

gica, y la consideración de haber quitado los elementos epiteliales, me hacen estar tranquilo respecto al porvenir de estas enfermas.

La técnica para quitar la mucosa del muñón del cuello, es en extremo sencilla: con un cuchillo de lámina angosta, que se hunde en pleno tejido muscular del muñón del cuello, y que con pequeños movimientos de arriba a abajo se le hace dar la vuelta contorneando la cavidad uterina, se saca un cono de tejido conteniendo la mucosa del cuello, con la misma facilidad con que se enucleara en esa forma el hueso de una fruta.

Este pequeño detalle operatorio, pequeño por el trabajo y tiempo que para su ejecución exige, pero grande por sus resultados, tiene, además, la ventaja de permitir un afrontamiento mejor y mayor facilidad en la sutura del muñón.

Si la práctica que aconsejo, y que ya siguen algunos cirujanos americanos—de donde la copio—, de extirpar la mucosa del muñón del cuello y someterla al análisis histológico, se hiciera de una manera sistemática por nuestros cirujanos, en todas las histerectomías supra-vaginales, o cuando menos en las que se practicasen por fibromas, se daría un gran paso en la profilaxis del cáncer, que tantas víctimas hace, ensañándose en ellas con inaudita crueldad.

México, 21 de enero de 1914.

U. Valdés.

Algunos casos de Patología Renal.

Los padecimientos génito-uritarios son numerosos y el conjunto de síntomas que debiera caracterizar a cada uno de ellos es tan inconstante y poco concluyente cuando se trata de establecer un diagnóstico preciso, que se hace indispensable recurrir a todos los medios modernos de exploración a fin de evitar tanteos y equivocaciones en la conducta terapéutica que deba seguirse en cada caso. Es indudable que existen síntomas cuya significación clínica basta para llegar al diagnóstico; pero no siempre se presentan estos síntomas típicos, y de aquí la necesidad y la obligación de recurrir, casi siempre, a la exploración instrumental, sea por medio del cistoscopio, del endoscopio de Kelly, del separador de Harris Luig, de los Rayos X y aun de la pielografía.

En el movimiento progresivo del diagnóstico quirúrgico ha entrado el que se refiere a los trastornos del riñón, cambiando por completo la resolución de problemas tan importantes. No ha muchos años se tropezaba con dificultades casi invencibles para poder apreciar claramente las condiciones clínicas de los trastornos renales; pero ahora la cirugía particularmente ofrece medios de exploración más positivos, revela nuevos y desconocidos senderos e ilumina nuestros conocimientos con todos los datos extraídos de las intervenciones intra-abdominales. El tropiezo de confusión que surge, a veces, al recoger los datos anamnésticos, puede así franquearse con frecuencia, llegando más tarde a establecer un grupo de premisas que conduzcan al diagnóstico. No debe olvidarse, sin embargo, la regla capital que rige la interpretación de los conmemorativos suministrados por el enfermo, a saber: la cautela y la prudencia. ¡Cuántas veces los pacientes, queriendo interpretar el dolor que experimentan, lo refieren al riñón cuando

en realidad pertenece a uno o varios de los órganos vecinos! Más aún, ¿cuántas veces el dolor es debido a una hipertrofia compensadora, originada por el estado patológico del otro riñón, o bien a un calculito detenido en la región pélvica del uréter, y, sin embargo, los enfermos lo atribuyen al riñón!

Contrastando con lo anterior, existen síntomas referidos por los enfermos, que tienen un valor positivo. Citaré, por ejemplo, estos dos: orina frecuente y orina hemorrágica. El primero, cuando es persistente y se muestra sobre todo en las noches, debe sugerir la sospecha de una tuberculosis renal.

Desde algunos años atrás he corroborado lo dicho anteriormente, a propósito de cada enferma génito-urinaria que he tratado. Voy a referirme detenidamente a nueve enfermas del riñón que he atendido desde el año de 1909 a la fecha.

