

RODOLFO EISELT.—TERAPÉUTICA GENERAL DE LA TUBERCULOSIS. Traducción directa del checo por el profesor R. J. SLABY, bajo la dirección de los Dres. Angel PULIDO y José CHABÁS. Un tomo 21 X 14, de XIV-476 páginas. Editorial Cervantes. Barcelona, 1926.

Al encomendar al prof. SLABY la traducción a nuestro idioma del presente libro del Dr. EISELT, bajo la dirección de los Dres. CHABÁS y PULIDO, la Editorial Cervantes ha prestado un buen servicio a los médicos españoles, porque en tal libro se halla realmente condensado todo lo que se conoce hasta la fecha respecto a terapéutica general de la tuberculosis.

Las tuberculinas, el tratamiento higiénico-dietético, el tratamiento medicamentoso general y sintomático, la quimioterapia (incluso la reciente sanocrisina), la proteinoterapia, la opoterapia, la terapéutica física, la colapsoterapia por el neumotórax artificial y los demás tratamientos quirúrgicos, etcétera, se tratan de una manera completísima.

Tiene además el libro el mérito de contener mencionados numerosos trabajos de autores españoles, portugueses y sudamericanos. Ni siquiera se excluyen por su heterodoxia los publicados por FERRÁN. Y conste que ello no ha sido trabajo de intercalación, sino, como consta en el prólogo del doctor CHABÁS, adiciones hechas por el mismo autor después de imponerse de la literatura fisiológica escrita en nuestro idioma.

Mucho hay que agradecer esta deferencia del autor, pero no menos digna de aprecio es la entusiasta intervención que ha tenido en ello el doctor CHABÁS.

R. DARGALLO.

MANDL.—MEDICINA DE URGENCIA EN LOS ACCIDENTES DEPORTIVOS. Traducción del alemán por el doctor RIBÓ RIUS. Editor, Manuel Marín.

Ningún libro como el presente ofrece en mayor interés práctico a la par que científico. Al gran incremento que tienen todos los deportes, en particular algunos de ellos, como el fútbol dan origen a un gran contingente de accidentes que en general son preliminares y propios de cada deporte, y que por ende necesitan una terapéutica adecuada y característica en cada caso. Es el gran mérito de la obra del prof. MANDL, que ha sabido resumir en cada accidente toda la patología quirúrgica concreta, con el tratamiento de urgencia más eficaz pertinente al traumatismo deportivo.

Es un manual de amena lectura, pues antes de entrar en la parte quirúrgica de cada deporte, hace un resumen bosquejo de éste, lo que facilita en gran manera la comprensión de todos los accidentes a que puede dar lugar.

Además va acompañado de numerosos grabados lo que facilita más su comprensión.

La traducción del alemán por el doctor RIBÓ por demás correcta como conocedor de la materia y del idioma. La presentación de la obra inmejorable como todas a las que nos tiene acostumbrados la editorial Marín.

M. SOLER TEROL.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Hiperглиcemia, hipercolesterinemia, aumento de los compuestos úricos globulares e hipertensión arterial variable; su origen renal. MATHIEU, Pierre NEIL y Ch-o. GUILLAUMIN.

En un tipo clínico especial de individuos, con deficiencia funcional hepática, hígado voluminoso, colémicos y obesos, aparece un síndrome humoral caracterizado por el aumento de los compuestos úricos globulares, azúcar y colesterolina.

Complejo consecutivo a un trastorno de la nutrición que afecta a las nucleo-proteínas, hidratos de carbono y grasas. Estos enfermos presentan a la vez hipertensión arterial, que a diferencia de la consecutiva a las enfermedades arterio-renales, es variable y reductible por una terapéutica apropiada.

Esta asociación de la hiperглиcemia y la hipercolesterinemia no es, sin embargo, ninguna novedad, pues los autores clásicos habían ya observado la lactescencia del suero de la sangre en algunos diabéticos. La hipercolesterinemia que con tanta frecuencia acompaña al trastorno diabetógeno, es hasta cierto punto independiente de la función glico-reguladora alterada.

Asimismo se observa la asociación de la hiperuricemia con la hipercolesterinemia, como ocurre en ciertos litiasicos, y en la gota, en los sujetos afectos de migraña y en los urticarios.

Pero no es suficiente que en un mismo individuo se asocien el aumento de los compuestos úricos globulares, con hiperглиcemia e hipercolesterinemia, para que aparezca, sin más, hipertensión arterial. ¿Qué nuevo factor debe añadirse a los ya citados para provocar la reacción hipertónica?

La hipertensión arterial que sobreviene en estos enfermos depende de alteraciones en el parénquima renal. Mientras ostentan solamente disfunción hepática, no son hipertensos, y sólo lo serán cuando su hepatitis se ha transformado en una hepato-nefritis. La alteración renal de estos enfermos, antes que manifestarse por la hiperazotemia que con frecuencia no existe, o por la elevación de la constante ureo-secretoria, se anuncia por la elevación del ácido úrico en el plasma sanguíneo, sin existir síntoma gotoso alguno. Cuando mejora el trastorno renal se ve descender enseguida la uricemia plasmática.

La insuficiencia renal es, en estos enfermos, secundaria al trastorno metabólico inicial, y la hipertensión antes de hacerse permanente, es susceptible de remitir. Así, pues, no debe tratarse a estos pacientes como a los demás hipertensos, sino como sujetos afectos de un trastorno profundo del metabolismo general debido a una función hepática perturbadora. Es por la rectificación y restricción, régimen, combatiendo la constipación, el reposo hepático, que se obtendrá una mejoría más o menos considerable. (*Annales de Medecine*. Tomo XIX, Núm. 4. 1926).

A. PEDRO PONS

El Problema de la curabilidad de la ascitis en las cirrosis alcohólicas. Noel TIESSINGER.

Las observaciones del autor le conducen a admitir que la curabilidad de una ascitis por cirrosis hepática es más posible en las cirrosis que aparecen en individuos jóvenes. Otra noción de importancia es la antigüedad de la intoxicación causal. Las ascitis, curables pertenecen a intoxicaciones alcohólicas recientes. Igualmente que CHAUFFARD, el A. ha observado que las cirrosis hipertróficas dan el mayor contingente de ascitis curadas. La ictericia es rara en estos enfermos. La reacción de Wassermann fué positiva en el suero de la sangre de cinco enfermos, y en el líquido ascítico en tres observaciones, no tuberculizando a la cobaya en ningún caso.

Las ascitis susceptibles de curación presentan en general una marcha rápida, las de principio lento y evolución prolongada son más fácilmente recidivables.

El A. pasa revista a los diferentes criterios invocados para explicar la curación de la ascitis en el curso de las cirrosis hepáticas. No acepta la opinión que atribuye a la tuberculosis la génesis de la ascitis curada de los cirróticos. Aun cuando es indiscutible que algunos líquidos tuberculizan a la cobaya, cree TIESSINGER, que esta infección ha venido a implantarse secundariamente gracias al estado de anergia creado por la afección hepática. Asimismo combate la interpretación que pretende sean de origen sifilítico gran número de ascitis curables. La existencia de fenómenos de insuficiencia hepática da lugar con frecuencia por este solo hecho a que se produzca la fijación del complemento sobre el antígeno hepático. Niega asimismo valor a la prueba terapéutica, que arguye origen de la cirrosis, por haber desaparecido la ascitis con inyecciones de cianuro de mercurio. Acerca de ello hace observar el A. que no son todos eficaces los agentes antisifilíticos, y así el yoduro potásico, los compuestos de bismuto, poderosos medicamentos antisifilíticos, son con frecuencia ineficaces, como también ocurre con los ar-

senicales que con frecuencia son además perjudiciales. Asimismo ocurre que si después de la curación de la ascitis se produce una recaída, el tratamiento con el cianuro de Hg. no produce de nuevo efectos favorables. También ha observado que no hay relación alguna entre la positividad del Wassermann y el resultado obtenido con el tratamiento específico, y así ocurre que enfermos con R. W. + se agravan, y se mejoran enfermos con falta de antecedentes específicos y reacción negativa.

Teniendo especialmente en cuenta estos y otras consideraciones, pasa el A. a exponer a guisa de conclusión su concepción personal acerca la ascitis precoz de las cirrosis y su curabilidad. La aparición de la ascitis en un cirrótico no es la consecuencia mecánica de la hipertensión portal ligada a la densidad fibrosa del hígado. Si así fuese la ascitis presentaría un desarrollo lento, progresivo y rebelde pues el proceso de esclerosis hepática no regresa. Según el A. la causa sería una degeneración de las células hepáticas, que provocarían una compresión de los capilares sanguíneos, debido al aumento experimentado por las células afectas de degeneración adiposa. Se puede observar asimismo que comienza la reabsorción de la ascitis cuando mejora el estado funcional del hígado, disminuyendo la bilirrubinemia y la urobilinuria y mejorando otras pruebas indicadoras del déficit funcional hepático.

La causa de las mejorías observadas con la administración de ciertos medicamentos (cianuro de Hg. no estriba, en concepto del A., en que poseen un poder diurético, sino en la acción tóxica ejercida por estos medicamentos. El Hg. y el Bi, ejercen sobre la parenquima hepática una ligera acción tóxica cuyo efecto es el despertar en cierto modo la actividad celular. Observaciones de histología experimental han enseñado al A. que una intoxicación limitada producida después de una destrucción celular limitada, es seguida de una hiperplasia de las células sanas con divisiones celulares. En las cirrosis el resultado obtenido está subordinado al coeficiente de integridad celular. Si las células hepáticas están afectas en forma difusa la reacción será nula o perjudicial. Cuando el tratamiento por el cianuro no es útil, es perjudicial. (*Annales de Médecine*, tomo XIX, núm. 4-1926).

La aortitis reumática. Fernando BEZANÇON y Mathieu-Pierre WEIL.

Aun cuando la existencia de una aortitis de origen reumático, es discutida, los A. A. citan observaciones antiguas de BOUILLAUD, HANOT y otros. Más recientemente la observación de RENON de un aneurisma aórtico en un niño de 16 años sin tara sífilítica alguna, cuya aparición se efectuó en el curso de un brote de reumatismo articular agudo, junto al caso de RUBIAS MEIRA, y a los presentados por BERNET, MENARD, etc., abonan la idea de la existencia de aortitis y aneurismas de origen reumático.

A estas observaciones añaden los A. A. un caso personal, concerniente a una muchacha de 21 años sin antecedentes personales, ni hereditarios de sífilis, que sufrió una crisis de reumatismo articular agudo a los 14 años. Actualmente sufre una tercera crisis de reumatismo, de evolución sub-aguda, casi completamente apirética, de localización esencialmente aórtica. La aorta ha sido afectada en su porción ascendente, y aparte la lesión valvular, existe a este nivel una ilustración cilindroidea confirmada por el examen radiológico. Esta aortitis ha presentado una evolución aguda, no siendo influenciada por el salicilato. Dos exámenes radioscópicos practicados en el intervalo de 20 meses, han demostrado no solamente la persistencia de dicha lesión, sino su carácter progresivo con manifiesta agravación de los signos funcionales dependientes de ella.

