

Un Triunfo Brillante

La ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA acaba de coronar con el más brillante de los éxitos su primer mes de gestión en el Hospital General, que con tanta audacia como elevación de miras echó encima de sus hombros.

Los pronósticos más sombríos de los que nada hacen ni quieren que algo se haga, las calumnias más bajas, las resistencias más ruines, no desanimaron en lo más mínimo a ese grupo de Médicos pobre, reducido y casi aplastado por un-medio ambiente aniquilador. Se midió la grandeza de la causa y la necesidad abrudamora y no hubo necesidad de medir las fuerzas de que se disponía. En las luchas sagradas no se toman en cuenta las fuerzas contrarías, sino tan sólo el deber que hay que cumplir.

Y resultó que el problema no era tan grave como hubiera sido de esperarse. Un poco de desinterés una absoluta pureza y una buena organización vinieron a demostrar que el Hospital que los políticos no han podido administrar nunca con muchas decenas de miles de pesos la Asociación Médica lo sostiene y hace progresar con una suma exigua.

A reflexiones muy amargas se presta este triunfo desconcertante. A dónde han ido a parar los millones que a través de los años ha cedido el Estado para sostenimiento del Hospital. Hasta dónde ha llegado nuestra corrupción política que ha permitido que mu-

chas veces se robe, esta es la rudísima palabra, se robe, repetimos. a los infelices que, vencidos en la lucha, llegan a un Hospital en busca de un mínimun de socorro al cual tienen perfecto derecho?

Por más que sea un axioma que el Estado es muy mal administrador, eso tiene un límite que ha sido sobrepasado dolorosamente en la administración de nuestro Hospital.

Pero las lamentaciones son completamente inútiles y todos los males que se han causado han tenido como consecuencia que se haya llevado a la conciencia de la sociedad y de los legisladores el hecho evidente de que cuando los intereses nacionales no son antepuestos al partidatismo, los caudales públicos son manejados con pureza y los servicios públicos desempeñados satisfactoriamente.

Ojalá que la lección dada y recibida en este caso tenga las Consecuencias favorables que son de esperarse y que en lo sucesivo no sea el interés partidista el que se adueñe de misiones tan sagradas como la de aliviar los dolores de los menesterosos.

Tratamiento de las Infecciones Piógenas en Obstetricia

Tratando de destruir ya sea in situ", ya en la sangre

*Los gérmenes por medios
químicos*

Quimioterapia de Ehrlich. Farmacoterapia de Wright

Destrucción "in situ".- La acción de los antisépticos químicos sobre los distintos gérmenes, "in vitro", hizo pensar en la posibilidad de poder esterilizar con ellos un foco séptico, pero la esperanza duró poco; la acción de éstos sobre los gérmenes en plena herida no era la misma y no sólo esto sino que queriendo actuar sobre estos mismos gérmenes en la sangre, en el pus o en cualquier líquido inflamatorio se comprobó, y estas experiencias de Wright son probatorias, que para poder destruirlos las dosis necesarias eran mucho más grandes y tan perjudiciales para el organismo que era imposible emplearlas.

Hay experiencias de Bumm tratando de demostrar que en la mucosa uterina infectada no actúan ni el mercurio ni el rivanol.

A pesar de esto los tratamientos antisépticos locales han tenido y tienen todavía, para algunas escuelas, un lugar importante.

Lavaje intrauterino — Preconizado por la escuela francesa que lo usó como casi el único años; llegando hasta el exceso de prescribirlo de continuo, cuenta todavía con partidarios no sólo en Francia y Alemania, sino también en Italia y aún entre nosotros.

Han sido empleados todos los antisépticos conocidos desde el mercurio hasta el alcohol, pasando por el yodo, ácido fénico, trementina, etc.

Cuando un nuevo antiséptico sale al comercio se lo emplea inmediatamente. Como prueba tenemos la gran cantidad de trabajos que sobre la acción del líquido de Carrel, y entre éstos el presentado por Anderodier al Congreso de Ginecólogos y Parteros de lengua francesa (1921) con 152 casos tratados y un porcentaje de curación que él considera maravilloso.

Lo mismo ha sucedido en Alemania con el rivanol.

Teniendo en cuenta nuestras afirmaciones respecto al poder antiséptico de los líquidos "in situ" y conociendo los procesos de defensa que se establecen a nivel de la herida placentaria es fácil darse cuenta no sólo de la inocuidad, sino del peligro que pueden representar estos lavajes y la parte que a ellos les corresponde en la generalización de una infección que podía berse localizado.

La mayoría de las escuelas han eliminado este tratamiento y el juicio sobre su ineficacia y sus peligros ha sido hecho por: Halban, Zweifel, Sigwart, Ignes y muchos otros con argumentos iletantables.

Tópicos antisépticos; inyección de éstos en forma de vapores, etc.— Los mismos argumentos son aplicables a estos tratamientos que se han usado y se usan en la herida placentaria o en las otras situadas en el canal genital. No pudiendo, con está demostrado, actuar específicamente, no hacen sino perturbar las defensas y trastornar su mecanismo.

A pesar de esto son preconizados por hombres de responsabilidad que no se convencen de su ineficacia.

Warnekros recomienda los vapores de éter y presenta estadísticas que al parecer y sin un prolijo examen son interesantes; sin embargo Bumm, con experien-

cias "in vitro" demuestra su ineficacia.

Daniel y Coste recomiendan los vapores de yodo.

En tópicos han sido usados todos los antisépticos conocidos. Los últimos recomendados son el yatren, la formalina, el rival nol y la solución Dakin.

Destrucción en la circulación y en los focos internos.— Los mismos argumentos que hemos mencionado al referirnos a los antisépticos empleados localmente pueden ahora utilizarse.

Las experiencias de Bebring han demostrado la imposibilidad de conseguir una acción bactericida a las dosis posibles para el organismo.

Fleming ha demostrado no sólo que no existe efecto bactericida a las dosis medicamentosas sino que cuando éstas son más fuertes, siempre dentro de la dosis no tóxica, favorecen el desarrollo de los gérmenes porque destruyen los leucocitos.

Behring, creyó encontrar la "therapia magna sterilisans". decir, la esterilización en g sola dosis; estudios posteriores le demostraron su error y cambió su término por el de "therapia sterlisans fractionata" que ha debido también abandonar, pues los trabajos de Morgenroth y los suyos han comprobado que los gérmenes se hacen cada vez más resistentes a los antisépticos empleados.

"La búsqueda de un agente farmacodinámico bactericida capaz de actuar en el interior del organismo es tarea mucho más ardua que la de buscar un antiséptico que actúe "in vitro" con los gérmenes expuestos a su ataque dice Wright.

Hay dos razones: una, la dosis bactericida, y otra, el tiempo, que es necesario para que el medicamento actúe sobre el germen.

A pesar de todos estos argumentos se siguen empleando éstos en la infección general y es evidente que dan en muchos casos resultado; lo que nos demostraría que si actúan no lo hacen como tales, sino despertando las defensas orgánicas por mecanismos todavía desconocidos pero idénticos a los producidos por las albúminas; a esto tienden los estudios modernos y esto da mucha más amplitud al capítulo de la mal llamada proteinoterapia.

Mercurio.— Baccelli, lo introdujo en la terapéutica de la infección puerperal, en 1894, en forma de bicloruro administrado por vía endovenosa a la dosis de 0.005 miligramos.

Aplicando a este antiséptico, lo que hemos dicho anteriormente con respecto a la dosis bactericida, sería necesario dar 60 veces más para obtener resultado y esto haciendo la experiencia con el suero sanguíneo.

Gozó, a pesar de esto, de algún

prestigio en Italia y en Hungría. pero fue pronto abandonado. También han sido usados el bicloruro y el percloruro.

Últimamente, Kichne lo asocia al salvarsán, afirmando que con esto consigue aumentar la dosis, sin peligro, llegando hasta 0.02 centigramos.;

Presenta estadísticas en las cuales ha reducido la mortalidad de 13 por 100 a 8 por 100 en casos graves.

Westfall, demuestra con acopio de datos los peligros de esta combinación, pues aparte de que las lesiones infecciosas no se modifican, se constatan trastornos producidos por el mercurio.

Yodo y sus derivados, — Yartren: Entra en la terapéutica con los trabajos de Bauereisem. Este autor trató 34 casos de infección puerperal y sus conclusiones no son famosas, reconociendo sin embargo que no siendo tóxico actúa despertando las defensas orgánicas; lo recomienda en los casos de mediana intensidad, Conrard llega a las mismas conclusiones.

Últimamente se le ha asociado a la caseína y a algunas vacunas, actuando entonces francamente como albúmina.

Se han anotado en su contra lesiones hepáticas muy marcadas llegando hasta la atrofia amarilla aguda.

Han sido empleados otros compuestos de yodo como la so-

lución de Pergl, la yodaseptina, etc., en que la acción del yodo se combina con la de la urotropina. Es esta combinación eficaz en algunos casos; nuestra experiencia a este respecto nos lo ha demostrado.

Quinina.— Biclorhidrato de quinina: Usado por la escuela inglesa después de los estudios de Gordon y Luker sólo o asociado al suero antiestreptocócico por vía endovenosa y a la dosis de 0.30 centigramos repetidas durante seis a diez días.

Buzins.— Usado por Morgenroth que basado en experiencias en animales, pretende demostrar su acción bactericida y su inocuidad sobre los tejidos. Lossar lo emplea a la dosis de 10, 20, 30 centímetros cúbicos de una solución al uno por ciento por vía endovenosa, en los casos con hemocultura positiva, anotando un efecto pasajero y poco intenso.

Arsenicales.— Despreciados por la escuela alemana que ha empleado sin resultado el arsaetin y el atoxil. Kochler. los encuentra no sólo inocuos sino perjudiciales (formación de abscesos, etc.).

Son recomendados por la escuela francesa, que aconseja el empleo del novoarsenobenzol o del sufoarsenobenzol por vía endovenosa en los casos graves. Las dosis empleadas son las

pequeñas: 0.10 centigramos cada dos días.

Jennin, en su tesis demuestra una mejora sensible en la mortalidad con el empleo del novoarsenobenzol. Cathala lo recomienda y uno de sus discípulos, Touchard, publica una interesante tesis.

Según las investigaciones de Bruhl y Michaud el arsénico disminuye la virulencia de los estreptococos.

A pesar de estas constataciones, la generalidad de los autores atribuye su acción al aumento de las defensas orgánicas.

Le Lorier presenta una serie de casos interesantes y bien estudiados tratados con novoarsenobenzol.

Riviere consigue reducir a cero la mortalidad con el sulfoarsenol. Eminandau recomienda el sufoarsenol a la dosis de 0.12 centigramos y la administración precoz para obtener resultado.

Metales coloidales.— Gozan de gran prestigio desde hace ya muchos años, en que fueron introducidos en la terapéutica de las infecciones, por Crédé.

Este aseguró su acción bactericida y lo creyó demostrar con experiencias para él concluyentes, pero que tienen las mismas fallas que los realizados con los demás antisépticos.

Algunos autores y entre ellos Sharde, le reconocen una acción de presencia, debido a que sus

finísimas partículas actúan directamente.

Para Berthold, su acción es electrolítica y actúa oxidando o hidrolizando y en esta forma destruye y anula los gérmenes y las toxinas.

Un fenómeno curioso que se observa asociando dos cuerpos coloides, es que su acción aumenta siguiendo una progresión aritmética; por ejemplo: si la acción de la plata coloidal vale 2 y la del cobre 1, la asociación vale 6.

Teniendo en cuenta esta propiedad es que se han ideado infinitud de combinaciones: aurocolargol, cuprocolargol, platino-colargol, etc.

Este aumento considerable del poder en las combinaciones ha servido para negar su acción química o mecánica y afirmar su acción electrolítica.

Según Netter, es necesario agregar a su acción electrolítica la producción de una marcada leucocitosis, lo que aumenta, según su concepto, el poder bacteriolítico.

Otras teorías se han enunciado para explicar su acción; Beyer dice que el metal permanece largo tiempo en la sangre. En cambio otros como Langue, Cohny, Voight, dicen que no actúa en la sangre, de la cual desaparece rápidamente y acantonándose en los órganos, ejerce su poder catalítico.

Para Richter los coloides tienen una acción electiva sobre el aparato genital.

La experiencia clínica traducida en trabajos de experimentación y casos publicados es enorme.

De éstos, deben destacarse como bien documentados y de una fuente insospechable los de Bumm, Bonnaire, Porak. Jeanin, Doederlein y Schultz, que llegan a conclusiones más o menos parecidas y que sintetizadas son las que se aceptan hoy día:

1o.— Su acción es más eficaz como profiláctico que como curativo.

2o.— Su eficacia se manifiesta claramente en los casos benignos.

3o.— En los casos graves no dan ningún resultado.

Las vías de administración han sido discutidas, así como las dosis. Es evidente que la vía endovenosa es más eficaz, pero el choc que produce suele ser grave y está contraindicada en los casos de alteraciones miocárdicas.

Existen una serie de casos publicados en los que se registran accidentes graves como embolias, hemoptisis, hemorragias genitales y hasta la muerte súbita (Zangemeister), lo que nos demuestra que el empleo de estos medicamentos no está exento de peligros.

Sobre las dosis también hay una anarquía manifiesta, pues

se recomienda desde un centímetro cúbico hasta medio litro.

En mi práctica hospitalaria lo he usado y lo he visto usar muchas veces y si bien no he observado accidentes no he constatado resultados que pudieran interpretarse como éxitos.

Sigwart, dice con razón, que no han respondido hasta el presente a la esperanza que en ellos cifró.

A pesar de esto, diariamente salen al comercio nuevas preparaciones de los coloides más variados; desde el oro hasta el rhodium, y en ninguno de los prospectos que los acompañan faltan casos clínicos aparentemente bien estudiados que pretenden atestiguar sus beneficios engañando a los profanos, porque siempre se trata de casos graves y en los que todo ha fracasado.

Las sustancias colorantes y sus combinaciones

Azul de metileno; violeta de genciana; argocromo; mercurocromo- Esta terapéutica fundada en la eficaz acción de estas sustancias en el tratamiento de las enfermedades producidas por protozoarios, se apoya en lo que se sabe respecto a la coloración de los gérmenes y que significa su muerte.

Ha sido y es muy prestigiada todavía en algunas clínicas alemanas y norteamericanas pero

ha defraudado las esperanzas que en ella se cifraban y si bien merece todavía ser experimentada antes de darse un fallo definitivo, se han hecho sobre ellas objeciones fundamentales.

Bumm, por ejemplo, demostró que el estreptococo no tiene gran afinidad por las sustancias colorantes y Louros, afirma que esa afinidad disminuye hasta casi desaparecer en los gérmenes muy virulentos.

la publicación de casos aislados con estos preparados es también muy grande, y si bien algunos son bien documentados, la mayoría no nos dan elementos para poder fundar un criterio al respecto.

Piper, de Filadelfia, recomienda el mercurocromo por vía endovenosa a la dosis de 20 c. c. de la solución al uno por ciento, repitiendo la dosis y llegando hasta 30 c. c. si no hay síntomas tóxicos. Su estadística es numerosa y bien documentada.

Shafer lo usa asociado al suero antiestreptocócico, consiguiendo éxitos.

Kuhwelt, emplea el argocromo a la dosis de 0.01 a 0.02 y publica una serie de 20 casos nueve de ellos graves, obteniendo buen resultado.

Autores como Kohler, niegan toda superioridad a estos preparados, y Neuman, por el contrario, los recomienda calurosamente aún para las infecciones renales.

Nuestra experiencia muy escasa nos impide agregar nuestra opinión.

Substancias colorantes derivadas de la acridina

Tripaflavina.— Esta tiene un enorme poder bactericida comprobado "in vitro", pues diluida en suero humano es bactericida para el estreptococo en diluciones de por 1,000.000. Su acción sobre los tejidos y sus efectos perniciosos son escasos; sin embargo, produce a veces lesiones renales y algunos autores Kohler y Thier entre ellos, la acusan de producir necrosis y trombosis.

