

# Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona

(Mes de Enero de 1953)

Día 13. — El académico numerario Dr. D. Francisco SALAMERO, presenta una comunicación sobre *Contusión abdominal. Casos clínicos*. Son tantas las variedades y tantos los mecanismos por los cuales se pueden producir las contusiones, que sería interminable su enumeración, por lo cual se limitará la exposición a unos puntos determinados.

En una herida por arma blanca, ya se sabe que hay que intervenir operatoriamente, y lo mismo ocurre en una herida por proyectil, según sea su dirección; pero no es tan fácil decidir lo que deba hacerse en un caso de contusión, pues puede ocurrir que aparentemente parezca que no haya lesión de importancia y, en cambio, haber en el interior lesiones graves, o que, por el contrario, con un exterior muy aparatoso, en el interior no ocurra nada grave.

Otros hechos merecen un comentario, y entre ellos las dificultades que se presentan ante la necesidad o no de practicar una transfusión sanguínea; muchas veces esta intervención, aparentemente innecesaria, ha salvado la vida del individuo.

Cita el conferenciante cuatro casos, que corresponden a lesiones de hígado, bazo, vejiga urinaria e intestinos. Por lo que respecta al hígado, expone la historia de un soldado de caballería que, al saltar un obstáculo, cae del caballo y es conducido al Hospital Militar. Individuo pálido, con síntomas de anemia y dolor agudo. Tiene, efectivamente, una contusión abdominal. Se ha dicho muchas veces que las contusiones abdominales pueden dividirse en dos grupos; pero esta afirmación no es exacta, como lo demuestra este mismo caso, ya que presentaba una contractura muscular intensísima y rotura de hígado. Este enfermo tenía contractura y la operación reveló una víscera hematizada y fuerte hemorragia; se practicó un taponamiento, más tarde drenajes y, después de un curso más o menos accidentado, curó.

Otro caso se refiere a un sujeto que recibe una fuerte contusión en la región tóraco-abdominal izquierda, y el médico que le asiste, ante un hombre pálido con pulso frecuente e hipotenso, cree que se trata de un shock.

Se le practica una transfusión, que de momento le reanima, pero más tarde vuelve a ponerse mal y se ve que no se ha recuperado. Este individuo presenta también una contractura de defensa en la región del hígado y tiene dolor en el lado izquierdo. No encontrándose nada en la palpación, se sospecha que puede estar lesionado del riñón; se le invita a orinar y la orina sale de color marrón. Presenta también dolor en la zona tóraco-iliaca derecha. ¿Cómo se explica que haya recibido la contusión en el lado izquierdo y aqueje el dolor en el derecho? Los cirujanos lo saben bien.

Un muchacho de 22 años es diagnosticado de apendicitis aguda; se le hace un contaje y se le encuentran 22.000 leucocitos y tiene temperatura de 37,8°. El caso parece claro. Sin embargo, al palpar el vientre se notan espasmos, se le practica una raquí, se abre el vientre, sale un líquido seroso característico y se ve que se trata de una perforación de estómago, cuyo primer síntoma no fué el de la típica sensación de puñalada, ya que el dolor más intenso fué el de la parte interior del abdomen.

Por lo que respecta al bazo, refiere el caso de un individuo que había sufrido una fuerte contusión en el lado izquierdo. Al intervenirle se encuentra, efectivamente, todo el abdomen inundado de sangre. La zona subhepática es un verdadero río que no da tiempo a meter los aspiradores; se explora bien y se ve que en el parénquima no hay nada, como tampoco en el pedículo; al introducir la mano en el hipocondrio se encuentra el bazo partido por la mitad.

El tercer caso corresponde a un individuo, carretero, que al encabritarse el caballo le da un golpe con la pata en la fosa iliaca derecha. Al llegar al Hospital, entra contracturado y con la pierna doblada. No se observa nada, pero al poner las manos sobre el abdomen se nota una gran resistencia, que va disminuyendo hasta llegar al nivel del hipocondrio, donde puede hundirse la mano fácilmente. Al abrirle se encuentra un asa en la porción libre, perforada. Se sutura y el enfermo se recupera.

Un cuarto caso es el de un sujeto que, yendo en bicicleta, dobla una esquina y se tira contra el brazo de una tartana, recibiendo una fuerte contusión en la parte baja del vientre; es conducido en camilla al Hospital, donde entra con aspecto casi normal, tanto que él dice no comprende por qué le han traído. Al descubrirle se le encuentra un bulto en la pared, que se reduce fácilmente, pero vuelve a salir; como se trata de un traumatismo producido poco antes, nos decidimos a abrirlo y encontramos los intestinos intactos, pero con un derrame abundante de líquido seroso; inspeccionando el campo, se encuentra una rotura de vejiga, pero sin contractura. El líquido derramado era orina salida de la vejiga llena, que estalló en el momento del topetazo y, como ya es sabido, se rompió por

la parte superior, que es la menos resistente. Se pudo haber cerrado la herida, pero no se hizo y se aplicó un Miculikz, porque, dice el conferenciante, es un método más seguro que el de confiar demasiado en los antibióticos.

