

La Crónica Médica

AÑO XXXIII — LIMA, MARZO DE 1916 — N° 633

COLECISTECTOMIA RETROGRADA POR COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA, EN UN HOMBRE DE 78 AÑOS. (*)

POR RICARDO J. UGAZ

Interno de los Hospitales

(Al Dr. Luis de la Puente, con todo afecto).

Voy á tener el placer de presentar á Uds, un interesante operado de Colecistitis crónica calculosa. Es interesante, porque además de haberse hecho el tratamiento operatorio en un individuo de 78 años de edad, y de pasado patológico no muy alhagueño, se ha empleado, al verificar la intervención, la técnica llamada «colecistectomía de atrás á adelante».

El factor *edad*, de importancia grande, no es jamás despreciado en ninguna clase de intervenciones operatorias, cualesquiera que ellas sean; así vemos corrientemente en la literatura quirúrgica, ocupar un sitio preferente los operados comprendidos en los más alejados extremos de la vida. A este respecto, DEEVER de Filadelfia, (1) cuyo estadística de operados por colecistitis alcanza á 159 intervenciones hasta 1914, señala 70 años como la mayor edad de sus operados.

No es solamente el factor edad lo que hace interesante el caso que presento, sinó que á tal factor, se une el no menos temible de cierta alteración en el funcionamiento del músculo cardíaco, pues nuestro enfermo padece, hace largo tiempo, de una lesión de orden esclerósico.

No pretendo sostener que la técnica que voy á describir es moderna, pues ya en 1908 M. GUIBE en su «Chirurgie de l'abdomen» nos habla, aunque muy someramente, de ella, dándole toda preferencia á la Colecistectomía por el procedimiento corriente, es decir, seccionando con el bisturí, el seno cístico-hepático, más sobre la vesícula que sobre el hígado, para hacer luego el rebatimiento del fondo al cuello vesicular.

(*) Relación y presentación del enfermo á la Sociedad Médico Quirúrgica del Hospital «Dos de Mayo», en la sesión del 6 de febrero de 1916

(1) JOHN B. DEEVER.—Report of the cases of gall-stone disease operated.—*Annals of Surgery*.—Filadelfia 1914.

La colecistectomía á pesar de los variadísimos cuadros clínicos de la litiasis biliar y de las colecistitis en general, tiende á hacerse, con justísima razón, la operación de elección. Sin embargo, hay todavía quienes prefieren la Colecistotomía ideal, que, como sabemos, se hace abriendo la vesícula para cerrarla luego, de haber satisfecho el objeto de la intervención.

Pasada la época en que la Colecistotomía se puso en boga y se conocieron sus grandes defectos y sus pocos provechosos, la cirugía biliar entró en el terreno en el que en la actualidad se encuentra, aunque, como acabamos de decirlo, hay tendencia á abandonarlo. Me refiero al predominio de la Colecistectomía sobre la colecistotomía y sobre la colecistostomía. Bien es verdad, que no es justo ser exclusivista, mucho menos en cirugía biliar, en que casi siempre el cirujano no sabe la técnica que seguirá y en la que llevar un plan operatorio preconcebido es revelar escasos conocimientos ó mucha audacia.

Con muy acertada razón dice el Dr. JORGE (2) que «estos dos métodos (cistectomía y cistostomía) en la práctica diaria, se complementan» y que «cada uno de ellos tiene sus indicaciones especiales y precisas, que resultan de las modificaciones de la región biliar y del estado general del paciente».

Los que prefieren la colecistostomía, pensando en que es más «fisiológica», creen que una vez pasado un tiempo de «abierta y drenada», pueden esperar que al cierre de la fístula, la vesícula se encuentre nuevamente apta para adquirir sus antiguas funciones perdidas; pero desgraciadamente, no siempre sucede así, y por lo general, la mucosa vesicular ha desaparecido, ó está tan grandemente alterada que quizá sirva más tarde para ser causa de recidivas ó de asiento á lesiones nuevas; el cancer especialmente.

Además, se dice y se cree, que la colecistostomía es una operación de más fácil labor que la colecistectomía y que por esta razón, su practica resulta más provechosa para el paciente. Si bien en algunos casos es incontestable esta verdad, lo es solamente en un número de los más restringidos y es precisamente en los únicos en que está indicada su ejecución, con exclusión de las demás técnicas.

Yo creo que con buen método, correcta posición del enfermo luz amplia—insición de Sprengel ó de Kocher por ejemplo— y empleando la técnica retrógrada, la colecistectomía se hace por el general, en igual ó menor tiempo que la colecistostomía, sin temer los peligros que el mal abocamiento del fondo vesicular puede traer, al recobrar el hígado su posición normal, que se encontraba forzada por el cojinete posterior.

Si pensamos también que para el porvenir, la conservación de la vesícula biliar puede ser útil para posteriores operaciones sobre los conductos, no deja de tener cierto valor la colecistostomía, pero

(2) J. M. JORGE.—Tratamiento Quirúrgico de la litiasis biliar.— 6º. Congreso Médico Pan Americano.—Lima 1913.

quedan aún muchos recursos al alcance del cirujano para suplir la presencia vesicular.

Por consideraciones á la pequeñez del trabajo, pasaré por alto todos los argumentos dados por partidarios de uno ú otro método. Transcribiré sí, por considerarlo indispensable, el magnífico resumen que el Dr. Jorge, notable cirujano de Buenos Aires, hace en su importantísimo trabajo «El tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar» presentado al 6.º Congreso médico Pan Americano.

«Aconsejo la colecistostomía, dice, cuando es urgente un tratamiento rápido y benigno y está permeable el cístico, en los casos muy agudos con amenazas de infección peritoneal y cuando las dificultades operatorias hacen imposible otro procedimiento. La colecistectomía debemos preferirla en todos los casos de litiasis vesicular, siempre que esté bien permeable el colédoco. No se necesita drenar el colédoco si la litiasis no ha pasado á las vías principales..

La coledocotomía puede aconsejarse: cuando el coledoco está ensanchado y engrosado; cuando la cabeza del pancreas está aumentada de volúmen y endurecida; cuando muchos cálculos se encuentran en la vesícula y en el cístico, lo que podría hacer presumir que hay otros en el colédoco; cuando, si hay ictericia, la anamnesis erseña que es calculosa y ha sido acompañada de escalofríos; cuando existen vehementes sospechas de que la inflamación ha pasado al colédoco y, finalmente, cuando el hígado se encuentra duro y aumentado de tamaño (cirrótico)».

La colecistectomía practicada por primera vez por MARION SIMS en 1878, fué propuesta y perfeccionada en 1882 por LANGENBUCH, aunque su práctica no se ha generalizado sinó en estos últimos 15 años. Pero es en Enero de 1911 que GOSSET y DESMAREST, en un trabajo presentado á la *Sociedad de Cirugía* de París, relatado por el profesor HARTMANN, pueban, basándose en sus experiencias y sobre la disposición anatómica de las arterias de la vesícula, que la manera más simple y segura para hacer la hemostasia completa era «recurrir á la colecistectomía de atras á adelante». En efecto, los dos grandes peligros de la cistectomía son: la hemorragia de la arteria cística y la herida del colédoco, facilmente evitados con esta sencilla como maravillosa técnica.

Mas tarde esta técnica ideada por autores franceses, ha sido adoptada por MOYNIHAN, W. MAYO, (3) QUENU, STARR (4), etc. que corroboran sobre su sencillez y hablan sobre su caracter magistral.

Esta técnica de «atras á adelante», llamada más comunmente «retrógrada», título menos justo sí, pero en todo caso más conciso, está basada en la «integridad muy frecuente de la porción terminal del canal cístico», integridad que hay que saber buscar, aún en los casos más difíciles y que facilitará singularmente la buena marcha operatoria.

(2) W. W. KEEN.—*Cirugía Teórica y Practica*.—Tomo III. Barcelona.

(4) EDWARD STARR JUDD.—*The Technic of cholecystectomy*.—*Annals of Surgery*.—Filadelfia. 1914.

Sin mencionar el procedimiento que verifica la cistectomía abriendo la vesícula poco á poco en su cara inferior y en la del canal cístico; así como también la colecistectomía clásica, desprendiendo la vesícula de su fondo hacía el cístico, describiré ligeramente la técnica retrógrada, objeto de este pequeño trabajo, y que es la que se empleó en el caso que presento.

Se prepara al enfermo— me refiero á nuestro operado— como lo recomiendan los clásicos, para evitar ó tratar de disminuir la hemorragia colémica que mata muchas veces. Al efecto se le administra una poción de 4 gramos de cloruro de calcio en las 24 horas, durante tres días que anteceden á la intervención, teniendo presente, que no siempre el índice de coagulabilidad de la sangre nos enseña como reaccionará el enfermo en la operación y posteriormente.

La anestesia se hace al éter con la máscara de Ombredanne; escogiéndosela, porque en nuestro medio actual desgraciadamente, solo podemos hacer la elección con el cloroformo. Lo ideal sería hacerlo con la anestesia regional ó con la mezcla de O. y N., que al decir de CRILE, no produce la más mínima alteración en el organismo y sobre todo en los parénquimas hepático y renal; tanto más cuanto que los operados de las vías biliares casi siempre mueren por su hígado ó por sus riñones.

Luego viene la colocación del operado sobre la mesa de operaciones, punto de bastante interés y de tanta importancia como la anestesia y como la técnica operatoria misma. Se coloca pues para hacer cómoda la labor operatoria, un cojin posterior, de tal manera que se consiga una buena lordosis dorso-lumbar. Se hace la incisión de Sprengel, que juzgamos reúne muy buenas ventajas, sobre muchas de las demás preconizadas en esta clase de intervenciones por Mayo Robson, Langenbuch, Kerh, Courvoisier etc; sobre todo, que siendo casi paralela á los filetes nerviosos y al reborde costal, da magnífica luz y facilita menos las eventraciones postoperatorias, tan corrientes cuando se hacen uso de las demás insiciones que cortan los nervios, tanto sensitivos como motores.

Con el cojín posterior y la insición de Sprengel, á la vez que los intestinos se deslizan para ocupar el resto de la cavidad abdominal, sin asomar siquiera á la herida operatoria, el hígado por su borde anterior asoma solo, exteriorisandose en una gran parte, las vías biliares de preferencia.

Llegado este momento, veamos los tiempos de la verdadera técnica, seguida por nosotros.

1º. Descubrimiento, aislamiento, ligadura y sección del cístico. Para facilitar el rápido encuentro de este conducto, es necesario recurrir á buscar el colédoco. *verdadera llave de la operación:* para ello, se tracciona la vesícula por su fondo á la vez que el ayudante «desciende el angulo del duodeno»; inmediatamente por encima, velado por algunos pequeños vasos, se ve el colédoco, reconocible ya por su color blanco-grisáceo, su dirección ó muchas veces por su grosor. Dos golpes de sonda ó mejor aún, con la pinza de Kocher cerrada, nos pondrán bajo los ojos tan importante elemento, desembarasado de su delgada capa peritoneal. Para descubrir ahora el cístico, «es necesario incindir al bisturí, la lámina peritoneal que se engancha

al lado externo del colédoco, á la manera de una vela sobre el mastil de un navio». A este nivel, la lámina está reforzada por una capa grasosa, *por entre la cual camina el cístico en su parte terminal*.— Con nuevos golpes de sonda habilmente lanzados, se nos presentará el cístico bajo la forma de un cordón amarillento, dirigido casi verticalmente, que en un momento dado, se enganchará sobre la sonda cayendo así facilmente bajo el dominio de la aguja de Deschamps.