Fue introducida en la terapéutica de la infección puerperal por Browning, discípulo de Ehrlich.

De todo lo publicado hasta el presente, podemos sacar en Limpio que su acción en nada difiere de los otros antisépticos estudiados. Eficaz como todos, al parecer, en los casos de mediana intensidad, tiene en su contra que puede actuar desfavorablemente en los casos leves y es completamente ineficaz en los casos graves.

La interpretación del mecanismo de su acción es también discutida; según Bohlard, actúa como antiséptico por su gran poder bactericida. Stephan le niega esta acción "in vivo" y atribuye su eficacia a la actividad de las defensas.

Se emplea la vía endovenosa en general y las dosis oscilan de 0.03 a 0.25 diluido cuando se traía de las dosis mayores en soluciones al medio por ciento, vale decir 50 c. c.

Últimamente, se ha combinado con el nitrato de plata; esta combinación se denomina argo-flavina.

Rivanol.— Tiene aún más poder bactericida que la tripaflavina y su acción sobre la célula viva es según sus defensores, nula.

Fue empleado en cirugía general y en vista de los éxitos obtenidos se extendió su indicación a la infección puerperal.

Prestigiado por la escuela de Bumm y también por la de Halban, se le considera el mejor agente conocido hasta la fecha para tratar la infección puerperal.

Las experiencias de Snitzer y Berger han demostrado que se mantiene largo tiempo en la sangre, pues es absorbido por los glóbulos rojos.

Se emplea en solución al uno o dos por mil y se administra en dosis que varían de 50 a 100 c. c.

En casos graves ha sido aumentada la dosis, y **Halban** recomienda hasta 40 ó 50 centigramos disueltos en 40 a 50 c. c. de agua.

Es necesario repetir la dosis pues se cree que los gérmenes

si éstas no son suficientes, se hacen rivanol-resistentes.

Se le ha combinado al suero antiestreptocócico y hay publicaciones muy interesantes de los éxitos de esta combinación firmadas por **Bumm, Halban** y Bock.

Entre nosotros no hay experiencia importante y los casos publicados no pueden ilustrarnos sobre su valor.

Otros antisépticos

Urotropina.— Recomendada por la escuela francesa, hay entre nosotros una cantidad de específicos a base de ella, sola o asociada al yodo y a otros: septicemia, yodaseptina, etc.

Formalina.— Empleada a la dosis de dos por mil.

Sales de radium.— Renon y Marré han empleado una solución de sulfato de radium en suspensión en suero isotónico. La dosis diaria era de 20 a 30 microgramos, llegando en los casos graves a la dosis total de 300 microgramos.

Sulfato de cobre amoniacal.— Empleado por Noiret, cuenta en su favor con algunos éxitos.

Esencia de trementina.— Empleada por Fabre en forma de suero trementinado, no con el fin

de provocar absceso sino de actuar como bactericida.

La fórmula por él recomendada es:

Esencia de trementina rectificada, áá.

Alcohol a 92", 1 gramo.

Agitar y agregar 200 c. c. de suero fisiológico.

Inyección subcutánea.

Sulfato de Magnesia.— Solución al 2 por ciento por vía endovenosa. Hay casos publicados por Harrar y Huggins.

Nitrato de plata.— Recomendado por Humes e Ilkewitsch en solución al 1 por diez mil.

Utilizando las defensas del organismo sin pretender aumentarlas

El organismo tiene defensas capaces por sí solas—sin tratar de modificarlas o aumentarlas—de resistir a una infección grave. Estas defensas que existen no sólo en su sangre y tejido retículoendotelial sino también en los distintos órganos y aparatos de su complejo anatómico y fisiológico, deben utilizarse y se utilizan desde el momento en que un germen virulento inicia su acción tóxica o de presencia. Se manifiestan por una cantidad de reacciones locales y generales que son las que caracterizan el cuadro clínico y que, aunque

sean considerados como los síntomas de la infección, son en su mayor parte, fenómenos de reacción y manifestación de las defensas del organismo.

El organismo de la puérpera se encuentra en condiciones de inferioridad si lo comparamos al de una persona sana, para resistir a una infección, pero mantiene sus defensas y en la mayoría de los casos da cuenta de la infección sin dejar que se generalice y reaccionando localmente para destruir con sus propios medios los gérmenes "in situ".

Teniendo en cuenta lo afirmado, que es hoy un axioma en medicina, es necesario colocar ese organismo en las mejores condiciones para que utilice esas defensas, que no podrán ser utilizadas al máximo si éste no se encuentra en esa situación y si sus distintos sistemas no funcionan dentro de lo posible en condiciones lo más cerca de su normalidad. *i*

En primer lugar, para conseguirlo es necesario que ese organismo se nutra lo suficiente para poder resistir. Lejos estamos ya de la época en que la presencia de *i* a fiebre exigía una dieta de hambre y si bien no es posible muchas veces por circunstancias especiales del caso clínico, una alimentación nutritiva, es necesario suplir la falta de alimentos con tónicos generales entre los que debe ocupar un lugar preponderante el aleono],

no dado a dosis excesivas como lo recomiendan algunos autores (Runge), pretendiendo que tiene propiedades bactericidas, sino a pequeñas dosis para actuar como excitante y estimulante de las funciones digestivas.

Con respecto a la clase de alimentos que es necesario dar a la puérpera infectada, la escuela alemana y los trabajos de Hermannsdorfer son muy interesantes al respecto porque han demostrado el error de Sauerbruch que pretendía volver a la dieta de hambre en las puérperas infectadas. La escuela inglesa ha demostrado la acción no sólo profiláctica sino curativa de las vitaminas del tipo A y D en las infecciones, y siguiendo sus enseñanzas, debe preocuparnos la presencia de éstas en los alimentos aconsejados supliendo su falta cuando no existan.

Un punto importante a este respecto es también la mayor necesidad de líquido que es necesario en el febricitante y la importancia que éste adquiere en todo el complejo de las defensas, lo que hace necesario en todos los casos, si no es posible que éste penetre al organismo por ingestión, sea administrado por vías subcutánea recomendándose, salvo las contraindicaciones que puedan nacer de lesiones iniciadas o ya existentes, en primer lugar el suero glucosado o el fisiológico.

Manteniendo, en términos generales, una buena y sana alimentación, es necesario también vigilar la eliminación de sus residuos y debe, por lo tanto, asegurarse el buen funcionamiento intestinal, recomendándose el uso de laxantes como el aceite de ricino a pequeñas dosis en otros del mismo grupo.

La vigilancia constante de los aparatos circulatorio y respiratorio, tratando de evitar si es sensible a cualquier falla que pueda presentarse, utilizando para esto los tratamientos conocidos como los tónicos cardíacos, el oxígeno y los demás elementos a nuestro alcance para luchar contra la insuficiencia o la congestión y que deben ser usados precozmente en la mayoría de los casos, son necesarias y tan importantes como las primeras.

La administración de líquidos actúa favorablemente sobre el buen funcionamiento renal que debe también ser estrictamente vigilado y atacado cualquier síntoma, sea funcional o mecánico.

En estas condiciones y colocado el organismo en las mejores condiciones para la lucha, es necesario asegurar el drenaje intrauterino espontáneo, dificultado por las mismas reacciones de defensa locales, y esto se consigue tratando de suplir con ocitocícos químicos como la ergotina, el ginergeno, etc., o físicos —la bolsa de hielo— la con-

tracción de las fibras musculares, cuya relajación es un síntoma.

La hipertermia debe ser atacada sólo en los casos de grandes elevaciones y a nuestro juicio es preferible usar las sales de quinina cuya acción tónica sobre el miocardio es bien conocida.

Un problema aún en discusión es el que se refiere a la lactancia. A nuestro juicio ella no está contraindicada sino en casos muy graves. No creemos, por experiencia que puede disminuir las defensas orgánicas y con ella podemos evitar complicaciones que podrían agravar el pronóstico.

Siguiendo las ideas de Wright, que sostiene que el factor mecánico juega un rol importante en el pasaje de gérmenes a la circulación general, el reposo en decúbito dorsal permanente, evitando los movimientos activos debe ser exigido a las púerperas infectadas.

Muy importante también el reposo moral y psíquico tan descuidado entre nosotros y al que se le da tanta importancia en los países de raza sajona.

Teniendo en cuenta este principio durante nuestra actuación en la Clínica Obstétrica y Ginecológica Elíseo Cantón, eran prohibidas las visitas en la sección séptica.

La lucha contra el sarampión utilizando el suero de convaleciente

En nuestro artículo anterior sobre este mismo asunto pusimos de manifiesto toda la utilidad que ofrece el empleo de suero de convaleciente en la lucha contra el sarampión. Hicimos constar también que en aquellos casos en que la inyección de suero no previene la enfermedad pero la atenúa, evita sin embargo, la aparición de complicaciones que a menudo son fuente de elevada mortalidad.

Como además anotamos lo relativo a la posología, hoy solo nos queda por lo que al suero se refiere, decir como se le obtiene y cuales han sido los resultados de su empleo. En fin, para completar este pequeño estudio, daremos algo acerca del uso de suero de antiguos sarampionosos y de la sangre total de los mismos, lo cual, anticipémoslo de una vez, ha simplificado notablemente el método, poniéndolo al alcance de todo médico lo mismo se encuentre en el campo o en la ciudad.

Como se sabe la infección crea la inmunidad, o sea que en el suero sanguíneo de un individuo que ha sufrido una infección dada, existen ciertas sustancias—

anticuerpos inmunizantes, inmunisinas — que le previenen fuertemente contra una recidiva.

Pero estos anticuerpos inmunizantes existen en el suero sanguíneo en cantidad variable según que la fecha elegida para su declaración sea más o menos cercana al período de infección.

De ahí que los investigadores dedicados al esclarecimiento de este interesante problema biológico se hayan preocupado constantemente de puntualizar el momento en que un suero de convaleciente ofrezca el máximo de eficiencia, es decir, de riqueza en inmunisinas y al mismo tiempo el mínimo de riesgo de contagio para el receptor.

Para el suero de convaleciente de sarampión este límite de óptima eficiencia está comprendido entre el 7° y 10° día de la convalecencia, según Nicolle y Conseil y entre el 7° y 120 día según Paraf y Nobécourt.

En el curso de la investigación, algunos autores han llegado a prevenir un ataque de sarampión sirviéndose de sueros obtenidos al 3° o 4° día de la convalecencia; sin embargo, en la práctica vale más no generalizar estos hechos, ya que parece plenamente comprobado que él vi-

rus causante de la infección persiste en ¡la sangre hasta ciento cinco horas después que la temperatura ha descendido, es decir, hasta cinco días después que se ha iniciado el período de convalecencia. La enseñanza que cíe aquí resulta es bien clara: *sirviéndonos de suero obtenido antes del 5º día de la convalecencia, aventuramos la posibilidad de inocular la infección que precisamente queremos evitar*. Por eso y por las demás razones ya indicadas y por la que luego exponaremos, todo el mundo está de acuerdo hoy día, en que *el mejor momento para la recolección del suero es aquél que se halla comprendido entre el 7º y 12º día que siguen a la infección*.

Efectivamente, Degkwilz ha demostrado que a partir de este último límite (12º día) el suero sanguíneo se empobrece cada vez más en su tenor de inmunisinas. ¿Quiere esto decir, entonces, que la disminución progresiva de inmunisinas en la sangre llega hasta su desaparición total?

Este fue el problema que se planteó a los ojos del biólogo, en los albores del método. La experiencia demostró bien pronto que dicho tenor disminuía en efecto, pero que no 'llegaba a desaparecer y lo que es 'más, que aumentaba cada vez que un antiguo sarampionoso se ponía en contacto con un sujeto afecto de sarampión. Y así nació la idea de utilizar el suero de antiguos sarampionosos en aquellos casos

en que por uno ú otro motivo fuera difícil o imposible. procurarse suero de convaleciente.

Para la obtención del suero de convaleciente, debemos procurarnos uno o a ser posible varios donadores. Estos donadores deben ser examinados por todos los medios a nuestro alcance con el fin de descartar en ellos la presencia de sífilis, paludismo y tuberculosis principalmente, cuya transmisión concluiría por desacreditar el método. Además, deben hallarse en plena convalecencia y en el momento óptimo de riqueza en inmunisinas, a que ya hemos hecho referencia.

La sangre puede ser extraída mediante jeringas de transfusión y depositada en balones esterilizados. La cantidad varía de 15 a 25 c. c. para cada dador. Esta sangre así obtenida es enviada al laboratorio en donde se la somete a las ¡siguientes operaciones: (Técnica descrita por Debré y Joannon). *Primero*.—Coagulación por reposo de 36 a 48 horas a la temperatura ordinaria. Generalmente no se obtiene sino de 35 a 40% de suero por relación al volumen total de sangre. *Segundo*.—Reacción de Wassermann.—Si no había sido practicada antes lo .será en este memento; 'los sueros cuya reacción no sea absolutamente negativa serán rechazados. *Tercero*.—Calentar el suero a 56"º? durante treinta o cuarenta minutos -dos días consecutivos. Es-

te calentamiento no es indispensable si han tomado las precauciones necesarias para evitar una contaminación accidental y si las siembras de control son cuidadosamente practicadas. Por otra parte, algunos autores alegan, y con razón, que el calentamiento disminuye la actividad del suero y por eso ellos en lugar de calentar agregan simplemente un antiséptico, por ejemplo, una gota de solución de ácido fénico al 5 por 100 para 10 c. c; de suero según la técnica de Degkwitz. o bien de formol en la proporción de 1 por 2.000, conforme a las indicaciones de Costa y Boyer.

Cuarto.—Siembra de control de cada tubo de suero. Así se asegura la esterilidad del suero.

Quinto.—Mezcla de varios sueros. La mezcla de varios sueros (tres a cinco) constituye una sabia precaución, puesto que, las recidivas lo prueban, ciertos hombres como ciertos caballos son malos fabricantes de anticuerpos.

Sexto.—Siembra de control de las mezclas.

Séptimo.—Repartición de las mezclas en ampollas y

Octavo.—Estas ampollas serán colocadas en permanencia en la nevera.

Como se comprende fácilmente, estas manipulaciones diversas y un tanto complicadas, no pueden realizarse debidamente mas que en los hospitales o en las grandes ciudades provistas de buenos laboratorios. Para el

médico práctico, para el médico d? pueblo, en una palabra, para el médico rural, éste es un procedimiento imposible de practicar.

Pero es que además existen otras dificultades: que aún en los hospitales y en las grandes ciudades los stocks o reservas de suero de convaleciente ha llegado a agotarse rápidamente, por ejemplo con ocasión de epidemias de alguna intensidad.

De ahí pues, que algunos tutores tanto europeos como americanos se ingeniaron durante algún tiempo buscando una solución simplista a tan grave problema. Y así se llegó a la conclusión, ya expuesta, de que el suero y la sangre de los antiguos sarampionosos es igualmente útil en la lucha contra el sarampión.

Degkwitz fue quien primeramente, falto de suero de convaleciente, se sirvió de suero de antiguos sarampionosos y así inmunizó total o parcialmente seis niños utilizando el suero de la madre de uno de ellos o el de los médicos que prestaban servicio en las salas de su hospital. Después de esta experiencia fundamental el método es empleado con resultados plenamente probatorios por Ritchel, Torday, Paraf, Nebécourt, Debré, Joannon y otros.

Dichos investigadores hicieron notar igualmente que para que oí suero de estos individuos surta los efectos deseados es *indispensable utilizar dosis cuatro veces mayores que las indicadas para*

el de convaleciente.. Así por ejemplo: si para un niño de tres años se necesitan 6 cc. de suero de convaleciente, sirviéndose de suero de adulto esta cantidad se elevará a 24 cc. y así sucesivamente.