Se refiere luego al problema de la transfusión sanguínea, que puede presentar complicaciones. A este respecto, cita el caso de una enferma atropellada por un tranvía, que al llegar al Hospital tenía su pierna sostenida solamente por un trozo de media y pequeños trozos de piel. Presentaba shock, hemorragia y atrición muscular. Se empieza la intervención y el transfusor no encuentra la vena; busca entonces la safena, pero el trocar atraviesa la vena porque está vacía; se busca la yugular y tampoco se puede introducir la aguja. Entretanto, terminaba el acto operatorio y la enferma estaba aparentemente muerta. Uno de los asistentes pide permiso para practicar la punción del esternón y por ella puede introducir 300 centímetros cúbicos de sangre; la enferma empieza a respirar, se le inyecta más sangre y empiezan a dibujarse las venas, por las cuales se practica una transfusión abundante y se salva la enferma. Se cita el caso de un enfermo rescatado por haberle practicado la transfusión directamente en el corazón; todo ello se expone para demostrar que muchas veces pueden resolverse dificultades que, a primera vista, pueden parecer insuperables.

De todo ello se deduce que la contusión abdominal no siempre es fácil de resolver, ya que en algunos casos las lesiones aparentes son mínimas y, en cambio, encierran mucha gravedad y, por el contrario, casos aparentemente graves, en estado de shock, que pueden hacer pensar en una hemorragia interna, se resuelven fácilmente.

El Dr. GARCÍA TORNEL pondera la importancia del tema, muy interesante para todos los cirujanos que tratan accidentes de trabajo. Opina que, ante un contusionado abdominal, debe pensarse siempre en lo más grave, con el objeto de que pueda resolverse mejor en bien del enfermo. El contusionado grave presenta el problema del shock y se ha de pensar en que pueda haber a la vez dos fases de shock, el peor de los cuales puede quedar enmascarado; esto obliga a explorar bien a los enfermos, para desenmascararlo, sobre todo cuando la contusión es en víscera vacía. Se ha de prescindir de aforismos, que muchas veces son causa de error.

No se muestra tan entusiasta como el conferenciante en el empleo de Miculikz a todo trance, pues en casos sencillos, como en las apendicitis no complicadas, no hay inconveniente alguno en cerrar. Insiste en la conveniencia de considerar siempre grave un contusionado de abdomen, para no tener más tarde sorpresas desagradables.

El Dr. SOLA SURIS comparte la opinión del conferenciante por lo que respecta a la dificultad de calibrar la importancia de una contusión abdominal, pues los síntomas pueden ser muy falaces. Son traumatizados que acarrear una gran responsabilidad, pues a menudo se trata de casos difíciles de diagnosticar y de resolver. Se muestra partidario de recurrir siempre a la transfusión, pues ella permite recuperar a muchos enfermos que, sin su auxilio, no se salvarían. Enfermos con presiones de 6 antes de empezar la operación llegan a 11 una vez terminada, gracias a la transfusión.

El Dr. PRIM ROSELL, después de felicitar al conferenciante por su interesante aportación, conviene con él en que no en todas las hemorragias se presenta el síntoma de la contractura, sobre todo si aquéllas son retroperitoneales. Cita unos cuantos casos en demostración de su aserto e insiste en que, en casos de difícil diagnóstico, es necesario que el cirujano vea al enfermo cada media hora y se practiquen los análisis convenientes para poder llegar a establecer un buen diagnóstico.

Cita la posibilidad de producción de apendicitis agudas por una contusión sobre la región apendicular y se refiere a la importancia de las contusiones abdominales en los individuos herniados cuando llevan braquero, en apoyo de lo cual cita un caso de contusión a nivel del vacío derecho después de la cual se presenta un abultamiento, pero sin ninguna señal en la piel. Practicada la laparotomía media, se encuentra un prolapso subcutáneo del intestino; la contusión había desgarrado la aponeurosis y dejado intacta la piel.

Día 13. — En este mismo día ocupa la tribuna el académico correspondiente Dr. SOLA SURIS para hablar de *Cuerpos extraños en el tubo digestivo y obstrucción intestinal*. Esta importante conferencia, en la que se expuso un curioso caso de un individuo de 40 años que, exhibiéndose en barracones de fiestas mayores simulando ser un fakir, tragaba todo cuanto se le ponía por delante. Estas exhibiciones transcurrieron tranquilamente sin ningún contratiempo por espacio de diez años, después de los cuales, y con motivo de una exhibición quizá más aparatosa, enfermó con un cuadro peritoneal que le obliga a guardar cama; pasa aquella borrasca, pero en el espacio de dos meses repite con rápida frecuencia el malestar, quizá cada vez con mayores dolores, hasta que por fin, después de un viaje un poco accidentado, se encuentra peor y va a parar al Hospital de Igualada. Aqueja vómitos, completa intolerancia digestiva, dolores en todo el abdomen y obstrucción intestinal; visto a la pantalla se observa la presencia de varios clavos junto al antepirollo y región duodenal y otros más bajos, en la región pelviana.

