

The term exudative, to describe processes of caseous pneumonia, should be abandoned, to avoid the confusion to which it lends itself.

Every tuberculous process begins by a reaction in the lung, characterized by the presence of more or less intense exudation. It is to this initial phase that the term exudative is properly applied.

The two forms, caseous and indurated, are phases which are both evolved from the initial exudative period.

Caseous lesions, improperly called exudative by nearly all writers, do not themselves become fibrous, they merely become encapsuled by fibrous tissue formed from new growths of organized fibrinous exudate.

Exudative processes may become reabsorbed, caseous never. These latter can only be eliminated through the air passages after undergoing a purulent breaking down.

After the initial exudative processes, miliary tuberculosis may develop in either a caseous or a fibrous form, the last named may itself become caseous.

We have never seen a case of miliary tuberculosis in which the two forms of tubercle, pure fibrous and pure caseous appeared intermixed. We have however studied cases of either pure caseous or a mixture of fibrous fibro-caseous and what we have at first called exudative tubercles.

The fibrous tubercle of miliary granulation, in the majority of cases, does not form in the lung substance between the alveoli but in them and from them. Interstitial tubercles may however appear in certain cases.

In a caseous evolution the fixed and solubles toxic elements of the tuberculous bacillus play the most important part. The general condition, however, of the individual and his degree of specific immunity are also of importance.

ZUSAMMENFASSUNG

Die über den ganzen Körper verbreitete miliäre Tuberkulosis nimmt ihren Ausgang immer im Blute, ganz gleich, welche Form sie auch annimmt.

Der Name: «exudative Tuberkulosis», um damit den Fortschritt der käseförmigen Lungenentzündung zu bezeichnen, sollte fallen gelassen werden, weil er zu Konfusionen Anlass gibt.

Alle tuberkulösen Prozesse beginnen mit einer Reaktion der Lungen, gekennzeichnet durch das Vorhandensein mehr oder weniger intensiven Schweisses. Nur diesem Anfangs-Stadium kann einzig und allein die Bezeichnung «exudativ» beigelegt werden.

Die käsig wie die sklerose Form sind Evolutions-Phasen der exudativen Anfangs-Periode.

Die käsigen Lesionen, die fast von allen Autoren fälschlich exudative genannt werden, werden nicht von selbst fibrös, sondern verkapseln sich nur mit einem fibrösen Gewebe, das sich auf Kosten neuer faseriger Schweisstellen bilden.

Die exudativen Prozesse können aufgesogen werden, aber nicht die käsigen. Diese letzteren können nur nach vorheriger eiteriger Fusion durch die Atmungsorgane ausgeworfen werden.

Die miliäre Tuberkulosis kann nach den anfänglichen exudativen Prozessen eine käsig oder fibröse Evolution annehmen, und diese letztere kann dann auch wieder käsig werden.

Wir haben nicht einen einzigen Fall von miliärer Tuberkulosis beobachtet, in welchem die verschiedenen Formen der reinen fibrösen und käsigen Tuberkeln vermischert gewesen wären. Andererseits haben wir aber Fälle studiert, in denen entweder reine käsig Tuberkeln existierten, oder eine Mischung von fibrös-käsigen, und, am Anfang, die von uns als exudative bezeichneten Tuberkeln.

Die miliären fibrösen Tuberkeln bilden sich in den meisten Fällen nicht in den Zwischenwänden, sondern in der Alveole, auf Kosten der Elemente derselben. Die interstitiellen Tuberkeln können aber unter besonderen Verhältnissen vorkommen.

In der käsigen Evolution intervenieren vor allen Dingen die den Bazillen anhaftenden löslichen Gifte. Der allgemeine Zustand des Kranken, wie auch die spezifische Immunität, spielen eine wichtige Rolle.

