

les sin clorofila, que se reproducen por esporos; el primero que los observó fué HUCK, con la lente por él descubierta, en las hojas de la rosa de Damasco.

Citó los trabajos de LINNEO, dando nombre a diversas variedades, y los de LANGEBEK, que descubrió en el hombre el parásito del muguet, y Carlos ROBIN, que dió a conocer el «oidium album».

No todos los hongos son perjudiciales, pues PASTEUR descubrió los de la fermentación de la fabricación del vino y la cerveza.

En la patología tropical es interesante el estudio de la micología, pues el 50 por 100 de las enfermedades de estos países son producidas por micetos.

Muestra el empleo de las fermentaciones micósicas como medio de investigar la maltosa y varios hidratos de carbono, método que puede emplearse para diagnosticar los azúcares de la orina.

Las simbiosis o las mezclas artificiales de ciertos hongos o bacterias pueden fermentar azúcares, que no fermentaba cada uno de ellos solo (fenómeno de fermentación simbiótica de CASTELLANI). Ha empleado este método para el diagnóstico diferencial en los disentericos.

Divide las micosis en dos grupos, internos y externos.

Cita entre los primeros el muguet (monilia), con sus dos formas clínicas, blanco y oscuro, producidas por hongos diferentes; en la práctica, el blanco es benigno; difícilísimo de curar, el oscuro.

La tonsillo-micosis, con casos agudos, fáciles de confundir con la difteria; la bronco-micosis y la bronco-moniliasis de CASTELLANI, con una forma ligera y otra grave, capaz de confundirse con la tuberculosis, la que hay que descontar por la presencia de monilias en el esputo, explica la comprobación en el conejo de esta dolencia como demostración de laboratorio; el único tratamiento es el yoduro a altas dosis.

A continuación pasa una detallada revista de las micosis externas, con proyecciones de los casos expuestos; cree que varios falsos pruritos se deben a hongos.

Describe el tokelú o tiña imbricada, corriente en el trópico, y, sobre todo, en las islas del Pacífico; la pinta, frecuente en Honduras. Algunos casos raros de blastomicosis, curados con yoduros, y que, confundidos con sífilis, fueron tratados anteriormente con mercurio.

Muestra los casos que producen lesiones mutilantes, el pie de Madura, describiendo una forma peculiar en Shanghai, citando como caso interesante una asociación de «forunculis blastomicética» (hongos y estafilococos) en un caso de pelada, de alto valor diagnóstico.

Terminó el profesor CASTELLANI, dando las gracias a la Real Academia de Medicina, por su cordial acogida y al profesor RECASENS, por las amables frases de presentación.

BIBLIOGRAFÍA

MATEO CARRERAS.—OPÚSCULOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Javier Morata, ed., Madrid. LA CESÁREA.

Pocas cuestiones han interesado de modo tan desbordante en Congresos y prensa médica, dentro de la especialidad obstétrica, como la cesárea en estos últimos años. Los progresos técnicos de la tocurgia han planteado nuevos problemas de indicación y franca discusión en parangón con las operaciones pelvildilatadoras tanto en lo que respecta a la morbilidad y mortalidad materna, como a ambas contingencias para el feto.

Las indicaciones de la cesárea clásica para los casos puros, las técnicas límites e indicaciones de las cesáreas transperitoneales y extraperitoneales para los casos dudosos y la posibilidad de una tocurgia conservadora para los casos francamente sépticos (PORTES), son otros tantos problemas que ocupan cantidad enorme de bibliografía y era necesaria su condensación y resumen no en forma de relación no orientadora, sino como síntesis a la vez técnica y crítica.

Esta misión no podía ser encomendada a personalidad de más relieve y de más sólida experiencia que al DR. D. MATEO CARRERAS, quien en el opúsculo que reseñamos expone con notable claridad la técnica de los métodos transperitoneales suprasinfisarios, la de los métodos extraperitoneales y su crítica razonada. Sigue un capítulo muy práctico de detalles técnicos complementarios y finaliza el trabajo con la exposición de las finalidades terapéuticas o sean las indicaciones discutidas y razonadas de los diferentes métodos en forma altamente didáctica, que demuestra la facilidad de síntesis clara que posee el autor que tan intensamente ha vivido los momentos angustiosos que conlleva la rápida solución de un urgente problema obstétrico.

