

se ocupa de la albuminuria pura y de las nefritis agudas y crónicas.

Estudia en cada uno de ellos los elementos de diagnóstico y los métodos de tratamiento, precisando en cada caso el valor de un dato semiológico o indicación terapéutica, como conviene a una obra destinada directa y exclusivamente al práctico, sin divagaciones ni consideraciones patogenéticas ni discusiones etiológicas muy útiles en las obras extensas, de las que son propias.

Concede la debida importancia a las pruebas del funcionamiento renal en cuanto a diagnóstico y pronóstico y a los modernos tratamientos que como la oxigenoterapia son un recurso de importancia que añadir a los demás con que contamos.

El autor no hace alarde de erudición inútil, sino que siendo un hombre que ha vivido intensamente las cuestiones de que trata, nos confía todos aquellos detalles prácticos que ha recogido en su experiencia personal y cuya omisión determina en ocasiones un error diagnóstico o el fracaso de una terapéutica, cosa que se olvida frecuentemente en obras más extensas.

Es pues una obra que cumple fielmente los propósitos y la buena orientación de la colección de que forma parte.

Esta obra ha sido impecablemente traducida al español por el doctor MUR SANCHO de Valencia, habiéndose encargado de su publicación la Editorial Pubul de Barcelona, de reconocida competencia en escoger las obras extranjeras de verdadero y sólido interés en la práctica médica.

J. SALARICH

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Hipertensión y estreñimiento. ALVÁREZ, MC CALLA y ZIMMERMANN.

La hipertensión arterial y su proceso más próximo, la arterio-esclerosis, han sido y son objeto de múltiples estudios experimentales y clínicos encaminados a dilucidar su cada día más complejo mecanismo patogenético.

Cuatro importantes grupos de factores etiológicos han sido particularmente incriminados en la génesis de aquellos procesos, a saber: los agentes mecánicos; los agentes químicos e infecciosos ya sean de naturaleza exógena o endógena; los trastornos del metabolismo conducentes a un exceso proteínico o colesterinémico y finalmente la predisposición constitucional de ciertos sujetos, hacia la degeneración de sus tunicas arteriales.

Entre los variados elementos integrantes del factor toxico-infeccioso ha sido señalada insistentemente la constipación crónica como un importante agente patogénico de hipertensión a causa de la "auto-intoxicación intestinal" que forzosamente determina.

A juicio de los autores este criterio patogénico no descansa sobre bases científicas sólidas. Para demostrar este aserto han recurrido al estudio crítico detenido de una copiosa estadística de enfermos estreñidos crónicos. Dichos datos estadísticos se basan en numerosas y sistemáticas medidas de la presión arterial practicadas en individuos de todas edades y condiciones, siguiendo siempre las mismas normas en lo que se refería a la justipreciación de los factores, edad, sexo y peso.

De dichas estadísticas, los autores deducen las siguientes conclusiones clínicas, algunas de ellas verdaderamente demoleadoras. En primer lugar, la presión arterial en el sexo masculino no sufre apenas elevación alguna a partir de los 50 años, debiendo estimarse esta época de la vida como el punto final de las variaciones tensionales particularmente por lo que respecta a la hipertensión. No sucede lo propio con el sexo femenino. En segundo lugar, los individuos de peso normal poseen como término medio una cifra tensional superior en 10

milímetros a la de los individuos excesivamente delgados. Los sujetos vigorosos la poseen superior a 13 mm.

Por lo que respecta a la relación del estreñimiento con la tensión arterial, los autores afirman concretamente que la constipación no ejerce la menor influencia en el sexo masculino. En cambio, en las mujeres creen haber comprobado que no solo no produce hipertensión sino que más bien suele determinar un cierto grado de hipotensión arterial tal como acontece en ciertos estados diarreicos inveterados.

Ante las enseñanzas que se desprenden de sus estudios estadísticos, los autores insinúan tres interpretaciones clínicas, que estimamos un tanto aventuradas, pero de cuyo conocimiento no queremos privar al lector. Estas interpretaciones son las siguientes: 1.º El estreñimiento crónico puede determinar el descenso de la presión sanguínea; 2.º Las presiones bajas son susceptibles de producir el estreñimiento; 3.º Es posible que un estado hipertensivo pueda determinar efectos laxantes. (*Archives of international Medicine*, Agosto de 1926)

L. TRIAS DE BES

Epidemia de meningitis cerebro-espinal en Bombay. Estudio de 170 casos consecutivos durante los años 1921-24. T. PATEL.

La fiebre cerebro-espinal se presentó en la India hace medio siglo: el primer informe auténtico de un caso fué hecho por VANDYKE CARTER, el cual explica haber visto cuatro casos en Bombay cuando él estaba trabajando con la fiebre del hambre (famina fever) en 1878 y otro caso esporádico en el año 1885. DIMMOCKE reconoció la enfermedad en forma epidémica entre los presidiarios de Shikarpur, durante la temporada de frío del año 1883-84.

Desde 1881 se han ido registrando casos en toda la India, en varios presidios, cuarteles, etc., pero en Bombay los casos empezaron a presentarse en hospitales municipales, el 1912. Solamente fueron diagnosticados como fiebre cerebro-espinal por sus síntomas clínicos en 1921, cuando las presentes observaciones empezaron.

Etiología.—Esta es una enfermedad de invierno y primavera y muchas de las entradas aquí fueron hechas en esa época. Rápidas y marcadas variaciones en la temperatura parecen predisponer mucho para esta enfermedad, como lo hacen también las multitudes, la intemperie, y el hambre. En la mayoría de las epidemias los casos más frecuentes se han presentado también en adultos, como por ejemplo en la gran guerra. Eran estos en mayoría adultos de 20 años. Aunque en otras epidemias la proporción masculina tiene preponderancia sobre la femenina, aquí la preponderancia fué enteramente masculina.

Casi todas las razas están afectadas, pero los que aquí se detallan eran en mayoría Bhaiyas, Pathans, etc. los cuales generalmente están expuestos a los rigores de la temperatura en sus trabajos, y la mayoría pertenece a clases trabajadoras.

Lo más notable de la epidemia era el modo en que los casos ocurrían en distintos distritos, y el contagio de una persona a otra sorprendente. Hubo un caso de convalecencia de neumonía gripal, en el Hospital de Maratha, que contrajo la enfermedad de otro caso de fiebre cerebro espinal el cual estaba alojado al otro extremo del edificio, y hay casos en individuos de una familia y también en enfermeras y ayudantes cuidando enfermos que sufrían de fiebre cerebro espinal; la infección en estos casos puede ocurrir por las cosas que utilizan unos y otros.