(*Annales de Médecine*. Tomo XIX, núm. 2-1926).

A. PEDRO PONS

¿Es preciso practicar el absceso de fijación? M. CREYE.

La Sociedad Médica de los hospitales de París, acaba de ser teatro de verdaderas controversias entre distintos autores sobre el enunciado.

M. COMBY lanza el anatema a lo que él llama "plaga terapéutica". M. NETTER y M. BOLDIN rehabilitan el método de FOCHIER minuciosamente estudiado por J. CHARLES, de Burdeos,

donde cuenta con numerosos partidarios. Vamos a analizar los inconvenientes señalados por M. COMBY.

El primer inconveniente de este procedimiento es el dolor. Pocas horas después de la inyección hipodérmica de esencia de trementina, el enfermo siente al nivel de la misma una sensación de escozor violenta. A los tres o cuatro días es una sensación de tensión, que coincide con la inchazón y coloración de los tegumentos y que, como en todo absceso se atenua hasta casi desaparecer en el momento de coleccionarse el pus (9.º o 10.º día).

"Ningún enfermo muere pero todos sufren", dice M. COMBY; mas no sufren los que precisamente sucumben, no del hecho de la enfermedad sino en atención a la enfermedad contra la que se ha instituido.

Muchos autores que quitan al absceso de fijación su valor curativo, aceptan su significación pronóstica en el sentido indicado.

A la vista del eritema cutáneo, el dolor constituye el testigo más precoz y fiel de la reacción. Se puede atenuar por medio de compresas húmedas, mas no es preferible de llegar a este recurso en una tendencia resolutive de indicación contraria a la que se propone. Una medicación de la que se excluye el dolor, tendrá la probabilidad de ser inútil. Sin embargo, los fenómenos del choc determinados por inyecciones intravenosas de metales coloidales, de peptona y de albúminas heterogénea; los simples fenómenos séricos constituyen hechos negligentes comparables al dolor provocado por el absceso de fijación? vamos a analizar el segundo reproche.

El absceso de fijación provoca escaras y esfacelo. Después de abrir la colección y en los días sucesivos, se eliminan con el pus fragmentos de tejido celular. M. COMBY no es explícito en demostrar la variedad de escaras de que se trata seguramente que en el caso aportado por él, se tratará de escaras superficiales, cutáneas. Esta complicación dependerá seguramente de un error de técnica; inyección de esencia de trementina en el dermis y no en el tejido celular como es preciso. En efecto, nunca el A. ha observado tales escaras; la inyección es practicada con un líquido estéril, con asepsia local, en una piel no infectada, no distrofiada y las curas consecutivas con toda minuciosidad quirúrgica.

M. COMBY acusa a los médicos de practicar el absceso de fijación en todos los enfermos que se presentan. ARNOSAN y CHARLES y M. BOLDIN hablan de un método de excepción. M. NETTER participe convencido del absceso de fijación, se muestra en este punto reservado. Es necesaria una medida.

El A. no lo ha practicado jamás en las intoxicaciones. Así limita su empleo en las infecciones. Es preciso no obstante considerar la naturaleza de la infección: FOCHIER, autor del método, ha obtenido magníficos resultados en la infección puerperal. M. NETTER no tiene que alabarla en la influenza pneumococcia, encefalo-mielitis epidémica; M. BOLDIN lo preconiza en las meningococias, en la cefalo-mielitis epidémica, en cambio niega su eficacia en las diferentes formas de gripe.

El cuadro de indicaciones según el A. debe ser muy largo: ha observado remarcables resultados no solamente en las estreptocócicas (3 casos), pneumococias (5 casos), meningococias (3 casos, encefalo-mielitis epidémica (4 casos), sino también en la gripe (12 casos de los cuales auto-observación) en la infección dividida al enterococo (2 casos) y al tetrágeno (1 caso). En cambio sin utilidad en la fiebre tifoidea, paratifoidea, colibacilosis y menos aún en los procesos bacilares (tifobacilosis).

Es necesario averiguar en segundo lugar la topografía de la infección. Es antes de toda localización en las vísceras, en la fase septicémica de la afección que el procedimiento dominante y su acción más eficaz.

Las localizaciones pulmonares o meningo-cerebrales son las más justificables de la aplicación del método.

Un tercer puesto debe ser tomado en consideración. Es el concerniente a la intensidad y duración de la infección. El absceso de fijación será reservado a los estados fébriles graves con una temperatura muy elevada o con disociación patológica de tipo: temperatura poco elevada y fenómenos generales o locales alarmantes; Será inútil en las formas tíficas de las enfermedades infecciosas con temperatura normal o hipotermia, así como en los casos en que cualquiera supuración local importante, bien coleccionada llame el bisturí del cirujano. Al contrario, una infiltración de los espacios celulares por un lí-

quido seroso espeso o claro no coleccionado, verdadero edema agudo infeccioso, será una indicación por excelencia del absceso de fijación.

Se beneficiarán largamente del método gran número de septicemias cuyo color carácter sintomático sea una hipertermia persistente, fuerte y poco visible.

En fin no se recurrirá al absceso de fijación más que delante la falta de una terapéutica específica probada si la hay.

Afortunadamente la mayor indicación de tal procedimiento está en los casos en que no hay una terapéutica específica (gripe, etc.), o en aquellos en que la terapéutica específica instituida es hasta el presente francamente ineficaz (estreptococias, pneumococias, etc.).

¿Cuál es el momento de elección para practicar el absceso? Proponen las siguientes fórmulas: en presencia de un estado infeccioso grave con o sin localización visceral, en que el diagnóstico, o mejor en medio epidémico, es suficiente, no esperar más allá de tres días. Si el diagnóstico clínico es incierto esperar el tiempo *suficientemente justo para establecerlo* por los medios de laboratorio más rápidos (examen de sangre, hemocultura) renunciando al procedimiento tardío (8.º a 15.º días) de la aglutinación. Por el contrario, en las infecciones ligeras, no hay que recurrir al absceso hasta el tiempo requerido por el serodiagnóstico o más allá. Será *contraindicado* en todos los casos en que las reacciones de defensa sean vanas; adimania, colapso; como dicen justamente ARNOZAN y CHARLES no se trata de una medicación para "agonizantes".

En el curso del debate M. BOLDIN, restringe la indicación del absceso de fijación a ciertos casos de meningococia y a todos los casos agudos de encefalo-mielitis epidémica y niega su eficacia en la gripe. Sobre este último punto el A. no puede suscribirse a esta opinión; invoca los doce casos de su estadística personal—gripe complicada de bronconeumonía—donde el absceso instituido precozmente obró con resultado maravilloso.

El descrédito del procedimiento lo atribuye a la aplicación del mismo en las formas verdaderas, edemas infecciosos del pulmón en que los enfermos sucumben a las cuarenta y ocho horas, en la última fase de las bronco-pneumonias de cierta duración y en los que la inyección de trementina es practicada en los moribundos en plena asfixia. Fuera de esto cree en la real eficacia del absceso de fijación en la gripe. La inyección se verificará estrictamente bajo la piel (cara antero-externa del muslo, en sitio un poco declive) y se renovará (recalentamiento del absceso) si la reacción local tarda a presentarse más allá de cuarenta y ocho horas. Contrariamente a M. BOLDIN preconiza la incisión del absceso lo más tardíamente posible, (8.º a 12.º día) en el momento en que la colección amenaza abrirse espontáneamente al exterior. La longitud de la incisión no excederá de 3 cms. Se tratará más bien de una punción larga con el bisturí que de una incisión propiamente dicha.

Judiciosamente empleado en ciertos estados infecciosos graves o persistentes y en la ausencia o fracaso de una terapéutica específica probada cree M. CREYX en sus pequeños inconvenientes a la vista de las grandes ventajas que con él se pueden obtener.

(*Journal de Medecine de Bordeaux du Sud-Ouest*, 10 Mayo de 1926. Año 103, núm. 9).

N. BATESTINI

La córtico-pleuritis reumática. Fernand BEZANÇON y Mathieu Pierre WEIL.

Cuando se explora cuidadosamente los fondos de saco pleurales en los sujetos afectos de reumatismo poliarticular agudo, y se practican punciones en la parte más inferior de la base del tórax, se comprueba la existencia de minúsculos derrames.

La pleuresía reumática, aparece con frecuencia de la primera a la segunda semana del comienzo de la crisis poliarticular. Sin embargo puede aparecer en todos los momentos. No es raro observar que los síntomas articulares ocupan un papel secundario en el cuadro clínico de la infección reumática, y que solo ligerísimas artralgias han precedido la aparición de la pleuresía.

La pleuresía reumática raramente aparece como un hecho clínico primitivo, sino que va asociada a menudo con otras in-

flamaciones viscerales reumáticas, de las cuales la que tiene más relación con la pleuresía es la pericarditis. La pleuresía sería en muchos casos secundaria a la pericarditis, y de aquí la frecuencia de la pleuresía reumática izquierda en estos casos. La pleuresía raramente representa una inflamación serosa aislada, sino que se acompaña de participación del parenquima pulmonar subyacente. La pleuresía reumática es en la inmensa mayoría de casos una córtico-pleuritis. La reacción cortical se manifiesta frecuentemente por signos físicos propios; a veces la expectoración, una hemoptisis pueden revelarla. Es curioso observar que la pleuritis en el reumatismo presente casi siempre una forma exudativa, cuya característica la opone a la pericarditis que guarda con mucha frecuencia en el reumatismo la característica de ser seca durante toda su evolución.

El principio de la córtico-pleuritis reumática es brusco, siendo el dolor de costado el signo funcional más constante. Su rápida formación de neo-membranas se opone a la libre extensión del derrame, y con ello aparece el enquistamiento del foco pleurético otra característica de la pleuresía reumática (formas diafragmáticas, mediastínicas, etc.). La disnea no guarda relación con la abundancia del derrame, traduciendo su excesiva intensidad la congestión pulmonar concomitante. La evolución es rápida, puede curar en 3 ó 8 días, si no aparece un nuevo foco en el lado opuesto, hecho frecuente, ya que la bilateralidad constituye una de las características de la córtico-pleuritis reumática. En algunas ocasiones la córtico-pleuritis puede adquirir una tenacidad singular, persistiendo algunos meses, lo cual presta a confusiones con los derrames de naturaleza tuberculosa. Los A. A. aportan una interesante observación de córtico-pleuritis reumática de dos meses de evolución. Cosos análogos han sido descritos por MOLLARD y FAVRE que los han caracterizado con el nombre de "pleuresías fijas" de origen reumático.

Otra modalidad clínica que puede adoptar la pleuritis reumática es la de una gran pirexia, con todos los fenómenos satélites de las graves infecciones generales. Los A. A. describen detalladamente la observación de un caso de gran pirexia pleural de origen reumático, con aparición de una córtico-pleuritis bilateral y sobreaaguda, con signos de una profunda infección general. Los fenómenos articulares consistieron en ligeras artralgias fugitivas y de aparición tardía.