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN DE LOS MIOMAS UTERINOS ES QUIRÚRGICO (1)

por el Doctor

FRANCISCO TERRADES

Profesor A de la Facultad de Medicina

Cuantos llevamos ya algunos lustros de ejercicio de la medicina hemos asistido al vaivén de la ciencia de curar, que para algunas enfermedades ha representado pasar del campo de la medicina al de la cirugía y viceversa; no significa esto, moda o capricho, sino perfeccionamientos sucesivos de estos modos de curar derivados a veces de nuevos adelantos de la física o de la química. Esto ha pasado con los miomas del útero. Conquistado definitivamente, gracias a la asepsia, el derecho a penetrar en todos los rincones del cuerpo humano, el tratamiento de los miomas, imperfectísimo médicamente, se hizo quirúrgico hace medio siglo; pero las deficiencias técnicas y de antisepsia daban lugar a una mortalidad algo crecida, que, si bien era mucho menor que la del tratamiento expectante, constituía para el cirujano una carga, que aunque con creces compensada con los enfermos que arrancaba de la muerte, era todavía pesada por tenerla que soportar él directamente.

En estas condiciones, era natural que se buscara algo mejor, y este algo salió de la electricidad; fué la electrolisis que concretó en el método de APOSTOLI. Aún no hace 40 años, suscitó grandes polémicas y fué aceptado por casi todos los cirujanos del mundo; pero no era tampoco el desideratum; fueron apareciendo los fracasos y los peligros, al par que los irreductibles, perfeccionando la técnica quirúrgica, disminuyeron la mortalidad considerablemente; y así cayó en olvido un método que pareció desbancar momentáneamente a la cirugía. En la obra de FARGAS, se dedican todavía a él algunas páginas, y sin embargo la generación actual apenas sabe que haya existido.

En la actualidad el descubrimiento de los rayos X con su acción especial sobre la vitalidad celular, ha puesto otra vez sobre el tapete desde hace algunos años, la cuestión del tratamiento de los miomas, y aun que los términos son distintos, la discusión es parecida a la de la época de APOSTOLI, hasta tal punto, que leyendo las páginas que le dedica FARGAS en el capítulo de los miomas (2), me parece asistir a la discusión actual, con sus entusiasmos, sus decepciones, sus críticas, y hasta sus exaltados que, como KEIT, creía que era un crimen

(1) Comunicación leída en la Real Academia de Medicina de Barcelona, en febrero de 1928.

(2) FARGAS.—Tratado de Ginecología, 2.ª Ed., tomo II, pág. 287 y tomo I, 171.

someter a una operación una miomatosa sin antes haber ensayado el tratamiento eléctrico. Hoy también los hay de estos, aunque en honor a la verdad son los últimos llegados al campo de la Medicina, desconocedores quizás de la Ginecología y de la Deontología.

El que más entusiasmos tenga por los adelantos de la Medicina, ha de procurar observar imparcialmente lo bueno y lo malo antes de pronunciarse sobre un medio curativo; justo es pues que pensemos hacer una revisión de valores fundada toda en la observación.

Las estadísticas que precipitadamente se confeccionaron hace unos años para demostrar la superioridad de la radioterapia sobre el bisturí, con sobrado celo o por afán de notoriedad, han sido dementidas en cierto modo por los mismos que las lanzaron, al ensalzar cada perfeccionamiento de aparatos, filtros, ampollas y cuantímetros, con nuevas estadísticas que resultaban iguales a las primeras. ¡Ahora sí que se curan el 90 y pico por 100 de los miomas! han exclamado a cada perfeccionamiento; luego antes no se curaban los que se decía. Esto incita a recelar también de lo último, y si bien es verdad que con mayores intensidades se han obtenido más ventajas aumentando la potencia curativa, también han aumentado los peligros; aunque estos, por ser diferidos a largo plazo y no siempre observables por el radiólogo ni comprensibles para el público, pasan en parte desapercibidos. No así el peligro operatorio, que siendo un acto inmediato fácilmente visible, resalta extraordinariamente, dando lugar al miedo operatorio. A decir verdad, este miedo a la operación ha sido quizás cultivado en las revistas profesionales, y explotado de diversa manera saliéndose mucho el problema del terreno científico para entrar en otro que por lo resbaladizo me inhibo de tratar. Por estos motivos, prescindiendo de cuanto se dice en pro o en contra, he de concretarme a estudiar lo que he tocado y visto personalmente; y sirva esto para sincerarme de que no haga aportación de estadísticas de otros colegas competentísimos y de que prescinda de lo que no me atañe personalmente. Mis razonamientos se basan en 130 casos operados por mí en estos 10 últimos años (1); la cifra es bien modesta, pero tiene la ventaja de ser estudiada cuidadosamente y sin partido previo.