Patología y bacteriología.—En todos los casos se examinó el líquido cerebro espinal. La mayoría de ellos demostró infección meningocócica. La presión intrarraquídea era muy alta en casi todos los casos, y variaba entre 280 mm. Hg. a 560 mm. La presión arterial era alta en algunos casos solamente.

Durante los últimos tres años se hicieron 18 autopsias. En 15 se vieron claramente los síntomas usuales de meningitis meningocócica. Se encontró fluido seroso y pus en gran cantidad debajo de las meninges y había reblandecimiento de los tejidos cerebral y cerebeloso. En dos casos las venas de la corteza cerebral y de la piamadre estaban marcadamente congestionadas; las meninges eran espesas y sin brillo. En un caso los

ventrículos estaban muy dilatados, y el tejido cerebral estaba muy adelgazado y blando.

Historial clínico.—Muchos de los casos admitidos en el Hospital eran de tipos fulminantes y corrientes, y muy pocos eran de tipo crónico. Casi ninguno pasó a crónico después de adoptar el tratamiento del suero. Todos los casos presentaban los signos clásicos y los síntomas de la fiebre cerebro-espinal. La intensidad de los diferentes síntomas variaba en muchos de los casos. Algunos sufrían fuertes convulsiones, y en otros la úlcera de la córnea, panofalmitis, y ambliopía temporal.

La neumonía era la complicación más común, las otras eran cistitis, llagas y complicaciones de los ojos, tales como úlceras de la córnea, panophthalmitis, y ambliopía temporal. Las complicaciones debidas al tratamiento del suero eran, hinchazón de las articulaciones, dolores en las articulaciones. Los que siguen son algunos de los más interesantes casos que demuestran algunas de las complicaciones.

Caso I.—(Perforación de la córnea). Paciente, R. M. edad 16 años, muchacho, fué admitido con los síntomas de meningitis cerebro espinal y con las articulaciones hinchadas de las muñecas. Se hizo la punción lumbar y se inyectó el suero. Bajó la temperatura a la normalidad, pero las articulaciones seguían hinchadas y doloridas. Se repitieron las inyecciones de suero en días alternos. Se desarrolló la úlcera corneal del ojo derecho, que más tarde se perforó. Después la hinchazón de las articulaciones fué cediendo, gradualmente. Duespués se presentó un recargo en la fiebre y erupciones en la cara, manos y tronco. Pasados algunos días desapareció y la temperatura bajó a normal.

Caso II.—(Erupción por el Suero). El paciente V. R. muchacho de 15 años, fué admitido con los síntomas de la fiebre cerebro-espinal. Se hizo la punción lumbar y se inyectó el suero. El paciente estuvo inquieto durante la noche, pero al día siguiente la temperatura era normal. Se repitieron las punciones y se aplicaron más inyecciones de suero en días alternos. Entonces apareció una púrpura hemorrágica en la cara y extremidades, y durante una semana estuvo el enfermo delirando y quejándose de dolor de cabeza. Empezó a mejorar después de la primera inyección de suero; el delirio fué menguando, masó el dolor de cabeza, bajó la temperatura a su estado normal, y finalmente quedó completamente curado.

Caso III.—(Dolores articulares). El paciente L. A., muchacha de 16 años de edad, fué admitida con los síntomas usuales de la fiebre cerebro-espinal, marcada rigidez del cuello y delirio. Se hicieron las punciones lumbares y se dieron inyecciones de suero en días alternos. Se quejaba de fuerte dolor de cabeza, estando muy agitada durante aquellos días, pero cinco días después de la última inyección se quejó de dolores en todo el cuerpo y la rodilla derecha la tenía muy hinchada y dolorida: gradualmente fué desapareciendo todo y quedó completamente curada.

Caso IV.—(Tipo crónico). El paciente D., hombre de 30 años, fué visto con los síntomas usuales de la fiebre cerebro-espinal: sin sentido, delirando. Se hizo la punción lumbar, y se aplicaron inyecciones de suero. Se sacó fluido a alta presión y muy turbio, conteniendo gran número de meningococos y polinucleares. Después de cinco inyecciones intrarraquídeas de suero, la fiebre bajó pero el fluido era aún turbio. Su familia no permitió se le dieran más punzadas lumbares porque ya se sentía mejor. Después de una semana le vino fiebre alta que con otros médicos en consulta, fué diagnosticada de malaria y se le puso en tratamiento antimalárico, pero la fiebre no cedió y el signo de Kernig, rigidez del cuello, y la pérdida del conocimiento, reaparecieron. Se empezó de nuevo el tratamiento del suero, y después de diez inyecciones en días alternos el paciente se sintió mejor, bajó la fiebre, desapareció la incontinencia de orina, y el líquido céfalo raquídeo fué completamente claro después de cinco inyecciones más; durante este tiempo se presentó trombosis en la arteria femoral derecha, y llagas en ambas caderas. Fué mejorando día por día pero no podía andar.

Pasados 14 meses, pudo a empezar a andar con muletas, y cinco meses más tarde pudo hacerlo con un bastón. Ahora se encuentra bien quedando residual una anquilosis de la cadera derecha y pérdida de la vista del ojo derecho. Se le

aplicaron en total 19 inyecciones lumbares, y el tratamiento duró 22 meses.

Caso V.—(Tipo apirético). El paciente K., mujer de 30 años, tenía fuerte cefalalgia occipital, rigidez de la nuca fotofobia durante tres días. Más tarde disminución de la agudeza visual. No tenía temperatura. Se sacó líquido a alta presión y turbio conteniendo muchos meningococos. Después de tres punciones lumbares e inyecciones de suero, desapareció el dolor de cabeza y los otros síntomas. No hubo fiebre en toda la enfermedad que duró 14 días.

Diagnóstico.—Resulta sumamente difícil diagnosticar en una enfermedad tan variable; algunas veces, casos que aparentemente parecen perdidos, pues ya han entrado en estado de coma (caso IV), recobran la salud, mientras que otros que aunque parecen estar mejor resultan fatales debidos a repentinos cambios en las condiciones inflamatorias de las meninges y del cerebro, o por la subsiguiente hidrocefalia. En esta serie todos los casos fulminantes murieron y los casos ordinarios y crónicos se pusieron bien mediante punciones lumbares y tratamiento de suero desde un principio. La mortalidad fué muy fuerte en niños y adultos de más de 40 años. Por regla general la mortalidad es mucha en esta enfermedad, pero la adopción general de la sueroterapia no solo intrarraquídea, sino también intramuscular e intervenosa la ha reducido mucho. En los Hospitales municipales, de 55 casos admitidos y diagnosticados como meningitis cerebro-espinal por signos clínicos solamente desde Enero hasta Julio de 1921, murieron 45 casos, lo que demuestra una mortalidad de un 82 por ciento. Más tarde, de 96 casos en los que se practicó la punción lumbar y suero, 52 fallecieron, dando una mortalidad de un 54 por ciento.