Entre otros caracteres diferenciales de la pleuresía reumática, con otras pleuritis exudativas, comentan los A. A. los caracteres del líquido pleural. Es típico de los exudados pleurales de naturaleza reumática la abundancia de células endoteliales a ellas vienen a añadirse un número más o menos grande de polinucleares neutrófilos cuando la reacción de la serosa ha sido aguda e intensa. Cuando adquiere cierta tenacidad, el curso evolutivo pueden aparecer linfocitos. Pueden asimismo presentar los derrames pleurales reumáticos una cierta riqueza en elementos eosinófilos y cristales de colesterina. La reacción de RIVALTA con frecuencia positiva.

Dada la hiperinosis del reumatismo, los A. A. han procedido a la investigación de la cantidad de fibrina existente en los derrames de naturaleza reumática, con el objeto de hallar con ello una característica capaz de diferenciarlos de otros derrames.

El resultado de este dosaje de fibrina en el líquido pleural, no ha sido lo suficiente demostrativo, para oponer una diferencia entre la pleuresía reumática, y la tuberculosa.

En conclusión, no existe ningún carácter patognomónico de la naturaleza reumática de una córtico-pleuritis. El estudio del enfermo, sus antecedentes, sus manifestaciones clínicas, son los mejores elementos de juicio para resolver el problema acerca la etiología de un derrame plural. A. PEDRO PONS

El bocio simple. James BERRY.

El autor hace un detenido análisis del problema etio-patogénico del bocio simple para deducir algunas interesantes consecuencias de orden clínico.

La patología del tiróides engloba tres grandes formas clínicas de bocio, la variedad maligna caracterizada por una inflamación sobreaaguda de la glándula de evolución rápidamente fatal, el bocio exoftálmico caracterizado fundamentalmente en sus distintas modalidades por un exceso de elementos celulares de la glándula y por la disminución o ausencia de la

substancia colóide y finalmente el bocio endémico sobre el cual el autor se manifiesta francamente decidido a considerarlo *no como una hipertrofia de la glándula sino como un proceso esencialmente degenerativo.*

La distinción clínica de la enfermedad de BASEDOW antes de su fase exoftálmica y algunas formas sobre todo incipientes del bocio endémico no deja de ser difícil en múltiples ocasiones en que es posible sobrevenga una taquicardia absolutamente desligada del proceso tiroideo en sí y dependiente las más de las veces de un proceso apendicular, pulmonar o renal. El autor hace resaltar sobre este punto algunos datos que pueden ayudar a distinguir ambos procesos, tales son entre otros, la precoz hiperexcitabilidad e irritabilidad del carácter en el basedowiano unida a una preferencia por el tiempo frío, mientras que el enfermo con bocio simple conserva un carácter apacible y presenta una marcada preferencia para los climas calurosos.

Finalmente apoyándose en una serie de estudios histológicos así como también en algunas experiencias *in vivo*, el autor plantea su criterio a favor del carácter degenerativo de las lesiones del bocio endémico. Las condiciones geológicas aceptadas por el autor como determinantes del bocio endémico en nada difieren de los conceptos actualmente aceptados sobre el particular, esto es, basados en las especiales condiciones hidrológicas de las regiones afectadas y los sedimentos minerales de naturaleza calcárea de los que son en alto grado portadores aquellas aguas.

Las conclusiones del trabajo que extractamos son las siguientes: 1.—El bocio simple endémico no constituye un proceso hiperplásico sino degenerativo de la glándula, la cual funcionalmente considerada se halla en un estado de hipo-actividad. 2.—No parece demostrado que la carencia del metaloide yodo pueda relacionarse directamente con la patogenia del bocio endémico en el hombre. 3.—La mayoría de los casos parecen demostrar que la enfermedad se produce mediante el agua ingerida. 4.—Las aguas que producen bocio contienen casi siempre materias minerales en estado de suspensión y finamente divididas. 5.—Se ha comprobado que estas materias minerales son de naturaleza calcárea. 6.—En los animales de experiencia ha podido demostrarse que las materias orgánicas en suspensión son susceptibles de provocar una hiperplasia de la glándula pero esta participación no ha sido comprobada en el hombre.

(*The Lancet*, 6 Febrero de 1926).

N. BATESTINI.

Cirugía

Indicaciones operatorias en las colecistitis. Aimié-Paul HEINICK, M. D. (Chicago).

En este trabajo se propone el A. estudiar las indicaciones operatorias en la colecistitis y la angiocolitis y mostrar la importancia de tratamiento quirúrgico en las inflamaciones de la vesícula y de los conductos biliares. Si se quiere obtener una curación rápida y definitiva de estas afecciones hay que recurrir al tratamiento quirúrgico; el tratamiento médico no es más que paliativo. En otros tiempos se recurría de preferencia a métodos conservadores; los cirujanos titubeaban y no operaban más que vesículas gravemente afectas. Hoy de las dos operaciones, es la colecistectomía la más con frecuencia practicada y de resultados más duraderos y satisfactorios.

En las colecistitis sean o no calculosas, complicadas o no de lesiones de los órganos vecinos, unos autores prefieren la colecistectomía, pues la vesícula afecta, constituye, abandonada en la cavidad abdominal un peligro análogo al de un apéndice enfermo. Otros abonan en favor de la colecistotomía, pues consideran la ablación de la vesícula como una verdadera mutilación; y además porqué en casos de ulterior operación, la vesícula servirá de guía segura e infalible para el descubrimiento del coledoco, ya que después de la ablación de la vejiga la exploración de los conductos biliares presenta grandes dificultades.

Frecuentemente, el drenaje de la vesícula es un procedimiento fácil y seguro y constituye en los casos graves una operación de urgencia que permite salvar la vida del enfermo. Más tarde el enfermo mejorado, se somete voluntariamente a una intervención restauradora o a la ablación de la vesícula

afecta. En caso de accidentes agudos, el drenaje permitirá a la colecistitis aguda pasar al estado subagudo o crónico, y en disposición de practicar ulteriormente la ablación si es necesario.

Los partidarios de la colecistectomía insisten en que: esta operación sustrae definitivamente al organismo un foco de infección; dá resultados más rápidos y duraderos; es preferible a la colecistotomía, de la misma manera que la neirectomía es preferible a la nefrotomía en los casos de nefritis supurada; que la vejiga después de la colecistotomía juega un papel muy importante en la formación de calculos y favorece la persistencia y recidiva de los accidentes. Las glándulas y criptas de la mucosa pueden ser puntos de partida de sedimentos, de pus y de bacterias.

El A. dedica aquí una gran parte de su trabajo a estudiar las íntimas relaciones anatómicas y fisiológicas de la vejiga con los órganos vecinos, no escatimando detalles acerca de su disposición, y después de estudiarlas detenidamente afirma que para hacerse una opinión tan exacta como posible es necesario.

1.º Proceder a un examen físico profundo. No todas las colecistitis son calculosas; la formación de los calculos no es más que un accidente frecuente de la infección de la vesícula.

2.º Tener en cuenta lo demostrado por los rayos X. La radiografía permite descubrir calculos en un 50 por 100 de los casos. La fluoroscopia y la radiografía del estómago, la existencia de adherencias no supuestas.

3.º Saber interpretar a la vez los signos físicos y los datos suministrados por la radiografía de la vesícula. La colecistografía es útil igualmente.

4.º No escatimar las indicaciones del laboratorio, (análisis de orina, de sangre, del contenido gástrico).

El cirujano debiera escoger la operación ideal, adaptándose a cada caso particular, para mejor remediar la lesión y evitar secuelas postoperatorias. Es soamente después de la abertura del abdomen que el cirujano podrá darse cuenta exacta de la gravedad de las lesiones. Se ha de tener también en cuenta la resistencia del enfermo.

La cirugía ideal es la conservadora; no debe pues practicarse una mutación inútil. H. no se demuestra partidario de la ablación sistemática "profiláctica" de la vesícula. Considera la colecistectomía como operación de necesidad, no de elección. La pseudovesícula que se forma después de la ablación de la vesícula, no es una vesícula regenerada, sino simplemente una distensión del muñón del órgano resecaado.

El tratamiento quirúrgico debe instituirse en los primeros estadios de la enfermedad, antes de la aparición de las complicaciones. En estas primeras fases de colecistitis las dificultades operatorias son mínimas, la morbilidad es prácticamente nula, y muy fácil de obtener la curación.

Cuando la colecistitis está complicada por otra enfermedad quirúrgica del abdomen o de la pelvis y si el enfermo no puede soportar una larga operación se restringirá a lo más necesario, aplazando la intervención definitiva.

En las inflamaciones y enfermedades de la vesícula y conductos biliares, la colecistotomía es operación de elección:

1.º En los individuos viejos, adelgazados, obesos y en los que su estado general es una contraindicación a una intervención seria; en los cardiacos, cardio renales, hepáticos avanzados, en los que una operación larga pudiera causar el shock o la muerte; en los casos críticos, como intervención de urgencia, y en todas las circunstancias que exijan una intervención rápida. Incisión muy corta delante la vejiga y inserción de un drenaje en un mimumm de tiempo.

2.º En caso de gravidez.

3.º En coexistencia de una enfermedad del páncreas.

4.º Cuando hayan complicaciones o atecciones de los órganos vecinos que hacen peligrosa la colecistectomía.

5.º Cuando haya ictericia acentuada debido a una oclusión del colédoco, o cuando es comprimido por adherencias.

6.º Cuando la vesícula se halle adherida a los órganos de vecindad.

7.º En la colelitiasis, por ablación de calculos de la vejiga, del conducto cístico y coledoco, cuando la vesícula sea normal o poco alterada y el conducto cístico no presente ulceraciones.

8.º En los primeros estadios de una colecistitis cuando la vesícula poco alterada y el conducto cístico permeable puedan volver a la normalidad después de la ablación de calculos y de drenaje.

9.º Cuando exista pancreatitis aguda complicada de colecistitis.

10. En los casos en que existe peligro inminente de obstrucción post-operatoria del coledoco.

11. En ciertos casos de angiocolitis con ictericia y aumento de volumen del hígado y del páncreas.

12. Cuando la ictericia es debida a un carcinoma del coledoco o de la cabeza del páncreas.

13. Cuando esté indicado un drenaje de la vejiga y de los conductos: en casos de focos de infección en el hígado o cuando se quiera asegurar la expulsión de los cálculos desaparecidos en el momento operatorio.

14. Siempre que las dificultades de la colecistectomía hagan de ella una operación difícil.

15. En la cirrosis biliar. Según DEEVER la cirrosis biliar es mejorada y curada merced al drenaje prolongado de la vesícula o del coledoco.