Ya en posesión de él, se le secciona entre una pinza de forcipresión y una ligadura, tocando con tintura de yodo el muñón resultante. El primer tiempo, el más importante, «la clave de la colecistectomía» como dice GOSSET y DESMAREST (1) ha terminado; y una vez ejecutado, el resto de la operación se hace sin ningún peligro y rápidamente.

Se objeta que esta *facilidad* no siempre se encuentra, sobre todo en los casos de grandes adherencias y de vías biliares anormales. Quizá, pero en el único caso que presento y que he visto operar, esta maniobra fué verificada con la sencillez más grande, sin esfuerzo ninguno; pues según el prof. GOSSET, «el segmento terminal del canal cístico está amenudo sano, dilatado y fácil de ligar», esto, en la proporción de 2 en 3 casos sobre una estadística de 32 operados.

2.º y 3.º. El segundo tiempo se reduce a desprender con suavidad el canal cístico, haciendo tracciones sobre la pinza de Kocher que lo cierra, y dirigiendola un poco hacia abajo y hacia afuera. Con esta pequeña maniobra, se consigue poner tenso y saliente el pedículo vascular, cualquiera que sea el tipo anatómico de arteria que lo formen y cualquiera que sea la dirección seguida para alcanzar el cuerpo vesicular. Una vez visto el pedículo, el ligarlo es cosa fácil llenándose así, el tercer tiempo, casi continuación del anterior, ó sea, la ligadura del pedículo vascular.

4.º El desprendimiento del cuerpo vesicular, ó cuarto tiempo, puede decirse que se hace por sí solo. Con la mano izquierda se coje y levanta la pinza que cierra el cístico, al mismo tiempo que el índice de la misma mano desprende suavemente la vesícula de su lecho hepático á favor del plano de clivaje en que se halla, mientras que la derecha, armada de unas tijeras secciona las láminas del meso vesicular, colaborando así, eficazmente, al buen fin del desprendimiento, que se hace bastante rápido y casi siempre sin hemorragia.

Los dos colgajos peritoneales que quedan, se suturan rápidamente de abajo á arriba, en toda la extensión en que se ha desprendido la vesícula biliar. Se introduce y fija luego, — si el caso lo requiere— un pequeño dren hasta el muñón del cístico, se levantan los campos y gazas después de haber suturado la piel y planos musculares, por los métodos ordinarios.

Desgraciadamente en el caso que presento no pudimos llenar hasta el final las reglas que someramente acabo de indicar. El caso era adecuado para cerrar el vientre sin drenaje alguno, puesto que

(1) GOSSET y DESMAREST.—De la cholecystectomie d'arriere en avant.—*Presse Medicale* 15 de mars de 1913.

la exploración del hígado, conducto hepático y colédoco nos revelará su integridad y buen funcionamiento, pero, la irritación vesicular había formado en la fosa cística una buena red vascular, que al ser puesta al descubierto, sangraba, sino de una manera alarmante, por lo menos, lo suficiente para que se hiciera un ligero taponamiento con gazas,

Para concluir con estas ligeras apreciaciones, hechas solamente por la novedad que para mi aporta la técnica operatoria aplicada y la edad bastante avanzada del enfermo (78 años), solo me resta leer rápidamente la historia clínica del paciente, aunque á decir verdad, aquí es de orden secundario, tanto más, cuanto que solamente me había propuesto mostraros el caso é informaros sobre la técnica operatoria seguida.

Juan Carbajal; natural de China; de 78 años de edad; sin profesión. Ocupa la cama Nº 48 de la Sala San José, del Hospital «Dos de Mayo» servicio del prof. GONZALES OLAECHEA.

Su pasado patológico es casi pobre y sin nada digno de mención. Recuerdo que hacen 5 años, estuvo durante un tiempo más ó menos largo, en otra de las salas de este mismo hospital, en donde se medía de una afección de orden cardio-vascular. Habiendo mejorado, pidió su alta.

En cuanto á su estado actual, ingresó la última vez el 27 de Set. de 1914. Dos semanas antes, había sufrido en el pueblo de Cañete un fuerte ataque de cólico hepático clásico, que lo obligó nuevamente á refugiarse en este hospital. Después de una larga permanencia en su actual sala y siendo ineficaz el tratamiento médico para conjurar la Colecistitis crónica calculosa, con manifestaciones de angiocolitis, el jefe del servicio, prof. GONZALES OLAECHEA previos análisis clínicos y de laboratorio (Sangre, orina, hematozooario & cuyos comprobantes presento), decide la intervención que es practicada el 10 de Dic. del pasado año por el Dr. LUIS DE LA FUENTE, á quien tuve el placer de servir de asistente. La anestesia al éter es dada por el externo Sr. Ballon, empleando la máscara de OMBREDANNE. La duración de la intervención es de 35 minutos. Esta, se hace conforme á los métodos y reglas que acabo de exponer.

La marcha post-operatoria es algo escabrosa: el enfermo sufre de su miocardio durante cuatro días, que lo ponen en serio peligro, pero la enérgica asistencia médica logra encarrilarlo en mejor vía y la convalecencia se inicia.

El octavo día, al quitar las gazas de la curación, se nota un ligero escurrimiento biliar, que en los posteriores se hace abundante. Pensamos, que la ligadura del cístico ha fallado: ya sea por reabsorción rápida del catgut utilizado, ya sea por defecto en el acto de colocarla por alteraciones del conducto cístico mismo. Por lo demás, no tiene ningún transtorno y la herida ha cerrado sola, al cabo de 30 días.

La vesícula que presento, conservada en gelatina, desgraciadamente sin los hermosos calculos que por descuido posterior se rompieron, es del clásico tipo llamado por los ingleses y americanos de

strawberry (6), palabra que traducida al español significa *fresa*, por la gran analogía que la mucosa vesicular presenta con la parte exterior de tan conocida fruta.

ESTUDIO DE ALGUNOS TRATAMIENTOS PROPUESTOS EN LA VIRUELA. EXPOSICION DE UN NUEVO METODO

POR EL DR. TEODORO TABOADA

En un estudio anterior hemos detallado los resultados obtenidos en la terapéutica de la viruela con el «tratamiento DU CASTEL» (1). Hoy vamos a detenernos en el exámen de algunos otros métodos curativos exponiendo, por último, los resultados alcanzados con uno que hemos ensayado.

El tratamiento preconizado por ZUELZER en 1872 consiste en administrar por la vía digestiva el xilol á la dosis de 50 á 70 gotas en 24 horas. Nosotros hemos dado 20 gotas tres veces al día y después de ensayarlo en 18 enfermos, debemos declarar que los resultados no nos han satisfecho, pues la mortalidad global ha sido 57,79 %.

Con respecto á las formas clínicas, la mortalidad, siguiendo este método curativo, ha alcanzado las siguientes cifras: forma discreta y coherente 0%; coherente confluyente 50%; confluyente 100% y hemorrágica 100 %. Hemos obtenido, como PIERRE TEISSIER, los mismos guarismos de mortalidad en las formas confluyente y hemorrágica.

Empleando el monosulfuro de calcio, que por razones teóricas parecería estar indicado de preferencia en las formas hemorrágicas, hemos obtenido, en 87 casos así tratados, una mortalidad total de 32,58. Esto que á primera vista sería un resultado satisfactorio, se convierte en fracaso concluyente, cuando se examina la mortalidad atendiendo á las formas clínicas. En efecto, en las formas confluyente y hemorrágica la mortalidad se mantuvo en 100 %.

Examinando las complicaciones, encontramos que de los 59 curados, en 32 sobrevinieron complicaciones, sobresaliendo, entre

(6) CHARLES H. MAYO.—Papillomas of the gall bladder.—*Annals of Surgery*.—Filadelfia 1915.

(1) TEODORO TABOADA —Resultados obtenidos en la viruela con el tratamiento Du Castel.—*«La Cronica Medica»* Lima 1915 Tomo XXXII No 24.

ellas, un tétanos subagudo, que se presentó en un niño de 6 años atacado de forma coherente confluyente; gracias á inyecciones masivas de suero antitetánico, se consiguió curar al enfermito.

Los fracasos que obteníamos, con los métodos ya expuestos, fueron un momento reemplazados, por una gran esperanza, cuando, por intermedio de mis amigos Carlos A. Bambaren y Luis D. Espejo, llegó á nuestras manos el notable trabajo publicado en 1885 por el profesor JOSE PENNA de Buenos Aires (1). El método, que, en la parte de terapéutica de esta obra, se expone para la curación de la forma hemorrágica, nos pareció digno de estudio y nos hizo concebir fundado optimismo. El profesor PENNA, preconiza la trementina que la escuela italiana, en esa época, aplicaba para curar las enfermedades hemorrágicas, especialmente la púrpura hemorrágica.

Hemos seguido el tratamiento tal como él lo formula:

Trementina	8 á 10	gramos.
Mucil. gomoso	150	id
Jbe. menta.	30	id

No se ha notado dificultad en los enfermos para tomar esta preparación, como dice Penna; pero si hemos visto los repetidos fracasos de dicha medicación.

De dieciseis casos de viruela hemorrágica así tratados, hemos obtenido quince defunciones y una curación que se efectuó en una de las formas llamadas «secundarias tardías», como se verá por la historia clínica que se expone á continuación, y que por consiguiente no debe darsele mucha importancia, ya que los autores consideran esta forma de curación relativamente fácil.

GRANDMAISON (2) en 1877 nos dice: «Hay dos formas de viruela hemorrágica tan diferentes por sus síntomas hemorrágicos como por sus terminaciones. La una es relativamente benigna, es la viruela hemorrágica cutánea; ella no tiene hemorragias sino en sus pústulas, sus síntomas generales son poco intensos y mejoran en pocos días, su erupción se hace claramente, supura poco, mata raramente y las hemorragias son tardías. La otra es grave, casi fatalmente mortal, caracterizada por hemorragias múltiples, abundantes, repetidas, por trastornos generales acentuados y que se agravan progresivamente, por complicaciones viscerales muy intensas, por una marcha rápida y una terminación generalizada fatal. Es la viruela hemorrágica verdadera. El clínico deberá siempre tener presente en el espíritu estas dos formas de viruela hemorrágica».

He aquí la historia:

Valentín Miranda, natural de Lima, de 8 años de edad, mestizo no vacunado, ingresa al Lazareto el 6 de noviembre de 1913 procedente de la calle de Pedregal, á los cuatro días de enfermedad y primero de erupción. Esta es de caracter coherente confluyente y se le trató con el procedimiento que nosotros seguíamos ya en estas formas, y que describiremos dentro de poco.

(1) JOSE PENNA.—La viruela en la América del Sud.—Buenos Aires. 1885.