Ello obliga a la intervención, que hace necesaria una laparotomía media supra e infraumbilical; se encuentran los intestinos ligeramente distendidos y alguna adherencia fibrosa. El asa intestinal estaba fija en la pelvis en forma cuadrada a causa de múltiples perforaciones que, de manera crónica, había organizado pequeños focos fijos, de modo que, si bien los clavos permitían el paso del contenido intestinal, es evidente que el asa en forma de V era lo que provocaba el cuadro de obstrucción y lo que obligó a intervenir.

No se creía oportuno limitarse a efectuar la extracción de los clavos y hubo necesidad de practicar una resección intestinal de unos 20 centímetros a la distancia de unos 25 de la porción terminal del ileon.

En la porción pilórica del estómago y principio del duodeno se encontraba una masa móvil y una perforación de úlcera gástrica, atribuida a una crisis ocurrida doce años antes. Abierto el estómago se le encontraron también clavos, una cadena de 10 centímetros de largo y 1 de ancho, otra cadena en forma de culebra de 65 centímetros de largo, una leontina de reloj, otra cadena de mayor grosor, de 30 centímetros de larga, y otra de 14; pequeños fragmentos metálicos y varios clips para sujetar el pelo. Una de las cadenas que se tragó en una de sus exhibiciones no pudo presentarla el conferenciante porque aquella era de oro y fué reclamada judicialmente por su propietario.

Este caso explica hasta qué punto el cuerpo humano tolera cuerpos extraños, pues este individuo no tenía nada de robusto, ya que su talla era de 1,51 metros, pesaba 39 kilogramos y tenía 63 centímetros de perímetro torácico y 63 de perímetro abdominal.

En uno de los números anteriores de ANALES se halla expuesta la relación extensa de este caso.

Intervinieron en la discusión, aportando otros ejemplos parecidos, los Drs. SALAMERO, PRIM ROSELL, GARCÍA TORNEL y MALARET.

Día 20. — El académico corresponsal Dr. GUIX MELCIOR dió una conferencia que tenía por tema *Las modificaciones espectrográficas del suero humano irradiado in vitro*. Dice el conferenciante que su propósito es hacer la crítica de una serie de trabajos de autores alemanes que quisieron conmover las bases fundamentales de la radiología. Decían que las proteínas eran sensibles a la dosis usual de la radiación. Puede parecer, por métodos crioscópicos y engañosos, que dosis pequeñísimas de radiación alteran las proteínas del suero. Al mismo tiempo, ciertos efectos de las radiaciones se querían explicar por la formación de heteroproteína.

Para poder aclarar estas tesis sustentadas por aquellos autores ale-

manes, el conferenciante ha efectuado análisis más exactos y sensibles por el método espectrográfico, que ha contrastado con otros métodos más usuales.

Explica con toda clase de detalles en qué consiste esta clase de análisis y expone los fundamentos en que se basan las deducciones de los exámenes espectrográficos.

Se dijo que las mejorías que obtenían algunos enfermos tratados por irradiaciones aplicadas fuera de los centros vegetativos eran debidas a la formación de heteroproteínas; pero si in vitro no se forman, mal se puede creer que se formen in vivo. El sujeto escogido para el examen del suero era perfectamente normal. Interponiendo, pues, entre la luz y el prisma este suero normal al 1/60 se ve que la absorción se produce de una manera absoluta a partir de 3.900 A. Tiene valor saber que el punto en que absorbe la luz es 3.900 A.; de esta manera se sabe si un suero es normal o no.

El análisis espectrográfico in vitro es normal a las 200 ergs y sigue siéndolo a 2.000, pudiendo llegar a 30, 40 y 100.000 ergs sin que se produzca ninguna alteración. Para obtener una franca demolición de la estructura hemos irradiado con medio millón de ergs (a un enfermo de cáncer se le irradian 5.000 ergs). El suero irradiado con esta cantidad de 500.000 presenta cambios espectrográficos evidentes con aumento de la zona de transparencia de las sustancias albuminosas. A 3.950 A. absorbe la luz, por lo que el suero irradiado es transparente por completo.

Deben someterse a un juicio muy severo los estudios hechos por los alemanes sobre la aparición de heteroproteínas por efecto de la irradiación. Antes de lanzar una afirmación tan categórica quiso el conferenciante obtener otra confirmación con las pruebas de Foz y Gras mediante suero de conejo al que se le habían inoculado, por vía subcutánea, bruceas, siendo recogido suero después de un mes de inmunización. Tampoco por este método ha aparecido ninguna desviación por dosis pequeñísimas, siendo perfectamente equiparables a las obtenidas anteriormente.

Esto, pues, induce a pensar que lo que se produce es una reacción de aglutinación.

