ureteral. Se ha de temer este error si en el curso de un examen, se observan contracciones violentas de la vejiga y si se ha comprimido la uretra sobre el cistoscopio para impedir la salida del líquido vesical. Si se deja la vejiga llena se empleará un líquido fácil de reconocer en las muestras recogidas: (solución lactosada). Es mejor que permanezca la vejiga vacía durante el examen por la introducción de una sonda vesical a permanencia.

El pronóstico es evidentemente serio, pues no podemos curar completamente, un reflujo ureteral bien establecido. Sin embargo la sobrevivencia puede ser muy larga. Es necesario sobre todo temer los reflujos acompañados de intolerancia marcada de la vejiga.

TRATAMIENTO: 1.º Un reflujo adquirido puede curar completamente por la supresión de la causa que lo ha producido, como la curación de una cistitis tuberculosa por la ablación del riñón enfermo.

2.º No hay ninguna operación plástica a oponer al reflujo.

La uretero-nefrectomía ha curado retenciones debidas al reflujo unilateral (analogía con los divertículos).

4.º Los lavados prudentes y regulares de la vejiga, dan resultados apreciables. La nefrostomía está a menudo indicada.

5.º Cuando la vejiga es muy intolerante es necesario poner el riñón al abrigo de estas contracciones. La nefrostomía ha dado en estos casos excelentes resultados.

COMUNICACIONES

La frecuencia del cáncer de las vías urinarias en Marsella. M. IMBERT (Marsella) utilizando las estadísticas de dos grandes hospitales generales, deduce que la frecuencia del cáncer de las vías urinarias, aumenta, ligera pero gradualmente desde 1870 a 1925. En realidad los diagnósticos se hacen más precoces, y así el aumento es más bien aparente que real, y no es sino la expresión de una mejor técnica diagnóstica.

Transfusión de sangre y tumores vesicales. M. JEANBRAU (de Montpellier), llama la atención sobre la necesidad de hacer a los sujetos profundamente anemiciados por hematurias repetidas y abundantes durante

largo tiempo a veces, transfusiones varias, abundantes de 200 a 300 cm.3 de sangre. Una sola transfusión no es suficiente. Puede utilizarse la sangre extraída con objeto terapéutico a los hiperazotémicos, pues la pequeña cantidad de urea que pueda tener es insignificante para ser tóxica.

Las felices sorpresas del cateterismo ureteral. M. CATHELIN (de París), refiere el caso de una joven de 19 años afecta clínicamente de una tuberculosis renal derecha, con crisis dolorosas muy violentas de este lado. El cateterismo ureteral doble, demostró que en realidad el riñón funcionaba admirablemente y que el izquierdo era el enfermo, que extirpado se encontró completamente deshecho.

Complicaciones urinarias de las heridas de la cola de caballo. M. M. MAISONNET. En las heridas del haz de nervios, conocidos por cola de caballo la complicación constante es la retención vesical total o parcial. La incontinencia no se observa. Los desórdenes urinarios de los heridos de la cola de caballo demuestran la existencia de centros nerviosos paramedulares que tienen bajo su dependencia los fenómenos de la micción automática, por oposición a los centros cerebrales que regulan la micción consciente.

Las indicaciones de la telestereo-radiografía en urología (Método de Diocles). M. MAILLE (de París). Sostiene que la telestereo-radiografía en razón de la limpieza de los clichés tomados a gran distancia focal instantáneas de una sensación plástica perfecta, permitiendo una localización exacta.

Demostraciones radiográficas de los resultados de la pielografía. M. LEGUEU (de París). Sostiene que la pelvis renal se vacía por contracciones rítmicas de los cálices y pelvis, formando un bulbo como el e tómagos; esto demuestra la existencia de centros nerviosos autónomos en la pelvis renal y un esfínter pieloureteral.

