

Rectificación del doctor Esquerdo

Manifiesta al doctor Cardenal que no dijo que la vejiga biliar estuviese en el hiato de Winslow o a su entrada, sino que el hiato de Winslow sirve de punto de referencia para buscar los conductos hepático y colédoco cuando no se encuentre la vejiga, como le ocurrió en los casos cuarto y quinto. Buscando el borde anterior del agujero puede hacerse la exploración del colédoco y con el dedo conducido de atrás a delante en forma de gancho pueden hacerse retroceder los cálculos atascados en este conducto.

Dice que no puede opinar, como el doctor Cardenal, que hayan de servir de norma para suponer la existencia de cálculos biliares, los sufrimientos gástricos del individuo, pues además de la úlcera duodenal que puede dar sufrimientos confundibles con los cálculos biliares, hay enfermos con úlceras gástricas, con estenosis pilóricas, con dilataciones gástricas y hasta sin lesión gástrica ninguna, que pueden acusar sufrimientos pertinaces sin tener cálculos biliares. Por lo tanto, no debe aconsejarse la intervención en las vías biliares sino cuando haya fundamentos para diagnosticar la existencia de cálculos y de la colecistitis, como lo son el tumor, el dolor persistente en el sitio de la vejiga biliar y la ictericia crónica. Cree que en los casos de ictericia crónica, aun sospechando la existencia de una neoplasia que determine la obstrucción, debe aconsejarse y practicarse la intervención.

Dice que no son los cálculos el principal motivo para la intervención, sino la obstrucción que determina ictericia, o la cistitis que determina dolor, porque quitando los cálculos no se evita que se formen de nuevo y por lo tanto el individuo ha de cuidarse y estar sometido a tratamiento médico. Tampoco cree que la extirpación de la vejiga resuelva definitivamente el caso, porque se han encontrado cálculos en el colédoco y en el hepático después de haber extirpado la vejiga. No obstante, es partidario de que se extirpe la vejiga siempre que se encuentran lesiones de importancia en ella, tanto en sus paredes como en la mucosa, porque, de no hacerlo, el paciente queda expuesto a la fístula biliar y a la reproducción segura de los cálculos.

Sesión del 27 de mayo

Dos anomalías y una lesión patológica halladas en el cadáver

DOCTOR F. PROUBASTA

Son tan frecuentes las anomalías anatómicas, que lo raro es, precisamente, no hallarlas por poco que un médico se detenga en el estudio de un cadáver; y a veces son tan frecuentes, las anomalías halladas en un órgano determinado, que lo que se creía regla general pasa a ser la excepción. Así ha ocurrido, por ejemplo, con el arco palmar superficial: la inosculación de las dos arterias es rara, y si se realiza, la unión adopta mil formas, pero escasas veces la de arco.

Habiendo este año dedicado algunas horas al estudio de la arteria hipogástrica, he hallado en el cadáver una lesión patológica y dos anomalías anatómicas que creo valen lo suficiente para molestar algunos minutos vuestra atención.

Lesión patológica.—Trátase del cadáver de una joven de 17 años, virgen, en el que, al ir en busca de uno de los uréteres, el hallado tenía, juntamente con la envoltura peritoneal, el tamaño del brazo de un recién nacido. Abierta de un tizeretazo la hoja anterior del ligamento ancho, pronto me di cuenta de que la causa de tan enorme distensión era la presencia de un cálculo del tamaño de un garbanzo, detenido en la parte baja.

El volumen del trozo de uréter descubierto por el peritoneo no dependía exclusivamente de éste, sino que la presencia de una periureteritis concomitante contribuía, en parte, a tal aumento. Esta periureteritis, al llegar al ligamento ancho, no pudiendo limitarla el peritoneo, se extendía, presentándose una gran hiperplasia del tejido conjuntivo con vascularización y, caso extraordinario, se halló un hematoma del tamaño de un huevo de gallina en el interior de dicho ligamento.

La presencia de este hematoma intraligamentoso es fácil de explicar. No creo sea contrario a los principios de la clínica el suponer que una excitación genital cualquiera, menstruación u otra, bastaría para romper uno de tantos vasos de neoformación y provocarlo. Pero la existencia de un

hematoma engendrado por una peri-ureteritis calculosa es para mí un caso único en la ciencia, e inútil creo señalar los errores de diagnóstico a que sin duda hubiera dado lugar si hubiese sido observado en vida por un clínico.

El diagnóstico de un cálculo detenido en el extremo inferior de un uréter es posible en la mujer por el tacto vaginal y la cistoscopia, esta última revelando un edema del orificio uréteral en la vejiga; pero en nuestro caso, el tacto vaginal habría levantado tal serie de dudas por la presencia del hematoma intra-ligamentoso, que posiblemente la cistoscopia no se hubiera realizado.

