

VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

Litiasis biliar. — Los diversos problemas que suscita la litiasis biliar y que interesan hoy a los médicos, han sido expuestos y discutidos en el *Congreso Internacional de Vichy*.

N. FIESSINGER expone el papel del hígado en la *patogenia de la litiasis biliar*; dice que la tendencia actual no es admitir un origen patogénico exclusivo, infeccioso, mecánico o dinámico, sino que evoluciona hacia un concepto ecléctico, en el que se combinan factores múltiples. La litiasis es el último término de un proceso complejo hepatovesicular. El papel del hígado está demostrado por la existencia de la litiasis hepática y de la litiasis que puede observarse después de las colecistectomías. Su primer papel es la formación del núcleo calculoso, aquel núcleo pigmentario que existe, conforme ha mostrado Rowsing, en el centro de todo cálculo y que encontramos incluso en los cálculos llamados colesterinicos puros; el segundo papel es el referente a la precipitación del colesterol, que sin duda alguna favorece, conforme lo creía ya CHAUFARD, mediante una excreción insuficiente de sales biliares. Con respecto a este último punto, hay quizá un trastorno humoral general, denominado a veces diátesis colesterínica, pero que, como causante del mismo, el hígado desempeña con toda seguridad un papel predominante. En cuanto a la vesícula, es no solamente un foco de concentración y un lugar de estancación, sino también a

veces el asiento de la infección. Marcelo BRULE por una parte. HARVIER y CAROLI, por otra, estudian las *ictericias de la litiasis*. Marcelo BRULE describe las ictericias por litiasis de la vía principal, *ictericias mecánicas*, cuya existencia ha podido ser, equivocadamente, discutida, y que son debidas a 3a obstrucción por el cálculo, completada por el edema inflamatorio de las paredes coledólicas. HARVIER y CAROLI describen las *ictericias por hepatitis*, ictericias graves o ictericias benignas, que se observan en la litiasis; en esta variedad de ictericia que durante la intervención quirúrgica, no encontramos en el colédoco ni cálculo, ni bilis, y que si practicamos una biopsia hepática, comprobamos la existencia de lesiones celulares, comparables, en los casos graves, con las que se observan en las atrofias agudas del hígado.

El tratamiento médico ha sido estudiado por M. OHIRAY y I. PATEL, E. CHABROL. P. ABRA MI, F. UMBER, PIERY y MILHAUD. CHIRAY y PATEL estudian el *drenaje de las vías biliares*, mostrando que se han obtenido buenos resultados en las litiasis simples de la vesícula, a veces en la litiasis vesicular infectada también, en la litiasis del colédoco y, mayor frecuencia aun, después de la colecistectomía. E. CHABROL estudia la acción de los *medicamentos coleréticos*, es decir, de los medicamentos que no obran sobre la excreción biliar.

como los colagogos, sino sobre la secreción biliar, que aumentan, y P. ABRAMI, estudia la acción de los medicamentos de las vías biliares. F. UMBER expone el tratamiento con la *insulina-glucosa*: muchas lesiones celulares hepáticas son debidas a una autólisis producida por la desaparición del glucógeno, agente protector de la célula contra las toxinas, los **venenos**, y de los fermentos segregados por esta célula; procura aumentar el glucógeno de la célula hepática, y para ello administra simultáneamente insulina y glucosa. Ahora bien, en la litiasis existen lesiones degenerativas graves del hígado, y F. UMBER recomienda la insulínaglucosa, ya como tratamiento corriente, ya como tratamiento pre o postoperatorio.

PIERI y **MILHAUD** tratan de precisar el modo de **obrar** de las *aguas minerales* sobre el estado y sobre las funciones vesiculares. **DELHERM** Y **DAUSSET** precisan la acción sedante y las indicaciones de la *diatermia* en la litiasis biliar.

Una parte importante de la discusión fue la referente a las *secuelas de colecistectomía*. **J. VÍCTOR DONNET** confirma, mediante investigaciones experimentales, la opinión generalmente admitida que la extirpación de la vesícula no es un acto indiferente: ha comprobado que la colecistectomía va acompañada de una imperfección en el metabolismo de las grasas y de las substancias nitrogenadas y que aumenta la virulencia de la flora microbiana intestinal: la extirpación de la vesícula sólo está indicada cuando la función

vesicular está profundamente alterada.