Tres de estas pacientes fueron tratadas por la nefropexia, a consecuencia de tener sus riñones derechos flotantes; a las demás se les practicó la nefrectomía, por las siguientes causas: a tres por pionefrosis, a dos por riñones poliquísticos y a una por riñón fistuloso. Esta última falleció. Su historia es como sigue: Tenía dos fístulas purulentas, una situada en la región lumbar, en el seno de una cicatriz ancha que se extendía desde la duodécima costilla hasta la cresta ilíaca, y otra en la región de la fosa ilíaca derecha, también abierta en tejido cicatricial: las dos daban salida a gran cantidad de pus fétido.

La paciente había sido tratada y operada en Pachuca, a fin de curar, según la enferma, la supuración del riñón.

Cuando se asiló en el Hospital de la Paz estaba en un estado deplorable: padecía elevaciones vesperales de temperatura, que llegaban a 39 y 39'1 grados, calofríos, sudores, inapetencia y postración. La primera medida que tomamos fué la de desinfectar los focos fistulosos e investigar el funcionamiento del riñón. Se mandó analizar el líquido purulento y no se encontró urea; a la vez, el análisis de la orina de la vejiga no indicó la existencia de pus. Inyectando una solución de índigo-carmín por las fístulas, no apareció ninguna coloración en la orina recogida de la vejiga. Todo este cuadro nos hizo suponer que el riñón izquierdo estaba sano y que el derecho ya no funcionaba.

Después de discutir el caso, se decidió la operación, que practiqué ayudado por mi amigo el Sr. Dr. D. Gonzalo Castañeda.

La operación fué laboriosa y difícil, pues se trataba de un riñón destruido; el bisturí tenía que atravesar un tejido escleroso en el que no se distinguían las diferentes capas de la región. La masa dura que representaba el órgano había contraído fuertes adherencias con el peritoneo, y por esto nos fué difícil aislar el pedículo; para no extirparla en trozos, tuvimos que esculpir, por decirlo así, esta ganga esclerosa. El tiempo operatorio más escabroso fué el de la ligadura de los vasos, y no pudiendo realizarlo, nos concretamos a dejar "in situ" la pinza que los contenía.

Terminada la labor quirúrgica, nos dedicamos a estudiar la masa informe extraída, y lo que más nos sorprendió fué encontrar en el seno de ella dos fragmentos de tubos de goma, que seguramente habían sido colocados para canalizar las heridas practicadas anteriormente en Pachuca. Haré notar que en los ocho días que precedieron a la intervención, nunca se hizo uso de tubos en las curaciones, porque las aberturas fistulosas eran amplias y fácilmente canalizaba el pus. Así, pues, como asenté anteriormente, es de creer que estos drenes fueron colocados mucho tiempo antes de que la enferma llegara a esta Capital, pues

que además de la circunstancia enunciada, los tubos habían perdido su color y consistencia y estaban obstruidos por una substancia dura y calcárea.

