

La Crónica Médica

AÑO XXXV — LIMA, SETIEMBRE de 1918 — N.º 663

CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO».

CIRROSIS ALCOHOLICA DE TIPO HIPERTROFICO

Lección clínica

Por el Dr. ERNESTO ODRIUZOLA

El estudio nosológico de las *cirrosis del hígado*, es todavía hoy un asunto muy controvertido. Muchos puntos de su historia permanecen todavía inexplicados. El síntoma culminante de la *ascitis*, en muchas de ellas, por ejemplo, permanece aun oscuro en su interpretación patogénica, pues el concepto anotomopatológico de la *esclerosis progresiva* como causa de su generación, por obstáculo creciente a la circulación porta, no explica todos los casos, ni satisface mucho menos el criterio científico en aquellos ejemplos de *desaparición* de la *ascitis*, después de un régimen prolongado y bien dirigido.

El enfermo que vamos a tratar representa un caso de esa categoría, que ha permanecido algún tiempo en nuestro servicio y que he querido intencionalmente conservar para que ustedes pudieran seguirlo día a día y comprobar lo que desde un principio les dije, en lo que se refería a su probable curación y *desaparición* de su *ascitis*.

Se trata, Señores, de un indígena de 34 años de edad, natural de Huancayo, soltero, pintor de profesión; de constitución robusta.

Cuenta que cumplidos los 14 años, abandonó su lugar de nacimiento y se dirigió, en busca de trabajo, a la hacienda Arona, de la provincia de Cañete, donde desempeñó el oficio de caballero. Permaneció 2 años y medio en ese fundo, viniendo después a esta capital, destinándose, con idéntico oficio, en la antigua empresa del tranvía por espacio de un año.

Presentóse luego voluntario en el regimiento de caballería No. 5, en cuyas filas estuvo 4 años, cambiando continuamente de residencia por menesteres del servicio.

Dado de baja, por estar padeciendo de "carnosidades" en la vista, de las que fué operado en el hospital de Santa Ana, se dirigió a Chosica, empleándose como albañil durante dos años.

Regresó a Lima entonces, desempeñando diversos oficios: pintura, agricultura, acarreo de materiales, etc. etc. hasta la fecha de su ingreso en este hospital el 14 de Mayo del presente año, ocupando la cama No. 38.

Este hombre no ha conocido a sus padres.

Ha gozado de buena salud hasta la época en que sentó plaza en el ejército; tenía entonces 19 años. Es en esa época de su vida que sufre como ya hemos dicho de la vista, muy probablemente un *pterigion*. Estando en Piura, contrajo una "*ble-norrhagia*".

Fuera ya del servicio militar y estando en Chosica, padece, a los seis meses de estadía, de un "brote de verrugas" que, según su propio decir, "eran muy grandes y llegaron a sangrar abundantemente". Tenía entonces 24 años y se lo curaron en el mismo lugar con "agua de mote con vino", "agua de té con vino caliente" y para los dolores articulares tibio-tarsianos, que eran muy agudos, emplearon "el sebo de carnero y la exposición al sol". Perdonene ustedes, señores, estos detalles que parecen baladís, pero que en nuestro concepto deben ser siempre acogidos con deferencia, pues en el fondo de todos ellos, por humildes que sean, se encuentra una idea, un medio y en todo caso, la admirable iniciativa de la observación popular y si nó vean ustedes ya la exposición al sol, empleada como medio curativo, cuando hoy muchos se ufanan de haberla descubierto.

Un año le duró a nuestro enfermo la dolencia en cuestión.

Trasladado a Lima, sufre algunos "accesos palúdicos pasajeros", que se los cura personalmente, tomando unos "gloriados" calientes, mezcla de pisco, jugo de limón y quinina.

Por último es acometido por la enfermedad que lo trajo al hospital.

Durante esta vida agitada, sus costumbres han sido poco morigeradas. Ha sido un gran fumador en su adolescencia y más tarde un entusiasta devoto del *alcohol*, embriagándose los sábados y los domingos, según paladina confesión propia y probablemente también los demás días: cuestión simplemente de cantidad.

Fué en el mes de Mayo, trabajando en la hacienda Pariache, que se vió atacado de la enfermedad que historiamos.

Refiere que en un principio sintió malestar, laxitud, calofríos repetidos, poco intensos. Luego dolores de cabeza, y a "la boca del estómago", náuseas, vómitos y creyéndose atacado de un nuevo acceso "palúdico", trató de ponerles atajo bebiendo los famosos "gloriados", cuyo uno de los ingredientes lo recibiría con marcado regocijo. Pero la cosa no pareció tan sencilla, porque la mejoría se hizo esta vez esperar y entonces pensó en ingresar en el hospital. Trascurridos algunos días, vió disminuir considerablemente sus orinas y que estaban muy cargadas, que su vientre se abultaba, adquiriendo rápidamente grandes dimensiones, al mismo tiempo que su malestar aumentaba, haciéndose más permanente el dolor epigástrico.

Alarmado por esta situación ingresó en nuestra sala, como ya hemos dicho el 14 de Mayo último.

Ustedes no habrán olvidado seguramente el aspecto de este hombre. Su vientre enormemente elevado, repleto de líquido, con una circulación abdominal suplementaria, de la más evidente, algo edematosos sus miembros inferiores, presentaba todos las apariencias de un *cirrótico* avanzado, sin que en ese momento pudiéramos fijar nuestra opinión en lo relativo a la categoría de la cirrosis. La tensión del vientre era tal, que no nos fué posible palparlo profundamente y darnos cuenta por consiguiente, del estado de las visceras.

El examen de sus demás órganos y aparatos no nos reveló dato alguno de importancia. El análisis de la orina sólo descubrió una gruesa raya de absorción de *urobilina*.

En esta situación era indispensable, practicar una *paracentesis*, cosa que verificó inmediatamente, extrayéndose 11 y medio litros de líquido *ascítico* seroso.

Al día siguiente, después de practida esta punción, pudimos comprobar que tanto el *hígado* como *el bazo* estaban *manifestamente hipertrofiados* y desde ese momento, como recuerdan ustedes, concebimos la esperanza de llegar a la curación, si el enfermo se sometía pacientemente al régimen riguroso que recomendamos. El resultado ha correspondido a nuestras expectativas, pues el 7 del presente, este hombre ha dejado el hospital sin líquido ya en el vientre y en las mejores condiciones de salud.

Etiológicamente hablando, *el abuso del alcohol*, ha sido indudablemente la causa de su cirrosis, pues no existe otra alguna a la que poder imputarla; de manera que estamos autorizados para decir, que este hombre ha sufrido una *cirrosis alcohólica de tipo hipertrófico*. El aumento de volumen del *hígado*, con su consistencia un poco dura, su superficie algo irregular, ligeramente sensible, la *hipertrofia del bazo*, la gran ascitis, con su líquido seroso ordinario, la circulación suplementaria abdominal, la gruesa raya de absorción de urobilina, la integridad de los órganos torácicos, la disminución considerable de las orinas, todo esto justifica el diagnóstico establecido.

Ya no se cuentan los casos de *cirrosis alcohólicas* de tipo *hipertrófico* curados; por mi parte he visto muchos. Desgraciadamente este diagnóstico no es tan fácil como podría creerse a primera vista, pues en algunas ocasiones la *cirrosis atrófica* de origen *alcohólico*, comienza por un aumento de volumen del *hígado*, período *congestivo* que puede durar más o menos tiempo, disminuyendo después progresivamente hasta convertirse en la retracción completa que caracteriza la forma atrófica. Sin embargo, señores, existe a mi modo de ver una circunstancia cronológica que puede servir como índice diagnóstico en esta difícil coyuntura: cuando la hipertrofia del *hígado* constituye el preludio de la cirrosis atrófica, *no existe la ascitis*; esta solo aparece cuando el *hígado* está ya en vías de atrofia, mientras

que en la cirrosis alcohólica hipertrófica, la ascitis se presenta y su desaparición coincide con la disminución del volumen del hígado. Este dato me parece de importancia, no solo desde el punto de vista diagnóstico, sino también como una razón clínica de fuerza para emancipar esta forma como una entidad *in-nica* de fuerza, para emancipar esta forma como una entidad *in-cado* y merece conservarse en razón de la particular evolución de la enfermedad.

¿Cuál es la índole de esta cirrosis, capaz de curar, cual su extensión? Es lo que no podemos descubrir todavía. La existencia de la *ascitis* es, como ustedes saben, interpretada como resultado de la esclerosis intersticial que pone un obstáculo progresivo a la circulación porta, pero esta explicación está muy lejos de satisfacer en este caso, porque quien dice *esclerosis con-juntiva*, como es esta, dice lesión progresiva definitiva, irremediable; como conciliar entonces este hecho anatomo-patológico universalmente reconocido, con la disminución y la desaparición de la ascitis? Si la *esclerosis* es la que determina el obstáculo a la circulación y si ella es progresiva o por lo menos estable una vez aparecida, no hay lugar de pensar que la ascitis pueda ser imputable a esa esclerosis. Me parece, señores, que en este caso hay que aceptar la existencia de otras lesiones y tal vez si tengamos que atribuir a lesiones de la misma *célula hepática*, lesiones redimibles por supuesto, la causa de la ascitis, lesiones de orden *congestivo*, *claro está*, desde que el fenómeno que producen es transitorio. Esta hipótesis, señores, me parece más clínica que la formulada por algunos autores, con Josué a la cabeza, que pretenden explicar esta cirrosis hipertrófica, como una *tuberculosis local*, susceptible de curar, como otras tantas tuberculosis de la misma clase. Nadie ha visto esta tuberculosis que yo sepa o por lo menos nadie la ha demostrado.

Ya les he dicho que cuando advertimos que nuestro enfermo, tenía una *cirrosis de tipo hipertrófico*, les anuncié la posibilidad de la curación y que por consiguiente el *pronóstico* en estos casos no es tan severo como en las cirrosis atróficas.

Veamos pues, cuales son los medios que deben ejercitarse para llegar al feliz resultado que ustedes han podido apreciar.

Siendo el *alcohol* la causa *directa o indirecta* de su generación,—no vamos a pelear por esto,—lo primero que hay que recomendar es la supresión radical y definitiva de este tóxico. En segundo lugar hay que practicar la paracentesis cuantas veces sea necesario, sin esperar que el vientre esté muy lleno. Tercero, permanencia prolongada, prolongadísima en cama, mientras haya ascitis; esta recomendación es de vital importancia, en mi concepto. La marcha es dañosa para estos enfermos o por lo menos prolonga la duración de la enfermedad. Si esto se debe a que el enfermo en cama es mejor vigilado y no hace transgresiones al régimen, el hecho poco importa, lo positivo es que mejoran con más celeridad: la prueba que nuestro enfermo ha sido curado en tres meses escasos y faltando a las prescripciones die-

téticas que por razones que no es del caso indicar y que ustedes conocen, son inevitables en el hospital. Nuevo argumento en favor del beneficio de la permanencia en cama. Cuarto: régimen dietético escogido y vigilado; alimentos que no dejen purinas; leche al principio, frutas; después harinas finas, papas, platos sin condimentos, legumbres cocidas.

Quinto: mantener el vientre corriente, por el uso de laxantes suaves.

Sexto: administrar preparaciones de *yodo orgánico*, en pequeñas dosis.

Tales son, señores, los consejos que pueden darse y a los que hemos obedecido, tanto como se ha podido, dado nuestro régimen hospitalario, que apesar de todas sus imperfecciones, ha dado un resultado verdaderamente brillante en este caso.