En fin, en el curso de toda laparotomía en las que no se encuentra la infección, y cuando el estado del paciente lo permita, se examinará la vesícula biliar. La palpación nos demostrará la presencia de cálculos. En estos casos que los cálculos no han originado accidentes serios y la estructura de la vesícula es histológicamente normal, la colecistotomía dará resultados satisfactorios.

La convalecencia es siempre más corta en la colecistectomía y más regular. El curso post-operatorio no presenta más incidentes que los de una salpingectomía. Las recidivas no son frecuentes. En la clínica Mayo sobre 100 operaciones de la vesícula biliar, se han hecho más de 90 colecistectomías y menos de 10 colecistotomías (MAYO).

La colecistectomía presenta como inconveniente la difícil ejecución de la misma; la no conveniencia en todos los casos (no se practicará a menos de estar seguros de la permeabilidad del coledoco); la exposición a los peligros del shock, hemorragia, traumatismos del colédoco, del duodeno. etc.; la mortalidad algo más elevada que en la colecistotomía; la supresión de un órgano útil, del que todavía no conocemos exactamente todas las funciones.

No obstante la colecistectomía presenta un cierto número de indicaciones siempre que el estado general del paciente lo permita.

1.ª Siempre que exista una inflamación subaguda, localizada o difusa: colecistitis ulcerosa, gangrenosa, flemonosa o membranosa; siempre que la vesícula esté alterada y que la restitución *ad integrum* parezca improbable.

2.ª En toda colecistitis aguda, cuando la vesícula se halle fuertemente distendida debido a la oclusión del conducto cístico.

3.ª En las crónicas avanzadas o repetidas, cuando la vesícula está atrofiada, deformada, adherente, etc., y cuando la afección tiene una tendencia progresiva hacia la degeneración fibrosa o calcárea.

4.ª En las vesículas "en fresa" estando la mucosa recubierta de pequeñas granulaciones.

5.ª Cuando existe hidropesía de la vesícula debido a obstrucción del cístico.

6.ª En caso de empiema de la vesícula debido al ensanchamiento de un cálculo o a la atresia del conducto cístico.

7.ª Cuando existen fístulas entre la vesícula y un órgano hueco.

8.ª En presencia de lesiones penetrantes, rupturas y perforaciones de la vesícula de etiología traumática o inflamatoria.

9.ª En casos de fístulas mucosas de la vesícula, resultantes de una compresión, atresia o obstrucción.

10. En la obstrucción del cístico debida al ensanchamiento de un cálculo o a la formación de tejido cicatricial o más aún a una torsión vesical.

11. En las lesiones irreductibles de la vejiga.

12. En presencia de un tumor benigno en la vejiga, y

13. De un tumor maligno operable en la misma. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 16 Mayo de 1926.)

J. SALARICH

La artroplastia de los miembros. CH. LENORMANT.

La artroplastia es una operación que tiene por objeto restablecer las condiciones anatómicas y funcionales normales

de una articulación. Esta doble conservación distingue la artroplastia de la resección movilizadora, que tiende asimismo a restablecer la función pero sacrificando una parte más o menos considerable de esqueleto.

La anquilosis es el término de un gran número de lesiones articulares. La anquilosis patológica es más frecuente que la traumática. Todas las artritis agudas, sobre todo las supuradas, tienden a la anquilosis articular. La anquilosis es la curación de la artritis tuberculosa.

Anatómicamente, la anquilosis es ósea o fibrosa; puede ser central resultante de la fusión de dos huesos con desaparición de la cavidad articular, y periférica por espesamiento, inducción o calcificación de los ligamentos y de la cápsula.

Clinicamente, es esencial considerar la anquilosis en buena y en mala posición. La persistencia de un pequeño grado de movilidad (anquilosis incompleta), no es incómoda en el miembro superior, pero en el inferior puede ser causa de incomodidad y de dolor en la marcha.

La terapéutica de la anquilosis puede resumirse en los siguientes principios: 1.º buscar la anquilosis en buena posición, inmovilizando el miembro en toda la fase aguda de artritis; 2.º respetar la anquilosis en buena posición; 3.º enderezar por osteotomía o resección ortopédica la anquilosis en mala posición; 4.º fijar (en la rodilla) por resección una anquilosis incompleta.

La *movilización de las articulaciones anquilosadas* por el proceder de la *resección movilizadora* es debido a OLLIER que practica una larga resección ósea de 4 a 5 cm., sin modelar las extremidades reseca y una resección sub-perióstica discontinua, es decir, extirpando el manguito perióstico en la zona donde debe constituirse la enartrosis (para evitar la reproducción de la anquilosis). Los enfermos así tratados, al cabo de 40 o 50 años, acusaban resultados altamente satisfactorios. En la anquilosis de la muñeca ha obtenido OLLIER todavía mejores resultados. Pero jamás OLLIER ni sus sucesores atacaron las anquilosis del miembro inferior, de la rodilla en particular.

No obstante, los resultados del método de OLLIER no son siempre constantes, sea que la resección ósea haya sido insuficiente, o el tratamiento post-operatorio mal dirigido, sea que el enfermo presente una tendencia particular a la reanquilosis, se ve muchas veces presentarse ésta. Para evitar esto, se ha completado la resección de OLLIER con la *interposición muscular*, fundada en el papel que juega en las pseudoartrosis dicha interposición.

Más tarde MURPHY ideó los principios de una nueva artroplastia en la forma siguiente; resección ósea, nula en las anquilosis fibrosas, reducida al minimum en las óseas, interposición de una lámina fibrosa o fibro-adiposa entre las superficies articulares.

Esta artroplastia, fué practicada e imitada en distintos países, en el codo, rodilla y cadera.

En el Congreso de Cirugía de 1913, la cuestión del tratamiento de la anquilosis figuró en primera línea. En el de 1921 TAVERNIER, apoyado en hechos personales, defendió activamente la artroplastia en las anquilosis de la rodilla, secundado por MOUCLAIRE y ROCHER. Casos aislados de este nuevo procedimiento han sido publicados por LAROEYUNNE, POLLASSON, LÉRICHE, LENORMANT, BROCCO, TUFFIER, SOVREL, LE FORT, LOMBART, ALGLAVE, DESMARAST y GOINARD para la cadera, rodilla y muñeca.

TÉCNICA GENERAL DE LA ARTROPLASTIA

I. *Vía de acceso a la articulación anquilosada.*—Directa, para evitar descalabros inútiles; larga, que permita fácilmente maniobras intra-articulares complejas y delicadas.

Para ciertas articulaciones las incisiones clásicas de resección son excelentes.

En la rodilla conviene conservar intacto el aparato extensor cuadricepsal. Conviene igualmente conservar los ligamentos, para la solidaridad indispensable en una buena marcha. MURPHY y PARY recomiendan, al menos, la conservación de la mitad posterior de los ligamentos laterales. SORREL ha conservado en un caso los ligamentos cruzados. Al final se deberán suturar los ligamentos seccionados en el curso de la intervención.

II. *Ruptura de la anquilosis.*—Las fibrosas por flexión forzada. Desbridamiento, luego, de la cavidad articular y extir-

pación de todo el tejido fibroso y restos de meniscos y de ligamentos intra-articulares. Entre las dos extremidades óseas no debe existir ningún obstáculo. Si es ósea, con cizallas o sierra. A veces se trata de un simple puente óseo, de una epífisis a la otra, fácil de seccionar. Otras veces hay una fusión completa de los dos huesos, siendo necesaria una verdadera resección.

III. *Modelaje de las extremidades óseas.*—Tiempo característico y esencial en toda artroplastia, requiere el empleo de instrumentos especiales. Tiene por objeto volver a las extremidades óseas, su forma normal y, siguiendo la fórmula de PARY, disminuir el eje de curvatura de las superficies articulares convexas y aumentar el de las superficies cóncavas.

IV. *Interposición.*—Hoy se emplea para la interposición el fragmento aponeurótico o célula-adiposo, pediculado o libre.

El *pediculado* caracteriza la técnica de MURPHY; recubre las superficies óseas por medio de uno o dos fragmentos que corta de las partes laterales de la cápsula y del tejido celular, que esconde en la articulación, adherentes por su base.

El *libre* es de empleo más fácil y general. Se corta generalmente de la fascia lata, en la cara externa del muslo, es bastante largo para poderse doblar y revestir así separadamente los dos huesos. RÖPKE y LEXER prefieren un fragmento célula-grasoso libre; la grasa que se transforma en quistes e higromas favorece, según ellos, la movilidad articular. Esta opinión es muy discutible.

V. *Tratamiento post-operatorio.*—De gran importancia, comprende dos tiempos: El primero corresponde a las primeras semanas después de la intervención. Es necesario obtener la cicatrización sin incidentes, evitar inflamaciones demasiado vivas, mantener la separación de las superficies articulares, impedir la compresión del fragmento interpuesto. Para esto existen dos medios que se pueden combinar: la *inmovilización* y la *extensión continua*. Todos los cirujanos partidarios de la artroplastia insisten sobre la importancia de la extensión, al menos para la cadera y la rodilla.

El segundo período es el de *movilización*. La movilización precoz no solamente es muy dolorosa, sino que puede favorecer la inflamación que es un gran factor favorecedor de reanquilosis. La movilización se prolonga varios meses, a veces más de un año. Debe hacerse con lentitud, prudencia, perseverancia y de una manera progresiva. Se empieza a los 10 o 20 días por movimientos pasivos manuales, más tarde se recurrirá a los movimientos activos y pasivos por medio de aparatos de mecanoterapia. Al mismo tiempo se vence la atrofia muscular por medio del masaje y la electricidad. Para el miembro inferior las primeras tentativas de marcha, no serán permitidas más que a las cinco o seis semanas.

A la menor reaparición de los dolores o a la menor inflamación, el tratamiento será interrumpido. OLLIER recomienda la necesidad de alternar la movilización con la inmovilización.

INDICACIONES DE LA ARTROPLASTIA

La artroplastia no será aplicada indistintamente a todas las anquilosis. Para ello hemos de considerar:

I. *El sitio de la anquilosis.*—La indicación de la artroplastia no es la misma en todas las articulaciones. En el *hombro*, por poco que la escápula conserve su movilidad, la anquilosis es molesta y la necesidad del tratamiento cruento discutible. Sólo en la anquilosis en adducción y rotación interna puede justificarse una artroplastia o una resección.

En el *codo*, la elección es difícil entre la artroplastia y la resección con o sin interposición muscular. El autor, ante los resultados de OLLIER, se inclina en favor de la resección, de práctica menos compleja y delicada.

En la *muñeca*, la intervención cruenta se impone en la anquilosis en flexión y en la acompañada de desviación lateral de la mano o en la radio cubital inferior.

La anquilosis de la *cadera*, en buena posición, es compatible con una marcha satisfactoria, mas impide la estación sentada. Es pues preferible buscar la movilización por medio de una artroplastia. Impera la indicación cuando la anquilosis es bilateral y la marcha imposible.