La primera enferma del riñón que operé hace nueve años, fué una señora H. R., de 42 años de edad, casada, múltipara, sin antecedentes hereditarios dignos de mención. Se quejaba de haber sufrido, desde varios años atrás, cólicos agudos en el abdomen, que la ponían en cama varios días y cuyo foco de mayor intensidad estaba localizado en el epigastrio, a la derecha de la línea media. En los primeros ataques de cólicos no había otros síntomas que dolor, basca, inapetencia y postración. La enferma, a juzgar por lo que refería, fué tratada como una calculosa del hígado. Cuando yo la vi, después de varios años de sufrimientos, la encontré demacrada, quejándose más que del dolor, de calenturitas vespertinas, sudores, inapetencia y orina frecuente y turbia. La exploración genital fué negativa: no había nada que explicara las calenturitas ni la demacración. La exploración del abdomen nos indicó que el hígado era de tamaño normal; la vesícula biliar no se hacía aparente y estaba indolora; pero en el flanco derecho había un abultamiento sólo perceptible a la palpación profunda, en la región del riñón y ligeramente doloroso. Siendo negativa la exploración de los otros órganos, hicimos analizar la orina, obteniendo así el dato de que contenía pus. Es claro que con esta sola noticia no podíamos avanzar mucho, puesto que el pus podía ser de la vejiga, de un uréter o de los dos riñones. Hicimos entonces la endoscopía con el espejo de Kelly y averiguamos por tal medio que el riñón derecho era el que daba la orina purulenta. Conocido el origen del pus, buscamos la actividad funcional que juzgamos de gran valor para establecer el pronóstico relativo al tratamiento. Se inyectó azul de metileno, y doce minutos después apareció coloreada la orina del riñón sano, evidenciándose claramente el brote intermitente de orina, coloreada en azul obscuro, que salía por la desembocadura uretral del riñón izquierdo. Así, pues, nos encontrábamos ante el siguiente cuadro sintomático: cólicos intermitentes en la región renal derecha, fiebre vespéral con caracteres septicémicos, abultamiento ligeramente doloroso en el sitio del cólico, abundante cantidad de pus en la orina que provenía del riñón derecho, y perturbaciones funcionales de este mismo riñón. Determinamos entonces practicar la nefrectomía lumbar, y al ejecutar la operación, encontramos el riñón derecho transformado en una bolsa de pus con tres cálculos voluminosos incrustados en la pelvecilla.

La enferma curó y no tuvo ningún accidente que sea digno de describir.

De las tres pacientes a quienes practiqué la nefrorrafia, dos eran múltiparas, de vientre flojo y con las consecuencias naturales de la eventración, es decir, con perturbaciones dispépticas, tales como vómitos después de los alimentos, fuertes gastralgias, constipación y dispepsia atónica. A estas enfermas, asiladas en el Hospital General, se les practicó en la misma sesión operatoria, además de la nefrorrafia, la sutura músculo-aponeurótica de los rectos anteriores, a fin de asegurar el éxito terapéutico, puesto que está probado experimental y clínicamente que la relajación de las paredes del vientre y las rupturas amplias del tabique uro-genital en la mujer son causas directas de esplanenoptosis, a las que acompaña con frecuencia la movilidad del riñón. De acuerdo con estos hechos prácticos, juzgo que el tratamiento del riñón flotante es incompleto si no se restablece el equilibrio de los órganos intra-abdominales, rehaciendo la pared del vientre, así como el tabique uro-genital.

En la tercera, operada por nefropexia, no se llevó a cabo el tratamiento completo, por haberse tratado de una nulípara.

Voy a precisar cada una de las historias, en la medida de mis recuerdos, con objeto de facilitar el estudio de conjunto.

N. N., de origen español, casada, múltipara, de 32 años de edad y sin datos hereditarios de valor clínico. El mes de abril de 1911 me consultó acerca de sus padecimientos, que hacía consistir en trastornos digestivos, fiebre vespéral que aparecía unos días y otros no se presentaba, micción frecuente y orina turbia.

La exploración directa del abdomen no daba signo alguno de crecimiento ni de sensibilidad de los órganos abdominales y sólo en la región renal izquierda había ligera sensación dolorosa a la palpación, sin que fuera posible tocar el órgano.

Propuse a la señora el análisis de la orina, seguido de la cistoscopia y de la prueba funcional del riñón; por causas que ignoro no aceptó. El 15 de octubre de 1912 volvió a consultarme, y en esta vez la encontré enflaquecida, demacrada y con los síntomas claros de la supuración renal, pues la fiebre era diaria y vespéral, la orina francamente purulenta. El cateterismo de los uréteres mostró que el riñón izquierdo era el atacado, dado que el análisis de las dos orinas obtenidas señalaba la existencia de pus en la del lado izquierdo. Este análisis fue practicado por el Sr. Dr. Perrín. La cistoscopia que practiqué en unión del Dr. Villafuerte, nos hizo percibir que la vejiga era asiento de una cistitis, acentuada más en el trigono vesical y en la pared posterior.