Antes de concluir y para no pecar de omiso en lo que se refiere al futuro de nuestro enfermo, debemos declarar que el ha sido curado de *cirrosis alcohólica hipertónica*, pero esto no quiere decir que si su hígado en el porvenir sigue sufriendo la agresión del alcohol o de los extravíos alimenticios, esté al abrigo de una recidiva ó de lesiones de mayor trascendencia que preparen una *cirrosis* atrófica ya irremediable.

DOS NUEVOS CASOS DE EQUINOCOCIA PULMONAR

Por el Dr. ANIBAL CORVETTO

El diagnóstico clínico de la equinococia pulmonar es asunto interesante que ya hemos tratado en otra oportunidad (1); dos nuevos casos que hemos seguido con particular cuidado, en estos últimos meses i que presentaron evolución i marcha distintas, permiten ocuparnos nuevamente de tal materia.

El primer caso se refiere a un indígena, de 24 años de edad, pastelero, casado i natural de Ica, que ha tenido 3 hijos, de los cuales han fallecido 2. Sin antecedente hereditario alguno digno de mención, i habiendo sufrido solamente de viruela i sarampión, se presenta al Preventorium "Juan M. Byron" en busca de tratamiento para sus males.

Un prolijo examen permite descubrir que la enfermedad que sufre ha comenzado hace 2 años y medio, más o menos, i que este principio estuvo constituido por un fuerte escalofrío acompañado de intenso malestar, seguido días después de una urticaria generalizada. Tres meses después le sobrevino una hemoptisis discreta que duró 3 días i desde entonces, con frecuencia i guardando cierta periodicidad en su aparición, esta hemoptisis se ha repetido bajo la forma de unas pocas estrias de

(1) *Dos casos de quistes hidáticos de localización pulmonar.*—La Crónica Médica.—Enero 1918;

sangre en el esputo. Durante todo este tiempo, un dolor siempre localizado en el costado izquierdo, se ha manifestado con intensidad variable, llegando a hacerse en oportunidades diversas, agudo i molesto. La tos no ha tenido caracteres constantes, quintosa a veces, ha sido seguida de expectoración escasa en cantidad. El apetito se ha conservado siempre; no se han presentado sudores nocturnos; las funciones digestivas han quedado incólumes; el estado general no ha empeorado; las fuerzas han flaqueado poco i la capacidad para el trabajo, si bien algo disminuida, ha sido siempre tal, que le ha permitido entregarse a su oficio. Juzgado como un tuberculoso, fué sometido a un régimen especial, entrando como parte principal de él, la residencia en un lugar de nuestras serranías: Matucana fué el lugar elegido. Estuvo ahí muchos meses, siguiendo los preceptos de la cura prescrita, sin que hubiera experimentado el menor alivio. Decidió entonces volver a Lima, i escogió, para su asistencia el Preventorium, a donde acudió el 29 de agosto del año pasado.

Comprueba el examen practicado: individuo de buen aspecto, algo demacrado; pesa Kg. 57.540 con una talla de m. 1.64; poca tos; la expectoración es escasa, muco-purulenta con estrias de sangre; esqueleto bien desarrollado; piel i ganglios normales. Configuración del torax normal; excursión torácica 9 centímetros; dolor al nivel del ángulo inferior del homóplato izquierdo, no intenso; mas bien, sensación de peso o molestia; no presenta irradiaciones. En los pulmones se anota una respiración bronquial suave en ambos vértices, con ligera submatitez. Arterias i venas normales; pulso regular, con 70 latidos al minuto; corazón, normal. Aparatos digestivo i génito-urinario no acusan alteración alguna. No hai fiebre; las fuerzas están conservadas; la capacidad para el trabajo es como de costumbre. La orina no contiene albúminas ni glucosa. Es esputo, examinado en distintas ocasiones, no permite encontrar huevos de parásitos, bacilo de Koch, ni otros gérmenes, buscados con ahinco.

Se le somete a un tratamiento sintomático i tónico a la vez, juzgándosele un fimatoso; aun cuando bastantes lagunas hai para sentar a firme tal diagnóstico, dado que la lesión es antigua ya, i los signos recogidos son bien pocos. Se le considera portador de una forma común, a nódulos fibro-caseosos diseminados, que, como se sabe, son casi mudas al examen.

El estado del enfermo no sufre modificación alguna merced al tratamiento empleado; siempre la misma tos, i siempre la misma expectoración con la misma cantidad de sangre; i es la tenaz persistencia de este síntoma la que le va haciendo perder la moral i le pone en un estado de gran abatimiento.

Al cabo de tres meses, los síntomas se exasperan tanto que colocan al enfermo en situación de verdadera gravedad. Ya no puede abandonar su lecho; la hemoptisis se hace abundante; la temperatura sube a 39°2; el dolor al costado aumenta su intensidad; aparece una dispnea molesta i el pulso se vuelve frecuen-

te. El examen de los pulmones solo permite apreciar, como novedad, gruesos estertores sub-crepitantes deseminados en todo el ámbito de ambos órganos; los demás, nada presentan.

Pero es en la espectoración arrojada, donde se encuentran modificaciones sustanciales e importantes en sus caracteres, que van a servir para proyectar luz definitiva sobre la verdadera causa de este estado morboso. En efecto, en medio de una gran cantidad de secreción muco-purulenta, fétida, con mucha sangre, se ven trozos de unas membranas de forma variable, algunos de los cuales alcanzan unos 9 centímetros cuadrados, de color grisáceo, enrollados, encartuchadas como un barquillo, de consistencia blanda, fácilmente desgarrables. En presencia de estos trozos de membrana no me cupo duda alguna, i ellos bastaron para hacerme presumir la existencia de un quiste hidático en el pulmón izquierdo. El examen microscópico confirma de manera concluyente esta presunción.

La expulsión de estos trozos de membrana trae como consecuencia 24 horas de pasajero alivio; i después, nueva exacerbación de todos los síntomas, para ser seguida de la expulsión de nuevos fragmentos de membrana, en gran cantidad, en medio de una abundante espectoración que tiene los caracteres ya señalados.

Después de esta segunda expulsión, la situación del enfermo comienza a mejorar; en los días sucesivos la fiebre baja i llega a desaparecer; lo mismo acontece con la disnea, la tos, la hemoptisis i el dolor de costado. Membranas no se vuelven a encontrar; el estado general va ganando; el peso aumenta; las fuerzas regresan.

Al examen se aprecian, en los días de crisis, estertores subcrepitantes finos deseminados. Mas adelante un pequeño foco de pleuritis seca en la parte media del pulmón izquierdo, que desaparece en pocos días. Después todo vuelve al estado normal.

La gravedad en que se encontraba el enfermo impidió toda investigación radioscópica en un principio; pasada ésta, se hace una radiografía el 16 de noviembre, cuando ya el paciente estaba en espléndidas condiciones. El resultado fué completamente satisfactorio: no se encontró opacidad alguna que indujera en sospecha en ningún sentido.

Completamente restablecido, el enfermo me abandona contento i agradecido; se va al lugar de su nacimiento para entregarse a sus habituales tareas. Después de larga observación el estado en que se marcha i el estudio de la radiografía obtenida; juzgo que se encuentra curado del quiste hidático que tenía.

La otra historia es mucho mas sencilla.

Trátase de L. C. señora de 52 años de edad, de raza india, natural de Huacho, que va al "Preventorium" el 7 de mayo del presente año.

Sin antecedentes hereditarios i patológicos, afirmando haber sido persona que ha gozado de excelente salud siempre; hace remontar la fecha de su mal actual a cuatro meses, habiendo

comenzado por fiebre baja, acompañada de malestar general, i tos. Esta tos insignificante al principio, a medida que trascurre cada día, se vuelve mas exigente i molesta. Hubo, en la poca expectoración del comienzo, algunas estrias de sangre. Finalmente un ligero dolor en la parte inferior de las espaldas.

Es persona de aspecto regular, algo demacrada; de fuerzas conservadas, con Kg. 45.860 de peso; m. 1.48 de talla, i que está en la menopausa.

En el examen se encuentran todos sus órganos en buen estado, siendo únicamente el aparato respiratorio el que presenta trastornos. La tos es exigentísima i frecuente, preséntase por accesos angustiosos que van hasta la sofocación. La expectoración es poca, muco-purulenta i bien hemoptoica. Hai ligera disnea de esfuerzo; el aspecto del torax es normal. El examen de los pulmones solo permite apreciar una respiración bronquial en el sitio de alarma del lóbulo superior del pulmón derecho.

En el momento de practicar la medida de la tensión arterial, estando acostada la enferma, fué acometida por uno de sus accesos de tos, viéndose obligada a sentarse medio sofocada i cianótica. Como consecuencia de este acceso de tos vino la expulsión de una gran cantidad de espectorado con sangre; el mismo que fué recogido i examinado. El resultado de este examen fué el siguiente: secreción muco-purulenta con estrias de sangre; presencia en ella de muchos trozos de membranas de diferentes tamaños, uno de ellos bastante grande, irregular, blanco, encarrujado, de bordes festoneados, de consistencia blanda, con el aspecto de la albúmina cocida. No se encuentra huevos de parásitos, bacilos de Koch, ni otros gérmenes. Los trozos de membrana, sometidos a la investigación conveniente, resultaron corresponder a la membrana de un quiste hidático.

Se le prescribe un tratamiento adecuado i se le recomienda traer constantemente su expectoración al Preventorium para su examen.

Pero desde este día la mejoría comienza a presentarse: la toz disminuye i pierde su caracter mortificante; las membranas no aparecen más; la expectoración se hace mucosa i desaparece la hemoptisis. Finalmente la tos se va del todo; la enferma se considera ya curada. Y a la verdad, así puede juzgarse por el estado tan satisfactorio que en todo sentido ofrece, al cabo de 3 meses; i después que la investigación radioscópica, practicada en el hospital "Dos de Mayo", nada ha encontrado que pueda hacer pensar en un estado patológico del parénquima pulmonar.

Tal la marcha de los dos nuevos casos de quistes hidáticos de los pulmones que he podido seguir hasta el periodo final de su evolución, entre los enfermos que acuden al Preventorium "Juan M. Byron".

Pertenecen al grupo de los casos felices, en los cuales la rotura del quiste en un bronquio ha sido seguida de la expulsión de todo su contenido, i de la curación definitiva.

Pero por desgracia los hidátides pulmonares constituyen

afección grave, i no es la que dejo señalada en mis 2 casos, la marcha que siempre siguen. En otras ocasiones, bastante frecuentes, el quiste contaminado i supurado fragua una caverna en pleno parénquima pulmonar; esta caverna, verdadero foco de infección, se vuelve una fuente inagotable de expectoración purulenta i hemoptisis; el enfermo continúa expulsando membranas, esputos abundantes, purulentos i fétidos; mas adelante aparece la fiebre i con ella todos los trastornos de orden séptico: diarrea, anorexia, enflaquecimiento, sudores; aparece entonces una verdadera tisis hidatídica. Pueden sobrevenir igualmente otro género de complicaciones: necrosis, gangrena, neumonia séptica o bronconeumonia; i tambien puede ingertarse una tuberculosis sobre un terreno de este modo preparado. La muerte es el fin irremediable en estos casos.

Afortunadamente hoi, este desastroso desenlace del quiste hidático pulmonar puede i debe evitarse; porque el práctico ya tiene bien trazado el camino que ha de seguir para librar a su enfermo de una muerte segura. Solo necesita hacer con oportunidad su diagnóstico i entregarlo en seguida al cirujano a fin de que éste haga la intervención que su arte le señala.