Como se ve, el problema en esta etapa de su evolución se había simplificado bastante, pero esta simplificación sólo era útil a los hospitales y a las ciudades provistas de buenos laboratorios ya que el suero así obtenido había que someterlo necesariamente a las mismas maniobras que el de convaleciente. Por tanto, faltaba todavía volver al método utilizable por el médico práctico, el médico de cabecera o el médico rural.

Y ese fue el mérito de Lerné, quien demostró que la inmunidad contra el sarampión puede obtenerse no ya valiéndose del suero de convaleciente ni del antiguo sarampiñoso sino utilizando la sangre total de estos individuos. Solamente que para

que esta sangre surta sus efectos debe ser empleada a dosis doce veces mayores que las indicadas para el suero de convaleciente, o sea que si para un niño de 3 años 6 c. c. de suero son necesarios, sirviéndonos de sangre esa dosis se eleva a 72 c. c.

Los resultados obtenidos son satisfactorios aún cuando se registre un 5% de fracasos, pero, ¿existe un método de profilaxis o de tratamiento que no cuente en su favor mas que éxitos?

Se ha dicho que la inmunoterapia así practicada presenta el inconveniente de que dadas las cantidades de sangre a inyectar, algunas veces se forman hematomas que los niños no siempre soportan bien. Sin embargo, esta **pequeña** desventaja queda suprimida inyectando en sitios diferentes en la misma sesión o bien pequeñas dosis durante dos o tres días consecutivos.

En este caso servirán de dadores los padres, los hermanos mayores o los parientes del niño que

se desee inminizar. En tales circunstancias es sumamente raro que dichas personas se resistan a dar su sangre.

Desde ¡luego no estará demás advertir que dos precauciones son indispensables; primero: asegurarse por lo menos clínicamente de que el dador se halla indemne de algunas enfermedades transmisibles como sífilis, paludismo, etc. y segundo: asegurarse asimismo de que dicho donador ha sufrido realmente un ataque de sarampión en una época anterior de su existencia. (Decimos esto último porque a veces erupciones de urticaria, tóxicas o rubeólicas son interpretadas como sarampión).

Pero, en que época de la existencia la sueroterapia anti-sarampionosa está particularmente indicada?

En virtud de las inmunisinas transmitidas por la madre a través de la placenta, el niño nace poseedor de una inmunidad hereditaria. De aquí la observación excepcional del sarampión en los niños de escasos meses. Pero esta inmunidad heredada se debilita primero y desaparece luego entre el tercero y el quinto mes. Claramente se comprende lo que esto quiere decir: que el niño es receptivo al virus sarampionoso a partir del tercero o quinto mes de la existencia; y esto a su vez, nos indica el límite mínimo de vida para la utilización del suero-profilaxis.

Ahora bien, tanto el sarampión como sus complicaciones habituales, revisten extraordinaria gravedad entre este "límite mínimo" y tres años. Es por ese motivo que la suero-terapia, con el fin de obtener la suero-prevencción absoluta, está particularmente indicada en ese período de la vida.

De tres a cinco años, más que la suero-prevencción absoluta será preferible la suero-atenuación pues así, a costa de poca cosa, el niño quedará totalmente inmunizado para el resto de sus días. Después del quinto año puede decirse que, salvo casos especiales, el sarampión es benigno y se complica muy rara vez.

Tales son las consideraciones que deseábamos hacer sobre la lucha profiláctica contra el sarampión por el suero convaleciente. Su empleo ha despertado el entusiasmo general y hasta la fecha ningún autor ha elevado su voz contra el método; antes bien todos se muestran satisfechos de los resultados obtenidos, ya que gracias a él nos es posible, en la inmensa mayoría de los casos, y yugular una epidemia de sarampión lo mismo en el seno de la familia que en las salas -de los hospitales, hecho este de elevada importancia, cuando se trata de proteger a niños de la primera edad entre los cuales el sarampión tiene, como ya hemos visto, consecuencias singularmente desastrosas.

A propósito de las relaciones de la colibacilosis con la apendicitis

En este trabajo me propongo estudiar clínica y bacteriológicamente las relaciones que existen entre la infección colibacilar y la apendicitis.

Dos enfermedades muy de moda, de las que se habla siempre y en todas partes, y sobre las que se han publicado numerosos trabajos. No es propiamente la apendicitis la que me induce a escribir este trabajo, pues no forma parte de mi campo de estudios ni es mi especialidad; deseo tan sólo insistir en su aspecto urológico, el que afecta a la colibacilosis urinaria.

Como urólogo, más de una vez me ha llamado la atención el excesivo número de apendicitis y; sobre todo, el estudio insuficiente de los casos operados, especialmente desde el punto de vista urinario.

Hay un punto de contacto entre la apendicitis y la colibacilosis urinaria: su etiología. En efecto, es inútil insistir en que los trastornos digestivos, bajo sus diferentes formas, figuran como factor causal en las dos enfermedades, siendo ello lo que hace fácil y posible la confusión.

Si profundizamos en la etiología de la apendicitis encontramos trastornos del aparato di-

gestivo, mecánicos anatómicos, inflamatorios, parasitarios y microbianos. De todos los microbios, el más frecuente es el colibacilo, que figura en la proporción de 87 por 100 de los casos. Lo que más nos interesa es saber si el colibacilosis, además de la apendicitis, puede producir también la colibacilosis urinaria. O, en otros términos, el coli localizándose en el apéndice es capaz de producir tan sólo una apendicitis que, operada o no, desaparecerá o curará al enfermo sin tocar el aparato urinario, o es posible que, fijada en el apéndice, pueda infectar el aparato urinario por vía sanguínea o linfática, y por ello, una vez extirpado el apéndice, la colibacilosis urinaria quedaría también curada radicalmente. ¿Equivale ello a decir que la operación de apendicitis está por sí sola justificada para curar la colibacilosis urinaria? Ya veremos, en el curso de este trabajo, qué opinión debemos formarnos.

Desde hace algún tiempo veo, como urólogo, un gran número de enfermos afectados al síndrome entero-reno-vesical, y entre ellos muchos operados de apendicitis. Interrogando atentamente a estos enfermos he podido compro-

bar que un gran número ni siquiera han sido examinados, **desde** el punto de vista urinario, y que otros, a pesar de: haber llamado la atención del **cirujano** sobre sus trastornos urinarios, al aconsejarles éste la intervención, les auguraba la curación con la sola extirpación del apéndice..

No deseo insistir sobre los errores de diagnóstico, porque la confusión entre la apendicitis y las 'afecciones renoureterales del lado derecho es frecuente y suficientemente conocida. Casos difíciles los habrá siempre, y el diagnóstico diferencial de la apendicitis no figura en el programa de este trabajo. Deseo tan sólo llamar la atención de los médicos y de los cirujanos sobre la importancia de estos casos y recordarles que el examen completo del aparato urinario podría modificar muchos diagnósticos e impedir fueran operados de apendicitis muchos enfermos que nunca la han padecido.

Si la etiología de estas dos afecciones parece ser común—el aparato digestivo—, no es me-

nos cierto que cada una de ellas parece tener algo de especial en su etiología.

En efecto, para que se produzca una apendicitis no basta que el agente microbiano, coli u otro, se localice en el apéndice; son, además, precisos muchos otros factores patológicas, mecánicos o infecciosos. Lo propio podemos decir para la colibacilosis urinaria: el coli no pasa a la sangre y de ella al aparato urinario, sino gracias a condiciones especiales de estasis y de trastornos mecánicos. Pero no porque el mismo agente, el coli, se encuentre en ambas afecciones; se deduce que la colibacilosis urinaria pueda producir una apendicitis y que, inversamente, una apendicitis colibacilar pueda producir una colibacilosis urinaria y se convierta de esta manera en una causa de colibacilosis en lugar de ser el efecto.

Hojeando el interesante tomo sobre, la apendicitis, publicado por el profesor *Gerota* en 1929, encontramos en el capítulo de la etiología y de la patogenia que el coli, aun siendo uno de los fac-

tores más frecuentes de la apendicitis, no por ello se 'encuentra siempre solo, sino casi siempre asociado a otros microbios, y para que se produzca la apendicitis es necesario también una solución de continuidad en las paredes del apéndice, o una propagación directa del intestino y con mucha menor frecuencia por vía sanguínea.

Sólo me detendré en el factor colibacilar; del trabajo muy documentado de *Weinberg, Prébot, Davesnes* y *Claudio Renard* (*Annales del Institut Pasteur*, 1929, II, *pág.* 1167), se deduce que el coli se encuentra en 85 por 100 de los casos, y el perfrings en 30 por 100, y que cuando la etiología es poli microbiana, el coli es el predominante, lo cual ha sugerido a *Foucault, de Poitiers*, la idea de aplicar el suero anticolibacilar de *Vincent* en las apendicitis agudas y subagudas y hasta gangrenosas, con buenos resultados.

Una cosa no obstante, se desprende del trabajo de *Gerota*, y es que las afecciones intersticiales agudas y crónicas son la causa más frecuente de la apendicitis. En mi comunicación al Congreso Internacional de Urología celebrado 'en Madrid en 1930 estudiaba las relaciones de la apendicitis con la colibacilosis, y decía: ¿cómo puede sostenerse la curación de las colibacilosis urinarias con la simple apendicectomía?

La contestación no es fácil, a menos de admitir *que* el coli, una vez pasado del intestino al apén-

dice, adquiere una virulencia y una patogenia especiales para poder desde allí intoxicar, no solamente todo el organismo en los casos graves con gangrena o perforación, sino también producir una septicemia que se localizaría en el aparato urinario. Ello es pasible teóricamente, pudiendo a veces realizarse' en la práctica, pero creo que en la mayoría de casos, la colibacilosis apendicular es secundaria a la del intestino. Una prueba clínica que decimos es la frecuencia mucho mayor de las colibacilosis, que con la simple operación de la apendicitis habría curado también la colobacilosis. Fácil es comprender que, extirpando el apéndice, el organismo queda libre de un foco tóxico e infeccioso, y que por vía refleja, algunos trastornos gastrointestinales desaparecen, pero nos es muy difícil admitir que 'esta operación pueda librar al organismo de una toxinefección tan profunda y tenaz como la colibacilosis urinaria. Hay aquí un punto de clínica muy curioso que hace muy especial la apendicitis. Es que es ya del dominio público, se habla de ella en todas partes, y de un modo especial los casos de terminación fatal, o de aspecto dramático, han contribuido a alarmar a los enfermos y forzar a veces la mano del cirujano. Y como que las crisis de colibacilosis urinaria son a veces muy aparatosas y revisten el carácter clínico de la apendicitis aguda, es, necesario que el clínico esté dotado -de gran valor y, sobre

todo, autoridad para poder contener el ímpetu de los familiares del enfermo. Esta precipitación en la decisión operatoria, común a los médicos y a los cirujanos, sobre todo intervencionistas, hace que el examen completo del enfermo deje que desear y la investigación clínica y biológica del laboratorio quede en segundo término. En este grupo de enfermos figura la gran falange de los operados de apendicitis que continúan sufriendo, después de la operación, tanto o más que, antes. Si los enfermos operados en estado agudo pueden consolarse aún algo y esperar la mejoría y la desaparición de sus trastornos, muchos otros, después de haber llevado una existencia lamentable, con trastornos digestivos, dolores íleo-cecales de forma apendicular y con crisis intensas de forma septicémica y que, decididos por fin a sacrificar su apéndice — *causa malorum* —, ven reaparecer después sus sufrimientos con todo su cortejo a reves dramático. Entonces es cuando los cirujanos los mandan al urólogo para que les trate su afección urinaria, y se encuentra una acodadura del uréter, una pequeña hidronefrosis, un riñón movable o a veces una efección renal. No son raros los casos en que se encuentra una localización próstatovesicular o algún cuerpo extraño vesical o renal.

Los doctores *Gauthier* y *Clavel* han publicado en el *Journal d'Urologie*, 1930, t. XXX, No. 4, un trabajo interesante sobre los

tras-tornos gastrointestinales que acompañan algunas hidronefrosis, citando algunos casos en que el cuadro sintomático se confundía con la apendicitis, y, en efecto, varios enfermos han sido hasta operados inútilmente, encontrándose luego la hidronefrosis, confirmada por el examen clínico y, sobre todo, pielográfico.

Los casos de *Gauthier* y *Clavel* merecen ser recordados, pues vienen a aumentar el número de apendicitis operadas indebidamente. No hablo ya del grito de alarma lanzado por el malogrado profesor *Dieulafoy*, de los mutilados de Plombières, de los operados de una apendicitis que no han tenido. Se les consuela diciéndoles que el riesgo de la operación no es muy grande y que, por lo menos, tendrán la ventaja de no padecer de nuevo de apendicitis.

La cirugía, esta gran señora del arte médico, pierde algo 'de su brillo, y junto a la® críticas severas que se le han hecho se añade también la ironía del gran público, alentado en parte por los médicos, contra los operadores intransigentes. Para colocar las cosas en su justo terreno me he propuesto insistir en la asociación de la apendicitis con la colibacilosis urinaria y procurar sacar de la experiencia de los hechos las enseñanzas' necesarias. Los apedicológicos nada nos reprocharán, porque nada perderán, muy al contrario, si tina parte de las apendicitis no van a parar a sus manos, tendrán, en cambio, la gran satisfacción de

poder contar con verdaderas resurrecciones y curaciones definitivas que les pagarán con creces las pocas pérdidas que hayan podido tener. Muchos son los enfermos que me han dicho que antes de ser operados de apendicitis habían llamado la atención del cirujano sobre sus trastornos urinarios, pero que éste no les hacía caso, y al proponerles la operación les daba toda suerte de seguridades diciendo que el resto de los trastornos sería tratado después por el urólogo, cuyo papel consideraban poco importante. De lo equivocado que van no tenemos necesidad de insistir de nuevo y la pléyade de enfermos que acude al gabinete del urólogo se encarga de desmentirlos.

Los ginecólogos y los pediatras no son más afortunados, porque también son consultados por un gran número de pacientes que al salir de las clínicas o de las salas de cirugía vienen a engrosar el número de los descorazonados y de los descontentos. No se me ha presentado ocasión de hacer una encuesta rigurosa acerca de los urólogos y de los ginecólogos

para poder presentar una estadística numérica, pero ya desde ahora puedo afirmar que su número debe ser bastante elevado, a juzgar por los que veo en mi gabinete. Lo que acaba de colmar la desgracia de estos enfermos es que, generalmente después de la operación de apendicitis, los enfermos creen poder acabar con el régimen, y su sorpresa va en aumento cuando se ven expuestos a recaídas, a exacerbaciones y a veces «a estados graves en cuanto vuelven al régimen normal alimenticio. Estudiando las cosas de más cerca y después de verificada una encuesta, vemos que el apéndice ha sido encontrado muy poco lesionado o hasta sano en la operación, y el análisis minucioso histológico y bacteriológico de la orina revela la existencia del col! en los cultivos. Estos enfermos son, o simplemente bacilúricos y por ello sujetos a vigilancia médica, o bien afectados del síndrome entero-reno-vesical o genital. Aun cuando la orina sea completamente transparente a simple vista, hay que practicar el examen bacteriológico de la misma,

siendo numerosos los casos en los que *su* encuentra *en ella* el coli en abundancia. Se presta hoy demasiada confianza en los pretendidos signos, patognomónicos de la apendicitis (ictericia subconjuntival, leucocitosis, eosinofilia, puntos dolorosos, trastornos digestivos) para equivocar el diagnóstico y dirigirlo hacia la apendicitis, y a poco que el cirujano sea algo intervencionista, poco costará convencer al enfermo y operarlo. Verdad es que para el enfermo y sus deudos se encuentra siempre alguna pequeña lesión macroscópica o hasta microscópica, un coprolito, una pequeña cantidad de excrementos o hasta parásitos para justificar la intervención; pero para nosotros, médicos, cuyo espíritu crítico se niega a veces a aceptar semejantes sugerencias, estos casos no deberían ser operados, o por lo menos deberían haber sido mejor examinados y tratadas. Esta es, creo yo, la razón por la que algunos cirujanos presentan estadísticas de operaciones de apendicitis, en número verdaderamente fantástico, habida cuenta del medio en que operan y del número bastante elevado de cirujanos que practican hoy esta operación.