En la de la *rodilla* es donde la artroplastia es más discutida. HEY GROWES la condenó deliberadamente en el Congreso de Londres. No obstante, es donde la artroplastia ha dado resultados más satisfactorios. La anquilosis de la rodilla, manteniendo el miembro en rectitud, permite bien la marcha, pero

pero impide sentarse de una manera normal, entorpece muchos actos de la vida corriente y es mal soportada por muchos sujetos, en términos que LERICHE afirma que sujetos afectados de dicha anquilosis consecutiva a heridas de guerra, han pedido la operación.

El A. se demuestra con PUTTI, declarado partidario de la artroplastia, considerándola de elección en estas anquilosis.

En el *cuello del pie* está raramente indicada. La anquilosis de esta articulación es casi siempre consecuencia de fracturas mal reducidas, y el desplazamiento óseo se presta poco a la reconstitución anatómica de la articulación; además los resultados de la astragalectomía son bastante favorables para no pensar en otra intervención.

II. *Los caracteres anatómo-clínicos de la anquilosis.*—La naturaleza *ósea* o *fibrosa* de la misma no influye sobre la elección de la intervención.

La existencia de músculos suficientemente poderosos y de tendones móviles es condición indispensable para la artroplastia, siendo formalmente contraindicada cuando se acompaña de atrofia muscular grave y de retracciones tendinosas.

La anquilosis en mala posición, requiere una intervención cruenta que no será nunca la artroplastia. Las extremidades óseas se hallan deformes y los tendones y músculos se hallan retráctiles y sin contractibilidad. CEBALLOS propone intervenir en dos tiempos, reducir primero la anquilosis viciosa y la movilización más tarde por una artroplastia.

III. *Las variedades etiológicas de la anquilosis.*—La anquilosis consecutiva a *traumatismos cerrados*, luxaciones o fracturas mal reducidas, son justificables de la resección. Al contrario, la consecutiva a *heridas articulares* infectadas o supuradas, puede tratarse ventajosamente por la artroplastia.

Las *artritis infecciosas* (gripe, escarlatina), como las que tienen por causa una osteomielitis de vecindad, dan a la artroplastia un gran campo de acción; asimismo la artritis blenorragica, que en la rodilla y codo, termina frecuentemente en anquilosis.

En cambio, hay dos clases de artroplastias en las que la intervención movilizadora parece muy discutible: son las *artritis reumáticas* y las *osteo-artritis tuberculosas*. En las *artritis tuberculosas*, la anquilosis es la curación.

IV. *Las indicaciones derivadas de la edad y de la situación social y profesional de los enfermos.*—Es de importancia la duración y las dificultades del tratamiento post-operatorio que entraña la artroplastia en el caso de individuos poco enérgicos y perseverantes. Por esto no debe intentarse en los niños ni en los viejos. Tampoco en los que por razones sociales y pecuniarias no puedan interrumpir su trabajo por mucho tiempo. En las jóvenes las consideraciones de estética intervienen igualmente en la elección. Como también los argumentos especiales que varían en cada caso particular.

Acaba el autor su trabajo con una estadística que permite juzgar, para las principales articulaciones de los miembros, lo mucho que puede esperarse actualmente de la artroplastia. (*La Presse Médicale*, 29 Mayo de 1926.)

J. SALARICH

La trasplatación de las paratiroides en la tiroidectomía parcial. FRANK H. LATTEY.

En las tiroidectomías sub-totales se comprueba muchas veces la presencia de paratiroides en las porciones extirpadas, especialmente en el polo superior de la glándula y aun algunas veces incluidas en el seno del tejido tiroideo.

Aunque el autor en 3.100 operaciones practicadas en el cuerpo tiroideo no ha comprobado más que dos casos de tetania, hace observar que si bien la tetania grave aparece raramente, pueden descubrirse con mucha más frecuencia signos de tetania parcial, tales como el signo de Chvostek, el descenso de la tasa de calcio en la sangre, etc.

Fundándose en los resultados de la experimentación en los animales y en la posibilidad de distinguir las paratiroides en las porciones de tejido tiroideo extirpado, recomienda su trasplatación.

Distingúense los paratiroides por su color oscuro en contraste moderado con el color rojizo del tejido tiroideo, por el hecho de que movilizándolas suavemente se observa guardan

cierta independencia de los tejidos que los engloban y por su forma parecida a una judía.

Aislados convenientemente y por completo del tejido tiroideo, los trasplanta en el seno del músculo esterno-mastoideo, en el que previamente ha labrado una cavidad por disección cuidando que aquella no sanere lo más mínimo y cerrándola con dos o tres puntos de catgut. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Abril, 1926.)

J. MAS OLIVER.

Urología

Epididimitis erótica. JOHAUNES FICK.

La epididimitis erótica es una afección poco conocida, siendo, sin embargo, de un gran interés desde el punto de vista diagnóstico diferencial y del tratamiento sobre todo, que es diferente del tratamiento de la epididimitis ordinaria. En ciertos casos esta epididimitis va acompañada de inflamación de la uretra; ella se distinguirá sin embargo de la uretritis gonocócica en que la inflamación y supuración uretral desaparecerá completamente en pocos días. Además de la epididimitis gonocócica, se ha de diferenciar también de la epididimitis no gonocócica consecutiva a una uretritis no gonocócica, de la epididimitis tuberculosa y de las neoplasias testiculares. Se diferencia de la epididimitis gonocócica en que es de pocos fenómenos dolorosos, por su poco abultamiento y por la ausencia de síntomas de uretritis gonocócica; se distingue además por la evolución rápida y favorable de la epididimitis hacia la completa *restitutio ad integrum*. Las mismas consideraciones permiten distinguirla de la epididimitis consecutiva a una uretritis no gonocócica.

El diagnóstico diferencial con la epididimitis gonocócica no presenta gran dificultad; el principio insidioso de la epididimitis tuberculosa, se opone a la epididimitis erótica que aparece bruscamente y tiene una evolución rápida. La epididimitis tuberculosa no desaparece espontáneamente.

En la epididimitis erótica la superficie del epididimo es blanda, la consistencia de su masa es elástica; en la epididimitis tuberculosa al contrario la superficie es irregular de consistencia no uniforme ni elástica, sino desigual y densa. En fin, las neoplasias del epididimo por su evolución crónica, la ausencia de síntomas inflamatorios, son fáciles de distinguir de la epididimitis erótica.

El diagnóstico preciso es de una gran importancia en razón al tratamiento tan diferente que necesitan estas diferentes clases de epididimitis. En las neoplasias y en la epididimitis tuberculosa, la extirpación del órgano enfermo debe ser la regla; en la epididimitis gonocócica la vacuoterapia, la diatermia y el tratamiento antiflogístico deben ser empleados. Al contrario en la epididimitis erótica el mejor tratamiento está constituido por las relaciones sexuales; mientras en la epididimitis gonocócica las relaciones sexuales son contraindicadas, están indicadas por el contrario en la epididimitis erótica. No obstante, si el coito se ha de recomendar, el enfermo debe evitar toda excitación sexual previa y mirar el coito como una medida terapéutica. El coito reservado o interrumpido o la masturbación, agravan considerablemente la epididimitis.

Dos observaciones clínicas detalladas acompañan el trabajo. (*The Urol. and Cutan. Review*, T. XVIII, núm. 12).

A. OTERO.

Una prueba de la fragilidad renal por el choc provocado.
Prof. LEGUEU.

En el año 1917, el autor introdujo, junto con CHABANTIER, en la fisiología patológica la noción de la fragilidad renal. Y los hechos han continuado después cada día, demostrando que la función renal y la resistencia al choc, son dos nociones diferentes y que ellas no varían juntas en un mismo valor ni en una misma proporción. Cuando se ve un enfermo con una azotemia de 0,25 y una constante de 0,055, presentar en tres días una azotemia post-operatoria no mortal de 1 gr. 25, mientras que otro que tenía antes de la operación una azotemia de 1 gr. 15, no se eleva después de la operación

más que a 1 gr. 30 para volver bastante deprisa a su tasa anterior, a pesar de que estos dos enfermos operados de prostatectomía con anestesia local no han tenido, ningún accidente postoperatorio de suficiente calidad para constituir una real desigualdad, se está en el derecho de pensar y de admitir que hay alguna cosa que influye y que está fuera de las cifras de la azotemia y de la constante. Cuando se ve un enfermo con una azotemia de 0,25 y una constante de 0,065, morir en algunos días con una azotemia de 1,75, mientras que otro que tenía de azotemia 0,53 y K. 0,215 curó de la misma operación (prostatectomía), aun a pesar de estar expuesto durante nueve días a una temperatura de 30°, producida por una complicación apendicular, nos encontramos ante una realidad que nos hace imposible creer que la azotemia y la constante y las demás pruebas del funcionalismo renal, contienen todos los elementos procedentes del riñón que nos permitan formular un pronóstico operatorio. Y así con estas oposiciones y contrastes tan relevantes, toma cuerpo y se confirma la idea del autor, de que al lado del desorden funcional, hay otro elemento de importancia que cuenta y este elemento es la *fragilidad renal*. Ella se manifiesta más fácilmente que se analiza: es más fácil de hacerla resaltar y comprender que definirla y decir exactamente en qué consiste. Quizá depende más del organismo que del riñón al cual se atribuye. Y en esta explicación se comete quizá el mismo abuso de lenguaje que hace atribuir al riñón, nefritis que no son más que enfermedades de los tejidos. Sin embargo la parte del riñón está claramente establecida por la caída de la c. m. que es uno de sus primeros índices: ella merece pues al menos parcialmente, el nombre con que se la designa. En el fondo la *fragilidad renal* no es más que un factor inestable en patología. Un defecto de equilibrio en uno de esos ligeros grados de nefritis con los cuales los cirujanos han de contar siempre. Es esta fragilidad que sobre todo en las personas de cierta edad falla, el resultado de la constante, lo mismo si este es bueno que malo; es esta fragilidad que hace fracasar las más fundamentadas previsiones y hacer quizá morir al enfermo de azotemia post-operatoria, a pesar de que la anestesia haya sido local y la operación desprovista de toda complicación grave. La fragilidad renal nos impide fiarnos completamente de la constante para formular una indicación y un pronóstico post-operatorio y nos impone siempre antes de una intervención, una parte considerable de incertidumbre respecto a su éxito *quod vitam*. Al referirse a la constante de AMBARD el autor no alude únicamente a la misma, se refiere a todas las pruebas de funcionalismo renal, y si cita únicamente la constante, es porque ella las preside todas; es su más alta y más exacta expresión. Todos los demás métodos de prueba de funcionalismo renal, miden una función; ellos no dan su firmeza si bien revelan un equilibrio actual no precisan la fragilidad del mismo funcionalismo. Si se pudiera por consiguiente añadir a la cifra de la constante una indicación de la resistencia o de la fragilidad, se abordarían ciertas operaciones con una más grande seguridad, pues se tendría un elemento más para la determinación del pronóstico operatorio. El autor se pregunta a continuación, si se podría a un individuo justificable de una operación, provocarle un choc orgánico mínimo y revela así ligeramente alguno de los elementos que se desencadenan a veces gravemente al día siguiente de una operación. En caso de resistencia del organismo a este choc limitado, no podríamos, sin dudas ni reservas deducir, si sucedería lo mismo para un choc más de tal plejo e intenso. Pero en cambio es bien evidente y lógico que si la resistencia es seriamente quebrantada, por un choc de tal limitación y de tan poca importancia, tenemos seguramente el derecho de tener serios daños y peligros, recurriendo en estas condiciones a una operación de reacción incierta e ilimitada. Estos razonamientos son los que han conducido al autor a revelar la fragilidad renal, por un choc limitado que será según las circunstancias espontáneo o provocado se utilizan desde luego todas las oportunidades que se producen por sí mismas en el curso de la preparación de un enfermo, por ejemplo un acceso de fiebre espontánea o la crisis febril que a veces provoca el cateterismo de los uréteres o la pielografía, y cuando nada parecido se ofrece, entonces se provoca el choc moderado de un acceso febril. Para esto varios métodos pueden ser utilizados; una inyección de leche o de peptona o de vacuna. Un método muy sencillo y que siempre produce resultado,