Por esta razón es de capital importancia hacer el diagnóstico del quiste hidático; i para encaminarse a este fin será necesario tener presente esta causa morbosa cuando se trate de establecer la verdadera significación de los distintos síntomas que se recojan en la exploración de las vías respiratorias.

Recorriendo la sintomatología que diversos autores dan del quiste hidático del pulmón: *Dieulafoy, Mery, Prat* de Montevideo, *Escudero* y *Hemmings* de Buenos Aires; se viene a la conclusión que ninguno de los síntomas descritos, excepción de la constatación de las membranas y del hallazgo de los ganchos, le pertenecen de modo exclusivo i no bastan por consiguiente para hacer un diagnóstico fundado. El medio mas seguro, y por todos recomendado, es el empleo de los Rayos X; la radioscopia i la radiografía son las que ponen sobre el camino del diagnóstico de la manera mas aproximada posible, localizando el quiste i facilitando la intervención quirúrgica.

En consecuencia la investigación radioscópica del tórax debe practicarse siempre, junto con los otros medios de exploración clínica usuales i de corriente empleo; i solo ha de omitirse por causas insalvables.

Y es necesario hacerlo así, porqué el quiste hidático alcanza entre nuestras enfermedades cifras mas elevada de la que se ha supuesto. En lo que a su localización pulmonar atañe, llevo ya observados cuatro casos; i como resultado de mis particulares investigaciones, sé de otros dos más: uno cuyo esputo fué examinado en el Instituto Municipal de Higiene, i el otro, cuya marcha simuló una tuberculosis pulmonar, i en el qué la expulsión de la membrana quística, terminó con todos los sufrimientos i aclaró definitivamente el diagnóstico.

Por este motivo, pues, cuando se trata de una hemoptisis, de

una tos tenaz, i de todo otro síntoma de esta naturaleza, no se debe proceder con el criterio exclusivista con que hasta ahora se ha hecho, acusando casi siempre a la tuberculosis como su causa indefectible.

Hai que recordar que todos estos síntomas pueden ser la expresión de la actividad pulmonar que lucha contra el ataque de agentes que van a alterar su estructura i sus funciones; i no se debe olvidar que estos agentes son muchos i muy diversos.

Para proceder con acierto en clínica, debe poseerse un conocimiento completo de todas las causas posibles del cuadro que se estudia; para deducir, después de detenido i concienzudo análisis, su causa verdadera e indiscutible.

De hoy mas, el quiste hidático ha de ser una de las entidades patológicas que habrá de tenerse en cuenta la establecer el diagnóstico de las afecciones de las vías respiratorias.

TENDENCIAS ACTUALES DEL DRENAJE EN GINECOLOGIA

Por MANUEL O. CRUZADO
Interno de los Hospitales

Las indicaciones del drenaje en Ginecología se hacen cada vez mas limitadas y deben establecerse teniendo en consideración, como para toda clase de drenaje, las condiciones peculiares de la región, el estado septico o no, del proceso que estatuye la indicación quirúrgica y la clase de operación ejecutada.

Según este criterio, puede establecerse dos grupos de procesos quirúrgicos: los *asepticos* y los *septicos*.

En los *primeros*, la inutilidad del drenaje no debe ya discutirse, porque dueña como es hoy la cirugía de la asepsia, que sinó garantiza una esterilidad absoluta, consigue la esterilidad clínica que es suficiente, han desaparecido las condiciones que en otra época hacían inevitable las manifestaciones septicas postoperatorias.

En efecto, un quiste del ovario de fácil enucleación, sin adherencias; un tumor sólido implantado en el ovario o la trompa, movable en la cavidad pelviana; un hidrosalpinx, no requieren otras precauciones que la ligadura cuidadosa de los pedículos y la peritonización exacta de la brecha que deja descubierta la enucleación. Las histerectomias por fibromas uterinos cuando se llevan a cabo sin dificultad, siguiendo metódicamente los tiempos y peritonizando en seguida, tampoco son justiciables del drenaje. Igual cosa acontece con las operaciones que tienen por objeto corregir un vicio de posición del útero.

En estos casos se observa diferentes tipos de evolución post-operatoria, que están en relación con el modo particular de reacción de cada enferma; así algunas perfectamente plácidas después de 24 horas y con una ligera temperatura, otras se muestran agitadas, con una elevación mayor de temperatura, sin que por esto podamos decir que hubo la menor reacción inflamatoria del lado del peritoneo.

En los casos de hemorragia cataclísmica, consecutiva generalmente a una ruptura de trompa grávida o a un aborto tubo abdominal y que por consiguiente se encuentra sangre líquida y algunos coágulos, que llena la pélvis y la cavidad del vientre, en que no ha habido tiempo para la formación de adherencias, en estas circunstancias la rapidez de la hemostasia de los pedículos correspondientes por medio de clamps o pinzas largas de Kocher, ponen fin al accidente, y permiten con toda calma extraer la sangre derramada y los coágulos, hacer una *toilette* cuidadosa por medio de compresas, y después de la ablación del anexo roto, dedicarse a la perfecta coaptación de las hojas peritoneales separadas, que como en ningún caso es de una gran facilidad porque el peritoneo conserva toda su elasticidad y es perfectamente manejable. Hay que advertir que en los primeros tiempos de la operación, es decir, hasta que no se haya hecho la hemostasia y extraído toda la cantidad de sangre y coágulos no se debe usar la posición de Trandelenburg, para evitar la inundación del compartimento superior de la cavidad abdominal. La colocación de drenes en estos casos, está formalmente contraindicada, como también lo está en los hematoceles que no llenan toda la pélvis y las adherencias no son muy organizadas; casos en los cuales puede salvarse con alguna paciencia el peritoneo, que aunque duro e infiltrado, permite la peritonización, laboriosa, pero siempre posible. Si hay porciones muy alteradas, se las extirpa ejecutando después la peritonización en peritoneo mas sano.

Cuando el hematocele llena toda la pélvis y las adherencias son múltiples con los órganos pelvianos y con las asas intestinales las dificultades suben de punto; entónces la panhisterectomía facilita la peritonización. Semejantes casos no han sido justiciables de drenaje, sin que haya habido accidentes que lamentar. Cuando la cavidad pelviana es infranqueable, vale mas abstenerse de toda tentativa y cerrar el vientre sin drenaje; pues en estos casos una decorticación encarnizada de intestinos o vejiga, puede determinar a plazo mas o menos largo una fístula, se haya o nó colocado drenes.

En las operaciones por fibromas uterinos en que ha habido ya un proceso inflamatorio anexial, y por consiguiente la liberación de adherencias deja extensas superficies sangrantes o secretantes; en los casos de inflamaciones anexiales sin lesión del útero; en los tumores anexiales con adherencias, el peritoneo después de la decorticación queda un poco escaso y mortificando, y hay que proceder con verdadera destreza en la peritoniza-

ción, que es el medio supremo para cohibir todo resumamiento sanguíneo y para devolver a la cavidad pelviana la continuidad de su defensa peritoneal. En estos casos una peritonización prolija y si es necesario un segundo plano de reforzamiento, según el método de *Chaput Bardenheuer*, o sea la sutura del peritoneo ante uterino a la S iliaca y al meso sigma, garantizan un periodo post-operatorio sin accidente, y el drenaje es inútil.

Si se trata de un enorme quiste o tumores sólidos incluidos en el ligamento ancho, cuya enucleación deja una vasta superficie cruenta y secretante, la indicación de un taponamiento con gaza a lo Mikulicz tiene partidarios; pero si se practica una cuidadosa hemostasia por medio del procedimiento del *capitonnage*, limitando al mismo tiempo de este modo, la extensión de la superficie cruenta, y se hace la histerectomía subtotal para facilitar la peritonización, desaparece, en nuestro concepto la indicación del drenaje.

La marsupialización seguida de la colocación de un dren, que ha sido muy indicada en los quistes sumamente adherentes, con el objeto de determinar una supuración de las paredes de la bolsa quística y la formación de exudados que favorezcan con su relleno, la hemos proscrito igualmente, alcanzando buenos resultados en cuatro casos de quistes (dos ováricos y dos parováricos) en que seguimos esta conducta.

En los *segundos*, la tendencia quirúrgico-ginecológica es seguir un tratamiento antiflogístico o fundente por medio de los agentes físicos (diatermia, refrigeración etc.) para después operar, es decir, cuando ha pasado la actividad del estado flogístico. Es sólo cuando el proceso es rebelde al tratamiento tópico, piosalpinx antiguos, flegmones del ligamiento ancho, colecciones enquistadas en el fondo del saco de Douglas etc. que se intervendrá guiándose por el sentido clínico, ya que la inocuidad del pus no puede juzgarse por el examen bacteriológico inmediato como lo querían *Schauta Menge, Kelly* y otros. Además, dadas las técnicas en uso, y la protección del campo operatorio por medio de las compresas, se puede asegurar que los accidentes de ruptura de una bolsa purulenta no tiene gran importancia.

Sin embargo, estas reglas que llevan consigo la inutilidad del drenaje no son absolutas, pues, *Morax* cita el caso de una peritonitis neumocócica mortal a raíz de una ablación de un piosalpinx enfriado y *Frommel Fraenkel, Vaillón* y otros atribuyen al neumococo accidente parecido; pero a pesar de estos casos no se justifica el empleo del drenaje sistemático en toda ruptura de bolsa quística, toda vez que la inmensa mayoría de éstas, operadas sin drenaje tienen una correcta evolución post-operatoria. Sería preciso demostrar que el neumococo procedente de las trompas es muy ofensivo para el peritoneo, aunque de otro lado sabemos que las peritonitis neumocócicas, muy corrientes en los niños, son relativamente benignas, ya que a continuación de la laparotomía los accidentes amenguan rápidamente (For-

gue-Massabeau); por último se sabe también que el neumococo se encuentra muchas veces en el peritoneo de enfermos atacados de neumonia sin determinar ningún accidente peritoneal. Habría que explicarse tales accidentes, dice el profesor *Fargas*, quizá por la suceptibilidad individual invocada por *Sanger*, o por un defecto de técnica: una peritonización incompleta, el abandono de restos de tejidos mortificados, en los cuales la colonización de gérmenes es fácil.

Si se trata de un pus de olor fecaloide, de aspecto turbio sucio y hay esfacélo de los tejidos (fibromas infectados y esfacelados), está indicado realizar un taponamiento a la gaza que tiene por objeto extraperitonizar dicho foco séptico, favoreciendo la formación de adherencias al rededor de dicho foco y localizando por consiguiente la infección.

En las histerectomias totales por neoplasia del cuello uterino pueden distinguirse dos casos:

1.º El cuello está poco ulcerado; el tejido neoplástico no ha invadido los fondos de saco vaginales, que permanecen con su consistencia de tejidos sanos; el útero es movable; en tales circunstancias se puede liberar el cuello cortando en tejidos elásticos y practicar la extracción del útero a través de la herida operatoria cuidadosamente protegida por un lecho de compresas, y el drenaje vaginal o abdominal no está indicado.

Es práctica seguida en el servicio del profesor Eduardo Bello en el Hospital "Santa Ana", hacer el curetaje y la cauterización previos del tejido neoplástico, según la recomendación de *Pozzi*. *Quénu* ha preconizado la vaporización del cuello canceroso por la ducha de aire caliente sin curetaje previo; otros cirujanos recomiendan hacer la disección de un collar de mucosa vaginal que suturan delante del cuello del útero para hacer el vaso cerrado.

