

el de las heridas del corazón, es desarrollado por el autor en toda su amplitud, con una casuística muy nutrida y con observaciones clínicas y terapéuticas por demás interesantes y de trascendencia ulterior.

En los últimos capítulos del libro se ocupa de las heridas vasculares, esofágicas, mediastínicas y de los traumatismos complicados: tóraco-abdominales, tóraco-medulares y tóraco-medulares-abdominales.

Las observaciones personales del autor y sus estudios sobre esta materia, le permiten intercalar numerosas historias clínicas expuestas con gran discreción científica, las que aumentan el interés y hacen más demostrativos los diversos puntos tratados.

La bibliografía es muy extensa y reúne cuanto de interesante se ha publicado en los diversos países, escogido con un criterio sincero y exclusivamente científico.

Las radiografías y fotografías que contiene la obra del profesor Rossi nos proporcionan una información gráfica de los casos más interesantes.

Esta obra, cuya segunda edición nos ocupa, fué honrada en 1922 con el premio franco-italiano de la Sociedad de Cirujanos de Paris.

El mejor elogio que podemos hacer de su editor Licinio Capelli es decir que llevó su arte a la altura de la obra.

J. SALARICH.

REVISTA DE REVISTAS

Biología

El problema del Cáncer. W. E. GYE.

Empieza el A. recordando unas palabras expuestas en su primer trabajo sobre cáncer en 1904, creyendo que siendo las neoplasias malignas un grupo natural relacionado por atributos comunes, debe buscarse la explicación de estos caracteres en una causa común, y siendo corolario natural la explicación de especificidad de las variaciones individuales.

Los primeros experimentos sobre el cáncer remontan a 1775 cuando PEYRICHE ensayó transferir un cáncer de mama humano a un perro, experimento que resultó un fracaso. Repasa el A. todos los fracasos que demuestran la imposibilidad de transferir los tumores humanos a los animales inferiores. Las experiencias de DUPUYTREN, LANGENBECK, LEBEN, ROUX, etc. En 1889 HANAU describió la primera transplantación con éxito, de un carcinoma de rata, PFEIFFER 1890 transplantó entre ratones un carcinoma melánico con gran éxito. El A. hace historia de los experimentos similares de Von EILSBERG, MORAU, FIRKET, etcétera.

La verdadera orientación sobre biología del cáncer se inicia con BORREL (1902) y LOEB, que demuestran claramente que puede transmitirse indefinidamente un tumor maligno en la especie de que procede el tumor. Luego JENSEN quiso comprobar la resistencia de la célula del cáncer a los diferentes agentes y afirmó a la vez no hallar microorganismos en los tumores.

Bien pronto en 1903 se demostró que las neoplasias se encuentran en todos los animales, y así en aquella fecha un informe del Imperial Cáncer Research Found publicó un resumen de los animales en que se habían estudiado neoplasias, vaca, perro, ratón, gallina, loro bacalao, etc. etc. El cáncer no es una enfermedad de la civilización, como se ha dicho, y no podría abolirse retornando a un modo de *vida natural*, sea lo que sea que esto pueda significar.

Los tumores de los animales por su semejanza clínica e histológica con los estudiados en el hombre son verdaderas neoplasias. El método por el cual se transfirió un tumor de un ani-

mal a otro es el injerto subcutáneo. El nuevo tumor que se produce estudiado experimentalmente por JENSEN, en cortes seriados en varios ratones inoculados, demostró que el tumor hijo se deriva de las células del injerto implantado—Las células centrales del injerto mueren, los tejidos del animal injertado alrededor del injerto fabrican un estroma que al m.m.ta el borde de células neoplásicas del injerto que crecían reproduciéndose y dando lugar al tumor hijo.

El fracaso de las primeras investigaciones para lograr transplantar el cáncer humano a los animales, llevó la creencia de que el cáncer era enfermedad esencialmente humana, hasta que se demostró que en los animales sólo se podrá transplantar dentro de la misma especie. La célula de un animal lleva la especificidad de las especies. Hasta hoy no puede contradecirse estos hechos apesar de ciertas experiencias de MURPHY y del A. logrando aparentar, gracias a *truco de laboratorio*, la supervivencia durante unas semanas de un injerto de neoplasia maligna de ratón en una estroma proporcionado por el embrión de pollo.