consiste en una inyección intravenosa de 250 gr. de suero glucosado hipertónico a 300 gr. por 1.000. Al cabo de una hora o antes el enfermo siente un escalofrío y una reacción febril; obtenida la fiebre, hemos logrado el choc que se necesita; al día siguiente se busca la azotemia y se calcula de nuevo la constante. Es evidente que con el agua retenida en la sangre y en los tejidos por este hecho, la constante debería mejorar. Aunque así sea, tanto mejor para el propósito que se busca de apreciar la fragilidad renal al choc; si la constante resulta muy mejorada se tendría siempre el derecho de no tenerla en cuenta, pero si resulta agravada, se tendrán tantas más razones para apreciar la fragilidad renal por el contraste y la diferencia con la citra anterior. Si no se pudiera obtener la constante en ese momento, la azotemia por sí misma es suficiente, para apreciar la fragilidad renal y constatar la amplitud de sus oscilaciones. Si la aguja ideal que marcara estas oscilaciones, se pone en movimiento y marca alto, por el choc de un día, casi de un momento, se deben temer lógicamente pensando, reacciones más violentas y más altas para una operación en la que no estamos seguros de poder reducirla a un choc tan insignificante. Y en estas condiciones, es preciso ver en la prueba de la fragilidad renal una contraindicación operatoria al menos actual. Para ilustrar la idea de la fragilidad renal expone el autor varios casos a guisa de ejemplo, que reducidos quedan a la siguiente.

En una mujer joven de 22 años hay que hacer una nefrectomía secundaria por gruesa piodermitis tuberculosa. El 20 de Octubre: Az. 0,23—K. 0,075. Estado general dudoso, poca resistencia a simple vista. El 30 de Octubre inyección intravenosa glucosado hipertónico: reacción intensa. La azotemia sube a 0,72 y el estado general por algunos días malo. Se juzga contraindicado por el momento la nefrectomía y se aplaza.

Otra mujer justificable de nefrectomía secundaria presenta Az. 0,39—K. 0,095. La misma inyección productora del choc febril que fué de 40° por unas horas. Al día siguiente las cifras son Az. 0,80—K. 0,139. Se renuncia de momento a la nefrectomía.

En otra enferma de 51 años que tiene una tuberculosis renal con ormas bacilares y gran cistitis Az. 0,46—K. 0,113. Inyección desencadenante, escalofrío, fiebre, vómitos diarrea. Azotemia llega a 0,85. En estas circunstancias y momento la operación se conceptúa dañosa.

En un calculoso unilateral de riñón que tiene Az. 0,46 y 0,106. El cateterismo muestra una ligera denciencia para el riñón derecho calculoso; pero inmediatamente después del cateterismo la nebre sube a 39,5. Se practica la azotemia y resulta que ha subido a 1,30. Se renuncia de momento a la operación por conceptuarla dañosa.

Un prostático de 65 años, tiene un violento acceso de fiebre durante el periodo de preparación; tenía en trío Az. 0,48—K. 0,095. Al día siguiente de su fiebre la azotemia subió a 1,13. Se había de practicar una prostatectomía en un tiempo y se renuncia por el momento para hacer una cistostomía previa.

Otro prostático, por el contrario de 65 años, que tiene Az. 0,47 y K. 0,108. Se aprovecha un acceso de nebre espontánea para examinar su fragilidad y da las siguientes cifras: Az. 0,39 y K. 0,095. Se le practica enseguida la cistostomía que no produce sino un ligero ascenso que llega al maximum de 0,56 el cuarto día y desciende rápidamente a 0,42; es un enfermo que no tiene fragilidad, sino al contrario una gran resistencia al choc. Esta resistencia está perfectamente de manifiesto en este otro enfermo prostático que partiendo de Az. 0,50 y K. 0,200 no llega después de un acceso de fiebre más que a 0,66 de Az. Operado en un tiempo, curó rápidamente. Así haciendo esta prueba de la fragilidad renal, se adquiere una noción nueva de gran importancia pronóstica. Los enfermos que se modifican tan gravemente bajo el efecto de un choc tan mínimo, serán con seguridad influenciados, más gravemente todavía por el choc operatorio, y por eso conviene aplazar temporalmente la intervención, pues esta noción no tiene ni se pretende que tenga otro valor que un valor actual. Esta fragilidad es susceptible por ella misma de mejorar y así una operación que en un determinado momento sería demasiado grave, puede otro día ser más benigna y per-

fectamente posible. Esta prueba no parece ser necesaria en todos los enfermos y particularmente en aquellos que se presentan a la operación en buenas condiciones evidentes. Pero para aquellos que quedan dudosos a pesar de cifras de azotemia y constante favorables, la revelación de la fragilidad renal por el choc provocado, suministra una noción que no han dado nunca bajo esta forma los otros métodos de exploración y permite añadir un elemento de valor a la determinación tan difícil de un pronóstico operatorio.

(Archives urologiques de la clinique de Necker).

A. OTERO.

Pediatría

Un caso de tetania infantil tratado por los rayos ultra-violeta.
Dr. FONTEYNE.

Niño de ocho meses, ingresado en el hospital de Saint-Jean (Bruselas) el 11 de Junio 1923 por accesos convulsivos, en el servicio del Dr. BRUNARD. Raza polaca judía, familia pobre y habitación insalubre; un niño muere bruscamente en el curso de una bronquitis simple. Raquitismo, trastornos digestivos, signo de CHROSTEK, manos de esmadrosi, espasmo de la glotis. Se le prescribe el cloruro de calcio hasta la dosis de 6 gramos diarios; atenuación de la tetania; pero, al cesar el tratamiento reaparición de los síntomas de tetania. El aceite foforado producía trastornos intestinales.

A los trece meses, pesando 9 kilos, no se tenía en pié, ni podía sentarse. Persistencia del signo del facial.

El día 4 de diciembre se le aplican los rayos ultra-violeta: lámpara de cuarzo con vapores de mercurio de 1000 bugías. Desaparición del signo de CHROSTEK a partir del 20 de diciembre (seis aplicaciones sobre el dorso o sobre el vientre y el pecho; 26 minutos a 35 centímetros del foco, 9 minutos a 20 centímetros). Desde entonces todo signo de tetania ha desaparecido (curación en quince días). Sin eritema.

Habiendo continuado la irradiaciones en su enfermo, el Doctor FONTEYNE ha obtenido la acección entofítica: aumento de 1 kilo de peso en un mes; el 15 de Enero el niño se levanta solo y se mantiene en pié. (La Pathologie infantile, Abril de 1924).

Investigaciones sobre la etiopatogenia de la nefritis post-escarlatinosa. Dott. A. NASTASI.

La nefritis postescarlatinosa, a pesar de ser la complicación más frecuente y más conocida de la escarlatina, es todavía muy discutida por lo que a su etiopatología se refiere.

Viejas teorías sostenían que era debida a levantarse el enfermo precozmente, o a un enfriamiento o a errores dietéticos. Pero después de numerosas observaciones se ha visto que la nefritis postescarlatinosa no tiene una profilaxis y no se previene a pesar de cura más escrupulosa, la vigilancia más atenta y la dieta más rigurosa.

Otra teoría considera la nefritis como una verdadera recidiva de la escarlatina, en cual caso después de la primitiva formación de anticuerpos entraría en juego también la hipersensibilidad y la anafilaxia. A parte de la rareza de una hipersensibilidad que se manifiesta solamente con una lesión renal, no se llega a comprender como no se verifica también en las demás enfermedades infecciosas en que hay recidiva.

Otra teoría atribuye la nefritis a la frecuente concomitancia de lesiones diftericas; pero comunmente se observa que en todos los casos de infección asociada.

Otras dos teorías más importantes y que hoy aceptan casi todos los autores son: la teoría infectiva y la teoría tóxica, según las cuales se atribuyen las lesiones del riñón a la acción directa del agente etiológico de la escarlatina o de su toxina.

Pero siendo hasta hace poco obscura la etiología de la escarlatina, también lo era la de la nefritis. La atención de casi todos los autores que se ocupaban de esta enfermedad, sostenían que el estreptococo no solo era el agente de todas las complicaciones postescarlatinosas, sino también de la escarlatina misma.

Pero después de las investigaciones de DI CRISTINA y CARO-

nia sobre la etiología de la escarlatina algunos autores se han ocupado de la busca del germen en las diferentes complicaciones de la enfermedad: así SIUDONI lo encuentra en las pleuritis, CARTIA en las otitis, ORTOLEVA en un absceso, TROILI en un caso de vulvo-vaginitis, etc., RITOSA consigue demostrar la frecuencia casi constante del microbio en la orina de los enfermos, afirmando que el aparato urinario constituye una importante vía de eliminación.

Todas estas consideraciones indujeron al autor a pesar que la nefritis postescarlatina podía ser determinada por la localización del germen específico en el filtro renal.

Para comprobarlo examinó la orina de todos los niños con nefritis postescarlatina, sirviéndose de la técnica indicada por RITOSA.

De 23 casos de nefropatías ha conseguido en 14 aislar el germen de la escarlatina. En 9 casos la investigación ha sido negativa. La especificidad del germen obtenido en cultivo ha sido comprobada con las pruebas comunes serológicas (aglutinación y desviación del complemento) operando con suero de niños convalecientes de escarlatina o de conejos inyectados con sangre de escarlatinosos.

Examinando los casos con resultado positivo pudo notar que en estos la busca se hizo en un periodo reciente de la lesión; mientras que los que dieron resultado negativo la investigación fué hecha en un periodo tardío. En cuanto a la forma de nefropatía presentada por el enfermo, se trataba casi siempre de forma mixta con predominio ya de lesiones degenerativas, ya inflamatorias, pero la prescripción del germen se demostró independiente del tipo de la lesión.