2.º Se trata de neoplasias uterinas en las cuales la invasión de los fondos de saco es manifiesta; el cuello canceroso es asiento de un putrilago notable; la tela vaginal no está en condiciones de ser suturada y la cauterización no basta para destruir los tejidos infectados; en esta emergencia debe hacerse el drenaje vaginal, que permitirá la salida por dicha vía de las secreciones pútridas y restos de tejidos esfacelados, que posteriormente vendrán. Entre los casos operados ha habido algunos en los cuales se han formado colecciones purulentas que se han abierto paso a través de las suturas vaginales, y el mayor número de estas enfermas han tenido supuraciones del tejido celular subcutáneo, de aspecto gangrenoso y de fuerte olor fecaloide, temperaturas mas o menos altas, y una de ellas sucumbió a una de estas septicemias gangrenosas, pues, el flegmón disecante de la pared del vientre avanzó rápidamente abarcando una gran extensión. Lo que es un hecho digno de notarse es que el sembrío de los gérmenes se realizó únicamente en el tejido celular subperitoneal pélvico, como en el tejido celular subcutáneo, y no determinó en ningún caso compromiso peritoneal.

Para evitar estos accidentes es prudente no suturar la herida vaginal y dejar ahí un grueso tubo de caucho envuelto en una compresa de gaza para su fácil mantención, y además, colocar un drenaje capilar con gaza o un haz de crines de Florencia en el tejido celular subcutáneo abdominal, que pueden removerse a las 48 horas.

Siguiendo estos conceptos, no se ha colocado el dren en T clásico en dos colpotomias posteriores por abscesos peritoneales del fondo de saco de Douglas. Uno de estos abscesos era virulento y determinaba signos peritoneales bajos y un estado de intoxicación marcado; la colpotomía dejó salir un pus turbio, sucio, de olor fecaloide; en los días siguientes la dilatación de la herida vaginal, con una pinza larga permitió escapar una cantidad de pus mas ligado, que disminuyó, hasta desaparecer; (algunas veces se insufló en la cavidad abscesal polvos de Vincent); la temperatura fué descendiendo al paso que los síntomas de intoxicación desaparecían. Parece que tambien en estos casos la colocación de drenes solo sirve para complicar el acto operatorio, pues, es manifiestamente inútil.

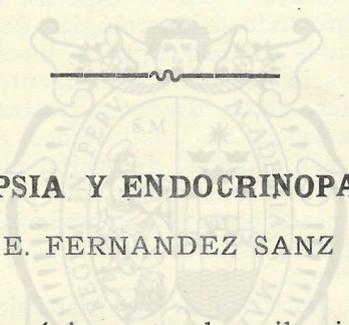
¿Cuándo debe drenarse en Ginecología? Abordemos su estudio, teniendo presente que al resolverlo, definimos la elección de la vía de drenaje, cuestión que es muy discutida ya que frente a los partidarios de la vía vaginal (*Delbet, Routier*) se oponen los que drenan por la herida del vientre (*Terrier, Quénu*).

Actualmente debe drenarse en cirugía ginecológica en dos circunstancias; 1.º Cuando un resumamiento sero sanguíneo no es fácil de cohibir, porque la peritonización no puede ejecutarse por el mal estado del peritoneo pelviano o porque es sumamente extensa la superficie cruenta y falta la tela serosa sumaria; 2.º Cuando existe un foco de tejidos fuertemente infectados y con esfacelos.

En la primera circunstancia es un taponamiento con gaza a lo Mikulicz que deberá establecerse como medio hemostático, para impedir que se formen hematomas en el tejido subperitoneal, que serían capaces de infectarse, y para aislar la superficie desperitonizada del resto de la cavidad peritoneal; tales casos son por lo demás raros y solo existen, cuando se ha enucleado un tumor del ligamento ancho o del ovario de considerables dimensiones y con muchas adherencias; o cuando se trata de fibromas subserosos con extensas adherencias. Hay por consiguiente gran interés en evitar una infección secundaria y es la herida del vientre la que mas garantía ofrece durante unas 48 horas, tiempo en que ya se ha hecho la hemostasia y se han formado al rededor de la gaza adherencias suficientes.

En la segunda circunstancia, por existir un foco de tejidos muy infectados y esfacelados, la vía racional para el drenaje es la vagina, y se colocará un grueso tubo de caucho envuelto en gaza en la extremidad superior de ésta. Tal drenaje está indicado: cuando se hace una histerectomía total por cáncer avanzado y fuertemente infectado, no habiendo podido hacer la extrac-

ción en vaso cerrado; cuando se hace hysterectomias por fibromas infectados y esfacelados; cuando un quiste del ovario contiene pus séptico y en las anexitis supuradas con pus virulento. Bien colocado un tubo de caucho envuelto en gaza podrá entonces mantenerse en la herida vaginal y dar salida a las secreciones y a los restos de tejidos que tienen tendencia a la eliminación; teniendo cuidado si, de no dejar sinó la cavidad suficiente en la vagina para el paso del dren y suturando y peritonizando mas allá de esta abertura. Para aislar mejor estos focos supurados del resto de la cavidad peritoneal debe hacerse el reforzamiento del diafragma pelviano ejecutando el tabicamiento de Chaput-Bardenheuer. Tan pronto como en la enferma se haya disipado el adormecimiento anestésico, debe instalarse la posición semisentada de Fowler, para impedir que la corriente pueda dirigirse hacia la cavidad superior y para favorecer el drenaje vaginal.



EPILEPSIA Y ENDOCRINOPATIAS

Por el Dr. E. FERNANDEZ SANZ (Madrid)

La relación patogénica entre la epilepsia y las alteraciones de las glándulas de secreción interna viénesse afirmando desde hace ya bastantes años, desde fines del siglo pasado; en mi libro sobre las enfermedades endocrinas puede leerse una breve recapitulación crítica de las opiniones sustentadas y los argumentos aducidos acerca de este asunto, no transcribiéndolos aquí, porque me propongo huir de todo cuanto sea doctrinarismo y teoría, limitándome a contribuir modestamente a la casuística, a esa cuestión pertinente, con dos observaciones personales. Baste dejar consignado, como fundamental consideración previa, que sería absurda la pretensión de encajar *toda la epilepsia* dentro del cuadro nosotáxico de uno o de varios órganos endocrinos; la epilepsia es un síndrome muy vasto, muy complejo, tan multiforme en sus manifestaciones sintomáticas como heterogéneo en su determinismo causal, y sólo un exclusivismo tan parcial como equivocado puede aspirar a encerrar en una rígida fórmula única la multiplicidad y variedad de factores que en los diversos tipos de epilepsia pueden influir.

Por consiguiente, y sin más que fijarse en cuáles son en la realidad, los caracteres de este proceso morbooso, debe considerarse como condenada al fracaso toda tentativa de subordinar en absoluto y necesariamente la epilepsia a los trastornos de

determinadas glándulas de secreción interna; por esto han resultado fallidos los intentos de conexión patogénica de dicho síndrome neuropático con las alteraciones de las paratiroides por diversos autores, entre ellos Redlich, o con las del tiroides por Hertoghe y Jeandelize, o las del ovario, según Toulouse y Marchand, etc.

Pero de que no sea posible asignar *siempre* a la epilepsia una génesis endocrina, no debe deducirse que en ningún caso pueda intervenir, como factor patogénico, la perturbación de las funciones secretorias internas; al contrario, no sólo la observación clínica, sino además de ésta la experimentación, nos demuestra cumplidamente q' en ciertos y determinados casos esos trastornos ejercen una positiva influencia en las manifestaciones del síndrome epiléptico. La complejidad causal de éste es grande y constante; al lado del factor permanente o causa predisponente representada por el especial modo de ser anormal, anátomo y sobre todo fisiopatológico del cerebro, especialmente de la substancia cortical, figuran numerosos motivos ocasionales, de valor vario, los unos contingentes, transitorios, puramente accidentales, como diversos trastornos digestivos, episodios de autointoxicación, oscilaciones en la presión sanguínea.; los otros más estables, de acción más duradera y que, por lo tanto, deben incluirse mejor que entre las causas ocasionales, entre las predisponentes secundarias, como ciertos vicios humorales, algunos estados diatésicos y las anomalías de los órganos endocrinos.

Los trastornos morbosos de las glándulas de secreción interna merecen, pues, ocupar un puesto en la patogenia no de todos, sino de determinados casos de epilepsia, y no como agentes exclusivos, sino como colaboradores, en unión de todas las demás influencias causales que una detenida investigación debe esforzarse en descubrir.

A estos discretos términos reducida la patogenia parcialmente endocrina de la epilepsia, me parece no sólo cierta, sino además muy fecunda desde el punto de vista terapéutico, pues sugiere utilísimas indicaciones que permitirán establecer un racional tratamiento patogénico de esta dolencia, en la que por desgracia muy a menudo nos vemos reducidos a emplear una medicación simplemente sintomática.

Como prueba de que en algunas ocasiones la epilepsia hállese ligada con padecimientos endocrinos que será necesario combatir, si se pretende tratar aquélla, presento las dos observaciones clínicas que a continuación expongo sin más comentario, pues de tal puede servir lo consignado en estas consideraciones preliminares:

OBSERVACION 1a.—*Epilepsia e insuficiencia ovárica.*
—R. M., de veintisiete años, casada, natural y residente en un pueblo de la provincia de Cuenca, carece de antecedentes familiares neuropáticos y psicopáticos; afirma que en su familia no se han registrado nunca enfermedades nerviosas ni mentales.

Ella disfrutó, durante su infancia, de buena salud, no padeciendo más las vulgares enfermedades propias de esa época de la vida, con carácter leve, era, cuando niña, de apariencia robusta y de desarrollo exuberante y adelantado, algo superior al normal. En la pubertad tuvo una afección febril, un tanto larga, calificada de gástrica. Ha tenido cuatro hijos y un aborto, quedándole de éste una ulceración de la matriz, para la cual está sometida a tratamiento ginecológico.

A la edad de doce años, coincidiendo con la menopausia, sufrió por primera vez el acceso que después ha continuado presentándose y que todavía, actualmente, padece; no hubo entonces motivo aparente alguno a qué achacar la producción del primer ataque. Estos suelen repetirse a intervalos variables una vez al mes, por término medio; pero a veces transcurren más largos intervalos entre ellos, y en otras temporadas se presentan más a menudo, cual ahora ocurre; en ocasiones se constituye un verdadero estado de mal, sucediéndose los ataques, sin solución de continuidad, durante seis o siete horas.

Cada acceso aislado dura de cinco a diez minutos, y se caracteriza por la pérdida brusca del conocimiento e intensas contracciones tónicoclónicas generalizadas, con mordedura de la lengua, emisión involuntaria de la orina, respiración estertorosa al final y amnesia consecutiva; estos accesos sobrevienen indistintamente de día y de noche, lo mismo en la vigilia que durante el sueño.

Estado actual: Obesidad acentuada; no existen estigmas manifiestos, ni somáticos ni psíquicos, de degeneración; pero las facciones son abultadas, de líneas incorrectas, como en general todos los contornos de su cuerpo, y el nivel psíquico es bajo.

La menstruación es irregular y escasa, no durando el flujo catamenial más que dos días, con color pálido y acostumbrado a retrasarse a intervalos desiguales. En la época menstrual se acentúan sus anomalías psíquicas y menudean los accesos; éstos se presentan ahora, aproximadamente, cada diez o doce días.