La mortalidad es mucho más baja en los casos que empiezan inmediatamente el tratamiento. De 7 casos como estos, solo dos casos fulminantes fallecieron, demostrando una mortalidad de 28 por ciento.

Tratamiento.—El tratamiento adontado era específico y sintomático. Todos los casos fueron tratados con inyecciones intrarraquídeas de suero, previa la punción retirando el fluido.

El suero empleado siempre fué el preparado por el Instituto de Lister. El mejor suero hubiera sido el del mismo meningococo que era la causa de la enfermedad pero debido a las grandes dificultades para obtenerlo, se utilizó el suero polivalente aunque su potencia queda reducida a un cuarto, resultó bastante eficaz. El uso del suero hizo que el líquido cerebro-espinal turbio, se volviese claro; muchos pacientes se curaron la enfermedad, fué más corta y hubieron menos secuelas, como sordos, ciegos y paralíticos.

Conclusión.—Durante esta epidemia han habido pruebas convincentes de que el suero antimeningocócico cuando se aplica por el método subdural en dosis adecuadas e intervalos convenientes, es capaz de reducir el período de la enfermedad, de prevenir en gran escala las lesiones residuales, y aun de devolver enteramente la salud a todos menos un número pequeño de los curados. (*The Lancet*, 11 Septiembre 1926).

L. BARRAQUER FERRÉ.

Sobre el reflejo abdómino cardíaco. J. SELLER y G. LACOSTE, COSTE.

La caída de las vísceras abdominales y en particular del estómago en los individuos ptósicos, al pasar de la posición horizontal a la vertical, determina entre otros signos clínicos la aparición de un síndrome circulatorio designado con el nombre de *reflejo abdominal cardíaco* y que consiste en una taquicardia ortostática y un aumento de las cifras de tensión arterial.

La aparición de un aumento de las pulsaciones con motivo de los cambios de posición es un hecho ya conocido en cierto número de sujetos aparentemente normales pero dotados de un estado de neurotonía constitucional. En realidad el reflejo abdómino-cardíaco nada tiene que ver con estos hechos de observación frecuente sino que se trata de una reacción patológica constante en los enfermos afectos de ptosis viscerales.

Es precisamente en el sentido de confirmar la real signifi-

cación clínica de este síndrome, que los autores dan a conocer su prolija labor de comprobación en un importante número de enfermos.

Los autores llegan de un modo taxativo a la conclusión de que la taquicardia ortostática es un fenómeno patológico constante en relación no solo con la caída de las vísceras, sino en razón directa de la importancia del descenso visceral y en particular con el grado de gastropotosis.

En los casos de eventración en que la esplanoptosis es llevada al máximo, la aceleración cardíaca puede ser de 30 pulsaciones al pasar de la verticalidad.

El aumento de las cifras tensionales, con ser frecuente, no es un fenómeno tan constante, ni tiene una relación de grado tan inmediata con el trastorno ptósico como la taquicardia. Entre 50 enfermos los autores comprobaron un aumento de la tensión en 38 pero con una gran variabilidad por lo que respecta al paralelismo entre la intensidad de las cifras y del trastorno.

Este síndrome es tributario de un doble tratamiento. De una parte la contención oportuna de las vísceras caídas mediante los medios ortopédicos apropiados, de otro lado la modificación del estado de hipersimplicotonia que suele acompañar a estos estados y que es tributario, a juicio de los autores, de un tratamiento por el salicilato de generesina.

En realidad las exigencias terapéuticas del síndrome ocupan un lugar muy secundario al lado de su real significación clínica que puede orientar erróneamente la atención del médico hacia un trastorno circulatorio cuando no es más que un epifenómeno reaccional constante de un trastorno mecánico visceroperitoneal. (*Journal de Medecine de Bordeaux*, 10 Febrero de 1926).

L. TRÍAS DE BES.

Cirugía

Diagnóstico y tratamiento de las rupturas traumáticas del bazo con hemorragia en el peritoneo libre. J. QUENU.

La hemorragia constituye el pronóstico inmediato de las rupturas traumáticas del bazo. La mortalidad en los casos de rupturas traumáticas del bazo es debida, la mayor parte de los casos, a la falta o retardo de diagnóstico. Lo esencial es hacer un diagnóstico de contusión abdominal o mejor de localización que dé tiempo a la intervención que será en estos casos fácil, rápida y benigna.

Dicho diagnóstico debe basarse en tres factores:

I. *Circunstancias del accidente.*—VASSAL afirma que para pensar en una ruptura esplénica es preciso fijarse en la naturaleza del cuerpo vulnerante, en la manera como se ha dado el golpe y a la región primitivamente afecta. El bazo puede romperse en toda edad y en todo sexo. Mas es preciso saber que generalmente la ruptura del bazo es función de una violencia ejercida sobre el hipocondrio izquierdo ya sea dirigido lateralmente sobre la cara externa de la base del tórax, ya de delante a atrás sobre la pared abdominal anterior. Mas ni el lugar de aplicación ni la violencia del trauma son condiciones indispensables para realizar esta lesión. De hecho, se han observado rupturas del bazo, consecutivas a traumatismos que ni han recaído en el hipocondrio izquierdo ni tan sólo en el abdomen (casos de COVILLE, de LATOUCHE, de ROGERS). De otra parte el bazo puede romperse por traumatismos insignificantes (caso de MORY) y mínimos, lo que ha justificado el título de *rupturas espontáneas* no aceptadas por JUGRAM.

Otra condición a estudiar es el estado del bazo en cuestión. Los *bazos palúdicos*, por efecto de su hipertrofia y fragilidad y de sus adherencias que no les permiten escapar al traumatismo, se rompen con una gran facilidad, como sucede en otras infecciones agudas y crónicas (tifoidea, pneumonia, tuberculosis, sífilis, leucemia) que ponen el bazo en idénticas condiciones.