Me ha ocurrido repetidas veces ver jóvenes solteras o casadas sufrir de su riñón derecho, además de tener trastornos digestivos y urinarios en forma de cólicos, o sea, tener una hidronefrosis; pues bien, ha bastado que el punto de Mac Burney fuera doloroso para que se diagnos-

ticara **apendicitis**, dirigiendo a la enferma a aceptar la extirpación del apéndice y no la intervención sobre el riñón, que la habría más fácilmente y con mayor seguridad curado. Y si aun los cirujanos se prestaran a seguir el buen consejo de -los que en el extranjero practican en estos casos y en la misma sesión la nefropesía u otra operación plástica sobre el riñón y la extirpación del apéndice:!

No aceptan esta manera de proceder y cometen, además, el error de prometer a los enfermos la curación de sus trastornos después de la operación. Van muy equivocados, porque los enfermos no mejoran y continúan llevando una existencia que les hace sufrir, poniéndolos neurasténicos, hasta el punto que la intervención urológica no puede ya devolverles la salud. Es por haber visto casos así que me permito insistir, aun a riesgo de ir en contra de la opinión de algunos cirujanos. Se me objetará que aun haciendo el diagnóstico de colibacilosis urinaria y tratarla, ¿qué conducta debemos seguir en presencia de las crisis que, según todas las apariencias, se parecen a la apendicitis? ¿Debemos persirtir en el tratamiento de la colibacilosis y esperar curar de esta manera la apendicitis? O bien, ¿debemos prescindir de la colibacilosis y atacar la apendicitis, que por tantos medios es capaz de amenazar la existencia si no se interviene a tiempo? La respuesta no es muy fácil: pero un clínico prudente sabrá casi

Siempre salir del paso y, sobre todo, sabrá esperar « intervenir en el momento oportuno. A veces, cuando las dos afecciones parecen coexistir y el cuadro clínico se hace grave, en la duda verdaderamente angustiosa, ¿debemos decidarnos a extirpar el apéndice, sin perjuicio de reprocharnos luego de haber extirpado un apéndice sano, antes que incurrir en el más grave de haber dejado en el vientre un apéndice enfermo, o bien deberemos tratar tan sólo la colibacilosis urinaria? Es una cuestión de tacto, y debo afirmar que no siempre debe operarse. Nosotros, que vemos un gran número de colibacilosis urinarias evolucionar aparatosa y hasta dramáticamente, debemos confesar que situaciones, como las que se imponen operar con urgencia la apendicitis no son muy frecuentes.

La cuestión de la indicación de la operación de la apendicitis aguda aislada es ya por sí misma bastante controvertida

para que no esperemos ver fijar una opinión precisa en los casos de colibacilosis urinaria con apendicitis.

En todos los tratados sobre la apenaicitis y en el del profesor *Gerota* se habla de las diversas operaciones complementarias, tales como la picadura del ciego, la ceco o colopexia, que son la causa de los trastornos digestivos e indirectamente de la apenaicitis, y se olvida que son precisamente estos diferentes trastornos mecánicos que son ya su vez causa de 4a colibacilosis urinaria por la estasis y la fermentación con infección que producen.

En algunos países, cirujanos y urólogos han aconsejado y practicado estas operaciones, habiendo llegado hasta recomendar la resección del colon para curar colibacilosis 'rebeldes.

Pero estos casos no son de observación diaria, y hay que confesar que, para la apendicitis, esta intersección alarga mucho la

operación, haciéndola, por consiguiente, más grave, y por lo que se refiere a la colibacilosis, estos casos tan excepcionales. Equivale ello a decir que 'debemos examinar atentamente nuestros enfermos y no olvidar nunca que los trastornos digestivos con sus diferentes aspectos son la causa de muchas enfermedades. Este examen debe-, además, ser completo, aun durante la operación, para poder darnos cuenta de las diferentes© ptosis; es una razón más en favor de las incisiones cutáneas algo más largas, reservando las pequeñas, las estéticas, para los casos en que no hay ptosis.

Otro punto de contacto entre la colibacilosis y la apenaicitis es las nefritis 'albuminúricas o azoémicas, que pueden ser de naturaleza colibacilar e ir acompañadas a veces de apenaicitis. Verdad es que da apendicitis, por las toxinas que elabora, es capaz por sí sola de producir estos trastornos renales, conforme han indicado 'muchos autores, entre otros *Widal, Heitz-Boyer, Nové Jasserrand, Seeilig, Castaigne y Rathe-ry. Peonaru Clapescu*. ha visto albuminuria o hematurias en el curso de "la apenaicitis que han curado después de la operación. Pero lo que es mucho más frecuente son las determinaciones renales en la colibacilosis, traducidas en forma de nefritis clorurémica o azoémica, más o menos graves. En el servicio del profesor *Téoharí*, un discípulo suyo, el doctor *Pandeleco Mircea*, ha publicado una tesis sobre la ne-

fritis colibacilares médicas, de las que las 'más frecuentes serían las formas hematóricas con albuminuria. Es muy difícil precisar si estas afecciones renales son producidas por las toxinas de la apendicitis, producidas por los microbios cuya virulencia estaría exaltada, y entre las cuales predomina sin duda alguna, el coli, o bien son debidas tan sólo al coli como ocurre en las colibacilosis-uritarias.

Sea lo que fuere, hay un hecho cierto, y es que como causa de estas complicaciones renales figuran muchas veces el coli del intestino.

A primera vista, la cosa parece muy sencilla, pero si reflexionamos que un gran número de enfermos intestinales están afectados de una ligera insuficiencia renal, que puede permanecer latente, hasta el momento en que aparece una exaltación de virulencia. de los microbios, ya en el apéndice, y entonces tenemos el cuadro clínico de la apenaicitis aguda, sub-aguda o crónica o bien del intestino pasan al torrente circulatorio y se localizan en el aparato urinario.

En el primer caso, los trastornos renales pueden aumentar con motivo de la apendicitis y cambiar el cuadro sintomático. La intervención operatoria presenta entonces algunos peligros, a igual que todas las operaciones en individuos con riñones alterados lo cual debemos tenerlo presente, aun cuando algunos autores han citado casos de apendicitis con albuminaria y ligera invasión del

riñón, a veces hasta con pequeñas hematurias y se han curado después de la operación. Los casos son ya bastante numerosos, pero la mayoría no son bien estudiados y la patogenia es incierta, no haciéndose siempre mención del examen bacteriológico de la orina y del examen funcional de los riñones.

Caplescu ha citado últimamente algunos casos a 'la Sociedad Rumana de Cirugía que han curado después de la intervención; en algunos de ellos, la hematuria preséntase después de la operación, desapareciendo al cabo de algunos días. Ya insisteremos sobre esos casos al hablar de la hematuria en la apendicitis y la colibacilosis.

No entraré en el detallé de las observaciones de apendicitis con lesiones renales médicas, y quirúrgicas y debidas a la situación anormal del apéndice, como los flegmones lumbares posteriores, los flegmones perinefríticos, con o sin fijación anormal del riñón, ni de las hidronefrosis, producidas por adherencias del apéndice al uréter y su compresión durante la formación del flegmón. Son casos bien conocidos que todos los cirujanos y urólogos han tenido ocasión, de observar. Más difíciles de conocer es cuántas las lesiones mecánicas del riñón y del uréter previamente existentes, predisponiendo de esta manera a la colibacilosis urinaria, en los intestinales, se manifiestan aparatosamente, pudiendo acompañarse o no de apendicitis. En estos casos, un examen clíni-

co minucioso; con cultivo de la orina, pondrá de manifiesto al coli y simplificará en cierto modo la conducta del médico. No nos apresuraremos entonces a extirpar el apéndice, por ser su lesión casi siempre secundaria y atacaremos más bien el aparato urinario.

En 'estos casos, la radiografía nos proporciona 4 datos preciosos, sobre todo fe radiografía por inyección intravenosa, mucho más precisa que los casos simples de apenaicitis, en los que sus resultados son inciertos. He visto en mi práctica varios de estos casos en los que se ha extirpado el apéndice con o sin lesiones evidentes y en los que los enfermos han continuado sufriendo y hasta su estado se ha agravado por las adherencias que se han formado con motivo de "a intervención. Tan sólo en los casos excepcionales en los que la radiografía nos permite ver apéndices muy largos y retrocecales, con adherencias al uréter o al riñón, que son motivo de trastornos que parecen sean debidos a los dos órganos apéndice y riñón, que podemos decidarnos a extirpar primeramente el apéndice para hacer desaparecer la compresión. Debo confesar que algunos de estos casos son a veces muy difíciles y enojosos, poniéndonos muchas veces en un aprieto sobre la conducta que debemos seguir. ¿Debemos comenzar por el apéndice o por el riñón? O bien, ¿precisa antes hacer un tratamiento biológico e instrumental antes de proceder

a practicar una operación cualquiera? Una cosa parece cierta y 'dictada :por la lógico de los hechos y por la 'experiencia clínica, y es no precipitarse en. operar cuando el .examen bacteriológico de la orina revela la-presencia del coli; casi siempre..podremos esperar, para tener la satisfacción de mejor estriar el enfermo y hacerle beneficiar *de todas* las investigaciones biológicas y funcionales. Para acabar con el estudio de la apenaicitis y de la colibacilosis, 'me ocuparé algo más extensamente de la hematuria, que es común a ambas afecciones.

En efecto, en todos los tratados que se ocupan de la apenaicitis se habla de da hematoma como complicación pre o postoperatoria. Ocioso sería citar todos los trabajos y comunicaciones, porque su número es enorme. En la tesis del doctor Pablo Flandrin (1923) figura una bibliografía muy documentada sobre las complicaciones y las escuelas de la apenaicitis crónica. La encontramos tanto en los casos -benignos como en los graves con fenómenos septicómicos. El mecanismo productor sería, ya

la propagación de la infección y de la intoxicación por vía vascular hasta el riñón donde produce fenómenos congestivos e inflamatorios, ya en virtud de fenómenos de compresión, de estasis y también de congestión hasta llegar a la hematuria. Por regla general, esta hematuria no es abundante ni duradera y cura con la operación.

El doctor Poenaru Caplescu ha presentado algunas casos a la Sociedad Rumana de Cirugía.

Se ha llegado a comparar el apéndice con la amígdala faríngea denominándola amígdala abdominal, y de la .misma manera que la inflamación de las amígdalas es capaz de producir nefritis con hematuria, así también la inflamación del apéndice podría producir hematurias.

La comparación es sugestiva, porque las hematurias de origen amigdalino curan después de la amigdalectomía, al igual que las de origen apendicular después de extirpado el apéndice. Pero hay que saber observar y no dejarse llevar por algunos signos probables de apendicitis y buscar las enfermedades renouere-

trales capaces de producir la hematuria.

Stutzin, en un trabajo sobre la hematuria y la apendicitis, insiste en las dificultades del diagnóstico y dice que en los casos difíciles es preferible extirpar el apéndice que el riñón; asimismo, Rochet y Thévenot, en 1925, en una comunicación a la Sociedad Francesa de Urología, hablan también de las hematurias en la apendicitis y estudian *el mecanismo* de su producción. El cuadro clínico es impresionante, y más de un enfermo, en lugar de ser operado de apendicitis, ha sido operado de un proceso renal que no tenía.

De importancia ¡muy diferente son las hematurias que se presentan en el curso de la colibacilosis y que, por su sintomatología y la dificultad de atribuir las a su verdadera causa, son muchas atribuidas a la apendicitis y tratadas en consecuencia. Esta cuestión tiene un gran interés para los urólogos, y será más tarde objeto de un estudio especial; creo, no obstante, interesante decir algunas palabras, ciadas la ¿relaciones que puede tener con las afecciones y de" las discusiones que suscita a menudo en la práctica.

La hematuria acompaña muchas veces los trastornos intestinales en enfermos que presentan el *síndrome enterorrenal* con coli en la orina, y todos dos autores que se han ocupado de la colibacilosis citan algunos casos clínicos. De ellos he observado

que serán objeto otro día de una comunicación. Por lo que se refiere a las 'relaciones de la apendicitis con la colibacilosis, de las que nos ocupa/mos en este trabajo, el conocimiento de este síndrome tiene un gran interés; frecuentes son los casos en que coincide, con la colibacilosis, y a poco que el enfermo presente algunos" signos de apendicitis, estaremos tentados de extirpar el apéndice un lugar de tratar la verdadera causa, la colibacilosis. Y es porque la hematuria en la colibacilosis urinaria es poco conocida que creo interesante hablar de ello aquí. La brusquedad de su aparición, los fenómenos generales que la acompañan a veces, hacen que se precise poco en ella y, sobre todo, que se olvide hacer practicar el examen bacteriológico de la orina, que en la inmensa mayoría de los casos nos da la explicación. Estos casos deberían ser publicados *in extenso* para que fueran conocidos de los prácticos.

El doctor Alberto Pierrot ha publicado, en el *Strasbourg Medical* del 5 de agosto de 1927 un trabajo notable del servicio de nuestro amigo el profesor Andrés Breckel, titulado "Hematurias y trastornos intestinales", y algunas comunicaciones a la Asociación Francesa de Urología. En el trabajo de Pierrot *figuran doce* observaciones de Boeckel, una de Lévy Dreyfus, una de Heitz Boyer, una autoobservación de Bouvier, 1924, y una observación de Michon, presentada a la Sociedad de Urología en 1923.

No voy a describir los detalles etiológicos y patogénicos de esta hematuria, pero puedo afirmar que si a veces es abundante y duradera, casi siempre es de mediana intensidad y sólo dura pocos días. Su aparición coincide con la exacerbación de los trastornos digestivos y la aparición de los trastornos renovesicales. Hay casos, no **obstante**, en que es monosintomática, y son entonces los antecedentes del enfermo y de un modo especial el examen bacteriológico los que dilucidan el diagnóstico. Cual ocurre también en varios casos de colibacilosis, para hacer el diagnóstico hay que pensar en él. Como hecho curioso se han citado, y yo también he visto, casos en que la hematuria ha repetido algunos años después de la operación de apendicitis, siendo así que los trastornos intestinales y los dolores íleo-cecales no podían ya hacer pensar en la apendicitis, y tan sólo los exámenes repetidos de la orina son los que han permitido hacer el diagnóstico. Con este motivo me permito insistir una vez más en la repetición de los análisis, porque el paso del coli se verifica por descargas irregulares que deben ser tenidas en cuenta en la práctica. Una cosa análoga ocurre con la investigación del coli en la sangre, según los estudios del profesor Legueu y Fisch durante la etapa sanguínea de la colibacilosis.

Del estudio comparativo de estas atenciones creo pueden deducirse las conclusiones siguientes: sin perjuicio de ocuparnos des-

pués de las causas de la colibaciluria.

Pero si existen lesiones reno-ureterales, o hasta por parte del intestino, excepto en caso de ceptomía sin reserva alguna, si clínicamente los signos de apendicitis, es necesario practicar siempre el examen minucioso del aparato urinario y no olvidar nunca practicar el examen bacteriológico de la orina.

Si no se encuentra colibacilos, y si el aparato urinaria no presenta ninguna alteración, podemos decidarnos a extirpar el apéndice, tanto si se trata de una, apendicitis aguda, subaguda o crónica.

Si en la orina se encuentran colibacilos, prestaremos más atención aún y procuraremos indagar si se trata de una simple baciluria o si existen lesiones en el aparato reno-urétero-vesical.

En caso de baciluria simple, podremos practicar la apendicectomía con verdadera urgencia, hay que esperar y ocuparnos seriamente de estas alteraciones colibecilares tratándose biológica o hasta quirúrgicamente, porque es posible que la apendicitis retroceda.

En los casos con hematuria, nuestra atención debe ser mayor aún y deberemos pensar siempre en la colibacilosis antes de atribuir las exclusivamente a la apendicitis.