En definitiva, cabe afirmar que, según los trabajos llevados a cabo por el conferenciante por métodos biológicos y electroforéticos, no es cierto la supuesta sensibilidad de las proteínas a pequeñas dosis de radiación, cosa que, de serlo, hubiera conmovido los cimientos de la radiología.

El Presidente, Dr. COROMINAS, invita al conferenciante a dar la explicación de por qué los enfermos sometidos a la acción de los Rayos X

por largo tiempo, o a dosis elevadas, presentan, indudablemente, síntomas de astenia y otros trastornos, frecuentemente de aparato digestivo. A ello responde el conferenciante que estos casos, indiscutiblemente existentes, han de atribuirse a la destrucción importante de elementos hematopoyéticos que da lugar a la producción de leucopenias, que pueden ser las causantes de la astenia; pero ello no por destrucción de las proteínas del suero, sino por la destrucción de las células sensibles. Así, si se destruye un tumor por irradiación, el individuo absorberá las células destruidas, con lo cual se producirá una intoxicación. Cuanto más radiosensible sea el tumor, más intoxicación sufrirá el individuo, pudiendo llegar a producirse estado grave, pero no por destrucción de proteínas, sino por la gran destrucción que habrán sufrido las células tumorales.

Día 27. — En su primera aportación académica como miembro corresponsal, el Dr. PRIM ROSELL trata de *Consideraciones sobre el íleo biliar*. Empieza diciendo que el íleo biliar es una complicación poco frecuente de la coleditiasis. Hace historia de los pocos casos publicados a partir del primero, que fué en 1653, es decir, hace 300 años. Desde que se operan las coleditiasis ha disminuído el número de estas obstrucciones, que se considera que sólo se ven en un 0,30 a 0,40 % de los casos.

El ser tan raro hace que se diagnostique tardíamente y, por lo tanto, que se opere también muy tarde. Por lo general, el diagnóstico no se hace hasta después del sexto día de iniciada la obstrucción, y al operarse a los siete u ocho días sus resultados son catastróficos. Según los diversos autores, su mortalidad varía entre 30 y 75 %.

El haber tenido ocasión de asistir y operar tres casos, salvándolos todos, ha motivado al conferenciante a presentar esta comunicación, que dividirá en cuatro partes para ser más claro y conciso: 1.<sup>a</sup> Manera de producirse el íleo biliar. 2.<sup>a</sup> Cómo se diagnostica. 3.<sup>a</sup> Datos radiológicos. 4.<sup>a</sup> Cómo debe tratarse.

1.º El íleo biliar es una complicación de la litiasis biliar, pues según estadísticas, el 84 % entre 150 casos tenía antecedentes de litiasis biliar. Un autor norteamericano dijo que, para sufrir un cólico biliar debían tenerse seis F: Female, Forty, Fértile, Fathy, Flaby y Feer. O sea, que el enfermo de íleo biliar suele ser una mujer mayor gorda y fuerte que ha tenido bastantes hijos; por lo tanto, aunque no posea las seis F, sí podemos decir que se presenta preferentemente en mujeres de edad avanzada. Sólo se conoce un caso de una enferma de 25 años. Estos datos tienen importancia para el diagnóstico.

El íleo biliar se produce porque la enferma sufre una crisis de colecistitis aguda y la vesícula se adhiere a la porción duodenal, fraguándose una fístula colecística, que se traduce en clínica por un síntoma de despeño diarreico y una hemorragia premonitoria copiosa. Pero no siempre ocurre así, pues se han visto cálculos de gran tamaño que han podido pasar a través del coledoco y dar lugar al íleo, sin necesidad de producir la fístula. Para producir un íleo es preciso que el cálculo tenga unos 3 centímetros de diámetro y que, además, produzca lesiones en el intestino que den lugar a una contractura espasmódica.

2.º El íleo biliar se diagnostica bastante fácilmente, teniendo en cuenta que, en general, da lugar al cuadro de una oclusión mecánica del intestino delgado, que origina una triada de dolores en forma de calambres discontinuos que permiten seguir su movilización, de suerte que aquéllos son erráticos y discontinuos. Se presentan vómitos mucosos, colecísticos y fecaloideos; el vientre está más o menos cerrado, pero nunca de una manera absoluta. Si la enferma no es demasiado obesa pueden ser visibles los movimientos peristálticos y encontrarse un tumor colecístico que permite palpar el cálculo. Si bien estos datos pueden bastar para hacer el diagnóstico, es necesario confirmarlo siempre por el examen radiológico, que permite comprobar la existencia de niveles hidroaéreos, ver la imagen del cálculo y comprobar su movilización con horas de diferencia. No todos los cálculos son fácilmente visibles, en cuyo caso debe hacerse la exploración previa ingestión de un medio de contraste. Este recurso sólo cabe emplearlo en los primeros días, pues pasado más tiempo pueden haberse producido perforaciones intestinales, en cuyo caso la ingestión de la substancia opaca podría ser perjudicial para el enfermo.