II. *Síntomas.*—a) *Estado de choque*, consignado en gran número de observaciones caracterizado por aleidez y subconciencia, pulso pequeño y frecuente, respiración superficial, extremidades frías: se ha empleado como sinónimo de estado hipotímico. Dada la teoría patogénica moderna del choque no cree el A. correcta esta denominación para designar el estado de

los heridos que acaban de sufrir una contusión en el abdomen, más bien lo considera debido a fenómenos de inhibición nerviosa debidos a la afección del simpático abdominal. Estos fenómenos iniciales no se pueden considerar como absolutamente insignificantes, mas ni su ausencia ni su intensidad

permiten prejuzgar la gravedad del accidente. b) El *sincope inicial* que sigue inmediatamente al accidente es un fenómeno del mismo orden y no tiene mucha importancia. Mas tiene una importancia de primer orden el *sincope tardío*, que surge al cabo de algunos minutos, de algunas horas o de varios días; es seguramente el *signo de alarma de una hemorragia tardía*, constituye a juicio del A. una indicación operatoria formal.

c) El dolor espontáneo, negada su importancia por algunos autores, cuando existe y persiste, cuando aparece y reaparece es un factor de los más constantes. Frecuentemente el enfermo se queja del hipocondrio izquierdo, del flanco a veces y del ángulo costo-vertebral, pero algunas veces el dolor es difuso y no aporta muchas ventajas para el diagnóstico. Localizaciones anormales de este dolor son la causa de errores de diagnóstico frecuentes. Algunas veces presenta caracteres muy curiosos: se exagera en decúbito dorsal, otras tiene localizaciones ligeras de gran interés como es en el hombro izquierdo.

d) *El dolor provocado a la palpación* es un signo de interés que corre parejas con la contractura de las paredes abdominales. A veces generalizado, tiene un gran valor de localización cuando asienta solo en el hipocondrio izquierdo. e) *La contractura de la pared abdominal* es uno de los signos más importantes. HARTMANN afirma que cuando está generalizada en todo el abdomen indica la existencia de una lesión intraperitoneal, suficiente en ausencia de otros síntomas para indicar la necesidad de una inmediata operación, mas no es suficiente para establecer el diagnóstico del órgano herido. En efecto, la contractura generalizada está lejos de ser un signo constante en las contusiones del abdomen con lesión visceral, particularmente en las rupturas traumáticas del bazo. Puede decirse que no existe más que en la mitad de los casos. Hay casos en que la contractura estando generalizada presenta grados de mayor intensidad en ciertas regiones. En otros está francamente localizada, ya en la mitad izquierda del abdomen, ya en el hipocondrio del mismo lado, siendo en este caso el elemento de diagnóstico más precioso que tenemos. f) *La macidez debida al derramamiento sanguíneo* que puede presentar muchas formas: puede localizarse en el hipocondrio izquierdo y puede extenderse al vacío y a la fosa ilíaca del mismo lado. Clásicamente tiene tendencia a escurrirse hacia el vacío y fosa ilíaca derecha guiado por el mesocolon y el mesenterio. PITT y BALLANCE dan como signo patognomónico la macidez persistente del hipocondrio del lado correspondiente al decúbito del enfermo. Es un signo importante, pero inconstante y difícil de encontrar a causa del meteorismo. g) *El pulso*, afirma FIOLE, debe tomarse cada dos horas y si se nota una aceleración progresiva, una disminución de la presión al Pachon, es preciso operar sin tardanza, mas por lo que se ha visto en multitud de observaciones puede también decirse que la ausencia de aceleración no debe ser una razón de abstención. Para el autor tiene el pulso más valor pronóstico que diagnóstico. h) *La temperatura* alrededor de 38° observada algunas horas después del accidente no debe hacer retroceder el diagnóstico de ruptura del bazo, puesto que es esto un síntoma del mismo. i) *El vómito* es un signo inconstante; más que nada es un signo de reacción peritoneal. j) *La retención de orina*, con frecuencia observada, es un signo del mismo orden. Es bueno sondar al enfermo para asegurarse de que su orina no contiene sangre.

III. *Modo de aparición, de agrupamiento y de evolución de estos síntomas.*—Las formas clínicas corresponden a las diferentes modalidades de hemorragia del bazo lesionado.

1.ª forma: *Hemorragia inmediata profusa.*—En la mayor parte de estos casos el herido muere en las horas siguientes al traumatismo y frecuentemente en la mesa de operaciones.

2.ª forma: *Hemorragia inmediata abundante.*—Es el tipo medio, clásico, en el que la hemorragia sin ser rápidamente mortal, da síntomas lo bastante evidentes para que la operación se imponga sin tardanza.

3.ª forma: *Hemorragia abundante retardada.*—En estos ca-

Los datos biológicos cuya determinación precede a toda intervención, es sin duda la *azotemia* el de más valor para el cirujano. La tasa de urea en la sangre está en proporción directa con el estado hepato-renal. Ha sido, no obstante, esta opinión tan exagerada, que muchos cirujanos se niegan a operar en tanto que el grado de azotemia está más o menos elevado (0.70-0.80), u operan con toda seguridad cuando la azotemia es normal (0.45-0.50). La determinación de la azotemia es deficiente para dar una idea exacta de la fragilidad hepato-renal.

Hay casos en que la azotemia ha sido elevada y los resultados operatorios completamente normales. En la estadística de ARNAUD sobre 150 dosajes de urea sanguínea pre-operatoria, de los cuales 79 confirmaban una hiper-azotemia que no

constituyó contraindicación operatoria, un solo caso de muerte se confirmó por insuficiencia renal (?) tratándose, además, de una grave operación. En su clínica los A. A. se han visto obligados a operar con una azotemia de 0.60-0.70, sin complicación operatoria.

En otros casos, al contrario, con un grado de azotemia pre-operatoria normal, presentan los enfermos, después de la intervención fenómenos de grave insuficiencia renal. Dos observaciones, una de ella seguida de muerte, lo comprueban perfectamente.

La azotemia no tiene, pues, en cirugía pre-operatoria más que un valor secundario. En todo caso debe hacerse su determinación completa mediante otra prueba. La *constante ureo-secretora* de AMBARD ha sido frecuentemente empleada. JACOBOWICZ y TEPORU han observado cierto número de casos, en los que la azotemia era normal y la constante de AMBARD elevada, que han presentado después de la operación fenómenos graves de insuficiencia renal. Este procedimiento comprobatorio ha sido en estos últimos años vivamente atacado.

Para completar el valor mínimo de la azotemia los autores preconizan la prueba de la *fenolsulfonaftaleína*, preferible a la del azul de metileno por su mayor simplicidad y superior apreciación de la función renal.

De todo esto se puede deducir que la azotemia pre-operatoria tiene un valor pronóstico mínimo, no faltado de interés más que cuando está su valor por debajo del normal.

Donde tiene un gran valor la retención uréica es después de la intervención. Es bien sabido que la azotemia alcanza el *máximum* a los 3 o 4 días y desciende luego en *lisis* para normalizarse a los 8 o 10 días después de la intervención. Esta hiperazotemia, cuando va acompañada de signos clínicos, es evidente que constituye un factor de agravación.

La explicación del fenómeno está todavía por resolver. Para contribuir a esclarecer la patogenia de la cuestión ofrecen los autores los siguientes datos tomados de 25 enfermos.

Para algunos la anestesia es uno de los factores esenciales en la retención azoada. ABADIE ha hecho un estudio comparativo sobre el efecto de ciertos anestésicos. Así, después de la raquianestesia con etovaina el aumento de urea es mayor que el obtenido con la novocaína o la seurocaína.