* * *

El único argumento en contra de la operación es la mortalidad operatoria. Los dos argumentos en pro de la irradiación son: su inocuidad y la posibilidad de curar la mayor parte de los miomas (hasta el 98 %). Voy a examinar los tres a través de la serie citada.

Mortalidad operatoria.—Si los casos fueran escogidos, las series de 100 x 100 de curaciones abundarían; pero los casos malos son numerosos, cada día más, si los sencillos pasan a manos del radió-

logo, siendo esta selección causa de mayor mortalidad global que es preciso analizar, porque no es justo que se recargue el cuadro de la intervención quirúrgica con los casos en que el cirujano trata de arrancar materialmente de la muerte a enfermas con gravísimas complicaciones, lográndolo la mayor parte de las veces, y que lo que debiera ser una virtud, se convierta, cuando no lo logra, en una especie de pecado original de todas las histerectomias.

En mis 130 casos tengo 4 muertes; pero es que entre ellos hay solamente 64 casos que pudiéramos llamar sencillos, aunque algunos de ellos sean tumores enormes, y otros recaigan en mujeres tan anémicas que más parecía que se operaba en el cadáver. Los otros 66 casos están complicados con degeneración cancerosa, inflamaciones, necrosis, piosalpinx, tumores supurados, adherencias intestinales, etc., según veremos detalladamente al final, que complican y agravan el pronóstico; hay también 10 miomectomías abdominales, algunos muy complicadas.

Una de las muertes es por embolia en una mujer ya menopáusica, pletórica, portadora de un enorme fibroquístico inflamado que llegaba hasta el estómago. Otra fué también en un caso de tumor inflamado y muy adherido. Otra en fibromas múltiples en plena supuración, inabordable por ninguna otra vía, y que no admitía aplazamiento. El único caso sencillo de muerte sobrevino en circunstancias especiales que me obligaron a operar fuera del medio habitual y con personal completamente distinto, (todo el que esté versado en casos quirúrgicos sabe la importancia que esto tiene). En cambio curaron los casos con anexitis supuradas, que pudieron ser operados en frío; los calcificados, los con adherencias intestinales, los cancerosos (aunque uno de ellos recidivó más tarde) y hasta una diabética con enorme fibroma esfacelado del cual salían trozos por la vagina, curó incluso de su diabetes. No se tome pues la mortalidad operatoria como argumento contra la intervención quirúrgica desde el momento en que ésta es capaz de salvar escollos, alguna vez ignorados antes de abrir el vientre, y es solamente a cambio de este gran número de casos salvados que hay alguna mortalidad; más no en los casos simples, a poco que se cuide la técnica operatoria.

Inocuidad de los rayos X.—Así se publica y así exige el enfermo que sea, pero demasiado sabe el radiólogo consciente de lo que maneja, que no es una verdad absoluta. Naturalmente que el peligro, como el peligro quirúrgico, depende en gran parte del operador; pero hay muchos factores que son incógnitos para éste, por lo que no es extraño que se observen casos desgraciados. Esto me explica el hecho de que ginecólogos que habían empleado la radioterapia profunda con entusiasmo, la hayan dejado luego sólo para casos muy especiales; así se comprende también que muchos otros, ya no practiquen la dosis atrofiante única, sino que observan más discreción y a menudo se contentan con lograr amemorias de corta duración sin que se vea la atrofia tumoral, pero sí recrudescencias de las menorrhagias y otros trastornos que luego detallaré.

(1) De mi clínica particular y del Hospital Clínico, servicio de Ginecología del Prof. BONAFONTE.

Es verdad que muchos radiólogos no son ginecólogos y están poco en condiciones para apreciar las contraindicaciones de los rayos X que son muchas y frecuentes. Ciñéndome siempre a mi experiencia personal de estos últimos 10 años sin ir a recopilar lo observado por otros, puedo citar trastornos graves ocasionados por los rayos X alguno de ellos terminado por muerte.

Recuerdo entre otras cosas, dos casos de tumores grandes de crecimiento rápido calificados fundamentalmente de fibromas en degeneración sarcomatosa, en que la röntgenterapia aceleró un desarrollo o cuando menos dejó que pasara el plazo útil para ser operados, pues cuando tal se quiso hacer, el peritoneo estaba ya invadido.