3.º ¿Qué tratamiento debe seguirse ante un caso de oclusión intestinal? El hecho de que en algunas ocasiones se haya resuelto espontáneamente la oclusión por expulsión del cálculo, no permite cruzarse de brazos y esperar que pase el tiempo exponiendo al enfermo a una catástrofe. Debe examinarse aquél a la pantalla y, si tiene íleo, se ha de ver cómo progresa el cálculo. Si así ocurre, se puede esperar; pero si el cálculo está en el yeyuno, en el íleon o en el colon y no progresa, debe ser intervenido. Si todos los enfermos se operaran antes de las 48 horas, tendrían 9 probabilidades entre 10 de salvarse.

Describe luego el conferenciante la técnica que debe seguirse según el cálculo esté enclavado en el duodeno, en el yeyuno, en el íleon o, rarísimas veces, en el colon. Si el cálculo se encuentra en el intestino delga-

do, no debe extraerse *nunca* a este nivel, porque en el punto de atascamiento suele haber lesiones ulcerosas que podrían provocar un fallo de la sutura, y, por lo tanto, si es posible, hay que llevarlo hacia la parte interior, o quizás más arriba, donde puede extraerse. Si el intestino se halla en mal estado, ha de practicarse una resección intestinal.

Es importante tener presente que si el cálculo es de forma redondeada u ovalada suele ser único, pero cuando se extrae un cálculo de paredes afacetadas se ha de pensar siempre que existen otro u otros cálculos, que es necesario buscar recorriendo todo el intestino.

Refiere luego el Dr. PRIM ROSELL varias historias de enfermas operadas por él para demostración de cuanto acababa de exponer.

El Dr. RIBERA, después de felicitar al conferenciante por su brillante aportación, refiere la historia de una enferma que realmente tenía las seis F, y que fué operada después de nueve días de obstrucción y, a pesar de sus 62 años, soportó bien el acto operatorio. A los pocos días se abre parte de la herida y aparece por ella un asa intestinal rota y con salida de excremento; se vuelve a intervenir resecando el asa abierta y la enferma se repone perfectamente. Había ocurrido, como había dicho el conferenciante, que la parte de intestino donde estaba enclavado el cálculo se había esfacelado; pero se tuvo la suerte de que se adhiriese a la pared abdominal y se abriese al exterior sin ulterior consecuencia.

●

**(Mes de Febrero de 1953)**

Día 10. — El académico numerario, muy Iltre. Sr. Dr. don Antonio PUIGVERT presenta una comunicación que lleva por título *Tratamiento quirúrgico conservador de la tuberculosis renal*.

Esta interesante conferencia ha sido publicada en extenso en uno de los números anteriores de ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA. Aquí, por lo tanto, nos limitaremos a decir que el conferenciante expone la necesidad de hacer lo posible para evitar la extirpación del riñón, pues, la práctica ha demostrado que, en muchas ocasiones, puede salvarse la vida del enfermo con extirpar solamente aquella parte del órgano atacada por el mal. En cirugía renal esto tiene suma importancia, pues hay mucha diferencia entre dejar a un individuo con un solo riñón o dejarle buena parte

del que aparecía enfermo y que no lo era en su totalidad. Si el enfermo puede vencer su infección tuberculosa, ya que casi siempre, por no decir siempre, la lesión renal es consecutiva a la tuberculosis pulmonar, puede regenerarse por completo la parte que ha quedado del riñón, por lo cual, prácticamente, puede decirse que conserva sus dos riñones.

Con los modernos tratamientos de la tuberculosis esto es todavía más factible, pues es más fácil, mucho más que lo era antes, obtener la curación y evitar la extirpación total del órgano.

Presenta el conferenciante un total de 17 enfermos con lesiones tuberculosas a los que se les ha extirpado el polo superior o el inferior, es decir, solamente la porción destruída anatómicamente y conservando la parte que continuaba en su integridad funcional, que es lo que interesa, pues todos estos enfermos conservan una porción de parénquima renal que excreta normalmente y contribuya a la función normal de la diuresis.

Se extiende después en la descripción de las intervenciones en otras partes de las vías urinarias, en especial las que tienen lugar en la parte inferior del uréter, donde suelen producirse lesiones estenosantes que, obstruyendo las vías, facilitan la acción infectante del riñón enfermo y favorecen su rápida evolución y su destrucción. La extirpación de esta estenosis constituye una nueva aportación a la terapéutica conservadora del riñón, pues al corregir este factor mecánico de obstrucción se sitúa al riñón en posibilidad de mejor defensa y probable curación.

El Dr. PUIGVERT presentó una serie de radiografías ilustrativas de cuanto iba diciendo, y terminó afirmando que no pretende demostrar ni tan sólo aceptar la curabilidad de la tuberculosis urinaria por estos métodos quirúrgicos, ni en combinación con los métodos farmacológicos; lo único que pretende es destruir el dogma de la nefrectomía inmediata, o sea, que se puede ayudar al organismo a que cure su lesión tuberculosa sin el grave quebranto que representa la extirpación del riñón.