Para demostrar la eventualidad de la interpretación anestésica proceden los autores como sigue:

Han anestesiado ocho enfermos con diferentes anestésicos sin que sean operados inmediatamente; los han mantenido en idénticas condiciones (reposo, régimen, etc.), que los operados y los resultados han sido los mismos. Algunos de ellos han sido intervenidos y sólo entonces han presentado una hiper-azotemia post-operatoria manifiesta.

ARNAUD en su *Tesis* de Montpellier, 1924, manifiesta: Primero, que la hiperazotemia es análoga después de todo acto operatorio cualquiera que sea el anestésico empleado, y segundo, que la hiperazotemia se encuentra al igual en los traumáticos que no han sufrido ninguna clase de anestesia, que en los intervenidos.

Todos estos hechos demuestran la exageración y la poca importancia patogénica del papel anestésico.

La oliguria, frecuente después de las intervenciones, ha sido también invocada para la explicación de los fenómenos hiperazotémicos. Mas se ha observado que la curva azotémica sube, mientras el volumen de orina disminuye y la concentración de urea urinaria aumenta. El riñón se esfuerza en eliminar en un volumen inferior de orina una cantidad de urea igual o mayor a la eliminada pre-operatoriamente; tiende, pues, hacia la concentración máxima, puesto que su capacidad funcional ureo-secretante no ha sido alterada por la operación.

Estos hechos hacen creer en la inintervención de la oliguria en la producción de la azotemia post-operatoria.

ARNAUD piensa que la causa de la azotemia está en la desintegración histológica debida a la operación. Se produce según ARNEUILLE una ureo-génesis histológica con reabsorción de toxinas, células y tejidos afectados por el acto operatorio. WITTER, estudia sobre 30 casos las variaciones leucocitarias post-operatorias y demuestra que se produce una leucocitosis que alcanza su *máximum* a las 4 horas y se normaliza a los

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

J. SALARICH.

Determinación de la azotemia en cirugía. H. CLAINICIANU y J. FLORIÁN.

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

ab-
ción
stos
tuta-
idad
cope
meno
tiene
urge
las;
dia,
mal.
au-
e es
ermo
del
fuso
acio-
diag-
muy
liza-
do.
terés
mina-
ción
con-
im-
a en
rape-
dicar
iente
ecto.
tante
ular-
cirse
casos
ados
n, ya
ele-
cidez
nchas
uede
Clá-
fosa
PRTT
ersis-
del
liffil
Fio-
ación
pre-
multi-
encia
ra el
stico.
horas
stico
ismo.
signo
encia
ar al
ngre.
ción
a las
o.
mayor
ientes
iones.
tipo
mente
ración
s ca-

5 días de la intervención. Esta leucocitosis está en relación con la duración e intensidad del traumatismo. Este hecho de la leucocitosis post-operatoria y de la subsiguiente desintegración leucocitaria puede, tal vez, determinar la hiper-azotemia.

Crean los autores, después de sus observaciones, que es un fenómeno de muy compleja patogenia, ligado a cierto número de factores siendo el más importante la *uro-génesis histolítica*. El acto operatorio produce en el organismo no solamente reabsorciones histológicas, sino también reflejos organo-vegetativos y trastornos del metabolismo general.

En resumen, bajo el punto de vista patogénico, la anestesia, la oliguria, el factor ureo-secretante no intervienen casi en la producción de la hiperazotemia post-operatoria. Es debida a reabsorciones de toxinas, células y tejidos, que es lo que constituye la *uro-génesis histolítica*. (*La Presse Médicale*. 10 de noviembre de 1926).

J. SALARICH.

Estudio sobre la anastomosis intestinal aséptica. Técnica simplificada de anastomosis término-terminal con liberación del "bolsa liberado". W. C. BURKET.

La técnica en extremo simplificada de la operación es como sigue: Los vasos mesentéricos que irrigan la parte de intestino que se debe reseca y anastomosar, se ligan cerca de la pared intestinal. Cortado el mesenterio entre estas ligaduras se libera el intestino de su meso a una distancia de 6 milímetros a cada extremo del campo mesentérico donde se han ligado los vasos. Se incide el intestino con termocauterio entre dos dobles ligaduras. La distancia de la línea de cauterización al punto de circulación normal debe ser de 4 centímetros. Se invagina el muñón con ayuda de una pinza que hace presa de su ligadura, manteniendo la pared intestinal entre el pulgar y el índice a través de una compresa. Cada muñón se mantiene invaginado merced a una ligadura al borde de la parte de intestino liberado de su meso, que se anuda en el momento en que se retira la pinza que ha servido para la invaginación. Los muñones invaginados forman de este modo, dos masas carnosas, perceptibles a través de la pared intestinal que obturan la luz del intestino. Se procede a la unión de los fondos de saco intestinales mediante suturas en colchón practicadas con seda negra fina. Estas suturas no se anudan inmediatamente; sus hilos son sujetados con pinzas divididas en dos grupos correspondiendo cada una a una semi-circunferencia del intestino. Colocadas estas, los dos extremos del intestino, son aproximados entre sí. La parte sana del intestino junta a las ligaduras que mantienen el muñón invaginado se mantiene protegida mediante compresas húmedas. El rodete intestinal que sobresale a la ligadura del muñón se abre circularmente bajo termo-cauterio. Esto permite soltar al muñón quedando en forma de "bolsa liberado". Inmediatamente, esto, se anudan las suturas en colchón y entonces sujetando el operador el intestino por la línea de anastomosis, desliza por la otra parte la pared intestinal hacia la misma y hace a través de dicha pared presa y tracción del "bolsa liberado" que hace desplazar varios centímetros y rehacer con ello la luz intestinal. Repitiendo esta maniobra al otro lado, se sutura el mesenterio si la operación ha recaído en el intestino delgado. Inútil es hacerlo, si en el intestino grueso. Se reintegra el intestino a la cavidad abdominal. Se aplica el epiplón alrededor de la anastomosis para separarlo de las otras asas intestinales.

Este método ha sido practicado asépticamente en el intestino delgado y grueso de una serie de perros anestesiados con eter. La operación ha recaído igualmente sobre el ciego y el apéndice siendo resecados; se han practicado anastomosis término-terminales entre el intestino delgado y el grueso.

Cada uno de los perros en experiencia ha sufrido ocho anastomosis intestinales, no presentando ninguno de ellos síntomas de obstrucción post-operatoria. (*Lyon Chirurgial*. Julio-Agosto 1926).

J. SALARICH

Dos casos de ulcus pilórico en la infancia. N. PAUS.

