

Revista de revistas

Cirugía

HELMAN (C.): Naturaleza y tratamiento de la osteomielitis aguda. *The Lancet*, v. 287, número 5799, 20 octubre de 1934.

Para el autor hay que considerar la osteomielitis como una simple manifestación local de una infección general durante el curso de la misma, debiéndose mantener a la expectativa los primeros días y no intervenir hasta que no se haya coleccionado el pus. Las intervenciones precoces en enfermos que carecen de defensas, son de un gravísimo pronóstico y acrean una crecida mortalidad. Para el autor es una feliz circunstancia la de no hacerse el diagnóstico en el primer momento, sino al cabo de unos días de la aparición de la afección.

En la mayoría de los casos la incisión del periostio es suficiente durante la primera intervención. El hueso no debe ser trepanado más que en un segundo tiempo.

A. R.

BROCQ: Tratamiento de las pancreatitis agudas. — *Presse Med.*, año 42, núm. 12. Febrero de 1935, pág. 217.

Expone el autor los mediocres resultados obtenidos en el tratamiento de la pancreatitis hemorrágica, extraídos de una estadística de 468 casos por él estudiados, en la que se observa una mortalidad de 67 % que no es muy satisfactoria comparada con la de 1910 de un 78 %.

Se pronuncia contra los abstencionistas, ya que cree en muchos casos imposible y arriesgado sentar un diagnóstico. Para él es de utilidad el drenaje de la glándula edematosa o necrosada, que permite la salida en parte al exterior de la tripsina reactivada y de los productos de necrosis. Preconiza al mismo tiempo el examen de la vejiga y vías biliares con la

solución quirúrgica de las lesiones que frecuentemente en ellas se encuentran, si el estado del enfermo lo permite. Aconseja neutralizar la acidez gástrica para evitar la producción de tripsina, dando atropina.

A. R.

PUENTE (J.): La Queilitis glandular simple y estados allegados. *Rev. Med. Lat. Am.*, p. 1961, núm. 238. Julio de 1935.

Existe en el labio inferior una malformación caracterizada por la presencia, en la parte posterior de la zona del borde libre rojo, de orificios correspondientes a conductos excretores de glándulas salivares heterotópicas. Aparecen en número variable y aspecto más o menos visible, según el grado de desarrollo del proceso. La compresión del labio con los dedos constituye un signo importante para poner en evidencia este trastorno. Este estado fué individualizado en 1927 por el autor y el Dr. A. Acevedo con el nombre de *queilitis glandularis simple* o pura, sobre la base de nueve observaciones, en oposición a la denominación *queilitis glandularis apostematosa*, descrito por Volkmann en 1870.

En esa oportunidad emitimos la hipótesis de que esta última afección constituía una complicación excepcional inflamatoria crónica de la malformación silenciosa y asintomática. Otros autores, españoles y franceses, han corroborado estos hechos en sus líneas generales y han aportado nuevas nociones. El trabajo actual, basado en un número mayor de observaciones (52) confirman y amplían los datos expuestos en 1927.

1.º) La proporción de los casos evidentes en nuestro país, es más o menos del 3 %, entre los concurrentes a las consultas.

8.º) No tiene predilección por un sexo determinado.

3.º) Es visible en la edad mediana, y sobre todo adulta. No se ha podido demostrar en la infancia, pero todo hace suponer que puede ser familiar y que hay una predisposición congénita.

4.º) Se observa preferentemente entre los españoles, y entre ellos, en los de la zona norte de la península. En España se la ha encontrado repartida, sin predilección por ninguna región del país. La alta cifra entre los del norte se explica por el predominio inmigratorio de gentes de esa parte, en nuestro país. Se ha encontrado la queilitis entre italianos, franceses, argentinos, yugoeslavos, austriacos y judíos, en una reducida proporción.

5.º) Aunque esta alteración visible en la edad adulta, coincide con estados de suciedad de la boca (gingivitis, caries, piorrea) en un alto porcentaje, hay casos netos, en sujetos con su boca sana e íntegra.

6.º) De todas las afecciones cutáneas y generales concomitantes, lo que ha llamado más la atención es la coincidencia con tipos de piel de aspecto senil precoz. A estas perturbaciones de la trama conjuntivo-elástica del dermis y corion, junto a una probable influencia del aire, que actúa sobre la semimucosa del labio, ligeramente evertido por la hipertrofia glandular, se debe atribuir la visibilidad y el aumento de tamaño de los orificios de las glándulas en esa zona.

La queilitis glandular apostematosa o supurada es una complicación rara de esta malformación. Al lado de los procesos graves e incurables, que corresponden a la descripción princeps, existen otras formas leves y transitorias, también registradas en la literatura.

Existen entre ambas, la distancia y diferencia que va desde el impétigo a las lesiones de foliculitis profundas e inveteradas, en las cuales debe suponerse la acción de un agente muy activo o más bien de un terreno propicio especial.

La hipótesis de Bejarano, apoyada por Covisa, Gay Prieto, Touraine y Solente, de que la queilitis glandular puede ser una afección precancerosa, dió un significado muy importante a este estado.

Los argumentos fundamentales, par sostener esta interpretación, son:

1.º El hallazgo de un caso de epiteloma basocelular de labio, que Bejarano cree originado en una glándula salivar.