DR. COMAS CAMPS

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA

La diatermia en algunas afecciones del estómago, del duodeno y de la región solar. E. y H. BIANCANI.

Aunque sea bien conocido el tratamiento de los estados dolorosos abdominales y en particular el del cuadrante superior del abdomen por las corrientes diatérmicas, ha parecido interesante a los autores aportar brevemente algunas observaciones que demuestran que, por la diatermia, pueden obtenerse desapariciones duraderas de dolores epigástricos de diverso origen, contra los cuales innumerables terapéuticas habían fracasado. Se ve por otra parte, en estas observaciones, que la diatermia es eficaz no sólo contra el síntoma dolor, sino también, aunque con menos constancia, contra los diferentes trastornos funcionales que pueden acompañar al dolor y junto con él constituir el cuadro clínico subjetivo de algunas afecciones del estómago, del duodeno y de la región solar.

Estas observaciones reclaman algunas consideraciones. Desde el punto de vista técnico, practican tres veces por semana sesiones de una duración de treinta a cuarenta y cinco minutos, elevando generalmente la intensidad de la corriente a 2.000, 2.500, a veces 3.000 miliamperios entre una placa dorsal 20 por 20 y una placa epigástrica 15 por 15 ó 15 por 20.

Durante la sesión el enfermo acusa además de la sensación de calor local, una sensación de calor general casi siempre ligera; el rostro enrojece, algunas gotas de sudor aparecen en la frente. Ciertos enfermos reac-

cionan más intensamente y presentan una transpiración gneral bastante abundante cuando la sesión se prolonga de cuarenta a cuarenta y cinco minutos con una corriente de 2.500 a 3.000 miliamperios. No es por otra parte excepcional ver enfermos sensibles que soportan difícilmente intensidades parecidas durante tanto tiempo. Así, pues, una de las enfermas presentaba además de una rubicundez muy acentuada en el rostro, un ligero estado vertiginoso que obligó a menudo a estar bajo la intensidad de 1.700 a 1.800.

Dos enfermos de los cuales LAQUERRIÈRE ha sacado dichas observaciones, presentaban durante las sesiones un estado nauseoso que en un caso obligó a interrumpir el tratamiento. Pero eso son reacciones poco frecuentes. Por el contrario, hay una reacción que podríamos llamar reacción de foco, por analogía con los fenómenos observados en el curso de otros tratamientos químicos o físicos, analogía que ha parecido frecuente (la anotamos en cuatro observaciones) y es la acentuación de los dolores durante el curso de la primera, segunda, y más escasamente de la tercera sesión; acentuación que puede prolongarse en las horas que suceden a la sesión, y de las cuales es necesario prevenir al enfermo si se quiere evitar su inmediato descorazonamiento. A medida que se sigue el tratamiento y cuando ya aparecen los primeros resultados, (en particular la atenuación de fenómenos dolorosos) se puede ser testigo durante las mismas sesiones, del efecto sedativo de las corrientes diatérmicas; enfermos que han ido a la sesión con una sensación de molestia o algunos dolores, después de diez o quince minutos de aplicación diatérmica acusan una sensación de mejoría y la desaparición de su malestar y de sus dolores.

Las aplicaciones diatérmicas no obran solamente en el elemento dolor. Bajo su influencia se vé atenuar o desaparecer otros diversos indicios que tracen trastornos de la motricidad gastro-duodenal o trastornos de la secreción o hasta la irritación del simpático. Señalan así la disminución de la aerofagia, el aumento de apetito que aparece ligado, en ciertos casos, a una mejoría de la secreción psíquica; la desaparición de vómitos, jaqueca, vértigos, la regularización de las deposiciones. En cuanto a los resultados del tratamiento sobre los trastornos objetivos, no pueden señalar más que la desaparición del dolor provocado, lamentando no haber podido ver de nuevo en la pantalla de los enfermos tratados más que dos casos en los cuales comprobaron en el uno, la desaparición del dolor solar y de la hiperquinesia, habiéndose vuelto la contractilidad gástrica sensiblemente normal; en el otro la desaparición del dolor pilórico así como una más fácil movilización de la región pilórica.

La diatermia constituye como sevè, una de las más útiles terapéuticas contra ciertas afecciones del estómago, del duodeno y las celialgias.