La aparición del ulcus pilórico en la edad infantil es en extremo rara y su diagnóstico muy difícil. Menciona el autor dos observaciones, sacadas de 160 operaciones; una de ellas en un niño de 9 años que a partir de la edad de 3 presentaba síntomas de úlcera gástrica, en el que practicó una resección pilórica con perfectos resultados. Se le apreció una gran úlcera perforada en el páncreas con infiltración parecida a la de un tumor. El otro caso, un niño de 14 años al que practicó una gastro-enterostomía. La anatomía patológica de su lesión era muy semejante a la del caso anterior. Como aquel curó perfectamente. (*Acta chirurgica Scandinavica*. 19 Octubre 1926).

Urología

Gonorrea en la mujer. Un nuevo método de tratamiento. ADOLPH JACOBY (Nueva York).

Este comunicado incluye una discusión de los factores esenciales en el diagnóstico de la gonorrea, un examen de los medios de laboratorio en el diagnóstico, un resumen del criterio de curación y, además, la descripción de una nueva técnica de tratamiento y los resultados obtenidos con ello usando de nuestros antisépticos más nuevos y más poderosos: el mercuriocromo y la acriflavina. También incluye un análisis de los casos tratados por este medio comparado con los casos tratados con nuestros métodos antiguos, o anteriores.

La gonorrea en la mujer se ha calculado ordinariamente, por ejemplo, de 12 a 20 por 100 entre la clientela privada, y 60 a 75 por 100 entre las prostitutas. Sin embargo sorprende un pequeño número de casos se diagnostican y tratan en la mayoría de las clínicas ginecológicas. La razón de esto no se comprende a primera vista, pero al examinarlo más detenidamente se reduce a nuestra poca voluntad en dejarnos guiar por síntomas y signos que parecen triviales al diagnosticar esta enfermedad, a nuestra confianza implícita en el examen del laboratorio y a que exigimos hallazgos positivos antes de tomar en consideración el estado gonorréico. Haciendo un esfuerzo para corregir esta actitud examinaremos brevemente las ayudas del diagnóstico en el descubrimiento de la gonorrea y su relativa importancia.

Diagnóstico.—Los casos agudos de gonorrea no presentan usualmente ninguna dificultad y no necesitan discusión. Los casos subagudos y crónicos son los que con frecuencia pasan desapercibidos. Como consideración o punto importante en estos casos, debe hacerse resaltar el valor de una historia cuidada.

Un examen detenido de la vida social de la paciente, una historia de contacto sexual de quien se sospecha una infección, un breve y olvidado período de disuria o quemazón, o frecuencia de orina, una descarga (exudado, flujo) que en un tiempo puede haber sido profusa pero que desde entonces ha disminuído, todo ello debe pesar en la interpretación de nuestros hallazgos. Un examen físico puede revelar una uretra normal o engrosada de la cual mediante masaje pueda expresarse una pequeña cantidad de pus del meato externo. Al practicar este examen debe observarse gran cuidado al exprimir la uretra desde el cuello vesical hasta el final mismo del canal.

Esto es necesario, porque muy a menudo puede no haber descarga (flujo) en el canal y estar presente únicamente en las glándulas de Skene, situadas dentro del orificio externo en el suelo de la uretra. Pueden haber pruebas de inflamación de las glándulas de Bartolino, o un engrosamiento o reblandecimiento, y formación de absceso de la glándula. Alrededor del orificio del conducto puede verse la aréola roja indicando la presencia de este tipo de infección. El cuello uterino puede señalar la presencia de flujo purulento en más o menos mucopurulento, verde o amarillo, usualmente con erosión del cuello alrededor del orificio externo. A este respecto puede decirse que la presencia de una descarga purulenta o mucopurulenta en

un cuello plurípalo es siempre fuertemente sugestivo de gonorrea. Las trompas y tejidos parametrales pueden presentar evidencias de engrosamiento inflamatorio. Probablemente no todos los anteriores hallazgos citados están presentes en un caso y únicamente correlacionándolo todo se puede enjuiciar del paciente y calculando cuidadosamente su importancia a la luz de nuestra experiencia clínica, puede hacerse un diagnóstico correcto.

La ayuda que presta el laboratorio al hacer un diagnóstico, es, contrariamente a la opinión generalmente aceptada, únicamente secundaria a los aspectos clínicos del caso. El examen de la secreción en el caso agudo es usualmente positivo. Esto no es en modo alguno cierto en cuanto a las infecciones crónicas y subagudas. El examen inicial del flujo por los procedimientos bacteriológicos corrientes, en los casos que pueden diagnosticarse clínicamente de gonorrea, señala la presencia de gonococos, únicamente en 12 a 20 % de los pacientes. Esta es una proporción tan pequeña que resulta absurda. Debe recordarse que en la mujer el organismo microbiano que produce la gonorrea, desaparece rápidamente de la secreción superficial, penetra en la capa epitelial y se le halla en las capas subepiteliales y en las profundidades de las glándulas. Razones además de las acabadas de mencionar, que una mayor proporción de flujos no son positivos, son debidas a varios factores. Suponiendo que los flujos se frotan cuidadosamente en los cristales, no se dedica generalmente suficiente tiempo a buscarlos concienzudamente, o se titubea en considerar como gonococos organismos sospechosos a menos que sean absolutamente típicos e intracelulares y gramnegativos.

Si tenemos en cuenta la rápida desaparición de los gonococos de las secreciones superficiales, es correcto decir, que un flujo que presenta una gran proporción de células de pus, es muy indicador de una infección de gonococos. Tal cristal ha de tomarse como corroborador de la evidencia clínica. Exámenes repetidos de flujos pueden revelarlos positivos y en una serie de casos se halló que un promedio de cinco flujos, tomados del mismo caso, elevaban la proporción de los casos positivos en los diagnosticados clínicamente como gonorrea a un 90 %. Este procedimiento es aconsejable en todos los casos de laboratorio o clínicos dudosos. Los flujos tomados poco antes o poco después de la menstruación son más probables que resulten positivos.

Las medidas provocativas, tales como la inyección local de soluciones fuertes de nitrato de plata, o la inyección hipodérmica de vacuna gonocócica o proteína no específica, no han sido de gran valor para aumentar el porcentaje de los jugos positivos. La inyección local de una fuerte solución de nitrato de plata aumenta la descarga purulenta que, en algunos casos, lleva consigo gonococos. La inyección hipodérmica de vacuna raramente produce reacción marcada, local en el sitio de la inyección o aumento de descarga purulenta o reacción constitucional; la inyección intradérmica de proteína no específica, tal como la preparación de leche, no produce ninguna reacción local alrededor del sitio de la inyección excepto un muy ligero enrojecimiento que desaparece al día siguiente. No hay reacción general ni aumento de descarga purulenta y la consiguiente presencia de gonococos. La aplicación intracervical de galvanismo negativo aumenta la descarga purulenta y ocasionalmente el número de los gonococos presentes.