La célula maligna misma es un *parásito*. Es ella la que lleva la característica de neoformación hija. La célula maligna bajo la influencia de muchas causas excitantes ha reunido un carácter o cualidad que le permite crecer y dividirse constantemente más allá de las necesidades del resto del cuerpo.

Las experiencias de GAMAGIWA y ISHIKAWA produciendo los cánceres experimentales en ratas y ratones con los fregados de alquitrán en la piel o tejidos subcutáneos confirman lo mismo. Se trata de neoplasias con todos los caracteres biológicos de tales, que se transplantan también a especies iguales de animales a condición de injertar células vivientes. El alquitrán ha actuado como agente extrínseco, produciendo un cambio intrínseco en la célula igual en consecuencias morfológicas, frente al tumor formado, que los que se producen en los animales con neoplasias espontáneas y de aquí luego de estos conocimientos el excepticismo y casi el desprecio de muchos biólogos para acoger una hipótesis microbiana como origen de los tumores. No obstante el A. opina que estos hechos no hacen sino enmascarar la verdad.

Era necesario llegar a las investigaciones de PEYTON-ROUS para sorprenderse por hechos distintos de los estudiados hasta ahora PEYTON-ROUS descubrió un sarcoma fuso-celular en una ave, el pichón, que además de conservar su especificidad y de injertarse como todos los tipos de tumor, se reproduce inyectando filtrado del tumor en vez de células vivas, que contenían la *causa* del tumor por tanto. Sin embargo estos tumores han sido criticados y apesar de las críticas que se hicieron, hoy se tienen ya definitivamente en el concepto de neoplasias típicas por la mayoría de los biólogos. El filtrado en bujías que retienen todas las bacterias conocidas hasta hoy producen el tumor y sin embargo también los espíritus están poco dispuestos a creer en la posibilidad de un virus ultramicroscópico que produzca o excite la aparición de la neoplasia, a pesar de que este concepto de virus filtrable se admite para otras infecciones en el hombre y los animales. Se ha dicho en contra que lo que se injerta son células ultra microscópicas que luego se germandan y reproducen; se ha dicho que eran partículas esenciales de la célula que luego la regeneraban completamente. Estos argumentos no merecen contestación porque ninguna experiencia biológica los confirma, ni de lejos.

ROUS y sus colaboradores se inclinaron entonces a la opinión infectiva. Biológicamente en la epizootia por el solo hecho de que el líquido de una vesícula de un animal enfermo filtrado e inyectado reproduce la infección *ad infinitum*, se acepta el supuesto de un virus ultramicroscópico a pesar de que los cultivos y los estudios microscópicos son negativos. ¿Porque no puede aceptarse lo mismo a propósito del sarcoma de Rous en que los hechos son parecidos?

Estos resultados y sus consecuencias etiológicas claras al parecer en los sarcomas de Rous, chocan para poder generalizar la teoría con la constante negatividad de los mismos experimentos con los tumores de los mamíferos, Es preciso discutir todos estos hechos.

Los filtrados de tumor de Rous no siempre es constante, de vez en cuando falla. Se achacaban estos fracasos a los defectos de técnica en el filtrado—hoy se cree que no—AUDREW y ELA han estudiado un tumor de Rous que durante varios meses perdió su propiedad de filtrabilidad, hasta que un día reapareció y sin embargo durante este tiempo se podía transplantar el tumor donos de células vivas. Es preciso señalar, el hecho de que a por ingerto, como todos los tumores de los mamíferos sirven veces la *causa* del tumor no da señales de presencia.

Se estudió las condiciones que experimentalmente inactivaban los filtrados y pudo deducirse que el calor los altera sensiblemente alrededor de 55° durante 15 minutos habitualmente lo hace ineficaz para la producción de tumores, pero precisamente esta acción del calor a temperaturas tan bajas y en tiempo tan corto, por comparación con lo que sucede habitualmente con la mayoría de otros virus hacía creer que la causa destruida no era un virus precisamente.

Los antisépticos pueden destruir un filtrado, impidiendo la reproducción de un tumor, así el cloroformo, 0.2 cm.3 durante 3 horas a la temperatura de 37° c. efectuado sobre 10 c. c. de filtrado de un tumor de Rous muy maligno impide la reproducción. Experiencias idénticas pueden conseguirse con ácido fénico, tolueno, éter, etc. Esta acción de los antisépticos le acerca a la acción corriente sobre las bacterias, sobre todo cuanto que la intensidad de acción corre parejas con la concentración y tiempo de acción del antiséptico.