(2) F. DE GRANDMAISON.—La variole hemorrhagique á Paris en 1887.—Paris 1888



El caso evolucionó favorablemente hasta el día 18 en que se presentaron hemorragias gingivales y cutáneas estando el enfermo en plena desecación. Se instituye el tratamiento Penna durante los días 18, 19 y al 20 las hemorragias disminuyen ostensiblemente para desaparecer al siguiente día 21; el tratamiento fué continuado por cuatro días más hasta el 25 y el enfermo sale completamente curado el 26 de diciembre.

Como se vé, este caso no nos autoriza á concluir en la bondad del tratamiento; por el contrario, los quince casos fatales nos obligan forzosamente á formarnos un concepto idéntico al que tenemos de los otros métodos y considerarlo tan infructuoso como ellos, ya que, debo declararlo, los casos tratados por los otros procedimientos se refieren á formar hemorrágicas primitivas como estos quince, y ninguno á la forma hemorrágica secundaria.

Completamente desarmados frente á las formas hemorrágicas y confluentes tipo, perfectamente convencidos de nuestra impotencia ante esas formas, resolvimos dirigir nuestros esfuerzos y observaciones hacía las variedades curables (discreta, coherente, coherente-confluente) y procurar modificar las complicaciones, sobre todo cutáneas, que en tan alto número se presentaban hasta entonces, y tenemos la satisfacción de declarar que nuestros esfuerzos no han sido estériles, pues si no hemos logrado obtener el porcentaje de mortalidad que hubieramos deseado, este se encuentra algo disminuído en dichas formas.

Habíamos observado que, entre las formas coherentes y coherente-confluente, los casos que mayor mortalidad presentaban, eran aquellos cuyos granos eruptivos se mostraban pequeños, apagados; y que, por el contrario, los casos favorables se referían á los de brotes exhuberantes, hermosos, llenos. Quisimos entonces, en vista de esta observación, contribuir á que la erupción tubiera siempre este caracter; y como habíamos observado, también, que en los enfermos que ofrecían lesiones irritativas anteriores, congestivas de la piel, como úlceras, absesos, etc. alrededor de estas lesiones, los elementos eruptivos presentaban tal aspecto, recurrimos á sustancias que, por su aplicación directa unas, y por su eliminación por la piel otras, produjeran este estado. Entre estos últimos aprovechamos de las propiedades, tan conocidas y usadas desde antiguo, del acetato de amoniaco estudiadas y confirmadas por RABUTEAU, y entre los primeros usamos el alcanfor que era el medicamento ideal para nuestro caso, tanto por sus propiedades antisépticas poderosas, señaladas por MANQUAT, cuanto por el poder analgesiante que tan útil sería en estos casos, donde el exantema al aparecer y formarse, produce dolores intensos, bastantes mortificantes para el enfermo. MANQUAT (1) nos dice: «Produce (el alcanfor) acción irritativa local sin desorganización de los tejidos é hiperemia también local con disminución de la sensibilidad». Esta observación, que hemos visto corroborada después por nuestra experiencia personal, se encuentra ade-

(1) A. MANQUAT.—*Traité de Therapeutique*.— Paris 1911.

más reforzada con una de las conclusiones del magnífico trabajo de ANDRE MAURICE SOREL (1) que dice: «Bajo un punto de vista más general, parece que en las enfermedades eruptivas, la erupción sobreviene en las condiciones de un verdadero fenómeno crítico precoz, y que la piel juega frente á estos humores «pecantes» el rol de un verdadero emuntorio, cuya insuficiencia es un factor de gravedad y á la cual el médico, por medios terapéuticos apropiados, debe estimular la actividad».

Hemos usado el alcanfor bajo la forma de alcohol alcanforado (tintura de alcanfor concentrada del Codex—100 gramos de alcanfor por 900 gramos de alcohol á 90°) en aplicaciones, repetidas varias veces al día. Bajo esta asociación añadimos á la acción irritativa y congestiva del alcanfor las que, idénticas, tiene el alcohol, y obteníamos, además, una purificación del ambiente que hacía antes repugnante, cuando menos, la permanencia en una sala donde se asistían variolosos.

Una vez desarrollada completamente la vesícula, y pasada ésta al estado de pústula, suspendíamos el acetato de amoniaco, cuya acción sobre la piel no tenía ya objeto, y seguíamos como régimen interno una medicación tónica-diurética; localmente, en este período, ayudábamos la acción desinfectante del alcohol alcanforado con aplicaciones sobre la pústula de glicerina yodada al tercio. Durante todo el período de la enfermedad dábamos baños desinfectantes de lysol á 28° ó 30°.

Los resultados obtenidos pueden apreciarse por las siguientes cifras:

Casos tratados.....	64.
„ curados.....	56.
„ fallecidos.....	8.
Mortalidad.....	12.50%

Con respecto á las formas clínicas, la mortalidad se distribuye así: Treinta y dos casos de forma discreta sin defunción alguna; catorce de forma coherente con una defunción (7,14%) y dieciocho de forma confluyente con siete defunciones (38,89%)

Para apreciar mejor, los resultados obtenidos con este ensayo de terapéutica, comparemoslos con los que hemos alcanzado en estas formas de viruela, siguiendo otros métodos curativos.

	Tratamiento Du Castel.	Tratamiento del sulfuro de Calcio.	Tratamiento personal.
Casos tratados... ..	63.	71.	64.
Mortalidad... ..	22.44%	19.67%	12.50%

En cuanto á cada variedad, la mortalidad también ha disminuído, pues de 15% que señalan, por término medio, las estadísticas

(1) ADDRE MAURICE SOREL.—L'exanthème des fièvres eruptives et la croyance populaire aux «eruptions rentrées». These—Paris 1913.

para la forma coherente, con este tratamiento solo ha llegado á 7,14 % y á 38,89 % en la forma coherente confluyente, en lugar de 50% que señalan próximamente los autores.

Pero no solamente hemos obtenido esta ventaja; las complicaciones también han disminuído, pues en 56 casos curados, se observó complicaciones, en 20 únicamente (12 cutáneas, 7 oculares y 1 auricular) y estas radicaron de preferencia en la piel, sobre todo en la del cuero cabelludo, región en la que no hacíamos las aplicaciones y, quien sabe, por esto, más expuesta.

Tales son los resultados que este método nos ha suministrado, gracias al que ha disminuído la mortalidad en ciertas formas de viruela y por lo cual lo recomendamos, confiados en que dará en manos mejor preparadas, resultados más satisfactorios.

CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

PURPURA HEMORRAGICA DE ORIGEN PALUDICO

Por el Dr. ERNESTO ODRIUZOLA

El miércoles último tuvimos oportunidad de examinar al muchacho que ocupa la cama N^o. 8. Ya hoy no es tan frecuente, como en otra época, observar enfermos de esta clase y por eso puede ser interesante para ustedes estudiar el que les presento. Después veremos las razones que explican su disminución de las salas de hospital.

Se trata de un sujeto de 22 años de edad, cuyos padres han muerto, ignorando su causa. Tiene hermanos que gozan de buena salud. Desde hacen ocho años trabaja en el fundo de «Infantas», en donde antes de ahora ha sufrido de *fiebres intermitentes*.

El martes ante pasado fué acometido por una fiebre alta; al día siguiente disminuyó, pero le aparecieron en el cuerpo unas *manchas rojas*, incrementando nuevamente la temperatura hasta el día en que entró al hospital, el día domingo 13, en que marcaba cerca de 39°, temperatura que fué descendiendo progresivamente hasta llegar á la apirexia—36° 5—el día que lo examinamos.

El hecho notable y digno de llamar la atención, es la existencia de una *vasta erupción maculosa*, constituida por una infinidad de hemorragias intradérmicas, pues no desaparecen por la presión, de un color rojo vivo, formando manchas, regularmente redondeadas, unas, más ó menos irregulares otras y cubren principalmente el tronco, la raíz de los miembros inferiores y los miembros superiores. Este enfermo ha presentado también una *estomatorragia*, pero en la actualidad está ya extinguida. Las demás mucosas están y han estado intactas.

Este enfermo presenta un tinte claramente *ictérico* en sus conjuntivas, confirmada por la presencia de *bilis* en la orina y también por 30 centígr. de *serina*, por raya de absorción de urobilina y por células y cilindros renales. Hay, como se vé caracteres de inflamación de los riñones.

El hígado traspasa el reborde costal correspondiente y el bazo se toca también por el reborde del lado opuesto; existe pues un infarto de este último órgano. En el resto del vientre nada hay de particular. Nada hay en los pulmones. En el corazón se descubre un *soplo sistólico*, suave, muy perceptible en el segundo espacio intercostal izquierdo y más todavía al nivel de la última pieza del esternón. Nada se nota en sus sistema ganglionar, salvo un ligero infarto en la ingle derecha, engendrado seguramente por la implantación de *piques* en el pié correspondiente. El sistema nervioso, nada ofrece digno de mencionarse.

El examen de la sangre ha sido el siguiente: hematíes 2.395'000, leucocitos 12'500; la fórmula hemo-leucocitaria, no ha presentado particularidad alguna. No se encontró germen alguno: ausencia de hematozoario.

Por esta descripción es fácil darse cuenta de que nuestro enfermo, está atacado de lo que designa con el nombre de *purpura*, es decir, objetivamente de una infiltración de glóbulos rojos en la dermis, fuera de los vasos que aparecen siempre dilatados y algunas veces con alteraciones diversas, aunque á menudo se les encuentra sanos, de modo que los hematíes salen de su interior por simple diapedé-sis. Pero equimosis semejantes á las de la piel, se desarrollan también en el interior del cuerpo, en el peritoneo, en la superficie del intestino, del hígado, de los riñones, etc. etc.

Solo la erupción de manchas equimóticas espontáneas debe incluirse en la denominación de *purpura*. Cuando sobrevienen en el curso de enfermedades definidas, la *púrpura* se llama sintomática. Cuando por el contrario es la primera manifestación de la enfermedad, se llama *primitiva*; pero, como ustedes pueden comprender, la significación de este vocablo no es sino aparente, porque en todos los casos la *púrpura* es la revelación de una infección ó intoxicación.

Cuando la erupción cutánea existe aislada, la *púrpura* se llama *simple ó exantemática*; cuando aparecen, al mismo tiempo, hemorragias por las mucosas, se titula *hemorrágica*. Bien se comprende que entre estos dos grados, hay toda una serie de casos intermediarios, desde los más leves hasta los más violentos, fulminantes.

Cuando la *púrpura* parece primitiva, se la califica con el nombre del sintoma dominante y se describen por esto *púrpuras tifoideas*, *reumatoides*, etc. etc. Mas propio sería, en estos casos, invertir el rango de las dominaciones y decir estados tifoideos ó reumatoides con *púrpura*, porque en realidad, la erupción purpúrea es un fenómeno secundario, capaz de aparecer en condiciones morbosas muy diferentes.

Algunos autores describen, bajo el nombre de *purpura hemorrágica*, sólo los casos en que se encuentra una lesión particular de la sangre que consiste en la *disminución del numero de los hematoblastos* y la *irretractibilidad del coágulo* en el momento de las crisis hemorrágicas; pero estas alteraciones no son constantes. Parece que la *disminución de los hematoblastos* es el signo más valioso.

La *púrpura* es muy frecuente en los niños.