Loa cirujanos y los urólogos deben colaborar, y de esta colaboración dependerá el porvenir del enfermo y la reputación de los médicos.

Hormoglando tónico masculino

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos puede ser restablecida por la administración de los mismos órganos tomados de animales.

Un tal órgano es también el testículo que produce además de la esperma, también hormonas (es decir materia que entra en la circulación de la sangre) y asegura por estas no solamente la función sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente sobre las otras glándulas endocrinas (glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza corporal general, el tono normal del sistema nervioso y el curso normal del trabajo muscular.

Pero en la producción de la neurastenia sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel en la función sexual. (Experimentos en peritos de Biedl.) Por la misma causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea, cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo, va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, como se sabe desde las investigaciones de Stiller, es la función sexual debilitada y la impotencia.

Al capítulo más nuevo de la ciencia médica pertenecen los datos que demuestran la influencia de la hipófisis (especialmente del lóbulo anterior) sobre las funciones sexuales. Zondek y Asehheim demostraron que el ovario o testículo de ratas infantiles, desprovistas de su hipófisis, no se desarrolla y que estos animales no llegan nunca a la madurez sexual, el aparato genital de animales adultos hipofisectomizados se achica y las ratas envejecen pronto. Lo mismo se puede observar en el hombre, si la función de la hipófisis está disminuida sea a base anatómica, sea por nerviosidad: la función de los testículos cesa y se puede presentar también atrofia.

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia, las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un

preparado que contenga las materias que ayudan la función de los testículos.

EL HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" contiene las hormonas activas de los órganos mencionados y se puede emplear con resultado excelente cuando la causa de la impotencia y de la consiguiente depresión mental es el trastorno de la función endocrina de los testículos, o el curso anormal de las irritaciones nerviosas i por onania, coitus interruptus o desperdición del interés sexual, etc.) o la debilidad constitucional del organismo, astenia, caquexia general, excitabilidad y disminución del metabolismo. El efecto del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" se presenta ya en poco tiempo: las funciones sexuales se vuelven normales, la potencia se restablece, la eyacuación precoz (que es uno de los síntomas más frecuentes de la neurastenia sexual) desaparece; por el componente de timo y cerebro aumenta el tono muscular del corazón y del sistema sanguíneo, la fuerza corporal aumenta mucho, el cansancio, la somnolencia cesa y con la normalidad del metabolismo vuelve el apetito y se regulariza la digestión.

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" en los casos de obesidad de origen endógeno y de enagenación mental maniaca-depresiva. Así empleó Sehiff, médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en casos que a pesar de la recepción disminuida de calorías no presentaron adelgazamiento, es decir en los cuales la función alterada del aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 6 a 10 semanas y consistió en la administración de inyecciones y de tabletas. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 % y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de material heteroproteínicos (Protaven "Richter"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De los resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en la psiquiatría da cuenta Bakody, profesor de la Universidad de Budapest, que a base de sus experimentos con inyecciones en cientos de enfermos de enagenación mental, ob-

servó la aclaración de la cara sin expresión, la normalización de la disposición del ánimo, la cesación de las alucinaciones y la vuelta de la movilidad y del buen humor.

La administración se hace durante largo tiempo, porque la correlación química defectuosa del organismo, que ya subsiste largo tiempo y el estado del equilibrio normal se puede restablecer solamente después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas

se administran según posibilidad diariamente una (acaso cada dos días una) por vía intramuscular. La dosis de las tabletas es 1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar las inyecciones y tabletas combinadas.

HORMOGLANDO TÓNICO MASULINO "KICHTER" se pone a la venta en frascos con 25 tabletas y en cajas con 3 a 6 ampollas.

"Nostros" y Patentados

Desde aquellos lejanos tiempos cuando despuntó el alba de la terapéutica racional, siempre han seguido a los esfuerzos científicos, como los chacales a las caravanas, los charlatanes y sus "patentados" de ignorada fórmula y dudoso valor terapéutico.

En los países donde es mayor el comercio, donde los adelantos de la ciencia son más grandes, allí también es mayor el número de casas fabricantes de "nostros", que explotan al público. Hace muchos años que el cuerpo médico de los Estados Unidos de Norte América, en el deber que tiene de proteger a la humanidad contra el comercialismo de la salud, organizó el Consejo de Química y Farmacia (Council on Pharmacy and Chemistry-, cuyo fin es abogar contra la venta, fabricación y exportación de "nostros" y "patentados".

En nuestro estudio debemos comprender que no hay una división clara entre las "medicinas de patente" y los patentados racionales (éticos), pues como se ha comprobado muchas veces no es raro encontrar que la profesión médica es la primera explotada.

En todo el sentido de la palabra, casi todos los "nostros" de venta, son medicinas de "propiedad" aunque muy pocas son verdaderas "medicinas de patente". Medicinas de patente no pueden ser medicinas secretas, pues su composición y método de preparación deben aparecer en las especificaciones de patente. Los "Nostros", en vez de ser una medicina de patente, reciben un nombre eufónico que es registrado en Washington (nosotros americanos); el nombre así pasa a ser propiedad exclusiva del explotador para siempre. La composición del preparado y los e-

fectos curativos que le atribuyen, pueden ser cambiados al gusto del dueño, sin que su derecho sobre el nombre sufra lo más mínimo.

Nosotros aquí en Honduras hemos sido víctimas de la buena fe y de la inercia. Aquí hemos creído que todo lo que a nosotros llega de otros países envasado, rotulado, con usos y dosis adjuntas, debe ser el remedio por excelencia, y lo tomamos o recetamos sin más investigación. Tal sencillez profesional da alas a explotadores, y a la inercia de aquellos a quienes corresponde la vigilancia sobre el bienestar público y emitir y respaldar las leyes que contribuyen a que hoy día, "nosotros" sin valor, farsas terapéuticas, se expendan libremente con el visto bueno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia. (Véase página 63 del año I, número 8 de la Revista Médica Honduras).

Probablemente el lector quiera saber para este tiempo concretamente cuáles de las medicinas de patente son "nostros" y por qué. Existen publicados por la Asociación Médica Americana varios libros, extractos del Journal of the A. M. A. "Nostrums and Quackery" Vols. I y II y "Propaganda for Reform", Vols. I y II y varios folletos, etc., de ellos tomaremos extractos para su reproducción.

Tenemos entre los "nostros" más populares que se expenden los siguientes: Salviae, Sal Hepática, Agua de Pluto, Sales de Fruta de Eno, (Enos Fruit Salts), Sanatogen, Vino de Cardui, etc.

No es necesario el examinar detenidamente en este artículo cada una de las "medicinas" citadas, suficiente con una o dos. AGUA DE PLUTO (Concentrada). La verdadera agua de Pluto se deriva de las fuentes naturales de French Lick Springs, Indiana. La llamada Agua de Pluto, que se compra en todas partes, no es el agua natural, sino "Pluto Concentrada". Entre los usos según ellos, tenemos: ". . . Cura permanentemente indigestión, enfermedades del riñón, hígado, estómago, reumatismo, alcoholismo agudo y crónico. . ." ". . . Renueva y hace crecer los tejidos" ". . . Normaliza y devuelve las funciones del estómago. . . etc."

Sulfato de Sodio	00.68
Sulfato de Magnesia . .	00.34
Sulfato de Calcio	1.70
Cloruro de Sodio	1.99
Carbonato de Magnesia .	0.55

Este análisis no tiene más vapor luengos años ha pasado retata: En que vende patates, ayolor que académico, pues raras son las farmacias donde el agua natural se expendan. La conocida Agua de Pluto que se dice ser

la misma, nada más que concentrada, tiene el análisis siguiente:

Sulfato de Sodio	50.00
Sulfato de Magnesia . .	30.97
Sulfato de Caldo	2.81
Cloruro de Sodio	2.50
Carbonato de Magnesia .	0.35

Como vemos hay mucha diferencia en la composición de los dos productos. La última tiene 80 veces más Sal de Glauber, casi 100 veces más Sal Inglesa,, menos de 2 veces de sulfato de calcio, un poquito más de sal común y menos carbonato de magnesia.

¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que los explotadores de "Agua de Pluto" venden prácticamente una solución de sal de Glauber y sal de Inglaterra, bajo un nombre de valor comer-

cial. Que el pueblo paga por un real de sales, un lempira.

¿Por qué se va a permitir el defraude del público a la plena luz del día? ¿Por qué nos hemos de cruzar de brazos mientras se estafa la necesidad y el dolor humanos, y se le engaña vilmente con promesas que los "nostros" nunca podrán cumplir?

Así como Agua de Pluto es un fraude, en que se vende un real de sales de Glauber y Sal de Inglaterra en un envase lujoso, por \$1.00, así hay cientos de "nostros" que fuera de mejorar los enfermos, los entretienen con falsas esperanzas, hasta poner su vida en peligro. Aún es tiempo de cerrar la puerta al charlatanismo ya las medicinas de nombre solamente.

H. I). Guilbert.

Impresiones del Primer Congreso Internacional de Neurología

Cuatro problemas fueron elegidos en la reunión preliminar de 1930, como temas de este congreso: "Los tumores cerebrales, diagnóstico y tratamiento". "El tono muscular"; "Las infecciones agudas, no supuradas, del sistema nervioso", y "Los traumatismos en la producción de síntomas nerviosos". Muchas causas —probablemente no científicas— deben haber influido en esta decisión. Y más de un descontento habrá notado la ausencia de temas de más actualidad quizá, por ejemplo: "Las reacciones de la neuroglia" que hubiera encontrado en el ausente Pío del Río Ortega (de Madrid) un relator insuperable—;

"La bacteriología y la terapéutica de la esclerosis en placa", "Las aplicaciones clínicas de la cronaxia", "El mecanismo y la patología de la estación de pie", "Los núcleos grises del tercer ventrículo", "La fisiopatogenia de la epilepsia", etc.

En realidad, parece que los norteamericanos impusieron su criterio y uno de los delegados **italianos**, con acre ironía, dejó

correr la frase de que "el congreso había sido organizado para lucimiento de los americanos y para provecho de los suizos". Sarcasmos aparte, los cuatro temas representaban algunos de los grandes focos de atención de **los** neurólogos en los últimos lustros, y la elección estaba justificada.

Rasgo esencial: no han sido permitidas, no han existido casi discusiones. Las únicas fueron parciales, sobre temas poco **importantes**, en las pequeñas aulas de la Universidad, ante reducidas asistencias. El comité americano quiso seguramente salvar así esos grandes escollos de toda realización que son el verbalismo excesivo, la intromisión en los debates de los "no autorizados" y la divagación.

Pero todos estos inconvenientes desaparecen cuando la presidencia es enérgica y despierta y los consabidos reglamentos se cumplen. El profesor Sachs, que fue enérgico y avisado — hasta el punto de despojar de la palabra a von Hatchigberg (de Munich) cuando en la última sesión este

autor pretendió abogar por que las psiconeurosis estuvieran representadas entre los temas del próximo congreso de Londres, en pugna abierta con la orientación objetiva de este congreso-tuvo que ceder al anhelo general y permitir el debate libre en el cuarto tema. Desgraciadamente, no era éste muy interesante y las oposiciones carecieron de brillo. ¡Cuan interesante hubiera sido, en cambio, aquilatar, uno por uno, los nuevos métodos de diagnóstico en los tumores del cerebro! ¡Cuan interesante hubiera sido discutir los problemas terapéuticos afines!

La más esperada de las comunicaciones sobre el primer tema era la de Cushing. Pero el notable cirujano yanqui causó decepción a la concurrencia, limitándose a exponer, según su enorme experiencia de 2.000 tumores cerebrales histológica-

mente diagnosticados, sus progresos personales en el diagnóstico y el tratamiento de esas afecciones, sin hablar, como se esperaba, sobre los nuevos métodos de diagnóstico y de terapéutica, sobre el porvenir de su especialidad. Las demás comunicaciones fueron honestos resúmenes, apresurados por el tiempo, de nuestros conocimientos sobre la sintomatología general de los tumores craneanos ; (Purves-Stewart), sobre el diagnóstico y el tratamiento de los tumores que obstruyen el acueducto de Silvio (Clovis Vincent), sobre la sintomatología de los tumores subtentoriales (Ayala) y sobre los tumores frontales y témporo-esfenoides Foster Kennedy. Sobre el diagnóstico histológico de los tumores cerebrales, Bailey, de Chicago, y Roussey, de París, las dos más altas autoridades en ese tema, expu-

sieron sus ya conocidas y discutidas clasificaciones. Luego, la ausencia de discusión malogró, como ya he dicho, la exposición de un capítulo de vital interés para el moderno diagnóstico: me refiero a las aplicaciones de los rayos X, diagnóstico radiográfico propiamente dicho, encefalografía, ventriculografía y encefalografía arterial de Moniz.

En la sesión de la tarde del ..31 de agosto, Kafka, de Hamburgo, y Fremont-Smith, de Boston expusieron los conocimientos actuales sobre las pocas modificaciones conocidas del líquido céfalo-raquídeo en los tumores cerebrales, y T. de Martel, de París, Pousepp, de Tartu, —cuya comunicación sobre "la exéresis fisiológica de los gliomas" fue recibida con sonrisas de incredulidad— Beclère, de París, Cairn, de Londres, e Hirsch, de Viena, comunicaron detalles interesantes sobre la cirugía, la roentgenoterapia y la curieterapia de los tumores cerebrales y algunos procedimientos combinados como el curioso método de este último autor para el tratamiento de los tumores hipofisarios.

Con toda su autoridad de clínico y de viejo neurólogo, Nonne, de Hamburgo, resumió en pocas .y sabrosas palabras los hechos y las tendencias más importantes de la primera jornada. Dijo, más o menos, el autor

de "Sífilis y sistema nervioso"; "Hace 40 años von Berghman enseñaba y sostenía que la clínica del cerebro no podía, *no* debía reducirse a la clínica, a la cirugía de las circunvoluciones centrales. Una vasta zona cerebral quedaba por conocer, por explotar, por conquistar. Esa campaña valiosa ha sido ampliamente realizada. Radiólogos, cirujanos, clínicos, han extendido nuestro radio de investigación e intervención a zonas insospechadas del cerebro. Pero estas nuevas posibilidades requieren, para su completo desarrollo, una nueva iniciación, una nueva disciplina, una nueva educación personal de los prácticos.

La neurocirugía, (la cirugía, hermana de la clínica neurológica y en posesión de los aliados de esta última), especialidad preponderantemente terapéutica, ha terminado por conquistar su derecho a la vida y tiene desde ahora lugar propio entre las distintas especialidades que acepta la medicina actual y pertenece a ella la última palabra, en todo lo referente al porvenir de los tumores cerebrales".

Para los que han seguido atentamente el movimiento neurológico de estos últimos años, las palabras de Nonne encierran una valiosa, irrefutable verdad, y consagran en forma definitiva la labor y la orientación pedagógica de los hombres que se

han constituido en portaestandartes de esta tendencia. Quiero nombrar a los Cushing, Adson, Frazer, Dandy, en los Estados Unidos; a los Krause y Foerster, en Alemania; a Puusepp, en Estonia; a De Martel y Clovis Vincent, en Francia, y a Manuel Balado, en la república Argentina.

El segundo tema que se había fijado en el congreso era el problema del tono muscular. Si hay un problema complicado en fisiología, es éste; complicado no sólo por la diversidad y la plétora de los datos positivos que en él se dan, sino también — y principalmente — por la abundancia de hipótesis adventicias, injustificadas y gratuitas, y por las deducciones brillantes de los clínicos (generalmente didactas, que tienen la obligación de simplificar para enseñar), deducciones demasiado brillantes, a la poste, implacablemente invalidadas por los hechos nuevos.