Pero es preciso no pedirle demasiado; LAQUERRIÈRE ha señalado fracasos. Los autores no han obtenido ningún resultado en dos hiperclorídricos a los cuales hicieron, respectivamente, doce o veinte sesiones. De estos fracasos es preciso sacar la conclusión de que la diatermia tiene indicaciones y contraindicaciones precisas pero mal limitadas aún. Si actualmente conocemos bien el modo de borrar de las corrientes diatérmicas, (elevación de temperatura de los tejidos atravesados y de la temperatura central, acción circulatoria y trófica) se conoce menos, la acción fisiológica de estas corrientes en cada órgano. Por lo que se refiere al estómago, los trabajos de BORDIER y de SETZU parecen mostrar que el calor desarrollado por el paso de la corriente diatérmica obra, por una parte, en las fibras musculares lisas del órgano y las terminaciones nerviosas simpáticas para modificar la contractilidad, y por otra parte, ejerce su acción calmante en el dolor. Finalmente aumentan los cambios, de donde, modificaciones de la secreción gástrica en su calidad y en su cantidad: el calentamiento del estómago tiene por consecuencia el solicitar no tan sólo la motilidad del órgano, sino también la secreción ácida, ya excitando directamente las glándulas encargadas de esta función,

ya haciendo llegar una mayor cantidad de sangre a la pared del órgano, ya en fin, modificando la distribución de los iones Cl y H de los cuales depende, según los trabajos de DIFRE, la formación del HCl libre en el estómago. Estas diferentes acciones nos explican sin duda alguna el que se obtengan buenos resultados en el tratamiento del hipo y de las atonías gástricas, de las aerofagias, de las ptosis, de las hipocloridrias, de los dolores solares; acaso el tratamiento es contraindicado en las hipercloridrias. En cuanto al mecanismo de acción de la diatermia en los periduodenitis y peripilorititis reside, como entodos los casos de perivisceritis en la hiperemia y en las modificaciones de la nutrición de los tejidos donde se han constituido las adherencias.

A pesar de las reservas que deben formularse, la diatermia aparece como uno de los mejores agentes que puedan utilizarse en el tratamiento de los síndromes dolorosos del cuadrante superior del abdomen. En varias de nuestras observaciones se trataba, como se ha podido ver, de dolores muy antiguos, rebeldes a múltiples terapéuticas químicas y que desaparecieron de un modo duradero gracias a las aplicaciones diatérmicas. (*Paris Medical*. 24 diciembre 1927.).

N. BATTESTINI

GINECOLOGÍA

Las anexitis en la práctica. F. LUQUE.

Arduo problema para el práctico es el que se presenta para establecer el diagnóstico de las afecciones inflamatorias de los anejos del aparato genital femenino, y muchas veces muy difícil el atinar con la terapéutica más eficaz para cada caso.

Nos apresuramos a apuntar nuestro criterio de que no tiene ningún valor para el práctico el intentar hacer la diferencia diagnóstica de si la inflamación recae sobre la trompa o sobre el ovario; ello constituye una filigrana de diagnóstico para el especialista, pero que no ha de reportar al médico práctico ventaja alguna en la elección de determinada terapéutica, puesto que ella no ha de depender en ningún caso de que el práctico llegue a saber si se trata de salpingitis, de oovaritis, de ambas cosas a la vez o de una perianexitis, etc. Nosotros podemos atestiguar que lo más frecuente es que la inflamación no quede acantonada en uno solo de los anexos, y que cuando esto ocurre es casi siempre la trompa la que es más veces responsable, muy especialmente cuando se trata de colecciones purulentas, pues son contadísimos los casos de pioovario observados por nosotros.

Mucha más importancia tiene le averiguar si la lesión inflamatoria es uni o bilateral, puesto que entonces la terapéutica a emplear puede ser distinta en uno u otro caso.

También hemos de conceder toda la gran importancia que tiene al factor etiológico, admitiendo como más frecuentes los siguientes factores: el gonococo; otra serie de gérmenes que ingresaron en el aparato genital femenino con motivo de un parto o de un aborto, y de ellos son los más frecuentes el colibacilo y el estreptococo, estafilococo y el neumococo, y, por último, el bacilo de KOCH, cuya llegada al aparato genital femenino se verifica, según parece, por vía sanguínea. Interesa asimismo conocer la frecuencia con que coexisten las lesiones inflamatorias de los anexos del lado derecho con las apendicitis y que se transmiten de uno a otro gracias a los linfáticos que atraviesan el ligamento de CLADO; la frecuencia de esta simbiosis clínica es tan grande, que creemos no se debiera operar ninguna apendicitis en la mujer sin que a ella precediera una concienzuda exploración de los anexos del lado derecho.