Como ustedes pueden observarlo en nuestro enfermo, las manchas de púrpura son variables en su tamaño, desde el de una petequia hasta el de equimosis más ó menos desarrolladas, regulares, redondeadas unas, irregulares otras. La coloración es al principio rojo vivo; después va pasando gradualmente por todos los tintes conocidos en las equimosis vulgares.

En nuestro enfermo se trata de una púrpura no solo *exantemática* sino también *hemorrágica*; desde cuando entró al hospital hubo una *estomatorragia* que felizmente no duró mucho tiempo, pues cuando nosotros lo examinamos, había ya desaparecido de una manera completa. Pero fácil es darse cuenta de que en nuestro enfermo la púrpura es secundaria, pues durante su permanencia en la hacienda «Infantas», ha sufrido de fiebres *intermitentes* y ultimamente su enfermedad se inició en el mismo fundo con una *fiebre elevada*. Conserva todavía un infarto del bazo revelador y aunque el examen de la sangre no ha demostrado la presencia del hematozoario, es preciso saber que dicho examen se practicó después de haberle administrado la *quinina* bajo la forma de inyección, medicina que ha logrado hacer desaparecer rápidamente la fiebre, razón terapéutica que robustece la naturaleza *palúdica* de la fiebre y de la púrpura. Por consiguiente, pues, se trata de una *purpura secundaria* de origen palúdico. En otra época-estos ejemplos eran muy frecuentes en los hospitales. Su número vá decreciendo de día en día, lo cual habla en favor de las obras de drenaje que se practican en las haciendas y del mayor uso que se hace de la quinina.

En términos generales la púrpura no es ordinariamente grave á menos que se desarrollen abundantes hemorragias, cosa que ocurre en las caquexias avanzadas ó al principio de las enfermedades infecciosas de forma hemorrágica; en estos últimos casos, la púrpura es de un pronóstico muy desfavorable.

Tan sólo las púrpuras tituladas *primitivas*, gozan de verdadera autonomía clínica. Entre ellas podemos mencionar la *purpura reumatoide*, llamada también *peliosis reumática*, *edema purpurado febril*. En esta categoría de ejemplos hay tres clases: 1º. la erupción, especialmente *petequial*, casi siempre *simétrica* y que se realiza por *apariciones sucesivas* y frecuentemente asociada á eritemas y edemas. 2º. Los *Dolores reumatoides*, moderados generalmente, en las rodillas, los codos, los puños, los hombros y que pueden ir acompañados en un derrame sinovial. 3º. Los *desórdenes gastro-intestinales*, que consisten en un dolor epigástrico, algunos vómitos, inapetencia, constipación ó diarrea. En algunos los dolores son violentos, los vómitos biliosos ó porráceos; el vientre se retrae ó se dilata; la cara se contra, la temperatura se eleva. Entonces parece que se tratara de una *apendicitis* ó de una *peritonitis* ó de una *peritonitis generalizada*. Sin embargo aún en estos casos, la curación es frecuente. Pero es preciso saber que en veces, aparece una *obstrucción intestinal absoluta*, debida á la parálisis intestinal completa ó á una *invaginación* de origen muy incierto. Fuera de estas complicaciones, el pronóstico es favorable, á menos que la enfermedad no degenera en una púrpura infecciosa grave. Las recidivas no dejan de ser comunes.

Purpura hemorrágica con síntomas infecciosos. (*Purpura infecciosa tifoide*, *tifus angio-hemático*). Comienza sea de una manera

progresiva, sea súbita. Se nota una erupción, con predominio de las equimosis y acompañada de hemorragias mucosas abundantes y graves (epistaxis, enterorragias, hematurias, hematemesis, hemoptisis, etc. etc.); una condición *toifoide*, ataxo-adinámica, con fiebre variable y trastornos gastro-intestinales. La enfermedad puede ser rápidamente mortal á causa de la abundancia de las hemorragias ó por la intensidad de la infección.

HENOCH ha descrito una *purpura fulminante*, caracterizada por la aparición brusca de *vastas* equimosis, con *completa ausencia* de *hemorragias mucosas*, estado general deplorable, fiebre alta y *muerte muy rápida*, en dos ó tres días.

Los autores alemanes describen con el nombre de enfermedad de WERLHOF, todas las formas de púrpura; pero en Francia se designa con este nombre un tipo especial caracterizado por un *principio súbito en plena salud*, por una *epistaxis*; al siguiente día ó dos días después se desarrolla una *erupción equimótica y petequiral*, *ausencia absoluta de fiebre*, curación casi constante en tres semanas ó un mes.

Purpura crónica de grandes equimosis (Forma crónica de la enfermedad de WERLHOF). La enfermedad se desarrolla en la *infancia*; las equimosis son espontáneas, de *grandes dimensiones*, se esparcen por todo el cuerpo y hacen la impresión de numerosos golpes recibidos; se reproducen en largos intervalos y desaparecen con lentitud. El menor traumatismo puede engendrarlas.

Purpuras crónicas. Así se titulan las que corresponden á enfermedades crónicas también, como la de los arterio-esclerosos y tuberculosos.

Como se vé, por todo lo que acabamos de decir, la púrpura es una entidad nosológica compleja en su origen. Una infección, una intoxicación, una lesión visceral, hepática ó renal ó de la sangre (leucemia, anemia perniciosa progresiva, escorbuto) una enfermedad nerviosa central ó periférica. De todo esto se deduce que el tratamiento debe ser causal y muy variado, según las circunstancias.

En nuestro enfermo, la *quinina* es la medicación privilegiada y ustedes han visto que bajo su influencia el enfermo mejora rápidamente. Esta clase de casos curan en efecto en su gran mayoría, salvo que existan al mismo tiempo otras lesiones viscerales ó de otro orden que complican la enfermedad. Apesar sin embargo de que la infección de este muchacho ha sido bastante intensa, como lo prueban las lesiones renales encontradas y también las hepáticas, acompañadas de cierto grado de *biliemia*, su rehabilitación no se ha hecho esperar mucho tiempo. En esta clase de enfermos pues, la quinina por un lado y la alimentación bien vigilada del otro, bastan para dar cuenta de la púrpura. En los otros, es preciso mantener en cama á los enfermos de una manera prolongada, porque las recidivas ocurren justamente en el momento de levantarse. Dar *bebidas aciduladas* (limonadas, naranjadas, piñadas), medicinas, hemostáticas, el *cloruro de calcio* entre ellas, que debe administrarse en una poción bien diluida, á causa de su acción irritante sobre el estómago, en la dosis de 4 gramos para el adulto, la mitad ó menos para el niño, según su edad. También se usa hoy mucho el suero fresco de caballo que

aumenta la coagulabilidad de la sangre; á falta de este suero se debe emplear el antidifitérico fresco. En los casos en que la púrpura deriva de lesiones hepáticas, se ha recomendado el empleo del extracto de hígado.

En los casos de obstrucción intestinal en las púrpuras ya descritas se ha hecho la operación con buen éxito, apesar de la púrpura.

PROSTATECTOMIA EN DOS TIEMPOS.

POR EL DR. MANUEL VALVERDE MATOS.

La operación de FREYER ha sido objeto en los últimos tiempos de algunas modificaciones, entre las que resaltan las introducidas por CARLIER de Lille, que prolonga indefinidamente el *drenaje suprapubiano*— entre nosotros este drenaje se hace por los tubos de FREYER-MARION y no por la sonda MALECOT que preconiza CARLIER— dilatando el espacio que media entre la talla y la enucleación y *tapona sistemáticamente la celda prostática*.

Estas modificaciones, á las que hay que sumar la aplicación de la anestesia local introducida por LEGUEU en la prostatectomía, han rebajado considerablemente, la mortalidad. Así, por el método primitivo se obtenían las siguientes cifras: 9 % PAUCHET; 5,5 % FREYER; 11% primero y 3,5 % después CASTAÑOS; en cambio con las últimas modificaciones la mortalidad se ha reducido á 0 (?).

Aunque nos ocuparemos únicamente del aspecto operatorio del prostático, creemos necesario analizar antes las *condiciones que debe reunir para ser operable, el momento en que debe ser operado y el procedimiento quirúrgico de elección*.

A QUIENES DEBEMOS OPERAR ?

Hecho el diagnóstico de hipertrofia de la prostata, se presenta á la consideración del clínico, un problema de vital importancia, cual es, conocer las condiciones que deben reunir esta clase de enfermos para ser declarados *operables*.

Ya CARLIER lo ha dicho; *todos los prostáticos no son iguales*.

Podemos reunir en tres grupos las condiciones que vamos á examinar: 1º. Factores que dependen del estado general; 2º. Factores en relación con la clase de prostata y 3º. Factores que se relacionan con lo que podremos llamar estado urinoso.

La introducción de la anestesia local en el primero y aún en el segundo tiempo de la operación, lo mismo que la aplicación del *clo-*

roet'lo en este segundo tiempo, ha hecho que las lesiones bronco pulmonares y cardíacas al igual que otros estados patológicos, pierdan mucho de su valor absoluto, para convertirse en contraindicaciones de valor relativo.

La *naturaleza patológica* de la próstata es factor que debe estudiarse y es necesario conocerla clínicamente por que la prostatectomía solo debe llevarse á cabo sobre aquellas próstatas hipertroficas calificadas de adenomatosas y que son bastante desarrolladas para producir los fenómenos de retención.

Refiriéndose á esta faz de la cuestión, el profesor M. CATHELIN hace ver el entusiasmo con que fueron recibidos los primeros trabajos sobre prostatectomía, de FREYER, en Londres y de ALBARRAN en París pero al mismo tiempo señala que esta operación que suprimía una de las más molestosas y graves dolencias de la vejez fué aplicada desgraciadamente, á afecciones diferentes de la hipertrofia francamente adenomatosa, originando así numerosos fracasos.

Con el sugestivo título de «*Quelles prostates doit-on respecter*». F. CATHELIN estudia, de manera maestra esta cuestión.

«Es indudable, dice él, que está «Histerectomía masculina» propuesta ó ejecutada en sujetos jóvenes, *por infección de origen uretral* no tiene una perspectiva sonriente, puesto que ella puede traer consigo la *infecundidad ó la impotencia* y por consecuencia no tendría excusa.

«El *eclectismo*, aquí también es de rigor; si el adenoma verdadero de la próstata, con complicaciones es tributario de la prostatectomía, no sucede lo mismo con otras *variedades* de afecciones *prostatícas* y que nosotros vamos á pasar en revista.

a).—*Próstatas de infección uretral, glándulo-parenquimatosa*.—Se trata en esta primera clase de todas las variedades de prostatitis de origen uretral, consecutiva á la infección gonocócica y que algunas veces desesperan tanto al enfermo como al cirujano, por la persistencia de un estado de dureza al periné y de escreción uretral, con presencia de filamentos. En estos casos, los masajes bien reglados, las dilataciones y la baleación rectal caliente y los supositorios, pueden proporcionar grandes mejorías y por consiguiente no se podría deliberadamente, por la pertinencia de algunos síntomas fastidiosos, es verdad, pero vagos, cuya intensidad es exagerada siempre por el estado cerebral del sujeto, no se podría, repito, sin pecar de osado ó imprudente, aconsejar á estos *enfermos jóvenes* una prostatectomía de suyo grave. En el viejo la gravedad es relativa.

b).—*Próstatas congestivas*.—La congestión prostática y sobre todo peri-prostática es una fenómeno real, puesto que esta glándula está rodeada de una serie de canales venosos, incluidos entre dos láminas aponeuróticas, en comunicación con dos ricos plexos venosos vecinos y que son puestos en tensión pasajera, sea por la acción del frío á los pies ó á los riñones, sea por una excitación determinada por un largo viaje, sea por un exceso de mesa, de mujer, etc. etc.