Según su marido refiere, en el psiquismo de la enferma ocurren frecuentes bruscas e inmotivadas variaciones; en ocasiones experimenta excitación morbosa, con injustificada alegría, de una exuberancia anormal; estos períodos de exaltación cesan tan caprichosamente como se presentaron.

Prescribí a esta enferma, además del bromuro potásico y del régimen dietético acostumbrado en la cura de la epilepsia, un tratamiento opoterápico pluriglandular, en el que asigné el primer lugar a un extracto de ovario, asociando a este otro de cápsulas suprarrenales y un preparado antitiroideo, éste en los períodos de excitación.

No creo necesario extenderme en largas consideraciones diagnósticas; que los accesos son epilépticos, claramente lo demuestran los caracteres todos de los mismos. Existe, además, insuficiencia ovárica, revelada no sólo por las anomalías por déficit de la menstruación, sino también por la obesidad, por el defec-

to mental y por el escaso relieve de los caracteres sexuales secundarios, que se traducía en el aspecto hombruno de su constitución física.

La relación patogénica entre la epilepsia y la insuficiencia ovárica se funda en la aparición de aquella coincidente con la crisis puberal, en la mayor frecuencia de los accesos durante el período menstrual y en la ausencia de todo otro motivo extrínseco o intrínseco que explique su producción.

En cuanto a los paroxismos de exaltación afectiva que la enferma padece, deben estimarse como fenómeno ciclotímicos muy verosímilmente ligados también con disturbios endocrinos del ovario y probablemente también del tiroides.

OBSERVACION 2a.—*Epilepsia e insuficiencia tiroidea e hipofisaria.*—M. S., de diez y ocho años, soltero, natural de un pueblo de la provincia de Cáceres.

Su madre murió de una enfermedad cardiaca; una hermana ha padecido accesos histéricos.

El padeció a los seis meses una afección febril con temperatura muy elevada, estado de inconsciencia y convulsiones que duraron varias horas, atribuyéndose este padecimiento a defectuosa lactancia, que motivó numerosos cambios de nodriza. No volvió a tener más crisis convulsivas hasta los seis años; entonces se presentaron en forma de accesos de convulsiones generalizadas de muy breve duración, con pérdida total del conocimiento; se repitieron estos ataques a intervalos de uno o dos meses, y continuó padeciéndolos hasta los diez años; en esta época cesaron durante dos años, pero después han reaparecido con caracteres algo distintos a los que anteriormente tenían, y sin modificación notable han continuado hasta la actualidad. Se presentó en mi consulta a fines de Abril.

Es de estatura elevada, corpulento, con espeso panículo adiposo, oscilando su peso alrededor de los 90 kilos. El desarrollo físico en volumen y altura ha sido siempre precoz y exagerado, y desde niño ha manifestado marcada tendencia a la obesidad; la faz es abultada, mate, como infiltrada, con muy escaso desarrollo del sistema piloso, sin asomo de barba ni bigote. Habla poco y se expresa con lentitud, con notoria parvedad de léxico, revelándose también una considerable pobreza de ideas. Indiferencia afectiva, siendo apático, poco comunicativo y con tendencias constante a la inercia. Come con extraordinario apetito y duerme muchas horas con sueño muy profundo. Las extremidades de los miembros, sobre todo las manos, son pequeñas y gruesas, con apariencias de feminidad.

Los accesos ocurren ahora cada veinticinco o treinta días, en series de varios, hasta 15 en un mismo día, no volviendo a presentarse hasta transcurrido el indicado lapso de tiempo. Consisten en convulsiones generales, tónicas y clónicas, alternando con la repetición monótona de palabras incoherentes y con la ejecución de actos inconscientes automáticos, como levantarse de la cama, vagar por la casa, etc.; después sobreviene un es-

tado comatoso, que se prolonga varias horas, y al volver en sí no recuerda nada de lo ocurrido y siente intensa cefalalgia.

El carácter se va tornando irascible y se ha apreciado considerable disminución de la memoria y debilidad de la atención.

En el tratamiento prescrito, además del régimen dietético lactoovovegetariano declorurado, figuraron el bromuro de calcio a la dosis de cuatro gramos diarios, y los extractos hipofisario y tiroideo.

Antes todo debe fijar nuestra atención la compljidad del síndrome epiléptico en este caso; se manifiesta por accesos seriados, constitutivos de un estado de mal en el que alternan los fenómenos somáticos, convulsivos, con los equivalentes psíquicos, representados por la repetición estereotipada de palabras sin sentido y por la ejecución de actos de automatismo ambulatorio, terminando todo por un período comatoso con amnesia consecutiva; la deterioración del estado mental es también muy de tenerse en cuenta, principalmente desde el punto de vista del pronóstico.

Además de este conjunto de variadas manifestaciones epilépticas, obsérvanse síntomas de insuficiencia tiroidea, como lo indica el aspecto del rostro, los caracteres de la piel, la obesidad, la inercia, la pasividad, la indiferencia afectiva; en cuanto al escasísimo desarrollo del sistema piloso, es imputable, no solo al hipotiroidismo, sino también a la insuficiencia hipofisaria, la cual se revela en este enfermo un esbozo de síndrome de Froelich, abortado e incompleto.

La apreciación de estas alteraciones endocrinas me indujo a incluir en el tratamiento los preparados opoterápicos antes citados; no es que con ellos pretenda curar los complejos y graves trastornos epilépticos que el sujeto padece, pero sí espero que han de coadyuvar al alivio de su estado.



CATEDRA DE ANATOMIA PATOLOGICA

*Prof. Dr. Oswaldo Herculles***ANATOMIA PATOLOGICA DEL BAZO***(Continuación)**Lección de Anatomía Patológica tomada por los alumnos*ERNESTO RAFFO, LUIS A. MENDOZA, JORGE de
PIEROLA y PEDRO ROCA ZELA

Sífilis del bazo.—El bazo sífilítico se observa en el niño, como en el adulto.

En el niño la hipertrófia del bazo éra considerada ya por los autores clásicos, como relativamente frecuente en la herédo-sífilis. En el congreso de Madrid el año 1903 Marfan llegó a la conclusión, que las tres cuartas partes de las esplenomegalias que se observaban en los niños antes de dos años, éran de origen sífilítico; en la actualidad, ésta opinión está generalmente aceptada, aun cuando nosotros podemos decir, que no todos los casos de herédo-sífilis estén acompañados de esplenomegalia.

La esplenomegalia es mucho menos frecuente en la sífilis adquirida que en la hereditaria, y en ésta última es tanto mas frecuente cuanto mas precóz es la aparición de los síntomas de la enfermedad, es preciso no obstante tener en cuenta la opinión de Fournier, quien dice: que pueden haber grandes esplenomegalias en las sífilis hereditarias tardías.

Las lesiones del bazo en la sífilis hereditaria son de dos órdenes: 1.º provocadas directamente por el agente productor de la enfermedad; 2.º debidas a la reacción del bazo en presencia de los trastornos generales que determina la infección; estos últimos no tienen caracteres específicos y son comunes a todos los trastornos infecciosos crónicos.

Las primeras han sido estudiadas en los últimos años por Bertarelli, Volpino, Levaditi, Buxke y Fischer, poniendo en práctica métodos de coloración especiales; gracias a los cuales se descubre el treponema y se aprecian las lesiones histológicas.

Macroscópicamente el bazo no presenta modificaciones en su forma; su volumen está aumentado; su consistencia es algo mayor y en algunos casos se ha señalado la existencia de periesplenitis en placas o engrosamiento total de la cápsula.

Al examen microscópico, la lesión más constante y que llama más la atención es la congestión de la pulpa, que dá lugar a un engrosamiento del retículo. Según Banti, es alrededor del folículo donde el proceso toma mayor intensidad, presentándose un anillo de naturaleza fibrosa, que circunscribiéndolo concluye por confundirse con la arteria folicular. En el folículo se nota un ligero engrosamiento del retículo; en la pulpa las células son escasas observándose que muchos de los elementos celulares presentan alteraciones necróticas.

En ciertas ocasiones puede notarse proliferación de elementos embrionarios y en rarísimas oportunidades producciones nodulares del tipo de gomas microscópicas. La localización de los parásitos se hace sobre todo en las túnicas de los vasos del folículo, y en las trabéculas conjuntivas. Dohi y Sakurane han visto los parásitos invadiendo la cápsula.

Lavaditti y Roché, han hecho notar que el bazo encierra menos parásitos que el hígado y los otros tejidos, e interpretan éste hecho, considerando al bazo como destructor de los treponemas gracias a los macrófagos.

La esplenomegalia en la sífilis hereditaria no tiene caracteres propios en la clínica, y en ausencia de otros signos de heredolúes, no es posible diagnosticarla; pero su importancia como elemento de diagnóstico es grande cuando va acompañada de otras manifestaciones, en cuyo caso afirma el diagnóstico, desde que las observaciones de Marfan han demostrado que en el 50 por ciento de los casos de heredo-sífilis, la esplenomegalia existe.

En los casos en que la sífilis ocasiona trastornos de orden distrófico, a las lesiones del bazo determinadas por la infección vienen a agregarse las reacciones que en este órgano se producen como consecuencia de la distrófia. Tal sucede en ciertas formas de raquitismo o de anemia de origen sifilítico en que la esplenomegalia alcanza proporciones extraordinarias.

Las observaciones de Besnier, Quinquaud y Nicolle han demostrado que en el período secundario el bazo está siempre hipertrofiado.

En cuanto a las alteraciones histológicas que se presentan en este periodo, la bibliografía es tan pobre, que hay que concluir que no han sido estudiadas de un modo que merezca mencionarse. En el periodo terciario se pueden observar lesiones localizadas y difusas.

El bazo de una manera general alcanza dimensiones enormes y se ha citado casos en que ha llegado a pesar 1700 gramos.

Las lesiones localizadas consisten en gomas que pueden alcanzar el volumen de una nuez y que forman masas del aspecto de las castañas crudas rodeadas de una zona congestiva. En otras ocasiones las gomas son de pequeñas dimensiones, del diámetro de una cabeza de alfiler, primero grises, después amarillos, secos opacos y friables.

Las producciones gomosas se reabsorven en ciertas ocasio-

nes dando lugar a la formación de cicatrices que deforman el órgano, pero que se prestan en muchos casos a confusión con las cicatrices de los infartus.

En el adulto las lesiones que ofrece el bazo sifilítico son difusas. El bazo es de volumen relativamente menos grande que la forma anterior, su consistencia está aumentada, la cápsula se presenta cubierta de producciones fibrosas, las travéculas conjuntivas están engrosadas llegando en muchos casos a ofrecer el aspecto de surcos semejantes a los que se observan en el hígado sifilítico.

Al lado de estas alteraciones del tejido conjuntivo se nota la degeneración amiloide; en estos casos el bazo se presenta con embutidos de una sustancia del aspecto del sagou y que corresponde a la degeneración amiloide del folículo; en otras ocasiones el bazo ofrece zonas que se semejan a la grasa del jamón; entonces se le llama bazo lardáceo y corresponde a la degeneración amiloide difusa.

Esplenomegalias en las hemopatías.—Las esplenomegalias de este tipo, llámanse también hipertrofias progresivas del bazo; se las divide en leucémicas y pseudoleucémicas.

Las primeras, son aquellas que están acompañadas de una irrupción en el torrente sanguíneo, de los elementos que caracterizan la leucemia; las segundas con las que carecen de éste elemento distinguiéndose a su vez de las aleucémicas en que no presentan alteraciones histológicas específicas en la viscera, como las pseudoleucémicas.