El estudio clínico de las *secuelas de la colecistectomía* fue expuesto por David "WILKE, A. GOSSET y D. PETIT DUTAILLIS GASTÓN GIRARD. Numerosas son estas secuelas: trastornos debidos a la coexistencia con otra afección, úlcera duodenal, apendicitis, etc.; trastornos debidos al estado anterior del hígado y del páncreas, y probablemente a la supresión del reservorio contráctil; trastornos dispépticos y trastornos neurovegetativos; evolución de cólicos hepáticos, hepatitis icterígena, ictericia por obstrucción; perivisceritis en forma de periduodenitis o de pericolitis. Estos trastornos reclaman: los primeros, un tratamiento médico e hidrológico, que deberá ser instituido después de la colecistectomía; los últimos, un tratamiento quirúrgico, teniendo siempre presente que en las perivisceritis no debemos apresurarnos en intervenir, pues muchas veces aparece una mejoría espontánea.

En contra de la opinión generalmente admitida, que la extirpación de la vesícula no deja de tener, desde el punto de vista fisiológico, inconvenientes, **D. WILKIE** cree que en los seiscientos cincuenta casos que ha examinado, no puede ser atribuida a esta extirpación ninguna consecuencia desagradable bien definida; según él, la persistencia de los trastornos después de la operación es debida a una operación incompleta. No obstante, la *colecistostomía* que, durante estos últimos años parecía estar casi completamente abando-

nada y substituida por la colecistectomía, vuelve a ser empleada a causa precisamente de la existencia de estas secuelas: B. DESPLAS y J. MEILEERE precisa las indicaciones.

DIVERSOS. — La descripción de la *crisis biliosa*, abandonada en Francia, pero conservada por los anglosajones (**bilious attack**), es de nuevo estudiada por M. CHIRAY y R. GEROLAMI. Crisis de veinticuatro a cuarenta y ocho horas de duración, está constituida por vómitos biliosos, muchas veces abundantes, diarrea biliosa o cefalea. CHIRAY y GEROLAMI amplían mucho la etiología de estas crisis: colecistotomía, colecistitis crónica, liatiásica o no, congestión hepática, muchas veces en relación con la estasis intestinal, estenosis duodenales infravaterianas, afecciones renales dolorosas, afecciones uteroanexiales, enfermedades del sistema nervioso,

tumor, epilepsia, tabes, desequilibrio neurovegetativo, disfuncionalismo, endocrino, etc.

Estudiando J. M. MARSHALL los *tumores de las vías biliares*, ha visto que en 43 por 100 de los casos había cálculos. Este factor etiológico, en el cáncer de las vías biliares, debe ser relacionado con lo que se observa en el cáncer de la vesícula. P. F. SHAPIRO y R. A. LIFVENDAHL del estudio de quince casos de tumores de las vías biliares, de los cuales doce cánceres, deducen que el cuadro clínico nada tiene de característico: la ictericia no es siempre el primer síntoma, ni tampoco el síntoma dominante, su aumento no es siempre progresivo y puede no ir acompañado de dolores. Muchas veces los focos metastásicos constituyen las primeras manifestaciones clínicas.

La ascariidiosis de las vías biliares, de la que HECKENROTH

publica un estudio de conjunto, es conocida desde hace mucho tiempo: puede producir crisis dolorosas del tipo del cólico hepático, obstrucciones icterígenas, y también infección, que puede llegar hasta el absceso del hígado. ISHIYAMA refiere dos casos, de forma icterica, de los cuales uno iba acompañado de litiasis.

En otra observación de colecistitis parasitaria con ictericia, la vesícula no contenía ascárides, pero sí huevos de distoma japonicum, y había también un cálculo en el cístico.

P. CHANTRIOT refiere un caso de peritonitis subhepática por perforación de la vesícula biliar, en un enfermo en cuyo intestino había un gran número de *giardia intestinalis*. Cree que las lamblias han ejercido una acción patógena importante, preparando el camino al colibacilo, habiendo el enfermo curado, después de la intervención, gracias a una vacunación anticolibacilar.