¿Qué se debe hacer en este caso, con un enfermo relativamente joven, de unos cincuenta años y que se encuentra en su primera retención?. Evítese con cuidado proponer á estos enfermos una prostatectomía; pues los medios simples y ordinarios pueden perfecta-

mente reemplazarlos y en particular, el reposo en el lecho con pequeños lavados calientes, sonda permanente y lavados nitrados cuotidianos á baja tensión. Aquí como en toda próstata, el diagnóstico será hecho por la punta del dedo experimentado, vía rectal. Se le reconoce por los siguientes caracteres: *tejidos peri-prostaticos blandos y muy móviles, sobre una glándula no muy gruesa y poco dura*. Esta sensación de *blandura* es opuesta á la de *dureza* de los carcinomas.

c).—*Próstatas enanas*.—*A priori* las pequeñas próstatas rectales, *sin lobulo medio intravesical, no deben ser sacadas por una prostatectomía*. La causa de la retención, dice Cathelin, es otra: «la próstata no juega más que un papel accesorio é insignificante»; es á otras técnicas que es necesario acudir para la curación de estas retenciones «*sin próstatas, sin sífilis y sin lesiones medulares*». Se trata, dice, lo más á menudo de trastornos *inhibitorios*, todavía mal conocidos. F. Cathelin considera á estas próstatas como las *noli me tangere* quirúrgicas. Aquí como en todos los casos, hay que temer la existencia posible de una *estrechez uretral*, por lo que no debe olvidarse nunca de investigarla, teniendo presente el aforismo aquel, que dice de los *viejos estrechos y jóvenes prostáticos*».

d).—*Próstatas tuberculosas*.

e).— *id. cancerosas*.

De estas dos clases patológicas de próstatas nos creemos relevados de comentarlas, pues su sola comprobación clínica basta para decir *inoperable*.

f).—*Próstatas blindadas y acorazadas*.— Se trata de una forma poco común y que F. LEGUEU ha señalado, en el Congreso de Urología, reunido en 1913, á propósito de las *peri-cistitis*.

«El tacto rectal, dice LEGUEU revela la existencia de una verdadera *plaque de blindage*, infravesical, intra ó extra vesicular; sin límites posibles y sin que la edad de los enfermos, los antecedentes, la evolución y la marcha de los accidentes permitan señalarla de una manera franca. Se le ha bautizado á falta de otro mejor, con el nombre de «*Pericistitis inflamatoria* y que Cathelin propone llamar: *Flegmón leñoso pelviano próstato peritoneal*.»

Hemos pasado en revista las variedades clínico-patológicas de las próstatas que se señalan en la actualidad como *próstatas que deben respetarse*.

Estudiemos ahora lo que podríamos llamar *estado urinoso* del sujeto, examinando desde este punto de vista, la infección y la intoxicación y el grado á que ha llegado la *insuficiencia renal*, apreciada por la «*constante ureica d'AMBARD*».

Marión ha dividido la evolución de un prostático en tres periodos, caracterizados por fenómenos progresivos graves:

El *primer periodo* está marcado por simples trastornos miccionales de origen congestivo.

El *segundo* aparece con la polakiuria igualmente diurna y nocturna. En este período el residuo puede alcanzar 100 á 300 gramos; y se llega así.

al *tercer periodo* poco á poco, caracterizado por la retención incompleta con distensión de la vejiga.

Es necesario observar también que no hay ninguna concordancia entre los trastornos vesicales y el volumen de la hipertrofia. De GRAEWS, de Bélgica, apoyándose en cuatro observaciones, insiste sobre la *«variabilidad del volumen de la próstata y en la falta de concordancia entre el volumen y la gravedad de los síntomas observados»*.

Sabido es que en clínica la retención, que es uno de los síntomas capitales de la hipertrofia prostática, puede ser aguda y crónica.

En la primera no nos detendremos mucho, porque los accidentes á que da lugar la retención aguda, que origina el periodo congestivo, se combaten por lo general, con medios simples; pero es necesario siempre advertir que si la indicación operatoria no existe, este primer síntoma no hay que desdeñarlo, por que no es mas que el preludio de accidentes que harán irrupción después.

La retención crónica se presenta bajo tres tipos característicos:

a.—retención crónica incompleta con distensión.

b.—retención crónica incompleta sin distensión.

c.—retención crónica completa.

Son estos los tres grandes tipos de retención á que da lugar la hipertrófia y que abandonados ó atendidos, caen siempre bajo el dominio de la prostatectomía.

Este estancamiento trae fatalmente cambios ó alteraciones en los caracteres físicos de la orina, que vamos á pasar sucintamente en revista. En efecto recibida la orina en tres vasos, obtenemos los siguientes datos:

a).—*orina clara y coloreada* (periodo de principio), el enfermo no ha sido sondeado ó lo ha sido asepticamente. No hay residuo.

b).—*orina coloreada pero turbia* (2º. periodo) en el 2º. y sobre todo en el 3er. vaso hay residuo.

c).—*orina abundante, pálida y trasparente* como el agua.—Distensión sin infección.

d).—*orina abundante pálida pero turbia* (3er. grado) El pus se deposita por el reposo y el enfriamiento, sin aclararse la orina.—Distensión con infección.

e).—*orina purulenta, olor amoniacal*: infección é intoxicación.—Estado general grave.

f).—*orinas escasas*.—*Uremia*: la oliguria es la expresión de la insuficiencia renal.—El pronóstico es reservado en los enfermos que eliminan menos de 500 c. c. de orina en las 24 horas.

Cuando la retención crónica abandonada ó atendida, pero descuidada; cuando los cambios ó alteraciones de la orina, que acabamos de revisar, se instalan; cuando el *límite de tolerancia*, como dice JOHN GLEASON, se extingue: se implanta la *infección*. El organismo generalmente ya en equilibrio inestable por la existencia de lesiones orgánicas de otro orden ó de lesiones que aparecen simultáneamente con los trastornos urinarios, dependiendo directamente de estos, se resiente, rompiendo ese equilibrio y aparece entonces la *intoxicación urinosa* ó hablando con más propiedad, la *uremia*; ó sea la retención de la urea elaborada y que se difunde en la masa sanguínea, habiendo por consiguiente una mayor concentración que en estado normal.

Esta retención ó difusión de la úrea en la masa sanguínea que no es otra cosa que el resultado ó repercusión que sobre el aparato renal tienen los trastornos urinarios, de origen mecánico ó infecciosos, es la que vamos a estudiar ligeramente, con el fin de obtener de ella los provechos que su investigación proporciona sobre el pronóstico de nuestros prostáticos y la que nos da la clave sobre la conducta que debemos seguir.

A la relación que hay entre la cantidad de úrea elaborada y retenida en la masa sanguínea, en 24 horas, y la segregada en ese mismo espacio de tiempo con la orina, es á la que se ha representado por medio de una cifra que AMBARD ha referido al grado de insuficiencia del riñón. Esta cifra ha recibido el nombre de constante y está representada por la letra K.

Como nuestro objeto en el presente trabajo, no es desarrollar y estudiar los experimentos de B. AMBARD, nos limitaremos á señalar su fórmula; hela aquí:

$$\frac{\text{Ur.}}{\sqrt{\frac{D}{C}} \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{C}{25}}} = K.$$

Ur = cantidad de úrea por litro de sangre.

C = cantidad de úrea por litro de orina.

D = cantidad de úrea segregada en 24 horas

La investigación ó determinación del valor de la constante K., aplicada á la cirugía de las vías urinarias, tiene en la actualidad tan grande valor sobre el pronóstico de los prostáticos, que no podemos eximirnos de hacer ligeras consideraciones en su interpretación clínica.

La constante K aplicada á la cirugía de las vías urinarias tiene en la actualidad un gran valor sobre el pronóstico. Ella proporciona, representa netamente la indicación capital, del valor de la *función ureica* de los riñones; ella indica esto *unicamente* y no otra cosa. Es el índice de una función particular que permite preveer la existencia de lesiones que ensombrecen un pronóstico, por lo que es necesario investigarla con el cuidado más riguroso y sistemático que se pueda.

Siendo pues la constante una cifra que representa la manera cómo el aparato renal desempeña una de sus funciones esenciales, el de la secreción de la úrea; y, admitiendo que cuando el aparato renal secreta la úrea de una manera normal, la cifra de la constante es aproximadamente de 0.065, nosotros vamos á pasar en revista, muy ligeramente, las ventajas que su conocimiento nos proporciona.

En tanto que la cifra de la constante queda vecina á 0.065 oscilando entre 0'050-0'075 se considera que la *secreción renal ureica* se hace *normal*. Si la constante se mantiene dentro de estos límites la *intervención no debe demorarse*.

Si la constante desciende por debajo de 0'050, ó se eleva por el contrario por encima de 0'075, la *secreción renal ureica* se hace *anor-*

mal. La prudencia, en estos casos se impone; esto no quiere decir que ella sea una contraindicación.

Las constantes inferiores á 0'050 son excepcionales; las superiores á 0'075, son extremadamente frecuentes, inclinándose que en el sujeto considerado, la función ureica se hace *menos bien* que en el estado normal.

Veamos con AMBARD qué déficit *funcional* representan diversas constantes superiores á 0'075:

Una constante de 0'090 representa ya un déficit funcional de 33 % ó sea $\frac{1}{3}$.

Una constante de 0,100 representa ya un déficit funcional de 51 % ó sea $\frac{1}{2}$.

Una constante de 0'120 representa ya un déficit funcional de 64 % ó sea $\frac{2}{3}$.

Una constante de 0'150 representa ya un déficit funcional de 78% ó sea $\frac{4}{5}$.

Una constante de 0'300 representa ya un déficit funcional de 95 % ó sea $\frac{12}{20}$.

Conocer la constante de un sujeto es pues: *saber lo que vale su función ureica, en relación con su función normal.*

Una constante de 0'120 indica por ejemplo en el sujeto examinado, que el valor funcional ureico normal de sus riñones está reducido á $\frac{2}{3}$, no queda pues á estos sujetos más que un $\frac{1}{3}$ de su capacidad funcional renal. El dato es preciso y sin ambigüedad; y como dice CHEVASSU: *es preciso estar ciego para no darle toda la importancia que tiene.*

Veámos su aplicación á la clínica de vías urinarias, limitándonos exclusivamente á lo que con nuestro estudio se refiere. Dejamos pues de lado la investigación de la constante en lo que se relaciona al riñón mismo, es decir á sus enfermedades en particular.