El momento de la evolución en que se encuentra una anexitis es interesantísimo de conocer, pues varía mucho la conducta a seguir, según que el proceso se halle en una fase aguda (o de agudización momentánea) o nos encontremos ante una anexitis en período crónico. Ello, así como lo anteriormente apuntado respecto a la etiología, tiene no sólo un valor teórico, sino una gran impor-

tancia en la práctica en cuanto se refiere al pronóstico, y sobre todo a la terapéutica, ya que ésta depende de dichos factores. Por ello es importantísimo hacer un diagnóstico diferencial etiológico, pero muy principalmente entre los procesos de origen gonocócico y los de origen puerperal.

Para ello podemos tener en cuenta en primer lugar la anamnesis, puesto que en una nulípara hemos de pensar en primer término en la gonococia, ya que la ausencia de partos o abortos en su historia nos hace excluir desde luego toda etiología de puerperio.

Al examen microscópico de la secreción vaginal no se le puede conceder gran valor cuando no se encuentre el gonococo, porque si no se trata de una infección muy reciente los gonococos son ocultados por otra serie de gérmenes mucho más abundantes. Los procedimientos llamados de provocación por sustancias químicas no han dado resultados definitivos.

En cambio, tienen ya más valor los procedimientos diagnósticos por medio de las vacunas, lo que se hace de la manera siguiente: en enfermas no febriles se inyecta por vía subcutánea un centímetro cúbico de una emulsión de gonococos muertos, lo cual da lugar en los casos positivos a una ligera elevación de temperatura, malestar general, aumento de dolor y de volumen de los órganos enfermos y a una reacción local de enrojecimiento y de hinchazón en el sitio de la inyección.

La diferenciación de estos procesos, basada en la exploración de los órganos genitales internos de la mujer por el tacto combinado con la palpación, es cuestión que sólo la da una larga práctica, y únicamente puede la inspección descubrir las llamadas manchas gonocócicas, que consisten en la aparición de pequeñas manchas rojas a ambos lados, entre el himen (o sus restos) y los labios menores. Y pasemos, después de esta rápida visión etiológica y de diagnóstico, al capítulo de la terapéutica, adelantándonos a aclarar que nos ocuparemos aquí sólo de la terapéutica médica, dejando de lado la parte operatoria, que pertenece al especialista, ya que el médico práctico, que es para el que escribimos estas líneas, no tendrá que intervenir quirúrgicamente más que para vaciar por colpotomía un absceso del DOUGLAS, que en más de una ocasión salvará la vida de una enferma y desde luego la aliviará de tremendos sufrimientos.

Si se encuentra el médico ante un caso de anexitis aguda, tendrá que armarse de paciencia y no cesará de recomendarla a la paciente y a la familia. Reposo absoluto, cama; si no hace de vientre espontáneamente, nada de purgantes ni de enemas (que esta quietud de la masa intestinal es una defensa natural); y si el peritoneo toma parte en el proceso inflamatorio, nada mejor que este reposo facilitará la formación de adherencias, en este caso salvadoras. Hielo en el vientre, irrigaciones calientes con la adición de un antiséptico. Pero como el cuadro clínico va acompañado de fiebre y de dolor, que es al fin y al cabo lo que más molesta a la paciente, especialmente el dolor, precisa recurrir a la ya larga serie de antitérmicos analgésicos, que, hábilmente administrados, harán pasar a la enferma soportablemente estos días tan malos del período agudo. Proscribimos de una manera absoluta el opio y sus derivados, que producen a la enferma solamente un sopor que la conducirá fatalmente a la opomanía, sin que ello consiga calmar el dolor mejor que los antitérmicos analgésicos. Alimentación sana, preferentemente purés, verdura y fruta. En cuanto se está en el período subagudo puede recurrirse a la proteínoterapia, después de haber intentado el tratamiento por el aire caliente, que no siempre da buen resultado.