En efecto, en las esplenomegalias leucémicas, las alteraciones histológicas que la caracterizan se prolongan a travez de las paredes de los vasos, lo que explica que estén acompañadas del estado leucémico en la sangre; en las pseudoleucémicas las alteraciones histológicas tienen por límite la pared vascular, de aquí que carezcan de modificaciones en el medio sanguíneo, así como pueden trasformarse mucha frecuencia de pseudo-leucémicas en leucémicas.

Dos son los cuadros clínicos que se presentan a nuestra observación: a). Se trata de un enfermo que siente una molestia en el hipocondrio izquierdo y una debilidad general que lo lleva a buscar a un médico; en estas condiciones el bazo está inmensamente hipertrofiado, acompañado al mismo tiempo de una ligera hipertrofia del hígado, sin que los ganglios de las diferentes regiones del cuerpo presenten alteraciones de ninguna naturaleza; el examen de la sangre, revela aumento considerable en el número de los glóbulos blancos, con la particularidad, que son los de la serie mielógena los que predominan.

La palabra leucemia mielóide, es el diagnóstico clínico; esplenomegalia leucémica será el diagnóstico anatómico.

b). El principio es igualmente incidioso: trastornos digestivos en unos casos, anemia mas o menos marcada en otros, debilidad general, trastornos submaxilares o rino-faríngeos enmascaran mas o menos el comienzo de la enfermedad, hasta que

aparecen hipertrofias ganglionares y como consecuencia sindromes diferentes, debidos a las compresiones que los ganglios ejercen en las diferentes regiones en que están colocados; el bazo comienza igualmente a hipertrofiarse, pero sin alcanzar las dimensiones que en la variedad anterior. El exámen de la sangre revela aumento considerable en el número de glóbulos blancos, predominando los de la serie linfógena.

En una sub-variedad es el bazo el único que se hipertrofia desde el principio, quedando los ganglios sin alterarse; siendo el exámen de la sangre igual al anterior.

En ambos casos, el diagnóstico clínico es el de leucemia linfóide; el anatómico, esplenomegalia linfóide.

Sobre este cuadro general, existe un gran número de variedades, que el índole de nuestro curso y en el capítulo que estudiamos, no tienen cabida, y que por lo demás, no nos es necesario conocerlas para el estudio que vamos a hacer de las esplenomegalias leucémicas.

Que se trate de una leucemia mielógena o linfógena, el bazo pasa por dos periodos evolutivos en sus alteraciones anatómicas en relación con la época de la enfermedad. En el primer período, el bazo se presenta siempre hipertrofiado adquiriendo un volumen mucho más considerable en la leucemia mielógena, pudiendo alcanzar el peso de 10 kilos. La forma general del órgano es respetada, y la cápsula presenta siempre signos de periesplenitis, que determinan adherencias con los órganos vecinos; su consistencia es blanda, en los comienzos de la enfermedad, llegando a ser en muchos casos hasta difluente; cuando la enfermedad ha tenido larga duración, su consistencia aumenta siendo tanto mas fuerte cuanto mas grande es la viscera.

La superficie de sección presenta dos aspectos diferentes: en el primero la superficie es uniforme sin trazas de folículos, en el segundo la superficie presenta nódulos gruesos de color blanco, blanco rosado o blanco amarillento con márgenes angulosas, semejando por partes, figuras foliadas las que representan el camino de los ramúsculos arteriales. Sobre esta figura de conjunto se reparten infartus en distinto periodo de evolución.

El primer tipo pertenece a la esplenomegalia mielógena, el segundo a la linfógena.

Tanto la una como la otra, pasan despues de un cierto tiempo al segundo periodo de esplenomegalia crónica que trae por resultado el endurecimiento y la disminución de volumen de la viscera a expensas de tejido conjuntivo, que hipertrofiándose, produce la retracción del parénquima y que se hace apreciable al examen macroscópico, por franjas marmóreas que recorren el parénquima por distintos puntos. Este envejecimiento puede en caso de leucemia linfógena llegar hasta el punto de que en la autopsia se presente el bazo con un volumen normal, lo que no pasa nunca en la leucemia mielógena.

El aspecto que presenta un corte microscópico es distin-

to según que, se trate de la forma linfática o mieloide; en la primera se nota engrosamiento de los folículos por la proliferación de las células pequeñas del tejido linfoide, las cuales se infiltran en el tejido de la pulpa reemplazando poco a poco a todos los elementos que la constituyen; en la segunda forma, se nota un empequeñecimiento de los folículos que llegan a desaparecer en ciertos casos, y tanto en el tejido de la pulpa, como en el folicular se nota gran cantidad de elementos del tejido mieloide.

En una como en otra variedad, se observa que el endotelio de los vasos presenta una proliferación igual a la que se nota en el tejido esplénico.

(Continuará)

REVISTA DE TESIS

EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS AFECCIONES OCULARES TUBERCULOSAS POR LA TUBERCULINA.— Tesis que para optar el grado de Bachiller presenta *Armando Gardini*.

Las conclusiones que el autor sostiene son las siguientes:

1º.—Todas las lesiones tuberculosas del ojo deben ser tratadas por la tuberculina, salvo que esta sea claramente externa. (dacriocistitis bacilar, tuberculomas de la conjuntiva y del párpado, etc., etc.)

2º.—Está contraindicada de modo absoluto la tuberculina en los casos de tuberculosis pulmonar avanzada o de evolución aguda y rápida; en la fiebre, caquexia, etc., etc.

3º.—El tratamiento debe ser lo mas precoz posible; es decir, que debe ser empleado lo más rápido, con respecto al principio de la afección ocular.

4º.—El tratamiento por la tuberculina exige no olvidar las prescripciones que para su empleo la práctica y la experimentación han enseñado.

5º.—Cualquiera tuberculina puede ser empleada; todas son ventajosas. Nosotros hemos hecho uso de la tuberculina anti-gua de Koch.

6º.—Los casos de queratitis y de iritis tuberculosas, los tuberculomas del iris, son las lesiones oculares en las que el empleo de la tuberculina dá mejores éxitos y mas duraderos.

7º.—Con Anglade diremos: "La tuberculinoterapia es una medicación de difícil manejo y que puede hacerse dañosa en menos inexperimentadas. Bien conducido el tratamiento, dá en la mayor parte de los casos resultados satisfactorios y brillantes en los casos de tuberculosis del ojo".

EL VARICOCELE Y NUESTROS INDICES VARICOCELOSOS. SU TRATAMIENTO POR LOS PROCEDIMIENTOS DELFOR DEL VALLE Y O. IVANISSEVICH y H. GREGORINI.—Tesis que para optar el grado de Bachiller presenta *Honorio H. Torres*.

Después de hacer un estudio nosográfico del varicocele, muy completo, el autor sostiene las siguientes conclusiones:

I.—Hay dos grandes clases de varicocele: el varicocele primitivo, idiopático o esencial; y el varicocele sintomático o secundario.

II.—Reconocemos solo dos formas clínicas de varicocele primitivo: el varicocele primitivo agudo; y el varicocele primitivo crónico acompañado o no de fases de agudización.

III.—Los individuos afectados de varicocele y sobre todo de varicocele reciente, deberán ser examinados de pié, después de cinco o diez minutos de estadía en esta posición; y jamás serán examinados inmediatamente después de haber tomado un baño general, pues, se corre el peligro de no despistar a los recientes varicocelosos considerándolos desde luego como indemnes.

IV.—En el tratamiento operatorio se debe prestar gran atención al temperamento nervioso y al estado psíquico del individuo varicoceloso.

V.—Los procedimientos conservadores por razones fisiológicas y anatómicas deben primar sobre los procedimientos mutilantes o de exéresis. Porque constituyendo el cordón inguinal bajo el punto de vista vascular y nervioso el pedículo vital del testículo, los procedimientos de exéresis sobre dichos elementos del funículo están lejos de carecer de peligros para la conservación de sus funciones glandulares.

VI.—Sin embargo, la terapéutica quirúrgica del Varicocele para llegar al ideal en la cura de esta afección ha progresado igualmente en sus dos tendencias: conservadora con su técnica del Delfor del Valle (tipo conservador el más perfecto); y no conservadora con la técnica de los Doctores O. Ivanissevich y H. Gregorini, (tipo mutilante el más perfecto); debemos esperar que la observación clínica y la experimentación quirúrgica resuelvan el problema del ideal: si se debe ser sistemáticamente conservador o lo contrario, o si se debe ser ecléctico. Nosotros hasta el presente somos conservadores con Delfor del Valle.

VII.—El procedimiento de Delfor del Valle: por los éxitos que ha suministrado a los que lo han ejecutado; por su carácter conservador que permite asegurar las funciones del testículo; por oponerse de manera racional a ulterior dilatación varicosa y facilitar la dinámica circulatoria, mediante disposiciones anatómicas artificialmente creadas; porque corrige perfectamente la ptosis testicular; por su simplicidad técnica y por su mayor aplicación a todas las formas, (varicocele anterior, v. posterior, v. total), y fases de evolución del varicocele, (desde las recientes a las más avanzadas), debe ser preferido hasta

el presente sobre todos los procedimientos que se han propuesto en la terapia de esta afección.

VIII.—De los procedimientos de exéresis, y de los conservadores, solo deben emplearse los que corrigen a la vez la ectasia venosa y la ptósis testicular; porque somos de opinión que por esta conducta se disminuye la altura o longitud y por consiguiente el peso de la columna líquida sanguínea facilitando desde luego la circulación, y en este sentido deben preferirse los menos mutilantes y que utilizan para corregir dicha ptósis los propios elementos del cordón: Técnicas de Delflor del Valle y de los doctores Ivanissevich y H. Gregorini.

IX.—En todos los procedimientos debe conservarse la arteria espermática, y como a este respecto las técnicas del Delflor del Valle y la de los doctores Ivanissevich y Gregorini son las que ofrecen mayores garantías, deben preferirse.

X.—Los buenos efectos del procedimiento Delflor del Valle y su simplicidad técnica, se aprecian mejor en los varicoceles voluminosos dolorosos o no, pudiéndose en estos casos y por dicha técnica respetar con mayor seguridad la arteria espermática.

XI.—La escrotoctomía parcial, solo está indicada formalmente en los excepcionales casos en que el proceso varicoso asienta exclusivamente sobre el escroto, estando éste relajado y grande en exceso, (varicocele éscrotal); o como complemento curativo cuando los procedimientos empleados son insuficientes; pudiéndose aplicar también en los varicoceles recientes como medio ortopédico con buen éxito.

XII.—Según nuestras estadísticas y las extranjeras sostenemos: que la diferente disposición anatómica de la desembocadura de las venas espermáticas en la vena cava a la derecha y en la vena renal a la izquierda, constituye la causa predisponente principal y genética parcial del varicocele, fundándonos en su rareza a la derecha y en su gran frecuencia a la izquierda: en nuestras observaciones 416 a la izquierda por 11 a la derecha.

XIII.—Debe averiguarse con exactitud y exclusivamente la relación del varicocele izquierdo posterior con el varicocele izquierdo anterior; y la del varicocele derecho anterior o posterior con el varicocele izquierdo anterior; viendo si sus coeficientes de frecuencia son iguales o aproximados para dar mayor valor a la concepción de los Doctores Ivanissevich y Gregorini, que admite "una causa anatómica esencial del varicocele".

XIV.—El varicocele alcanza en nuestro ejército el elevado índice de 14 %.

XV.—Entre nosotros, el varicocele debe ser buscado sistemáticamente en los regimientos militares al pasar la revista médica mensual, para aplicar a los soldados varicoceles el tratamiento conveniente.