Las enfermedades de las vías excentricas al riñón repercuten sobre el funcionamiento del aparato secretor, sea por razón de *obstáculo mecánico* á la excreción, sea por razón de *infección* ó de *esclerosis*, consecutiva ó coexistente á la porción más inferiormente situada.

Sobre estos trastornos subyacentes el análisis de la orina, de su albúmina, de su úrea no nos suministra sino datos vagos. El método que parece, en estos últimos años, suministrar datos menos imprecisos es la inyección del azul del metileno (ACHARD y CASTAIGNE) — «Según que la eliminación del azul se haga rápida ó lentamente, débil ó abundantemente, se distinguirán los azules: *excelentes, suficientes, mediocres ó malos*— El método tiene un gran interés, pero falto de precisión, es bastante á menudo difícil de interpretar y fácil de prestarse á error.

La constante nos dá por el contrario, sobre estos errores las indicaciones más precisas.

La constante en sí, no nos indica nada sobre las razones de esta insuficiencia. Que un prostático tiene una constante de 0'150 esto *significa exclusivamente* que sus sistema renal ha perdido las $\frac{4}{5}$ partes de su función ureica. En suma, es la constatación de un hecho.

Sin embargo, es posible habitualmente sacar de este hecho deducciones más lejanas.

La constante puede en efecto dejarnos preveer la naturaleza de las lesiones renales, según la manera, como ella se modifica luego. — Supongamos que el prostático cuya constante $K = 0'150$, se le ponga una sonda permanente. Véamos quince días más tarde á que queda reducida su constante K ; lo más á menudo, ella *disminuye* alcanzando $0'120$ á $0'100$ y muchas veces menos. Se podrá pues concluir *que las lesiones renales sean lesiones susceptibles de mejorarse bajo la influencia del drenaje*; siendo por consiguiente, ya lesiones pasajeras, distensión y congestión, debida al *obstáculo mecánico*; sea lesiones *infecciosas* ligeras, que el drenaje ha mejorado. — Al contrario: la constante queda *estacionaria*; entonces, las lesiones son *inmejorables, irremediables*, debidas sin duda á *esclerosis* ya establecidas ó á lesiones *infecciosas* sobre las cuales la sonda permanente no ejerce influencia alguna. — Si la constante ha *aumentado* entonces, podeis concluir, que apesar del drenaje establecido, las lesiones renales aumentan, sea debido á una *esclerosis de marcha progresiva*, sea lo más probablemente debido á una *infección profunda*; á una *pielo-nefritis* de evolución rápidamente fatal.

El conocimiento exacto del valor de la función renal ureica, en las enfermedades del aparato excretor de las orinas, nos es sumamente útil.

Una parte de la gravedad de la intervención de los enfermos que nos ocupa, es debido á que estos sujetos son incapaces de soportar las consecuencias de la *intoxicación anestésica* dado el estado de sus riñones.

Conocer la constante de semejantes sujetos es saber como la enfermedad de sus vías urinarias ha repercutido sobre sus riñones y esto permite, por consecuencia, *condicionar la operación á la resistencia del terreno*.

Esto no quiere decir que, *la constante* por instructiva que sea, sea la única que debe tomarse como elemento en el balance de las *indicaciones y las contraindicaciones* operatorias.

Aquí diremos con MAURICE CHEVASSU: — «Después de haber aplicado la constante en un gran número de prostáticos, yo he dicho que la prostatectomía me parece peligrosa, por los *riñones*, en los prostáticos cuyos constante alcance á $0'150$. Esto no niega que sea peligroso en sujetos de mejor constante, estando el corazón desfalleciente, los pulmones congestionados, la función acuosa insuficiente, etc. — Esto no tiene tampoco la pretensión de decir que todos los prostáticos, cuya constante es superior á $0'150$ estén condenados á muerte si se le opera; pues, solo significa que todo sujeto que alcanza los límites de la *fragilidad renal* y es sometido á una operación sufrirá esta con el *menor numero de seguridades*».

Se ha hablado de la inconstancia de la *constante* y de las pocas seguridades que nos suministra en sus indicaciones; pero al hacerlo así no se ha tendido en cuenta las faltas de error que se cometen en la técnica de su ejecución, así como en su aplicación é interpretación. Es, pues necesario rectificar siempre la constante obtenida y darle la interpretación que en realidad se merece.

En la práctica dice CHEVASSU, el clínico tiene un medio bastante simple de sospechar los errores de técnica susceptibles de alterar la constante, para ésto es necesario: *ralacionar siempre en cada exploración, la cifra de la constante á la cifra de la azotemia correspondiente, tal como haya sido suministrada en la prueba por el dosaje de la urea sanguínea*.

El profesor WIDAL ha demostrado en efecto cuantas enseñanzas preciosas se pueden sacar por la simple vista de la cifra de la azohemia. «*Si se observa que las indicaciones funcionales suministradas por la cifra de la constante están en contradicción con las que dá la cifra de la azohemia hay que creer que un error de técnica ha sido cometido.*» Así por ejemplo, si una constante de 0'300 indica un déficit funcional de 19/20, es decir *considerable* y coincide con una azohemia de 0'39 que indica una retención ureica *inapreciable* por el simple dosaje de la urea sanguínea, es necesario convenir, en semejante circunstancia, en que la cifra de la constante debe ser considerada como falsa. Hay pues que recomenzar la operación.

El estudio cuidadoso y sistemático del análisis completo de orina es uno de los deberes más elementales que debemos cumplir en el tratamiento de estos enfermos. La determinación de la *cantidad* y sobre todo el de la *densidad*, conservan hoy como ayer, una gran influencia sobre el ánimo del cirujano, pues su sola interpretación nos dice bastante bien y mucho sobre el peligro operatorio. La presencia de la *albumina* y la investigación de su calidad nos da la norma de conducta que debemos seguir en el tratamiento de estos enfermos. El conocimiento exacto de la *cloruria* y de la *azoturia* nos revelan la *cloruremia* y la *azotemia*; son pues indispensables. La presencia de *glucosa* y su dosaje, si ella existe, nos permitira preveer del porvenir de estos sujetos. Por último el examen prolijo del *sedimento*, nos dirá de la ausencia ó presencia de lesiones de origen vesical ó renal; de la presencia ó ausencia de gérmenes.

En estos últimos tiempos LEGEUE y MOREL han señalado como patognomónico en los prostáticos, la *eosinofilia*.

Estos autores en su comunicación á la «Asociación francesa de Urología» declaran que han constatado el aumento en número de los eosinófilos en un 90 % de los tributarios de adenoma prostático. Esta eosinofilia, dicen ellos, parece ligada á la presencia del adenoma, puesto que ella desaparece el día siguiente de la prostatectomía; por otra parte, GREGOIRE y DORE dicen: «que esta idea parece estar confirmada porqué al *examen histológico del adenoma* se encuentra una proporción anormal de elementos eosinoófilos. Para LEGUE y MOREL, esta reacción ha permitido según ellos precisar diagnosticos vacilantes entre un neoplasma y el adenoma y de determinar en los *prostáticos sin próstata* la presencia de adenomas minúsculos, clínicamente insospechables.

Por nuestra parte podemos decir que en nuestras investigaciones sobre siete casos de «hipertrofia de la próstata» solo dos de ellos hemos podido señalar la presencia de *eosinófilos* en la sangre en proporción de 1 %; de los otros cinco:

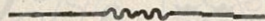
2 fueron diagnosticados cancerosos, uno de ellos tenía un epiteloma, comprobado, en el pene; fueron dados de alta.

1 murió por cancer avanzado. Al examen histológico: carcinoma.

1 clínicamente ha sido declarado tuberculoso; y el último, fué una hipertrofia simplemente congestiva. De los dos primeros: uno presentó una próstata francamente adenomatosa, grande; el otro fué un lóbulo medio.

Por último la *Citoscopia* es también un medio diagnóstico que no debe descuidarse, sobre todo cuando se trata de la presencia de un lóbulo medio.

Para terminar digamos con CARLIER: «Si los cirujanos están hoy día de acuerdo para tratar por la prostatectomía el adenoma prostático, no es menos cierto que esta operación propordiona algunos fracasos, muchas veces inexplicables. Verdad es que no debe hacerse cuestión de la fuerte mortalidad de los principiantes, desde que en una reciente estadística, FREYER acusa una mortalidad de 5'5 % y PAUCHET 9 %; pero para nosotros este porcentaje puede todavía ser reducido á 0, si los cirujanos restringieran á los verdaderos límites las indicaciones operatorias».



SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL

«DOS DE MAYO».

SESION DEL DOMINGO 2 DE ENERO DE 1916.

Bajo la presidencia del Dr. W. Molina se abrió la sesión á las 10 y 30 a. m.

TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS TUBERCULOSA.—

El Dr. Juan José Mostajo presenta un enfermo atacado de laringitis tuberculosa, en el que ha logrado mejorar la disfagia mediante las inyecciones de alcohol de 95° en el nervio laringeo superior. En el presente caso la mejoría se obtuvo después de la primera inyección. Considera este procedimiento muy eficaz, pues, calmando el dolor les permite á estos enfermos alimentarse.

El Dr. A. Corvetto dice que hace tiempo se ha preocupado del tratamiento de este síntoma, haciendo uso de todos los analgésicos más activos, habiendo fracasado en su propósito; que el procedimiento preconizado por el Dr. Mostajo también lo había empleado pero solo con alcohol de 40° y que lo más que había obtenido era la cesación del dolor por unas 8 ó 9 horas, después de las cuales tenía

que repetir la inyección; que el caso que acababa de relatar el Dr. Mostajo, lo obligaba á insistir en este tratamiento, que por lo menos es un paliativo digno de tomarse en consideración en presencia de este desaseperante síntoma.

El Dr. Acha Flores dice haber empleado este tratamiento; que en algunos casos había tenido éxito y en otros no; que en los favorables, no solo ha observado la desaparición del dolor, sino una modificación de las lesiones laringeas y pregunta si en este caso se ha notado algo al respeto.

El Dr. Mostajo dice que la lesión consistía en la ulceración de la cuerda vocal izquierda y de ambos aritenoides que no ha variado en su aspecto macroscópico.

SESION DEL DOMINGO 2 DE FEBRERO DE 1916.

Bajo la presidencia del Dr. W. Molina se abrió la sesión á las 10 y 30 a. m. Se aprobó sin observación el acta anterior.

SOBRE UN PROBABLE CASO DE LEPRA.—El Dr. Voto Bernal es presenta un enfermo cuyos caracteres clínicos corresponden á la lepra, á pesar de que las repetidas investigaciones bacteriológicas hechas en el muco nasal han sido negativas. Insiste en la necesidad de precisar el diagnostico, pues, á confirmarse, sería el primer caso de esta enfermedad adquirida, y que ha llegado á constatare entre nosotros.

Después de discutirse el punto por los Dres. Arce, Corvetto y Fernandez Concha, la Sociedad acordó que se insista en las investigaciones microscópicas, dándose preferencia á productos extraídos de las nudosidades que ofrece en la piel, pues, el aspecto del enfermo hace pensar, con fundamento, en la naturaleza leprosa de las lesiones observadas.

COLECISTECTOMIA RETROGRADA EN UN HOMBRE DE SETENTAIOCHO AÑOS.—La comunicación del Sr. Ugaz aparece *in extenso*, en el mismo número.