Recuerdo también una mujer menorragica a los 42 años por pequeño mioma o útero escleroso en que se produjo la amenorrea RÖENTGEN; pero a los pocos meses se presentó una neuralgia del nervio genitocrural que duraba después de 4 años cuando yo la vi.

Otro caso. Mujer de 43 años. Útero del tamaño de una naranja, menorragico. Röntgenterapia durante 11 meses (24 sesiones), las menorragias que cedieron al principio hasta llegar casi a la amenorrea, reaparecen en forma de pequeña metrorragia constante; la enferma con muy buen sentido rehusa nuevas irradiaciones y acepta la operación que había rechazado antes. Esta es muy dificultosa por la gran esclerosis de todo el suelo de la pelvis; el útero es bastante pequeño, los ovarios atrofiados; hecha la histerectomía se encuentran pequeños nódulos miomatosos intersticiales y uno submucoso todos con aspecto atrófico, pero la mucosa está congestionada e hiperplásica con cierta tendencia a la malignidad.

Caso de necrosis. N. C., de 47 años. Mioma intersticial de pared anterior de útero de tamaño de cabeza de feto, menorragico. 2 meses después de la terapia RÖENTGEN aparecen pequeñas metrorragias, tumor doloroso, síntomas de pelviperitonitis, con temperaturas de 39 y 40°, que ponen en peligro su vida. Después de 1 mes de tratamiento antiflogístico, histerectomía abdominal; se encuentran adherencias peritoneales recientes en toda la superficie del tumor; éste es intersticial, único y está en vías de necrosis. Curación.

Este caso y el anterior fueron salvados antes de que las complicaciones llegaran a lo irremediable; no así los dos que siguen.

N. N., Religiosa de 40 años, soltera. Se le había hecho la castración RÖENTGEN por un proceso uterino menorragico. Al poco tiempo comenzaron dolores en la fosa il. derecha e higogastrio con fenómenos flogísticos de tipo tórpido. Cuando yo la vi se notaba empastamiento difuso y doloroso en la región citada; el útero parecía grande en retroflexión y doloroso al tratar de movilizarlo, así como el fondo de saco-vaginal derecho, temperatura de 37,5 a 30°, signos todos de proceso flogístico útero-anexial. Medicación antiflogística que hace mejorar los síntomas; aprovechando algunas de estas mejorías, propongo una laparatomía, que la enfer-

ma rechaza sistemáticamente. Dejo de visitarla, pero me entero por un médico de cabecera, que fué demacrándose y murió a los 3 ó 4 meses con los mismos síntomas de dolor regional y temperaturas no muy altas.

N. N. Mioma uterino como el puño, próximo a la menopausia; le aconsejan la radioterapia que es aceptada por miedo a la operación. Queda la mujer amenorreica, pero luego vienen fenómenos vagos de flogosis pélvica y de colitis que alternativamente dominan la escena; se acentúa más tarde la flogosis pélvica anexial y peri-uterina, que es cuando yo veo a la enferma, con temperaturas medias, que ceden algo a fuerza de tratamiento antiflogístico, sin que desaparezca del todo el síntoma dolor. Cuando la enferma empieza a estar medianamente en condiciones operatorias, vienen nuevos brotes de anexitis que obligan a aplazarla; la anemia se acentúa de día en día, las temperaturas febriles se hacen constantes y finalmente sobreviene glucosuria y muerte; todo esto en el espacio de algunos meses.

Dejando aparte los casos de fibrosarcoma agravados rápidamente por el RÖENTGEN, porque no debía haberse ya aplicado y cuyo mal resultado no es imputable al tratamiento en sí, sino a quien lo aplicó, en los demás, se ve el efecto pernicioso e inesperado que puede en ciertos casos producir la Röntgenterapia, ni más ni menos que cualquier medicación activa, sin que podamos atribuirlo a defectuosa aplicación, sino a reacciones y sensibilidades especiales de los tejidos, con la particularidad de que produciéndose a largo plazo no siempre se ve la relación de causa a efecto y algunas veces, ni siquiera se entera el radiólogo. Este efecto pernicioso no es despreciable cuando provoca la inflamación y necrosis del tumor, ya que puede llegar a producir la muerte, o cuando menos agrava el pronóstico operatorio.