La existencia de *pancreatitis crónicas o agudas*, secundarias a vías biliares, es bien conocida. J. A WOLFER, se pregunta si en algunos casos el jugo pancreático ejerce un cierto papel en la producción de afecciones vesiculares. Operando un enfermo afecto de pancreatitis subaguda, ha visto una colecistitis cuyo aspecto era el de una colecistitis flemonosa aguda; pero el contenido de la vesícula y de las vías biliares era estéril. Cree que la alteración vesicular era debida a la acción del jugo pancreático que habría refluído hasta la vesícula; experimentalmente, inyectando jugo pancreático

en la vesícula, provoca la aparición de lesiones vesiculares de tipos anatómicos diversos.

B. DESPLAS y J. DALSACE, que con el nombre de *bilis negra* han descrito un síndrome anatomoclínico, caracterizado por trastornos digestivos y psíquicos y por la presencia de bilis negra, generalmente aséptica, en la vesícula biliar, afirman la existencia del mismo síndrome en casos de litiasis biliar, en los que el drenaje quirúrgico ha confirmado su opinión del origen hepático y no vesicular de esta bilis negra.

Fisiopatología.—E. CHABROL, CHARONNAT, MAXIMIN Y WAILTZ, han estudiado experimentalmente la acción colorética y diurética de la *alcachofa*, acción de muy antiguo conocida y resuscitada por BREL. Han comprobado la realidad de esta acción: después de inyección intravenosa de extracto, la producción de bilis ha sido triple o cuádruple. Otros compuestos ejercen la misma acción. Esta acción común sería debida, no a las sales de potasa, como se había creído, sino a la presencia de cuerpos de función fenólica.

La *colesterina* se encuentra en cantidad elevada en la bilis vesicular; para explicarla se han propuesto dos hipótesis; o bien la vesícula absorbiendo en una cantidad menor la colessterina que los demás elementos de la bilis, la colessterina se mantiene en una cantidad más elevada, o bien la pared vesicular segrega colessterina. Apoyándose en trabajos recientes y en investigaciones personales, M. CHIRAY y J. HESSE adoptan esta última hipótesis.

Colecistografía, Intubación duodenal. — La exploración de la vesícula, en especial mediante la colecistografía y la intubación duodenal, ha continuado siendo objeto de numerosos trabajos. L. BERARD y P. MALLET GUY, han efectuado estudios de conjunto desde el punto de vista quirúrgico, así como también R. GILBERT quien expone los métodos radiológicos de exploración en la litiasis y la ictericia litiásica, haciendo una **distinción** entre: 19 El método directo (radiografía sin preparación); 29 La investigación de los signos indirectos, después de ingestión de papilla opaca; 39 La colecistografía; 49 La hepatografía; 59 Los métodos conjuntados, y asimismo F. FISLER Y G. KOPSTEIN.

Los métodos por *ingestión bucal* y por *ingestión intravenosa* tienen partidarios. D. S. BEILIN y G. D. CARLSON, S. J. HAWLEY, prefieren el método por **ingestión** bucal, cuyos resultados son casi siempre muy satisfactorios, y, en cambio, las reacciones son menos desagradables. L. HITZROT y E. PENDERGRAS expresan la misma opinión, y tan sólo utilizan la inyección intravenosa en los casos dudosos. En cambio, M. BERMOND, MENOURS AUGUSTE creen que la vía venosa es muy superior a la bucal, dando imágenes de repleción vesicular en casos en que la vía bucal no los da, que siguiendo una buena técnica se evitan las reacciones y no se observan los trastornos digestivos tan a menudo producidos por la ingestión bucal. P. B. DAVID-

SON, F. BIGURIA y J. ROSENTHAL, emplean una técnica mixta asociando las vías bucal e intravenosa.

Consecutivamente a interesantes investigaciones sobre la eliminación de la tetrayodofenoltaleína por el hígado, en el hombre, M. CHIRAY, J. LESAGE y E. TASCHNER recuerdan' que "la colecistografía negativa no siempre debe ser interpretada como un signo de afección vesicular grave, porque hay que tener en cuenta la parte del hígado que debe asegurar la eliminación yodada, y la de las modificaciones de la mucosa colecística, que asegura de un modo más o menos perfecto la concentración, y después la fijación del yodo."