El Sr. Bambarén felicitó al Sr. Ugaz, por haber traído á la Sociedad la primera comunicación sobre cirugía.

MOVIMIENTO MEDICO

ENSAYOS DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DEL COREA EN LOS NIÑOS.—El tratamiento del corea no está aún dilucidado, como no lo está tampoco su etiopatogenia. El Dr. Carlos S. de los Terreros (*de Madrid*) después de exponer la opinión de algunos autores que fundados en la llamada *prueba terapéutica*, relacionan de manera estricta y exclusiva el corea de Sydenham con la sífilis y de analizar la opinión que considera el corea como una neurosis y la afirmación de los que pretenden ver en la enfermedad que nos ocupa, un síndrome consecutivo á una infección, cualquiera que ella sea, manifiéstase partidario de la naturaleza reumática del baile de San Vito.

Conexionadas las dos afecciones, resta solo explicar en que consiste la relación, y el autor sostiene que es una sola *especie* de germen la que origina el reumatismo y el corea, pero que las *variaciones* determinantes de cada cual son diferentes.

Como consecuencia de este concepto etiopatogénico el Dr. C. S. de los Terreros, ha empleado en la terapéutica del corea de Sydenham el bicloruro de mercurio por vía intravenosa, que tan felices resultados ha dado en el reumatismo poliarticular agudo.

La dosis empleada ha sido de uno á dos miligramos de solución de bicloruro de Hg. al milésimo por inyección interdiaria, habiendo inyectado como cantidad máxima *cuarenta miligramos* en el espacio de un mes.

Tres casos solamente ha tratado siguiendo esta terapéutica, y de ellos, en dos los resultados han sido plenamente satisfactorios, calificándose de mediocre el resultado en el tercero.

Los dos que han experimentado beneficio eran: Uno de corea de Sydenham recidivada por cuarta vez y que acusaba entre sus antecedentes personales un padecimiento reumático agudo; bastó 16 inyecciones, con un total de 22 miligramos de bicloruro de mercurio aplicadas en cerca de mes y medio de tratamiento, para que el enfermito curara. El segundo ofrecía, un *hemicorea del lado derecho* que hacía cuatro años se había presentado: la cantidad de bicloruro de mercurio empleado fué 36 miligramos, inyectada en esta forma: 2 inyecciones de un milígramo, 2 de dos miligramos y 10 de tres miligramos.

El tercer caso se refiere á un niño de 10 años que ha presentado *dolores reumatoides* en las piernas y ofrece *hemicorea del lado izquierdo*. Cuarenta miligramos de bicloruro de hidrargirio inyectados en el espacio de mes y medio no han hecho más que detener la marcha de la afección, sin curar á la enfermita.

La desigualdad en los éxitos terapéuticos, sería, en concepto del autor, un argumento más para probar que no hay dependencia de causa á efecto entre la sífilis y el Corea de Sydenham, por que este enérgico antisifilítico hubiera producido rápida curación en los tres, si existiera tal relación.

Por último, ningún inconveniente se ha observado con este tratamiento (ni anemia, ni nefritis) y se ha prescindido de todo lo que pudiera juzgarse como coadyuvante y en especial el *reposo*.

LEISHMANIASIS CUTANEA EN LOS NIÑOS DE LA REGION ORIENTAL DE YUCATAN.—El estudio de ciertas ulceraciones que presentan los niños de corta edad en las partes descubiertas y principalmente en el pabellón de la oreja, ha permitido á los doctores Abelardo Lara N (*La Revista Médica de Yucatan* 1915) é Hircano Ayuso constatar casos leishmaniasis cutánea en Yucatán.

Desde 1912 el Dr. Seidelin de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, señaló en los trabajadores indígenas, que se dedican á la extracción del chicle, en el Territorio Quintana Roo, una úlcera, en cuyos *frottis* encontró la *leishmania tropica*. A esta úlcera llamó: *ulcera de la oreja de los chicleros*.

Precisado el agente etiológico, el Dr. Lara, se preocupó del tratamiento, y después de ensayar una serie de sustancias, recomienda el permanganato de potasa. Procede de la siguiente manera: «Se empieza por limpiar cuidadosamente la ulceración, quitándole las concreciones que en ella se encuentran. Queda una superficie ulcerosa de fondo rojizo. Sobre ella se hace con un pedazo de gaza ó algodón una aplicación de permanganato de potasa finamente pulverizado. El medicamento se difunde inmediatamente atacando el parásito que habita profundamente. Se forma una costra negra que aprisiona el medicamento la cual cae al cicatrizar.»

«Si se tiene cuidado de que los niños no se rasquen, basta una sola aplicación. La cicatrización se obtiene en doce ó quince días. Las recidivas son raras.»

TEORIA BIOLOGICA DE LA INMUNIDAD.—En estos últimos tiempos el Dr. Julio Mendes de Buenos Aires, ha expuesto una nueva teoría de la inmunidad que vamos á referir lo mas suscitadamente posible.

Piensa el ilustre profesor de Buenos Aires, y este pensamiento lo sostiene desde 1903, que la enfermedad y la nutrición son procesos biológicos idénticos, es decir, que la asimilación de las albuminas alimenticias y de las albúminas patógenas se hace de igual manera: el organismo mantiene la constancia de su medio interno, ya que se trata, en último análisis, en ambos casos, de elementos extraños á su composición.

Esta asimilación de las proteínas patógenas, ha sido explicada de diversa manera y estas explicaciones constituyen otras tantas teorías de la inmunidad; todas estan acordes en considerar como termino final, ya sea de la *fagocitosis* ó de la *bacteriolisis*, los *anticuerpos*.

Pero el Dr. Mendes disiente de esta manera de pensar; para él, el antígeno es descomponible en dos elementos, uno que representa las particularidades de su estroma ó estructura, y otro que corresponde á las particularidades debidas á la estructura y funcionamiento de su protoplasma. Estas dos sustancias determinan la formación de dos clases de anticuerpos: las *haptinas* de Ehrlich, que se-

rían generadas por el estroma, y las *lysinas* de Mendes que lo serían por la sustancia protoplasmática del antígeno.

Estos dos anticuerpos tienen función diferente. Las *haptinas*, como se sostiene generalmente, tienen por objeto ser atraídas por el antígeno que las condiciona y dando lugar de esta manera á nuevas *haptinas*, por transformación del antígeno reintroducido al organismo; las *lysinas* se fijarían á las células del organismo, alterarían su estructura y funcionamiento (enfermedad) y en los casos en que la célula no perece (curación) debida á la adaptación de la *lysina* por la célula, adaptación, que puede ser gradual y lenta ó rápida, ocasionando las dos variantes de la terminación de las enfermedades (lisis ó crisis), se forma el producto que desde Behring conocemos con el nombre de antitoxina. La presencia de estas *lysinas* está condicionada por la producción previa de *haptinas*, que exitan á los fagocitos, siempre que los antígenos no sean suficientemente virulentos, para que se formen desde el principio de la infección. De esta manera se explicaría, la falta de inmunización de algunas enfermedades, cuyos gérmenes son incapaces de engendrar *lysinas*.

Mendes ha tratado de demostrar la existencia de sus *lysinas* y con este objeto recurrió á la experimentación.

Se valió para mostrar la existencia de sus *lysinas* del fenómeno conocido con el nombre de *anafilaxia*, eliminando en su producción «la intervención directa del antígeno y aún el periodo preanafiláctico, es decir, presindir de la *anafilaxia activa* y de la *pasiva*.»

Tomando una gota de sangre ó de suero de un animal preparado para el *shock* anafiláctico, é inyectándola en el corazón de otro animal de la misma especie, ha podido reproducir el cuadro sintomático del *shock* anafiláctico. En esta experiencia quedó suprimido el antígeno y el periodo preanafiláctico, realizando de esta manera la *anafilaxia transmitida*.

No creyendo que esta experiencia bastaba para demostrar la existencia de las *lysinas*, el Dr. Mendes realizó esta otra: inculó de una sola vez á un animal una dosis de antígeno suficiente para producirle la muerte y le extrajo durante el periodo agónico una pequeña cantidad de sangre que inyectó inmediatamente en el corazón de otro animal normal de la misma especie, en el que se provocó de súbito los diversos síntomas del *shock* anafiláctico.

En este caso la *anafilaxia* no ha sido transmitida; cree Mendes que es debida á la *lysina* y que es la demostración evidente de su existencia.

En el deseo de dar mayor demostración de sus famosas *lysinas*, el Dr. Mendes va más allá y examinando á la luz de sus ideas la seroterapia antidiftérica, encuentra nuevos argumentos demostrativos de la existencia de sus *lysinas*.

Dice que la antitoxina diftérica descubierta por Behring, no obstante que está demostrada su acción curativa específica, fracasa cuando se aplica días después de comenzada la enfermedad, por que a pesar de la inyección de dosis máximas de antitoxina, esta é ineficaz por que las *lysinas* formadas por la presencia del bacilo de Klebs-Loeffer en la pseudomembrana diftérica, han destruído, dadas sus afinidades ya señaladas, gran parte de células cuya regeneración no es posible.

Los factores determinantes de los anticuerpos, que, según se acepta, son los microbios y sus toxinas, pueden, según cree Mendes, ser todos los proteicos, pues, ha conseguido fabricar un suero muy antitoxico, tratándose de microbios sin toxinas en sus cultivos.

Tal es a grandes rasgos la teoría del profesor de Buenos Aires, que no nos hemos resistido á exponer, quien sabe sin claridad, por que la conceptuamos de un alto valor científico, pues, como él mismo dice, «ella, además de ser el resultado de la observación y de la experimentación, implica una serie de consecuencias prácticas: una vez confirmada y aplicada abrirá nuevas vías á la curación de las enfermedades, constituyendo lo que hemos llamado la *terapéutica esencial*. De ella ya poseemos algunos jalones, como son: la vacuna carbunclosa argentina, el haptinógeno gono, el haptinógeno pneumo, el haptinógeno tifo y otros más, que ejercen su acción curativa evidente, de acuerdo con las consecuencias de la teoría».

LA EXPLORACION DE LA FUNCION RENAL CON LA FENOLSULFOPTALEINA.—Este método dado á conocer por los autores norteamericanos, como medio de explorar la función renal, ha sido puesto en práctica por los doctores Cifuentes y Martín Escobar (*Revista de Medicina y Cirugía practicas*, Madrid)

Comparada la fenolsulfoptaleina con las demás substancias que para explorar la función renal se usan, resulta que las ventajas de su empleo estriban en ser inofensiva, en eliminarse en su totalidad por la orina y nunca en forma de leucoderivados.

La fenolsulfoptaleina descubierta por Remsen, es un polvo cristalino, rojo, vivo, fuertemente ácido, soluble en agua y en alcohol; su coloración es más intensa en las soluciones alcalinas.

Si el riñón está íntegro en lo que á su funcionamiento se refiere, la eliminación empieza entre los 6 y 11 minutos: en la primera hora se excreta el 50 por 100 por término medio; en la segunda hora un 17 por 100 (Cabot).

La técnica del método variará según se trate de la función renal global ó función aislada de cada riñón.