Decidida la operación, la llevé a cabo en Tacubaya, el día 25 de octubre de 1912, siendo ayudado por los Dres. Medina, A. Vázquez y Francisco Otero, aplicando este último el cloroformo.

Se hizo una nefrectomía lumbar, previa punción de las bolsas purulentas, por haberse encontrado el riñón convertido en una bolsa de pus; tanto los cálices como la pelvecilla estaban completamente dilatados y llenos de orina turbia mezclada de pus y todo el parenquima renal, adelgazado y atrofiado, constituía, como dije, un verdadero saco de pus.

Otra enferma operada en el Hospital de la Paz, J. Martínez, de 30 años de edad, se quejaba de vagos dolores en el hipocondrio derecho, desde dos o tres años antes. Algunos meses anteriores a su entrada al hospital, se dió cuenta con que sus orinas eran sucias y frecuentes; desde esa época comenzaron a atormentarla dolores agudos en la región lumbar derecha y en la costal del mismo lado, provocándole postración, náuseas, vómitos y fiebre. Al palpar el hipocondrio derecho se percibía un tumor de mediano volumen, ligeramente sensible a la presión y que se movilizaba en cada inspiración; ocupaba el sitio correspondiente al riñón derecho. El examen de la orina demostró exceso de alcalinidad y gran cantidad de pus; la cistoscopia permitió diagnosticar cistitis del fondo vesical, y, por fin, el cateterismo de los uréteres produjo orina purulenta en el lado derecho y clara en el izquierdo.

Después de diagnosticar pielonefritis supurada derecha, hicimos en la enferma una nefrectomía lumbar, encontrando el riñón supurado y convertido, como el anterior, en un saco de pus.

En el mismo Hospital de la Paz tuvimos a Guadalupe Martínez, de 40 años de edad, soltera, sirvienta, que por muchos años sufrió diferentes perturbaciones digestivas a las cuales no dió importancia sino hasta que notó que algo le

crecía en el flanco derecho; no experimentaba dolor alguno, pero durante las noches tenía que levantarse varias veces a orinar.

En marzo de 1912, época en que el tumor había crecido mucho, se alarmó sobremedida por haber visto su orina roja, y ocurrió al Dr. José Medina para ser tratada convenientemente. Este compañero percibió claramente el tumor que llevaba la paciente en el flanco derecho, y al examinar la orina vió que estaba íntimamente mezclada con sangre en abundancia.

El Dr. Medina internó a esta enferma en el hospital mencionado, en abril de 1912, y allí, previa exploración minuciosa y concienzuda, la tratamos por la nefrectomía transperitoneal, incindiendo en el borde externo del músculo recto anterior y dejando fuera de la incisión peritoneal el colon ascendente y su ángulo. No entro en detalles sobre la técnica operatoria, porque los considero sin utilidad ni importancia; sólo haré hincapié en que no se canalizó y en que fueron suturados los dos peritoneos, el profundo y el superficial.

Esta intervención fué acordada en vista del crecimiento del tumor, de la polakiuria, las hematurias y los vómitos frecuentes al tomar los alimentos, síntomas todos que habían minado terriblemente la salud de la enferma.

María Alvarez, de Morelia, casada, de 32 años, doméstica, ingresó al pabellón 32 del Hospital General el mes de julio de 1912. Llegó quejándose de que desde un año a la fecha se estaba enflaqueciendo mucho, debido, según ella, a que el vientre le iba creciendo progresivamente.

La exploración genital de esta paciente, nupcial, fué negativa. Al hacer la palpación del abdomen, en el decúbito dorsal, se encontró desde luego que en la región antero-lateral izquierda había un abultamiento producido por una masa del volumen de una cabeza de feto a término. Como no acusaba ningún dolor la paciente, nos fué fácil practicar el peloteo.