Los *estimulantes de la contracción vesicular*, empleados en la intubación duodenal, o como conclusión del estudio colecistográfico, son numerosos. R. de GRAILLY da la preferencia a los *Cuerpos grasos*, que parecen ser más activos que las soluciones magnésicas, crema, yema de huevo y sobre todo los aceites, en especial el de olivas; este último ejerce también una acción terapéutica en las afecciones vesiculares, utilizada desde larga fecha. L. LEVYN propone substituir las comidas grasas por una *emulsión de lecitina*, que tiene la ventaja de poder ser administrada a pequeñas dosis (10 c. o y ser eliminada inmediatamente del estómago, sin retardar el peristaltismo, todo lo contrario de los cuerpos grasos.—*De Le Monde Medical.*

Afecciones Médicas que complican la Gestación

Vómitos graves. — R. LEVEN expone en su tesis, en la que ha puesto un prefacio RUDAUX, el método terapéutico ideado y repetidas veces expuesto por G. LEVEN contra los vómitos graves del embarazo. Es imposible resumir este trabajo en pocas líneas. Digamos tan sólo que desde el empleo de este método, RUDAXIX dice no haberse encontrado ya desarmado en presencia de vómitos incoercibles y que con la aplicación integral de este método, no ha tenido que recurrir nunca a provocar un aborto terapéutico.

BRINDEAUX y LANTUEJOUL tampoco han tenido que recurrir nunca más al aborto desde 1919. Es posible que las formas muy graves sea más raras que antes, pero no creemos en la virtud específica de tal o cual tratamiento. Precisa reconocer que una vigilancia general de la mujer embarazada impide la aparición de vómitos graves, y que una vez constituido el síndrome, cede, en la mayoría de casos, con un tratamiento simple, ante todo de orden psicoterápico (*aislamiento completo*), y luchando además contra la deshidratación, el estreñimiento, el insomnio y la hipertensión.

En apoyo de lo dicho por BRINDEAUX y LANTUEJOUL, podríamos citar el eclecticismo terapéutico de los diferentes autores que han obtenido también éxitos.

SPEDER refiere nueve casos de vómitos graves en los que se obtuvo la curación con una irradiación del simpático de la re-

gión dorsolumbar, con los rayos X (dosis no superior a 500 R). Después de un recrudecimiento de los vómitos, hacia la sexta hora, la mejoría empieza a partir de las doce a las veinticuatro horas, y los vómitos desaparecen siempre, después de cuarenta y ocho horas. Asimismo, han curado un caso de corea gravídica.

Con motivo de una observación interesante, PAUCOT y GELLE muestran la dificultad de apreciar el valor de un tratamiento, y han puesto de relieve cuan discutibles son las indicaciones consideradas como formales de interrupción del embarazo. Debemos ser muy eclécticos con el tratamiento, y sobre todo la convicción real o aparente del valor de estas prescripciones, no debe dejar adivinar a la enferma y a sus deudos duda alguna, pues tratándose de vómitos gravídicos, constituye un elemento de éxito.

H. PIGEAUD y ANDRE estudian el valor pronóstico de la curva representativa de las variaciones del coeficiente de MAILLAR DAN los vómitos graves:

1- Cada vez que la curva representativa del coeficiente de imperfección ureogénica sube de un modo progresivo y llega a rebasar las cifras 25 o 30, trátase siempre de un síndrome de vómitos sumamente graves, a propósito del cual puede pensarse en una interrupción del embarazo;

2- Por el contrario, cada vez que esta curva descienda con regularidad, cualquiera que sea su punto de partida inicial, la enferma va hacia la curación.

Este es sólo tiene un valor completo cuando se une a los demás elementos de pronóstico buscado en las enfermas afectas de vómitos graves de la gestación.

Tuberculosis y gestación. — La importante cuestión de la interrupción del embarazo en la tuberculosis pulmonar ha sido estudiada por BRINDEAXJ y por COUVELAIRE.

Ambos están de acuerdo en decir que las indicaciones de esta interrupción deben ser consideradas como muy raras, que en todo caso nunca debe ser practicada después del cuarto mes y, finalmente, que es muy difícil apreciar los resultados obtenidos en una afección tan variable en sus formas clínicas y tan caprichosa en su evolución como es la tuberculosis pulmonar. Esta dificultad de apreciación de los resultados explica su divergen-

cia de opinión en cuanto a las indicaciones.