Una idea, venida de la clínica— una pura empresa de la imaginación creadora—preocupa ahora a todos los investigadores, ¿El tono muscular de los músculos estriados — o por lo menos una gran parte de él, la **parte** involuntaria, el tono residual — es inervado por el sistema simpático? Ninguna contestación decisiva se ha dado hasta ahora a esta hipótesis, tan halagadora para explicar media patología de la motricidad, y los resultados suministrados al congreso manifiestan esta fecunda y compleja indecisión. Solamente la comunicación de Ken Kuré (de Tokio) — ya conocido por sus excelentes monografías anteriores — fue netamente afirmativa, ha aceptado la existencia de influjos simpáticos (centros, vías de conducción y terminaciones musculares especiales) y ha descrito iguales complejos motores para el sistema parasimpático, de manera que la

inervación simpática de los músculos voluntarios sería doble.

Sobre algunas consecuencias interesantes de los experimentos de Orbeli (anteriores a este congreso) disertaron Ascher (de Berna) y Bramer (de Bruselas), dos fisiólogos excelentes. Ranson (de Chicago), Rademaker (de Leyden) y Graham Brown (de Cardiff) expusieron los resultados de sus experiencias en los animales sobre los centros tónicos mesencefálicos — tema fecundo, como pocos, en conclusiones inesperadas — Wilson y Ramsay-Hunt desplegaron sus armoniosas hipótesis ya conocidas sobre la motricidad y el estatismo en sus relaciones con el tonus.

El tercer tema — "Las infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso" — fue muy rico en hechos, esos hechos en estado natural, en estado bruto, que es menester manosear, aquilatar, avalorar, antes de incorporar definitivamente como hechos consagrados. Dos preocupaciones fundamentales: el parentesco de un vasto grupo de infecciones criptógenas, desmielinizantes, polimorfas, con las formas agudas de la esclerosis en placas; el parentesco de otro grupo no menos vasto de infecciones criptógenas, con las infecciones neurótropas del tipo de la "encefalitis letárgica" y de la "poliomielitis infantil". ¿Exis-

te una unidad etiológica y patogénica en cada uno de estos grupos ? Hubo oportunidad de escuchar a investigadores tan serios como Pette (de Hamburgo), en una sólida exposición comparativa sobre las distintas infecciones de la sustancia gris; a Marinesco, en una comunicación de sus trabajos ya clásicos sobre el modo de propagación de los virus; a clínicos como Marburg, Greenfield, Wimmer, Thomas, von Economo y Brouwer; pero no se dio ninguna observación decisiva, no se formuló ninguna conclusión irrefutable.

Guillain, de París, resumió certeramente en estos términos el debate: "Los neurólogos de ahora hablarnos de las infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso con la misma incertidumbre, con la misma abundancia con que los bacteriólogos y los clínicos de hace cincuenta años comentaban la disentería o la fiebre tifoidea: igual ignorancia etiológica, igual riqueza de hipótesis para colmar esa laguna. Sin embargo, algunas adquisiciones parecen sólidas. Por lo pronto, la doble manera de propagarse las infecciones, a lo largo de los conductores nerviosos y, relativamente, de primera intención, sobre lugares determinados del encéfalo y de la médula. Desde el punto de vista clínico y anatómo-patológico, una noción pa-

rece evidente: todos los cuadros clínicos y anátomo -patológicos, parecen intercambiables, es decir, pueden ser simulados por Unas u otras de las enfermedades sedicentes hasta ahora originales, inconfundibles. La enfermedad de von Economo, por ejemplo, puede ser simulada por la infección mediante cualquier otro virus, hasta por el virus o hipotético agente bacteriológico de la esclerosis en placas.

Los caracteres anátomo-patológicos — corpúsculos de Negri, en la rabia, por ejemplo — han perdido en forma considerable su antigua especificidad. Los neurólogos deben solicitar la ayuda de los bacteriólogos, en institutos especiales, organizados y dotados de acuerdo con el carác-

ter infeccioso de estas enfermedades, para resolver dichos problemas etiológicos y anatómicos que superan netamente lo que puede esperarse de la neurología aislada. El porvenir pertenece á esta colaboración.

Pero, indudablemente, fue la última sesión el momento patético del congreso. Para la noche del 5 de septiembre habíase proyectado un mitin en el Bellevue Hotel, donde representantes de diversas naciones expondrían los métodos de enseñanza de la neurología en sus respectivos países. El profesor Weisemburg habló de la enseñanza de la neurología en los Estados Unidos y del número y la importancia de sus centros neurológicos. El profesor Lepine — en un discurso

que sorprendió llorosamente por su desconcertante espiritualismo por su elegante vaguedad — explicó la organización de la enseñanza en las universidades francesas, y Nonne, Haskovec, Rossi, Brouwer y Minkowski hicieron lo propio con los sistemas pedagógicos alemán, checo, italiano, holandés y suizo. Finalmente, von Eónomo, medio en broma, medio en serio, puso todo su empeño en defender la existencia de institutos mixtos para neurópatas y para psicópatas. "Nuestros enfermos no pueden dividirse— dijo von Eónomo al concluir — en subten-toriales y en supratentoriales". Estas observaciones sin, mayor trascendencia, dedicadas a los problemas de pedagogía neurológica, provocaron una enérgica moción de Foerster (de Breslau), para la cual reclamaba inmediato pronunciamiento: "El congreso de Berna acepta y declara la independencia de la neurología con respecto a la psiquiatría y reclama su lugar independiente al lado de las demás especialidades ya reconocidas".

Esta proposición enérgica, aunque extemporánea, bastó para incendiar las discusiones, acalorar los viejos rostros venerables y severos, apretar los puños, alzar las voces y confundir al fin un problema de enseñanza con un problema altamente interesante para el porvenir de la especialidad, problema de orien-

tación, de método de la investigación y de limitación necesaria en los temas a explorar. Puede decirse que de este pronunciamiento dependía en parte el éxito del próximo congreso de Londres. Varios oradores (Guillain, Haskovec, Minkowski Foerster, etc., hablaron tumultuosamente. Pero fue la patriarcal figura de Marinesco la encargada de resumir y aclarar el debate, considerando el primer problema— el problema pedagógico — como un asunto de oportunidad económica para defender luego con entusiasmo lo que es ya una realidad: la independencia "de hecho" de las dos especialidades. El principio elemental de la división del trabajo hace indispensable esta separación. Ningún cerebro humano es capaz de seguir fructuosamente en su totalidad los hechos y los problemas de la clásica neuropsiquiatría. "Hace 40 años que estudio y que enseño la neurología — concluyó Marinesco—; a mi edad, tendría que comenzar a aprender la psiquiatría para enseñarla. He vivido demasiado, he trabajado demasiado para merecer ahora este castigo". La proposición de Foerster fue aprobada casi por unanimidad.

"Me ha parecido escuchar la voz de Charcot — me decía momentos después Barré (de Estrasburgo), comentando el debate memorable con esa agilidad tan combativa, tan suya — indi-

candónos el recto camino que alejará a la neurología del doble peligro de la vaguedad universal y de los métodos medioevales (sic) de la psiquiatría".

Exageraciones aparte, esta última discusión — que para algunos pasó inadvertida — ha dado la orientación tonal, la tendencia básica de este congreso, más preocupado de hechos y de procedimientos técnicos que de hipótesis y de explicaciones, más curioso de experimentos que de doctrinas, más rico en cirujanos, fisiólogos y anatomopatólogos que en puros clínicos. Algunos delegados — en particular los discípulos de von Monakow, que pude conocer en un reciente viaje a Zurich — han lanzado la ausencia de generalización, una visible negligencia sintética. Sin embargo, me parece más oportuno explicar que lamentar esta nueva, curiosa evolución. Es necesario no olvidar que la neurología ha nacido de la medicina y, como tal, debe ser — esencialmente — una modalidad del ar-

te de curar. Técnica y ciencia han estado, al principio, confundidas; esta observación es usual en la historia de las ciencias. Ninguna diferencia separaba, al principio, alquimistas (buscadores de oro) y químicos, agrimensores y geómetras, navegantes y geógrafos, curanderos y fisiólogos, políticos y sociólogos. Todas las técnicas han originado en algún momento de su desarrollo las ciencias correspondientes. Es la evolución natural que exigen el número y la complejidad cada vez más creciente de los problemas. La neurología había adquirido en manos de algunos maestros — Burdach entre los clásicos, von Monakow entre los modernos — la categoría, la trascendencia de una ciencia impotente, pesada, rígida, cuyos problemas se intrincaban con los de la psiquiatría, la biología, la psicología, la estética, la moral; una ciencia quizá un poco lejana de ciertas apremiantes realidades clínicas. . .

Si mucho debemos a esos grandes colonizadores — casi todos nuestros conocimientos anatómicos —, tampoco su enseñanza, su ejemplo, deben gravitar en exceso sobre el presente. La neurología debe regocijarse del nacimiento de la neurocirugía. Debe regocijarse de este desmembramiento razonable que le permitirá estudiar con comodidad, con método, sin las premuras terapéuticas que debía afrontar, el enorme territorio histológico, fisiológico y clínico que constituye su dominio.

Si no tuviera en contra mía la premura del espacio, añadiría algunos detalles más que permitirían al lector aquilatar cuan grande es la distancia que separa la neurología de la psiquiatría y de la psicología, distancia que este congreso se ha propuesto abiertamente aumentar. Diré solamente que he observado una tendencia clara a dejar de lado problemas que otrora apasionaron a los neurólogos (por ejemplo: las afasias y las apraxias).

"Las afasias, después de Head, no pertenecen ya a la neurología, sino a la psicología", ha dicho Weisenberg. Los problemas de localización funcional han sido, en general, tratados con extrema discreción y mesura; como con miedo de provocar, por reacción, obras tan agudamente críticas como la "Aphasia", de Head, o como* la "Lokalisation im Grosshirn", de von Monakow.

Esto es, en general, lo que he podido ver y observar en la gran asamblea de Berna. Ninguna personalidad genial, peligrosamente avasalladora; pero, en cambio, una legión disciplinada de hombres de ciencia, seguros en sus designios y en sus descubrimientos, preocupados solamente de la verdad objetiva que nace de la experiencia, discretos y probos. ¿No es éste el más bello, el más excitante de los espectáculos que puede proporcionarse a una inteligencia viril en el siglo XX?

Dos complicaciones raras de la fiebre tifoidea

La lectura de un artículo titulado "Apendicitis y fiebre tifoidea" por los doctores Isaac Natín y Domingo Mosto, aparecido en "La Semana Médica", del 25 de febrero del corriente año, me ha sugerido este artículo, sobre dos complicaciones raras de la tifoidea, que guardo en mis recuerdos como reliquia de observación.

En 1911, ejerciendo en Rafaela, provincia de Santa Fe, asisto a una chica de 12 años, poco más o menos, por una tifoidea de evolución común; tratada por balneación fría, desinfectantes intestinales, tónicos cardíacos, siguió dentro de un marco de normalidad. Pasada la cuarta semana, y ya con temperatura próxima a la normal y con un estado general cada vez mejor, la enfermita se queja de pronto de un fuerte dolor en el costado del cuello, a nivel del cartílago tiroideo; los padres notan que el cuello aumenta de volumen y me llaman alarmados.

Examino a la enferma, encontrando un enfisema en el cuello que aumenta de intensidad, ex-

tendiéndose al hombro y tórax; pulso muy frecuente; temperatura no., muy elevada; el estado de la enferma me pareció grave; le practiqué algunas incisiones longitudinales, que iban hasta el tejido celular subcutáneo en el tórax y cuello; no disminuyó mayormente el enfisema, la enferma se agravó y sucumbió a los pocos días. El examen laríngeo fue imposible efectuarlo bien, por la indocilidad de la enferma y gravedad de la misma.

Probablemente hubo una ulceración tífica a nivel de los aritenoides o cuerdas vocales, y por allí se produjo el enfisema. Ante el fracaso de las incisiones para combatir el enfisema en sí, aunque no su causa, reflexioné sobre la conveniencia de probar en casos parecidos la intubación laringo-traqueal por vía bucal o por crico-traqueotomía, que podría evitarlo, dando tiempo al organismo para vencer la infección tífica y curar la ulceración laríngea.

A pesar de la gran cantidad de tíficos atendidos en estos últimos veinte años, no me ha si

do dado encontrar otra vez una complicación de esta naturaleza, para poder probar la intubación laringo-traqueal. Dejo tal idea a la voluntad de algún colega que tenga la oportunidad de un caso análogo.

En 1912 son solicitados mis servicios profesionales por una enferma de las chacras (Colonia Josefina), a 12 kilómetros de San Francisco, donde entonces estaba radicado. Me encuentro con una enferma de tifoidea, que con un tratamiento sintomático igual a la anterior, evolucionó normalmente y fue dada de alta completamente bien, y ya con alimentación variada, a los 40 días, poco más o menos. A los seis días me llaman con urgencia; con pésimos caminos y en volanta, como dicen en estos pagos, me traslado a la chacra; constato en la enferma una peritonitis generalizada por apendicitis aguda, dado el principio brusco en la noche anterior, con dolor localizado en la fosa ilíaca derecha, ascensión térmica, vómitos, cuadro muy completo que sólo podría confundirse con una perforación tífica, si la evolución de la enfermedad no la excluye, ya que había pasado el período crítico de las perforaciones para la tifoidea.

Impongo la abertura del vientre, que es aceptada por la familia, sin pensar en las posibilidades del traslado de la enfer-

ma, dada la gravedad del caso y las consecuencias funestas que podría acarrear su movilidad. Me traslado a San Francisco, preparo el material quirúrgico, y bien provisto de compresas esterilizadas vuelvo a la chacra, acompañado por el doctor Enrique Carra. Rememoro en este momento las horas de guardia del servicio de urgencia del hospital José María Bosch y del viejo y querido San Roque y bendigo el internado en los hospitales, tan benéfico para la preparación de los médicos y sobre todo para esa pléyade de galeños, que con la preparación práctica allí forjada, se expanden por todos los ámbitos de la república, llevando su ciencia, su espíritu de aprendizaje, de observación y de mejoramiento científico.

Cuando terminamos los preparativos, son las 8 de la noche. Una lámpara de alcohol sostenida por el cochero que nos condujo, es el foco luminoso movable. Anestesia local a la cocaína al 1 por ciento. La enferma en el borde del lecho mismo. Laparatomía por disociación a 2 cms. de la espina ánterosuperior. Abierto el peritoneo, se derrama una gran cantidad de pus; se drena con tubos de goma; aposito común; suero fisiológico; tónicos cardíacos.

La enferma mejora y cura **definitivamente**, después de un

Elección de la vía para la seroterapia artificial en las hemorragias obstétricas, - - Utilización terapéutica del reflejo mamatorio-uterino.

Por el doctor Juan, León
Jefe de Clínica, adscrito a la Cátedra de
Clínica Obstétrica.

Hoy día ya nadie discute la supremacía de la transfusión sanguínea sobre la sueroterapia artificial para remediar los estados graves de anemia, pues aquélla, además de contribuir a detener la hemorragia por el poder hemostático del plasma, obvia al fenómeno mecánico de la hipotensión arterial, actuando en forma más rápida y persistente que las inyecciones de soluciones salinas, y eso, en parte, gracias a los productos de secreción interna que acarrea; alivia la asfixia, principalmente la de los centros nerviosos, por el valor respiratorio de sus glóbulos rojos, excita la hematopoyesis y suprime los trastornos del equilibrio ácido-básico de los humores.

Gracias a la vulgarización de

mes, y hasta el momento actual, marzo de 1932, que sigo siendo médico de ese hogar, no ha sido molestada por su apéndice.

los métodos verdaderamente científicos de investigación previa de las incompatibilidades sanguíneas por la determinación meticulosa de los grupos del receptor y de los dadores eventuales, se puede hacer con una seguridad casi absoluta la profilaxis de todos los accidentes graves que antes se observaban; y disponemos de técnicas sumamente simplificadas, pudiéndose, aún en los casos de más extrema urgencia, practicar, por ejemplo, la administración de sangre citratada con instrumentos de fortuna, con una jeringa, grande de vidrio o con un simple frasco de suero, según el ejemplo dado entre nosotros por el profesor N. Palacios Costa y el doctor Nicasio Cúneo.