Las proteínas de cuyos efectos estamos cada día más entusiasmados, pueden administrarse, según el preparado, por vía endovenosa o por inyección intramuscular. Nosotros empleamos de preferencia la inyección intramuscular y aplicamos 5 c. c. en días alternos, y este procedimiento es el que recomendamos al médico práctico; la reacción que producen (fiebre, dolorimiento general, a veces náuseas) suele ser violenta, pero muy soportable, el primero y segundo día, y mucho menos intensa los días sucesivos; sus beneficiosos efectos se notan en seguida. En cuanto la enferma pueda abandonar el lecho

debe recurrirse a la diatermia, ya externa o ya interna (nosotros para esta última empleamos tres electrodos). Aparte de los indiscutibles éxitos que proporciona, tiene la ventaja de actuar favorablemente, sea cualquiera el agente patógeno que produjo la anexitis, exceptuando las producidas por el bacilo de Koch, sobre las que nunca hemos obtenido resultados favorables; para estas últimas se obtienen buenos efectos con los rayos ultravioleta.

Un procedimiento de tratamiento de las anexitis que puede ser fácilmente empleado por el práctico es la vacuoterapia, que en manos de algunos distinguidos especialistas ha dado excelentes resultados; nosotros hemos encontrado al lado de casos de gran éxito otros de condiciones etiológicas y clínicas parecidas en las que su fracaso ha sido rotundo. Como regla general deben emplearse vacunas mixtas (gonococo, estafilo y estreptococo y colibacilo), empezando por uno o dos millones de gérmenes por vía subcutánea o intramuscular y llegando hasta mil y dos mil millones por inyección; puede también emplearse la autovacuna. Las inyecciones de vacuna en pleno cuello uterino es técnica que pertenece al especialista.

Localmente, las irrigaciones vaginales y los tan conocidos taponos u óvulos vaginales, pueden ser coadyuvantes eficaces al tratamiento de las anexitis. Entre estos tratamientos locales suele proporcionar notables mejorías el tratamiento por el peso (*belastungstherapie* de los alemanes), indicado en las adherencias periuterinas y en los pequeños exudados de los anejos; se emplea para ello un pequeño metreürínter o una bola de goma que se introduce en la vagina y se llena de mercurio, colocando entonces como contrapeso una bolsa de arena en el vientre de la enferma, y esta doble presión es la que provoca la reabsorción de los exudados.

Las aplicaciones locales de sales de aguas medicinales suelen tener gran aceptación entre las enfermas, que aseguran les sientan muy bien, como asimismo las estancias en ciertos balnearios (por ejemplo, Medina del Campo en España, Salies de Bearn en Francia, Franzensbad para la Europa Central).

En estos establecimientos coadyuva mucho a la mejoría de las enfermas la vida de reposo, la falta de preocupaciones, la ausencia del marido, etc., y estos elementos, que tan eficazmente ayudan a la curación, no deben faltar tampoco cuando empleemos cualquiera de los procedimientos enunciados en el presente trabajo.

Si con ellos, empleando de preferencia en cada caso el que el buen criterio del práctico aconseje, no se obtuviese una mejoría franca de la enferma, precisará forzosamente volver la vista hacia los tratamientos quirúrgicos. De la variada sintomatología de la anexitis, dos causas principales nos exigirán imperiosamente el recurrir a los métodos cruentos, a saber: el dolor y las hemorragias que no cedan a los tratamientos ordinarios. El síntoma dolor obligará a la enferma a suplicar al médico la opere lo antes posible; la hemorragia que no se cohibe será un acicate para que el médico proponga la operación.

Naturalmente, queda al buen criterio del operador no llevar ésta a cabo sin una cuidadosa observación de la temperatura, un cuidadoso examen del aparato respiratorio y circulatorio (que nos servirá de guía para la anestesia que se deba emplear en cada caso), un metucioso análisis de orina y en sangre, recuento de leucocitos y fórmula leucocitaria, sin olvidar la reacción de FAHRÆUS, de positivo valor para dilucidar si la anexitis ya se ha enfriado y, por tanto, si la intervención no tiene un gran peligro.

Con esta rápida visión que hemos presentado a los ojos del médico práctico puede tener éste elementos suficientes para diagnosticar las anexitis y para tratarlas con éxito y para saber cuándo, en un caso de fracaso, deberá poner a la enferma en manos de un especialista. El asunto tiene gran importancia para el médico general que no ejerza en grandes centros de población y que, antes de desplazar una enferma en busca de un especialista, puede perfectamente llegar a curarla o, por lo menos, aliviarla de su anexitis. (*La Medicina Ibera*, 19 noviembre 1927.)