Basándose en sus observaciones, el autor cree poder atribuir la nefropatía al germen de la escarlatina, el cual eliminándose por el riñón, lo altera si por causas especiales encuentra en el parenquima renal una especial labilidad.

El germen de la escarlatina, como han ya constatado RITOSA y SABATINI, tiene una acción tóxica, de aquí que la nefropatía escarlatina sea en parte inflamatoria y en parte degenerativa.

Los casos negativos, el autor se los explica ya por la escasez de germen ya porqué el germen hubiere provocado la lesión anteriormente, siendo la orina estéril en el momento del examen. (*La Pediatría*).

S. GODAY

Ginecología

Tratamiento de la endocervicitis gonorréica mediante soluciones concentradas de mercurio cromo. L. BRADY.

Los métodos utilizados actualmente para el tratamiento de la endocervicitis gonorréica, son en realidad poco satisfactorios.

El A. preconiza el empleo de soluciones de mercurio-cromo al 20 por 100, cuyas ventajas son: máximo poder de difusión, acción antiséptica energética y relativa inocuidad para con los tejidos.

Se aplica la solución de mercurio-cromo en forma de irrigaciones vaginales calientes y toques o pincelaciones ultracervicales, con exclusión de todo otro tratamiento. De tiempo en tiempo se practican *frottis* de la secreción cérvico-vaginal teniendo cuidado de suprimir entonces el tratamiento durante 24 horas.

No se considera curada ninguna paciente hasta que tres *frottis* sucesivos obtenidos con dos semanas de intervalo y un cuarto *frottis* recogido al mes de haber terminado el tratamiento, no demuestran la ausencia de gérmenes sospechosos y ello coincide con la supresión o disminución de la leucorrea.

De treinta y seis pacientes tratados por el A. con arreglo al método descrito, veinte y cinco pueden darse como absolutamente curadas. En otras cuatro la curación es probable, faltando el *frottis* de comprobación y en cinco pacientes, afectas de bartolinitis infección utero-anexial, fracasó todo tratamiento.

El tiempo necesario para obtener la esterilización de los gonococos que por término medio de tres meses y medio pero en muchos casos se obtuvieron curaciones con mayor rapidez.

El A. insiste en que el nuevo método ha dado resultados en casos en que habrán fracasado todos los tratamientos corrientes, incluso la cauterización ígnea del conducto cervical y de los orificios glandulares.

(*Bull. Johns Hopkins Hosp.* Baltimore. Pág. 400, 1925).

J. VANRELL.

Acción del extracto hipofisario administrado por vía digestiva. KRAUS.

El extracto hipofisario se prescribe en terapéutica bajo formas diferentes: en inyecciones (subcutáneas, intravenosas, intramúsculares) o por vía oral.

Todos los autores han observado que a estos diversos modos de administración correspondían resultados variables.

En inyección, el extracto hipofisario da resultados positivos, pero poco durables, por lo que precisa prolongar el tratamiento.

Administrado por vía digestiva los resultados son inconsistentes y en muchas ocasiones negativos.

El A. ha buscado la explicación de estos hechos mediante una serie de experiencias cuya finalidad era el estudio de la absorción del extracto hipofisario en los diferentes segmentos del tubo digestivo, anotando los efectos producidos sobre la presión arterial y sobre el músculo uterino de diversos animales.

Los resultados pueden resumirse así:

a) Absorción por la mucosa de la cavidad bucal, previa ligadura del esófago: ninguna acción sobre la presión arterial. Contracciones uterinas evidentes.

b) Absorción exclusivamente por el estómago: acción nula.

c) Absorción por una asa intestinal: acción nula.

d) Absorción rectal: ninguna influencia sobre la tensión arterial; ligera reacción de la musculatura uterina. En total ninguna influencia sobre la presión arterial y escasa acción por vías bucal y rectal sobre el músculo uterino. Los fracasos de la vía digestiva dependen del hecho de que la absorción se verifica a nivel de la mucosa gástrica.

Estas experiencias ponen asimismo de manifiesto sus elementos distintos en el extracto hipofisario. Uno de ellos, de acción muscular, es absorbido por la vía digestiva.

El otro, de acción vascular, se destruye fácilmente o no puede franquear la barrera mucosa.

(*British Medical Journal*, Feb. 1926).

J. VANRELL.

Dermatología

La colesterinemia en las enfermedades de la piel. Robert BERNHARDT y Jorge ZALEWSKI.

Estos autores han hecho gran número de exámenes de la colesterina en la sangre de individuos con distintas dermatosis. Otros autores polacos ya habían hecho experiencias respecto a este particular, encontrando que la colesterina estaba aumentada en las dermatosis pruriginosas, como urticaria, eczema, liquen simple crónico de Vidal, prurito senil, etc., y también en la seborrea. La encuentran siempre en el xantoma y el epiteloma y de una manera muy inconstante en el psoriasis tuberculosis, leucemias, Reclinghamen y vitiligo.

Las experiencias de BERNHARDT y ZALEWSKI están hechas con 100 enfermos y más de 300 exámenes de colesterina; eliminando los enfermos sífilíticos, enfermos hepáticos y renales y mujeres embarazadas.

La sangre ha sido siempre obtenida por la mañana y después de un desayuno compuesto de té y un panecillo. El método empleado ha sido el de GRIGAUT modificado.

Detallan las cantidades de colesterina encontradas en cada grupo de dermatosis, de lo que se deducen las siguientes conclusiones.

Aumento de colesterina notable en todas las infecciones piógenas de origen citofilocócico. Este fenómeno coincide con el aumento en el eczema seborréico y en las dermatitis profesionales eczemizadas y con infección secundarias precoces. Tal vez esta colesterinemia paralizada a la movilización de anticuerpos en la lucha contra la infección bacilar o de orden tóxico.

Se encuentra también un considerable aumento de la colesterina libre en la sangre, en las diferentes formas de tuberculosis cutáneas (lupus vulgar, eritematoso y escrofulodermo). Este hecho se encuentra también en los enfermos de tuberculosis pulmonar.

En cambio en los psoriásicos la colesterina se halla disminuida en un 65 por 100 de casos. Teóricamente podría explicarse este hecho, considerando con CHAUFFORD las cápsulas suprarenales el órgano de formación de la colesterina o bien como los alemanes el depósito de la misma. Aceptando que el ti-

roides, la hipófisis y los ovarios tienen un gran papel en la transformación de las grasas y creyendo en el origen endocrino del psoriasis. El disfuncionalismo endocrino sería la causa de la anomalía en el metabolismo de la colesteroína en los psoriasis. Deducimos pues que todos los trabajos actuales acerca de las modificaciones de la colesteroína en las enfermedades de la piel, son solo hechos aislados que nos han de servir únicamente como pauta para una orientación en los métodos de investigar.

(*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, Marzo 1926).

A. CARRERAS.

Oftalmología

Atrofias de los nervios ópticos consecutivas a espasmos de la arteria central de la retina. Ch. ABADIE.

Dice que el espasmo de la arteria central de la retina es más frecuente de lo que se cree y que muchas veces se confunde con la embolia de la arteria central, afección muy rara, puesto que en sus largos años de práctica ha encontrado muy pocos casos.

En la embolia, la papila pierde su tinte rosado, la arteria central y sus ramas se adelgazan tanto que algunas quedan reducidas a unos tenues filamentos grisáceos, el contorno del nervio óptico toma un color lechoso que se extiende hasta la mácula, la que se destaca de aquel fondo como una mancha circular rojiza. La pérdida de la visión es inmediata y absoluta.

En la atrofia por espasmo de la arteria central de la retina, salvo la palidez de la papila y el adelgazamiento de las ramas arteriales el fondo del ojo es normal. La visión está abolida, pero persiste la percepción luminosa.

Presenta varias historias clínicas y aconseja un tratamiento a base de antiespasmódicos poderosos, atropina, gardenal, etc. La diatermia y por fin la simpatectomía peri-arterial, que en manos de LÉRICHE, ha dado brillantes resultados en las formas graves de la enfermedad de RAYNAUD.

(*La Clinique Ophthalmologique*, Marzo 1926).

I. BARRAQUER.

Neurología

Herpes zoster en una hemorragia subaracnoidea espontánea.

W. J. ADIE, M. B. EDINBURG, F. R. C. P. de Londres. Médico ayudante, de Charing Cross Hospital; Médico del National Hospital, Queen Square.

Caso 1.º Una mujer de 42 años, en buena salud hasta entonces, fué hallada sin sentido junto a su cama y trasladada a la enfermería de St. Marylebone donde la vió el cuarto día de la enfermedad. Había recobrado el conocimiento, pero estaba excitada y confusa: se resistía a que la examinaran y salvo repetidas quejas por dolor de cabeza no daba otras explicaciones sintomáticas. Presentaba los clásicos síntomas de reacción cerebro-espinal aguda con gran rigidez del cuello, signo de Kernig y Pyrexia. El examen oftalmoscópico reveló una reciente edema papilar doble. En el lado derecho, más allá del botón hinchado, había varios coágulos grandes de sangre muy oscura, abultados y redondos, no en forma de llama completamente distintos de los que ordinariamente aparecen en hemorragias retinianas. Parecían gotas de sangre sobre la retina. En el lado izquierdo, además de varias hemorragias grandes y redondas había una más grande cortada horizontalmente en la parte superior y redonda en la inferior. Las vísceras abdominal y torácica normales; el orín no tenía albúmina ni azúcar; la reacción de Wassermann fué negativa en la sangre y en el fluido cerebro-espinal. La punción lumbar dió fluido cerebro-espinal bajo gran presión y muy mezclado con sangre. La paciente mejoró sensiblemente durante varias semanas, pero murió repentinamente, al parecer, por repetición de hemorragia meníngea.

Durante el período de mejora el estado mental de la paciente era exactamente igual al conocido por psicosis de Korsakoff, cosa que he observado en otros enfermos al reponerse de esta enfermedad. El cuerpo no se examinó después de

muerto, pero el estado inconsciente con mejoramiento hasta el punto de no poderlo distinguir de la fiebre cerebro-espinal, la presencia del fluido cerebro-espinal sanguíneo y el estado mental en los últimos momentos no dejan lugar a duda respecto al diagnóstico que se confirmó por la forma de la muerte.

En esta paciente apareció una copiosa erupción herpética en la parte superior del pecho y sobre el músculo deltoideo, lado izquierdo trozo de piel innervada por la cuarta y quinta raíces del nervio cervical.

Caso 2.º Un hombre de 37 años de edad, en buena salud hasta entonces, se quejó de un fuerte dolor de cabeza que se presentó repentinamente una tarde; al día siguiente amaneció inconsciente. Cuando le vió en el Hospital de Charing Cross, el quinto día de su enfermedad, su estado era el de un hombre atacado fulminantemente de reacción cerebro-espinal. El líquido céfalo-raquídeo era hemático. La reacción de Wassermann fué negativa tanto en la sangre como en el líquido céfalo-raquídeo, orín normal. El paciente murió al octavo día de su enfermedad. En la autopsia, el Dr. A. PINEY encontró sangre en el espacio subaracnoideo sobre toda la superficie del cerebro. Al rededor de la arteria cerebral media, lado izquierdo, a unos dos centímetros y medio de su origen había un coágulo del tamaño de una castaña. Pasando un estilete por el interior de la arteria dió con un obstáculo al llegar al sitio donde se había formado el coágulo, la disecación y lavado cuidadosos revelaron una ruptura en una aneurisma capaz de contener el hueso de una cereza.