Para terminar, conviene fijar la atención en los dos últimos casos de pelviperitonitis y anexitis terminados por muerte, con un síndrome muy distinto del que acostumbramos a ver en gonococcias y estafilococcias genitales; su curso tórpido, mediana fiebre, con exacerbaciones y remisiones sin causa aparente, obediendo mal al reposo, al calor, al frío, y a los tratamientos descongestionantes todos, se parece algo a un proceso tuberculoso, sin que encaje tampoco bien en él, sobre todo en el primer caso en que era unilateral. Mas bien parece un proceso lento de necrosis de ovario o trompa, órganos que no siendo necesarios para la vida permitieron una evolución sorda al principio con invasión microbiana subsiguiente y sin la reacción vital normal; la carencia de autopsia en estos dos casos me obliga a moverme en el terreno de la hipótesis. Pero aún puestos a no inculpar a los rayos X como esencia del proceso, forzosamente hemos de admitir o que había allí un proceso anexial antiguo ignorado, o que la acción desvitalizante de la Röntgenterapia provocó la fijación de microbios patógenos que bien pudieran ser el B. de KOCH como en muchas artritis tuberculosas.

Sea una u otra cosa conviene tener presente que

la acción nociva de los rayos X puede en ciertos casos llegar hasta la muerte, aún aplicados correctamente.

Posibilidad de curar la mayor parte de los miomas.—Dejando aparte los de evolución vaginal más o menos pediculados, que ya nadie discute, los más entusiastas radiólogos dicen que pueden curarse todos los miomas, *menos* los que van acompañados de inflamación del tumor o de los anexos, los degenerados malignamente, los que están en probable necrosis, los que han contraído adherencias con órganos vecinos, sobre todo intestino, y, como contraindicación relativa, la juventud de la enferma y al gran tamaño del tumor. El examen atento de los casos que he podido comprobar nos demostrará que las contraindicaciones constituyen la minoría.

Los 130 casos operados por vía abdominal se descomponen en esta forma :

Casos	
Histerectomías simples sin complicación..	64
(Entre ellas, 5 de tamaño enorme y varias en mujeres jóvenes.)	
Tumor con algún nódulo calcificado o en vías de necrosis...	10
En degeneración sarcomatosa o con carcinosis intrauterina.	7
En degeneración mixomatosa.	4
Tumor fibroquístico enorme inflamado...	1
Superficie inflamada con adherencias anexiales	12
Superficie inflamada con anexitis supurada...	5
Tumores múltiples necrosados y en supuración	2
Complicados con grietas del ovario...	3
Incluidos en el ligamento ancho o enclavados en la pelvis.	3
Con torsión del pedículo...	1
Con adherencias de intestino o apéndice...	5
Complicado con prolapso...	1
Tratados antes por rayos X en aparente buen estado...	3
Miomectomías, con conservación de útero útil.	10
(1 con adherencias, 1 con necrosis tumoral, 2 con quiste ovárico).	

130

De aquí resulta, que en más de la mitad de los casos los rayos X hubieran sido perjudiciales, en algunos probablemente mortales. Pero aún contando los casos sin complicación en que se hizo histerectomía, que son 64, hay entre ellos media docena que por su enorme tamaño, el radiólogo más optimista no hubiera aceptado; hay también 3 en tal grado de anemia que hubieran resistido peor la desglobulización que la radiación provoca, que el choque clorofórmico que es pequeñísimo en los enfermos, anémicos precisamente porque la dosis anestesiante es mínima; hay además, algunas mujeres jóvenes poco apropiadas para la irradiación.

De este modo quedan reducidos a muy pocos los casos que de estos 130 podían irradiarse, no diré sin peligro, con probabilidades de curación.