XVI.—Entre estos deben ser eliminados del servicio militar obligatorio;

1.º Los individuos afectos de varicocele sintomático o secundario con causa generadora localizada en la cavidad abdominal.

2.º Los individuos afectos del varicocele doble, reciente o voluminoso doloroso, o no.

3.º Los individuos afectos de varicocele unilateral voluminoso, molesto, doloroso; sobre todo los de evolución rápida con atrofia testicular y trastornos psíquicos.

4.º Los individuos afectos de varicocele reciente coexistiendo con várices de safena.

5.º Los varicocelosos recientes y sifilíticos secundarios.

6.º Los varicocelosos recientes o con pequeño varicocele, nervioso y que presentan ligeros trastornos psíquicos, hipocondriacos o neurasténicos.

7.º Todos los individuos varicocelosos restantes no comprendidos en los anteriores grupos, deberán ser tratados y solo eliminados en caso de recidiva: varicocele reciente unilateral de forma aguda o de forma crónica dolorosa o no; varicocele unilateral de volumen mediano de forma crónica y de cuya afección no se ha dado cuenta el enfermo; el varicocele mediano simplemente molesto, sin complicaciones secundarias; y el varicocele escrotal.—De donde resulta: que el médico aplicando de manera oportuna el tratamiento conveniente para evitar complicaciones secundarias, reducirá a cantidad despreciable el número de varicocelosos que se declaran impropios para el servicio militar.

XVII.—Los individuos varicocelosos recientes, candidatos a ocupar una vacante en las escuelas naval, militar o de aviación, deberán ser formalmente rechazados; porque no solo hay que tener en cuenta la sintomatología molesta del varicocele, sus complicaciones y las posibles perturbaciones de la espermatogenesis; sino también el porvenir de las secreciones internas de la glándula testicular, secreciones que mantienen el equilibrio hormonal que aseguran las particularidades del carácter varonil.

XVIII.—El soldado debe usar suspensorio en las marchas de resistencia a fin de evitar la posible producción de varicocele; y cuando sea varicoceloso reciente, el empleo por él del suspensorio debe ser obligatorio.

XIX.—La atrofia testicular es consecuencia directa del proceso varicoceloso aunque puede depender de otras causas.

XX.—Que el varicocele doble debe ser tenido en cuenta bajo el punto de vista médico legal y de la eugénica.

XXI.—En el elemento civil según nuestra investigaciones el índice varicoceloso es: 9'20 %.

XXII.—Que el varicocele sintomático se originará: siempre que una neoplasia, o un quiste del riñón, o de la cápsula suprarrenal, o una tumuración distinta, (adenopatía lumbar), ejerzan compresión sobre un punto cualquiera del largo trayecto de los vasos espermáticos dificultando la circulación de retor-

no; por consiguiente puede existir una tumuración renal, "estando su pedículo vascular libre", sin varicocele secundario, siempre que no se cumpla esa condición, lo que no es tan excepcional. Y no se debe olvidar que el varicocele sintomático sobre todo el derecho puede prestar su concurso para resolver un diagnóstico.

EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL POR LAS OPERACIONES PLASTICAS VAGINALES.—Tesis que para optar el grado de Bachiller presenta *Manuel E. Portugal*.

El autor despues de comentar brevemente las diversas técnicas para curar el prolapso genital, sostiene:

1º.—En materia de Terapéutica de los prolapsos es necesario apartarse del absolutismo que, por apasionamiento, domina a la mayor parte de los autores de métodos operatorios.

2º.—Todos los métodos operatorios tienen sus indicaciones, pero los mas frecuentemente indicados por ser los que menos contraindicaciones cuentan, son los métodos vaginales.

3º.—Las intervenciones plásticas vaginales realizan al mismo tiempo un tratamiento patogénico y sintomático.

4º.—El tratamiento de elección en los prolapsos genitales, consiste en la colporrhafía anterior y la colpo-perineorrhafía con miorrhafía de los elevadores, acompañadas o nó de la amputación del cuello como intervención complementaria.

5º.—Las recidivas son inevitables en una proporción cuyo porcentaje no se puede señalar con precisión debido a la desigualdad de los resultados obtenidos por los diversos ginecólogos.

6º.—Sería conveniente estudiar hasta donde son ciertas las afirmaciones de Robert Franck que achaca esta desigualdad en los resultados operatorios a la falta cometida en muchos métodos que no reconstituyen cuidadosamente la anatomía perineal.

PRENSA MÉDICA AMERICANA

(De nuestros canjes)

ESTADOS UNIDOS

The Journal of the American Medical Association.
(Julio 8 de 1918)

1.—*P. A. de Lille.* “La campaña contra la tuberculosis infantil en Francia y la protección de la infancia por el sistema tema de la “fundación Grancher”.—Presenta las recientes estadísticas de la tuberculosis en Francia y expone los primeros esfuerzos para curarla durante la infancia. Se ocupa del tratamiento de los niños atacados de tuberculosis latente y de los resultados de la helioterapia. Trata con extensión de la organización de la obra de Grancher, de sus métodos de profilaxia tuberculosa y de los principios científicos en que está fundada.

2.—*W. J. Mayo.* “*Peritonitis tuberculosa secundaria: su causa y su tratamiento*”. La peritonitis tuberculosa no es una enfermedad primaria, pues siempre tiene su origen en algún foco local que el cirujano debe descubrir. La localización mas frecuente de estos focos es en las trompas de Falopio en la mujer, en alguna porción del intestino en los adultos de ambos sexos, en los ganglios linfáticos especialmente en los niños.

Cuando el foco tuberculoso original puede extirparse, la llamada peritonitis tuberculosa cura en proporción mucho mayor que cuando el cirujano se ha limitado a hacer una simple laparotomía.

Las posibilidades de curación de la tuberculosis peritoneal por una laparotomía están limitadas a los casos de esta enfermedad bajo la forma ascítica. Sin embargo, puede afirmarse que el cuidadoso vaciamiento del líquido contenido en el peritoneo tuberculoso tiene cierto valor terapéutico.

En la forma fibro-plástica, solo se obtiene beneficios cuando consta de limitados sacos peritoneales llenos de líquido. Si las adherencias llenan todo el abdomen, formando pequeños y múltiples espacios tabicados llenos de un exudado turbio que contiene pus, la operación está francamente contraindicada.

Afortunadamente, la forma adhesiva de la tuberculosis peritoneal, que da lugar al abdomen duro que parece de madera, es susceptible de una curación espontánea.

Parece probable que el bacilo de Koch, por sí solo, de lu-

gar a la forma ascítica con muy ligeras adherencias; las formas tabicadas con contenido turbio serían debidas a infecciones secundarias por bacterias piógenas.

En seguida, el autor se ocupa de los resultados obtenidos con la simple laparotomía; y cita al efecto las ricas estadísticas de conocidos cirujanos.

Incidentalmente trata de la "enfermedad de Concato" y de la "enfermedad de Pick", a causa de sus similitudes clínicas con la peritonitis tuberculosa.

Termina dividiendo los casos de peritonitis tuberculosa en dos grupos, desde el punto de vista del éxito operatorio: El primero comprende los casos de lesiones tuberculosas definidas y localizadas en las trompas, en el ciego, en el apéndice, etc., focos tuberculosos que pueden extirparse con muy favorables resultados. El segundo agrupa los casos de tuberculosis esparcida en el peritoneo, con gran derrame ascítico, en los que los éxitos operatorios obtenidos por una simple laparotomía son inseguros.

Este trabajo, leído en la última reunión de la American Medical Association, fué discutido por Morris, Eisendrath, Wetherill y Charles Mayo.)

3.—*H. S. Ward*. "El pecado de curar los tñtomas" Relata interesantes casos en los que ha habido error de diagnóstico y otros errores imputables a una punible omisión de los deberes del médico tratante. Se ocupa de la infección de la boca y sus deplorables consecuencias. La medicina no se hace ya por el trabajo de un solo hombre; ahora se necesita de la íntima colaboración de un grupo de médicos para hacer un buen diagnóstico e instituir el mejor de los tratamientos.

4.—*D. Riesman*. "Endocarditis septicémica crónica con esplenomegália: su tratamiento por la esplenectomía" Hace el comentario de un caso tratado con éxito por la esplenectomía. Se ocupa de la gran mortalidad de la endocarditis septicémica; de sus síntomas; del rol que desempeña el bazo en la enfermedad; y las indicaciones de la esplenectomía en tales casos.

5.—*W. H. Bodenstab*. "Estudio clínico sobre quinientos casos de colecistitis, con especial referencia a su diagnóstico". Casi todos los casos fatales de enfermedades de las vías biliares hubieran podido evitarse haciendo un diagnóstico precoz. Un minucioso análisis de los síntomas presentados por 500 enfermos de colecistitis, con cálculos biliares o sin ellos, demuestra que el dolor en el epigastrio con irradiaciones, los vómitos, el balonamiento del abdomen por parexia intestinal, la disnea y la postración, son los cinco signos cardinales que más valor tienen para el diagnóstico porque son los más constantes. A ellos se debe agregar un pasado patológico con crisis de ictericia, la presentación de bilis en la orina, la hiperacidez gástrica, etc.

El autor trata en seguida de la duración de la enfermedad, de la influencia de la edad, del sexo y de otros factores. De los

500 casos operados, en 340 se encontró cálculos y los 160 restantes se intervino por colecistitis no calculosa.

6. J. B. Rieger y H. C. Solomon. "La circulación de arsénico en el líquido céfalo-raquídeo".

JULIO 13.

7.—E. S. Judd. "Cirugía de la vesícula biliar y de los conductos biliares" El hecho de que la vía que más generalmente sigue un proceso infeccioso para llegar a la vesícula biliar es la circulación está apoyado por los resultados de experiencias en animales y por la observación clínica de que las infecciones del aparato biliar no son sino la manifestación de una infección más general cuyas huellas se encuentran en el apéndice, en el estómago, duodeno, etc.

Para revisar los diversos aspectos clínicos de las lesiones del aparato biliar, conviene dividir estos casos en cuatro grupos; 1.º Los casos de colecistitis crónica, que produce dispepsia y que representa un foco de una infección más generalizada. 2.º Los enfermos que padecen de cólicos hepáticos típicos. 3.º Los casos de franca colangeitis, con cálculos en el colédoco, que durante los ataques producen una obstrucción biliar y la ictericia consecutiva. 4.º Los casos de colangeitis atípica, sin dolores y con ictericia.

Hace el autor un resumen de los resultados de interesantes investigaciones experimentales sobre la función biliar y expone la técnica que aconseja para la extirpación de la vesícula.

8.—H. T. Patrick. "Cefalalgia indurativa o reumática". Comprende una reseña histórica de este síndrome, la descripción y significado de sus diversos síntomas, sus lesiones anatómicas, su probable causa tóxica, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

9.—A. E. Sterne. "Interpretación de las investigaciones de laboratorio negativas en el diagnóstico de la sífilis".

10.—E. X. Dercum. "Sintomatología visceral en las enfermedades nerviosas: serios peligros de su errónea interpretación y de la innecesaria intervención quirúrgica".

11.—E. S. Talbot. "Membrana de Nasmith, residuos epiteliales y capa granular de Tomes".