El Dr. SAYÉ dice que quiere comparar los progresos de la cirugía renal con los que se han obtenido en la pulmonar en los casos de tuberculosis muy destructiva. Se refiere a las intervenciones de lobulotomía y lobulectomía, y dice que ha podido seguir de cerca a 300 operados de segmentomía con una mortalidad global de 12 %.

En tuberculosis pulmonar se ha llegado a prodigar la intervención quirúrgica para extirpar, no ya lóbulos enteros o pulmones enteros, sino pequeños lobulitos de uno en uno; y esto es indudablemente un avance en la cirugía torácica, pues cuando este método se generalice podrán evitarse las grandes invasiones de todo el pulmón; sobre todo teniendo en cuenta que los actuales métodos de tratamiento general de la tuberculosis

permitirán, en lo sucesivo, evitar que una vez extirpado el foco infeccioso, aquélla siga progresando.

El profesor GIBERT QUERALTÓ hace resaltar la importancia de la comunicación del Dr. PUIGVERT, pues con sus procedimientos de cirugía renal conservadora pone en evidencia las enormes posibilidades que tienen los riñones para compensarse desde el punto de vista funcional y con ello evita que el riñón útil tenga que hacer un trabajo excesivo, que haría más fácil su lesión.

No se muestra partidario de la extirpación a todo trance de todas las pequeñas lesiones pulmonares, pues ya se ha visto que en Norteamérica, después de muchos atrevimientos quirúrgicos, han debido frenar sus entusiasmos, y él, como médico internista, ha de defender la posibilidad de lograr muchas curaciones sin tener que recurrir siempre a la intervención quirúrgica.

El problema de la tuberculosis no está resuelto, pero va mejorando y el médico consciente ha de mantenerse a la expectativa. El internista ha de aceptar siempre con ecuanimidad las iniciativas que partan del cirujano, procurando ser conservador, y si aquéllos encauzan sus técnicas en el sentido de respetar lo más posible al hombre, el internista las ha de aceptar con gusto.

El Dr. SALAMERO se muestra también defensor de la cirugía conservadora siempre que sea posible y se declara enemigo de las intervenciones mutilantes cuyo resultado final es muy aleatorio.

El académico corresponsal Dr. MOYA dice que los peligros que antes se atribuían a la nefrectomía parcial han desaparecido a condición de que el cirujano la practique meticulosamente y con toda corrección. Confiesa que es una intervención que, aparentemente fácil, tiene sus dificultades, sobre todo por lo que hace a la posibilidad de herir vasos importantes.

Día 17. — *Los tres períodos del estado de gestación.* Bajo este título dió una conferencia el académico corresponsal Dr. don Martín GARRIGA ROCA, diciendo que la observación de gran número de gestantes permite dividir el estado de gestación en tres períodos, cada uno de los cuales corresponde a un trimestre. Puede decirse que la patología de la gestación se estudia siguiendo este orden cronológico, y así se estudian las hemorragias del primero, segundo y tercer período, etc., hasta el punto de que puede estudiarse por este orden la fisiopatología del embarazo.

Es sabido que lo que caracteriza el primer trimestre de la gestación es la existencia de dolores, perturbaciones o molestias que llegan a producir verdaderos trastornos: soñolencia pertinaz, mareos casi constantes,

vómitos frecuentes, sin llegar a ser incoercibles, y una serie más de trastornos que las mujeres sufren resignadas, porque ya saben de antemano que todo ello es corriente y que desaparecerá a final del primer trimestre. En el segundo trimestre la característica es una paz octaviana: han desaparecido casi todas las molestias y la mujer se encuentra quizás mejor que antes del embarazo; empieza, pues, su época florida en que todo lo ve de color de rosa; es una verdadera manifestación psicósomática de optimismo. En el tercer trimestre aparecen una serie de pequeñas perturbaciones que, no obstante, preocupan poco a la futura madre, y es el médico quien se preocupa de ellas para evitar que sobrevenga lo que se llama gestosis. En resumen, puede decirse que los tres períodos son: doloroso, bienestar y peligro.

¿Por qué las molestias del principio del embarazo no aumentan después del primer trimestre y, en cambio, desaparecen? La mujer pasa, de vomitar constantemente a encontrarse súbitamente bien, y también de una manera súbita puede venir más tarde la gestosis. Tiempo atrás se creyó que la gestosis era debida a una intoxicación de la madre por el metabolismo del feto, pero luego se vió que esta concepción no era exacta y que la causa de los trastornos residía en las variaciones hormonales que, a su vez, provocan trastornos catabólicos, los cuales dan lugar a perturbaciones neurovegetativas y, si éstas invaden el campo vascular, se presentan trastornos de mayor categoría. Aquellas alteraciones hormonales dependen, en primer lugar, de la hipótesis según la cual se crea una hiperfunción de todas las glándulas de secreción interna. Por lo cual, la mujer embarazada suele presentar un bocio más o menos acentuado, que incluso puede provocar un aumento del metabolismo basal; asimismo se hallan en plena función las glándulas gonadales y el ovario con su cuerpo amarillo está en hiperfunción; está aumentada también la función de las paratiroideas, y del páncreas. De esta afirmación se ha caído hoy la opuesta; o sea, que hoy se dice que todas estas glándulas endocrinas se hallan en hipofunción.