M. BRINDEAU interviene en las razones que justifican la abstención. Entre 54 tuberculosas, han sido practicadas diez y seis interrupciones con tres muertes ulteriores; permaneció en la expectativa en treinta y ocho casos de los cuales veinticinco han muerto después.

M. COUVELAIRE expone todas las razones que justifican la abstención; si hay agravación positiva, la interrupción es ineficaz, y si la agravación es tan sólo aparente, es inútil. Por el contrario, ha practicado, aún cuando de un modo excepcional, la interrupción del embarazo en las enfermas convalescientes de brotes evolutivos graves y recientes, pero anteriores a la fecundación y más especialmente a aquellas

en quienes las gestaciones se sucedían de un modo subintranse, con objeto de que una nueva gestación no viniera a perturbar la estabilización de sus lesiones. Entre once abortos practicados en estas condiciones, tres enfermas murieron, seis, doce y catorce meses después; dos han sido perdidas de vista siendo de temer que hayan muerto también.

Los tratamientos médicos son nuestro recurso menos falaz. Independientemente del neumórax artificial, será quizás conveniente emplear la crisoterapia que León BERNARD ha mostrado los buenos efectos en algunos casos.

GAUJOUX y BOISSIER estudian la *meningitis tuberculosa* durante el embarazo. A propósito de una observación personal, estudian las observaciones por COUVELAIRE y LACOMME y las que han podido recoger (veinticinco en total). Muestran la frecuencia de los errores de diagnóstico y confirman que la meningitis no favorece en modo alguno la aparición del parto. Es especialmente nociva para el feto que casi siempre está contaminado *in útero*. La cesárea practicada en los casos en que el niño parece viable sólo pocas veces permitirá que el feto salga vivo.

Fue en un niño hijo de una mujer afecta de meningitis tuberculosa, que VORON, PIGEAUD y PIZERA han observado, un mes después del nacimiento, una granulía anatómica y experimentalmente comprobada. Este hecho viene en apoyo de las ideas expuestas por COUVELAIRE y LACOMME. Estos autores

han expuesto también, otro caso de tuberculosis congénita con presencia en la sangre de bacilos de Koch virulentos para el cobayo.

Sífilis y gestación. — CLEISZ estudia las lesiones de sífilis recientes en la mujer embarazada, mostrando que el chancro genital, los accidentes cutáneos mucosos y los trastornos generales son especialmente intensos en la mujer embarazada y experimentan una regresión una vez ha nacido el feto. El tratamiento de la mujer sífilítica embarazada debe ser intensivo y continuo: el tratamiento mercurial, por su acción diurética, sólo tiene interés en las albuminúricas (MILLIAN). El bismuto liposoluble, recomendado por M. PINARD y por G. SAUPHAR permite un tratamiento ambulatorio, y está también indicado en caso de sífilis arseno resistente o de intolerancia para el arsénico. Pero el tratamiento arsenical continúa siendo el tratamiento de elección por vía venosa o intramuscular.

Otro punto estudiado por CLEINZ es el de las complicaciones de orden distócico provocadas por un chancro, o una lesión secundaria o una esclerosis pura del cuello y del segmento. Prácticamente, el chancro del cuello impide que éste llegue a tener una dilatación suficiente, excepto en casos de feto muy pequeño o de chancro a una pequeña porción del cuello. Vémonos entonces obligados a intervenir e incluso a veces por vía alta a pesar de las malas condiciones del feto. *Pielonefritis.* — Según L. LE

LORIER la profilaxia de las *colibacilosis de la puerperalidad* se resume en estos tres términos: vigilancia del intestino, vigilancia del aparato urinario, refuerzo de las defensas del organismo, mediante el empleo de la vacuna anticolibacilar.

En cuanto al tratamiento, dejando de lado el régimen y el tratamiento intestinal, **deberemos** empezar por el medio más sencillo y al alcance de todo práctico, la distensión vesical, sin perjuicio de recurrir, en caso de fracaso, al cateterismo uretral.