A pesar de ser naturalmente partidarios de la transfusión de sangre en los casos en que ésta se halla indicada, y que la venimos practicando desde hace varios años bajo la dirección del

profesor Beruti, empleando hasta la fecha el método de la sangre citratada, según la técnica de Agote, con el cual hemos conseguido bellos éxitos y hemos tenido la buena suerte de no ver sobrevenir ningún accidente serio, creemos, sin embargo, que nuestro entusiasmo debe ser atemperado, y que la benignidad de la transfusión no debe inducirnos a exagerar sus indicaciones.

Desgraciadamente, sólo con su sentido clínico ha de contar el médico para poder apreciar la necesidad de la transfusión, pues es imposible guiarse en algunos métodos que tienen el defecto de la apariencia científica y son por lo tanto, engañosos, tales como los exámenes hematológicos (número de glóbulos rojos, hemoglobina, densidad de la sangre, que podrían dar algunas indicaciones sobre la importancia de la hemorragia; ni es posible apoyarse sobre el estudio comparado de las curvas de las tensiones máxima, mínima, diferencial y de los índices oscilométricos, que según P. Emile Weil y Paul Isch-Wall (2) nos informaría sobre el estado de colapso del sistema circulatorio.

Si bien es cierto que no posee el poder verdaderamente resurreccional de la transfusión, la sueroterapia artificial ejerce efectos realmente benéficos consiguiendo reanimar las contraccio-

nes cardíacas y elevar la tensión arterial, por el hecho que permite introducir en el organismo un volumen relativamente considerable de líquido, cuya concentración molecular se acerca lo más posible a la del plasma, estando demás recordar que el llamado "suero fisiológico" no es en realidad, el que más conviene a la integridad morfológica y funcional de los elementos anatómicos, pudiendo causar grandes

daños, como lo han demostrado Roessle (3), Nürnberger (4), pero que existen soluciones isotónicas de fórmula compleja, que se aproximan más a la composición de la sangre, y que conllevan, además del cloruro de sodio, otras sales, particularmente de potasio y de calcio, cuyo importante papel fue puesto en evidencia por A. Thies (5).

En cuanto a las distintas vías usadas para la administración del suero, nos concretaremos a considerar la vía parenteral, sin dejar de reconocer que en determinados casos el gota a gota rectal puede prestar señalados servicios.

Las inyecciones endovenosas que permiten la introducción muy rápida de soluciones salinas en el organismo, son de gran utilidad en los casos de extrema urgencia, pero han sido bastante abandonadas, por no carecer de peligro y por presentar a veces su ejecución serias dificultades en enfermas exangües.

La vía hipodérmica, que generalmente se elige, presenta el inconveniente de la mayor lentitud de la absorción del líquido, dando lugar a algunos accidentes en los tejidos mal nutridos de las mujeres anemiadas, flegones o abscesos, a pesar de que se hayan tomado todas las precauciones de asepsia; escaras de la piel, a veces extensas, y eso, sea que al suero se le haya agregado adrenalina o no (Doerderlein y Kroenig (6), Pankow (7), Müller Imgard (8), Enck (9), etc.

En cuanto a la vía mamaria, que puede ser retromamaria o francamente intramamaria, su superioridad ha sido atribuida, ante todo, a la prontitud de penetración y absorción del suero, que hace de ella una intermedia entre las vías endovenosas y subcutánea.

La fácil entrada del líquido, debajo de las mamas esencialmente, se explica por el hecho que, durante la preñez, la capa de tejido celular que une la fascia superficiales a las aponeurosis del pectoral mayor y del serrato mayor se hace muy laxa, areolar, a tal punto que Chassaignac le ha dado el nombre de bolsa serosa retromamaria.

La absorción casi instantánea se debe a la extraordinaria hiperhemia que con el embarazo se establece en las mamas, haciéndose muy manifiesta tam-

bién la red venosa subcutánea que forma alrededor del pezón el círculo de Haller, a cuya vista se puede ya sospechar una gestación incipiente.

La administración de grandes dosis de soluciones salinas en el espacio retromamario es generalmente indolora, en vista de la escasa densidad del tejido conjuntivo de esa región; en cambio, la inyección directamente intramamaria produce casi siempre a la enferma una desagradable sensación de tirantez, lo que no es extraño, puesto que ya durante la gestación sufren las mamas un considerable aumento de volumen y de tensión, debido a su mayor irrigación sanguínea y a la hipertrofia de su parte glandular, a tal punto que la menor compresión produce dolor, y es muy comprensible que la brusca acentuación de su turgencia, que origina su repleción rápida por la solución salina, suele ser bastante molesta.

La vía mamaria ofrece también la ventaja de poder ser utilizada, sin que se estorbe el médico durante las intervenciones obstétricas.

En fin, las inyecciones en las mamas no dan lugar a la formación de abscesos con más frecuencia que en otras regiones del cuerpo, y W. Zangemeister (10) llega a afirmar que eso ocurre "aun empleando soluciones salinas no absolutamente es-

tériles". En la larga serie de nuestras experimentaciones no hemos observado ningún proceso supurativo. Recordamos, sin embargo, entre otros, el caso publicado por Henri Vignes (11) de necrosis total de la glándula mamaria consecutiva a una inyección retromamaria de suero artificial por hemorragia del alumbramiento.

Por todas las razones expuestas, W. Zangemeister (loe. **cit.**), es partidario de la vía intramamaria en las pandas, declarando que en éstas debe rechazarse cualquier otra clase de aplicación. Stoeckel (12) Dührsen (13). optan por el espacio sub**mamario**, y Fabre es de la misma opinión (14), declarando que en las grandes hemorragias es posible administrar en algunos minutos medio litro de suero fisiológico en la región retromamaria, debiéndose elegir ésta de preferencia a cualquier otra. Bumm (15) utilizaba indistintamente el panículo adiposo, gene-

ralmente muy desarrollado, que separa la glándula mamaria de la piel, y el tejido hipodérmico de la cara externa del muslo.

Si aspiráramos a dar un sello de originalidad a esta comunicación, no es, por cierto, pretendiendo pregonar como novedosa la administración **intra** o retromamaria de las soluciones isotónicas de cloruro de sodio, las que desde hace tiempo se vienen empleando en el tratamiento de la anemia aguda, especialmente obstétrica.

Pero, como lo hemos visto, los autores que hasta la fecha las han aconsejado, se han fundado sobre todo en la rapidez con que por esa vía se difunde y es absorbido el líquido durante el embarazo, el parto y el puerperio principalmente, en vista de las modificaciones anatómicas que en esos períodos de la vida genital experimentan las glándulas mamarias, pero no tenemos conocimiento de que hasta la fecha se haya mencionado que me-

diente ellas se obtenga un reflejo sobre la matriz y que con más **razón** éste haya sido utilizado con un fin terapéutico.

Hace unos años, en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Argerich, que entonces dirigía nuestro maestro, el profesor Beruti, tuvimos la oportunidad de observar una inyección intramamaria de suero fisiológico que administramos: a una parturienta, que durante el período expulsivo había presentado una hemorragia por inserción baja de la placenta, tuvo una acción favorable sobre su inercia, a tal punto, que el parto se hizo espontáneo cuando nos disponíamos a terminarlo operatoriamente.

Inducidos por la fortuita comprobación de la acción netamente ocitócica que parecía haber ejercido dicha administración de solución clorurada que, sin idea preconcebida, habíamos efectuado dentro de la mama, hicimos un estudio de conjunto de las relaciones nerviosas, particularmente íntimas, que existen entre los pechos y los genitales (18), deteniéndonos especialmente a estudiar las siguientes cuestiones :

1. Influencia de determinados estímulos de las mamas sobre la excitación sexual.

2. Influencia de la succión del pezón por el niño sobre las contracciones uterinas durante el puerperio.

3. Influencia de la lactancia sobre la involución puerperal.

4. Influencia de la excitación de las mamas sobre las contracciones uterinas durante la gestación.

5. Utilización terapéutica, de la irritación de las mamas para la provocación del parto prematuro.

8. Tratamiento de los trastornos menstruales mediante aplicaciones de ventosas de Bier sobre los pezones.

7. Experimentación fisiológica sobre los reflejos mamario-uterinos.

En otro trabajo (17) hemos expuesto los experimentos que hemos realizado también en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Argerich, para demostrar la influencia de las inyecciones intramamarias de suero fisiológico sobre la contractilidad uterina durante el embarazo, el parto y el puerperio fisiológicos, mediante trazados histerográficos que hemos realizado con el dispositivo del profesor Iraeta.

Apoyados en los hechos así establecidos, y en un raciocinio que no nos parece forzado, en artículo publicado en el año 1927 en la revista alemana "Fortschritte zur Therapie", (18), hemos propuesto la administración intramamaria de soluciones salinas en los casos de hemorragias genitales en que es necesario provocar la contracción de la

musculatura uterina, para realizar simultáneamente el tratamiento de la anemia y combatir la causa de la pérdida sanguínea ; hemos considerado que las inyecciones en las mamas se hallaban, en cambio, contraindicadas en todos los casos en que el reflejo contratígeno podía ser perjudicial.

Tenemos el agrado de someter a la consideración de este congreso los resultados de las observaciones que hemos efectuado en el tratamiento de las hemorragias obstétricas con las inyecciones intra o retromamarias de suero fisiológico desde el año 1926 hasta la fecha en las Maternidades de los Hospitales Argerich y Alvear y actualmente en la Clínica Obstétrica y Ginecológica "Eliseo Cantón", en las que hemos tenido el honor de acompañar al profesor Beruti.

En la imposibilidad de referir

en esta oportunidad todas las historias clínicas de los centenares de casos en que se recurrió a la seroterapia artificial por vía mamaria, daremos de las mismas una breve idea de conjunto.

Observaciones personales
Hemorragias del embarazo.—
En abortos evitables, nos hemos abstenido de practicar las inyecciones mamarias por temor a aumentar las contracciones uterinas.

En cambio, en abortos inevitables, las hemos utilizado para acelerar la expulsión del huevo y obviar a la anemia.

En numerosos casos de hemorragia por abortos incompletos, bastó la administración intramamaria de suero fisiológico, después de la extracción de los restos placentarios, para determinar una buena retracción uterina, sin que fuera menester recu-

rrir a preparados hipofisiarios o de cornezuelo (H. Cl., H. Argerich, 293-1926, 296-1929, 49-1927, etc.).

Hemorragias del alumbramiento.—Antes de la expulsión de la placenta, hemos administrado a menudo la inyección intramamaria. Ejemplo: H. Cl., A. Argerich, 317-1926; después de la extracción del feto con fórceps, bajo narcosis, la enferma pierde una regular cantidad de sangre, el útero permanece bastante atónico, la placenta no se desprende. Transcurridos 50 minutos, y no habiendo presentado la parturiente ninguna contracción, se efectúa una inyección intramamaria de 500 c. c. A los 15 minutos de haber iniciado la administración del suero, se nota a simple vista una enérgica contracción: el útero se dibuja a través de la pared abdominal y la enferma acusa un dolor fuerte, la contracción intensa dura unos veinte segundos, el músculo se relaja, pero no tanto como anteriormente; TÍO vuelve a presentarse otra contracción tan intensa como la mencionada. Después de 15 minutos, recién se hace un poco de masaje, el útero se contrae más enérgicamente, la enferma puja, y mediante una ligera presión sobre el útero, la placenta es expulsada con muy escasa pérdida sanguínea, cesando ésta por completo.

Después de la expulsión de la placenta.— En numerosos casos de hemorragia por atonía uterina consecutiva a la expulsión de la placenta hemos empleado las inyecciones intra y retromamarias, con exclusión de los excitantes mecánicos directos externos o internos y de los agentes medicamentosos. Los resultados fueron demostrativos, especialmente con la administración, del suero dentro del tejido glandular; con las inyecciones retromamarias, los efectos fueron menos pronunciados, siendo generalmente necesario el masaje del útero para favorecer su contracción (por ejemplo, H. Cl., Clin. Obst. y Gin. 1415-1931).

En dos casos de atonía uterina post-partum que no habían cedido, el primero al gynergeno (H. Cl., H. Argerich 260-1931}, y el segundo a la ergotina, al masaje y al hielo, (H. Cl., H. Argerich 314-1926), hemos acudido, tras una hora de expectativa, a la administración intramamaria, la cual, en ambos casos, actuó rápida y eficazmente, no perdiendo las enfermas sangre durante varias horas.

En la atonía uterina después del alumbramiento en los partos operatorios bajo narcosis, hemos logrado resultados variables.

Así, en una primípara cuyo parto, que duró 67 horas, terminó con una aplicación de fórceps bajo profunda anestesia cloro-

fórmica, ligera atonía después de la **expulsión** de la placenta, la que **fue** espontánea y completa, inmediatamente, 500 c. c. de suero intramamario. Un minuto después de iniciar la inyección, **el** útero se contrae fuertemente y cesa completamente la pérdida sanguínea, sin que fuera preciso practicar masaje (H. Cl., H. Argerich, 60-1927).

Sin embargo, en casos similares, la administración de suero no actuó siempre tan eficientemente. Así, después de una gran extracción pelviana que hicimos bajo profunda anestesia **cloro**fórmica, previa administración de 1 cgr. de morfina, notamos, después del alumbramiento, contracción uterina defectuosa, con regular pérdida de sangre. A los 5 minutos, inyección intramamaria; el útero se contrae bastante mal; recién después de un ligero masaje se contrae mejor, no siendo necesario administrar ningún medicamento (H. Cl., Hospital Argerich, 72-1927).

En los alumbramientos artificiales liemos recurrido a menúdo a la seroterapia por vía mamaria, con exclusión de los demás medios contractígenos. **Por** ejemplo, a una enferma que ingresó a la Maternidad del Hospital Argerich con retención pía-centaria y abundante pérdida sanguínea, el doctor **Roberto A. Ferrari**, en vista del fracaso de la maniobra de Credé, le hizo extracción manual de la placenta, inyectándole al mismo tiempo medio litro de suero en una mama. A los 15 minutos de iniciada la inyección, se nota que el útero se retrae fuertemente y adquiere consistencia pétrea, cesando por completo la hemorragia.

Placenta previa.—En casos de placenta previa marginal y lateral de pequeña extensión, con inercia, al final del período **dila**-tante o en el período expulsivo, y haciéndose el parto por vías naturales, hemos recurrido al suero intramamario.

Al caso ya mencionado en nuestra introducción (H. CL, H. Argerich, 294-1925), que originó estos experimentos, agregaremos otro: En una múltipara de 27 años, con 4 centímetros de dilatación, placenta previa marginal, con inercia y ligera anemia debida a una reciente pérdida sanguínea, 500 c. c. de suero intramamario. A los 10 minutos de iniciada la inyección, primera contracción uterina, la cual dura 40 segundos. Desde ese momento, el útero sigue contrayéndose en forma regular, aunque las contracciones son poco intensas, durando de 30 a 40 segundos, con intervalos de 5 a 6 minutos, y son poco dolorosas. Dos horas después, las contracciones se hacen más intensas y dolorosas, con intervalos de 4 a 5 minutos. Parto espontáneo, no habiéndose repetido la hemorragia. Después del alumbramiento, nueva inyección intramamaria de suero fisiológico. Excelente retracción uterina (Historia clínica, H. Argerich, 24-1927).

Operaciones cesáreas.—En varias operaciones cesáreas, corporales o segmentarias, y en una operación de Portes, la inyección intramamaria practicada durante la intervención aseguró una buena retracción uterina, permitiéndonos prescindir de otros excitantes uterinos (H. CL, Hosp. Argerich, 261-1927, 136-1928. 58-1929, etc.). En un ca-

so reciente este procedimiento parece haber actuado más eficientemente que los preparados hipofisarios y de cornezuelo (H. CL, 1900-1931).