Las dos acciones lesivas para los filtrados de los tumores de Rous el calor y los antisépticos no tiene lugar sobre las mismas causas. Así un extracto tumoral se inactivó por la acción de la acrinavina, otro extracto del mismo tumor se inactivó por el calor a 55° c. durante 18 minutos y sin embargo reunidos los dos extractos reprodujeron el tumor al inyectarlo en un pollo, mientras que aisladamente ninguno de los dos reproduce el tumor. El autor cita gráficamente toda clase de vueltas dadas a la experiencia para eliminar toda causa de error y deshacer las críticas que le han hecho, luego de haber expuesto hace más de un año sus primeras experiencias. A este fin usa filtrados de los más malignos en actividad, usa el mismo animal para inocular los 2 filtrados inactivados por el calor y por los antisépticos y aun además este mismo animal cuando reúne los 2 filtrados para conseguir entonces la reproducción. Es decir que puede suponerse que la producción del tumor depende de la acción conjunta de los elementos del filtrado. Uno de estos elementos es susceptible a la acción de los antisépticos probablemente es un virus; el otro que se inactiva fácilmente por el calor, es un factor distinto. El hecho de que reunidos estos dos factores, juntando los filtrados en que se inutilizó uno de ellos, reproduzcan el tumor, es concluyente. Se ha dicho antes que existen a menudo filtrados de sarcoma de Rous, inertes, que no reproducen el tumor, pues bien, estos filtrados inocuos tienen la misma propiedad que los filtrados inactivados por el calor y por tanto se deduce que estos filtrados inertes son simplemente filtrados que no contienen nada o una cantidad insuficiente de este factor sensible al calor pero absolutamente esencial. Estos filtrados inertes añadidos a los filtrados inactivados por los antisépticos reproducen el tumor. Este factor sensible al calor se le llama *factor específico*. Es necesario pues este factor específico para que gracias a su actividad se muestre la presencia de virus en el sarcoma de Rous. Cuando un filtrado de un tumor contiene poca cantidad de este factor específico, y parece que su presencia y actividad es variable en cada caso, entonces no puede revelarse la *causa* bacteriana. La *causa* del tumor es el virus, porque luego de múltiples experiencias seriadas se observa que este factor no falta nunca, ni en los tumores muy malignos, ni en los benignos. En cambio el factor específico a menudo está ausente.

Por otra parte la especificidad del tumor está en este otro factor que a este propósito hemos llamado específico. Cuando se inactiva un filtrado de un tumor de Rous con un antiséptico que supone por tanto la muerte del factor microbiano, puede conseguirse la reproducción del tumor de Rous, añadiendo extractos de tumores de ratas o ratones y aún con carcinomas y

sarcomas humanos, por lo tanto el virus es único, el mismo siempre, común. En cambio el factor específico no puede ser sustituido por extractos de ningún otro tumor, ni de cualquier otro tejido normal o patológico. Se han realizado a este fin 150 experiencias con distintos extractos de tejidos diversos y ninguna vez se ha conseguido ningún resultado. Para reproducir el tumor de Rous es necesario que el filtrado tenga suficiente *factor específico*, proveniente de extracto de dicha clase de tumor, precisamente. Tampoco con extractos de tejidos normales es posible substituir el agente destruido por los antisépticos.

Si con los filtrados de extractos de otros tumores animales o humano no es posible conseguir iguales resultados experimentales como con el sarcoma de Rous es porque seguramente no existe en ellos suficiente cantidad de factor específico luego de las maniobras necesarias para conseguir el filtrado. Seguramente las condiciones biológicas de este factor específico en estos casos son distintas y las desconocemos aún.

Existe pues una *causa* microbiana, un virus ultramicroscópico común a todos los tumores, que así están eslabonados en un grupo natural. Estos virus, además han podido ser estudiados y fotografiados por BARNARD, en condiciones especiales y con instrumental apropiado, y estas experiencias luego se han podido ir ratificando, por otra parte es bien fácil además demostrar la personalidad bacteriana en aquel virus supuesto, si se tiene en cuenta que puede cultivarse respondiendo a todas las condiciones más exigentes de la moderna bacteriología según se desprende de la larga serie de experiencias que a este fin describe el autor, consiguiendo mantener su acción infecciosa luego de múltiples pasos y diluciones en diversos líquidos y medios de cultivo.