Apurando la crítica de la estadística, vamos a admitir que ésta esté sobrecargada de casos malos por selección natural instintiva de las enfermas, o de sus médicos, y que los casos sencillos son muchos más; admitamos también que el mismo ginecólogo divide concienzudamente sus casos en buenos y ma-

los, adjudicando los primeros a la radiación y los segundos al bisturí. Después de distribuidos, me pregunto yo ¿es que pueden conocerse siempre los casos no peligrosos de irradiar? ¿Es que siempre sabremos cuando hay intestino adherido, o una anexitis larvada, o principio de necrosis por defecto nutritivo de algún nódulo? En muchos casos tendremos conocimiento de ello por algún estado febril anterior o por el dolor provocado al comprimir el tumor; pero en otros iremos completamente a ciegas; en muchos de los casos enumerados la complicación fué una sorpresa operatoria, especialmente los de adherencias intestinales antiguas y los que estaban en principio de necrosis.

Por esto estimo que *la mayor parte de los casos no son justiciables de la radioterapia y que aún en los aparentemente sencillos, ésta es tan peligrosa o más que la laparotomía.*

* * *

Pero además de todo lo expuesto quiero hacer constar que en el activo del tratamiento quirúrgico hay dos hechos que por sí solos le colocan por encima de todo otro tratamiento, aún en los casos no dudosos de simplicidad; la miomectomía y la curación radical verdad.

La miomectomía abdominal goza cada día más del favor de los ginecólogos; es una operación salvadora del órgano y de su función, y debe practicarse siempre que se pueda en los enfermos que no han pasado los 40 años; es menos grave que la histerectomía en muchos casos, y trastorna menos las relaciones interorgánicas. Los argumentos de que pueden persistir las menorragias por alteración de la mucosa, de que pueden crear otros nódulos pequeños, o de que queda un útero gigante productor de molestias, que se esgrimen contra esta operación, carecen de consistencia. Este solo hecho de poder practicar una miomectomía, tiene tal valor para el ginecólogo que estima en algo la conservación de la integridad de la mujer, *que cuando ésta no pase de 40 años, contraindica por sí solo todo tratamiento radiológico*; nótese que la miomectomía es precisamente practicable y útil en los casos sin anexitis ni complicaciones de vecindad, que son los que más podrían ser tributarios del Roentgen. La pretendida castración temporal con reducción (?) del tumor no es equivalente a la operación dicha.

Cuando ella no es posible y hay que hacer histerectomía, la curación radical obtenida tampoco tiene equivalente en radioterapia. La degeneración sarcomatosa del tumor, que WINTER estima en un 4 por 100, y la carcinosis total de la mucosa uterina, que tampoco es rara, se presentan aún en la menopausia; la roentgenterapia no suprime este peligro; en mi pequeña estadística, eliminando el cáncer del cuello del cual no puede acusarse al mioma como causal, figuran 6 casos, poco más o menos la cifra de WINTER. *Por tanto, el único tratamiento que puede ponernos a cubierto de esta complicación es la extirpación del tumor.*

No terminaré esta exposición sin fijarme en un

pequeño detalle muy secundario sin duda pero de algún interés. Dícese que la menopausia provocada por la histerectomía es tormentosa y llena de molestias, al paso que la provocada por la castración Röntgen es suave y sin incidentes. No hay duda que la supresión del útero en mujeres jóvenes da lugar a pequeños trastornos a veces muy molestos y para evitar esto se practica cuando se puede la histerectomía fúndica, dejando un ovario, para conservar una pequeña función menstrual. Pero las mismas molestias se presentan con la castración RÖENTGEN; lo que hay aquí es que siendo estas molestias variables en intensidad según las enfermas, es muy fácil cuando se quiere juzgar benévolamente, fijar más la atención en los casos buenos que en los malos, para generalizar luego según aquellos; y luego para darle más verosimilitud, se ha recurrido a la posibilidad de conservar de la ruina, la hipotética secreción interna del ovario independiente de la ovulación, por medio de exacta medición de la cantidad de rayos X capaces, a una distancia desconocida de matar todos los óvulos en germen sin alterar lo más mínimo las células vecinas.

* * *

Concretando cuanto llevo expuesto, diré a modo de conclusión, que todo mioma uterino que por cualquier circunstancia represente un peligro para la mujer debe ser tratado quirúrgicamente por las siguientes razones:

- 1.º Porque el peligro operatorio no es mayor que el de la radioterapia en los casos sencillos.
- 2.º Porque permite descubrir y solventar las complicaciones ocultas y las visibles.
- 3.º Porque en ciertos casos, no determinables de antemano, permite extirpar el tumor conservando el útero.
- 4.º Porque en los otros casos produce la curación radical a cubierto de degeneraciones malignas.