En estado patológico, las contracciones son suprimidas en las grandes hidronefrosis, disminuidas en las medianas y aumentadas notablemente en las pequeñas hidronefrosis, que no son otra cosa que un espasmo de la pelvis o del esfínter pieloureteral.

La hidronefrosis se muestra pues en esta comunicación como un desorden neuro-muscular de origen puramente dinámico y sin que la mecánica juegue ningún papel.

Cálculos urinarios y la luz de Wood. M. H. REYNÉS (de Marsella). Vistos a la luz de Wood, un gran número de cuerpos minerales u orgánicos, presentan, efectos de coloración diferentes de unos a otros, y esto aplicado a los cálculos urinarios, puede servir para determinar la diferencia química de los mismos.

Las dificultades de interpretación radiográfica de los cálculos móviles del riñón. M. JEANBRAU (de Montpellier). Por el estudio y examen de radiografías de frente y de perfil, de cálculos varios del riñón se puede llegar a precisar el asiento de los cálculos móviles de los cálices y de la pelvis y prever de antemano si se podrá intervenir por pielotomía o si habrá que recurrir a la nefrolitotomía, según se aprecie movilidad o fijeza de dichos cálculos.

Pielografías con lipiodol. LE FUR (de París). Presenta una serie de Pelvigrafías con lipiodol en una mujer de 26 años que demuestran un retardo considerable de la eliminación del lipiodol de la pelvis derecha ligeramente dilatada, sin trastornos funcionales y al mismo tiempo la viscosidad del producto permitió la evacuación de un pequeño cálculo de la misma pelvis.

Nuevo aparato de diatermia destinado a la urología. M. BOUNET (de Nancy). El autor describe un nuevo aparato de alta frecuencia que ha ideado y que ofrece ventajas según expone en la práctica de la electrocoagulación.

Historia de una supuración prostática. M. ORAISON (de Burdeos). Expone la historia de un enfermo, con absceso de la próstata curado por evacuación en la uretra. Prostatectomía y nuevo absceso de la celda prostática y orquitis supurada por neumobáculos.

Un caso de Litiasis prostática. M. CASTAGNOL (de Ruen). A propósito de un caso de litiasis prostática en el cual extrajo por talla 5 cálculos, aconseja radiografías de la próstata, más frecuentemente de lo que se hacen.

Próstatas enormes; cierre precoz o tardío de la vejiga. M. J. ABADIE (de Orán). Expone dos próstatas grandes, cuyo peso es de 350 gr. y 310 gr. extirpadas por él, y se muestra partidario del cierre tardío de la brecha hipogástrica.

Adenomitis, simulando la degeneración cancerosa de la próstata que curan simplemente con varios meses de drenaje hipogástrico y hacen fácil la prostatectomía secundaria. M. JEANBRAU (de Montbéliard). A propósito de tres casos de este género sostiene que es necesario ser circunspectos en afirmar d'embé, la existencia de una degeneración neoplásica; es necesario ver al enfermo 2 meses después de la cistostomía pues entonces quizá ha desaparecido la inflamación que hacía sospechar la degeneración maligna.

M. PASTEU (de París) interviene opinando que estos casos se debe extirpar la próstata lo más de prisa posible, pues son casos dudosos y no es lógico ni prudente esperar por si resultan neoplásicos.

Un tumor quístico de la región prostática, maligno. M. GAYET (de Lion), que resultó independiente de la próstata, y localizado, detrás de esta glándula y debajo de la vejiga sin comunicación con esta ni con la uretra.

Curioterapia del cáncer de la próstata. M. CHAUVIU (de Marsella). Considera este medio como el de elección cuando son inoperables y ha tratado 6 casos, por la colocación de 12 agujas de 2 mgr. dejadas en la masa prostato-neoplásica durante 8 o 10 días; dos casos murieron por afección intercurrente; uno continuó su evolución y tres están clínicamente curados después de 10, 9 y 8 meses respectivamente.