ANDERODIAS, que ha estudiado las manifestaciones clínicas, insiste en su frecuencia mayor desde la guerra, aún teniendo en cuenta el hecho que sabemos reconocer mejor las pielonefritis gravídicas. Su pronóstico continúa siendo favorable y, en treinta años de práctica obstétrica, todos los casos que ha observado han curado. Si durante el embarazo algunos resisten a los medios empleados, **podemos** decir que todos ceden después de la evacuación uterina o en el puerperio, por más que vemos a veces repetirse los accidentes en los embarazos ulteriores.

Según HELD, toda pielonefritis gravídica reclama un control riguroso del funcionalismo re-

nal. Le sirven de guía tanto los signos clínicos como los exámenes de laboratorio (urea sanguínea, pruebas de eliminación y de concentración).

Junto a los fenómenos sépticos clínicos, el resultado de los hemocultivos proporciona datos preciosos para el estudio de la infección. En todos los casos rebeldes, el examen radiológico es indispensable.

Insiste en la ictericia y la cianosis observadas constantemente en los casos algo graves.

Desde el punto de vista terapéutico si el tratamiento médico es incipiente, se practicará el drenaje de la pelvis durante uno o varios días eventualmente con instilación de bactecoliphage.

Si el drenaje no produce la remisión de los fenómenos sépticos, o si existe una insuficiencia renal que no cede rápidamente con el tratamiento médico (suero glucosado hipertónico intravenoso), sería conveniente intervenir sobre el riñón a condición que el proceso sea unilateral. Si los dos riñones están afectados, por temor de bloquearlo con una intervención bilateral, será preferible interrumpir el embarazo, mediante el aborto terapéutico en los primeros meses del embarazo, y por histe-

rotomía durante la segunda mitad del embarazo.

Nefrosis lipóidica. — E. LEVY SOLAL y M. MAYER, a propósito de un caso personal, estudian la identidad de este síndrome de nefrosis, su etiología y las relaciones de la nefrosis con la gestación. Recuerdan que la existencia de accidentes tóxicos graves en ausencia de toda albuminuria, de toda hipertensión o de toda hiperazotemia premonitoria debe inducir -a investigar todos los tests susceptibles de iluminarnos, en especial los signos humorales tales como la hipocalcemia y la hipoproteinemia.

Distocia. — *Hemorragias que complican la gestación y el parto.* — Los principios actuales del tratamiento de *la placenta previa* son estudiados por la señorita VERSINI en una tesis fundada en numerosos documentos clínicos.

El tratamiento obstétrico, caracterizado esencialmente por la rotura amplia de las membranas, basta casi siempre para dominar la hemorragia (inserción lateral, hemorragia de importancia variable pero aislada, sin distocia sobreañadida.)

Pero en los demás casos, la cesárea ha permitido mejorar el pronóstico, tanto materno como fetal. Apesar de todo sus indicaciones son limitadas: 1° a los casos en que el diagnóstico de *placenta previa* ha podido ser hecho al principio del parto; 2° en las *hemorragias graves*, ya muy abundantes desde un principio, ya repetidas sin alteración grave del estado general, sobre todo si se trata de una primípara en la que los métodos obstétricos no permiten pensar en

una datación rápida del cuello; 3° en las *distocias complejas*. El valor del niño la edad de la mujer, su paridad, el número de hijos vivos desempeña un papel en la indicación operatoria.

El método de elección parece ser la cesárea baja, que practicaremos conservadora en una primípara joven que sangra por primera vez y en la que no existe ningún peligro de infección. AUTEFACE, BERMELIN y HAMANT, TRILLAT, AUDEBER y ESTIENY han referido varios casos.

La cesárea mutilante está indicada :

1- *En caso de hemorragia muy grave* y cuando el estado general hace que la mujer no pueda tolerar una nueva pérdida de sangre. Tan sólo la histerectomía es entonces capaz de conseguir una hemostasia rápida y absoluta. Sobre este punto ha insistido GAUTRET;

2- *En caso de infección latente o confirmada;*

3- Cada vez que un síndrome hemorrágico grave aparece en una mujer cuyos antecedentes hacen menos penible la mutilación (múltipara de alguna edad con varios hijos vivos).