Cree el conferenciante que esta tan radical diferencia de opiniones puede ser debida: 1.º, a la existencia de glándulas sinérgicas; 2.º, a los antagonismos entre diversas glándulas, y 3.º, a las interferencias; o sea, que los fenómenos provocados por una glándula pueden interferirse con los fenómenos de otra.

El Dr. GARRIGA ROCA emite la hipótesis de que el feto, a partir del sexto mes, tiene un desarrollo de sus glándulas endocrinas muy superior, relativamente, al de un adulto, y que todas estas glándulas se hallan en hiperfunción. Esta hiperfunción es la que provoca cambios en la madre,

pues las hormonas fetales pasan a través de la placenta e influyen en la fisiología de la madre.

¿Por qué en los primeros tiempos del embarazo ocurren una serie de trastornos que desaparecen al final? Porque el huevo humano tiene necesidad de una aportación materna, pues no se basta por sí solo. El déficit hormonal de la madre es debido a que gran parte de sus hormonas están acaparadas por las necesidades del feto.

En definitiva se puede decir que el primer trimestre se caracteriza por la revolución endocrina de la mujer; el segundo, por la independización del huevo, y el tercero, por la independización del feto, que hará que vayan a parar a la sangre materna los productos de secreción de las glándulas endocrinas fetales.

El profesor NUBIOLA dice que las conferencias del Dr. GARRIGA ROCA son siempre muy interesantes porque en todas ellas plantea problemas a los cuales procura encontrar una explicación. Pero esto que siempre es comprometido, lo es mucho más cuando en todo ello se quieren mezclar cuestiones endocrinológicas, en cuya vastedad es muy difícil navegar. Cree que los tres períodos de la gestación, que el conferenciante ha querido deslindar de una manera tan rotunda no son tan claramente diferenciables, pues a menudo se confunden.

Es muy interesante ver lo que ocurre en el primer período, al cual se puede dar una explicación anatómica. El huevo fecundado llega poseído de una gran capacidad, destruye los tejidos en que anida, los perfora para vivir en su espesor destruyendo las células que le rodean. O sea, que por sus propias fuerzas llega a la capa esponjosa y va emitiendo sus prolongaciones hasta llegar a un período en que deja de invadir los tejidos de la madre. ¿Por qué? Cuando se trata de una neoplasia maligna no hay nada que le detenga, pero la virtud del trofoblasto es mayor. La única explicación plausible es la de que esta invasión repercute en el organismo materno, supongamos en las endocrinas, y esta repercusión hace que aquel organismo se sienta desfallecido; pero, más tarde, cuando las vellosidades están nadando en la sangre materna, esta sangre es la que se opone a que siga aquella acción destructora. Y entonces el huevo puede seguir creciendo sin atacar a la madre. Cree el Dr. NUBIOLA que las manifestaciones molestas del primer trimestre son en gran parte debidas a que la madre sufre un proceso de destrucción de sus elementos celulares, del cual se defiende más tarde por la irrigación de las lagunas sanguíneas. Convendría que estas cuestiones de endocrinología, que los biólogos quieren que les resolvamos los tocólogos, que poco sabemos de estos profundos problemas de clínica biológica, vuelvan a ser estudiadas por aquéllos en toda su extensión.

Día 24. — El académico corresponsal Dr. D. Antonio MARTÍ GRANELL, expone una conferencia que tiene por tema *Reflexiones previas a una lobotomía frontal*. Empieza el disertante por afirmar que no va a dar una conferencia, sino simplemente a hacer en voz alta un examen de conciencia para que por su experiencia personal puedan los oyentes orientarse ante el problema de la indicación de la lobotomía, o sea valorar lo que debe hacer un psiquiatra antes de indicar una intervención quirúrgica. Los tres primeros enfermos que hizo operar el conferenciante por el doctor USUA, siguiendo el procedimiento revelado por MONIS, eran tres esquizofrénicos y el resultado inmediato a la intervención fué francamente espectacular, ya que se trataba de enfermos que habían resistido a todas las demás terapéuticas; pero la alegría duró poco, pues en el plazo de poco más de una semana volvieron los tres a su estado anterior. Esto hizo que desistiera el conferenciante de seguir aplicando este tratamiento. Pero más tarde, después de las publicaciones de FREEMAN, que eran más esperanzadoras, volvió a aconsejarla, y vistos los resultados tan halagüeños que a veces se obtenían, se atrevió a escribir en el prólogo de su monografía sobre este tema que su temor no era el de que no se aceptara la intervención, sino el de que, cuando se hace caso, se abusaría de ella. Y cree que ya se ha llegado a ello, que se abusa de la lobotomía, pues no siempre puede estar indicada y si puede dar excelentes resultados puede también no darlos o dejar al enfermo peor que antes.