Se hizo la cistoscopia, sin resultado digno de mención, el día 18 de julio de 1912, y el 24 del mismo mes y año se hizo la operación, con laparotomía lateral izquierda, extirpándose el riñón del mismo lado, que se encontraba voluminoso y con fuertes adherencias capsulares. La superficie del tumor estaba cubierta de salientes globulosas, quísticas y llenas de líquido hemorrágico.

El 22 de agosto fué dada de "alta" la paciente, por curación completa.

Voy a hacer algunas consideraciones a propósito de los grupos que pueden formarse con las breves historias que acabo de relatar.

De las tres enfermas a quienes se practicó la nefrorrafia, dos de ellas pertenecen a la clase pobre y trabajadora de nuestro pueblo; siendo múltiparas, con el vientre relajado por los embarazos, es natural pensar que se explicaba perfectamente la causa del desalojamiento del riñón derecho; pero debemos agregar, además, todas las razones de orden anatómico invocadas por los autores: riñón derecho situado más abajo que el izquierdo; relaciones hepáticas que lo hacen sufrir de un modo directo la influencia de las inspiraciones profundas, durante los esfuerzos; la fosa vértebro-costal que aloja al riñón derecho, parece ser menos profunda en la mujer que en el hombre; los medios de fijación de este riñón son más imperfectos que los del lado izquierdo, pues además de que la vena supra-renal izquierda desemboca en la vena renal, haciendo más fuerte la unión entre la cápsula y el riñón, existe en este mismo lado una hoja aponeurótica de refuerzo, descrita por Zucker Kandl.

Así, pues, la flacidez del vientre, provocada por los embarazos, fué la causa mediata para producir la nefroptosis, por la disminución de la presión abdominal.

En la tercera enferma, joven de 21 años y nulípara, no fué fácil determinar la causa eficiente de la movilidad renal, a no ser que se atribuya a la predisposición determinada por el uso del corsé, dado que esta paciente pertenece a la clase acomodada de la sociedad.

De las tres enfermas nefrectomizadas por pio-nefrosis, sacamos una apreciación clara y terminante de los motivos que tuvimos para resolvernos por la nefrectomía, pues se trataba de casos graves, siendo uno de ellos una pio-nefrosis calculosa, con dos grandes cálculos incluídos en la pelvecilla y encontrándose el órgano transformado en un verdadero riñón sacciforme, según la expresión de Kuster. En uno de los dos casos restantes encontramos lesiones irreparables, de origen muy obscuro: las perturbaciones encontradas no suministraban ningún indicio sobre la vía seguida por los micro-organismos para provocar la infección renal y la supuración. Por tanto, no podríamos asegurar si fué la vía ascendente, es decir, por los canales excretorios de la orina, o por la descendente (vía hematógena), o bien por los linfáticos. No sería lógico suponer que por encontrarse en las paredes de la vejiga signos de inflamación ligera, de allí hubiera partido la pio-nefrosis, porque es sabido que para que se realice esto sería preciso todo un conjunto de modificaciones de la abertura uretral en la vejiga, capaces de facilitar el reflujo uretérico de la orina. La infección ascendente, de la vejiga a los riñones, hecha de trecho en trecho, es sumamente rara y difícil, así que volviendo al reflujo, podría haberse verificado en caso de alguna lesión al nivel del orificio uretérico, tal como un neoplasma o una ulceración tuberculosa, que produciendo cistitis, hubieran transformado a la vejiga en un órgano tan irritable y sensible, que desarrollara la suficiente presión intravesical para producir el reflujo de la orina desde su cavidad hasta los uréteres.