El autor en su conferencia deja entrever la crítica severísima y escéptica en que se han tenido sus ideas, por eso él insiste esperanzado en su triunfo, luego de haber podido repetir y mejorar sus primitivas experiencias en este último año. (*The British Medical Journal*, 13 Noviembre 1926).

V. CARULLA

Pediatría

Diagnóstico de la granulía aguda en los niños. R. STANKIEWICZ.

El trabajo se funda en la observación de 31 casos recogidos en la Universidad de Varsovia. En la mayoría de casos el diagnóstico ha podido hacerse por el examen clínico, en otros casos la granulía sólo se ha comprobado en la autopsia.

Lo que llama la atención en el cuadro clínico de la granulía aguda en los niños, es el gran número de formas clínicas. Los síntomas clínicos a menudo faltan y cada caso particular presenta en cierta manera un tipo individual. La clasificación de las diferentes formas de granulía es puramente artificial y no se apoya sino en datos inconstantes. Sin embargo se distinguen actualmente las formas siguientes de granulía en los niños:

- Forma tífica (granulía aguda con síntomas generales de naturaleza tóxica);
- Forma pulmonar (tuberculosis aguda, que evoluciona acompañada de síntomas pulmonares);
- Forma cerebral (en la cual dominan los fenómenos meníngeos);
- Forma raquídea (acompañada de hipertensión, rigidez de nuca y los miembros superiores, sacudidas convulsivas, trismus, contracción de las extremidades, sin síntomas que revelen lesiones meníngeas; el líquido cefalo-raquídeo es normal). Esta forma recuerda hasta cierto punto los estados tóxicos (FINKELSTEIN) que se observan en los niños de pecho a consecuencia de trastornos digestivos graves, solo hace falta la diarrea.

En general el diagnóstico de la granulía tuberculosa aguda en el niño es muy difícil de establecer. Según FINKELSTEIN sólo

puede fundarse en la fisonomía del estado general. El niño pálido, tumefacto preso de una disnea a la cual se añade la cianosis, adelgaza con una rapidez fulminante. Los fenómenos pulmonares se acentúan, la diarrea y los vómitos aparecen y pronto sobreviene la muerte.

Las dificultades diagnósticas son enormes, sobre todo al principio de la enfermedad, cuando los fenómenos generales dominan y faltan los síntomas propios de los órganos internos. La fiebre elevada, la tos, la disnea y los síntomas estetoscópicos del pulmón hacen pensar en una bronquitis o bien en el principio del sarampión. Pero la gravedad del estado general indica el peligro: el enfermo está triste y apático. La intensidad de la disnea (*dyspnea sine materia*) y la cianosis, he aquí los síntomas cardinales más seguros de la granulía tuberculosa aguda. Pronto a estos elementos de diagnóstico se añaden el aumento del hígado y del bazo, los datos obtenidos por el examen radiográfico (prueba instantánea) y la reacción a la tuberculina, la presencia de lesiones tuberculosas cutáneas, finalmente el examen de la sangre y de la orina. Para sentar el diagnóstico de granulía tuberculosa aguda en el niño es preciso tener en cuenta principalmente el cuadro clínico general, cuando faltan los signos objetivos. H. KOCH cita, por ejemplo, 2 casos en los que todos los métodos fundamentales de investigación han fracasado, incluso el examen radiológico del pulmón y las reacciones a la tuberculina.

No se está autorizado a sentar un diagnóstico cierto sino cuando se encuentran bacilos de Koch en la sanera, en las heces, en la orina, en la expectoración, en el líquido cefaloraquídeo. Cuando hay dudas, pueden ayudarnos los antecedentes, así como la evolución ulterior de la enfermedad o bien la aparición de síntomas complementarios (invasión de las meninges). Algunas veces solo se puede hacer el diagnóstico exacto en la autopsia. Como ejemplo pone los dos casos siguientes: El cuadro clínico en el primero de estos casos era tan diferente del tipo habitual que después de un examen clínico detenido se había hecho el diagnóstico de *atrepsia* (niño de cinco meses con un peso de 3,200 grs. síntomas de desnutrición y diarrea): en el segundo caso la afección evoluciona bajo la forma de enteritis del gran intestino con fenómenos tóxicos. En ambos casos la reacción de von PIRQUET era negativa el examen cadavérico demostró la existencia de granulía tuberculosa aguda.