Aleccionado por la experiencia, creo que de lo expuesto se deduce la siguiente conclusión práctica: siempre que en una mujer sin antecedentes sexuales, pero sí de historia patológica en su aparato urinario, se notan lesiones peri-uretríticas, antes de sentar un diagnóstico es de toda precisión el examen cistoscópico.

1.^a *anomalía anatómica*.—La arteria hipogástrica es en extremo veleidosa en la manera de dividirse; pero no deja de ser una verdadera rareza el encontrar, como hallé yo, una rama anastomótica que una la umbilical con la uterina.

La manera como se realizaba el hecho, era la siguiente:

Como sabéis, la arteria umbilical del feto es tan importante que las arterias ilíacas externa e interna parecen ramificaciones de ella. Después del nacimiento se atrofian, quedando como recuerdo de ellas unas arterias insignificantes que van a la vejiga. En el cadáver femenino de referencia, la arteria vesical derecha era de mayor diámetro que la uterina, que estaba a su vez disminuída de grosor, enviando, aquélla a ésta, un ramo anastomótico que iba a desembocar cerca del cayado de la arteria uterina.

Esta anomalía tiene cierta importancia bajo el punto de vista de impecabilidad artística, pues en un caso semejante, al practicar la operación de Wertheim, al cortar la arteria uterina, continuaría dando sangre, no obstante haber sido ligada en su origen.

Sin duda por estas posibles contingencias Polk recomendó el ligar, en la operación mentada, la bifurcación anterior de la arteria hipogástrica; pero si se acepta la división de la hipogástrica en bifurcación anterior y posterior propuesta por Luain, al intentar ligar la llamada bifurcación anterior se halla uno perplejo, pues, como dice muy bien Theile, la arteria hipogástrica se divide en mil formas distintas.

Lo que sí es posible, es ligar el tronco del que salen las arterias vesicales y uterinas, pues generalmente lo hacen por uno común. Pero antes de proponer tal proceder, tendría que meditarse la importancia que tal hecho tendría para la vejiga, cuya nutrición ya perinclita mucho por la resección de la vagina, en casos de histerectomía completa por cáncer.

2.^a *anomalía anatómica*.—Se trata de un caso de uréter doble hallado en el cadáver de una mujer.

La anomalía existía en el riñón izquierdo. La pelvis renal era única, en su principio, dividiéndose luego en dos, saliendo de cada una de ellas el uréter correspondiente. Estos dos uréteres, cuatro centímetros antes de llegar a la vejiga, se unían estrechamente, para constituir uno solo un centímetro más allá. Los dos uréteres se juntaban, pues, para formar uno único, tres centímetros antes de desembocar en la vejiga.

Los casos de uréter doble no son extraordinariamente raros, pero sí lo suficiente para que en las Sociedades científicas se exponga el hallazgo de uno. Ignoro si en la bibliografía española hay casos citados; por si son pocos, aquí tenéis uno más, que podéis examinar en la pieza anatómica que tengo el honor de presentaros.

DOCTOR MANUEL SERÉS: Después de felicitar muy entusiásticamente al doctor Proubasta por las anomalías importantes que ha presentado a la consideración de ésta Academia, me permitiré hacer algunas observaciones que creo de interés.

En primer lugar, la anomalía en la rama de la arteria uterina, con todo y ser bastante rara, no deja de ofrecer algún interés. Las ramas de la arteria hipogástrica presentan muchas variedades y anomalías, y nada revela tanto esta versatilidad como las múltiples clasificaciones que para la descripción de la misma se han hecho. Por otra parte, si bien el tronco de la uterina ofrece mucha fijeza, no tiene nada de particular que sus ramas aumenten en algunas ocasiones, contraigan más anastomosis en otras y varíen en todos los casos; la explicación de estas variaciones y de este caso en particular, creo se encuentra en la gran vascularización del útero y en los cambios que por el embarazo se imprime no sólo a este órgano, sino a todos los pelvianos: el útero, al aumentar y disminuir de volumen, modifica sus relaciones con los órganos, y como es muy vascular, puede contraer anastomosis o aumentar de volumen las existentes.