Tampoco podríamos atribuir la infección renal a previa dilatación del uréter o de la pelvecilla que ocasionaran una retención propicia al desarrollo de gérmenes; por consiguiente, nos concretaremos a decir que en nuestra enferma había pio-nefrosis abierta intermitente, o mejor, uropionefrosis, puesto que existían todos los caracteres propios de las retenciones renales sépticas.

Para rechazar por completo la idea de pionefrosis ascendente, bastaría recordar que en ésta casi siempre están atacados los dos riñones, aunque en diverso grado, y en nuestras pacientes el riñón izquierdo estaba sano, según se demostró claramente. El pasado urinario establecido por la lesión causal y por la cistitis, que acompaña siempre a las pionefrosis ascendentes, no se hizo ostensible en ninguno de los casos que he relatado.

Resumiendo las historias, y sin perder de vista las consideraciones dichas, se puede decir que una de nuestras operadas padecía de pionefrosis calculosa, y dos de ellas de pionefrosis cuyo origen escapó a las investigaciones.

La tuberculosis fué desechada como causa patógena, por las siguientes razones: 1.^a El interrogatorio no reveló las hematurias características. 2.^a No encontramos signos que acusaran tuberculización de otros órganos. 3.^a Los diversos exámenes de la orina jamás mostraron bacilos de Koch. 4.^a La punción de las bolsas renales dió salida a pus que carecía de grumos caseosos, tan frecuentes en estos casos. 5.^a El examen post-operatorio de los órganos enfermos no mostró bacilosis de Koch.

Las dos enfermas nefrectomizadas por vía transperitoneal a consecuencia de tumores de regular volumen, con evolución más aparente hacia el vientre que hacia la región lumbar, merecen algunos comentarios, porque fueron casos de neoplasias raras cuyo tratamiento quirúrgico ha dado lugar a largas controversias y a discusiones interminables. Efectivamente, la enfermedad poliquística del riñón que padecían nuestras pacientes, se caracteriza por la existencia de quistes múltiples, de tamaños distintos, que invaden toda la sustancia renal. Esta particularidad sirve para distinguir el riñón poliquístico del quiste único del riñón; se pueden agregar otros caracteres citados por los patólogos, tales como el de que el riñón poliquístico es más frecuente en la edad adulta, mientras el otro lo es en la niñez; el primero es frecuentemente bilateral, y muchas enfermas, según Balfour, no acusan ningún síntoma renal, diagnosticándose su padecimiento cuando, por otro motivo, se exploraba el vientre. Todo esto se debe a que los quistes se desarrollan ampliamente, sin causar perturbaciones en la secreción del órgano.

Concretándonos a nuestros casos, es fácil advertir una diversidad sintomática notable: la que padecía del riñón izquierdo, se quejaba de dolores agudos, en forma de crisis, localizados en la región lumbar, teniendo, además, una sensación constante de peso. En la otra enferma no había dolores espontáneos ni a la presión; pero sufría hematurias abundantes y fiebre que se mostró algunos días antes de la operación. Un síntoma común en las dos señoras, era la polakiuria, así como también inapetencia, ligeros dolores y vómitos.

En la primera enferma, el tumor fué reconocido a simple vista, por las dimensiones que había alcanzado su crecimiento; después surgió el problema de localización, y entonces tropezamos con serias dificultades. Aunque se palpaba claramente la neoplasia, ésta no tenía ni remotamente la forma del riñón. Percibimos el peloteo; pero fuera de este signo, tan común a los tumores renales, no se encontraba ningún otro. La percusión hecha en toda la región produjo obscuridad, explicada posteriormente por el desalojamiento hacia la línea media, impuesto al colon descendente, por el desarrollo de la neoplasia; en efecto, al incidir el peritoneo parietal, nos encontramos con el meso del colon extendido y adherente al peritoneo y que había sido rechazado hacia adentro.

La cistoscopia y la ureteroscopia no suministraron dato alguno de importancia para localizar el tumor.