Lo más difícil es el diagnóstico diferencial con la fiebre tifoidea. En las dos enfermedades tenemos la misma marcha de la curva térmica, una erupción cutánea análoga (parecido notable), trastornos psíquicos, fenómenos pulmonares análogos, epistaxis, ausencia de síntomas de los órganos internos, esplenomegalia y diazoreacción de la orina positiva. Sin embargo en los casos observados por el autor pudo encontrar síntomas en favor de la granulía, principalmente: sudores profusos, disnea, cianosis de la cara, ausencia de meteorismo abdominal, pulso acelerado pero no dicroto, desigualdad pupilar; así como el examen bacteriológico y la siembra de la sangre. La reacción de WIDAL tiene escaso valor cuando el poder aglutinante es débil. En el caso de K. JONISCHER era positiva al 1 por 110, solo dos días antes de la muerte sobrevienen fenómenos pulmonares que indican la posibilidad de una granulía (autopsia). En un caso personal del autor la reacción de WIDAL era positiva al 1 p. 250 gr.

El examen de los pulmones puede orientar el diagnóstico: los estertores mucosos finos en los lóbulos superiores del pulmón son propio de la granulía, los mismos estertores en los lóbulos inferiores del pulmón, de la fiebre tifoidea. El número de glóbulos blancos encontrados en la sangre no decide el diagnóstico (Mme. ERLICH); la investigación de la albúmina en el suero sanguíneo tiene más valor (aumento de albúmina en la granulía tuberculosa, disminución en la fiebre tifoidea).

Si en el curso de la granulía se ven sobrevenir síntomas meningíticos el examen del líquido cefaloraquídeo puede decidir el diagnóstico en favor de la granulía. Sin embargo, incluso en este caso, pueden haber dudas. El niño puede morir antes

de presentar los síntomas meningíticos suficientes para su comprobación clínica. (SCHLOSSMANN).

La forma pulmonar evoluciona con síntomas manifiestos del aparato respiratorio. Se distinguen dos variedades:

1.º *Tuberculosis granulosa pulmonar sofocante* (ANDRAL). Se observa en niños menores de dos años; a menudo sobreviene después de la tos ferina o del sarampión. Esta variedad se caracteriza por temperatura elevada y disnea cada vez más acentuada. El examen del pulmón no da ningún síntoma, ni a la auscultación ni a la percusión. Apenas si se encuentran estertores húmedos o sibilantes diseminados. La forma pulmonar de la granulía recuerda el cuadro de una bronquitis capilar o bronconeumonía.

2.º *Tuberculosis pulmonar catarral miliar*. Menos frecuente que la anterior. Evoluciona como una bronquitis ordinaria, con temperatura de tipo irregular, pulso rápido y cianosis de mediana intensidad. El hígado y el bazo están aumentados de volumen. El diagnóstico diferencial de la granulía con fenómenos pulmonares dominantes presenta grandes dificultades con otras muchas enfermedades no específicas muy frecuentes en la infancia: bronquitis agudas y crónicas, lesiones pulmonares que acompañan la gripe, bronconeumonías, principalmente en los raquíticos, bronquitis capilares y neumonía lobar.

La granulía pulmonar es mortal en la infancia (MARFAN), si bien M. BARBIER supone que la marcha puede detenerse si no hay complicaciones meníngeas. Los casos de curación de granulía citados por algunos autores son dudosos y mejor hacen creen en un error diagnóstico.

La forma cerebral de granulía tuberculosa en el niño evoluciona bajo el aspecto bien conocido de meningitis cerebral tuberculosa. No poseemos medios seguros que permitan diferenciar esta forma de meningitis tuberculosa pura, no complicada de granulía tuberculosa.

La forma raquídea de granulía tuberculosa sólo se distingue de la forma cerebral por una modificación específica del líquido cefaloraquídeo (estado inflamatorio de este líquido). A parte de esto la marcha de estas dos formas se absolutamente la misma o tan parecida que es absolutamente difícil distinguir una de otra.