2.º La aserción de Touraine y Solente de que en otro caso, un pequeño epiteloma espinocelular se desarrolló alrededor del suelo de un orificio de un conducto excretor.

Pero como lo manifiesta Bejarano, no es forzoso que todo epiteloma de labio aparezca sobre una queilitis, y aun existiendo ésta puede desarrollarse independientemente de ella.

En dos observaciones personales —una de epiteloma espinocelular y otra con una formación paraqueratósica con una proliferación epitelial subyacente que puede interpretarse como de un cáncer inicial—, no hemos podido establecer ninguna relación directa entre estas neoproducciones y la queilitis.

Este es un asunto importante, que necesita para su definición definitiva, nuevas y numerosas investigaciones histogenéticas.

La relación de la queilitis con las neoproducciones cancerosas de labio puede encararse desde otro ángulo: ello es, que la queilitis es un índice contingente de predisposición mórbida para la neoplasia maligna, pues coincide su presencia con trastornos del metabolismo del tejido conjuntivo elástico, terreno favorable para el desarrollo del cáncer, en cualquier sitio de la piel.

A. R.

BARD (L4): Los traumatismos de riñón en su relación con los accidentes del trabajo. *Rev. Med. Cubana*, p. 390, núm. 4. Abril de 1935.

1.º La pielografía es un medio gráfico que debe emplearse en los accidentes renales del Trabajo con elementos de ilustración indiscutible e insustituible.

2.º Debe practicarse, pasados los fenómenos agudos y cuando el síntoma hematuria ha cedido. No ofrece ningún peligro en tales condiciones.

3.º Dicha pielografía mide exactamente el grado de lesión renal y nos ilustra sobre posibles complicaciones futuras (hidro o pienefrosis, litiasis, etc.).

4.º Sabiendo la importancia que tienen los traumatismos en general como elementos coadyuvantes, para localizar tuberculosis, puede también en este sentido ser elemento de valor, cuando en ese traumatizado renal se presenta esta afección.

5.º Cuando en un traumatismo renal se en-

cuentran lesiones, a la pielografía inmediata, ésta debe repetirse cada seis meses para ir observando las complicaciones que pueda producirse secundariamente a dicho traumatismo.

6.º Toda hidro o pionefrosis, tuberculosa o litiasis, que se haya producido después de un traumatismo, debe ser temida como secundaria, salvo prueba en contra.

En estos casos nadie puede desconocer el valor que como prueba tiene la pielografía.

7.º Por el contrario, las mismas lesiones secundarias a un traumatismo, en que no exista como prueba la pielografía, tiene un valor relativo muy discutible.

8.º Para los casos en que el traumatismo renal se produzca en un enfermo con lesiones pre-existentes, la pielografía, al mostrar al mismo tiempo dicha coexistencia (litiasis, hidronefrosis, tuberculosis, tumores, etc.), ilustra en forma definitiva sobre el valor de cada lesión.

9.º No debe practicarse nunca *ninguna nefrectomía*, salvo los casos de extrema urgencia, por un traumatismo renal, sin antes haber practicado la pielografía, que proporcionará los elementos gráficos que justifica plenamente la ocnducta observada por el cirujano. Cuando no se puede esperar, es indispensable guardar lo más cuidadosamente posible el riñón extirpado.

10. La pielografía, al establecer con justicia el verdadero alcance del accidente, es un elemento que lo mismo sirve para defender al accidentado, que al responsable del accidente cuando éste no ha sido otra cosa que el que ha despertado otro proceso, poniéndolo en evidencia o evitando que se inculpe al accidente de complicaciones ajenas al mismo.

11. La pielografía ascendente es la única que puede darnos un molde exacto de la lesión renal, que ha determinado el traumatismo y dada la responsabilidad que tiene cualquier perito al tener que fijar una indemnización, a ella debe remitirse siempre.

La pielografía descendente podrá ser utilizada para seguir la evolución periódica de los accidentados renales completando la ascendente cuando se presentan dudas de interpretación.

12. No debe presentarse en general ningún peritaje médico legal sobre traumatismos renales, desprovistos de la pielografía ascendente, dada la importancia que tiene, como acabo de manifestar.

A. R.

Obstetricia

CARCELLER (C.): El parto espontáneo después de la sinfisiotomía subcutánea. *Annals de Medicina*, núm. 5, maig de 1935, p. 471.

El movimiento de oscilación que ha sufrido la práctica de las pelvitomías depende, según el A., del hecho de la ampliación de sus indicaciones y de la asociación sistemática de la sección pélvica con la extracción inmediata del feto.

Es necesario insistir respecto a la conveniencia de esperar el parto espontáneo por los siguientes motivos: intervención en el momento más oportuno, peligro de lesiones maternas por la intervención complementaria, morbilidad puerperal mínima y consecuencias ulteriores nulas.

Los supuestos inconvenientes (imposibilidad del parto espontáneo, hemorragias, infección, parto largo, falta de rotación, sufrimiento fetal, despertar penoso y desilusión por no ver terminado el parto), son consecutivamente rechazados por el A.

La duración es variable y depende de las circunstancias del caso.

El procedimiento no excluye un número de casos en los cuales la intervención posterior es imprescindible.

A. R.