Para atribuirlo al bazo, tropezábamos desde luego con que la forma neoplásica no se asemejaba siquiera a la que dan los tumores sólidos del órgano, con su borde cortante o a la que producen las hipertrofias, que son más características.

Tampoco pudimos fundar la idea de tumor del mesenterio, del epiplón o del páncreas, porque carecíamos de los signos y síntomas correspondientes.

Así, pues, limitada nuestra consideración a dar mayores probabilidades al origen renal, practicamos la operación, eligiendo la vía transperitoneal, por lo voluminoso de la neoplasia. Durante la intervención palpamos el riñón que parecía sano, encontrándolo aumentado de volumen, bien por una hipertrofia compensadora, bien por un principio del mismo padecimiento poliquístico que, según se afirma, es bilateral.

La segunda enferma, operada pocos meses después que la anterior, ofrecía un cuadro sintomático más preciso, pues al cuadro anamnésico de que orinaba sangre se agregó el examen de la orina, mostrando abundantes hemacias y

aun sangre innatura. Estábamos autorizados a afirmar que se trataba de un tumor renal..... pero, ¿de qué naturaleza? La contestación no era sencilla, porque si bien es cierto que las hematurias de los tumores cancerosos se asemejaban mucho a las que producen algunos riñones poliquísticos, no menos verdadero es que la evolución de estos últimos es muy lenta, y nuestra enferma daba razón de que su tumor había aparecido 6 ó 7 años antes, y que sólo a últimas fechas le apareció la orina sanguinolenta.

Por todas estas circunstancias, así como por los datos negativos de la cistoscopia, nos inclinamos a creer que el tumor pertenecía a los poliquísticos, separándolo de la hidronefrosis, pionefrosis y aun del hipernefroma, o sea el mesotelioma renal de Adami.

No sería fácil abordar el diagnóstico diferencial entre los tumores del riñón; problema es éste erizado de escollos y cubierto de misterio, tanto para el patólogo como para el clínico, desde el momento en que está aún sobre el tapete de la discusión la nomenclatura y clasificación de tales neoplasias. Por mi parte, sólo añadiré que aunque el hipernefroma renal puede tomarse, en vista de su desarrollo, por un riñón poliquístico, debe recordarse que el mesotelioma está caracterizado por tres síntomas típicos: tumor, dolor y hematurias. Además, se asegura que las metástasis son muchas veces el primer síntoma revelador de dicha perturbación.

El hipernefroma es el tumor de mayor importancia clínica; según Eusterman, representa el 70% de los tumores renales del adulto, y su excesiva malignidad debe pesar enormemente sobre la conciencia del clínico, obligándolo al diagnóstico precoz, a fin de practicar la oportuna extirpación, puesto que no habrá otro medio eficaz para salvar la vida del paciente.

Junio de 1913.

Velázquez Uriarte.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA

El tratamiento de las Fístulas Tuberculosas

Por el Dr. Calot, de Berk, cirujano jefe del Instituto Ortopédico.

En las tuberculosis cerradas la curación es segura.
La fístula es una puerta abierta a la muerte.

En las tuberculosis quirúrgicas la fístula es el punto negro y al propio tiempo el enemigo. Es la pesadilla de todos los que, como nosotros, se ocupan especialmente de estas enfermedades. A aquel que lograra suprimir las fístulas votaríamos unánimemente para la estatua de oro de que hablaba Nélaton.

La mortalidad por tuberculosis externas (sobre todo coxalgias y males de Pott supurados) es aún muy considerable, debiéndose, de cada diez veces nueve, a las fístulas o a sus consecuencias: fiebre hética, albuminuria, degeneración visceral.

De aquí que el tratamiento de la fístula sea el capítulo principal de la lucha contra la tuberculosis externa.

¿Es posible suprimir las fístulas? Sí: no tanto buscando un nuevo medio para curarlas cuanto empleando mejor los medios, que ya poseemos, para impedir su producción.