El examen en cultivo de la descarga purulenta, sería método ideal para descubrir los gonococos, si no fuera por las dificultades con que se tropieza. El gonococo exige medios especiales para su desarrollo, y rápidamente crecen con exceso los otros organismos que están usualmente presentes, desapareciendo el gonococo. Aun cuando se le aísla en cultivo puro, el examen de jugo no presenta nada más que displococos gram-negativos que los bacteriólogos no quieren denominar gonococos a causa de la ausencia de su posición intracelular típica en la célula de pus, de modo que más de un cultivo se hace necesario. Esto hace el procedimiento demasiado complicado para fines prácticos en el caso corriente.

Las pruebas de fijación de complemento en la gonorrea han resultado ser muy poco satisfactorias. Con una técnica satisfactoria los casos crónicos de gonorrea, en los que se es-

peraría una fijación de complemento positiva, usualmente presentan alrededor de 2 a 5 % de resultados positivos. Este bajo porcentaje se explica usualmente por la afirmación de que el antígeno, que generalmente es gonococos muertos, es erróneo o culpable, o que la enfermedad misma no produce anticuerpos. Esto último, no puede ser en todos los casos, o de lo contrario todos serían negativos. Sea la que sea la razón, nuestra experiencia clínica nos enseña, que la prueba de fijación de complemento cuando es negativa no es de confianza y no se le debe dar indebido peso o importancia.

De la precedente breve descripción de los métodos de laboratorio de que disponemos, resulta evidente que no se debe confiar en los hallazgos bacteriológicos o serológicos demasiado dogmáticamente. Cuando éstos son positivos, puede tomarse como concluyentes, pero cuando son negativos, cual es el caso en la mayoría de los pacientes, merecen poca consideración y el diagnóstico debe hacerse principalmente sobre el examen físico, síntomas e historia.

Tratamiento.—El tratamiento de la gonorrea en la mujer, ha sido, desde que se reconoció esta enfermedad, problema sumamente difícil. Un gran número de métodos muy diferentes de tratamiento se han preconizado, con éxito variado. Entre algunos de los más recientes, pueden mencionarse la aplicación de diatermia con electrodos en el recto y vagina, la succión por medio de ventosas aplicadas al cuello, ionización de sales de plata por medio de acción eléctrica, sondas de metal flexibles calentadas a 55° cent. introducidas en la uretra y cuello uterino; introducción de supositorios, terapia de vacuna, seroterapia, autoseroterapia, terapia de proteína, la inyección intraglátea de preparaciones de leche, inyecciones de trementina, además de los antiguos métodos de aplicación de sales de plata, argirol, protargol, iodo y otros medicamentos tales como duchas vaginales, aplicaciones tópicas. Además de éstos, hay el más violento curetaje y aplicación de cáusticos al canal cervical y la enucleación de la mucosa cervical, capa submucosa y muscular y recubrir (revestir) el canal con la mucosa vaginal invertida. La existencia misma de tantas diferentes formas de tratamiento indica que ninguna de ellas es completamente satisfactoria y que todavía andamos buscando un método eficaz para el tratamiento de esta enfermedad. Que esto sea así puede explicarse por el hecho de que el gonococo se embute en las profundidades de las tortuosas glándulas cervicales, penetra en las capas epiteliales y queda en la capa submucosa de tejido. En esta localización es prácticamente imposible alcanzarlo con los métodos usuales de tratamiento.

La infección de la uretra en la mujer rara vez ofrece dificultades. Puede decirse que es casi autocurativa. Cualquier método de tratamiento usado aclarará (limpiará) el envoltimiento o invasión uretral, con tal de que las glándulas de Skene no se hayan infectado. La infección cervical es responsable de la introducción de numerosos métodos en uso para desalojar la infección en ese sitio. El método de tratamiento que se describe, se usa en la infección subaguda y crónica. Las infecciones agudas, cualesquiera que sea su localización, no reciben tratamiento local. Reposo en la cama, muchos líquidos, libre evacuación de los intestinos, tintura de hiosciamina y aceite de sándalo como diurético sedativo y antiséptico son las únicas medidas empleadas hasta que el proceso agudo baja y el estado se torna subagudo. Esto ocurre a los 5 a 7 días. Rara vez se ven tales infecciones agudas. La mayoría de casos que requieren tratamiento se presentan en la etapa crónica o subaguda.

En 15 de Noviembre de 1919, YOUNG, WHITE y SWARTZ publicaron primero su estudio clínico y de laboratorio, de la introducción del mercurio-cromo en el tratamiento de la infección génito-urinaria en el hombre. El mercurio-cromo soluble a 220 % es la sal disódica de dibrom-oxi-mercurio-fluoresceína, conteniendo 23-24 % de mercurio en combinación orgánica con la sal. Es soluble en agua, muy poderoso germicida, relativamente no-tóxico, no pierde sus propiedades antisépticas en la orina, no precipita la proteína, y lo que es más importante, penetra profundamente en los tejidos y es prácticamente, no-irritante. Su intenso poder tintóreo es su única desventaja. SWARTZ y DAVIS han señalado que destruye al gonococo en

solución al 1-4000 en 5 minutos y en solución al 1-16000 en 20 minutos. O'CONNOR, experimentando con las drogas de uso más común en el lavaje de la pelvis renal ha indicado que el mercurio-cromo es la droga menos irritante y más penetrante, usada. Halló que la sal permanecía en la submucosa y muscularis, de cinco a siete días, mientras que no se le hallaba en los tubos parenquimatosos pasadas 48 horas. A causa de sus cualidades penetrantes y antisépticas la droga sobresale más que cualquiera otra usada, hasta ahora.

Aquí pues, había una droga eminentemente apropiada para el tratamiento de la infección crónica del cérvix uterino. Si pudiera idearse alguna forma, para que la droga permaneciese en contacto con la mucosa, suficiente tiempo para que penetrase, se alcanzarían y destruirían los organismos microbianos más profundos. La mejor forma de satisfacer esta necesidad se consigue embutiendo tiras de gasa saturadas con una solución al 1 por 100 de mercurio-cromo en el canal cervical y alrededor del cuello en los fornix (fondos de saco) de la vagina y dejándolos en posición dos días. Estas se sacaron entonces, se limpió la descarga purulenta y se repitió el taponamiento. Casi inmediatamente se notó en la mayoría de los casos, una mejoría del estado local. No obstante, hubo un número de casos en los cuales no fué tan favorable el progreso, especialmente los que tenían una profusa descarga purulenta cervical. El taponamiento se sale del conducto cervical a causa de la descarga purulenta profusa, la droga se diluye, y no tiene lugar la absorción, o si ocurre, no lo es en suficiente concentración para que sea eficaz. Si prevalecían estos estados, lo que había que hacer era la introducción de la droga directamente en la localización más necesaria y así vencer eficazmente estas dificultades. Por tanto, se decidió introducir el mercurio-cromo en los tejidos subepiteliales, infiltrando la mucosa, usando para este fin una jeringa hipodérmica y una aguja larga. Los resultados de este procedimiento fueron sorprendentes; una descarga purulenta profusa, en un tratamiento solo, presentó considerable disminución; al siguiente tratamiento y en algunos casos, desapareció enteramente.