En este caso, donde el diagnóstico se confirmó después de la muerte, apareció una erupción herpética en el lado derecho del pecho en la parte baja del área innervada por la cuarta raíz sensitiva del nervio cervical.

Observaciones. Frente los síntomas de meningitis con un paciente libre de enfermedad de la cual la inflamación de las meninges es una probable complicación y pasada la edad en la cual ordinariamente ocurre la meningitis tuberculosa, el clínico debería pensar más en la hemorragia meníngea que la meningitis, ya que lo primero es más probable, pues el herpes, salvo en la cara, es casi desconocido en meningitis debidas a organismos infectos. Los dos casos explicados ejemplarizan dos formas corrientes de hemorragia espontánea subaracnoidea. En una forma hay estado de coma que conduce a la muerte o mejora hasta simular meningitis aguda, en el otro los síntomas son todos de meningitis. En ambos el líquido céfalo-raquídeo es hemático. En la gente joven, la sangre proviene generalmente de un aneurisma que se forma en el sitio de un defecto congénito en una arteria, junto a su origen desde el círculo de Willis. En pacientes de más edad una ruptura arterio esclerótica es lo más corriente. El dolor de cabeza nunca es tan repentino y fuerte como en estos casos, y la rigidez del cuello y el signo de Kernig no es tan evidente como en las verdaderas meningitis. No es difícil explicarse la aparición del herpes, pues el espacio espinal subaracnoideo se extiende exteriormente alrededor de las raíces posteriores y a veces llega hasta la raíz del ganglio. La disposición anatómica es diferente en distintos individuos y en el mismo individuo en diferentes niveles espinales. Creo que en los citados casos la sangre en el espacio subaracnoideo llegó hasta cierto ganglio en esta ruta y después por irritación produjo el mismo resultado que dá cuando la hemorragia tiene lugar dentro del mismo ganglio. (*The Lancet*).

BARRAQUER FERRÉ

Radiología

Valorización del tratamiento del Carcinoma del Cuello uterino por Radium y Rayos X. P. HEALY.

En los años transcurridos desde que se dispone de radium para tratar el carcinoma, diferentes grupos de investigadores han dedicado muchos esfuerzos para desarrollar el campo de la terapia de la radiación. A pesar de las diferencias individuales de opinión con respecto a los métodos de tratamiento, el uso de una dosis máxima de radiación o de pequeñas dosis repetidas, de combinar los rayos Roentgen con radium, o el uno o el otro con la cirugía, se ha llegado a unanimidad de opinión acerca de las ventajas de la terapia de radiación en lo que atañe al carcinoma del cervix. Esto ha sido consecuen-

cia en gran parte de la labor de JANERVAY, BAILEY, SCHMITZ y J. G. CLARK en nuestro país y de RÉGAUD, FORSELL, HEYMAN y otros en Europa. Durante este tiempo hemos aprendido mucho acerca de los efectos de la terapia de radiación sobre los tejidos y la reacción de los tejidos a dosis de variable intensidad, por los espléndidos estudios de EWING sobre los tejidos extirpados por histerectomía después de irradiación.

Sabemos que con la terapia de radiación, debidamente aplicada, en lo concerniente al radium, podemos esperar, con un grado razonable de seguridad, una definida sucesión de reacciones en los tejidos tratados y estructuras adyacentes. Estos cambios consisten en una gradual desintegración y desaparición de las células del cáncer en de una a tres semanas, y la aparición en los tejidos de linfocitos, leucocitos polimorfonucleares y células plasmáticas en grandes cantidades. Finalmente, ocurre un reemplazamiento por una fibrosis variando, creemos, de grado según la extensión de la enfermedad neoplásica original. También hemos quedado impresionados por la diferencia en las reacciones constitucionales de los pacientes individualmente a la terapia de radiación. Observando, como lo hacemos en el Hospital Memorial, una técnica bastante bien uniformada, encontramos sin embargo tremendas variaciones en las reacciones constitucionales de los diferentes pacientes. Algunos presentan síntomas gástricos acentuados con depresión mental desde el principio del tratamiento, con síntomas tóxicos gradualmente crecientes durante dos a cuatro semanas después del tratamiento. Otros no presentan casi ninguna intoxicación de ningún sistema, o sea, ningún síntoma de enfermedad debida a la radiación que pase de una sensación de mal-estar y falta de energía durante varias semanas después del tratamiento. En realidad, nos inclinamos a creer que estos síntomas constitucionales son con frecuencia más marcados en las mujeres más jóvenes, especialmente las de temperamento nervioso y dependen grandemente de un desequilibrio endocrino resultante del tratamiento. Por esta razón, pronto damos medicación oral e hipodérmica para combatir estos síntomas.

Por otra parte tampoco hemos encontrado ninguna conexión definida entre la lesión primaria y el grado de intoxicación consecutivo al tratamiento. En general, encontramos que transcurren unas 6 semanas antes de que los pacientes empiecen a restablecerse después de nuestro tratamiento.

El plan general de tratamiento es el instituido por BAILEY en 1917, es consecuencia del principio de los fuegos cruzados sobre la lesión y a todo el campo pélvico con radium aplicado dentro de la cavidad uterina, frente a la lesión, en los fondos de saco vaginales, y con rayos Roentgen del más alto voltaje, aplicado externamente. Antes de 1922, el tratamiento externo se hizo con radium pero se halló que esto no era tan satisfactorio desde el punto de vista práctico, pues exigía usar demasiado radium, ni tan eficiente desde el punto de vista de intensidad de porcentaje de profundidad de dosis como los rayos Roentgen. Por esta razón hemos usado los rayos Roentgen para irradiación externa desde 1922. El dosado total de radium aplicado en y alrededor de la lesión independientemente de toda irradiación externa es entre 6.000 y 9.000 mc.-hr.

De una revista de los informes de los investigadores citados en la primera parte de este escrito y de los estudios de nuestros propios casos, creemos que el radium es hoy el mejor agente terapéutico individual para el control del cáncer cervical uterino; que es de mayor valor para cuidar todos los casos que necesitan ser tratados que cualquier otra forma de terapia y que su utilidad no está restringida a ningún grupo de casos sino que está indicado en todos los casos que no están demasiado avanzados, ya deshauciados o complicados por entenas infecciones pélvicas.

Es ahora una cuestión de experiencia común que el radium aplicado al sitio de la lesión primaria causará, en todos excepto los casos muy avanzados, una rápida regresión y desaparición de la lesión en de diez días a tres semanas. Muchos de estos pacientes han sido sometidos después de una histerectomía y un cuidadoso estudio microscópico de los tejidos extirpados no ha llegado con frecuencia a revelar ningún signo de cáncer, corroborando de esta forma la evidencia clínica de que se había extirpado la enfermedad.

Teniendo esta evidencia es difícil comprender el porqué estos pacientes han de ser ya más sometidos a un peligroso proce-

dimiento quirúrgico para extirpar un órgano al que se le ha quitado la enfermedad por irradiación anterior. Si la irradiación ha sido efectivamente, eficazmente llevada a cabo, la operación subsiguiente es innecesaria y puede ser nociva, mientras que si la irradiación ha sido hecha ineficazmente, entonces la operación es inútil, como la experiencia lo ha mostrado, pues el cáncer recidiva rápidamente en el parametrio.

No conocemos estadísticas que indiquen que la irradiación preoperatoria de la lesión con subsiguiente histerectomía tiene alguna ventaja sobre la irradiación solo cuando se hace debidamente, y creemos que existen consideraciones teóricas sanas para creer que esta combinación de irradiación seguida de operación puede colocar al paciente en situación desventajosa para obtener plenos beneficios de una u otro procedimiento. Parece razonable suponer que la ordenada reacción protectora de los tejidos establecida gracias a la radiación terapéutica será interrumpida, grandemente, sino por completo, por el proceso quirúrgico a causa de modificar desfavorablemente el normal suministro de sangre a los tejidos. Además, la tendencia por parte del cirujano que usa la curieterapia preoperatoria es practicar una simple histerectomía en vez de una operación radical WERTHEIN, privando de esta forma, al paciente que se beneficie del mejor procedimiento quirúrgico para el tratamiento del cáncer del cervix uterino. Así parecería que estos pacientes no han tenido ni buena irradiación ni buena cirugía y que debiera abandonarse el plan. Basándonos en nuestras estadísticas parece mucho más justificable hacer una histerectomía inmediata en el caso muy favorable y seguir la operación prontamente con acabada irradiación de fuegos cruzados del campo pélvico con radium y rayos roentgen.

Durante los últimos diez años, es decir, desde Enero de 1915 a Diciembre de 1924 inclusive, 1.173 casos de cáncer del cervix uterino han sido admitidos al departamento ginecológico del Hospital Memorial para terapia de radiación.

En los primeros años no se había establecido ningún plan definido de tratamiento, pero en 1917, HoralD BAILEY estableció el principio de los fuegos cruzados y desarrolló la técnica usando radium para el proceso completo.

Desde entonces, se ha seguido esta técnica, con la importante modificación de usar la roentgenoterapia de alto voltaje para la irradiación externa desde 1922.

TABLA I
Casos tratados con radiumterapia de 1918 a 1921 inclusive

Cáncer del cuello uterino	Total	Curados	
		enero 1925	por 100
Casos operables...	35	14	40 %
Casos límite ...	52	14	27 %
Avanzados...	288	25	8,6 %
Total cánceres del cuello ...	375	53	14 %
Con invasiones vaginales ...	133	28	20 %
Post-operación; irradiaciones ...	25	16	64 %

TABLA II
Casos tratados por combinación radium y rayos X de 1922 a 1924

Cáncer del cuello uterino	Total	Curados	
		Curados	por 100
Casos operables ...	44	41	33 %
Casos límite ...	57	42	73 %
Avanzados ...	252	113	440 %
Total cánceres del cuello ...	353	196	61 %
Con invasiones más allá del cuello...	71	41	57 %
Irradiación post-operatoria ...	5	5	100 %

Las Tablas I y II, presentan en forma de estadísticas los resultados de tratamiento desde 1918 a 1924 inclusive.

CONCLUSIONES

I. Del estudio de nuestras estadísticas parece razonable suponer que el diagnóstico del cáncer del cervix uterino es una indicación para radiumterapia.

II. La operación es justificable únicamente cuando se presenten serias contraindicaciones a la terapia de la radiación. (*The am. Journal of. Roentgen and Radium Therapy*, Diciembre 1925).

V. CARULLA RIERA.