En el primer caso, evacuar la vejiga completamente dejando puesta la sonda. Inmediatamente inyección de 1 c. c. de Fenolsulfoptaleina 0,006 miligramos.

Solución de hidrato sódico al 8 por 100, una gota.

Suero fisiológico al 7 por 1.000 un centm. cúb.

Tomar la hora exacta en que se pone la inyección. La inyección subcutánea es la más sencilla: el escozor que produce desaparece pronto. Esperar la aparición de la fenolsulfoptaleina, para lo cual la gotas de orina se recogeran en una copa ó tubo que contiene unas gotas de solución de sosa cáustica al 25 por 100. Se anota el momento de aparición del color rojo y se retira la sonda. Es suficiente recoger la orina de la primera hora, pues la cantidad eliminada en este tiempo unida al momento de la aparición, es suficiente para apreciar el valor funcional de los riñones.

En caso de explorar independientemente cada riñón se hace el cateterismo ureteral: se inyecta la solución y se coloca una sonda

en la vejiga para vaciarla, que no se retira sino cuando ha empezado la eliminación.

La orina de la primera hora se coloca en una ó dos probetas, según el objeto de la aplicación; se le añade algunas gotas de solución de sosa cáustica al 25 por 100; se agrega agua hasta 500 c. c., se filtra y se compara con una escala colorimétrica formada de 10 tubos preparados con solución madre de fenolsulfoptaleina y por comparación próximamente se conocerá la cantidad de fenolsulfoptaleina eliminada.

Si existen en la orina fragmentos biliares se precipitan con el sub-acetato de plomo y si existe sangre se coagula ésta por ebullición y se filtra.

Los autores hacen un estudio de la observación hecha en distintos procesos renales, vesicales y uretrales, señalando, en lo que á la tuberculosis renal se refiere, una escala de eliminación que corresponde á tres tipos que se pueden llamar: buena, regular y mala.

Si la eliminación alcanza y pasa de 35 por 100 (en la primera hora) será *buena*, si es del 15 al 35 por 100 *regular*, y *mala* si está por debajo del 15 por 100.

Los resultados obtenidos por los Dres. Cifuentes y Martin Escobar confirman la importancia que á este método han dado autores norteamericanos, alemanes y rusos. Lo cenceptúan de gran interés no solo apara el urólogo sino para los médicos generales que deseen en determinados casos, conocer el estado de la función renal global.

CARLOS A. BAMBAREN

REVISTA DE TESIS

LAS VULVOVAGINITIS EN LAS NIÑAS DE PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA.— Tesis presentada para obtener el grado de bachiller en Medicina por Francisco Camino.

El autor estudia someramente las siguientes formas de vulvovaginitis: catarral descamativa de los recién nacidos; eczematososa é impetiginosa; eruptivas; discrácicas; gonocócicas; parasitarias y traumáticas; en cada una expone la etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

He aquí sus conclusiones:

1º. La vulvovaginitis catarral de los recién nacidos, no es sino consecuencia de la irritación, por los agentes exteriores, de una mucosa aún inadaptada al nuevo género de vida, que se traduce por la descamación del epitelio y su salida en un líquido leucorreico, alejado de todo caracter infectivo.

2º. Las vulvovaginitis eczematosas é impetiginosas, se presentan siempre como una complicación en los catarros de la vulva, sobre todo en los casos de abundante secreción mucopurulenta, la cual en prolongado contacto con la superficie cutánea contigua á los genitales externos, termina por constituir el catarro de la piel, el que á su vez por propagación infectiva, mantiene y estimula la vulvovaginitis preexistente.

3º. El sarampión, la escarlatina, la varicela y en general, todas las fiebres eruptivas, pueden determinar vulvovaginitis cuyo punto de partida es el exantema de la mucosa de los labios.

4.º En los casos de hiponutrición y de trastornos constitucionales por alteración del metabolismo orgánico; en las niñas cloroanémicas; neuroartríticas y en las diatésico-exudativas, se presentan leucorreas, llamadas generalmente discracicas, como una manifestación del estado general; pero que por la falta de higiene y tratamiento médico pueden trasformarse en vulvovaginitis de forma independiente y evolución variable.

5.º Las vulvovaginitis gonocócicas son bastante frecuente en niñas de primera y segunda infancia, como también las artritis secundarias á la infección antedicha.

6.º Muchos parásitos de localización intestinal, por la estrecha vecindad del recto con la vulva, pueden fijarse en esta y determinar una vulvovaginitis que por reinoculación en la mucosa de estos órganos suelen mantener la parasitosis intestinal.

7.º La vulva y vagina de las criaturas están bastante expuestas á los accidentes traumáticos y, muy particularmente, á los actos de estupro, que considerados como tales, pueden producir vulvovaginitis de muy seria consideración.

LA ADRENALINA EN CLINICA.— Tesis presentada para el bachillerato por Jesús Felipe Martínez.

La tesis comprende dos partes: 1º. Nociones Generales; 2º. Practica hospitalaria. Ha empleado la adrenalina en muchas enfermedades y sus conclusiones con las siguientes:

1º. La adrenalinina, uno de los principios de nuestra economía, es un remedio maravilloso, aplicado, en dosis conveniente por vía hipodérmica.

2º. Por sus propiedades, antitoxica, angiotónica y específica, sus indicaciones son múltiples.

3º. Los resultados obtenidos con la adrenalina hacen esperar con justicia que la opoterapia será la terapéutica más racional y científica.

4º. La adrenalinoterapia ó aún mejor, la opoterapia debe propagarse.

5.º El éxito de una medicación depende de la oportunidad de su empleo.

6.º De la adrenalina se puede decir «no es un tónico que sirve para todo, ni una especie de panacea universal á aplicar en todos los casos, es una arma exacta y maravillosa que es preciso saber manejar».

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ANESTESIA EN LA PROSTATECTOMIA.— Tesis de Bachillerato por Enrique P. Manehego.

El autor se ocupa en esta Tesis, cuyo título hemos señalado, de la anestesia local en la prostatectomía; pero antes pasa en revista, de manera somera, lo que es una próstata hipertrofiada; que repercusión tiene en el organismo esta afección; en que condiciones orgánicas y funcionales se encuentran los que van á prostatectomizarse; por que la anestesia local encuentra especial indicación en estos casos; cuales son los peligros de la prostatectomía, y ventajas de la anestesia local.

Al ocuparse de los peligros de la prostatectomía expone con mucho detalle la explicación del *shock* que dá Crile de Cleveland.

Relata una historia clínica muy detallada de un prostático que operó en dos tiempos, haciendo primero la cistostomía hipogástrica con la anestesia local (novocaina-aderenalina) y después, á los 26 días, la prostatectomía con anestesia local por el método mixto: perineal y vesical: Desgraciadamente el enfermo murió por uremia. Además relata dos observaciones en las que se empleó el cloruro de etilo como anestésico.

Termina el trabajo con las siguientes afirmaciones:

La anestesia general con el cloruro de etilo en la prostatectomía merced á las propiedades de este gas (facilidad del sueño, rápida eliminación, ausencia de trastornos postanestésicos, etc) ha dado magníficos resultados aún en los casos reputados como malos.

En vista de la casi inocuidad de la operación, hecha con esta clase de anestesia, en individuos preparados por una cistostomía previa, y teniendo en consideración que los trastornos cerebrales son menores con el óxido nítrico que con el éter, es lógico presumir que el cloroetilato defiende al cerebro de las injurias del tauma.

Mientras no se pruebe definitivamente lo contrario, tenemos derecho de conservar este método de anestesia ya que él ha suministrado, en todas partes, tan buenos resultados.

BIBLIOGRAFIA

PATOLOGIA Y TERAPEUTICA DE URGENCIA por el doctor Ricardo Lenzmann, traducida de la 2a. edición alemana por el Dr. Francisco Tous Biaggi.—Editor *Manuel Marín*, Cortes 594—Barcelona.

Entre las obras editadas por la acreditada casa española de Manuel Marín, ocupa lugar preferente «La Patología y Terapéutica de Urgencia» del Dr. Lenzmann.

Agrupar los accidentes y estados patológicos que ponen la vida en peligro de manera brusca y que por lo mismo requieren inmediata y habil atención, he aquí el objeto que se propuso y ha alcanzado el autor de esta obra.

Su contenido está dividido en las siguientes partes: *I. Estados morbosos del sistema nervioso que ponen en peligro la vida de un modo repentino.*— *II. Estados morbosos del aparato respiratorio que ponen la vida en peligro de un modo repentino.*— *III. Enfermedades del aparato circulatorio que ponen la vida en peligro de un modo repentino.*— *IV. Enfermedades del aparato digestivo que ponen la vida en peligro de un modo repentino.*— *V. Enfermedades del sistema uropoyético que ponen la vida en peligro de un modo repentino.*— *VI. Estados morbosos dependientes del curso anormal del embarazo, del parto y del puerperio que ponen la vida en peligro de un modo repentino.*— *VII. Estados morbosos de origen toxico que ponen la vida en peligro de un modo repentino.*

Como se apreciará por la relación que antecede, su contenido es tan complejo, como exigentes son los momentos de estos accidentes para el práctico, de aquí que consideremos este libro como el mejor *vademecum* que se haya escrito, para la practica profesional.

La casa editorial Marin ha hecho, pues, un positivo servicio á la clase médica hispano-americana, al editar la correcta traducción del Dr. Francisco Tous Biaggi.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS.— Artículos originales del N.º I de Enero de 1916: *Restoration of the Bile Passage After Serious Injury to the Common or Hepatic Ducts* by W. J. MAYO.— *Address of the Retiring President of the Clinical Congress of Surgeons of North America* by J. B. MURPHY.— *Errors in Anatomical Development: Their Cause and Surgical Significance* by CH. H. MAYO.— *The Dental Path: Its Importance as an Avenue to Infection* by T. B. HARTZELL and A. F. HENRICI.— *The Relation of Amoebiasis to Pyorrhoea Alveolaris* by A. H. SANFORD and G. B. NEW.— *Deep Seated Alveolar Infections* by M. L. RHEIN.— *The Dental Aspect of the Relation of Endamoeba to Pyorrhoea Alveolaris* by W. PRICE.— *Intestinal Stasis* by A. J. OCHSNER.— *Chronical Intestinal Stasis and its Associated So-Called Toxaemia* by F. W. SMITHIES.— *Observations on Sanitary Organizations and Surgery in France and the Central Empires a Plea for Surgical Preparedness* by K. CONNELL.— *The Unit Plan of Organization of the Medical Reserve Corps of the U. S. A. for service in Base Hospitals* by G. W. CRILE.— *The Radical Operation for Carcinoma of the Uterus* by H. CANNING TAYLOR.— *The Relative Merits of the Operations for Cancer of the Uterus* by D. C. BALFOUR.— *Heat in the Treatment of Carcinoma of the Uterus* by J. F. PERCY.— *Autotransplantation of the Corpus Luteum* by J. B. DE LEE.— *Some Attempts to Produce Experimentally Conditions of Sympathetico-tonus, Vagotonus, and Hyperthyroidismo* by A. TROELL.— *Tracheloplastic Methods and Results á Clinical Study Based upon the Physiology of the Mesometrium* by A. STURMFORT.