En una oportunidad nos fracasó en el Hospital Alvear el suero, que fue hecho esta vez retromamario, pero tampoco dieron resultado todos los demás recursos habituales. Se trataba de una distocia que creíamos encuadraba dentro del síndrome de Schickelé, por cuanto presentaba atonía del cuerpo y rigidez del cuello, el cual no se dilataba. Pero nos dimos cuenta que la rigidez del cuello no era exclusivamente funcional, sino, en parte por lo menos, anatómica, por cuanto no cedió a la administración de una ampolla de sedol y de una ampolla de spasmalgine. Practicamos una cesárea corporal con el doctor Jorge Diradourian, tropezando con una atonía uterina que no pudimos combatir con ninguno de los medios contractígenos, viéndonos obligados a practicar de inmediato la histerectomía, para salvar a la enferma de hemorragia (H. Alvear, 1931).

Consideraciones

Indicaciones fíe las inyecciones in trama manas.— Esta breve exposición de las historias clínicas, demuestra que, como lo hacía suponer la experimentación realizada en mujeres emba-

razadas, parturientas y puérperas normales, la inyección **intramamaria** actúa eficientemente en las hemorragias obstétricas cuando éstas dependen del estado de contracción del útero.

Se halla, pues, indicada en todos los casos en que, por vía refleja, contribuye a asegurar la **hemostasia**, provocando la contracción de la musculatura uterina, realizando simultáneamente el tratamiento general de la anemia aguda y combatiendo la causa de la pérdida sanguínea:

1. En las hemorragias de los abortos inevitables y de los abortos incompletos, para favorecer la evacuación del contenido uterino, lo mismo después del rasfado instrumental, para asegurar una buena retracción del órgano.

2. En las hemorragias del período de reposo del alumbramiento.

3. En las hemorragias atónicas consecutivas a la salida de las secundinas (especialmente en

los partos operatorios bajo narcosis y en los casos de **hidramnios** y de embarazos gemelares.

4. En las hemorragias tardías del puerperio.

4. En determinados casos de placenta previa marginal y lateral de pequeña extensión, con dilatación completa o casi completa, cuando las contracciones son deficientes, y después de practicada la rotura **artificial** de la bolsa (las inyecciones **intramamarias** refuerzan entonces **las** contracciones uterinas y aumentan la acción compresora de **la** presentación sobre la placenta, al mismo tiempo que obvian **a** la anemia aguda).

6. En el período de alumbramiento de la inserción baja de la placenta, ya que esta anomalía predispone a las hemorragias postpartum (no que el suero en la mama tenga una acción directa sobre el segmento inferior, *él* cual puede permanecer inerte, faltándole la contractibilidad y retractilidad suficientes, sino

porque al determinar una enérgica contracción del cuerpo uterino — como cuando se emplean los ocitócicos — quedan comprimidos los vasos destinados a la zona de inserción placentaria).

Como medio profiláctico, el suero intramamario sólo ha de emplearse en los casos en que aparece inevitable una pérdida sanguínea: así, al comienzo de las operaciones cesáreas, para determinar una enérgica retracción del útero.

Fuera de los casos de hemorragias, las inyecciones intramamarias sólo podrán emplearse en la inercia uterina simple primitiva, cuando la causa general de ésta es la anemia.

La inyección intra o retromamaria de suero fisiológico, al determinar una retracción uterina que favorece la hemostasia, no es posible de las objeciones que se han hecho a la administración del suero fisiológico por otras vías, entre otros por Pankow (loc. cit.), por Doederlein y Kroenig (loc. cit.). por cuanto en los casos de hemorragias que provienen de vasos que permanecen abiertos, la pérdida puede aumentar, debido al aporte artificial rápido de líquido.

Es cierto que a una inyección de suero fisiológico administrada en la cara externa del muslo, se le pueden asociar uno o varios medios que aseguren una buena retracción uterina, pero es indudable que la inyección in-

tramamaría siempre lleva alguna ventaja, ya que tampoco ha de emplearse necesariamente aislada, pudiendo utilizarse conjuntamente con los demás recursos.

En cambio, la inyección intramamaria de suero fisiológico no ofrece ninguna superioridad cuando, por vía refleja, no contribuye a estrangular los vasos que sangran, por ejemplo, en el embarazo extrauterino con hemorragia interna. No ha de esperarse, para administrar el suero intramamario que la anemia sea muy grave, por cuanto en esos casos es sabido que existe una vasodilatación considerable de las vísceras abdominales, y todo hace suponer, por los conocimientos que tenemos del arco reflejo mamario-genital, que la destrucción del equilibrio circulatorio que acarrea una irrigación deficiente de los centros nerviosos ha de impedir que el estímulo de la mama se haga sentir sobre el útero.

Contra indicaciones de las inyecciones intramamarias.—Además de los casos en que la administración de las soluciones salinas se halla contraindicada por cualquier vía, existen otros en que, en vista del reflejo mamario-uterino, sería un error practicar la inyección intramamaria, pues podrían observarse los mismos resultados desastrosos que con los ocitócicos.

Ya que influye en la musculatura del útero el suero intramamario, debe ser desechado en los abortos evitables, porque puede activar la expulsión del huevo.

Debe descartarse en los períodos dilatante y expulsivo del parto con buena dinámica, por temor a exagerar ésta.

Se halla formalmente contraindicado cuando la actividad del útero es más intensa que normalmente (en el parto precipitado), y con más razón cuando ésta es anormal en su modalidad.

También se aplicará con reserva antes de practicar una extracción pelviana (por temor a que se produzca una contractura del cuello uterino que retenga la cabeza última) y antes de efectuar una versión (porque la retracción exagerada del útero dificulta la evolución del feto).

Es contraindicada en los úteros particularmente irritables, afectados de lesiones inflamatorias, en los úteros intoxicados por el cornezuelo o los extractos hipofisarios empleados inopinadamente) y en los úteros retraídos con largo trabajo.

El suero intramamario será perjudicial en las hemorragias por inserción segmentaria de la placenta, durante el trabajo, cuando las contracciones ya son fuertes, en vista de que una mayor aceleración del parto aumen-

ta extraordinariamente el peligro de desgarro del cuello.

Será también contraproducente en la anemia aguda del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, y por fin, en la incarceration de la placenta.

Conclusiones

De acuerdo con nuestros conocimientos sobre las relaciones nerviosas particularmente íntimas que existen entre las mamas y los genitales, y sobre la influencia de las inyecciones intramamarias de suero fisiológico sobre la contractilidad uterina durante el embarazo, el parto y el puerperio fisiológico la observación clínica da las siguientes conclusiones:

1a. La administración intramamaria de suero fisiológico constituye el tratamiento de elección en las hemorragias genitales, en que el establecimiento del reflejo mamario-uterino puede resultar beneficioso, por cuanto al mismo tiempo que realiza el tratamiento general de la anemia, contribuye a asegurar la hemostasia.

2a. En cambio, la vía mamaria se halla contraindicada en todos los casos en que la aparición o la exageración de las contracciones uterinas pueden complicar la situación.

Revista de Revistas

Histerectomía abdominal sub-total totalizada

Georges Labey, Fayot y Guihenec, en el Journal de Chirurgie proponen ese nombre para una operación que han practicado repetidas veces y creen se pueda conciliar con ella las diversas opiniones sobre las ventajas y desventajas atribuidas a la histerectomía total y a la sub-total.

La novedad de la operación consiste en simplificar la extirpación del útero dando mayor luz y rapidez a la intervención. Se trata por ejemplo de un útero fibromatoso de gran volumen, una salpingitis bilateral con grandes adherencias, la histerectomía subtotal por muchas dificultades que presente, siempre será mucho más fácil que la total. Se hace como en las técnicas clásicas. En un segundo tiempo la enucleación del cuello uterino es verdaderamente sencilla disecando hacia adelante el fondo de saco vesical, hacia atrás el Douglas y a los lados los pedículos uterinos, ya sujetos y sostenidos por largos hilos de catgut para, al concluir suturarlos con la vagina y dar así una fuerte implantación a la

extremidad superior de la vagina que evitará el grave inconveniente del prolapso. Los autores no la aconsejan cuando la cavidad pélvica es muy profunda, cuando la enferma es obesa, el primer tiempo ha sido difícil o el anestésico bastante molesto, conformándose con la subtotal.

Amplio campo para trabajar en el cuello, sin sangre, rapidez y tan buenos resultados como en la subtotal, he allí las ventajas de la nueva técnica.

S. S. P.

El adormecimiento en cirugía

A Zeno y O. Carnes, en los Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, insisten sobre el método preconizado por Clairmont, de Zurich, que da siempre antes de una operación una dosis elevada de escopolamina. Media hora antes inyecta una solución al uno por mil de un centímetro a un centímetro y medio, es decir uno a un miligramo y medio de escopolamina. Los resultados son excelentes. Algunos enfermos son simplemente aturridos. Otros presentan un adormecimiento marcado. El ritmo respiratorio, la coloración de la piel son ñor-

males. El pulso y la tensión arterial no sufren ninguna modificación. Una pequeña cantidad de éter completa la narcosis. También se puede emplear la anestesia local. Los vómitos del postoperatorio son raros. Las insuficiencias viscerales contraindican el método.

En cincuenta y ocho casos usados, los autores han obtenido resultados muy buenos.

S. S. P.

16 casos favorables; 12 curaciones; ninguna mejoría; 1 estacionario y 3 muertos.

Concluye en la benignidad de la operación y los resultados muy favorables.

Si después de la frenicectomía el colapso pulmonar no es suficiente, obedece a que la resección del nervio no fue bastante.

S. S. P.

Resultados de la frenicectomía como tratamiento único en la tuberculosis pulmonar

Heinrich Turnes, de Berlín, ha practicado de 1930 a 1932, sesenta y cinco frenicectomías como tratamiento quirúrgico exclusivo y han obtenido los resultados siguientes :

49 casos graves dieron 9 curaciones; 8 mejorías; 9 estacionarios y 23 muertos.

Retención de la vesícula biliar por torsión parcial

Callisano, en la Minerva Médica, relata dos observaciones. Una mujer de 18 años operada de apendicitis, sufre desde hace 15 días de la región de la vesícula biliar. El dolor evoluciona por accesos y contractura muy clara durante los mismos. En el intervalo de los accesos se no-

ta una tumefacción que no puede ser otra cosa que la vesícula. La colecistografía es imposible por la intolerancia de la enferma. La operación hecha con diagnóstico de colecistitis lo rectifica: se encuentra una torsión parcial de la vesícula. La biliar es completamente aséptica y la enferma cura.

Una mujer de 40 años sufre desde hace un año de la región vesicular; ha notado que el dolor desaparece cuando se acuesta sobre el flanco derecho. La vesícula se siente en forma de un órgano piriforme doloroso. La colecistografía muestra después de 9 horas la vesícula llena. La evacuación se hace con retardo e incompletamente. Se hace diagnóstico radiológico de vesícula biloculada.

La colecistectomía muestra una vesícula torcida parcialmente. El origen del cístico, como en el caso presente es un poco lateral con relación al polo próximo de la vesícula.

S. S. P.

El tratamiento quirúrgico de la nefritis crónica y sus resultados

N. Chwalla, de Viena, estima que los enfermos de nefritis crónica pueden obtener un beneficio mayor de la doble decapsulación que del tratamiento médico.

No deben operarse los insuficientes cardíacos ni los que tienen violentos incidentes inflamatorios : con fiebre, piuria, infiltración leucocitaria del riñón.

Las formas de esclerosis atrófica son las más beneficiadas. No es necesario operar todas las nefritis crónicas sino cuando presentan un síntoma alarmante: hematuria en particular, pero sería bueno operar toda nefritis aguda que dura más de cuatro semanas, es decir la crónica en estado naciente.

La decapsulación obra felizmente sobre los síntomas: hematuria, dolor, albuminuria, edema, oliguria y aun síntomas preurémicos. No se descuidarán los focos primitivos que por metástasis dieron la nefritis y así la amigdalectomía se encuentra muy indicada.

Once enfermos han sido operados: en 8 que lo resistieron, la decapsulación fue bilateral. La intervención fue bien soportada y si bien la nefritis no curó, se registraron en la mayor parte mejorías durables con mantenimiento de la capacidad de trabajo.

De los 8 operados bilaterales 1 se perdió de vista; 1 murió accidentalmente; 1 murió al cabo de 11 meses y 5 quedaron curados después de 5 a 11 años.

Tres enfermos a causa de su mal estado general, sufrieron una decapsulación unilateral: todos murieron de 4 horas a tres días después: 1 de colapso cardíaco y los otros dos de insuficiencia renal que en el momento de la intervención se traducían: en uno, por anuria desde ocho días antes y en el otro por un coma uránico con anuria casi completa.

S. S. P.

La curación definitiva del cáncer del cuello uterino por la operación precoz

El profesor Jean Louis Faure, en **La Presse Médicale**, de abril 16, de 1932, afirma con toda su autoridad que un caso sobre diez de cáncer uterino del cuello cura definitivamente con la operación precoz. Hace un llamamiento a los médicos y a los estudiantes para que hagan operar sus casos cuanto antes, pues son ellos los que están y estarán mañana en contacto directo con los enfermos al aparecer los primeros síntomas del mal. Por desgracia los médicos no creen en la curabilidad operatoria y se explica fácilmente su idea porque ellos nunca han curado un cáncer operándolo, ni siquiera viéndolo operar. Ahora que el radio está de moda mandan los enfermos a conseguir sus aplicaciones, cosa que ellos aceptan con mayor agrado que una intervención sangrienta por razones de fácil comprensión.

El profesor se lamenta de que apenas se presenten a la clínica un quinto de casos favorables, es decir, de quiénes se puede esperar una curación completa.

La estadística de casos operados en el hospital BROCA durante los años 1924, 25 y 26, o sea de cinco años atrás, es la siguiente: entraron 185 cánceres del cuello, de los cuales sólo 28 eran buenos casos: bien móviles, limitados, indoloros, dentro de los primeros tres meses. Los casos medianos y los graves no son considerados en esta cuestión. 68 enfermos inoperables, enviados al radio y 125 operados.

Ha tenido 15 por ciento de buenos casos sobre la cifra total y 22 por ciento sobre los en-

fermos operables. De éstos 78 por ciento han sido operados en condiciones mediocres, lo que no ha impedido tener unos 30 curados radicalmente. Luego una séptima parte de operados en buenas condiciones, 6 séptimas llegados muy tarde. De los 28 casos buenos, uno ha sucumbido por la operación; 2 salieron del hospital en buen estado, pero no se vieron más; probablemente no volvieron a sufrir; 8 se han estado viendo en un período de dos a cuatro años, siempre bien. La recidivas se presentan generalmente a los seis meses, un año, 18 meses a más tardar. Se cuentan entonces estos ocho casos como curados.

Taine muestra su estadística así:

1 muerto sobre 28 ca-
sos 3.58%
2 recidivas.....11.11%
15 curaciones durables 83.33%

Sumando las dos estadísticas:

2 muertes operatorias
sobre 46 4.34%
2 recidivas sobre 44 . 4.54 %
40 curaciones s o b r e
44..... 90.90%

Aunque no quieran creerlo, la realidad es ésta, porque al principio el cáncer no ha invadido los ganglios pélvicos, en cuyo caso la batalla está perdida.

La histerectomía amplía: estirpación total del útero, de la porción superior de la vagina y del perimetrio cervical es de elección. Es una operación muy amplia por una lesión muy re-

ducida. La técnica de Wertheim es la empleada siempre con el taponamiento del drenaje de Miculickz.

Influye, indudablemente, en el éxito operatorio, la capacidad del cirujano. No serán sino los individuos entrenados en la cirugía pelviana los autorizados para hacer una operación de tamaño categoría.

La campaña contra el cáncer debe tener por base la educación de los médicos generales y estudiantes para que diagnostiquen el cáncer precozmente y lo hagan operar al instante. Cada uno contribuirá de esa manera a rescatar muchas vidas que fatalmente se hubieran perdido.

El radio no ha dicho su última palabra, la cirugía sí. Operado precozmente el cáncer, cura en el 90 por 100 de los casos.