12.—R. Tunncliff. "Observaciones sobre las investigaciones microscópicas en la garganta, de los ataques de sarampión, roseola, y Escarlina. Comienza el A. haciendo referencia a comunicaciones anteriores sobre el mismo asunto. Describe los diplococos encontrados en el sarampión y la roseola, y los métodos para obtener buenos frottis. Trata de los estreptococos hemolíticos encontrados en la garganta de los escarlatinosos y del valor de estas investigaciones para hacer el diagnóstico diferencial entre la escarlatina y la roseola.

13.—E. Novac. "*Ruptura del útero a nivel de la cicatriz dejada por una intervención cesárea*".

JULIO 20.

14.—C. E. Rigg. "*Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la sífilis del sistema nervioso*". Los tres métodos principales en el tratamiento de la neuro-sífilis son: el intraespinal, el intracraneal (subdural o intraventricular) y el corriente procedimiento endovenoso o intramuscular aplicado de manera intensiva y generalmente unido a un drenaje del líquido céfalo ráquideo. A la luz de nuestra actual experiencia, cualquiera de estos tres métodos puede calificarse de eficaz. Esto es particularmente cierto en los casos de sífilis cerebroespinal y de tabes dorsal; y aún en la parálisis, la más grave de todas las manifestaciones sifilíticas, es posible obtener un apreciable resultado con el prudente empleo de tales procedimientos terapéuticos.

15.—L. B. Pilsbury. "*La calificación personal en psiquiatría*". Importancia del término "personalidad" en la discusión de la locura. Su significación etiológica. Las particularidades corporales y mentales consideradas como factores causantes de la locura.

16.—Ch. J. Lyons "*Algunos fenómenos vitales en las fracturas del maxilar inferior*".

17.—H. D. Singer. "*El médico práctico y la higiene mental*".

18.—B. Smith. "*Estudios sobre la presión sanguínea de 500 hombres*".

19.—C. C. Rush. "*Abceso retrofaringeo*". Resultado desastroso de los errores en el diagnóstico de estos abcesos. Relación de un caso, acompañada de un estudio anatómico-patológico. Las fuentes de infección del espacio retrofaringeo, que pueden dar lugar a una colección purulenta, pueden clasificarse en cuatro grupo: 1.º los que tienen por origen una caries de las vértebras cervicales superiores, generalmente de fuente tuberculosa; 2.º los que proceden de una otitis media; 3.º los que son debidos a la propagación hácia adentro de un abceso carotídeo; y 4.º los que resultan de la infección de los ganglios linfáticos del propio espacio retrofaringeo.

20.—M. M. Peet.—"*Tratamiento preoperatorio racional, con especial referencia a la administración de purgantes*". Después de enumerar los inconvenientes y desventajas de la arraigada costumbre de purgar a los enfermos la víspera de la operación quirúrgica, concluye afirmando que el enfermo que no ha sido sometidos a la catarsis preoperatoria está menos expuesto a sufrir de sed, náusea y vómitos, distensión abdominal y dolores debidos a la acumulación de gases en el intestino.

21.—M. S. Henderson. "*Formaciones osteo-cartilaginosas sueltas dentro de la articulación del codo*".

NACIONALES

Anales de la Facultad de Medicina de Lima.—Julio-Agosto, 1918.

1.—*Manuel A. Velasquez.* “La prueba de la fenolsulfon-taleina en la investigación de la función renal”. La fenolsulfon-taleina empleada por primera vez por Rowntree y Geraghty para investigar el funcionamiento del riñón, tiene la ventaja de ser inocua e inalterable y de eliminarse totalmente por el riñón. El A. sostiene: 1.º Que es el reactivo más rápido y completamente eliminado; 2.º Aparece en la orina de 6 a 11 minutos, mientras que el azul de metileno comienza a eliminarse después de 30 a 45 minutos después de inyectado; 3.º La cantidad de orina secretada no afecta la eliminación del reactivo que depende tan solo de la capacidad funcional del riñón; 4.º Administrada por vía hipodérmica o intramuscular sus efectos son rápidos y su toxicidad es menor que la de otros reactivos; 4.º La presencia de pigmentos biliares o urinarios no pueden inducir a error, pues, estas sustancias pueden separarse por precipitación con el subacetato de plomo, que no actúa sobre la fenolsulfon-taleina. En caso de presentar sangre la orina, puede separarse ésta por medio de la ebullición y la filtración; 6.º En las nefritis agudas o crónicas la fenolsulfon-taleina revela trastornos funcionales que escapan muchas veces a las investigaciones por medio de otras pruebas indirectas; y 7.º En las afecciones cardiorrenales la prueba de la fenolsulfon-taleina permite determinar la participación del factor cardíaco en el conjunto morboso y sirve de medio diagnóstico y pronóstico..

2.—*Oswaldo Herculles.*—*El bazo en la enfermedad de Carrión*”. Sintetizando dice el A. que con los progresos de la Enfermedad de Carrión el bazo exalta su actividad funcional y, ante este estímulo, desarrolla su aparato folicular, exagerando así su función normal, sobre todo la que se refiere a la fagocitosis; en un segundo período, además de su papel fagocitario, toma parte, en colaboración con la médula osea, en la reparación de las pérdidas que el proceso desglobulizador ha producido, y, en último caso, hace el papel de bazo fetal, dando lugar a la formación de centros mieloides orientados únicamente en el sentido de la serie roja, es decir, hacia el bazo de Dominici. En el apogeo de su funcionamiento defensivo dos factores intervienen: la congestión intensa que esta función reclama y las complicaciones de orden septicémico. Como consecuencia del primer factor la esclerosis adquiere el tipo de la fibroadenia; si los fenómenos septicémicos, se generan los infarctus.

3.—*Julian Arce. "Lección sobre la verruga peruana o enfermedad de Carrión"*. Se estudia en esta lección la forma hipertóxica, violenta y casi siempre fatal de la verruga peruana o enfermedad de Carrión, detallando la incubación, síntomas, duración, complicaciones, anatomía patológica, los elementos endoglobulares de Barton, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. En este trabajo, tan completo como los anteriores que ha publicado el profesor Julian Arce, hay una serie de conceptos personales que revelan las miras propias que tiene el profesor de Enfermedades Tropicales de la Facultad de Medicina; así, por ejemplo, sostiene que para formular categóricamente el diagnóstico de verruga maligna, es necesario que el paciente proceda de zona verrucógena y ofrezca anemia febril de tipo megaloblástico y valor globular aumentando asociado a la presencia de los elementos endoglobulares de Barton.

4.—*Eduardo Bello y Manuel Castañeda. "Tratamiento actual de las heridas de Guerra. Evolución del concepto sobre el mecanismo biológico de los antisépticos"*. Exposición del estado actual de los procedimientos para tratar las heridas de guerra; se estudia el concepto de la infección constante de las heridas y la reunión inmediata, la reunión secundaria; los métodos fisiológicos de tratamiento, los métodos antisépticos, el método de Vincent; el método de Rutherford Morison y el método de Browning.

5.—*Luis de la Puente. "Hernias diafragmáticas traumáticas"* No son muy numerosos los diagnósticos en vida de la ectopía intrapleurales de los órganos abdominales, a través de una comunicación anormal establecida entre las cavidades abdominal y torácica, por herida o ruptura accidental del diafragma. El A. ha observado tres casos, diagnosticados, dos en la operación y uno en el que se hizo el diagnóstico preoperatorio. El primero curó, aunque se operó por vía abdominal; el segundo murió al día siguiente, no obstante que después de la laparotomía se practicó toracotomía lateral; el tercero fué operado haciéndose toracectomía; dos meses después de la operación sucumbió a consecuencia de disentería. Acompañan al trabajos interesantes radiografías.

6.—*Honorio F. Delgado. "El Psicoanálisis" (Continuación)*.

NECROLOGIA

EL PROFESOR J. GRASSET.—A la edad de 69 años ha fallecido el eminente neurólogo francés, J. Grasset, gloria de la escuela de medicina de Montpellier. Además de su importante labor médica que culminó con su admirable "Traité de Physiopathologie clinique" y "Therapeutique Generale", el profesor Grasset fué un biólogo distinguido dentro de la escuela vitalista.

EL PROFESOR E. REGIS.—La medicina mental francesa está de duelo por la muerte del profesor E. Regis (1855-1918), que era un alto exponente de la psiquiatría francesa y a cuyo esfuerzo se debe la excelente organización neuro-psiquiátrica de los ejércitos de Francia. Entre sus trabajos sobresale el de las psicosis toxiinfecciosas.

BIBLIOGRAFIA

LAS TERMAS DE SOCOSANI EN YURA, AREQUIPA, PERU por el doctor *Angel Maldonado*. Lima, 1918.

Es indudable que la Hidrología Nacional ofrece amplio campo para que los preparados para estos estudios, hagan labor fructífera y aplaudible.

En el trabajo que analizamos, el doctor A. Maldonado estudia las termas de Socosani, comenzando por la etimología de la voz "Socosani", la historia, la geografía, la geología, la paleontología, la sismología y la petrografía de la localidad, para abordar despues el origen de las aguas, su composición química y las distintas particularidades que ofrecen cada una de las fuentes.

No terminaremos, sin antes felicitar al doctor Maldonado por su interesante estudio, que viene a aumentar nuestra escasa literatura hidrológica, no obstante que el Perú posee una numerosa variedad de fuentes minerales.

COLLECTED PAPERS OF THE MAYO CLINIC. ROCHESTER MINNESOSOTA Volume IX. 1917. W. B. Saunders C.^o Philadelphia.

Este nuevo volúmen de las Clínicas de Mayo supera en interés a los precedentes. Lujosamente editado, con profusión de grabados espléndidos, es un resumen gráfico de los trabajos realizados el año último por el grupo de especialistas que presiden los hermanos Mayo en su famosa clínica de Rochester.

Los cirujanos de Sud América están desde hacen 4 años, privados por la guerra de Europa de fuentes importantes de producción científica cegadas o debilitadas por ese flajelo, y reciben de las otras de ese continente, dominados también por la locura colectiva, muy escasa producción si se exceptúa lo relativo a las heridas y demás secuelas de la gran lucha. Por fortuna la ciencia Norte Americana llena esos vacíos. Sus periódicos y sus libros concretos, precisos, están llenos de ideas fecundas y de novedades que marcan cada año adelantos positivos de la actividad quirúrgica.

Las Clínicas de Mayo, escritas por especialistas, son síntesis de los últimos progresos en cada disciplina quirúrgica. La cirugía del tubo digestivo, la del aparato uro-genital, de la cabeza y de los miembros, etc. ha sido objeto en el último tomo de notables trabajos. Tampoco se olvida en las clínicas mencionadas los asuntos de técnica de las operaciones menores, dando a conocer los especialistas en algunos artículos aquellos detalles de instrumentación o de manualidad que aseguran el éxito de pequeñas intervenciones. Como ejemplo de esto último citaremos el trabajo del doctor Stokes, sifiliógrafo, consagrado a las inyecciones intervenosas de Salvarsan, donde expone con interesantes detalles, su técnica personal.

No pretendemos enumerar siquiera los temas contenidos en *The Mayo Clinic de 1917*, nos basta decir que lo creemos libro indispensable para todo cirujano, que debe tener a su alcance un resumen sintético de las nuevas doctrinas quirúrgicas y de los perfeccionamientos de la técnica.

DISEASES OF THE MALE URETHRA, INCLUDING IMPOTENCE AND STERELITY by Twin S. Koll, profesor of genito-urinary diseases. Chicago. W. B. Saunders C.^o Philadelphia, 1918.

Es una obra didáctica, muy bien ordenada, que estudia las enfermedades de la uretra masculina y en particular la blenorragia y sus complicaciones. Numerosos grabados y cromos ilustran el texto.