El segundo caso, de un uréter muy voluminoso, como ha dicho el mismo doctor Proubasta, más que anomalía, se trata de un caso patológico, de los que he tenido ocasión de observar algunos en las

múltiples autopsias que en este sentido he practicado, y he obtenido moldes de algunos. Pero por lo que mi experiencia me ha enseñado, creo poder dividir los aumentos de volumen del uréter en dos categorías: 1.^a aumentos de volumen ureterales con engrosamiento de la pared del uréter y 2.^a aumentos de volumen por dilatación del uréter. Los primeros se presentan en los casos de infección descendente, tal como la tuberculosis renal; en este caso el uréter es grueso, como el pulgar a veces, pero por la ureteritis consiguiente sus paredes están muy engrosadas; a este engrosamiento es debido el aumento de volumen del uréter. La dilatación del uréter se presenta cuando hay un obstáculo permanente al curso de la orina, tal como la estancación en la vejiga por retención, un cálculo en la extremidad inferior del uréter, etc.; la infección complica muy rápidamente la retención, en estos casos, pero es de carácter ascendente. En estos casos hay dilatación grande, adquiriendo a veces el uréter el tamaño de un intestino, pero sus paredes están adelgazadas y son flácidas. El uréter no presenta una dilatación regular, sino que es estrecho en unos puntos, dilatado en otros, adquiriendo en conjunto un aspecto moniliforme; en aquellos puntos en que normalmente se encuentra el uréter comprimido hay estrecheces, tales como el polo inferior del riñón, estrecho superior de la pelvis, acodadura pelviana, y entre estos puntos se encuentran las dilataciones.

En cuanto al edema alrededor del uréter, en su punto de desembocadura, que el doctor Proubasta considera como signo seguro de cálculo ureteral, no lo es de un modo absoluto, por cuanto se presenta en otras afecciones, en la tuberculosis renal en su principio, y este signo, a falta de otros datos, sirve para indicar el lado de la afección tuberculosa; pero hay diferencias en los caracteres de estos edemas; en los cálculos ureterales, debido éste a un trastorno circulatorio, no se presenta ulceración; en cambio en la tuberculosis, por ser de naturaleza infecciosa, ya que es el principio de la propagación de la tuberculosis a la vejiga, se ulcera rápidamente, y pronto, junto con el edema, se presentan ulceraciones.

La anomalía de uréter doble, pero que se unían los dos conductos antes de llegar a la vejiga, es relativamente frecuente; más raro es el uréter doble en todo su trayecto. Pueden diagnosticarse estos casos por medio de la radiografía, previa la introducción de sondas opacas en el interior de los mismos, caso de observarse una doble abertura en la vejiga o por medio de una inyección opaca, tal como el collargol, por la misma sonda ureteral y radiografía consecutiva; la radiografía en este caso puede revelarnos el caso presentado por el doctor Proubasta.

Insisto en que el caso es relativamente frecuente y se explica por un trastorno en el desarrollo de esta parte del aparato urinario. Sabido es que el conducto de Wolff da lugar a una evaginación muy cerca de su extremidad caudal, la cual prolongándose hacia arriba formará un conducto, que no es más que el uréter. Esta evaginación del conducto de Wolff, por su extremidad superior se divide en varias ramas, las que, subdividiéndose a su vez, formarán en su conjunto los conductos colectores de la orina, que serán más tarde los cálices grandes y pequeños; sobre estos conductos colectores vienen a injertarse los canaliculos secretores, que proceden del tejido nefrógeno.

Ahora bien: compréndese que si esta división tiene lugar muy cerca del conducto de Wolff, tendremos dos uréteres que se unirán en un conducto en su desembocadura; si tiene lugar precozmente, pero cerca del riñón, no tendremos más que dos cálices más largos que de ordinario, y, tanto en un caso como en otro, los dos uréteres o cálices más largos recogen la mitad de los conductos secretores del riñón. Estos dos uréteres serán tanto más largos cuanto más cerca del conducto de Wolff ha tenido lugar la bifurcación, y si ésta tiene lugar cerca de su desembocadura en la alantoides, más tarde vejiga, absorbiendo en su desarrollo la porción muy corta de conducto común de desembocadura de ambos uréteres, se obtendrá la desembocadura de los conductos aislados en la vejiga: los uréteres, dobles en todo su trayecto, desembocarán por dos orificios aislados en la vejiga.

Esta es la explicación embriológica de la anomalía ureteral, presentada por el doctor Proubasta.

La neuritis de los obreros de los arrozales

POR EL DOCTOR SUÁREZ DE FIGUEROA

He podido observar en los obreros que trabajan en los arrozales, que son en ellos frecuentes las neuritis de las extremidades inferiores; el hecho es curioso, pues sólo se presenta en los obreros que se dedican a este cultivo; no se presenta esta neuritis en los obreros que se dedican a otras faenas del campo, ni en los mineros, ni en los pescadores; sólo la he podido observar en los obreros que trabajan en los arrozales. Pero esto no ocurre en todos: los obreros que trabajan en arrozales donde el agua está completamente encharcada, donde o no hay desagües o donde éstos no funcionan, padecen la neuritis;