La histerectomía es pues en algunos casos el método de seguridad que tiene la ventaja de poner al abrigo de los riesgos de infección, por una parte, y por otra da la déla posibilidad de la hemorragias secundarias, contra las cuales el taponamiento uterino se ha visto era insuficiente y hasta peligroso (GAUTRET)

El método de Delmas, a pesar de sus inconvenientes en las mujeres hipotensas y anemiadas.

conserva sus partidarios, y LAMBERT ha referido tres casos seguidos de éxito desde el punto de vista materno, pero en el curso de los cuales dos niños entre tres murieron.

Distosia en las mujeres obesas.

A. FRUHINSHOLZ muestra que independientemente de la distosia de hombros puede observarse en algunas multíparas y en especial en las multíparas obesas una distosia de encajamiento caracterizada por el hecho de que después de la dilatación completa y rotura de las membranas la cabeza permanece en el estrecho superior.

M. LACOMME y F. LEPAGE insisten en el hecho que la distosia a veces sumamente grave que se ha observado en las obesas, es casi siempre, imprevista y cuya revelación progresiva durante el parto sólo nos lleva demasiado tarde a apreciar de un modo exacto la situación, cuando las condiciones operatorias son ya desfavorables. FRUHINS-HOLZ dice que la conducta que debe observarse en estos casos no deja de ser embarazosa. La cabeza debe ser bien vigilada durante los instantes después de la rotura de las membranas con dilatación completa. Hay enton-

ces un momento muy corto en el que si el feto no es muy grande y si toma mal el camino, la versión interna tiene algunas probabilidades de éxito. Transcurrido este plazo, sería preferible diferir toda intervención, instituir una prueba del trabajo suficiente, hasta donde lo permita la multiparidad, para acá bar según los progresos obtenidos durante la expectación, por una aplicación de fórceps o una cesárea supra sinfisaria. El estudio de diez y seis observaciones personales lleva a LACOMME y LEPAQE a conclusiones análogas. Estos autores dicen que las intervenciones son casi siempre graves en las obesas porque en ellas las dificultades sea casi siempre mayores de lo que se había previsto *a priori*, y porque su duración excesiva muchas veces produce consecuencias graves en enfermas que toleran mal una anestesia prolongada. De modo que *en lo posible* sólo deberemos practicar operaciones bien regladas y cortas.

Fibromas. H. BOMPART estudia la *histerectomía abdominal por fibromas durante el embarazo*, intervención de excepción por cuanto elimina por completo

la histerectomía por fibroma seguida de cesárea cerca del parto. La indicación operatoria se reduce en más de la mitad de los casos de los accidentes graves de compresión que fuerzan la mano del cirujano. Proviene a veces también de accidentes graves hemorrágicos o infecciosos relacionados con un aborto, y más rara vez con una alteración rápida del estado general en relación con fenómenos tóxicos debidos a la necrobiosis del fibroma. Muchas veces también, la intervención es practicada sin que se haya diagnosticado el embarazo incipiente

Las indicaciones de la histerectomía abdominal por fibroma derivan de la imposibilidad de la miomectomía. Tan sólo ha sido practicada en un cierto número de casos muy limitados por cierto con excelentes resultados: mortalidad poco elevada, complicaciones post operatorias excepcionales.

Las conclusiones de MATVEIEFF son completamente análogas: según él todo método operatorio durante el embarazo que

no tienda a la conservación del útero sólo de un modo excepcional estará indicado.

A propósito de tres casos de roturas, durante la gestación, de úteros en los que había sido ya practicada la cesárea, casos expuestos a la Sociedad de Medicina Legal, DEVRAIGNE insiste en las formas insidiosas. Independientemente de los casos en que existe una causa clínicamente revelable de rotura, independientemente de toda inyección de hipófisis, puede observarse este accidente.

Las observaciones de este tipo son numerosas. La única particularidad etiológica que puede a veces encontrarse es la existencia de una raspado en los antecedentes.

La rotura de un útero anteriormente intervenido por cesárea es muchas veces insidiosa y se traduce por un dolor abdominal vago, mal localizado no perdiendo sangre la mujer no habiendo forzosamente hemorragia interna, el útero puede ser palpado y parecer normal, vacío. (Del Monde Medical.)