La radioterapia es un excelente medio curativo, pero solamente deben tratarse por radio o radiumterapia los casos simples en que estando indicada la extirpación, ésta no se pueda practicar por el mal estado de alguna víscera que haga insuperable la operación; y durante todo el período de tratamiento, el radiólogo debe estar asesorado por el ginecólogo. Los casos de miedo insuperable verdad, no deben existir.

RÉSUMÉ

Tout myome utérin qui par quelque circonstance représente un danger pour la femme doit être traité chirurgiquement pour les raisons suivantes:

- 1.ª Parce que le danger opératoire n'est pas plus grand que celui de la radiothérapie dans les cas simples.
- 2.ª Parce qu'il permet de découvrir et de satisfaire les complications cachées et visibles.
- 3.ª Parce que dans de certains cas, pas déterminables à l'avance, il permet d'extirper la tumeur en conservant l'utérus.
- 4.ª Parce que dans les autres cas il produit la guérison radicale hors des dégénérationes malignes.

La radiothérapie est un moyen excellent de guérison,

mais ne doivent être traités par radium ou radiothérapie que les cas simples, où étant indiquée l'extirpation, elle ne peut pas être pratiquée à cause du mauvais état de quelque viscère qui rend insupportable l'opération. Pendant toute la période de traitement, le radiologue doit être conseillé par le gynécologue. Les cas de peur vraiment insurmontable ne doivent pas exister.

SUMMARY

Every uterine myoma that under any circumstance represents a danger to the patient, should be treated surgically for the following reasons:

- 1st) Because the operative risk is not greater than that of radiotherapy in the simple cases.
- 2nd) It enables the hidden and the visible complications to be detected and solved.
- 3rd) In certain cases, not determined beforehand, it enables the tumor to be removed preserving the uterus.
- 4th) In the other cases, it brings about a radical cure devoid of malignant degenerations.

Radiotherapy is an excellent curative medium but with radio or radium therapy there should be treated only those simple cases where removal being indicated it cannot be performed on account of the bad condition of some viscera which renders the operation unbearable and during all the treatment the radiologist should have the advice of the gynecologist. There should not be any cases of actual insuperable fear.

ZUSAMMENFASSUNG

Jedes uterine Miom, das aus irgend welchem Grunde eine Gefahr für die Frau bedeutet, sollte aus folgenden Gründen chirurgisch behandelt werden:

1. In einfachen Fällen ist die Gefahr eines operativen Eingriffs auch nicht grösser als diejenige der Radiotherapie.
2. Es besteht die Möglichkeit, verborgene und sichtbare Komplikationen zu entdecken und zu beseitigen.
3. In gewissen Fällen, die aber vorher nicht bestimmt werden können, kann der Tumor entfernt werden, indem gleichzeitig der Uterus bewahrt wird.
4. In den anderen Fällen wird dadurch die radikale Heilung maligner Degenerationen bewirkt.

Die Radiotherapie ist ein ausgezeichnetes Heilmittel, aber mittelst Radium oder der Radiotherapie sollten nur einfache Fälle behandelt werden, in denen, obgleich die Extirpation angezeigt ist, dieselbe wegen des schlechten Zustandes eines Darmes, der die Operation unerträglich macht, nicht ausgeführt werden kann, und während der ganzen Dauer der Behandlung sollte der Radiologe vom Gynäkologen beraten werden. Die Fälle wirklich unüberkömmlicher Angst sollten nicht existieren.

LA RADIOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL MAL DE POTT⁽¹⁾

por el doctor

LUIS CARRASCO FOMIGUERA

Del Instituto de Diagnóstico y Terapéutica físicos, de Barcelona

La gran extensión alcanzada por la Medicina ha hecho indispensable su división en especialidades, ya que por grande que sea la laboriosidad y la capacidad de un individuo, no es suficiente la vida de un hombre para enterarse siquiera de cuanto hasta la actualidad se ha escrito sobre asuntos médicos; esto tiene la ventaja de que permite profun-

(1) Comunicación al Instituto Médico-Farmacéutico, de Barcelona.