M. J. GOURDET (de Nantes) presenta una colección de instrumentos especiales para la cirugía prostática por vía uretral.

El Cateterismo de los conductos eyaculadores. M. LE FUR (de París) tienen gran importancia terapéutica en los casos de estrecheces congénitas inflamatorias de los conductos, cólicos espermáticos, eyaculaciones dolorosas, hemospermia, ausencia o insuficiencia de eyacula-

ciones, espermatozoides subagudas o crónicas, epididimitis de repetición.

Estenosis de los conductos eyaculadores. M. M. LAVENAT refiere dos casos consecutivos a una electrocoagulación demasiado profunda del verumontanum por uretritis crónica.

La hemospermia. M. JULES JANET (de París) concluye en un fenómeno banal en la inmensa mayoría de los casos, tan banal y comparable a las pequeñas epistaxis en los corizas intensos. No tiene nada que ver con la tuberculosis genital o urinaria. Excepcionalmente viene a ser el primer síntoma de un cáncer de la próstata.

A. OTERO

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Fenómenos hemolíticos e ictero-hemolíticos en el tifus. DALLA VOLTA.

En el curso de sus estudios sobre algunos casos de fiebre tifoidea, el autor ha recogido un conjunto de datos clínicos, hematológicos y experimentales, de los que se deduce la posibilidad de que aparezcan fenómenos hemolíticos intravitales, de diferente intensidad, en el curso de la infección y en estrecha conexión con ella. Los hechos siguientes apoyan esta concepción:

Desde el punto de vista clínico y hemático: 1.º La aparición de una anemia muy marcada, de tipo hemolítico: hipoglobulia con elevación relativa del valor globular; poiquilocitosis, anisocitosis por microcitemia, disminución de las resistencias globulares y signos de renovación sanguínea manifiesta (hematíes granulosa 8-13 %; policromatofilia, presencia de eritroblastos y de mielocitos). 2.º La curva de eliminación de bilirrubina por la orina y heces, que aumenta progresivamente y alcanza el máximo cuando es mayor la reducción de la masa sanguínea. 3.º El aumento de volumen del hígado y del bazo en el período en que la hemólisis se desenvuelve. El estudio de los "cambios pigmentarios" en sus manifestaciones parciales, demuestra que el proceso hemolítico alcanza el máximo al final del período de estado y desaparece durante la defervescencia; de donde las diferentes tasas de urobilina.

Desde el punto de vista microbiológico: 4.º La demostración de las propiedades hemolíticas de las diferentes razas de bacilos aislados de la sangre de los enfermos, *in vitro*, en los medios sólidos y líquidos preparados con hematíes humanos (de sujetos sanos y de tíficos), de cobayo y de perro: 5.º La aparición de un síndrome hemoglobinúrico (con hemoglobinemia), en un cobayo inoculado por vía hipodérmica con una emulsión de cultivo reciente en solución fisiológica estéril, después de un período de incubación de unos días. (La inoculación en el peritoneo ha sido seguida de una septicemia mortal sin hemoglobinuria). 6.º La presencia de autolisinas y de isolisinas, en el suero de un tífico, del tipo de los amboceptores específicos usuales.

Estos datos permiten ver una conexión directa entre el proceso hemolítico intravital y las aptitudes hemolíticas de las razas tíficas. En todo caso, la existencia de tifolisinas de distinta actividad, señalada por algunos autores, así como la pérdida rápida de la propiedad hemoglobinúrica de las razas inoculadas al cobayo, llevan al autor a considerar: que las "razas hemolíticas" no son verdaderas imitaciones del bacilo tífico, sino razas ordinarias que poseen en alto grado, la aptitud que el bacilo de Eberth tiene normalmente, de un modo más limitado y solamente para determinados glóbulos anisocitos; que las toxinas tíficas, al igual que otras, tienen habitualmente el poder de provocar en el hombre una acción hemocatónística y eritrolítica, aunque siendo este poder muy