Importa saber qué es lo que pasa en los enfermos lobotomizados. Sorprende el número de éxitos brillantes que se describen, pero, como dice LAFORA, es que se opera al enfermo, se ve el éxito inmediato y muchas veces no se le ve más. Al enfermo debe seguirse meses y años, y entonces se podrá decir si realmente la operación ha tenido buen éxito o no. Y es que, si con la técnica de Monis los enfermos recaían a los ocho días, con la de Freeman recaían al mes y, en algunos casos, al cabo del año. El conferenciante ha visto enfermos que, aparentemente curados después de la intervención, han recaído al año de operados, y ha visto otro que no ha vuelto a su estado anterior hasta después de cuatro años de aparente normalidad.

Se ha dicho que las recaídas eran debidas a que, después de operados los enfermos, se les dejaba libre, sin continuar el tratamiento psicoterápico; pero esto no es verdad, ya que, aun siguiendo el tratamiento psicoterápico, basta a veces un pequeño incidente para que se reproduzca el estado anterior a la intervención.

Cree el conferenciante que la lobotomía no representa más que un tratamiento sintomático, que solamente combate el síndrome ansiedad o angustia, o sea que el enfermo mejora aparentemente, pero no queda cu-

rado de su enfermedad, y es por ello que cualquier incidente puede desencadenar nuevamente los primeros síntomas, dando lugar a una desesperación por parte del enfermo, que ya se creía curado. Tanto es así, que en algunos casos los enfermos han tratado de suicidarse, pues realmente es desesperante darse cuenta de la recaída al cabo de algún tiempo de creerse curado.

Todo esto es suficiente para que deba tenerse en cuenta, antes de practicar una lobotomía, toda la precaución necesaria para poner al enfermo, no sólo a cubierto de una intervención más o menos brillante, sino de estas recaídas de tan perniciosos resultados.

En primer lugar, se ha de ver si el enfermo es un psicótico o un neurótico. Si es un psicótico será un esquizofrénico o un melancólico evolutivo, en el cual habrán fracasado todas las curas. Entonces se plantea el problema de devolver el enfermo a la sociedad, o de condenarle al manicomio. En esta forma, cree el Dr. MARTÍ GRANELL que si la invitación es suficiente puede aconsejarse la lobotomía, porque, en el peor de los casos, el enfermo va a parar al manicomio, que es donde hubiera ido también sin la intervención.

Ante un melancólico evolutivo, el criterio a seguir es semejante. Pero, en este caso, se ha de ir con más cuidado en recomendar la intervención. Para demostrarlo, refiere el conferenciante el caso de una enferma de melancolía que, sometida al tratamiento normal, mejoró extraordinariamente, pero al ser dada de alta muere su hermana y la enferma recae inmediatamente. Se repite el tratamiento de shock, vuelve a curar y vuelve a recaer, por lo cual se plantea el problema de la lobotomía. Se opera y, de momento, parece curada, pero al poco tiempo se presenta un cuadro demencial, y la familia considera preferible la antigua melancolía a aquella agitación constante ulterior.

De todos modos, en melancólicos preseniles parece aconsejable la lobotomía por la técnica de Freeman, ya que es menos traumática y afecta menos a la personalidad del individuo.

El conferenciante se muestra partidario de hacer la lobotomía de una manera ortodoxa. Se muestra enemigo de los cortes bajos y de la repetición de las intervenciones, que considera muy peligrosas.

Cree que cuantos más años tenga el enfermo más anteriores han de ser los cortes. Antes de recomendar una lobotomía deben reflexionarse, pues, los siguientes extremos: el cuadro clínico, pero no solamente en el sentido de un buen diagnóstico, sino en el del estudio de la personalidad del individuo. Otro requisito es el de que, aunque parezca que el enfermo ha de reportar beneficios de la lobotomía, se han de haber agotado antes todos los demás recursos. Pero no basta esto: si se trata de enfermos neu-

róticos que, a parte de sus manías, puedan llevar una vida social muy cercana a la normal, tampoco debe aconsejarse la lobotomía, pues ésta no modifica los estados obsesivos, sino únicamente los de ansiedad, angustia o gran inquietud. Ha de tenerse siempre presente que la lobotomía tiene sus peligros y que puede dejar incapacitado socialmente al enfermo.

No quiere el conferenciante que, por lo que queda dicho, se le considere enemigo de la lobotomía. Ha sido, es y será un entusiasta de ella, pero ha querido levantar la voz de alarma contra la práctica ilimitada de la misma, pues sentiría que por su abuso cayera en descrédito esta intervención que, aplicada convenientemente, ha dado muy buenos resultados.