Las dificultades que se encuentran al diferenciar las formas de la granulía: 1.ª, tífica; 2.ª, pulmonar; 3.ª, cerebral; 4.ª, raquídea, provienen de la frecuencia con que se presentan bajo formas mixtas.

S. GODAY.

Ginecología

Frecuencia del epiteloma del cuello después de histerectomía subtotal. R. MONOD.

MONOD expone 17 casos de epiteloma del cuello después de histerectomía subtotal observados en 3 años en el servicio anticanceroso de la Salpêtrière. Indica que en el Instituto del Radium, RÉGAUD ha observado 18 casos. DESGRAIS, en Necker, 28 casos. OPPER, 17 casos; total 80 casos en cuatro centros anticancerosos.

Ello demuestra que la cancerización del cuello después de histerectomía subtotal, es una eventualidad que hay que temer y que no puede despreciarse. Es muy notable la gran proporción de cánceres precoces: 30'7 %; casos atribuibles a cánceres existentes al practicar la operación y que pasaron inadvertidos.

Con sobrada frecuencia se practica la histerectomía subtotal en las mujeres que hacia la cuarentena presentan metrorragias y que se diagnostican de útero fibromatoso o metritis hemorrágica. La biopsia presenta en muchos casos de cáncer infiltrado, muchas dificultades y un simple legrado puede resultar negativo, cosa que no ocurriría si previamente se dilatara el cuello con laminarias y se practicara una profunda toma biopsica de la zona sospechosa.

Las cancerizaciones tardías (70 %) parecen legitimar la hipótesis de que la inflamación crónica de la mucosa cervical

tan frecuente en los fibromas y en las anexitis desempeña un papel importante como causa predisponente a la degeneración maligna.

Profilaxis: En las mujeres que pasan de los 40 años, será siempre preferible cuando deban hysterectomizarse por una afección uterina o anexial, practicarles la total; esta operación resultaría más fácil y de técnica de perfecto dominio de todo cirujano si se practicara más amenudo en vez de la subtotal.

Tratamiento: La radioterapia es el tratamiento de elección con todo, en estos casos es menos eficaz que cuando existe un útero completo OPPER en 17 casos tratados con radium no cuenta con ninguna supervivencia que haya alcanzado más allá de los 18 meses. En los 14 casos tratados por VALLON en la Salpetriere se han registrado 6 muertes, 3 resultados desconocidos, 2 recidivas y 3 curaciones que llevan de fecha tres, dos y medio y dos años. Los 17 casos tratados en el Instituto del Radium dan: 8 muertes, 3 resultados desconocidos, 1 recidiva 6 curaciones (1 de 5 años, 2 de 4 años, 2 de 3 años y 1 de 2 años).

El Dr. LECÉNE interviene en la discusión diciendo que para establecer una verdadera estadística sobre frecuencia de cancerización del cuello habría que aclarar a qué número de hysterectomías subtotales corresponden estos 80 casos de cáncer del muñón cervical. Seguramente corresponden a varios miles de hysterectomías y resultaría una proporción de un caso para dos o trescientas operadas.

J. L. FAURE admite que si se practicara la subtotal siempre se evitarían estas cancerizaciones pero, la total, dará siempre una mortalidad de 2 o 3 % superior a la subtotal que no es compensada por el posible porcentaje de cancerización del muñón cervical.

CADENAT cree interesantes las cifras presentadas por MONOD ya que demuestran que la posibilidad de la cancerización no es tan remota como generalmente se cree. Aboga por que los centros anticancerosos comuniquen a los cirujanos que las operaron los casos de cáncer del cuello después de la subtotal, que se presenten a sus servicios; única forma de que con el tiempo podemos disponer de una estadística que se acerque a la verdad. (Comunicación y discusión en la sesión de 17 de julio de 1926 en la *Société de Chirurgie*, de París.)

COMAS CAMPS.

La douglasitis R. CONDAMIN.