Técnica especial con el mercurio-cromo.—La técnica del tratamiento usado ahora en las infecciones subagudas y crónicas gonorréicas es como sigue: Con el paciente en posición dorsosacra, se expone el cuello por un espéculo bivalvo, limpiándose cuidadosamente toda la descarga purulenta del canal cervical y de la vagina. Con unas pinzas tenaculum, se afirma y coge el labio anterior del cuello. Con una jeringa hipodérmica con una solución al 1 por 100 de mercurio-cromo y provista de una aguja calibre 18, 2 pulgadas de larga se infiltra la solución en el tejido submucoso cervical. Para hacer esto perfectamente varias punturas son necesarias alrededor del orificio externo, inyectándose unas cuantas gotas en cada puntura. Después de esto una tira de gasa saturada con una solución al 1 por 100 de mercurio-cromo se empaqueta en el canal cervical y después alrededor del cuello en los fornix vaginales y en la vagina. A veces es más fácil taponar el cuello usando una sonda uterina, que unas pinzas. Se deja este taponamiento *in situ*, dos días y se quita a la siguiente visita del paciente. Tras limpiar toda la descarga purulenta acumulada, se introduce el taponamiento de nuevo de la misma manera que se ha descrito más arriba. La infiltración hipodérmica, es necesaria únicamente una vez por semana o una vez cada dos semanas, dependiente de lo profuso de la descarga purulenta. El taponamiento no debe dejarse *in situ* más de dos días, pues se pone sucio y maloliente, ni tampoco se consigue ventaja alguna en someter al paciente a la molestia, gastos e irritación de los taponamientos diarios. El dolor que acompaña a este procedimiento, es muy ligero y varía según el sujeto. No se ha producido ninguna irritación, por la infiltración y no ha habido caso de escarificación o necrosis consecutiva al tratamiento. Parece innecesario decir, que no se produce infección, pues la droga es un antiséptico demasiado poderoso para que pueda ocurrir. De esta manera logramos mantener la droga en contacto constante con la mucosa, favoreciendo su absorción y colocándola donde pueda actuar directamente sobre los organismos, así como también dejándola que se difunda más profundamente en los tejidos, podemos

producir una pronta destrucción de la bacteria. El paciente no ha de tomar ninguna irrigación ni tampoco sacarse ella misma el taponamiento. Esta es una parte importante del tratamiento. La invasión uretral se trata por inyección, por medio de una pequeña jeringa de mano, de una onza de una solución al 1 por 100 de mercurio-cromo por la uretra en la vejiga. Se retiene esta solución hasta la próxima vez que el paciente evacue. Esto sirve también, para curar la ligera trigonitis asociada usualmente, con la uretritis en la mujer. Para las infecciones de las glándulas de Skene, se emplea una inyección en la glándula de 1 por 100 de mercurio-cromo o 20 por 100 de nitrato de plata, cauterizando la glándula. Para las infecciones de las glándulas de Bartolino, se usa el mismo tratamiento. Cuando ocurre una formación de absceso, el tratamiento se convierte en quirúrgico. En ocasiones, se presenta un caso que resiste al tratamiento aunque se le siga fielmente al pie de la letra por el paciente y el doctor. En estos individuos se hallará generalmente que las trompas están invadidas, y están actuando como fuente o foco de reinfección. Aunque es verdad que la mayoría de las trompas infectadas, se tornan estériles rápidamente, parece sin embargo haber algunos casos en los que no ocurre esto. Estos casos no se curarán hasta que se hayan esterilizado las trompas. Los resultados obtenidos con este método de tratamiento, sobrepasan a los obtenidos hasta ahora con las otras formas de tratamiento usadas hasta el presente.

Criterio de curación.—Para que pueda haber un tipo adecuado de comparación, bueno es poner en claro, cuando puede considerarse curado un caso. En primer lugar, ya que ponemos principalmente confianza en los síntomas y signos debe haber ausencia de todos estos síntomas y haber cesado toda la descarga purulenta. Segundo, seis exámenes sucesivos de secreción, deben ser todos negativos, tomados antes y otros después del período menstrual. Se toman estos flujos por días alternos y se disponen, de modo que sea posible tomarlos antes y después de la menstruación. El examen de flujos provocados, si se usa, ha de ser negativo. La prueba de fijación de complemento de la sangre, aunque no es mucho valor, debe ser negativo. Después, un período de reposo de cuatro semanas, durante el cual no se hace ningún tratamiento. Al hacer nuevo examen deben satisfacerse todos los citados requisitos. Cuando se han observado con éxito todas estas condiciones, podemos seguramente dictaminar el caso curado de la enfermedad.

Análisis de casos.—En esta parte del trabajo detalla los métodos antiguos y los más modernos, con los preparados de acridina y de mercurio-cromo, los compara y se manifiesta exclusivamente partidario actualmente del tratamiento con el mercurio-cromo, siguiendo su técnica descrita en la mujer y hace el sumario del trabajo de la manera siguiente:

Se deduce por consiguiente que, aunque la mayoría de las infecciones ocurren en las prostitutas, en grande proporción de los casos son infecciones conyugales; que la mayoría de las infecciones son cervicales y uretrales combinadas, a continuación en frecuencia vienen las cervicales solo y las menos frecuentes son las infecciones uretrales; que la mayoría de los casos se ven en las etapas subagudas y crónicas; que se requiere una investigación muy cuidadosa para hallar los gonococos en los flujos examinados y aun en las condiciones más favorables solamente un 50 por 100 eran positivos en el examen inicial; que debe depositarse la principal confianza del diagnóstico en una correlación de los síntomas y su historia y los signos físicos; que en el mercurio-cromo poseemos una droga eminentemente adecuada para el tratamiento de la gonorrea en las mujeres; que el método de aplicación del mercurio-cromo por medio de los taponamientos cervicales y vaginales es el mejor de los hasta ahora ideados para su uso; que con la adición de la infiltración submucosa, del cuello y cavidad cervical, tenemos la técnica más fácil y práctica y la que hasta el presente ha dado las más rápidas, brillantes y permanentes curas. La acriflavina, si bien es verdad que destruye el gonococo, es grandemente irritante para el paciente y menos eficaz que el mercurio-cromo. (*Long Island Medical Journal*, Septiembre 1926.)

OTERO