La cuestión de la entidad patológica douglasitis viene determinada: 1.º, por un hecho anatómico: la existencia en la gran cavidad abdominal de un punto de máximo declive cual es el Douglas, fondo peritoneal recto-uterino; 2.º, por un hecho de fisiología patológica representado por el acúmulo en esta cubeta retro-uterina de todas las secreciones exudativas peritoneales, lo mismo las procedentes de órganos vecinos (útero, anejos) sí que también de todas las producidas en la gran cavidad peritoneal, de modo especial las de origen apendicular, biliar estómago, intestinos, etc.; 3.º, por un hecho de patología general cual es la formación de retracciones progresivas y bridas cicatriciales intersticiales en los tejidos subyacentes a una serosa cuando esta ha sufrido una inflamación o una reabsorción de productos tóxicos irritantes.

Las recientes investigaciones del laboratorio de anatomía de Lyon han demostrado que los ligamentos útero-sacros no son de constitución fibrosa, sino solamente relieves peritoneales producidos con una trama nerviosa muy compleja y voluminosa con relación directa con todos los órganos vecinos sin más substratum que algunas fibras conjuntivas, musculares o elásticas; ello nos da a comprender que cualquiera tracción

sobre estos pretendidos ligamientos o una presión constrictiva sobre los mismos ocasionará no sólo molestias locales sino también irradiaciones a distancia por intermedio del vago-simpático.

Fácilmente se comprenderá que una compresión por retracción inflamatoria crónica que afecte a este pseudo-ligamento útero-sacro, repercutirá sobre el plexo hipogástrico y de este partirán trastornos dolorosos, funcionales o reflejos hacia todas las zonas que reciban su inervación de este centro pélvico.

Los más frecuentes de estos trastornos son:

1.º Los que afectan al útero: dismenorrea, dispareunia, frigidez sexual casi constante, dolores hipogástricos durante la marcha y movimientos de flexión del tronco, etc., etc.

2.º Trastornos del lado de la vejiga cuando los filetes que a ella van del ganglio hipogástrico están irritados: cistalgias, poliuria, estranguria sin alteración de la orina.

3.º Melestias rectales altas o bajas: dolores a la defecación, constipación.

4.º Neuralgias pélvicas lumbo sacras, crurales, ciáticas que ceden sólo a un tratamiento que distienda, reblandezca y modifique la circulación del Douglas y paradouglas.

5.º Modificaciones patológicas funcionales del intestino, estómago y todas aquellas tan mal conocidas y tan diversamente explicadas que tienen lugar a distancia y que constituyen el capítulo de patología general de relación entre las ginecopatías y una variada serie de trastornos abdominales, torácicos e incluso cerebrales.

Los síntomas objetivos deben buscarse con cuidado ya que no basta una exploración clásica de la pelvis para excluir el origen genital de graves trastornos sensitivos próximos o distantes que se clasifican de neuropatías.

En muchas ocasiones el examen corriente no nos demostrará alteración genital palpable, pero si introducimos el índice y medio izquierdo profundamente en el fondo de saco posterior comprobaremos la cordedad de este fondo de saco (vaginas cortas de FOCHIER); si practicamos una distensión del Douglas empujando el cuello hacia adelante con el índice en tanto que el medio palpa notaremos el relieve de bridas y una retracción muy pronunciada de los ligamientos útero-sacros. Al mismo tiempo despertamos un síntoma subjetivo cual es el dolor que causa la enferma y que en ocasiones es extraordinariamente intenso.

En lo referente al tratamiento el autor declara que no tiene experiencia personal sobre las intervenciones quirúrgicas como son: la sección del nervio presacro (CORTE), las resecciones del plexo simpático pelviano en tal o cual porción de su trayecto (LERICHE), la simpatectomía periaórtica de BITTMANN y otras recientes tentativas quirúrgicas que han dado, según sus autores, resultados inmediatos muy alentadores.

El Prof. CONDAMIN aplica una terapéutica, en cierto modo clásica, como es la columnización de la vagina, según las indicaciones y técnica de TALLIAFERRO D'ATLANTA y FOCHIER, el masaje ginecológico suave y persistente y las curas glicerinadas bien apretadas en el fondo de saco posterior; todo ello tendiendo a devolver al Douglas la profundidad normal y a los cordones nerviosos (ligamentos uterosacros) la consistencia suave y la indolorabilidad al tacto por reabsorción de exudados y destrucción de tejidos hiperplásicos por metamorfosis retrograda. (*La Gynécologie*, Octubre 1926)

COMAS CAMPS.